



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS
SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

SOBADAS, TEMAZCALES Y ECOGRAFÍAS

UNA ETNOGRAFÍA DE LA ATENCIÓN Y LA MEDICALIZACIÓN
DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN DOS
LOCALIDADES DEL VALLE DE TLACOLULA, OAXACA

T E S I S

QUE PARA OPTAR AL GRADO DE

MAESTRO EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

P R E S E N T A

DANIEL ALAVEZ NAVARRETE

DIRECTORA DE TESIS: DRA. ROSA MA. OSORIO CARRANZA

CIUDAD DE MÉXICO, DICIEMBRE 2020

“Ver, escuchar, tocar, registrar, pueden ser, si se practican con cuidado y sensibilidad, actos de fraternidad y hermandad, actos de solidaridad. Por encima de todo, es el trabajo del reconocimiento. No mirar, no tocar, no registrar, es la actitud hostil, el acto de la indiferencia y de volver la espalda”.

Nancy Scheper-Huges. *La muerte sin llanto*

Índice

Siglas y acrónimos	7
Presentación	9
Estructura de la tesis	12
Agradecimientos	14
1. De cómo se tejió esta investigación	15
Metodología	22
Muestra de estudio	28
2. Control y medicalización del embarazo, parto y puerperio	41
La expansión biomédica y la medicalización del proceso reproductivo	46
Transición demográfica y políticas de salud reproductiva en México	53
3. Las localidades de estudio	61
Teotitlán del Valle (TDV).....	64
San Francisco Lachigoló (SFL).....	69
4. Las mujeres, sus condiciones de vida y sus historias reproductivas.....	77
Mujeres de la primera generación	78
Mujeres de la segunda generación.....	86
Mujeres de la tercera generación que se atendieron exclusivamente con médicos	99
Mujeres de la tercera generación que buscaron a la partera.....	110
Dos historias familiares: la experiencia de las madres en las trayectorias de atención de las hijas	125

5. Las parteras, sus saberes y prácticas de atención.....	149
<i>Guxhis</i> : las parteras de antes	150
La nueva generación de parteras	163
6. Prácticas y representaciones en la atención del embarazo, parto y puerperio: cambios y continuidades	179
Detección y confirmación del embarazo	180
Cuidados y atenciones en el embarazo	186
Control prenatal	192
Inicio del trabajo de parto.....	207
Parto hospitalario	212
Parto en casa.....	225
Cuidados y atenciones en el puerperio.....	230
Amamantamiento y cuidados del neonato	243
Comentarios finales.....	247
Referencias	253

Siglas y acrónimos

AMEU	Aspiración Manual Endouterina
CEMYF	Centro de Estudios de la Mujer y la Familia A.C.
CESSA	Centro de Salud con Servicios Ampliados
COPLAMAR	Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados
DIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
DIU	Dispositivo Intrauterino
E-P-P	Embarazo-parto-puerperio
HLI	Hablante(s) de Lengua Indígena
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSABI	Instituto de Salud para el Bienestar
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
MM	Mortalidad Materna
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil
SFL	San Francisco Lachigoló
SPS	Seguro Popular de Salud
SSA	Secretaría de Salud
SSO	Servicios de Salud de Oaxaca
TDV	Teotitlán del Valle
ZMO	Zona Metropolitana de Oaxaca

Presentación

Tejiendo una etnografía del proceso reproductivo en el Valle de Tlacolula, Oaxaca

Contar historias es como formar constelaciones; quien narra selecciona y ordena los eventos que se han de contar, como en las constelaciones se han de escoger y unir las estrellas que las conformarán. La etnografía es, en el sentido más burdo del término, una *práctica narrativa* o, si se prefiere, un ejercicio narrativo. En la etnografía, como en toda práctica narrativa, decidimos qué contar y qué no, alumbramos algunos eventos y oscurecemos otros –o mejor dicho, no ofrecemos luz sobre ellos–, reconstruimos los acontecimientos que nos parecen significativos confiando en nuestra memoria y en las notas –a veces más cercanas al garabato– que escribimos en nuestros diarios de campo. Finalmente, organizamos la experiencia y construimos un hilo conductor, una narrativa, para que la vastedad de eventos, datos y reflexiones sea asequible ante quien nos lee y ante nosotros mismos; y más o menos conscientemente decidimos cómo tejernos en el producto final, cómo exponer nuestra propia subjetividad, cómo mostrarnos o evitar aparecer en el texto.

Desde los enfoques narrativos se considera que los actores sociales acomodamos y damos sentido a nuestras experiencias a partir de nuestros relatos, lo cual dota a la narración de un papel activo, pues al relatar nuestras vivencias las organizamos y las dotamos de sentido. Recuperando este supuesto, sostengo que, como antropólogos, la escritura de una etnografía contribuye a la construcción del sentido de nuestra experiencia antes, durante y después del trabajo de campo, uniendo los múltiples sucesos que la conforman y escogiendo de entre la vastedad de estrellas (datos, testimonios, actores, ideas, teorías, reflexiones) aquellas que formarán la constelación diseñada. Finalmente, me atrevo a decir que un trabajo de

esta naturaleza nos permite, en términos más bien psicoterapéuticos, el cierre de nuestra *Gestalt*.¹

En mi propia experiencia, la realización de esta etnografía representa una gran travesía, cuyo reto más significativo ha sido el de apartarme un instante del sendero que delineó mi formación inicial para adentrarme en el vasto terreno de la antropología, específicamente de la denominada antropología médica crítica. Como toda travesía, ésta tuvo sus vericuetos y por momentos el rumbo no fue muy nítido. Cuando inicié la maestría en septiembre de 2017 no contaba con un problema de investigación bien definido; sin embargo, dada mi formación como licenciado en Desarrollo y Gestión Interculturales, me interesaba sobremanera explorar el pluralismo médico como una de las muchas expresiones de la diversidad cultural. Pensaba entonces que, en sintonía con el mundo tan profundamente interconectado que actualmente se nos presenta, era inadecuado entender el pluralismo asistencial como sistemas de saberes cerrados y excluyentes entre sí, que habría que pensarlo más bien como una red de opciones que los actores sociales tenemos a nuestro alcance y que muchas veces resultan complementarias.

A lo largo de los seminarios ofrecidos por la línea de especialización en “Antropología de la salud y la enfermedad: cultura, poder y estrategias de vida”, mi interés se fue perfilando hacia las relaciones de conflicto, complementariedad y subordinación que se establecen entre las diferentes formas de entender y atender el proceso de salud/enfermedad. Finalmente, esta travesía terminó orientándose hacia los procesos de atención al embarazo, parto y puerperio en dos localidades del Valle de Tlacolula, en el estado de Oaxaca –Teotitlán del Valle y San Francisco Lachigoló–, donde realicé trabajo de campo de septiembre a diciembre de 2018. A partir de dicha exploración he logrado dar cuenta, a través de los testimonios de un grupo de mujeres y de parteras, de cuál es el tipo de atención que se lleva a cabo en los procesos reproductivos, los recursos de atención disponibles y utilizados, los

¹ “El cierre gestáltico se refiere a la tendencia inherente al ser humano a completar percepciones incompletas o confusas. El cierre se rige por el principio de que la gente lucha activamente para completar la percepción o acción y no está satisfecha hasta que lo consigue” (Castanedo, 2000: 25).

saberes y prácticas de atención a la salud materna, así como la forma en que la atención biomédica del embarazo, parto y puerperio ha devenido en hegemónica en dichas localidades, subalternizando otras formas de atención, como por ejemplo la denominada “partería tradicional”.

La realización de este trabajo ha implicado, como en toda etnografía, una gran cantidad de sucesos en los que he interactuado con diversos actores y sobre los cuales me ha resultado imposible dar cuenta completamente. A decir verdad, ha sido un gran reto ordenar mi experiencia en campo y plasmarla sobre el papel a manera de tesis. A lo largo del proceso, en más de una ocasión me cuestioné sobre la conveniencia de formarme como antropólogo, si contaba con las habilidades necesarias para ello y si dicha formación me sería útil en mi ejercicio y quehacer profesional. Todas estas interrogantes me han llevado a estar convencido de que una de las grandes riquezas de la antropología –y también uno de sus grandes retos– radica en contar historias, construir relatos, relatos que expresen “verdades”, que den cuenta de las problemáticas sociales que construimos y/o delimitamos, de las desigualdades y del ejercicio de poder que opera en nuestras sociedades; ofrecer testimonios que den cuenta de la tensión entre lo micro y lo macro, lo local y lo global, lo individual y lo social, la estructura y la agencia, piedras angulares del pensamiento sociológico.

Esta presentación tiene el propósito de tejer mi propia subjetividad en la búsqueda que he emprendido, mostrando cómo la redacción de este trabajo ha respondido no sólo a la obtención de un grado académico, sino a la construcción del sentido que hoy encuentro en el tema que he trabajado durante los últimos años y lo que me ha implicado formarme como antropólogo social. En este sentido, deseo explicitar desde qué lugar he decidido acercarme al quehacer antropológico y desde dónde me he planteado la construcción de esta etnografía.

Quiero mencionar en primer lugar que mi forma de *hacer antropología* está nutrida por mi formación inicial interdisciplinaria; segundo, que la forma en que me aproximo a la antropología prima por sobre las explicaciones sociológicas las historias que “expresan verdades”; lo cual quiere decir que los testimonios de mis

interlocutoras ocupan un lugar central en la investigación en tanto éstos no sólo constituyen “datos” ni tienen, en palabras de Bertaux (1989), únicamente una función “exploratoria”, sino también funciones “analíticas” y “expresivas”.² En este sentido, quisiera advertir que esta etnografía no se plantea como un “espejo de la realidad”, sino como una práctica narrativa en la que he intentado ordenar y dar sentido a aquello que por momentos no lo tuvo. Reconocer que este trabajo es un ejercicio narrativo me lleva a explicitar que algunas de las reflexiones y eventos que conformaron mi experiencia en el trabajo de campo quedaron fuera de este texto, pues al conformar la constelación que representa esta etnografía hubo estrellas que no supe muy bien cómo unir, que no las encontré lo suficientemente significativas para el contenido de esta tesis o bien, consideré que pertenecían a otras constelaciones/investigaciones.

Finalmente, es preciso también asumir mi papel como autor/narrador; es decir, no como un “testigo neutro que narra la realidad de las cosas sino alguien que construye, desde su experiencia, una interpretación de esas realidades. No cuenta sin más; crea una visión de lo vivido de acuerdo con una poética más o menos consciente” (Díaz, 1991: 15). En este sentido, he decidido narrar mi experiencia en primera persona, asumiéndome como un “sujeto situado”; es decir, como “alguien que se posiciona desde determinado contexto y que se responsabiliza por sus palabras” (Márquez, 2019: 18).

Estructura de la tesis

El presente trabajo está organizado en seis capítulos; en el primero de ellos se expone el proceso mediante el cual se desarrolló esta pesquisa, explicitando el

² Bertaux (1989) sugiere que en la “sociología clásica” los relatos y testimonios de los sujetos de estudio suelen emplearse exclusivamente como datos (función exploratoria) en tanto se considera a los interlocutores como “informantes”. En contraste, el autor apunta que los relatos tienen también un “poder verificativo” (función analítica) y son dignos de utilizarse para transmitir un mensaje (función expresiva).

problema de investigación, los interrogantes, objetivos y supuestos que éste consideró. Asimismo, se presenta la metodología empleada para la recolección de los datos de campo y se describen las principales características socioeconómicas de las mujeres que integran la muestra de estudio.

En el segundo capítulo me propongo construir una discusión teórica que enmarque el presente trabajo. En este sentido, se realiza una breve revisión sobre el concepto de medicalización, específicamente la medicalización del embarazo, parto y puerperio (E-P-P), y se describe el panorama estatal y nacional respecto a la atención de la salud reproductiva, haciendo un recuento de las políticas de salud materna y ofreciendo algunos datos estadísticos que nos permitan contextualizar el problema de investigación.

El capítulo tres expone las principales características de las dos poblaciones de estudio, la estructura de servicios de salud públicos, así como los recursos con los que las mujeres de ambas localidades cuentan para la atención de sus embarazos, partos y puerperios. Lo anterior tiene el propósito de introducir al lector en el contexto económico, social, cultural y sanitario donde se desarrolló el trabajo de campo.

Los siguientes dos capítulos los dedico a presentar a las actoras (mujeres y parteras) involucradas en la pesquisa, con la intención de que el lector conozca quiénes son, dónde viven, cuáles son sus condiciones de vida, sus historias y saberes respecto a la salud materna. En este sentido, en el capítulo cuarto se narran las trayectorias de atención de catorce mujeres con diferentes edades, escolaridades, niveles socioeconómicos, patrones de residencia y estilos de vida, organizando dichas trayectorias bajo un criterio generacional y del tipo de terapeuta que atendió sus procesos reproductivos. Por su parte, en el quinto capítulo se caracteriza a las dos generaciones de parteras que integró la investigación, enfatizando cuáles son sus representaciones y prácticas de atención en torno a la salud reproductiva, las formas de aprendizaje y/o adquisición de sus saberes, a la vez que se analizan *grosso modo* dichos saberes y prácticas de atención bajo el tamiz de la medicalización.

En el sexto capítulo se expone el análisis de la información reportada por el total de la muestra de estudio respecto a las representaciones y prácticas de atención del embarazo, parto y puerperio, reflexionando sobre la medicalización en cada una de las fases del proceso reproductivo y señalando algunos aspectos que son compartidos o evidentemente discordantes entre las dos localidades de estudio, así como los cambios y continuidades que se aprecian en el tiempo.

Finalmente, se presentan los “Comentarios finales”, donde he vertido algunas reflexiones sobre los procesos de medicalización al E-P-P y sobre los dispositivos mediante los que ésta se instrumenta en cada una de dichas fases. Asimismo, he querido enfatizar el carácter procesual de los fenómenos que observamos durante el trabajo de campo y plantear una serie de ideas sobre la transformación del “presente etnográfico” que encontré durante el momento de mi estancia en las localidades de estudio.

Agradecimientos

Agradezco al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), a su personal y sus docentes. Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la beca otorgada para la realización de mis estudios de maestría. A quienes han leído, corregido, comentado y fortalecido lo que aquí se escribe, tanto en su versión final como en sus avances preliminares: Dra. Rosa María Osorio, Dra. Lina Berrio, Dra. Paola Sesia, Mtro. Miguel Güémez, Dr. Rubén Muñoz. A mi familia. A quienes me apoyaron durante el trabajo de campo. A las parteras y a los centros de salud de Teotitlán del Valle y San Francisco Lachigoló. A las mujeres cuyos testimonios son la esencia de este trabajo. A mis amigas y amigos que han acompañado mi andar los últimos años.

1. De cómo se tejió esta investigación

Como antropólogos, hay ocasiones en que aquello que inicialmente pretendíamos investigar es tan distante de lo que indagamos durante el trabajo de campo y de lo que al final logramos hacer con la información obtenida, que terminan siendo investigaciones completamente diferentes. Resuenan en mí las palabras de Nigel Barley cuando apunta que “la mayoría de las investigaciones tienen su inicio en un vago interés por un área determinada de estudio y raro es el que sabe de qué tratará su tesis antes de haberla escrito” (2019 [1983]: 22). Este trabajo no es una excepción a dicha circunstancia; y lo que pretendió ser inicialmente un estudio sobre la partería en la región de los Valles Centrales de Oaxaca terminó configurándose como un análisis de los procesos de medicalización que ocurren en la atención del embarazo, parto y puerperio (E-P-P) en dos localidades de dicha región.

El presente capítulo tiene el propósito de explicitar cómo se desarrolló el proceso de investigación que condujo a la redacción de esta tesis. Para ello, se narra lo que inicialmente se planteaba realizar, lo que se logró hacer durante el trabajo de campo y cómo, a partir de la revisión de la información obtenida, se reformuló el problema y los objetivos de la investigación. Aunque cabe precisar que un rasgo que desde el inicio caracterizó el proceso de construcción de esta pesquisa fue la dificultad para definir y concretar el problema, las interrogantes teóricas y los supuestos que guiarían el trabajo de campo. Por ello, el protocolo de investigación se planteó con un diseño flexible, lo cual aludía a la posibilidad de advertir situaciones nuevas o inesperadas a lo largo del proceso, considerando así posibles modificaciones en las preguntas, objetivos y propósitos (Mendizábal, 2006).

El proyecto de investigación inicial consideraba analizar el contexto actual de la partería en los Valles Centrales de Oaxaca, conocer las condicionantes sociales que limitan, moldean y producen la profesión de las parteras, las respuestas sociales tanto de éstas como de las usuarias frente a dichas condicionantes y, por último, construir una tipología de parteras que operan en la región. La delimitación

espacial respondía, sobre todo, a las ventajas que encontraba en ya conocer la región, concretamente la localidad de Teotitlán del Valle (TDV), de donde es originaria mi familia paterna y donde tenía una experiencia de trabajo previa; contar con diferentes familiares y conocidos que podrían ayudarme a ubicar y contactar a las participantes; y, finalmente, conocer a dos parteras con quienes me había puesto en contacto y habíamos sostenido conversaciones en el pasado. Asimismo, veía benéfico en términos pragmáticos que mi alojamiento no fuera un problema, pues podría ocupar la casa que otrora había sido de mis abuelos.

En el transcurso de la construcción del problema y del diseño de la investigación, se fue forjando la idea de realizar trabajo de campo en una segunda localidad; en algún momento pensé incluso en la posibilidad de contrastar una comunidad del valle y otra de la Sierra Juárez, donde las condiciones de acceso a los servicios de salud públicos eran más complicadas, pero esto resultaba inviable principalmente por la dificultad que implicaba el traslado en transporte público hacia estas poblaciones desde Teotitlán. Por su parte, a partir de las comunicaciones que tenía con una de las parteras de TDV, supe de la existencia de otra partera en San Francisco Lachigoló (SFL) con la que ella trabajaba y podía ponerme en contacto. De esta manera, seleccioné a SFL como la segunda localidad para desarrollar mi trabajo de campo de manera simultánea, pues además ambas localidades estaban lo suficientemente cercanas entre sí, lo cual facilitaba mi traslado.

En septiembre de 2018, a la mitad de una sequía que estaba causando estragos en las milpas y sembradíos de la región, inicié el trabajo de campo aún con la intención de investigar las formas de partería que operan en el Valle de Tlacolula, para lo cual consideraba necesario integrar no sólo el punto de vista de las parteras, sino también de las usuarias, intentando identificar y describir dichas formas de partería a partir de lo que hacían y utilizaban las mujeres. Por su parte, desde la construcción del proyecto de investigación mi curiosidad no se agotaba con conocer aquello que sucedía en el “presente etnográfico”, sino que me interesaba sobremanera comprender cómo los saberes y prácticas de atención y cuidado al embarazo, parto y puerperio se habían transformado a lo largo del tiempo. En este

sentido, procuré indagar en la medida de lo posible no sólo sobre la forma en que la generación de mujeres que estaba criando atendía sus procesos reproductivos, sino también en cómo lo hicieron sus madres, suegras y abuelas.

En febrero de 2019, una vez concluido el trabajo de campo y después de hacer un balance sobre el tipo y la calidad de los datos obtenidos a partir de la investigación etnográfica, era notorio que tenía mayor información sobre las historias reproductivas de las mujeres que respecto a la forma de atención de las parteras. Esta circunstancia me condujo a revisar las entrevistas realizadas y hacer un esfuerzo por discernir a qué preguntas me permitían responder los datos recogidos durante el trabajo de campo. Con base en dicha revisión, se decidió redirigir la pregunta de investigación hacia los procesos de medicalización del embarazo, parto y puerperio. En este sentido, es preciso señalar que soy consciente de las implicaciones metodológicas que dicho cambio en la interrogante central conllevó para la redacción de este trabajo, en tanto el diseño metodológico inicialmente construido no se corresponde *strictu sensu* con la pregunta de investigación final, lo cual tiene algunas limitaciones principalmente en la selección de los actores y de las participantes que integran la muestra de estudio, así como en el diseño y desarrollo de las entrevistas, lo cual a su vez terminó incidiendo en el tipo de información obtenida.

Con todo lo anterior, la pregunta de investigación central que ha guiado la redacción de esta tesis está relacionada con las transformaciones en el saber de las mujeres y parteras a partir del proceso de medicalización del E-P-P; es decir, qué transacciones de la biomedicina, hegemónica en su práctica, se aprecian en las trayectorias de atención de las mujeres y en las formas de atención de las parteras en ambas localidades. Asimismo, considero que los interrogantes empíricos que el presente trabajo alcanza a responder son los siguientes:

1. ¿Cuáles son los recursos de atención disponibles y utilizados por un grupo de mujeres de dos localidades del Valle de Tlacolula durante sus embarazos, partos y puerperios?

2. ¿Cuáles son los saberes y prácticas de atención de dichas mujeres en torno a la salud materna?
3. ¿Cuáles son los saberes y prácticas para la atención del embarazo, parto y puerperio de un grupo de parteras de la región?
4. ¿Qué cambios generacionales se observan en las representaciones y prácticas de atención al E-P-P?
5. ¿De qué manera el saber biomédico ha incidido en las representaciones y prácticas de atención de las mujeres y parteras?

De esta manera, el supuesto de este trabajo es que, principalmente a partir de la década de 1980, con la mayor presencia de médicos en las zonas rurales del país, las ulteriores políticas de institucionalización del embarazo y el parto, así como los programas gubernamentales de transferencia condicionada que en el estado de Oaxaca iniciaron en el año de 1999, diferentes representaciones y prácticas provenientes de la biomedicina se han incorporado en el saber de las mujeres y las parteras, modificando sustancialmente la forma en que se atiende el embarazo, el parto y, en menor medida, el puerperio. En este sentido, es posible hablar de la medicalización, tanto en términos prácticos como ideológicos, de la atención al proceso reproductivo, subalternizando el saber de las parteras tradicionales y de las propias madres, quienes terminan aceptando y validando el modelo biomédico en términos de “conocimiento autorizado” (Jordan, 1993).

Considero que la medicalización del proceso reproductivo puede apreciarse en el embarazo con la incorporación de prácticas biomédicas, como la consulta prenatal, los exámenes de laboratorio, las ecografías y el consumo de medicamentos y suplementos alimenticios, como ácido fólico y fumarato ferroso, que conforman el paquete básico ofrecido a las gestantes, independientemente de su afiliación a algún sistema de seguridad social o protección social en salud (Sachse, Sesia, Pintado y Lastra, 2012; Berrio, 2017). Por su parte, en el parto, sostengo que la medicalización no sólo es más evidente sino también más profunda, pues con el creciente énfasis en las políticas a nivel federal y estatal de la atención

hospitalaria para toda mujer durante el parto, la promoción de la atención obstétrica calificada –a la cual me refiero en el capítulo dos– y la reducción de la muerte materna, se ha construido de este evento un acto semiquirúrgico en el cual se estandarizan y normalizan intervenciones como la episiotomía, el empleo de suero intravenoso, anestesia epidural, medicamento inyectado, entre otros (véase Sachse, Sesia, Pintado y Lastra, 2012).

Sustento la hipótesis de que con los crecientes procesos de medicalización el papel que desempeñaban las madres, suegras y parteras, quienes anteriormente eran las principales actoras en la atención de la salud materna, es desplazado en buena medida por otros actores, como médicos, ginecólogos, enfermeras y pediatras, así como el Estado, que ocupa un rol importante en el ámbito de la reproducción y de las prácticas de atención desarrolladas en el embarazo y parto (Berrio, 2017), a partir de sus instituciones, programas gubernamentales y sus políticas de salud materno-infantil que orientan los comportamientos y contribuyen a la transformación de prácticas relacionadas con el cuidado del proceso reproductivo.

Finalmente, en el puerperio este protagonismo del personal médico, paramédico y de las instituciones de salud parece desvanecerse, pues a pesar de que existe una normatividad nacional que establece el seguimiento de las mujeres durante los 42 días posteriores al parto (SSA, 2016), las acciones de seguimiento y vigilancia por parte de dichos actores se concentran en el embarazo y parto, posiblemente porque se considera que durante el puerperio la mayor probabilidad de muerte ya pasó, por insuficiencia de personal sanitario o porque las intervenciones en dicho periodo se centran en los neonatos y no en la mujer (Berrio, 2017: 472). De esta manera, considero que es posible referirnos al puerperio como la fase del proceso reproductivo menormente medicalizada, de forma que las prácticas de atención recaen en las redes familiares y principalmente en las madres y/o suegras, dependiendo del patrón de residencia de las puérperas, quienes desempeñan el rol de cuidadoras en el contexto doméstico. Si bien dichas redes familiares ocupan también un papel importante en todas las fases del proceso

reproductivo, en el puerperio éstas se vuelven centrales en tanto en ellas recae la atención de dicho periodo.

Por su parte, considero que la preferencia por la utilización de los recursos de salud biomédicos, en vez del uso de los servicios de parteras, es evidente principalmente entre las generaciones más jóvenes, tanto durante el embarazo como a la hora del parto. Sostengo la hipótesis de que las mujeres más jóvenes (menores de 40 años) sienten una mayor seguridad al ser atendidas por médicos, en hospitales, por dos razones: la primera, porque se trata de mujeres que iniciaron su vida reproductiva en un “contexto de expansión del modelo biomédico y de institucionalización de la atención, que termina naturalizándola” (Berrio, 2017: 476). Y, segunda, porque se piensa que el hospital es un espacio más controlado en caso de complicaciones obstétricas, lo cual está profundamente relacionado con los “universos emocionales” (Calderón, 2014) que se han conformado en torno a la noción de riesgo, la cual ha construido y reforzado la idea del parto como un acto peligroso, aun cuando se trate de embarazos saludables. Por su parte, esta representación de mayor seguridad en la atención hospitalaria es compartida por los hombres/esposos, quienes también desempeñan un rol importante en la decisión de dónde se atiende el evento obstétrico; así como también por la comunidad en general, de forma que la biomedicina se concibe desde los propios sujetos sociales como una forma de conocimiento válido y autorizado.

Es preciso aclarar que, si bien se trabajó en dos localidades, esta tesis no busca establecer una comparación en términos absolutos entre ambos espacios, pues considero que la información recabada durante el trabajo de campo no cuenta con la densidad suficiente para establecer generalizaciones por comunidad y compararlas. Sin embargo, esto no niega la posibilidad y pertinencia de contrastar algunos aspectos que son compartidos o evidentemente discordantes, para de esta manera comprender las especificidades que plantea la medicalización del E-P-P, como un fenómeno supralocal, en cada una de las localidades de estudio. En este sentido, pienso que la riqueza de este trabajo no radica en la comparación entre ambas localidades, sino en la descripción de cómo el saber biomédico se ha

incorporado cada vez con mayor fuerza en las representaciones y prácticas de mujeres y parteras en la atención del embarazo, parto y puerperio, ubicando en qué aspectos de dicha atención hay diferencias significativas y en qué otros es posible apreciar la estandarización que caracteriza la medicalización del proceso reproductivo.

De esta manera, el presente trabajo se configura como una suerte de etnografía “bisituada” o “bilocal” (Marcus, 2001), lo cual nos permite concebir a las comunidades estudiadas no como entidades independientes, sino como partes de un sistema más amplio que puede ser delimitado más bien a partir de regiones. Desde este enfoque se asume la dificultad de hablar de un sistema de atención al E-P-P ubicado en una sola localidad, pues, como se puede apreciar en la información etnográfica recabada, tanto las mujeres de Teotitlán del Valle como las de San Francisco Lachigoló se trasladan a las ciudades cercanas para atenderse, sea a la hora del parto o para realizarse ecografías, estudios de laboratorio, etc. Lo mismo acontece con las parteras, quienes se desplazan a otras localidades porque sus “pacientitas”, como las denominan, no son exclusivas de una comunidad.

En este sentido, aunque más adelante se desarrolle con mayor detalle, vale mencionar que ambas localidades de estudio están ubicadas en una región central contigua al conglomerado urbano más grande e importante del estado: la Ciudad de Oaxaca. Por lo tanto, se trata de comunidades bien comunicadas con diferentes servicios de salud públicos y privados, lo cual marca unas especificidades importantes con respecto de otros trabajos que se han interesado por la atención del E-P-P, pero en municipios más alejados de las cabeceras estatales. Considero que lo anterior ofrece una riqueza especial a esta investigación, pues nos permite entender de qué manera la medicalización del proceso reproductivo está influida por procesos de modernización más amplios (Sieglin, 2004), lo cual se hace evidente en tanto nuestras localidades de estudio están ubicadas a escasos kilómetros de la capital del estado. De esta manera, la presente investigación nos permite comprender cómo se han transformado los saberes y prácticas de atención de

mujeres indígenas o de origen indígena en contextos que podríamos caracterizar como semi/peri-urbanos.

Con todo lo anterior, los objetivos planteados para el desarrollo de esta tesis son los siguientes:

Objetivo general

- Analizar la forma en que la medicalización del proceso reproductivo ha incidido en las representaciones y prácticas de atención y cuidado al embarazo, parto y puerperio en dos localidades del Valle de Tlacolula, Oax.

Objetivos específicos

- Describir los saberes y las prácticas de atención y cuidado a los procesos reproductivos que se dan en un grupo de mujeres de diferentes edades en dos localidades al noroeste del Valle de Tlacolula.
- Analizar los dispositivos mediante los que se instrumenta la medicalización en cada una de las fases del proceso reproductivo.
- Analizar la forma en que la hegemonía del modelo biomédico incide en el trabajo de las parteras, tanto en su presencia en los procesos reproductivos como en la forma en que participan de los mismos.

Metodología

La construcción metodológica de esta pesquisa parte del abordaje etnográfico, el cual ha sido ampliamente desarrollado y empleado por la antropología social y cultural al grado de identificarse y reconocer como propia dicha forma de construcción del conocimiento. Concibo a la etnografía, más que como una técnica de investigación, como un enfoque que procura aproximarse y recuperar el punto de vista de los actores sociales. De esta manera, en términos generales, considero

que dicho enfoque incluye una forma de explorar y desempeñarse en el trabajo de campo, donde las técnicas cualitativas (entrevistas, conversaciones, observación simple y participante) cobran una especial relevancia, a la vez que implica una forma de escribir y presentar la información, donde los testimonios de nuestros interlocutores ocupan un lugar central.

Para el desarrollo de esta etnografía se realizó trabajo de campo en un periodo de aproximadamente cuatro meses, del 10 de septiembre de 2018 al 07 de enero de 2019, en dos localidades de los Valles Centrales de Oaxaca de forma simultánea: Teotitlán del Valle (TDV) y San Francisco Lachigoló (SFL). Las localidades de estudio se seleccionaron en función de que sabía de la existencia de parteras, lo que me hacía pensar que un mayor número de mujeres se atendía con ellas; además, ambas localidades estaban lo suficientemente cercanas entre sí, lo cual facilitaba mi traslado.

Teotitlán del Valle era ya un paisaje conocido para mí, pues mi familia paterna es originaria de este lugar y desde pequeño he viajado frecuentemente a Teotitlán, he asistido a sus fiestas, bodas y funerales, he aprendido y olvidado muchas veces palabras y frases en zapoteco; en suma, conocía la vida teotitlana y los códigos culturales de esta población no me eran ajenos. Decidí llevar a cabo la investigación de campo en TDV porque era la primera vez que llevaba a cabo un trabajo de esta naturaleza y porque, por el tiempo que disponía, consideraba una gran ventaja que mi inserción a la comunidad no fuera necesariamente un problema. Sin embargo, vale destacar el reto que me implicó realizar el ejercicio de “extrañamiento” que como etnógrafo debía hacer, en tanto mi experiencia de vida me había conducido a desarrollar una “conciencia práctica” para desenvolverme en esta localidad (Lins Ribeiro, 1989).

En contraste, nunca antes había visitado San Francisco Lachigoló y consideraba que contactar a las mujeres en este lugar implicaría una mayor dificultad; pero cuando realizaba los primeros recorridos con el propósito de hacer un reconocimiento de la comunidad pude apreciar las riquezas comparativas que me ofrecía explorar esta localidad, pues encontraba algunas diferencias

significativas respecto a Teotitlán. Por poner algunos ejemplos, mis primeras impresiones comparativas eran que en TDV el turismo, la producción y comercio de artesanías ocupaba un lugar central en la economía local, lo cual no ocurría en SFL; que en TDV era muy común escuchar el zapoteco al recorrer sus calles, pero que en SFL no lo había escuchado; que TDV contaba con un Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) donde se atendían partos vaginales y se contaba con la presencia de un ginecólogo, además de al menos tres médicos privados y dos farmacias, mientras que en SFL había un Centro de Salud con 2 Núcleos Básicos sin especialidad en ginecología, que no atendía partos y sólo un consultorio médico privado adyacente a una farmacia; finalmente, consideraba que en SFL se observaba un estilo de vida más urbano-moderno que en TDV, donde se apreciaba un estilo de vida más rural-tradicional, por ejemplo: en SFL era común ver carriolas en la calle y en TDV no, en TDV era aún común ver entre las mujeres de edades avanzadas la vestimenta tradicional con blusa de manta, enredo de lana y trenzas, mientras que en SFL no; además de que en SFL existían varios fraccionamientos habitacionales, por lo cual muchas personas que no eran oriundas de la comunidad residían en ella, lo que en TDV no ocurría.

Las técnicas de investigación empleadas fueron la entrevista semiestructurada y la observación directa. Así, durante los cuatro meses de trabajo de campo reconstruí las trayectorias reproductivas de 21 mujeres, doce en TDV y nueve en SFL, focalizando la atención a sus embarazos, partos y puerperios. Entenderé a lo largo de este trabajo a las trayectorias de atención como la secuencia de decisiones y estrategias instrumentadas por los sujetos sociales para gestionar o hacer frente a un episodio concreto, en este caso el embarazo-parto-puerperio (E-P-P), donde se incluyen todos los recursos y los actores que participan en la atención de dicho proceso (Osorio, 2016: 202). Por su parte, el concepto de trayectorias reproductivas integraría no sólo la atención del E-P-P sino también el inicio de la vida sexual y conyugal, el número total de gestaciones, las edades en las que ocurren, la regulación de la fertilidad y el uso de métodos anticonceptivos

(inicio, tipo de métodos, etc.), el tipo de atención obstétrica empleada en el E-P-P y el cierre del ciclo reproductivo (Berrio, 2014: 214).³

Además de las 21 mujeres cuyas historias reproductivas fueron reconstruidas, pude interactuar también con seis parteras, cuatro en TDV y dos en SFL. Asimismo, observé diferentes prácticas de atención al embarazo y al puerperio en contextos sobretodo domésticos, por ejemplo: el control prenatal, los baños a neonatos y los baños de hierbas por parte de una partera, así como los baños de temazcal y el cuidado de las puérperas y las embarazadas por parte de sus madres y/o suegras. Sin embargo, es necesario explicitar las restricciones que muchas veces conllevó dicha observación; por ejemplo, cuando algunas prácticas involucraban la desnudez de las mujeres. En estos casos se volvía necesario aprehender la “realidad” con otros sentidos, como el oído o incluso el olfato.

En relación con lo anterior, resulta necesario plantear una reflexión sobre las implicaciones y restricciones que como hombre permearon la presente investigación, las cuales están relacionadas no sólo con la observación sino también con el tipo de participantes y el tipo de información a la que tuve acceso. Al respecto, considero que son tres las principales limitaciones que tuvo el trabajo de campo debido a mi condición de varón:

1. En primer lugar, aquellas relacionadas con la observación (simple o participante) de algunos recursos de atención, como los temazcales y los baños de hierbas, de manera que cuando estuve presente en dichas prácticas me limité a observar lo que ocurría fuera del temazcal o del baño, así como a escuchar, oler y preguntar respecto a lo que ocurría dentro. Por su parte, desde la construcción del diseño de investigación, encontraba poco

³ A lo largo del trabajo me referiré algunas veces a las trayectorias o bien a las historias reproductivas principalmente por una cuestión de redacción, pero también porque considero que el concepto de “historias reproductivas” nos permite entender dicha herramienta metodológica como parte de las técnicas y los enfoques biográficos, donde la subjetividad de las participantes desempeña un lugar importante, así como el papel de la memoria, el olvido y el silencio en la reconstrucción de sus propios relatos (Aceves, 2012).

probable participar en la atención de un parto y sabía que la reconstrucción de dicho evento tendría que limitarse a la información obtenida a partir de las entrevistas.

2. Una segunda implicación que mi condición de género conllevó en esta pesquisa está relacionada con el tipo de mujeres que aceptaron y declinaron su participación en la muestra de estudio. En este sentido vale mencionar dos ejemplos: en primer lugar, la dificultad que implicó incorporar el punto de vista de mujeres de edad avanzada (mayores de 60 años), quienes por lo general rechazaban ser entrevistadas, lo cual terminó incidiendo en la forma como se distribuye la muestra de estudio. En segundo lugar, principalmente cuando asistía a los centros de salud, las mujeres que iban acompañadas de sus suegras o de sus parejas por lo general no accedían a ser entrevistadas, de manera que resultaba más fácil que quienes asistían solas a sus consultas médicas aceptasen su participación en la investigación. Esto terminó condicionando dos formas diferentes de aproximarme a las participantes en cada localidad, pues en TDV casi no encontraba mujeres que asistieran solas al centro de salud y todas las usuarias que conocí en dicho lugar declinaban su participación, razón por la cual eché mano de mi red familiar para contactar a las mujeres que integrarían la muestra de estudio. En contraste, en SFL era más común que las mujeres asistieran solas a sus consultas médicas, de forma que pude conocer en el centro de salud a la mayoría de las participantes. Lo anterior nos permite entrever un posible sesgo en el sentido de que probablemente entrevisté a mujeres que tienen un mayor grado de autonomía respecto de sus esposos o sus suegras y, por lo tanto, mayor capacidad para decidir por sí mismas dónde y cómo atenderse.
3. Finalmente, considero que mi condición de varón, aunado al poco tiempo disponible para construir un *rapport* más profundo, incidió en el tipo de información a la que tuve acceso al reconstruir las trayectorias reproductivas. Específicamente fue difícil aproximarme a la dimensión sexual de dichas trayectorias, sobre la cual muy pocas veces logré profundizar, pues los

silencios, las respuestas cortas o el lenguaje corporal de mis interlocutoras evidenciaba algunas veces la vergüenza que sentían al interrogarlas sobre el inicio de su vida sexual, uso de preservativos, abortos, entre otros; lo cual se incrementaba mientras mayores fueran las mujeres entrevistadas.

Por su parte, es importante mencionar también las conversaciones con otros actores de ambas localidades, con quienes fui interactuando en diferentes momentos y espacios. Entre éstas destacan aquellas realizadas con familiares, autoridades civiles, usuarios y usuarias de los centros de salud, quienes algunas veces se interesaban por mi trabajo y me relataban experiencias propias o de terceros relacionadas con la salud reproductiva. Además, las veces que asistí a los centros de salud pude observar las dinámicas internas y registrar algunas características tales como: la forma de atención y trabajo, los tiempos de espera, las relaciones de las enfermeras con los usuarios, entre otras. En suma, como etnógrafo, me ocupé de preguntar, observar y participar de lo que acontecía, registrándolo en mi diario de campo, que fue mi herramienta principal.

Asimismo, una de las principales limitaciones de mi trabajo radica en no haber realizado entrevistas formales y a profundidad con médicos ni enfermeras, con quienes sólo tuve algunas interacciones. En este sentido, aunque es posible reconstruir la forma de atención biomédica a partir de las trayectorias de atención y los testimonios de las mujeres, el punto de vista del personal médico y paramédico no fue integrado a la investigación, lo cual habría sido no solamente ideal sino indispensable para aproximarnos al problema de investigación desde una perspectiva relacional (Menéndez, 1994) en tanto es dicho personal quien opera muchas de las prácticas, rutinas y protocolos que las mujeres refieren en sus relatos y que constituyen muchos de los procesos de medicalización a los cuales me refiero a lo largo de este trabajo. Lo anterior ocurrió principalmente porque durante el trabajo de campo me concentré sobre todo en ubicar a mujeres que cumplieran los criterios de inclusión en la muestra de estudio, ponerme en contacto con ellas, informarles sobre la investigación para que aceptasen o declinasen su participación

y, finalmente, reconstruir sus historias reproductivas. Considero que esto hizo que perdiera de vista la importancia de integrar la mirada del personal sanitario y cuando en el mes de diciembre, poco antes de concluir el trabajo de campo, quise agendar entrevistas formales con los encargados de los centros de salud había iniciado ya su periodo vacacional de invierno.

Finalmente, es preciso mencionar que he pretendido cuidar en todo momento la integridad de las personas involucradas en la presente investigación, por lo que a lo largo del trabajo de campo y durante la redacción de esta tesis he procurado aquellas estrategias de cuidado y vigilancia ética pertinentes y necesarias, como la cuestión del anonimato, la confidencialidad de la información y el consentimiento informado. En este sentido, todos los nombres que se presentan a lo largo del trabajo han sido modificados, tanto los de las participantes de la investigación como los de las personas a las que éstas se refieren en sus conversaciones.

Muestra de estudio

Las actrices centrales que involucró la presente investigación fueron las mujeres cuyas historias reproductivas fueron reconstruidas. El criterio inicial de inclusión a la muestra de estudio fue que estuvieran embarazadas o que hubiesen tenido un embarazo durante los tres años anteriores; es decir, entre 2016 y 2018. Una vez en campo, se decidió excluir de la muestra a las primigestas que no hubieran cumplido los primeros dos trimestres de su embarazo, pues sólo podría reconstruirse un breve periodo de una de las tres fases del proceso reproductivo, lo cual me parecía poco estratégico para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

El contacto con este primer grupo de mujeres se dio de forma diferente en cada una de las localidades de estudio; en Lachigoló conocí a la mayor parte de mis interlocutoras en el centro de salud cuando asistían a alguna consulta médica y posteriormente ellas me fueron vinculando con otras mujeres, lo que constituye la técnica denominada “bola de nieve”. En cambio, en Teotitlán, aunque también me

acerqué a la clínica de salud, no fue posible conocer en dicho lugar a mujeres que aceptasen su participación en la investigación, de forma que contacté a las participantes de la muestra de estudio principalmente a partir de mi red familiar y de una partera con quien pude interactuar ampliamente durante el trabajo de campo. En este sentido, vale explicitar el posible sesgo de que exista una sobrerrepresentación de mujeres que se atienden o se han atendido con parteras en TDV, lo cual resulta problemático cuando lo que se pretende es entender cómo las mujeres de ambas localidades experimentan y conciben la penetración de la biomedicina en los procesos reproductivos.

Complementariamente al primer grupo de mujeres incluidas en la muestra, quienes se habían embarazado en los últimos años, cuando existía el *rapport* adecuado se les consultaba sobre la posibilidad de entrevistar a sus madres, suegras y/o abuelas con la intención de tener una visión de contraste entre la atención al embarazo, parto y puerperio en diferentes generaciones. De esta manera, la muestra de estudio final comprende 21 mujeres; 15 de ellas habían tenido un embarazo en los tres años anteriores al trabajo de campo y sus edades transitaban entre los 20 y los 38 años, es decir que se trata de mujeres nacidas entre 1980 y 1998. El resto de las mujeres pertenece a generaciones anteriores (madres, suegras y abuelas), con edades de entre los 40 y los 67 años, de forma que se trata de mujeres nacidas entre 1951 y 1978 (véase tabla 1.1).

Para los efectos del análisis se dividió la muestra en tres cohortes generacionales, para lo cual he retomado el concepto de Drovetta (2014) de “generaciones reproductivas”, el cual “no responde a la constitución tradicional en términos etarios de una generación, sino que estos grupos se organizan en base al criterio *ad hoc* del año en que acontece el primer parto en cada mujer” (Drovetta, 2014: 139), priorizando de esta manera los periodos concretos en que las mujeres tuvieron a sus hijos. En este sentido, si bien es innegable que existen diferencias de acuerdo con el número de embarazos de las mujeres, no es esto lo que me interesa analizar, sino cómo la atención al E-P-P se ha transformado en ambas localidades

a través del tiempo, razón por la cual me fue más útil la distinción por años en los que las mujeres se embarazaron.

TABLA 1.1. Conjunto de mujeres cuyas historias reproductivas fueron reconstruidas

GENERACIONES REPRODUCTIVAS	TEOTITLÁN DEL VALLE	SAN FRANCISCO LACHIGOLÓ
1ERA GENERACIÓN	Antonia 59 años	Rosa 67 años
2DA GENERACIÓN	Leonor 41 años	Sofía 40 años Mónica 43 años Adela 50 años
3RA GENERACIÓN	Angelina 20 años Guadalupe 20 años Natalia 22 años Judith 29 años Areli 30 años Emilia 31 años Angélica 33 años Petra 35 años Domitila 35 años Aurelia 38 años	Inés 20 años Jimena 20 años Elisa 23 años Victoria 27 años Nadia 33 años

Fuente: Entrevistas. Teotitlán del Valle y San Francisco Lachigoló, 2018

En nuestra muestra de estudio, la primera generación está entonces conformada por dos mujeres con 59 y 67 años de edad⁴ y cuyo primer parto ocurrió entre 1978 y 1980. Por su parte, la segunda generación reproductiva la conforman cuatro mujeres cuyo primer parto ocurrió entre 1994 y 1998, con edades de entre 40 y 50 años. Finalmente, las participantes cuyo primer parto ocurrió entre 2004 y 2018 integran la tercera generación reproductiva, sus edades van de los 20 a los 38 años y se trata de las mujeres que tuvieron un embarazo en los últimos tres años. De esta manera, las experiencias reproductivas de las mujeres de la primera generación nos

⁴ A lo largo de la tesis, las edades especificadas de las participantes corresponden al momento en que realicé el trabajo de campo en 2018.

permiten apreciar la forma de atención al E-P-P durante las décadas de los setenta y ochenta; la segunda generación tuvo sus embarazos y partos en las décadas de los noventa y la primera década del nuevo siglo; en tanto que en la tercera generación podemos observar la atención del proceso reproductivo principalmente a partir de la segunda década del siglo XXI. Esto es relevante principalmente si consideramos que con el nuevo milenio entraron en vigor en nuestro país diversas acciones enfocadas a la disminución de la mortalidad materna (MM), como la institucionalización del parto hospitalario, lo cual se expone con mayor detalle en el capítulo dos.

Con la intención de caracterizar al grupo de mujeres que integran la muestra, en adelante me referiré a sus principales rasgos socioeconómicos, tales como la escolaridad, estado civil, origen, etnicidad, cobertura de atención médica o protección social en salud y, finalmente, su perfil reproductivo. Sobre la escolaridad de las participantes, en ambas localidades la mayoría sólo tuvo acceso a la educación básica. En Teotitlán del Valle únicamente una mujer (Judith) tiene estudios profesionales y otra (Natalia) tiene bachillerato. En San Francisco Lachigoló una mujer (Elisa) concluyó la educación media superior y una (Nadia) nunca fue a la escuela, razón por la cual no sabe leer ni escribir.

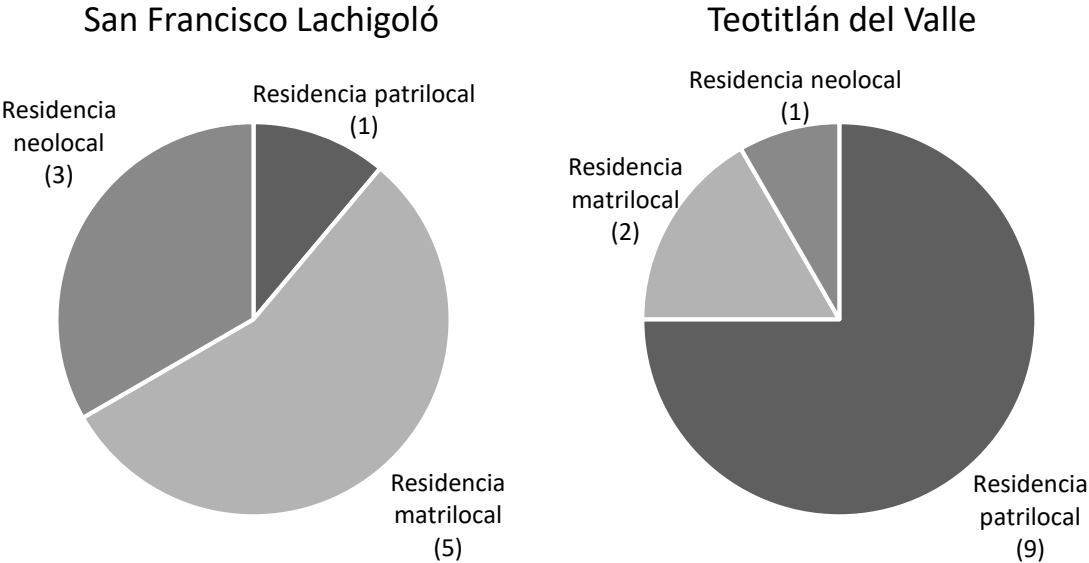
Por otro lado, respecto al estado civil de las mujeres que componen la muestra de estudio, para el caso de Lachigoló la mayor parte de las participantes están casadas con excepción de tres (Rosa, Sofía y Nadia) que reportaron ser divorciadas o separadas; mientras que en el caso de Teotitlán todas las mujeres reportaron estar casadas.

Sobre el origen de las participantes, todas las mujeres entrevistadas en TDV reportaron ser oriundas de esta localidad. En San Francisco Lachigoló, el origen de las participantes es un poco más variado, pues sólo cinco de ellas (Rosa, Sofía, Jimena, Adela y Victoria) son originarias de dicha localidad, el resto proviene de otras poblaciones de los Valles Centrales o bien de otras regiones del estado de Oaxaca, específicamente de la zona mixe y de Tuxtepec. Esto es una muestra del

fenómeno de inmigración a Lachigoló, por ser una comunidad muy cercana a la Ciudad de Oaxaca.

En cuanto al patrón de residencia, la mitad de las participantes vive con sus suegros, en un patrón de residencia patrilocal, como suele ser tradicionalmente la norma en ambas comunidades al menos durante los primeros años del matrimonio hasta que la pareja decide independizarse,⁵ como es el caso de las seis mujeres que reportaron un patrón de residencia neolocal. Las residencias matrilocales suelen ser excepciones a la norma y en la muestra de estudio éstas se debieron a que las madres son solteras o divorciadas, que el padre no es originario de la región, o bien porque el matrimonio nunca fue bien aceptado por los padres del novio.

GRÁFICO 1.1. Distribución de la muestra por patrón de residencia



Fuente: Entrevistas. Teotitlán del Valle y San Francisco Lachigoló, 2018

⁵ En TDV las residencias patrilocales son las más comunes, al menos durante los primeros años del matrimonio; sin embargo, en SFL, aunque se reporta que en el pasado éste era el patrón de residencia más común, con los procesos migratorios de personas provenientes de otras regiones del estado y con la construcción de fraccionamientos residenciales, esta forma de organización del hogar se ha transformado sustancialmente.

Dicho patrón de residencia difiere considerablemente entre ambas localidades; en TDV dos mujeres (Natalia y Emilia) viven con su esposo en la casa de sus padres (residencia matrilocal), una mujer (Angélica) presenta un tipo de residencia neolocal y el resto vive en la casa de sus suegros (residencia patrilocal). En cambio, en SFL sólo una mujer (Inés) vive en un patrón de residencia patrilocal, mientras que el resto vive o bien en la casa de sus padres o de forma independiente (véase gráfico 1.1).

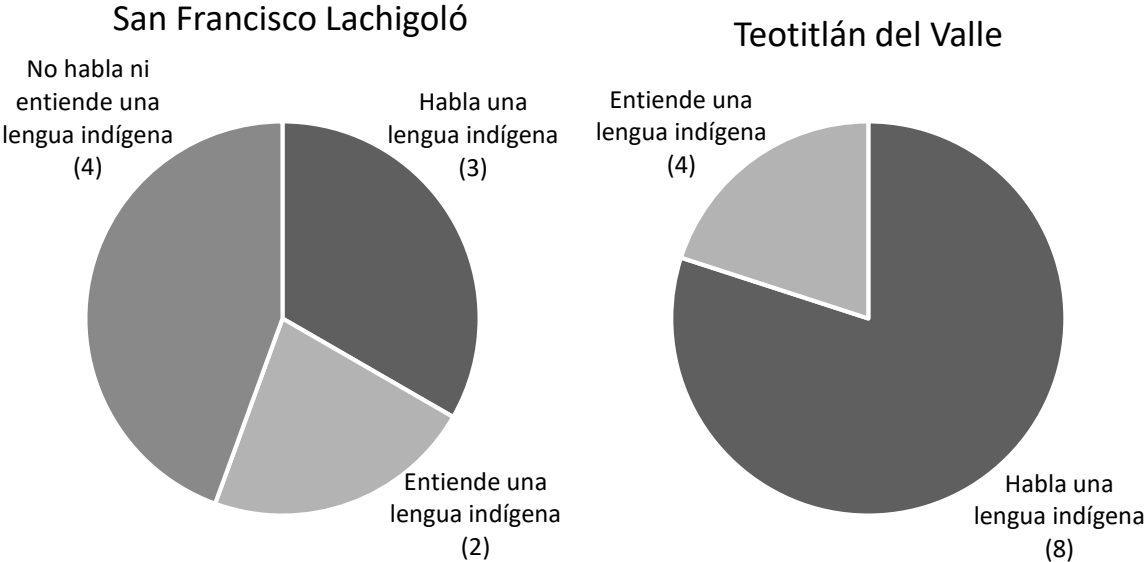
Respecto a la cobertura de atención médica, la mayor parte de las participantes en ambas localidades pertenecen a la población abierta y hasta 2019 contaban con Seguro Popular en Salud (SPS)⁶ y sólo una mujer de TDV (Judith) reportó tener IMSS. Sin embargo, dos mujeres de la segunda generación en SFL (Mónica y Adela) que también estaban afiliadas al SPS reportaron haber contado con Seguro Social durante el periodo en que atendieron sus primeros embarazos y partos.

En términos del componente étnico, aunque todas las mujeres se autorreconocen como indígenas, sólo la mitad de las participantes es hablante de lengua indígena (HLI) –diez hablan zapoteco y una, mixe–, cuatro mujeres son monolingües en español y seis, aunque no la hablan, entienden una lengua indígena; es decir que se trata de hablantes pasivos. En Teotitlán se trata principalmente de mujeres jóvenes, cuyos padres y/o abuelos son HLI, pero ésta ya no se transmitió y aunque la entienden completamente, no aprendieron a hablarla. Esto parece ser una tendencia en la región de los Valles Centrales de Oaxaca con las generaciones más jóvenes; aunque en Lachigoló, debido a su cercanía con la Ciudad de Oaxaca, esto ocurrió con la segunda generación de mujeres que integran la muestra de estudio (Adela, Sofía y Mónica), de forma que sus padres y/o abuelos hablaron zapoteco, pero ellas ya no aprendieron dicha lengua. Cabe destacarse que de las 11 mujeres HLI, ocho son de Teotitlán del Valle y sólo tres de San Francisco Lachigoló. Por su parte de las seis participantes que no hablan, pero entienden una

⁶ Actualmente el Seguro Popular en Salud (SPS) ya no existe y en su lugar se creó en enero de 2020 el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).

lengua indígena, cuatro viven en Teotitlán y sólo dos en Lachigoló. Finalmente, entre las participantes de TDV no hubo alguna que por lo menos no entendiera el zapoteco (véase gráfico 1.2).

GRÁFICO 1.2. Proporción de HLI en la muestra de estudio por localidad



Fuente: Entrevistas. Teotitlán del Valle y San Francisco Lachigoló, 2018

Respecto a las actividades económicas de las mujeres que participaron en la muestra, la mitad de ellas se dedica exclusivamente a las labores del hogar, el resto de las mujeres son empleadas, artesanas o empleadas domésticas y sólo una de ellas (Rosa) trabaja en el campo. Estas actividades difieren considerablemente entre ambas localidades de estudio; en TDV siete mujeres se dedican exclusivamente a las labores del hogar, una mujer (Domitila) combina las labores domésticas con algún oficio, únicamente una mujer (Judith) trabaja como empleada en la Ciudad de Oaxaca y tres participantes son artesanas, dos de las cuales combinan la producción textil con otro tipo de actividad o negocio. Por otro lado, en SFL, sólo 3 mujeres se dedican exclusivamente a las labores del hogar, una mujer (Inés) combina las labores domésticas con algún oficio, una mujer (Sofía) trabaja como empleada, una mujer (Rosa) trabaja en el campo y tres participantes trabajan

como empleadas domésticas, una de ellas (Mónica) combina esta actividad con la venta de atole en el mercado (véase tabla 1.2).

TABLA 1.2. Actividades económicas de las mujeres que integran la muestra de estudio

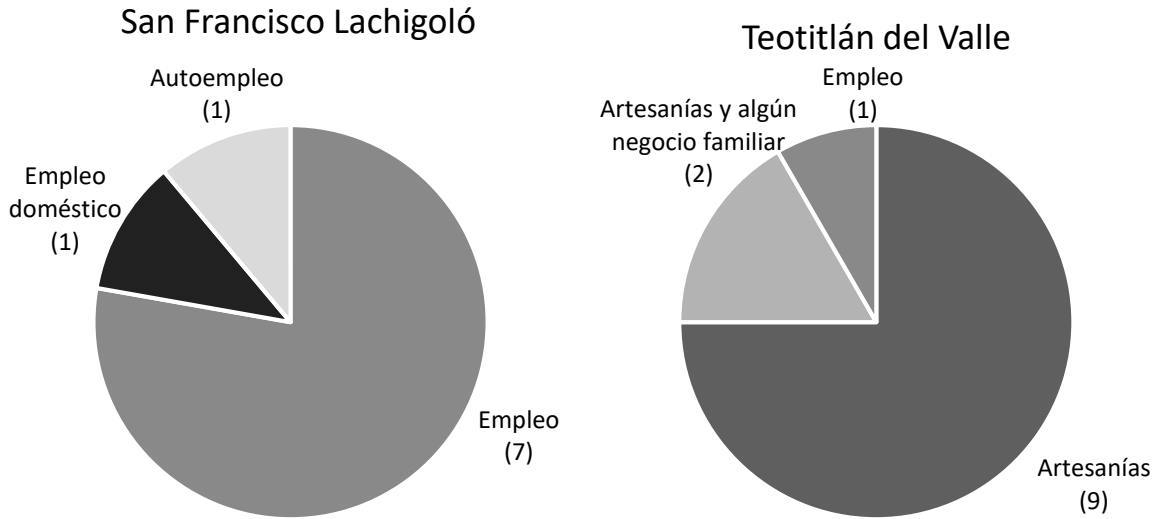
ACTIVIDADES ECONÓMICAS	TDV	SFL	TOTAL
Se dedican exclusivamente a las labores del hogar	7	3	10
Combinan las labores de hogar con algún oficio	1	1	2
Artesanas	3		3
Empleadas	1	1	2
Empleadas domésticas		3	3
Labores del campo		1	1

Fuente: Entrevistas. Teotitlán del Valle y San Francisco Lachigoló, 2018

Asimismo, sobre las principales fuentes de ingreso económico familiares de las mujeres que participaron en la presente investigación, éstas también distan de forma importante entre ambas localidades, pues en Teotitlán casi el total de las familias de las mujeres (11) se dedica a las artesanías, aunque dos de ellas combinan esta actividad con algún otro empleo o negocio familiar. En TDV únicamente una familia tiene como principal fuente de ingresos el trabajo del padre de familia como empleado en la Ciudad de Oaxaca. En contraste, en Lachigoló las principales fuentes de ingreso familiares fueron el empleo (tanto en alguna institución o empresa, como el empleo doméstico o alguna forma de autoempleo) (véase gráfico 1.3).

Respecto al perfil reproductivo de la muestra de estudio, el promedio general de hijos nacidos vivos fue de 1.8 y éste no es muy variable entre las localidades de estudio (1.7 hijos nacidos vivos para el caso de TDV y 1.9, para SFL). De acuerdo con datos del INEGI (2020a), en 2015 se registraba un promedio de 1.4 hijos nacidos vivos de las mujeres entre 15 y 49 años en ambas localidades y se evidencia cómo éste ha descendido en las últimas décadas, pues tan sólo cinco años antes, en 2000, el promedio de hijos era de 2.3 en TDV y de 2.1 en SFL.

GRÁFICO 1.3. Distribución de la muestra por principal ingreso familiar en cada localidad



Fuente: Entrevistas. Teotitlán del Valle y San Francisco Lachigoló, 2018

Por su parte, la edad de inicio de vida sexual promedio en la muestra de estudio fue de 19 años –19.8 en TDV y 17.8 en SFL–. Las mujeres que iniciaron su vida sexual más jóvenes lo hicieron a los 13 y 14 años, la primera en SFL y la segunda en TDV, y quienes iniciaron su vida sexual más tardíamente lo hicieron a los 29 y 25 años, ambas mujeres en Teotitlán. Finalmente, la edad promedio de primer embarazo fue más variable entre las mujeres participantes de ambas localidades, pues para el caso de TDV fue de 24.5 y en SFL, de 19.7 años.

Finalmente, las temporalidades de las experiencias reproductivas van desde la década de 1970 hasta 2018. Trece mujeres han tenido sus embarazos exclusivamente en la última década (entre 2010 y 2018), dos participantes han tenido hijos entre 2000 y 2018, cuatro mujeres entre 1990 y 2010, una en las décadas de los setenta y ochenta y, finalmente, una participante tuvo su único parto en la década de 1970 (véase tabla 1.3).

TABLA 1.3. Periodos reproductivos de las mujeres participantes

Cohorte generacional	Nombre	Edad actual	Edad primer embarazo	Edad último embarazo	Total de embarazos	Periodo reproductivo
1era generación	Rosa	67	27		1	1979
	Antonia	59	18	24	3	1978-1983
2da generación	Adela	50	24	41	5	1994-2009
	Mónica	43	18	33	3	1994-2008
	Leonor	41	19	25	3	1996-2002
	Sofía	40	20	22	2	1998-2000
3ra generación	Aurelia	38	24	38	3	2004-2018
	Domitila	35	33	35	2	2016-2018
	Petra	35	26	35	4	2011-2018
	Nadia	33	17	30	3	2003-2015
	Angélica	33	26	30	2	2011-2015
	Emilia	31	30	30	1	2017
	Areli	30	29		1	2017
	Judith	29	29		1	2018
	Victoria	27	19	27	2	2011-2018
	Elisa	23	18	23	2	2014-2018
	Natalia	22	22	22	1	2018
	Jimena	20	14	20	4	2013-2018
	Inés	20	18	20	2	2016-2017
	Guadalupe	20	19		1	2017-2018
	Angelina	20	20		1	2018

Fuente: Entrevistas. Teotitlán del Valle y San Francisco Lachigoló, 2018

En total, las mujeres entrevistadas suman 47 embarazos, dos de ellos aún en curso cuando concluía el trabajo de campo. De éstos, 40 llegaron al trabajo de parto, donde se incluye una experiencia de muerte perinatal –es decir que se reportaron 39 hijos nacidos vivos–, y los cinco restantes resultaron en abortos. De esta manera, el promedio general de partos por mujer en la muestra de estudio es de 1.9; 2 partos por mujer para la primera generación, 2.7 para la segunda y 1.6 para la tercera generación (véase tabla 1.4).

TABLA 1.4. Número de partos según cohorte generacional de las mujeres entrevistadas

LOCALIDAD DE ESTUDIO	GENERACIONES REPRODUCTIVAS					
	1ra generación		2da generación		3ra generación	
	Partos	Mujeres	Partos	Mujeres	Partos	Mujeres
Teotitlán del Valle	3	1	3	1	15	10
San Francisco Lachigoló	1	1	8	3	10	5
Promedio de partos por mujer	2		2.7		1.6	

Fuente: Entrevistas. Teotitlán del Valle y San Francisco Lachigoló, 2018

Por otro lado, vale también mencionar que otras mujeres de muy variadas edades, aunque no fueron entrevistadas expresamente para reconstruir sus historias reproductivas –bien porque no accedieron o porque no cubrían los criterios de inclusión iniciales–, sí conversaron conmigo “informalmente” y me ofrecieron datos sobre experiencias propias o de terceras, los cuales integré al análisis de la información de manera complementaria. Algunas de estas conversaciones se dieron en el marco de fiestas, al interior de los centros de salud o mientras me transportaba de una comunidad a otra.

Asimismo, las actrices secundarias para el desarrollo de la presente investigación fueron las parteras; para ello, el único criterio de inclusión definido fue que atendieran o hubieran atendido partos en las localidades de estudio. De esta manera, se trabajó con seis parteras, cuatro en Teotitlán del Valle y dos en San Francisco Lachigoló (véase tabla 1.5). Dentro del grupo de parteras es posible distinguir dos generaciones: la primera compuesta por tres mujeres: Norma, Ema y Marcelina, de 63, 71 y 87 años respectivamente. Ema y Marcelina son oriundas de TDV y tienen un parentesco en tanto Marcelina es hermana del padre de Ema. Norma, por su parte, nació en Etlá, una localidad al norte de la capital del estado. Ninguna de estas tres mujeres, debido a su edad, seguía ejerciendo el oficio de la partería, aunque Norma aún trabajaba como curandera-sobadora.

TABLA 1.5. Parteras entrevistadas

LOCALIDAD	NOMBRE	EDAD
Teotitlán del Valle	Marcelina	87 años
	Ema	71 años
	Norma	63 años
	Ana	37 años
San Francisco Lachigoló	Alejandra	39 años
	Luisa	32 años

Fuente: Entrevistas. Teotitlán del Valle y San Francisco Lachigoló, 2018

Por otro lado, la segunda generación, compuesta también por tres mujeres, podemos identificarla como la “nueva generación de parteras”. Ellas son Ana, Luisa y Alejandra, cuyas edades transitan entre los 32 y los 39 años. Las tres son egresadas de la Escuela de Iniciación a la Partería de la asociación civil Nueve Lunas, en la ciudad de Oaxaca. En el caso de Alejandra, antes de ingresar al programa de Nueve Lunas, ya había aprendido el oficio de su madre que fue partera. Por su parte, Ana y Luisa comenzaron a aprender la partería una vez que ingresaron al programa, aunque cabe destacar que Ana es sobrina de Ema y Marcelina, puesto que su bisabuela fue partera.⁷

Todas las parteras, tanto de la primera como de la segunda generación, cuentan únicamente con educación básica. Las tres parteras mayores y Luisa tienen hijos, mientras que Ana y Alejandra no. Asimismo, dos de ellas (Marcelina y Norma) son casadas, una (Ema) es viuda y las tres más jóvenes (Ana, Alejandra y Luisa) son solteras, lo cual no suele ser común entre las mujeres de su edad en ambas localidades de estudio. Todas se reconocen como indígenas, con excepción de Norma, quien no se autoadscribe como tal por no hablar zapoteco. Dos parteras de la primera generación (Marcela y Ema) hablan *dixhza*, una partera de la primera

⁷ La madre de Marcelina y abuela de Norma también había sido partera.

generación y dos de la segunda (Norma, Ana y Luisa) son hablantes pasivas –es decir que entienden el zapoteco, pero no lo hablan–, finalmente, una partera de la segunda generación (Alejandra) en monolingüe y únicamente habla y entiende español.

2. Control y medicalización del embarazo, parto y puerperio

En este capítulo se expone el contexto conceptual que enmarca la presente investigación. Para ello, primero se presenta un breve balance sobre algunos trabajos que se han desarrollado desde la antropología, especialmente la antropología médica, en torno a la salud materna, la partería y la medicalización del embarazo-parto-puerperio (E-P-P). Posteriormente, se construye una discusión teórica en torno a la expansión biomédica, la medicalización del proceso reproductivo y las transacciones que operan entre el denominado modelo médico hegemónico y los modelos subordinados (Menéndez, 1983, 2003). Finalmente, con el propósito de comprender *grosso modo* el proceso en que la biomedicina ha devenido hegemónica en la atención del E-P-P en nuestro país y específicamente en el Valle de Tlacolula, se hace un recuento histórico sobre las políticas de fecundidad y salud materna durante el siglo XX y las primeras dos décadas del XXI.

La reproducción humana, o si se prefiere, la procreación, ha sido un objeto de estudio clásico dentro de la antropología, aunque su interés estuvo centrado inicialmente en sus aspectos más culturales, describiendo los tabúes, las “creencias folklóricas” y su relación con los diferentes rituales. Fue a partir de la década de los 70, después de la publicación de *Cultural patterning of perinatal behavior* de Margaret Mead y Niles Newton en 1967, cuando comenzaron a realizarse una serie de etnografías e investigaciones sobre las formas de atención al embarazo, parto y puerperio (Blázquez, 2005).

En esta década, trabajos como el de Brigitte Jordan (1993 [1977]), quien realizó una comparación entre la atención del parto con parteras en una comunidad maya de Yucatán y la atención del mismo evento en los sistemas altamente tecnologizados de Estados Unidos, Holanda y Suecia, dieron cuenta de que, si bien el embarazo y el parto son procesos universales en términos biológicos, éstos nunca ocurren de la misma forma en todas las sociedades, sino que están

socioculturalmente moldeados. En este sentido, comenzó a entenderse el E-P-P como un proceso biosocial determinado por diferentes condicionantes materiales y relaciones sociales (Blázquez, 2005).

En nuestro país, a partir de la década de 1980 se han desarrollado importantes investigaciones en torno a la atención del proceso reproductivo, principalmente en comunidades rurales, entre las que destaca el trabajo de Virginia Mellado, Carlos Zolla y Xóchitl Castañeda (1989), quienes exponen algunas características básicas de la atención al embarazo, parto y puerperio, con énfasis en las representaciones y prácticas de parteras tradicionales, parteras adiestradas y parteras empíricas no adiestradas en el estado de Morelos.

Por su parte, en la década de los 90 comenzaron a surgir acercamientos más críticos enfocados en el estudio de la salud reproductiva y la muerte materna en México. Resaltan al respecto los trabajos de Mari Carmen Elu (1998) en Tlaxcala, Graciela Freyermuth (2003) en Chiapas, Paola Sesia (1996, 2011) en Oaxaca y Lina Berrio (2013) en Guerrero. Estas autoras han analizado, desde un enfoque feminista y de derechos humanos, las condicionantes estructurales, como el género, la clase social y la etnicidad, que propician la muerte materna y producen importantes desigualdades en la atención del E-P-P.

Por otro lado, un subtema de la atención al proceso reproductivo que también ha tenido un desarrollo importante dentro del campo antropológico es el estudio de la partería, o si se prefiere, las investigaciones sobre parteras. A nivel internacional es tan vasta la bibliografía sobre el oficio de las parteras que resulta imposible hacer un balance de lo mucho que se ha escrito al respecto tan sólo en español, aunque sí podemos apuntar las notables diferencias entre la bibliografía latinoamericana, enfocada en el estudio de las “parteras tradicionales”, principalmente en contextos rurales e indígenas, y la europea, cuyos textos hacen énfasis en el parto humanizado y en la matrona como una profesional con conocimientos más cercanos a los de la biomedicina.

En México, las investigaciones antropológicas sobre parteras se han concentrado principalmente en contextos rurales al sur del país, en estados como

Chiapas (Araya, 2011; El Kotni y Ramírez, 2017; Gómez, 2017), Yucatán (Jordan, 1993; Good, 1997; Quattrocchi, 2006; Quattrocchi y Güémez, 2011; Méndez, 2018), Guerrero (Berrio, 2015), Puebla (Fagetti, 2008; Martínez, 2016), Morelos (Zolla, Mellado y Castañeda, 1989; Castro, Bronfman y Loya, 1991; Castañeda, 1992) y Oaxaca (Sesia, 1992, 1996; Ramírez, 2018).⁸ En contraste, son relativamente pocas las investigaciones que abordan la partería en contextos urbanos; entre ellas, destacan los trabajos de Carrera (2018) en la Ciudad de México, Alfaro (2018) en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Ramírez (2016) en San Cristóbal de las Casas y finalmente, Sánchez (2016) sobre las casas de parto en nuestro país.

Entre los trabajos etnográficos que he revisado es posible distinguir algunos enfoques de acuerdo con las dimensiones sobre la partería que enfatizan, desde los saberes y prácticas de atención de las parteras hasta las relaciones que establecen con el sistema público de salud o las condicionantes que orientan a las mujeres por dicha forma de atención; aunque es preciso recalcar que dichos enfoques no son excluyentes entre sí. En este sentido, considero que es posible encontrar:

1. Etnografías que se limitan a describir los saberes y prácticas de las parteras en la atención del embarazo y el parto, algunas veces sin observar las relaciones que establecen con el sistema médico oficial (por ejemplo: Castañeda, 1992; Quattrocchi, 2006; Fagetti, 2008).
2. Investigaciones enfocadas en analizar las relaciones que se establecen entre las parteras y el sistema sanitario, describiendo el adiestramiento que éstas reciben en prácticas biomédicas, considerando los efectos que estas capacitaciones tienen en sus prácticas de atención y si éstos resultan benéficos o perjudiciales para la salud materno-infantil (por ejemplo:

⁸ Además de las investigaciones señaladas, algunas autoras que han abordado la partería en contextos rurales e indígenas en otras regiones y estados de la República son Reyes (2000) en Michoacán, Reynoso (2019) en la Huasteca Potosina, entre otras.

Cosminsky, 1992; Good, 1997). También desde este acercamiento se ha destacado el papel que han desempeñado las parteras en la salud reproductiva, principalmente en comunidades indígenas, así como en la operación de las políticas de planificación familiar a partir de la década de los setenta, encaminadas a la reducción de la natalidad en nuestro país (por ejemplo: Parra, 1991).

3. Pesquisas centradas en analizar los factores y condicionantes que orientan a las mujeres a la decisión de recurrir a los servicios de las parteras para la atención de sus embarazos, partos y/o puerperios; para lo cual se considera especialmente el punto de vista de las mujeres (por ejemplo: Ramírez, 2018; Reynoso, 2019).
4. Trabajos que colocan la práctica de las parteras como una opción para desmedicalizar y humanizar el parto, así como escapar de la violencia obstétrica que se ejerce en los hospitales (por ejemplo: Sánchez, 2016).
5. Finalmente, un quinto acercamiento que considero digno de resaltar, aunque no está muy presente en la bibliografía nacional, es aquel que discute desde una perspectiva crítica cómo el surgimiento de una “nueva partería”, como la posmoderna (Davis-Floyd, 2005) o la *New Age*, conduce a la configuración de nuevas formas de desigualdad en la atención obstétrica en tanto son las clases medias-altas quienes pueden ver como una opción y tener acceso al parto domiciliario humanizado, volviéndose inaccesible para las mujeres de estratos sociales más bajos (por ejemplo: Vega, 2018).

Por su parte, un segundo subtema de la reproducción humana también abordado por la literatura antropológica y que es de interés para esta tesis, es aquella vertiente que se ha desarrollado a partir de los años 80 y que dirige su mirada a la atención obstétrica, donde se incluye el estudio del incremento de la medicalización en la atención del embarazo y el parto (Blázquez, 2005). Estas investigaciones se han concentrado principalmente en la atención del parto de forma hospitalaria, caracterizando este evento como un proceso rutinario, uniforme, sistemático,

burocrático y autoritario (Hernández y Echeverría, 2016). Desde este enfoque se han producido algunos estudios en torno a la violencia obstétrica, defendiendo el derecho de las mujeres a una atención humanizada del embarazo y el parto y con pertinencia cultural (Castro y Erviti, 2015; Campliglia, 2017; Quattrocchi y Magnone, 2020).

Sobre las pesquisas que se han interesado por la atención obstétrica y la medicalización del proceso reproductivo destacan para el caso del estado de Oaxaca los trabajos de Sesia (1996), Ramos (1998), Flores (2003), Díez-Urdanivia e Ysunza (2013), Sachse, Sesia, Pintado y Lastra (2012), Sesia, Van Dijk y Sachse (2014), Mendoza López (2020), entre otros.

Un último antecedente que también es relevante para esta tesis es el de las investigaciones que se han preocupado por describir y analizar las transformaciones intergeneracionales en los saberes y prácticas en la atención del embarazo, parto y puerperio. Al respecto, destacan en nuestro país los trabajos de Mendoza González (2005), sobre las transformaciones entre dos generaciones de migrantes triquis en la Ciudad de México; de Osorio (2004, 2005) sobre cambios en la atención del embarazo y el parto en una comunidad suburbana de la Ciudad de México; y de Ortega (2010), sobre los cambios generacionales en la reproducción y sexualidad entre los mayas de Yucatán.

Para concluir con este breve balance de las investigaciones antropológicas que se han desarrollado a nivel nacional en torno a la atención del E-P-P y su medicalización, me parece necesario evidenciar que la mayor parte de las pesquisas que han abordado la salud materna y la partería son realizadas por mujeres, en tanto se trata de un proceso que ha sido históricamente calificado como “algo de mujeres” (Blázquez, 2005: 3). En este sentido, no es de extrañarse que este investigador se haya encontrado más de una ocasión con que a las personas con quienes iba interactuando, tanto en el ámbito académico como durante el trabajo de campo, les pareciera extraño, o por lo menos poco común, que un hombre se interesara por este tipo de temas.

Al respecto, vale enunciar dos de las principales motivaciones que me orillaron a decantarme por el tema y problema de investigación que se aborda a lo largo de esta tesis: la primera, de carácter teórico-académico, porque encontraba en la salud reproductiva y específicamente en la atención del E-P-P un espacio privilegiado para observar cómo opera el pluralismo médico en términos de la red de recursos de atención en salud culturalmente diversos, lo cual constituía mi interés central desde que ingresé a la maestría en septiembre de 2017. La segunda motivación, más bien de orden personal-afectivo, respondió a que tal vez de forma poco consciente procuré construir un problema de investigación que me llevara a trabajar principalmente con mujeres, en tanto tengo mayor facilidad para socializar con ellas que con varones, sobre todo en aquellos contextos donde impera una noción de masculinidad hegemónica (Connell, 1997). De esta manera, me atrevo a decir que muy probablemente he construido de una ansiedad personal un artilugio metodológico (Devereux, 1994).

La expansión biomédica y la medicalización del proceso reproductivo

De acuerdo con Eduardo Menéndez (2003), una de las principales características de la biomedicina es su tendencia expansiva, a partir de la cual ésta ejerce su hegemonía sobre la diversidad de formas de entender y atender la salud/enfermedad. Siguiendo al autor, esta tendencia expansiva se da en dos niveles intrínsecamente relacionados: 1) a través de la cobertura de atención médica de los ciudadanos y las regiones y 2) a través del proceso de medicalización; lo cual se refiere al proceso en que la biomedicina comienza a actuar fuera de su campo tradicional, tomando como propios ciertos “procesos vitales” que anteriormente no eran de su competencia y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades (Menéndez, 2003: 193).

“*Medicalizar* significa justamente transformar un evento perteneciente a la esfera cotidiana en un *evento médico*, interpretables y manejables dentro del paradigma biomédico-científico; con todas las consecuencias prácticas que esto conlleva: desde la separación de la persona de su espacio cotidiano (casa/hospital) o de su red social (esposo, familia, partera), hasta la intervención de profesionales, al uso de medicamentos y de tecnologías. Y sin olvidar las consecuencias ideológicas: eso es, la incorporación dentro del campo biomédico, hegemónico en su autoridad científica y simbólica; hecho que significa de por sí la exclusión o deslegitimación de otras alternativas diagnóstico-terapéuticas”.

(Quattrocchi y Güémez, 2011: 57-58)

Foucault apunta que principalmente a partir del siglo XX, la biomedicina comenzó a funcionar fuera de su campo tradicional, definido éste “por la demanda del enfermo, su sufrimiento, sus síntomas, su malestar” (1990: 106). En este sentido, siguiendo al autor, la biomedicina empezó a responder a otros motivos que no eran la demanda del enfermo y el objeto de intervención médica pasó de ser las enfermedades a ser la salud y todo lo que garantiza la salud de los individuos, desde el saneamiento del agua hasta las condiciones de vivienda.

De acuerdo con Foucault (1990), algo que actualmente caracteriza a la biomedicina es que, además de ocuparse de otros procesos que no son propiamente las enfermedades, comienza a tener un campo no exterior o ajeno. En este sentido, el autor apunta que, aunque en el siglo XIX la medicina ya había rebasado los límites de los enfermos y las enfermedades, aún existían sucesos que seguían siendo no médicos y que no parecían medicalizables; pero desde finales del siglo XX, cuando se busca algún campo ajeno a la biomedicina nos encontramos con que ya ha sido medicalizado. De esta manera, uno de los eventos larga y profundamente medicalizados es el proceso reproductivo, especialmente el nacimiento.

Podemos definir entonces la medicalización del proceso reproductivo como la “intervención médica [...] en el embarazo, el parto y otros aspectos de la sexualidad, que pasan a ser formas de consumo terapéutico” (Carrillo, 1988: XIV). En este sentido, la medicalización del proceso reproductivo implica concebir y tratar

cada vez más a las embarazadas, parturientas y puérperas como si fueran “pacientes” y al embarazo como si se tratara de una enfermedad (Quattrocchi y Güémez, 2011: 57), o por lo menos, como una situación de riesgo que es necesario controlar.

Otros autores se han referido a la institucionalización (Campiglia, 2017) o industrialización del nacimiento (Odent, 2006) como un fenómeno que inicia en el siglo XX y en el cual los partos se van atendiendo cada vez más en hospitales, así como a la entrada de nuevas tecnologías para la atención del evento obstétrico, como el monitoreo electrónico fetal y la anestesia epidural, convirtiendo los partos en actos semiquirúrgicos y concibiendo el embarazo como una situación de riesgo (Odent, 2006).

“Durante los setenta [...] el monitoreo fetal hizo su entrada en las salas de parto. En lugar de escuchar los latidos del corazón del bebé de vez en cuando, se hizo rutinario registrar de forma continua en un gráfico el ritmo del corazón fetal. La mujer en trabajo de parto estaba cada vez más rodeada de una compleja red de tubos y cables, entre ellos el suero, que permitía el aporte de cantidades calculadas de oxitocina sintética, la hormona necesaria para las contracciones uterinas. La atmósfera de la sala de parto cambió radicalmente. Las mujeres daban a luz en un entorno electrónico”.

(Odent, 2006: 35)

Odent señala que el rol de la medicina durante el proceso reproductivo estaba inicialmente restringido a la atención de situaciones patológicas o de anomalías, “y no incluía el control de procesos fisiológicos” (2006: 103); sin embargo, a lo largo del siglo XX, éste se volvió competencia de la biomedicina, concentrando cada vez más los partos en los hospitales, monitoreando el desarrollo del embarazo al concebirse como una situación de riesgo que requiere ser controlada y, finalmente, estandarizando y normalizando una serie de intervenciones como la episiotomía, la cesárea, el uso de oxitócicos o de anestesia epidural, entre otras. Así, el autor apunta que palabras como “rutina” o “protocolo” comenzaron a ser clave en la obstetricia moderna y comenzó a atribuirse el calificativo de “parto natural” a todo

nacimiento por vía vaginal, sin importar si se realizó episiotomía o se suministró algún medicamento para facilitar el parto o el alumbramiento de la placenta (Odent, 2006: 36).

Si bien es cierto que el involucramiento del saber médico y de las instituciones de salud públicas en la atención del E-P-P ha contribuido a disminuir algunas causas de mortalidad materna y perinatal, también ha propiciado problemas importantes, dando lugar a la denominada violencia obstétrica como un fenómeno macroestructural y multifacético, ligado a relaciones de poder y que abarca tratos deshumanizados por parte del personal médico hacia las mujeres, así como abusos en la medicalización del parto (Sesia, 2020). En este sentido, la sobremedicalización del nacimiento puede verse expresada, por ejemplo, en el alto índice de cesáreas que se practican en nuestro país, donde en 2018 el 46.1 % de los partos fueron atendidos por medio de esta técnica (INEGI, 2019), lo cual sugiere que una buena parte se realizó de forma innecesaria.

Por otro lado, los procesos de medicalización, en cualquier campo en que ocurran (reproducción, alimentación, afectividad), suponen un control social e ideológico sobre los conjuntos sociales, principalmente a través de la estigmatización, la regulación de ciertos comportamientos y la definición misma de lo que es enfermedad, de quiénes son “asistibles” y en qué condiciones (Esteban, 2003: 27). En este sentido, como lo desarrolla Menéndez (1983), con dichos procesos medicalizadores la biomedicina fue extendiendo sus funciones curativas y preventivas hacia funciones de control y normalización.

Considero que hablar de la medicalización del proceso reproductivo tiene unos matices respecto de otros procesos medicalizadores, pues ésta atraviesa particularmente el género como una categoría central que incide en dicho proceso y no como un mero rasgo sociodemográfico. De esta manera, la biomedicina, articulada con el Estado, ejerce control sobre los procesos reproductivos y, a su vez, sobre el cuerpo y el comportamiento de las mujeres en tanto históricamente se les ha colocado en un rol de “reproductoras” y, en este sentido, lo que acontece con

sus cuerpos no se concibe sólo como un asunto individual, sino “público” o de “interés colectivo”.

Para comprender lo anterior, es necesario entender la centralidad que tiene la reproducción “biológica” en todas las sociedades, pues está profundamente vinculada con la reproducción sociocultural o sistémica de los grupos humanos, tanto en términos poblacionales como socioculturales, lo cual nos lleva a percibir la necesidad de su control por parte de las instituciones que detentan el poder (Blázquez, 2005). En este sentido, diversas investigaciones, principalmente desde posicionamientos feministas, han analizado el control que históricamente han establecido las sociedades sobre la sexualidad y la reproducción humana a partir del control, el intercambio y el “tráfico” de mujeres (Rubin, 1986).

Blázquez (2005) apunta que si intentamos comprender las formas en que se controla el proceso reproductivo, entonces esto nos lleva a hacer una “genealogía histórica”, pues en la mayoría de las sociedades occidentales hasta el siglo XIX eran mujeres parteras sin formación médica quienes detentaban la hegemonía en la atención del E-P-P y fue a partir del siglo XX que los partos comenzaron a llevarse a los hospitales y a ser atendidos por médicos/hombres.

Para comprender la forma en que se ha instrumentado la medicalización del proceso reproductivo en México, y específicamente en el Valle de Tlacolula, Oaxaca, es necesario considerar dos fenómenos: 1) el proceso de “ruralización” de la biomedicina en nuestro país y 2) los intentos por reducir la mortalidad materna (MM). Respecto al primer fenómeno, a partir de los años setenta del siglo XX, la biomedicina comenzó a tener mayor presencia en el medio rural mexicano debido a las políticas y programas impulsados por diferentes instituciones (Ramos, 1998). Por su parte, respecto al segundo fenómeno, en las últimas dos décadas los intentos por reducir la MM en nuestro país se han enfocado principalmente en direccionar los partos al segundo nivel de atención y fortalecer la atención hospitalaria (Freyermuth y Argüello, 2015). En el siguiente apartado se ilustra cómo estos dos procesos se han intersectado y de qué manera han contribuido a que la biomedicina

sustente actualmente la hegemonía en la atención del embarazo, parto y puerperio en México.

Con todo lo anterior, podemos decir que esta tesis parte del interés por comprender las relaciones –de tensión, fricción, imposición, pero también de complementariedad y síntesis– que se establecen entre la biomedicina y la denominada medicina tradicional o popular. Por biomedicina, me refiero a aquella que también es llamada medicina occidental, moderna, alópata, científica o hegemónica, que entiende y atiende el proceso de salud/enfermedad desde una lógica científica, es enseñada en centros académicos y privilegiada como un modelo “oficial” de atención, en tanto ha sido respaldada por el Estado e incorporada al sistema de seguridad social (Carrillo, 1988; Ramos, 1998). Este modelo de atención “se apoya en productos farmacéuticos elaborados en laboratorios y con recursos tecnológicos cada vez más sofisticados” (Ramos, 1998: 24). Asimismo, dentro de la biomedicina se incluyen las denominadas profesiones “paramédicas”, como enfermeras y obstetras (Montes, 2009).

Por otro lado, he decidido emplear el concepto de “medicina tradicional” por ser el más común para nombrar los sistemas de atención “emanados del pueblo” (Carrillo: 1988: XIV) y que, para el caso de México, son resultado de la mezcla entre las prácticas de atención precolombinas y aquellas que llegaron después de la conquista española. Al respecto, vale recalcar que, así como la biomedicina evidencia un “continuo proceso de cambio tecnológico y expansión”, la medicina popular también se caracteriza por un proceso constante de modificación donde se conjuntan prácticas de diferentes saberes, incluyendo el biomédico (Menéndez, 1994: 71). Con esto quiero decir que este modelo de atención no es cerrado ni inmutable en el tiempo.

Menéndez (1983, 1994) apunta respecto a la relación entre el modelo biomédico-hegemónico y los modelos subordinados que lo que en teoría se ve como una exclusión en la práctica se resuelve mediante la apropiación. Esto quiere decir que la expansión de la biomedicina ha tendido a producir, más que la exclusión de los sistemas alternativos, su apropiación y transformación a partir de su

subordinación ideológica al denominado modelo médico hegemónico; por ejemplo, mediante el adiestramiento de parteras tradicionales en prácticas biomédicas y la formación de parteras técnicas, con un saber eminentemente biomédico. En este sentido, cobra especial relevancia el concepto de “transacciones”, las cuales operan entre los diferentes modelos de atención desarrollados por el autor. Este concepto se refiere a la incorporación dinámica por los modelos subordinados (modelo alternativo y de autoatención), de cada vez mayores elementos prácticos e ideológicos de la biomedicina (Menéndez, 1983: 10). En términos de la atención al proceso reproductivo, esto quiere decir que tanto las parteras como las propias mujeres/madres van incorporando en su saber diferentes representaciones y prácticas provenientes de la medicina moderna, como el uso de fármacos o el desplazamiento generacional de representaciones más cercanas a la noción tradicional de lo frío y lo caliente por concepciones más fisiológicas-anatómicas del cuerpo humano.

Finalmente, considero que el concepto de saber nos permite aterrizar metodológicamente la discusión anterior al campo de lo empírico, pues éste incorpora una forma específica de entender y atender la salud reproductiva (Osorio, 2001). En este sentido, por “saber” me refiero a una categoría amplia que implica una vinculación compleja entre representaciones simbólicas y prácticas sociales (Flores, 2003: 38). Podemos entender las representaciones como un “conjunto de nociones, creencias, actitudes, imágenes y valores elaborados y compartidos socialmente, que estructuran la relación de los sujetos con la realidad [...] a través de una determinada manera de designarla, aprehenderla e interpretarla, orientando sus modos de acción y moldeando sus experiencias con dichos significados” (Osorio, 2001, 15). Por su parte, las prácticas sociales podrían definirse como “el conjunto organizado de conductas pautadas culturalmente, rutinarias o eventuales, que adquieren niveles de complejidad y expresan la acción del sujeto en la realidad, a través de una distribución/asunción de roles, funciones e interacciones en el mundo social” (Osorio, 2001: 15).

De esta manera, la forma de atender el proceso reproductivo estaría profundamente vinculada con las prácticas que se instrumentan para su cuidado y atención, en tanto no las representaciones no sólo son modelos de pensamiento, sino que a su vez se trata de orientaciones para la acción. Sin embargo, de acuerdo con Osorio (2001), representaciones y prácticas no son unívocas, sino que hay discrepancias y hasta contradicciones en ambos niveles. En este sentido, es que el concepto de saber se plantea como una abstracción más amplia que asume un proceso de síntesis continua que integra aparentes incongruencias entre las representaciones y las prácticas.

Transición demográfica y políticas de salud reproductiva en México

Durante la primera mitad del siglo XX y hasta 1973/1974, el discurso y la política poblacional en nuestro país eran esencialmente “pronatalistas”, pues como respuesta al despoblamiento causado por la Revolución Mexicana y por la Guerra Cristera, se promovía la fecundidad y se motivaba el matrimonio a edades muy tempranas (desde los 14 años para el caso de las mujeres), para de esta forma incrementar la población del país. Paralelamente, comenzaron a implementarse proyectos que buscaban el adiestramiento y control de las entonces denominadas parteras empíricas, pues “las complicaciones y las muertes maternas se asociaban a lo que el gremio médico denominaba <<las prácticas nocivas de las parteras>>” (Freyermuth, 2018: 17).

Partida (2005) explica que después de haber concluido el conflicto armado de la Revolución Mexicana, las tasas de mortalidad comenzaron a descender y las tasas de natalidad se mantuvieron relativamente constantes e incluso ascendentes entre 1945 y 1960. De acuerdo con dicho autor, esto se debió principalmente a la expansión de los servicios educativos y de infraestructura sanitaria, lo cual se hizo más evidente desde la creación del IMSS y la transformación del Departamento de

Salud en la Secretaría de Salud (SSA) durante la década de 1940. Asimismo, entre las décadas de 1940 y 1950, México comenzó un rápido proceso de industrialización y el país se fue transformando en una sociedad más urbana, de manera que ya para los años setenta la mayor parte de los mexicanos vivía en las ciudades.

Fue en la década de los setenta que el Estado mexicano se propuso reducir el tamaño de la población, o por lo menos estancar su acelerado crecimiento, lo cual llevó a transitar de una política pronatalista a una “reduccionista de sus niveles de fecundidad” (Sánchez, 2016). En 1973 comenzó a funcionar el programa de planificación familiar por parte del Estado, “de esta manera *spots* como: *La familia pequeña vive mejor, Vámonos haciendo menos y Pocos hijos para darles mucho*, entre otros, se tornan desde entonces hasta la fecha en la mirada controladora sobre el cuerpo y la capacidad reproductiva de las mujeres por parte del Estado” (Sánchez, 2016: 27). Asimismo, como parte de esta política de control de la fecundidad, comenzó a promoverse el embarazo entre los 20 y los 35 años, pues embarazarse antes y después de estas edades empezó a considerarse como una situación que incrementa el riesgo de tener complicaciones obstétricas.

En esta misma década, el IMSS y la SSA iniciaron un proyecto de capacitación a parteras tradicionales con el objetivo de “incrementar los conocimientos de las comadronas para que pudieran saber cuándo remitir a las mujeres o niños al puesto de salud más cercano y para ayudar a promover entre la población medidas de higiene que pudiesen facilitar las campañas de vacunación” (Parra, 1991: 72). Asimismo, ambas instituciones incluyeron en dichos programas de capacitación una sección sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar, de forma que, como se muestra en diversos estudios, las parteras ocuparon un papel central en las políticas de disminución de la natalidad en México pues en ellas recayó el control de la fecundidad (Parra, 1991). De acuerdo con Freyermuth (2018: 18), entre 1973 y 1976 se capacitó a 15 000 parteras con el propósito de que éstas se hicieran cargo del Programa de Planificación Familiar.

De esta manera, a partir de los años setenta el descenso de la fecundidad comenzó a acentuarse y se inicia el fenómeno conocido como “transición

demográfica”; es decir, el cambio de la dinámica de población, pasando de un escenario con tasas de natalidad y mortalidad altas a otro donde ambas son menores. De acuerdo con Partida (2005), en 1975 la tasa global de fecundidad era de 6 niños por mujer, lo cual disminuyó a cinco por mujer en 1979, cuatro en 1985 y tres en 1994.

Por otro lado, hasta la década de 1980 el papel de la medicina tradicional en la atención obstétrica era evidente y las parteras sustentaban la hegemonía en la atención del E-P-P, pues todavía para finales de los años setenta y principios de los ochenta la mayor parte de los partos en las zonas rurales de México eran atendidos por parteras. De acuerdo con cifras de Freyermuth (2018: 18), a finales de la década de los setenta y principios de los ochenta la atención del parto por parte de parteras era de más de 80 %, llegando incluso a 92 % en algunas regiones del país. Parra (1991) es más moderada en sus cifras, pues sugiere que en 1969 un 65 % de los nacimientos en las áreas rurales se atendieron con parteras y para 1980 aún más de la mitad de nacimientos eran atendidos por parteras. Más allá de las diferencias en los datos de ambas autoras, lo que las cifras muestran es que hasta los años ochenta la mayoría de los partos en las zonas rurales de nuestro país eran atendidos en casa con el auxilio de una partera.

Un factor que contribuyó a que cada vez más los partos se atendieran con médicos y menos con parteras fue precisamente la política nacional de salud a principios de los años 80, la cual estaba enfocada en expandir los servicios en el primer nivel de atención a partir de la creación del IMSS-COMPLAMAR, que buscaba tener una mayor presencia de médicos en las zonas rurales del país. A este fenómeno se le ha caracterizado como la “ruralización” de la biomedicina.

Paralelamente a las políticas de fecundidad y al proceso de ruralización de los sistemas de salud, a lo largo del tiempo se han desarrollado diferentes enfoques conceptuales para la atención de la salud materna. El primero de ellos, adoptado a nivel internacional, fue el denominado Enfoque de Riesgo, desarrollado en los años setenta, aunque comenzó a tener importancia central hasta la década de 1980. Este enfoque comenzó a considerar al embarazo y el parto como elementos de riesgo

que son importantes de monitorear, por lo que se desarrolla la noción de “control prenatal”, cuyo objetivo es “controlar el cuerpo de la mujer y los riesgos que se presentan durante el embarazo” (Bautista y López, 2017: 40).

Por su parte, en la década de 1990 se da la transición del paradigma de planificación familiar al de los derechos sexuales y reproductivos, por encima de las políticas demográficas imperantes hasta el momento (Berrio, 2013). Asimismo, el acceso universal a la salud tomó un especial énfasis a nivel internacional y la maternidad sin riesgo quedó constituida como un elemento central de la salud reproductiva. Finalmente, la mortalidad materna (MM) comenzó a señalarse como un problema intersectorial y se instituyó como un indicador altamente sensible para medir las desigualdades sociales y el desarrollo de los países y las regiones (Berdichevsky, 2019).

Fue a finales de los años noventa, como parte de las acciones encaminadas para reducir la MM, que las recomendaciones internacionales en torno a la salud reproductiva comenzaron a encaminarse hacia la atención del parto por “personal sanitario calificado”. Este enfoque de Atención Calificada del Parto reconoce a médicos, ginecobstetras, parteras “profesionales” y enfermeras obstetras como personal apto para atender el evento obstétrico, pero excluye a las denominadas parteras tradicionales (Villanueva y Freyermuth, 2018).

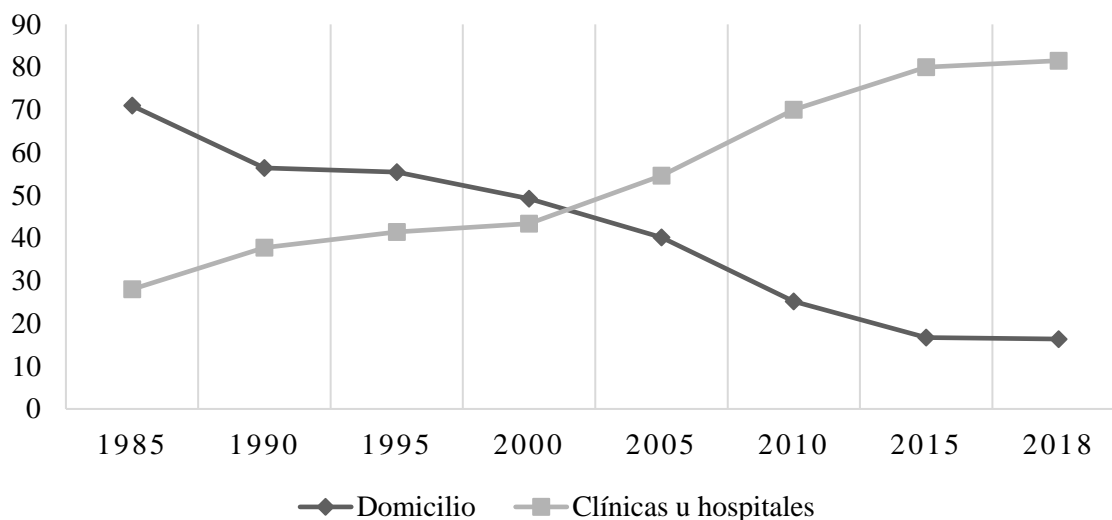
Con la entrada del siglo XXI se desarrolló una política de institucionalización hospitalaria del parto, lo cual respondió al enfoque mencionado de Atención Calificada del Parto. Para ello, el Estado promovió la afiliación de todas las mujeres embarazadas y sus familias al Seguro Popular en Salud (SPS), el cual pretendía cubrir la atención del embarazo y el parto en poblaciones rurales, a partir de su componente “Embarazo saludable” (Freyermuth, 2018: 20). A su vez, esta política de institucionalización del parto está estrechamente relacionada con los Objetivos de Desarrollo del Milenio promovidos por la ONU, los cuales firmó México en 2002 y donde se establece que la disminución de la muerte materna se convertiría en una prioridad tanto para el gobierno federal como para los diferentes estados de la República.

De esta manera, con el paso de las décadas, tanto la forma como el lugar de atención del parto se fue transformando, tanto en las regiones rurales del país como en las zonas urbanas. Todas estas transformaciones se debieron a los procesos anteriormente señalados, a una mayor cobertura de atención biomédica y a las políticas en salud materna desarrolladas por el Estado, hasta concentrar la mayor parte de los partos en el segundo nivel de atención; pero también jugaron un papel importante en este proceso los programas sociales como Progres-Oportunidades-Prospera, que condicionaron a las mujeres embarazadas a acudir a las instituciones oficiales de salud para recibir los apoyos económicos.

De acuerdo con los nacimientos registrados en nuestro país en los últimos 35 años, se observa que en 1985 poco más de un tercio de los partos se atendía en el hogar y el resto en el hospital o centro de salud, mientras que para 2018 sólo el cuatro por ciento fue atendido en casa (INEGI, 2020b). Por su parte, para el estado de Oaxaca se reporta que a mediados de la década de los ochenta casi tres cuartas partes de los nacimientos ocurrían en casa, mientras que los hospitales y clínicas de salud atendían sólo la cuarta parte de éstos. Sin embargo, esta tendencia se invirtió en menos de dos décadas, pues ya para 2010 se registraba que el 70 % de los nacimientos habían sido atendidos en instancias biomédicas (INEGI, 2020b) (véase gráfico 2.1). De esta manera, la atención domiciliaria de los partos vio una disminución considerable y las parteras, que habían atendido históricamente la mayor cantidad de partos, de acuerdo con cifras del INEGI (2020b), atendieron en 2018 tan sólo alrededor del 16 % de los nacimientos ocurridos en dicho estado.

Asimismo, con el incremento de los partos atendidos biomédicamente, es posible observar que el número de cesáreas que se practican en nuestro país ha aumentado significativamente, pues para 2018 se reporta que el porcentaje de cesáreas ascendía a 46.1 %. “Estos altísimos porcentajes de cesáreas se vuelven un indicador importante no solo de la creciente medicalización del evento obstétrico sino del hecho innegable de que la mayoría de los partos ocurre actualmente en los hospitales” (Sesia, Dijk y Sachse, 2014: 246-247).

GRÁFICO 2.1. Porcentaje de nacimientos en el estado de Oaxaca según el lugar donde fueron atendidos



Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI (2020b)

Si bien, a nivel internacional se ha demostrado la disminución de la MM a partir de la estrategia de institucionalización del parto, también se han documentado sus consecuencias negativas, las cuales incluyen “la saturación en los hospitales de partos eutócicos al rebasar su capacidad de atención; la apropiación del cuerpo de la mujer por la institución médica que excluye los saberes y prácticas de las propias mujeres, las parteras tradicionales y profesionales en torno a la maternidad” (Bautista y López, 2017: 40). De acuerdo con Sesia, Dijk y Sachse (2014), la promoción del parto hospitalario acarrea toda una serie de consecuencias, pues fomenta una excesiva medicalización del parto vaginal, lo cual potencia el riesgo de consecuencias iatrogénicas de la atención obstétrica; muchos hospitales públicos experimentan actualmente una saturación, sin contar necesariamente con los recursos materiales, financieros y humanos para atender a todas las mujeres; y a su vez, esta saturación tiende a exacerbar problemáticas tales como la falta de adecuación cultural de los servicios obstétricos para la población culturalmente diversa, calidad deficiente en la atención clínica y situaciones comunes de violencia, maltrato y discriminación (Sesia, Dijk y Sachse, 2014: 247).

Paralelamente a las políticas de institucionalización del parto, surge desde finales de la década de los noventa el enfoque de la Atención de la Emergencia Obstétrica, el cual se implementa en México desde 2002 e incluye los dos enfoques previos y propone la creación de una red que cuente con los recursos suficientes las 24 horas y los 365 días del año para atender de manera oportuna una emergencia obstétrica, independientemente de la derechohabiencia de las mujeres.

Por otro lado, el panorama actual de la atención hospitalaria del parto, caracterizado por la sobresaturación de los servicios de salud, la violencia obstétrica y la sobremedicalización del evento obstétrico, ha conducido a replantear a nivel internacional algunas estrategias, pues en años más recientes organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Confederación Internacional de Parteras (ICM, por sus siglas en inglés) han recomendado la diversificación en la atención del proceso reproductivo por personal no médico, al mismo tiempo que se reconoce que la atención primaria no ha tenido el fortalecimiento necesario para atender el 80 % de los partos que se reconocen como de bajo riesgo y que podrían ser atendidos por parteras profesionales, enfermeras obstetras u otro “personal calificado” (Berdichevsky, 2019).

De esta manera, a lo largo del presente capítulo me he referido a la medicalización como un fenómeno global en el cual la biomedicina ejerce su hegemonía sobre la diversidad de formas de entender y atender la salud/enfermedad, extendiendo sus funciones curativas hacia funciones de control y normalización (Menéndez, 1983, 2003). Asimismo, para comprender los dispositivos mediante los cuales se ha instrumentado este proceso en la atención del embarazo, parto y puerperio en nuestro país y, específicamente, en las localidades de estudio, me he referido a los enfoques y políticas de natalidad y salud materna que se han desarrollado desde el Estado y desde instancias supraestatales, que han construido el proceso reproductivo como una situación de riesgo, institucionalizando la atención del embarazo y el parto.

Dicha medicalización e institucionalización del proceso reproductivo ha incidido en el trabajo de las parteras a partir de los procesos de capacitación que

reciben por parte del sector salud, lo que ha propiciado la incorporación de saberes biomédicos en su hacer. Asimismo, la atención al E-P-P se ha transformado sustancialmente en términos de la forma, el lugar y con quién se atiende el proceso reproductivo, lo cual está profundamente relacionado con la noción de riesgo que se ha construido en torno al embarazo y parto, lo que ha conducido al desarrollo de dispositivos tales como el control prenatal y la referencia de todo parto al segundo nivel de atención.

Finalmente, me he referido también a las implicaciones ideológicas y prácticas que conlleva dicha medicalización, como el incremento del número de cesáreas que se practican en nuestro país, el control que supone dicha medicalización sobre el cuerpo de las mujeres en tanto se les concibe como “reproductoras”, la subordinación de los saberes tradicionales tanto de las parteras como de las propias mujeres, el creciente desuso de la atención con parteras en comunidades rurales, la estandarización de la atención al E-P-P, la sobresaturación de los hospitales y la violencia obstétrica que se ejerce por parte del personal de salud.

3. Las localidades de estudio

Este capítulo busca ofrecer un panorama general de la región y de las comunidades donde se desarrolló la presente investigación, para de esta manera dar cuenta del contexto económico, social y cultural de las mujeres cuyas historias reproductivas fueron reconstruidas. En este sentido, se presentan algunas de las principales características del Valle de Tlacolula y posteriormente se describe cada una de las localidades de estudio. Cabe señalar que la información expuesta a lo largo de este capítulo es resultado de la triangulación entre la revisión bibliográfica y estadística realizada con algunas entrevistas, conversaciones y con la observación hecha durante el trabajo de campo.

El Valle de Tlacolula es una de las llanuras que componen la región de los Valles Centrales de Oaxaca (véase mapa 3.1). Se trata de un amplio valle que se extiende en dirección sureste desde la ciudad de Oaxaca de Juárez, hasta Mitla, con un relieve que se asemeja al de un cañón y cuyos principales cambios de pendiente se generan a su alrededor, pues dicho valle está rodeado por la Sierra Juárez y por la Sierra Sur.

Para la década de 1940, se registraba ya una fuerte interrelación económico-social y una importante movilidad de personas y mercancías entre las localidades que componen los Valles Centrales de Oaxaca, como lo muestra el trabajo de Malinowski y De la Fuente (2005 [1957]). En este sentido, no es difícil imaginar cómo dicha movilidad se intensificó con eventos tales como la construcción de la Carretera Panamericana a finales de los años cuarenta, que atravesó el Valle de Tlacolula, o los fenómenos migratorios de personas provenientes de las muchas regiones del estado hacia la ciudad de Oaxaca de Juárez, lo que contribuyó a la expansión de la mancha urbana, abarcando las localidades aledañas a la capital del estado y conformando así una verdadera zona metropolitana, integrada actualmente por 23 municipios que abarcan una superficie de 1654.946 km².

MAPA 3.1. Valles Centrales de Oaxaca



Elaboró: Paola Alavez

Actualmente las localidades del Valle de Tlacolula están bien comunicadas entre sí y con la Ciudad de Oaxaca, que es el núcleo de los Valles Centrales. La Carretera Internacional que va de la capital al Istmo de Tehuantepec es la arteria principal mediante la que se trasladan las personas en la región y a lo largo del día no dejan de transitar por dicha vía camiones y taxis colectivos que van y vienen de los muchos pueblos del valle.

En general, se trata de una región que tiende más a la sequía y a lo largo de la cual se alcanzan importantes sitios arqueológicos y turísticos. Todos los días es posible ver en los cruceros de la carretera a dos o más visitantes esperando transporte para llegar a Mitla o a Hierve el Agua. De esta manera, la actividad turística ocupa un papel importante en la economía de algunas de las localidades que componen la región.

El punto focal de este largo valle es la ciudad de Tlacolula de Matamoros, conocida principalmente por su importante mercado dominical, el cual abarca varias calles y donde personas provenientes de diferentes comunidades acuden para comprar y/o vender productos diversos. En la década de los 90, Tlacolula comenzó un acelerado proceso de ascenso demográfico propiciado principalmente por el crecimiento de la Ciudad de Oaxaca, de manera que se fueron añadiendo “colonias” al núcleo urbano y, posteriormente, a partir de 2005 comenzaron a construirse fraccionamientos de interés social (Ramón, 2015). Esto ha provocado que la población de Tlacolula siguiera incrementándose tan vertiginosamente que actualmente el municipio cuenta con aproximadamente 22,500 habitantes (INEGI, 2020a) e integra varios conjuntos habitacionales, tales como los fraccionamientos Rancho Valle de Lago, Ciudad Yagul y Geo-Dainzú.

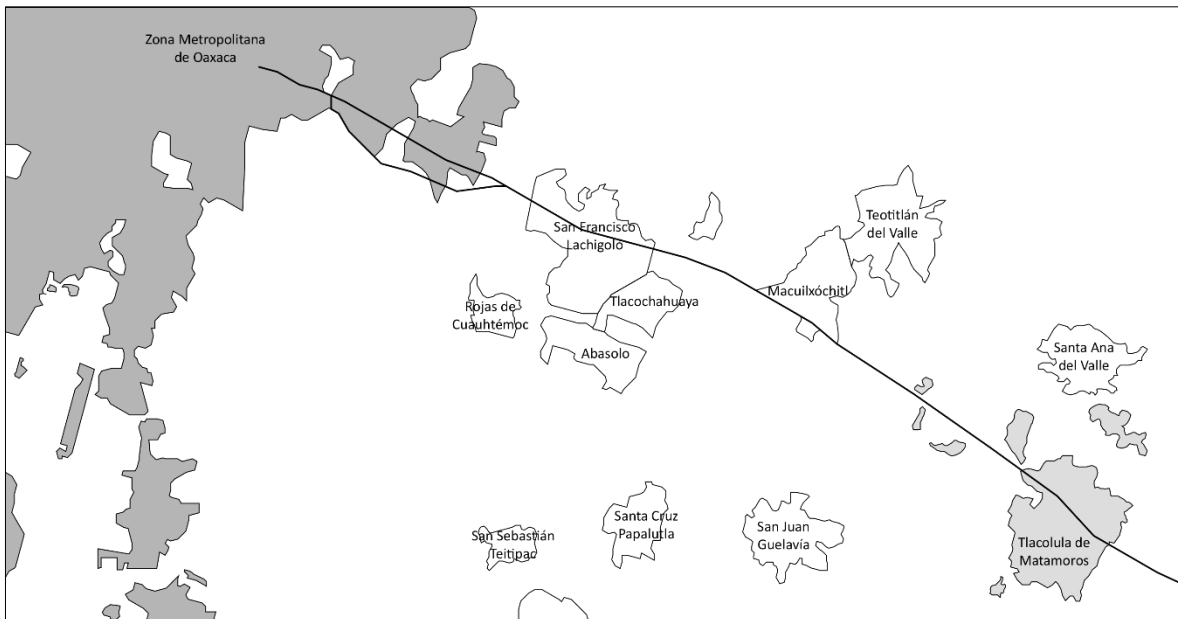


Vendedoras en el mercado dominical de Tlacolula

Es al noroeste de esta larga planicie, entre la capital del estado y Tlacolula de Matamoros, donde se ubican las dos comunidades que comprendió la presente investigación: Teotitlán del Valle (TDV) y San Francisco Lachigoló (SFL); la primera

colindante con el municipio de Tlacolula y la segunda contigua a la Zona Metropolitana de Oaxaca (ZMO) (véase mapa 3.2). En este sentido, podría decirse que se trata de localidades semi/peri-urbanas, especialmente Lachigoló, donde existen varios conjuntos habitacionales.

MAPA 3.2. Ubicación de las localidades de estudio con respecto a Tlacolula de Matamoras y la Zona Metropolitana de Oaxaca



Elaboró: Paola Alavez, con base en Mapa Digital de México, INEGI

Teotitlán del Valle (TDV)

Aproximadamente a 30 minutos de la capital del estado, en las faldas de la Sierra Juárez, se ubica la población de Teotitlán del Valle o *Xhgyæ'*, como responde a su nombre en zapoteco. Se trata de una comunidad con una fuerte identidad comunitaria, que se conserva, entre otras razones, gracias al uso y persistencia de su lengua, sus fiestas, sus instituciones sociales y otras prácticas comunes, como su reconocida producción artesanal de textiles de lana, a la que gran parte de sus habitantes se dedica y de la cual, junto con el turismo, obtiene una de sus principales fuentes de ingreso económico.

Teotitlán no es precisamente un pueblo chico, pues cuenta con aproximadamente 5,000 habitantes, agrupados en alrededor de 1,400 viviendas (INEGI, 2020a). La mayor parte de la población teotiteca cuenta con los servicios de agua potable, electricidad y drenaje; además, TDV cuenta con alumbrado público y muchas de sus calles están pavimentadas, sobre todo las más cercanas al centro del pueblo. Dentro de la infraestructura educativa de la comunidad, se encuentran un Preescolar, una Escuela Primaria, una Secundaria y un Bachillerato Integral Comunitario (BIC), aunque la mayor parte de sus habitantes sólo ha estudiado la educación básica (INEGI, 2016). Además, Teotitlán cuenta con un mercado para el abasto diario, un mercado de artesanías, una pequeña zona arqueológica, un museo comunitario, una biblioteca pública y un centro cultural de reciente apertura.



Mercado de artesanías en Teotitlán del Valle

Cuando se entra a Teotitlán lo primero que uno aprecia son grandes casas con corredores donde se exhiben tapetes de lana y donde hay al menos un telar de pedal. La producción artesanal es fuente de atracción turística y ésta resulta clave para entender la economía teotiteca y las relaciones de clase al interior de la

localidad (Stephen, 1998; Alavez, 2016). La actividad textil implica una intrincada red de relaciones de poder, control, negociación, cooperación y subordinación en la que están inmersos principalmente dos tipos de actores sociales: quienes tejen y quienes venden lo que otros tejen. Esto ha generado una importante desigualdad económica dentro de la comunidad (Alavez, 2016), lo cual puede percibirse, por ejemplo, en la forma en que se distribuyen las casas dentro de la localidad y lo ostentosas que resultan algunas construcciones en contraste con otros hogares de adobe, teja y piso de tierra.

Teotitlán del Valle tiene además fuertes rasgos indígenas. Es común escuchar el zapoteco (*dixhza*) en el mercado matutino, la calle, las fiestas y en los muchos aspectos de la vida cotidiana, principalmente entre la población adulta. De acuerdo con datos del INEGI, el 67 % de la población en TDV es hablante de lengua indígena (HLI) y el 97 % se autorreconoce como indígena. La vida política de Teotitlán está regida por el sistema de cargos, en el cual se asignan funciones dentro de los numerosos comités de la comunidad como una forma de *tequio*. Este sistema comprende dos jerarquías: una política y una religiosa; sin embargo, ambas están intrínsecamente relacionadas. Algunos de estos cargos son elegidos en Asamblea general, como el de Presidente Municipal, y otros son elegidos por el Ayuntamiento.

La tenencia de la tierra en TDV es de carácter comunal, de forma que ésta sólo puede ser “poseída” por personas de la localidad. Esto es relevante porque en los pueblos aledaños, donde no existe esta forma de tenencia sobre la tierra, la densidad de población se ha incrementado considerablemente en los últimos años debido a la construcción de fraccionamientos habitacionales y la inmigración de personas provenientes de otras regiones del estado. De acuerdo con los propios teotitecos, esta política ha permitido en buena medida que siga operando el sistema de cargos y se conserven muchas de sus tradiciones.

Respecto a la protección social en salud de los habitantes de TDV, en el año de 2018, cuando realicé el trabajo de campo, el 93.3 % de la población estaba afiliada al Seguro Popular, el 5.2 % al IMSS y sólo el 1.9 % al ISSSTE. Por su parte,

las mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 44 años) representaban el 23.2 % de la población y, para el 2015, el promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres en este rango de edad era de 1.4 por mujer (INEGI, 2020a).

En términos de la estructura de servicios de salud, TDV cuenta con un Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) de los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO), perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria 06 “Sierra”. El CESSA TDV fue inaugurado en 2007 a las orillas del pueblo, pero anteriormente existía en el centro de la comunidad una clínica de salud de 1er nivel. El CESSA atiende tanto a la población abierta sin seguridad social como a aquellas personas afiliadas al IMSS e ISSSTE; su cartera de servicios está conformada por las áreas de consulta externa y especialidades. La primera está dividida en tres núcleos, cada uno de los cuales atiende entre una y dos secciones de las cinco en que se divide administrativamente Teotitlán. Por su parte, las especialidades con que cuenta el CESSA son pediatría, ginecología, odontología y psicología.

Respecto al equipamiento para la atención del proceso reproductivo, el CESSA TDV cuenta con un ultrasonido, aunque algunas usuarias consideran que, ya que está “viejito”, no tiene la calidad adecuada.⁹ Además, el centro de salud cuenta con una sala de expulsión donde se atienden exclusivamente partos vaginales, pues las cesáreas deben referirse obligatoriamente al segundo nivel de atención, que para el caso de la población abierta se trata del Hospital Rural No. 36 del IMSS-Bienestar, en Tlacolula, y el Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”, en la Ciudad de Oaxaca, perteneciente a la Secretaría de Salud estatal (SSO). De acuerdo con el director en turno del centro de salud, intentaban incorporar al CESSA algunas prácticas del denominado parto humanizado, como son el cuidado del primer vínculo del recién nacido con la madre, así como el acceso y la participación de los esposos durante el evento obstétrico.

⁹ El ultrasonido se instaló cuando se creó el CESSA, pues cuando se trataba de un Centro de Salud de primer nivel no se realizaban ecografías y las mujeres debían acudir a otras instituciones, tanto públicas como privadas, principalmente en la Ciudad de Oaxaca.

La dinámica de atención dentro de los centros de salud, tanto en Teotitlán como en Lachigoló, consiste en pasar con las enfermeras, quienes toman los signos vitales de las usuarias, su presión arterial, peso y medidas. Posteriormente las mujeres pasan con alguno de los médicos y médicas generales o con el ginecólogo, según sea el caso. En el CESSA TDV las mujeres deben acudir cada mes a consulta prenatal, un mes con el médico o médica familiar y un mes con el ginecólogo; y en la medida en que el parto se acerca, van teniendo citas más constantemente.

Vale destacar que al CESSA TDV acuden también algunas mujeres de otras poblaciones cercanas para llevar a cabo sus consultas prenatales con el ginecólogo. Las veces que asistí al centro de salud conocí al menos a dos mujeres provenientes de otras poblaciones, una de Santo Tomás, con 16 años de edad y ocho meses de embarazo; y la segunda de Papalutla, quien asistía con estudios de un laboratorio privado ubicado en la Ciudad de Oaxaca.

Oficialmente, los horarios de atención del CESSA son de lunes a viernes las 24 horas del día y domingos hasta las 8:00 de la noche; sin embargo, estos horarios no se cumplen estrictamente, pues en más de una ocasión diferentes usuarios reportaron no haber sido atendidos en los horarios establecidos.

De acuerdo con observaciones realizadas en el centro de salud, considero que un factor que afecta la forma de atención y la relación entre el personal médico y los pacientes es la lengua, especialmente entre la población adulta mayor que sólo habla zapoteco, pues sólo una de las enfermeras vive al interior de la localidad y el resto se desespera al no poder comunicarse con ellos, lo cual en ocasiones las lleva al enojo y a dirigirse hacia ellos con tratos que algunos usuarios han interpretado como formas de maltrato. Sin embargo, estos casos son los menos, pues el grueso de la población, incluyendo las mujeres que actualmente están en edades reproductivas, habla español fluidamente.

Por su parte, al interior de la comunidad hay al menos dos farmacias y cuatro médicos particulares, así como curanderas herbolarias, una curandera espiritista y una partera activa. Además, hasta el momento en que concluí el trabajo de campo, había otras parteras que, a causa de su avanzada edad, ya no atendían partos; sin

embargo, una de ellas seguía trabajando como curandera-sobadora. Aunado a los recursos de atención mencionados, en varias casas de la comunidad existen temazcales,¹⁰ los cuales son utilizados durante el puerperio o para algunos padecimientos, como dolores en la espalda o “mal de cuerdas”.¹¹

A pocos metros del Centro de Salud, hay una casa de medicina natural o tradicional, la cual fue construida por el Comité del DIF Municipal entre 2014 y 2016 ante la necesidad percibida por las mujeres que conformaban dicho comité de juntar a todas las personas que se dedican a la medicina tradicional (parteras, curanderas, hierberas, sobadoras, masajistas y personas que preparan el temazcal). En este sentido, se conformó un grupo de seis terapeutas tradicionales, quienes participarían y se harían cargo del espacio, el cual cuenta con un temazcal, mesas para masajes y camas, que pueden utilizarse para parir. Sin embargo, con el cambio del Comité del DIF, la casa de medicina tradicional se abandonó y quedó a cargo del Comité de Turismo; pero, al menos mientras realizaba trabajo de campo, este espacio no se usaba ni se tenía proyectado ningún uso en el futuro cercano.

San Francisco Lachigoló (SFL)

Con tan sólo 12.83 km², San Francisco Lachigoló es un municipio contiguo a la ZMO. Debido a los fenómenos de migración interna del estado, la expansión de la mancha urbana y el crecimiento poblacional de la ciudad capital, en las últimas décadas Lachigoló ha tenido un notable incremento en su población y se han construido

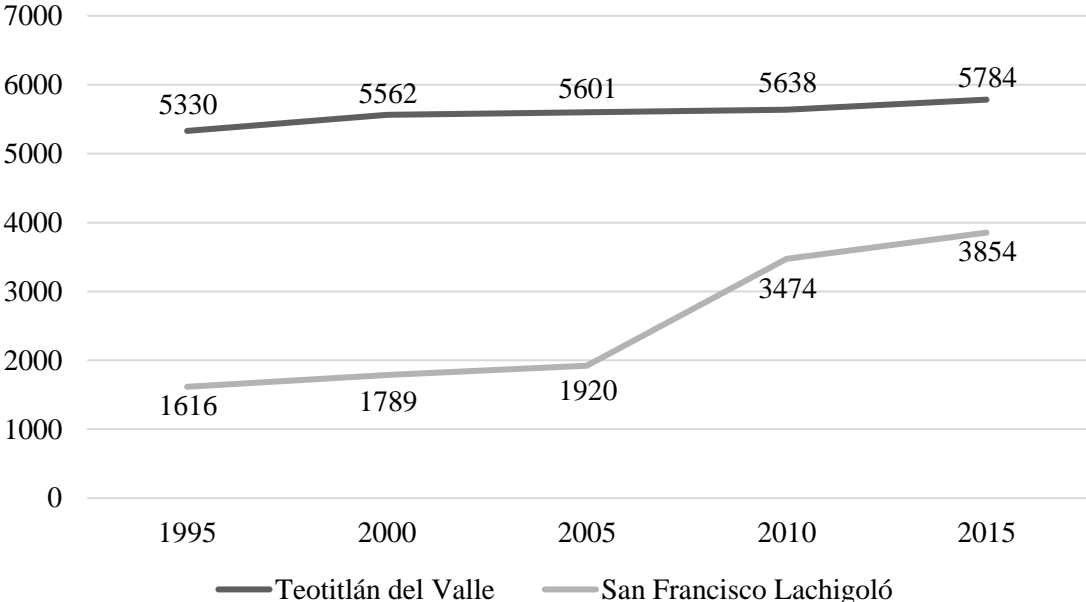
¹⁰ El temazcal es un baño de vapor de origen prehispánico, ubicado en el patio de la vivienda y construido con adobe.

¹¹ El mal de cuerdas es una etiología local que se refiere a una serie de dolores en las denominadas “cuerdas”, lo que presumiblemente equivaldría a los músculos, tendones, nervios y ligamentos. Aunque no realicé una exploración profunda respecto a esta “enfermedad tradicional”, es posible apreciar que para su tratamiento se emplean sobadas o masajes, así como la aplicación de calor.

fraccionamientos residenciales en su demarcación, lo cual ha trastocado sustantivamente la economía y la forma de vida de sus habitantes.

De acuerdo con datos del INEGI (2020a), entre 2005 y 2010 la población de San Francisco Lachigoló aumentó al doble (véase gráfico 3.1), así como el total de viviendas, que pasó de ser de 459 en 2005 a 905 en 2010 y, posteriormente, a 1,092 viviendas en 2015; en contraste con Teotitlán del Valle, que desde 1995 ya registraba más de 1,000 viviendas.

GRÁFICO 3.1. Crecimiento poblacional de los municipios estudiados

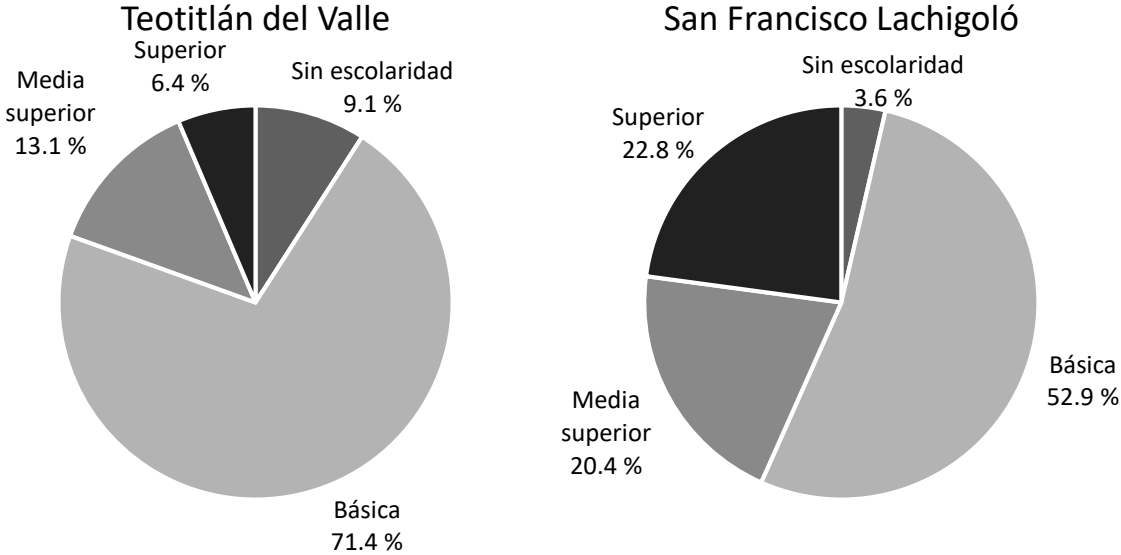


Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI (2020a)

Al igual que en Teotitlán, la mayor parte de la población de San Francisco Lachigoló cuenta con los servicios de agua potable, electricidad y drenaje (INEGI, 2016). Algunas de sus calles están pavimentadas, principalmente las más cercanas a la parte del pueblo donde se encuentran el Palacio Municipal, el templo católico y las escuelas; aunque también una gran parte de sus calles son de terracería. Dentro de la infraestructura educativa de Lachigoló se encuentran un Preescolar, una Escuela Primaria y un centro de educación media superior. Dentro de la localidad no hay

escuela secundaria, por lo que los jóvenes deben desplazarse hacia otras poblaciones cercanas para estudiar dicho nivel educativo. Cabe destacar que el porcentaje de la población que cuenta con estudios superiores y medios superiores en SFL es mucho mayor que en Teotitlán (véase gráfico 3.2).

GRÁFICO 3.2. Distribución de la población de 15 años y más según nivel de escolaridad en cada localidad



Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI (2016)

A diferencia de TDV, Lachigoló no es un pueblo que atraiga al turismo, por lo que esta actividad no desempeña un papel importante en su economía. SFL es más bien uno de esos pueblos cercanos a las ciudades donde la vida urbana comienza a cobrar fuerza, pero también algunas personas siguen dedicándose a la agricultura. Cuando se camina por Lachigoló uno va atravesando campos donde se siembra maíz, frijol y calabaza por temporal, así como ajo, alfalfa, chile de agua y jitomate, mediante sistemas de riego. A la mitad de la calle es común encontrarse carretas jaladas por bueyes con personas que vienen del campo, aunque la mayor parte de sus habitantes se dedica a las actividades terciarias. También muchas personas salen a trabajar fuera de Lachigoló, principalmente quienes viven en los fraccionamientos residenciales.

De acuerdo con el último Censo de Población y Vivienda, en 2010 alrededor del 9 % de la población económicamente activa de SFL se dedicaba a las actividades primarias, el 23 % al sector secundario (donde destacan la construcción y las industrias manufactureras) y el 68 % al terciario (donde destacan el comercio al por menor y el sector de servicios educativos). En contraste, en TDV para el mismo año se registró que aproximadamente un 11 % de la población económicamente activa se dedicaba al sector primario, el 71 % al secundario, sobre todo a la industria manufacturera, lo cual resulta relevante si consideramos el papel que desempeña la producción de textiles de lana. Finalmente, en TDV el 18 % de su población ocupada se empleaba en el sector terciario (donde destaca el comercio al por menor).

En contraste con TDV, en Lachigoló no es común escuchar el zapoteco; de hecho, sólo una o dos veces lo escuché mientras realizaba el trabajo de campo. De acuerdo con los datos del INEGI (2016), aunque el 64 % de la población se autorreconoce como indígena, sólo el 15 % es HLI. En esta cifra es necesario considerar que hay personas provenientes de otras regiones del estado; por ejemplo, de la zona mixe, quienes hablan su propia lengua.

La vida política de SFL está regida por “usos y costumbres”, aunque este sistema se ha ido adecuando a las condiciones que ha implicado que mucha gente no originaria de la comunidad viva en Lachigoló. Como en Teotitlán, hay cargos como el de Presidente Municipal, que se deciden en asamblea general y otros que son elegidos por el Cabildo, aunque ya no suele aplicarse el paulatino asenso en los cargos característico de este modelo de organización política. Para los diferentes comités que existen, quienes son presidentes, secretarios y tesoreros son oriundos de SFL y quienes no son originarios de la localidad, pero radican ahí, se les asignan cargos como vocales (Entrevista con Adela, 2019).

La tenencia de la tierra en SFL es de tipo ejidal y privada, no existen terrenos de tipo comunal. Administrativamente, Lachigoló está dividido en 4 secciones, ordenamiento que suele ser relevante para las campañas de vacunación y para los

núcleos del centro de salud, pero que no suele ser conocido por sus habitantes, quienes más bien se ubican por parajes, como “La Nopalera” o “Los Aguacates”.

Del total de habitantes de SFL, el 60.5% estaba afiliado al Seguro Popular hasta antes de su desaparición y de la posterior creación del INSABI; el 19.3 % de la población estaba afiliada al IMSS y el 18.6 % al ISSSTE. Por su parte, las mujeres en edad reproductiva (entre 15 y 44 años) representaban el 26.4 % del total de la población y, para 2015, el promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres en este rango de edad era de 1.4 por mujer, al igual que en TDV (INEGI, 2020a).

Respecto a la estructura de servicios de salud en San Francisco Lachigoló, la localidad cuenta con un Centro de Salud de 2 Núcleos Básicos también perteneciente a la Jurisdicción 06 “Sierra”, donde se atiende tanto a la población abierta como a las personas afiliadas al IMSS e ISSSTE. De acuerdo con la encargada en turno del centro de salud, en este lugar se atiende a muchas personas afiliadas al ISSSTE, pues muchos maestros viven en los fraccionamientos residenciales al interior de la localidad, lo cual es posible corroborar a partir de los datos estadísticos ya referidos. De acuerdo con algunos testimonios, este centro de salud debió construirse a finales de la década de los noventa o principios del nuevo siglo. Se trata de una clínica mucho más pequeña que la de Teotitlán y sólo cuenta con dos especialidades: nutrición y psicología. De acuerdo con la encargada del centro de salud, en Lachigoló la “atención integral de las embarazadas” consiste en pasar por las tres áreas disponibles. Además, tanto el centro de salud de Lachigoló como el CESSA TDV cuentan con una farmacia que hasta diciembre de 2019 eran financiadas con recursos del Seguro Popular y que posiblemente en la actualidad sean surtidas por el INSABI.

A diferencia de TDV, donde las usuarias tienen un médico familiar de acuerdo con la sección en que se encuentra su domicilio, en SFL las mujeres pueden decidir con qué médico atenderse y algunas veces pude notar una preferencia de las mujeres por pasar con la doctora. El Centro de Salud de Lachigoló no cuenta con ultrasonido ni atiende nacimientos. Esta clínica refiere los partos de las mujeres sin seguridad social al Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”, al Hospital Rural No.

36 del IMSS-Bienestar en Tlacolula, o bien al CESSA Tlalixtac de Cabrera cuando se trata de partos vaginales y de bajo riesgo. Sin embargo, de acuerdo con algunos relatos de las mujeres participantes de esta investigación, hasta antes de la segunda década del siglo XXI esta clínica atendía partos vaginales, pues fue en los años 2000 cuando se instauró la política de atender los partos hospitalariamente como medida federal para reducir los índices de mortalidad materna en el país.¹² Asimismo, tanto en el Centro de salud de TDV como en el de SFL se implementa ocasionalmente un club de embarazadas o talleres de estimulación prenatal.



Mural en Lachigoló sobre derechos sexuales y reproductivos

Es notoria una diferencia que se percibe en los perfiles de las mujeres que acuden a ambos centros de salud en términos de los idiomas que se escuchan, cómo visten, cómo se trasladan para llegar, entre otros. En SFL llamó mi atención desde el principio de mi trabajo de campo la diversidad de mujeres que acuden, en términos de que, al menos a simple vista, había algunas que parecían llevar un estilo de vida

¹² Nadia, quien forma parte de la muestra de estudio y cuya trayectoria reproductiva se relata en el capítulo cuatro, atendió en 2006 su segundo parto en el Centro de Salud de SFL.

más urbano y otras una forma de vida más rural. Considero que esto es una muestra a pequeña escala la de diversidad de perfiles que tienen los habitantes de Lachigoló.

Por otro lado, en SFL se reporta la existencia de un consultorio adyacente a una farmacia, además de alrededor de dos hueseros, una curandera que llega a la localidad una vez por semana y dos parteras activas. Asimismo, en Lachigoló, las mujeres con quienes interactué se referían a dos parteras mayores, una de ellas había fallecido pocos años antes y la otra se había ido a vivir fuera del estado de Oaxaca.

Además de los recursos de atención locales, hay una serie de recursos de atención regionales (públicos y privados) empleados y referidos por las mujeres de ambas comunidades que participaron en esta investigación. Entre éstos destacan el Hospital Rural No. 36 del IMSS-Bienestar, ubicado en Tlacolula de Matamoros y donde algunas mujeres son referidas para atender sus partos tanto vaginales como mediante cesárea; el Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso” de los SSO, ubicado en la ciudad de Oaxaca, al cual se canalizan las emergencias obstétricas del estado; y el CESSA de Tlaxiact de Cabrera, al que acuden algunas embarazadas para realizarse ecografías y donde algunas mujeres de SFL son referidas para atender partos estrictamente vaginales. Es preciso recordar que la mayoría de mis interlocutoras pertenecían a la población abierta que estaba entonces afiliada al SPS, por lo cual esta red de servicios de atención públicos son los efectivamente empleados por ellas; sin embargo, las dos mujeres de la segunda generación que durante sus primeros embarazos contaban con IMSS (Adela y Sofía) reportaron haber utilizado los recursos de dicha institución en la capital del estado.

Finalmente, cabe mencionar los muchos laboratorios, consultorios, clínicas y sanatorios privados, ubicados principalmente en Tlacolula y en la Ciudad de Oaxaca, a los que algunas mujeres acuden para realizar sus controles prenatales, practicarse ecografías, estudios clínicos, así como atender sus partos.



Hospital Rural del IMSS-Bienestar en Tlacolula

Con todo lo anterior, quisiera resaltar el hecho de que tanto Teotitlán del Valle como San Francisco Lachigoló son localidades muy próximas a la ZMO y a Tlacolula de Matamoros, donde es posible encontrar diferentes clínicas, laboratorios y hospitales, tanto del sector público como privado; lo cual quiere decir que, a diferencia de otras regiones y localidades del país o del estado de Oaxaca, alejadas de centros urbanos y donde el acceso a los recursos de atención públicos es complicado, los habitantes de TDV y SFL tienen, por lo menos en términos espaciales, un fácil acceso a dichos recursos. Considero que esto tiene una relevancia central en la presente investigación, pues nos permite apreciar cómo las mujeres se deciden entre uno u otro tipo de recursos para la atención de sus embarazos, partos y puerperios, más allá de la accesibilidad espacio-temporal y económica que éstos plantean.

4. Las mujeres, sus condiciones de vida y sus historias reproductivas

En este capítulo se presentan las historias reproductivas de algunas participantes de la pesquisa con la intención de ofrecer una mirada caleidoscópica sobre el tipo de mujeres que involucró la presente investigación. De esta manera, los casos que aquí se presentan fueron seleccionados en función de que se abarcara a mujeres de las tres generaciones y con diferentes escolaridades, niveles socioeconómicos, estilos de vida, estructuras familiares, preferencias y decisiones en torno a sus procesos reproductivos.

Este primer acercamiento a los testimonios y las historias de las participantes procura, además de la descripción etnográfica de cada uno de los casos, ofrecer algunos elementos para el análisis generacional de los procesos reproductivos, así como para vislumbrar aquellas condicionantes que fueron orientando las trayectorias de atención de las mujeres, apreciando cómo el género, el ingreso económico, el estado civil, el patrón de residencia, las redes de apoyo familiares y las experiencias reproductivas previas de las propias mujeres o de sus madres y/o suegras van jugando un papel diferente en cada una de las trayectorias de atención.

De las 21 mujeres que integran la muestra de estudio, en este capítulo sólo se presentan 14 casos, siete de TDV y siete de SFL. Esta delimitación respondió a dos criterios: el primero, porque si se presentaban las 21 historias reproductivas el capítulo se tornaría sumamente extenso y, segundo, porque considero que las catorce experiencias que se presentan muestran la variabilidad en el tipo de perfiles de las participantes, en tanto se abarca a familias con ingresos económicos altos y bajos; con patrones de residencia patrilocales, matrilocales y neolocales; así como mujeres pertenecientes a las tres generaciones y con diferentes tipos de atención en sus procesos reproductivos (exclusivamente con médicos, exclusivamente con parteras y que combinaron ambos recursos de atención).

La organización del capítulo sigue un criterio generacional, de manera que en el primer apartado se exponen las trayectorias de atención de las dos participantes mayores de la muestra de estudio (Rosa y Antonia); posteriormente se presentan las historias de dos mujeres pertenecientes a la segunda generación reproductiva (Sofía y Mónica). La tercera generación está dividida en dos apartados; en el primero de ellos se muestran las trayectorias de tres mujeres que se atendieron exclusivamente con médicos (Inés, Guadalupe y Judith) y en el siguiente apartado se presentan las historias de tres mujeres que además de atenderse con médicos buscaron a la partera durante sus procesos reproductivos (Nadia, Domitila y Petra). Finalmente, se exponen las trayectorias de las mujeres de dos familias, pues considero que éstas nos permiten reflexionar sobre el papel que desempeñaron las experiencias previas tanto de las propias mujeres como de sus madres en la atención de sus embarazos, partos y puerperios.

Mujeres de la primera generación

A continuación, se presentan las trayectorias de atención al embarazo, parto y puerperio de Rosa y Antonia, las dos mujeres mayores pertenecientes a la primera generación reproductiva. Rosa, con 67 años de edad,¹³ vive en San Francisco Lachigoló (SFL) y Antonia, con 59 años, en Teotitlán del Valle (TDV); ambas hablan zapoteco como lengua materna y tuvieron a sus respectivos hijos a finales de la década de los setenta y principios de los ochenta del siglo pasado, concretamente entre 1978 y 1983. Vale destacar que en aquellos años ambas localidades de estudio tenían una serie de características más rurales que en la actualidad, en tanto el campo desempeñaba un papel central en las economías domésticas, sus habitantes contaban con bajos niveles educativos y la población tenía acceso a menores servicios públicos, como el agua potable y el drenaje. Por otro lado, el

¹³ Conviene recordar que a lo largo del presente trabajo, las edades referidas de las participantes corresponden al momento en que realicé el trabajo de campo durante el segundo semestre de 2018.

empleo de la denominada medicina tradicional era más notorio tanto en la atención en salud en general como particularmente durante el embarazo, parto y puerperio, de forma que eran las parteras quienes atendían la mayor cantidad de partos en la región. Finalmente, las políticas de salud reproductiva en aquellos años, como ya hemos revisado en el segundo capítulo, no implicaban necesariamente la institucionalización del embarazo y el parto.

Rosa

En la zona central de San Francisco Lachigoló, cerca de la iglesia y el Palacio Municipal, en una casa de concreto con techo de lámina y con un amplio patio de tierra donde hay pollos, gallinas, guajolotes y bueyes, habita la familia Juárez, a la cual pertenece Rosa, la mujer mayor de la familia,¹⁴ con 67 años de edad, quien es originaria de Lachigoló y hablante de zapoteco. Ella cuenta que siempre se ha dedicado a las labores del campo, actividad que sigue desempeñando.

Rosa comenzó a vivir con su exmarido a la edad de 26 años y un año después de que llegara a la casa de sus suegros se embarazó. Al saber de su condición, decidió separarse principalmente porque su exmarido era alcohólico, de forma que regresó a vivir a la casa de sus padres. Rosa refiere haber sabido de su condición porque tuvo vómitos y mareos; y haber confirmado su embarazo únicamente por la amenorrea. Ella cuenta que en aquellos años (finales de la década de 1970) la única forma en que las mujeres de SFL confirmaban sus embarazos era por la interrupción de su menstruación.

Rosa relata no haber asistido a lo largo de su único embarazo con ningún médico y acudir aproximadamente a los siete meses de gestación al sanatorio de una partera muy conocida en el barrio de la Merced, en la Ciudad de Oaxaca, quien la “checó así con un aparato” y le dijo que todo estaba bien, que sólo debía esperar el momento del parto. Rosa atendió su parto en dicho sanatorio y fue Petronila, la

¹⁴ Rosa es la madre de Sofía (2da generación) y abuela del esposo de Inés (3era generación), cuyas historias reproductivas también se exponen en los apartados siguientes.

partera, quien recibió a su hija. El costo por la atención del parto fue de aproximadamente \$ 1,200, lo cual cubría los alimentos que la partera le daba durante los tres días que permaneció internada junto con otras mujeres de diferentes comunidades. Rosa narra que en aquel lugar la partera alimentaba a las mujeres, evaluaba su puerperio inmediato y las auxiliaba en el cuidado de los neonatos.

Al salir del sanatorio, Rosa regresó a la casa de sus padres en Lachigoló, donde permaneció en reposo absoluto otros dos o tres días antes de comenzar a realizar sus quehaceres domésticos.

Rosa: Tres días me cuidé allá [en el sanatorio], otros dos, sí, al tercer o cuarto día que llegué acá ya me puse a hacer mi quehacer. No me cuidé mucho, luego luego empecé a hacer mi quehacer, entonces cosía yo, ya al quinto día me puse a coser.

Rosa cuenta que en aquella época las mujeres de SFL se fajaban con un ceñidor después de sus partos, pero ella nunca lo usó porque no le gustaba, le parecía muy “bultoso” e incómodo, de manera que sustituyó dicho ceñidor por vendas. Asimismo, para amamantar mejor, Rosa sobaba sus pechos y tomaba atole de ajonjolí, el cual le ayudaba a producir más y mejor leche. Finalmente, ella refiere una serie de alimentos y prácticas que su madre le prohibía realizar durante el puerperio, como comer nopal o ir a funerales.

Rosa: Antes el nopal se nos prohibía después del parto, porque dicen que es “inconoso”.¹⁵ También cuando alguien se muere, entonces uno no podía ir allá cuando están recién aliviadas, porque dicen que no era bueno, que había cáncer en la matriz o decían que les ardía el estómago por dentro.

¹⁵ “Inconoso” quiere decir que causa inflamación o infección. Se trata de un término que escuché exclusivamente entre las mujeres de Lachigoló. En Teotitlán ninguna mujer entrevistada se refirió a dicha propiedad de algunos alimentos.

Debido a su condición de madre soltera, Rosa tuvo únicamente una hija y, por ende, una sola experiencia reproductiva, la cual es posible apreciar que fue atendida mayoritariamente en el nivel de autoatención, con la excepción del parto, el cual atendió Petronila, una partera de la Ciudad de Oaxaca que de acuerdo con diferentes testimonios, incluido el de Rosa, tenía amplios conocimientos en biomedicina.

Antonia

Antonia, con 59 años de edad, es originaria de Teotitlán del Valle y hablante de zapoteco. Vive con su esposo, su hijo, su nuera, su nieto y su suegro en una casa de concreto con dos niveles y dos corredores donde tienen dos telares de pedal, aunque narra que anteriormente, cuando sus hijos eran pequeños, su casa era de carrizo y en ella tenían pollos y guajolotes. Desde que se casó a la edad de 16 años y llegó a vivir a la casa de sus suegros, en la familia siempre se han dedicado a la producción artesanal de los tapetes de lana característicos de Teotitlán. Ella siempre se dedicó a las labores del hogar, así como a cardar e hilar la lana que su esposo empleaba para tejer.¹⁶ Tanto su esposo como sus hijos hasta la fecha siguen dedicándose a las artesanías.

Antonia tiene tres hijos, de 40, 39 y 35 años, de forma que sus partos ocurrieron en 1978, 1979 y 1983. Su primer embarazo lo tuvo a los 18 años y ella reporta que en aquella época las mujeres teotitecas confirmaban sus embarazos únicamente por el retraso menstrual. “Pues la regla ya no bajaba, pues uno ya está embarazado. Pero al doctor no fui, aquel día me enteré”, dice Antonia. Asimismo, a lo largo de sus embarazos Rosa reporta no haber realizado modificaciones sustanciales en sus actividades y en su forma de vida, evitando solamente cargar cosas pesadas.

¹⁶ Anteriormente el tejido en el telar de pedal era una actividad que realizaban exclusivamente los hombres y fue en la década de los setenta a partir de los procesos de migración masculina hacia Estados Unidos que las mujeres comenzaron también a tejer (Stephen, 1998; Alavez, 2016).

Antonia: Casi no cargamos cosas pesadas, ir al molino con un poquito de masa, hacer tortillas, hacer la lana. Ahora ya es pesado porque haces tapetes, jalas fuerte, como antes no hicimos eso, ahora ya hacemos eso, hombres y mujeres ya tejen ahora.

A lo largo de sus tres embarazos Antonia no acudió ni con el médico ni con la partera, sino hasta que se acercaba el momento del parto su suegra le pedía a Marcelina, la partera de la comunidad, que atendiera el nacimiento de la nuera.

Antonia: Hay que buscar antes a la partera, para que ella ya esté lista a la hora que el bebé va a llegar. Hay que anticiparlo antes, bueno, mi suegra le va a decir a doña Marcelina que por favor vas a atender a mi nuera cuando ella va a dar a luz, no sé cuándo, pero ya está.

Sus tres partos los atendió en la casa de Marcelina, quien aunque ocupaba oxitocina no la empleó con ella debido a que no fue necesario, pues sus partos fueron muy rápidos y sin complicaciones. Antonia reporta que Marcelina no realizaba tactos, sino que calculaba cuánto tiempo faltaba para el nacimiento de acuerdo con qué tan caliente estuviera la cabeza de las mujeres.

Antonia: Ella decía que si falta o ya es hora. Ella con que agarra la cabecita, así si tu cabeza ya está bien caliente dice: *Ya es hora de que el bebé va a nacer*. Pero si medio está caliente dice: *Falta otro poco. Camina, al rato ya*. Así nomás es. Por eso ahora tengo miedo. *¿Por qué hacen así?*, digo yo, *que meten la mano*. No ella no.

Después de sus partos, Antonia permanecía durante tres días en casa de la partera, quien le daba de desayunar, comer y cenar. Al tercer día Marcelina bañaba a la puérpera y al recién nacido para que pudieran salir de su casa. Antonia relata que en aquella época las mujeres recién paridas no podían bañarse, pues se decía que su cuerpo estaba caliente debido al embarazo, razón por la cual debían esperar a que se enfriara para poder bañarse.

Antonia: Antes decían que no podíamos bañarnos luego porque estamos calientes por el embarazo, hasta que te vas a enfriar ya te puedes bañar. Ya al tercer día se baña todo el cuerpo, tu cabeza, se baña el bebé y ya sales, ya te puedes ir a tu casa.

Una vez en casa, su suegra le daba un té conocido con el nombre de *xcuán gusan*, que podría traducirse como “hierba de la puérpera”, el cual aún es ampliamente utilizado en Teotitlán del Valle y ayuda, en palabras de Antonia, a que “los órganos se limpien todo, para que saquen lo que tenías cuando estás embarazada, todo se sale, por eso ese té tienes que tomarlo caliente”. En este sentido, dicha bebida, cuya característica principal es su profundo amargor, contribuye a “limpiar” el cuerpo de la mujer de toda la sangre, los coágulos y los restos de placenta que hubieran quedado; es decir, a la expulsión de los loquios.¹⁷ Asimismo, para producir más leche y amamantar mejor, su suegra le daba atoles de maíz tostado, atole blanco y de avena. Antonia narra que durante sus cuarentenas, por indicaciones expresas de su suegra, no hacía absolutamente nada más que permanecer acostada, amamantar y cuidar de sus hijos recién nacidos; cuando se cumplían los 40 días después de sus partos entonces ella podía levantarse y comenzar a realizar sus actividades cotidianas.

Daniel: ¿Cómo eran sus cuarentenas?

Antonia: Pues yo no hago nada, nada más estoy acostada. El día que se va a cumplir cuarenta días, ese día te levantas y puedes hacer tus quehaceres, si vas a hacer tu atole, vas a hacer tus tortillas, vas a cargar, pero ya cumpliste los cuarenta días. Pero el día que nace el bebé no puedes hacer nada, nada más cuidar a tu bebé y ya te acuestas otra vez, es puro acostarse. Eso hicieron antes, pero ahora ya no hacen así, ahora si el bebé nació hoy mañana ya están afuera. Antes no, mi suegra no me dejaba. Así fue eso.

Daniel: ¿Y por qué antes no podían hacer nada en esos cuarenta días?

¹⁷ Los loquios consisten en una secreción vaginal que ocurre durante el puerperio y que contiene sangre, moco y tejido placentario.

Antonia: Pues la verdad para qué te voy a decir, no sé, porque mi suegra así se cuidó antes y ahora ella me dice a mí que yo voy a hacer como ella. *Para que te alivies maciza, dice, si no después te puedes poner mala. El día que ya se cumplió 40 días ya puedes trabajar, dice, y estás fuerte, ya no te va a pasar nada.* Y tiene razón, hasta la fecha no tengo nada, porque ella dijo así y yo lo cumplí todo, yo cumplí todo lo que dijo mi suegra.

Antonia narra que su madre acudía a visitarla durante su puerperio y le contaba que así como su suegra hacía con Antonia la suegra de su madre hizo con ella. También relata que su madre fue quien le dijo a su nuera cómo debía atender su cuarentena. Al preguntarle a Antonia si ella había replicado de la misma forma la atención que tuvo de su suegra hacia su nuera, ella responde:

Antonia: Ya no es igual, ya no. Porque ahora puros doctores, desde el día en que ya están embarazadas al doctor. Tú tienes cita al otro mes y yo ya no puedo hacer nada, porque ahora el tiempo ya se cambió; cada vez que va a decir el doctor: *Vienes tal mes, Voy a mi cita.* Y ahora el tiempo ya se cambió, tú como suegra ya no puedes decir nada, ya hacen lo que quieren hacer.

Este relato nos permite apreciar que actualmente el saber biomédico tiene una mayor legitimidad que en el pasado, cuando el saber de las mujeres mayores con experiencias reproductivas previas, especialmente el de las suegras debido a las estructuras de parentesco y las relaciones de poder intragenéricas al interior de la familia, tenían una mayor legitimidad y reconocimiento. Asimismo, el testimonio de Adela nos permite reflexionar sobre la autonomía que las mujeres han adquirido respecto de sus suegras, al mismo tiempo de la autonomía que han perdido frente al personal médico y las instituciones de salud; lo cual es sumamente relevante pues muchas veces se supone que con la medicalización del proceso reproductivo las mujeres van perdiendo cada vez más su autonomía, sin embargo, este testimonio evidencia la dificultad de pensar que las embarazadas, parturientas y/o púerperas fueran autónomas en el pasado. Así, en la experiencia de Antonia se

devela que las puérperas tenían autonomía respecto al poder médico, pero que era la suegra quien ejercía la hegemonía en la atención de sus puerperios y quienes determinaban qué es lo que las mujeres podían hacer o no.

Finalmente, Antonia reporta haber entrado al temazcal en sus tres cuarentenas. Si bien en el capítulo sexto se describe con mayor detalle la práctica del temazcal, por ahora vale mencionar que se trata de un baño de vapor caliente que recae en la denominada estructura de autoatención (Menéndez, 1983), donde entra la puérpera para que la “hojeen” con ramas de pipe. En palabras de Antonia, ella debía entrar al temazcal después de sus partos para “ponerse maciza y tener más leche”. Al preguntarle qué quiere decir que una mujer se pone maciza ella responde:

Antonia: Que te vas a poner fuerte pues, ya no te va a pasar nada, porque hay algunos que cuando se alivian: *Que tengo frío, que tengo calentura, que se va la leche del bebé.* Por eso siempre: *Cúbrete, no te pones algo ligero, no te poner manguita nada más, tienes que poner tu vestido así de manga, porque si no se va a ir la leche, dicen.*

De esta manera, en las experiencias de Rosa y Antonia es posible apreciar que ambas trayectorias reproductivas estuvieron caracterizadas por la terapéutica tradicional y de autoatención. Así, se reporta que para finales de la década de los setenta y principios de los ochenta los recursos biomédicos de atención eran menos accesibles, pues implicaba el traslado a la Ciudad de Oaxaca, lo cual también requería una mayor cantidad de tiempo que en la actualidad. En este sentido, ambas mujeres atendieron sus gestas con parteras, lo cual coincide con otras investigaciones que se han realizado entre mujeres que tuvieron embarazos y partos en las décadas de los setenta y ochenta, tanto en el estado de Oaxaca como en otros estados de la República (véase Berrio, 2017; Ramírez, 2019).

Mujeres de la segunda generación

En este apartado se exponen las trayectorias de atención de dos mujeres pertenecientes a la segunda generación reproductiva: Sofía y Mónica. Ambas viven en Lachigoló, aunque sólo Sofía es oriunda de dicha localidad; ninguna de ellas aprendió el zapoteco de sus padres y abuelos, quienes sí lo hablaban; sus edades son de 40 y 43 años respectivamente y atendieron sus embarazos y partos entre las décadas de los noventa y los dos mil, es decir que sus gestas estuvieron marcadas por la transición hacia la institucionalización de los embarazos y partos. Sofía perteneció siempre a la población abierta sin seguridad social, mientras que Mónica tuvo durante sus primeros dos embarazos IMSS y para el último contaba con Seguro Popular. Cabe señalar que durante el periodo en que estas mujeres tuvieron sus experiencias reproductivas, SFL era una localidad primordialmente rural, con menos de 3 mil habitantes y que no fue sino hasta los primeros años del nuevo siglo cuando se instaló en Lachigoló la clínica de la SSA.

Sofía

Sofía, con 40 años de edad, es hija de Rosa, originaria de Lachigoló y divorciada. Ella tuvo dos parejas,¹⁸ con cada uno de las cuales tuvo un hijo. Sofía vive con su madre, sus dos hijos (Arturo y Sara), su nuera (Inés) y su nieto (Dante), aunque cabe resaltar que la economía de Arturo e Inés es independiente a la del resto de la familia. Sofía trabaja como policía municipal y además elabora unas bolsas tejidas con plástico para vender y da cursos en Tlacolula en los que enseña a otras mujeres cómo confeccionar dichas bolsas. Además de los ingresos de Sofía en la economía familiar, su hija trabaja en un expendio de mezcal y su madre se dedica a las labores del campo.

¹⁸ Con el primero de ellos no se casó y con el segundo sí.

Sofía inició su vida sexual a los 17 años y a los 20 se embarazó por primera vez, edad a la que tuvo a su primer hijo. Tres años más tarde nació su segunda hija. Ella relata haber confirmado su primer embarazo únicamente por la interrupción de su menstruación y no haber realizado un estricto control prenatal, sino sólo acudir con el médico en una sola ocasión cuando tenía aproximadamente cinco meses de gestación. Por su parte, para su segundo embarazo, también confirmado únicamente por la amenorrea, sí acudía a los controles prenatales al Centro de salud de San Sebastián Abasolo,¹⁹ porque aún no existía la clínica en Lachigoló; además de haberse realizado un ultrasonido en la Ciudad de Oaxaca. Asimismo, Sofía reporta no haber tenido cuidados especiales durante sus embarazos, porque “entre más te cuidas más pasan las cosas, por eso hay que tomarlo normal” y refiere haber tomado durante ambos embarazos ácido fólico porque “lo mandaban en la clínica”.

Arturo, su primer hijo, nació por cesárea en septiembre de 1997, en una clínica privada en Tlacolula de Matamoros. Sofía narra que en primera instancia acudió al Centro de Salud de San Jerónimo Tlacoahuaya, una localidad colindante con SFL, donde la refirieron al Hospital Rural No. 36 del entonces IMSS-Progresá, en Tlacolula. Ahí transcurrió un día sin que Sofía diera a luz, razón por la cual su madre y su abuela decidieron sacarla para llevarla a una clínica privada que les cobró aproximadamente \$ 12,000 por la realización de la cesárea. Tres años más tarde, en el año 2000, nació su segunda hija en el Hospital Rural del IMSS-Progresá, en Tlacolula. Para este segundo nacimiento, Sofía relata que se trató de un parto vaginal sumamente rápido y sin mayores complicaciones.

Sofía: Ya tenía todos los papeles, de hecho yo nada más llegué y si acaso pasaron unos cinco minutos y ya hasta mi hija nació. ¡Rapidísimo! Porque yo me sentí mal como a las cinco y media y en lo que el taxi vino por mí, en lo que me llevaron, llegamos ahí como 5:40 y 5:50 ya hasta había nacido mi hija, todo fue muy rápido. Cuando me

¹⁹ San Sebastián Abasolo es una localidad colindante con Lachigoló. De la casa de Sofía al Centro de Salud de Abasolo se hacen aproximadamente diez minutos en coche.

pusieron el suero ella ya había nacido. Luego ese mismo día en la tarde ya me dieron de alta, como a las cuatro me sacaron.

Al pedir a Sofía que evalúe y compare la atención entre los espacios hospitalarios donde estuvo ella refiere que es “lógico” que en una clínica privada la hayan tratado mejor, pues está pagando por la atención. Sin embargo, en el hospital rural, aunque en su segundo parto refiere haber recibido una buena atención, no así en el primero, pues recibió malos tratos por parte del personal paramédico.

Sofía: En mi primer parto las enfermeras fueron déspotas, porque no tienen la capacidad de tratar a una persona. No sé si ellas nunca han tenido hijos o no sé si sean muchachas, no sé, desconozco, pero no es la manera de hablarle a una persona. Te hablan vulgarmente. Sí es cierto que todos llegamos a eso, pero te hablan con groserías y no solamente lo hicieron conmigo, lo han hecho con muchas personas, pero entonces no es la manera.

Respecto a la atención de sus puerperios, Sofía reporta haber tenido mayores cuidados después de su primer parto que del segundo debido a la cesárea que le habían realizado; entonces su madre y su abuela cuidaron de ella para que no se lastimara. Sin embargo, después de su segundo parto Sofía refiere no haber realizado la cuarentena: “Del niño sí me cuidé, me estuvieron cuidando casi 40 días para que no me fuera yo a lastimar o equis cosa, pero de mi niña sí no me cuidé ni un día”.

Sofía reporta nunca haber recurrido con una partera debido a que no confía en este tipo de terapeutas y considera que se corren mayores riesgos al atenderse con ellas:

Sofía: Yo sé que la partera sí sabe, pero es un riesgo el que corres al ir con la partera, porque ahí la partera te está curando sin anestesia, no te está metiendo ningún tipo de medicamento, pero pues ya es decisión de cada quien, entonces si alguien va es

porque confía en esos medicamentos, porque confía en que todo va a salir bien, a diferencia mía. Si yo dijera: *Voy y me alivio con la partera*, no va a salir nada bien, porque yo no confío y en el momento en que esté desconfiando no salen las cosas bien.

En el testimonio anterior puede apreciarse que Sofía posiciona la confianza en el recurso de atención elegido como un elemento central para que el parto llegue a buen puerto; además, reconoce que la administración de medicamentos, como la anestesia, es necesaria para atender de manera óptima un parto. Sin embargo, aunque presumiblemente acepta la medicalización del parto, también hace una crítica respecto a que actualmente las mujeres acuden más constantemente con el médico durante sus embarazos, así como para la atención de los infantes.

Sofía: Pues ahorita ya todo cambió, ahorita desde que te llegas a embarazar ya están ahí en la clínica [...] [Antes] los niños salían mejor, salían más fuertes, porque si te poner a pensar ahorita todo chamaquito es con medicamento, todo niño, y apenas tiene dolor y corres al doctor, apenas ves que llora o que no deja de chillar y al doctor, antes no era así. Antes buscabas un tecito o algo así, de que te decía tu mamá, porque tu mamá ya sabía, pues ya buscabas un tecito o algo que le dieras [...] Ahorita ya [a las mujeres] las cuidan mucho; por ejemplo, ahora que nació [mi nieto] Date pues la cuidamos [a mi nuera] cuarenta días: *No laves, no camines mucho, que te bañes con cuidado, no cargues mucho al bebé...* ¡Muchas cosas!

Daniel: ¿Usted por qué cree que son estas diferencias?

Sofía: Pues yo creo que depende de nosotros, o sea que depende de uno mismo, porque si [mi nuera] no tuviera a nadie pues lo tiene que hacer ella [las labores domésticas], si ella viviera sola a ley que lo tiene que hacer.

De esta manera, es posible inferir de la experiencia de Sofía que, aunque evidentemente el parto ya estaba institucionalizado en la región, presumiblemente el embarazo no estaba tan intensamente medicalizado en comparación con las mujeres de la tercera generación, quienes en la actualidad están criando. Asimismo,

en el testimonio de Sofía se pone de relieve que la presencia o ausencia de una red familiar de apoyo es un factor que condiciona los cuidados que las mujeres despliegan en la atención del proceso reproductivo, principalmente durante sus puerperios; pues mientras que ella no pudo guardar reposo después de su segundo parto porque debía trabajar, su nuera pudo cuidarse más tiempo y no realizar las labores domésticas.

Mónica

Mónica, con 43 años de edad, es originaria de Santa Cruz Papalutla, una localidad ubicada aproximadamente a 10 kilómetros de Lachigoló, donde llegó a vivir después de casarse a los 18 años con Ricardo, quien es originario de SFL. Mónica se autorreconoce como indígena porque viene de una familia donde se habla el zapoteco, aunque ella no es HLI.

Ella vive con su esposo, su hijo menor, su hija mayor, su nieto y su yerno en una casa con un terreno amplio donde hay un árbol del que cuelga un columpio de madera y en cuya sombra reconstruí la trayectoria reproductiva de Mónica. Ricardo, su esposo, es carpintero, tiene en su casa un taller donde trabaja todos los días, y ella, además de trabajar como empleada doméstica, vende atole los domingos en el mercado. Cuando entrevisté a Mónica, contaba con Seguro Popular, aunque a lo largo de sus primeros dos embarazos tuvo IMSS porque su esposo era empleado en una empresa de puertas en la Ciudad de Oaxaca. Mónica tiene tres hijos, con edades de 23, 21 y 10 años. Su primer embarazo lo tuvo a los 18 años y ella relata que fue su suegra quien le ayudó a detectarlo.

Mónica: En ese entonces vivía con mi suegra y ella me fue diciendo más o menos, yo en ese entonces le dije que yo ya no estaba menstruando. Y de ahí ya me hicieron estudios y ya supe que estaba yo embarazada. Pero pues ya de ahí la verdad fue un embarazo que nunca causó molestias, nada de vómitos, de mareos, nada de eso.

Mónica refiere que en sus dos primeros embarazos nunca sintió náuseas, mareos ni vómitos y que fueron embarazos sin ninguna complicación. Ambos embarazos y partos los atendió en el IMSS, en la Ciudad de Oaxaca. Su primer parto ocurrió en noviembre de 1995 y ella lo relata de la siguiente manera:

Mónica: Los dolores empezaron el 27 de noviembre como al medio día. Como a esta hora yo estaba lavando, pero ya me sentía un poco mal y ya fue que le dije a mi suegra. Eran como las tres de la tarde cuando yo le avisé y ella me dijo que nos teníamos que ir ya para el Seguro. Yo le dije que no, porque tenía que esperar todavía otro poco, porque mi mamá ya me había platicado que los dolores tardan mucho, o sea que no es que porque ya tienes dolor es porque ya. Entonces ella me decía: *No tienes que irte luego [al hospital], porque ahí nada más te van a tener, ni te van a atender.* Ya como a eso de las cuatro de la tarde, entonces sí ya le dije a mi suegra que yo ya me había bañado. Pero para esto, me había dicho una señora de allá de Papalutla que antes de que yo me fuera para el Seguro que yo me tomara una taza de té de canela caliente, lo más caliente y cargado que se pudiera, y que si no tenía yo canela a la mano, un chocolate, pero caliente y bien cargado. La verdad lo que yo me tomé fue el té de canela. Salimos de acá de Lachigoló como a eso de las cuatro o cuatro y media de la tarde. Pues en lo que caminamos de la casa de mi suegra hasta la parada [del crucero] y venía un carro de Tlacoahuaya. Cuando llegamos a la Volkswagen ya eran casi las seis de la tarde, porque antes los carros tardaban más. Todavía me la aventé caminando de la Volkswagen al Seguro.

Cuando yo llego al Seguro les pedí de que por favor me atendieran, me preguntaron si era mi primer bebé y les dije que sí. *Ah, entonces todavía le falta, espérese.* Pero la verdad yo me sentía con mucho dolor y les dije que me atendieran luego por favor y me dijeron: *No señora, es que es el primero y va a tardar todavía, mejor lo que tiene usted que hacer es ponerse a caminar.* En ese momento yo sentí todavía más el dolor y le dije: *Mire, por favor si quiera déjeme que me revisen y entonces sí ya me vuelve a sacar.* Entonces sí déjeme salir, pero así yo sé que me falta. Entonces la recepcionista que estaba ahí me dice: *Está bien, pásele, pero todavía le falta señora, la van a volver a sacar, No importa que me saquen,* le dije. Cuando yo entro para que ya me valoren, me dice el médico: *Señora, ¿desde qué horas usted tiene dolor?, Como a las 12 del medio día, pero yo siento que ya no aguanto, ¡Pues no, porque su bebé ya viene!* Pues yo di a luz tan rápido que mi hija nació como 6:30 de la tarde, ya no sufrí para tenerla.

Mónica relata que después de su primer parto en el hospital del IMSS le pusieron el DIU sin su consentimiento, lo cual provocó dolores y fiebre, de manera que tuvo que recurrir al médico porque no sabía la causa de los síntomas que tenía.

Mónica: Cuando salí del Seguro la verdad yo no supe que me habían puesto el dispositivo, yo no supe nada de eso. Como al tercer día de que yo salí del Seguro yo me puse muy mal, me daba mucho dolor en el vientre, aparte de que me daba dolor tenía yo mucho frío y mucha fiebre. Entonces mi suegra me llevó al Seguro y me dijeron: *Es que usted no tiene nada.* Pero eso fue con el médico familiar, de ahí ese mismo día me pasaron con el ginecólogo, el ginecólogo detectó que era el dispositivo que me habían puesto y que de cien mujeres hay una o dos a las que les pasa eso. Entonces me dijo: *Quiere decir que su cuerpo no lo acepta, vamos a tener que retirárselo. Pero si usted sigue igual quiere decir que no es eso y entonces hay que hacerle unos estudios a fondo.* Pues sin mentir ese día que él me quitó el dispositivo, entonces le dijo a mi suegra: *Aquí está, ya se lo quité, pero ahora necesito saber si realmente ella se siente igual.* Pues fue como arte de magia, porque al instante que yo sentí que me quitaron algo como que mi mirada ya no era borrosa, ya era clara, entonces yo les dije que sí era eso, ¿por qué?, porque me sentí diferente.

A raíz de esa experiencia Mónica decidió nunca emplear algún método anticonceptivo como el DIU, parches o inyecciones. Por otro lado, durante su puerperio Mónica reporta que su suegra le dio durante tres días por la mañana un té de ruda con hierba Santa María, el cual servía para que el “estómago se limpiara bien”; es decir, para la expulsión de los loquios. Además, su madre la bañó con agua de cocimiento. Ella recuerda que empleaba hoja de carrizo, cáscara de naranja, chamizo y botonchihuite, los cuales ponía a cocer con agua y con dicho cocimiento bañaba tanto a la puérpera como a la recién nacida. Mónica cuenta que después de dicho baño bebía un poco de té de esas mismas hierbas y no podía amamantar a su hija hasta que su cuerpo se hubiera enfriado lo suficiente. Asimismo, Mónica reporta que durante sus cuarentenas no lavaba ni realizaba actividades que fueran muy pesadas para que pudiera tener una recuperación óptima.

Poco menos de dos años después de que naciera su primera hija, Mónica volvió a embarazarse y detectó este segundo embarazo también por retraso menstrual. Entonces acudió al Seguro, donde le hicieron los estudios correspondientes para confirmarlo. Este embarazo también se desarrolló sin ninguna complicación y para entonces Mónica ya no vivía con su suegra, pues ella y su familia estaban viviendo con sus papás mientras construían un cuartito de madera en Lachigoló. El segundo parto de Mónica ocurrió en diciembre de 1997 también en el hospital del IMSS en la Ciudad de Oaxaca, el cual es narrado de la siguiente manera:

Mónica: Me empezaron los dolores el día 22 de diciembre como a las cinco de la mañana, pero yo igual le comenté a mi esposo y le dije que no nos íbamos a ir luego, porque de todas maneras íbamos a estar ahí y no me van a atender. Y ahí estuvimos en la casa, salimos de la casa como a eso de las ocho y media de la mañana. En ese entonces yo ya estaba en Papalutla, ya no vivía acá, vivía en Papalutla y pues el camino era más largo; salimos de allá en el carro de las ocho de la mañana y en lo que llegamos acá al seguro y todo pues sí se nos complicó bastante. Entonces sí llegando a la Volkswagen yo le dije a mi esposo que esta ocasión yo no podía ya caminar, que contratara un taxi. Ya fue que un taxi me llevó hasta adentro del Seguro, pues ya llegamos ahí como ya casi las diez de la mañana. Ya yo pedí que por favor me atendieran, porque la verdad ya me sentía muy mal. Me dijo la recepcionista que yo me esperara tantito, porque a veces nada más entran y todavía les falta. Le platicué rápido la historia de mi primer hija y me dijo: *¿En serio?, Pues sí, le dije. Es que a veces no todos son igual, pero pásesele y ya que la valoren.* Pues yo llegué y me dijeron: *Acuéstese ahí.* Exactamente el ginecólogo me iba a valorar cuando me dice: *¡Señora, es que su bebé ya viene!* Ya llamó a unas enfermeras y les dijo: *Ayúdenme.* A mí ya no me pusieron suero, ya no me hicieron nada de eso, supuestamente me iban a hacer el famoso tacto ése que hacen cuando mi bebé ya estaba naciendo y pues igual ella nació como a las 10:05 de la mañana.

Después de este parto, ya no volvieron a colocarle el DIU sin su consentimiento. Asimismo, Mónica tuvo durante su puerperio los mismos cuidados que en el primero; su madre la bañó una vez más con agua de hierbas y le daba tés de ruda con Santa María. En palabras de Mónica, la ruda sirve para que “se limpie todo el

estómago que carga toda esa sangre que ahí se coagula” y la hierba Santa María ayuda a que “amacice luego el estómago, para que cicatrice”. Asimismo, su madre le preparaba atoles de masa de nixtamal para que pudiera amamantar mejor.

Mónica: Como entonces yo ya estaba con mi mamá, ella me daba de tomar puro atole de masa, pero de nixtamal, que es muy diferente al de “clase igual”; el de nixtamal se cuece con cal y el “clase igual” se cuece con pura agua el maíz. Mi mamá me daba ese atole, porque dice que cuando uno toma atole del “clase igual”, ese atole nos enfría mucho el estómago y al bebé le provoca como mucha agrura y el atole de masa de nixtamal dice mi mamá que no, que porque tiene cal, está muy cocido el maíz y al bebé le produce calcio. Entonces ese me daba mi mamá.

Diez años más tarde Mónica volvió a embarazarse. Entonces ella y su familia ya vivían una vez más en Lachigoló, en la casa donde actualmente habitan; además, ya no contaban con Seguro Social, pues su esposo había dejado de trabajar como empleado en la Ciudad de Oaxaca. Para este último embarazo Mónica reporta haber tenido gripa, tos, fiebre y dolor de cuerpo, razón por la cual acudió al Centro de Salud de SFL, donde le mandaron medicamento. Como era la fiesta del pueblo por el doce de diciembre, Mónica cuenta que iba rumbo a la iglesia cuando comenzó a sentir náuseas y tuvo vómito. Entonces le contó a su cuñada, y como tenía un ligero retraso menstrual le “nació la inquietud” de que estuviera embarazada. Su cuñada la acompañó con un ginecólogo privado en la Ciudad de Oaxaca, el cual le practicó un ultrasonido y confirmó que tenía unas cinco semanas de gestación. Entonces Mónica suspendió el tratamiento que le habían suministrado en el centro de salud y empezó a tomar el medicamento que el ginecólogo le prescribió.

Mónica relata en esa ocasión haberse encontrado con Luisa, una de las parteras de Lachigoló, quien después de saber que había estado enferma sospechó de su embarazo y atribuyó su malestar a una baja en las defensas inmunitarias.

Mónica: Luisa ya sabía que yo estaba embarazada. Ella se dio cuenta porque en esa ocasión fuimos a una posada y fue que yo le empecé a platicar, porque la tos ya se me estaba yendo. Y me dice: *Oye Moni, ¿no estarás embarazada?, a lo mejor bajaron muy feo tus defensas.* Y nada más me apretó acá y me dice: *Yo te voy a apretar en un lugar y me voy a dar cuenta si sí o si no estás embarazada.* Cuando ella me aprieta, me dice: *¡Sí estás embarazada!* Y pues yo ya sabía que sí, entonces le digo: *¿A poco?, ¡Sí!* Yo no le había dicho a ella que estaba embarazada. *Sí, me dijo, tú estás embarazada, bajaron muy feo tus defensas.*

A lo largo de su embarazo, Mónica llevó paralelamente el control prenatal en el centro de Salud y con el ginecólogo particular que había confirmado su embarazo. Asimismo, a los cuatro o cinco meses de gestación buscó a Luisa porque sentía mucho dolor en la cintura, lo cual provocaba que algunos días permaneciera en cama. La partera sobó a Mónica y ella reporta que las molestias no volvieron a aparecer. Por su parte, cuando tenía ocho meses de embarazo, el ginecólogo le dijo que el bebé estaba en posición transversa, por lo que muy seguramente tendrían que practicarle una cesárea, pues para lo avanzado de su embarazo ya debía estar en posición cefálica. Entonces Mónica volvió a acudir con Luisa y le preguntó si ella entendía su ultrasonido. Al revisarlo, la partera supo que le practicarían una cesárea e instruyó a Mónica para realizar unos ejercicios que permitirían que el producto pudiera acomodarse en la posición correcta.

Mónica: Luisa me dijo: *Mira, vamos a hacer una terapia, en muchas ocasiones esta terapia ha funcionado, con muchas mujeres, y no quiero que contigo no funcione, tiene que funcionar porque ya tuviste dos hijos, Bueno, ¿y qué vamos a hacer?, Tú vas a hacer lo que yo haga, lo que yo haga tú tienes que hacer.* En eso me empieza a poner unos trapos acá en la rodilla, me los amarró y ya fue que me dijo: *Ahora me voy a agachar yo y así como yo haga vas a hacer tú.* Y ya empezamos a gatear, pero de una manera que ella me decía, no era una gateada a lo tonto. Ya fue que empezamos a gatear y me dijo: *Esta terapia que estamos haciendo no lo vas a hacer solamente hoy.* Le digo: *¿Entonces?, Los días que puedas, porque ya se acerca que vas a dar a luz y tu bebé mira cómo está.* Y ella ya me explicó más mejor cómo estaba: *Está acostado así y de ahí no se mueve y ya para el tiempo que falta necesita ya estar en posición.*

Finalmente, su tercer y último parto lo atendió en 2008 en el Hospital General “Dr. Aureliano Valdiverso”, en la Ciudad de Oaxaca, perteneciente a la Secretaría de Salud estatal. Como en sus partos anteriores, cuando empezaron los dolores decidió esperar un poco antes de ir al hospital; sin embargo, ella narra que esta vez algunos conocidos le habían “metido miedo”, pues le decían que como ya habían pasado muchos años desde su último parto podría tener consecuencias o complicaciones. Fue el esposo de Mónica quien decidió que era mejor ir anticipadamente al hospital, de forma que por la madrugada, después de beber un té de canela bien caliente, salieron de Lachigoló rumbo al Hospital Civil. Al llegar ahí no la recibieron aún y estuvieron caminando algunas horas por la zona hasta las cinco de la mañana cuando la ingresaron. Mónica narra de la siguiente manera su último parto:

Mónica: En esa ocasión no había camas, no había sillas, no había nada en el Hospital Civil. Ahí me mantuvieron parada todo el tiempo, me pusieron suero parada. En ese entonces yo recuerdo que me picaron como 5, 6 veces, no podía la enfermera aplicarme en suero [...] Ahí sí recuerdo que me fue muy mal. Y ya parada, no hay camas, no hay sillas, el suero no me lo podían poner, cuando en eso yo ya no aguantaba, no aguantaba los dolores, pero yo no decía nada y ya en eso llega una enfermera y le dice a una señora que estaba acostada: *A ver madre, bájese porque usted ni le pone empeño a su bebé para que nazca, mejor bájese. Esa señora no me hace escándalo y nada más de verla ya la veo muy mal.* Y me dice: *Súbase a la cama.* Ya me subí a la cama, hasta entonces descansé un rato ahí. Entonces me dice: *La voy a llevar para que la valore el ginecólogo.* Ya vino el médico y me dice: *¿Cómo está madre?, Me siento muy mal, ¿Y por qué no dice?, Bueno, ya dije, pero me dijeron que ahorita venía, A ver, la voy a revisar. ¡Mi madre!, pero si este bebé ya viene, ¿usted no sabe lo que esto significa? Cuando un bebé no logra salir se puede morir. ¡Mire cómo está usted!, ¡Híjole!, le digo, es que estaba parada, apenas me acosté acá, ¡Vámonos rápido!*

Y ya empezaron a hacer el movimiento y me llevaron para la sala de expulsión, ahí me llevaron, pero la verdad la verdad, me costó mucho trabajo tener a mi hijo. Ahí el médico ya tenía mi expediente, él ya tenía en el expediente que me iban a hacer cesárea, entonces él me dijo: *¿Es a usted a la que le van a hacer cesárea?, Sí,* le dije.

Sí, dice, aquí el médico de la clínica de su comunidad me dice que usted va a ser cesárea. Le dije: Pues sí doctor, me van a hacer cesárea. Me dice: ¿Pero qué cree?, que no, ¿Cómo?, No, me extraña, si el bebé ya está en posición, el bebé está acomodado, ¿De veras doctor?, Sí, usted tiene que trabajar para que el bebé nazca. Pues la verdad en el primer intento yo no pude tener al bebé, no pude al primero, me dejaron un ratito y me dijeron que yo me tranquilizara y que volvían a regresar en un ratito, regresaron, volvimos a intentar y tampoco pude a la segunda. Fue cuando el ginecólogo me dice: Mire señora, si no puede no vamos a exponer al bebé y a usted, ya quédese así, ya di la orden para que me la empiecen a trabajar, porque sí le vamos a tener que hacer cesárea.

Y pues en ese momento a mí sí me dio mucho miedo. Ya fue cuando llegó una enfermera me dijo: *Usted tranquila, va a llegar el que la va a anestesiar, se la van a llevar para que usted pueda tener a su bebé.* Y en eso me vino dolor y me dice: *Tiene dolor, ¿verdad?, Sí,* le dije, pero como en ese entonces ya me habían bajado mis pies de la cosa que ni sé cómo se llama, fue que me dice: *Pero ya no haga fuerza.* Le digo: *Déjeme hacer el último intento, pero yo no quiero que me hagan cesárea, ¿Cómo de que no?,* me dijo, *ya está todo;* el papeleo que hacen, pues lo hicieron tan rápido, en menos de 10 minutos se mueven para hacer todo eso. Cuando en eso yo le dije que mejor me ayudara y yo tenía al doctor acá hablando conmigo y a la enfermera acá. Y ya yo les dije que me detuvieran, que me agarraran de las manos. *No señora, Sí, déjeme hacer el último intento.* Fue que el ginecólogo llamó a otra enfermera y le dijo: *Párate allá, ¡ésta señora!* Ya fue que me agarré de él e hice el esfuerzo y nació mi bebé. Ya el doctor me soltó rápido y me dijo: *Ya nació el bebé.* Y él rápido se empezó a mover, cuando llegó supuestamente el que me iba a anestesiar, mi bebé ya había nacido y pues sí, la verdad sí me felicitaron bastantes porque le puse mucho empeño al trabajo de parto y pues que ahora sí que todo había salido bien cuando me habían dicho que me iban a hacer cesárea.

Mónica relata que después de su parto permaneció sentada y, por falta de camas suficientes, unas seis horas más tarde la dieron de alta del hospital. Para su último puerperio volvió a tomar los tés que su madre y su suegra le daban en las cuarentenas anteriores, pero esta vez ninguna de ellas la bañó, de forma que Mónica optó por buscar a Luisa para que la bañara con agua de hierbas, así como al recién nacido.

Mónica: Esa vez me bañó Luisa, ahí sí que no sé qué es lo que me dio a tomar y no sé con qué hierbas me bañó, pero ella me bañó diferente, ella me pidió una tina grandota y adentro de esa tina pusimos una sillita y yo subí los pies como arribita para que no me quemara y estaba yo adentro de esa tina y esa agua me echaba ella, pero adentro de la cobija. Estaba yo tapada con la cobija y ella me bañó así y ya de que me bañó me dio unos masajitos y me dijo que con eso podía yo estar tranquila.

En las experiencias tanto de Mónica como de Sofía es posible apreciar, en primer lugar, que hay una ampliación con respecto a la primera generación de la red de opciones que tienen las mujeres para la atención de sus procesos reproductivos, en tanto la partera deja de ser la única opción disponible para el grueso de las embarazadas y tienen un mayor acceso a las instituciones de salud gubernamentales. Asimismo, se aprecia ya una institucionalización y una creciente medicalización del embarazo y el parto, aunque para el caso de Mónica presumiblemente en el IMSS las consultas prenatales eran más constantes que en las clínicas de los SSO, como aparece en el testimonio de Sofía, quien además debía acudir al centro de salud de una comunidad vecina a SFL en tanto aún no se inauguraba una clínica en dicha localidad. De esta manera, como se ha encontrado también en otras investigaciones realizadas entre mujeres que vivieron sus gestas a finales de la década de los noventa y/o principios de los dos mil tanto en el estado de Oaxaca como en otros estados de la República (Ramírez, 2019), se aprecia una transición hacia una atención basada casi de manera exclusiva en prácticas tradicionales y de autoatención, hacia una asistencia fuertemente medicalizada, aunque para entonces aún no se operaban las políticas de obligatoriedad del control prenatal y parto hospitalario. Considero que la pronta transición y medicalización que se da en la región puede relacionarse fácilmente con la cercanía de las poblaciones a la capital del estado, en contraste con lo que sucede en otras localidades alejadas de las cabeceras estatales (véase Ramírez, 2019).

Mujeres de la tercera generación que se atendieron exclusivamente con médicos

En los siguientes dos apartados se presentan las trayectorias de atención de seis mujeres pertenecientes a la tercera generación reproductiva. En el primero de ellos se exponen los casos de tres mujeres que atendieron sus gestas exclusivamente con médicos y en el segundo, las historias de tres mujeres que, además de atenderse con recursos biomédicos, recurrieron a las parteras durante alguno de sus embarazos o partos.

El primer grupo de mujeres, atendidas sólo por personal biomédico, lo integran Inés, Guadalupe y Judith. La primera vive en SFL y las otras dos en TDV. Inés y Guadalupe tienen 20 años de edad, mientras que Judith tiene 29 años; Guadalupe habla zapoteco, mientras que Judith e Inés aunque no son HLI sí entienden la lengua de sus padres, Judith entiende zapoteco e Inés, chinanteco. Finalmente, las tres han vivido sólo una experiencia de parto, el cual ocurrió entre 2017 y 2018. Las tres mujeres viven en un patrón de residencia patrilocal y para el caso de Inés y Guadalupe cuentan únicamente con educación básica mientras que Judith cuenta con educación superior.

Inés

Conocí a Inés, con 20 años de edad, en octubre de 2018 cuando llevaba a su hijo Dante a vacunar al Centro de Salud de SFL. Inés es nuera de Sofía y es originaria de Tuxtepec, Oaxaca, de donde migró a los 14 años después de haber concluido la secundaria para trabajar como empleada doméstica en Lachigoló, donde ya vivía uno de sus hermanos mayores. El padre de Inés habla chinanteco y su madre, mixteco; ella no es HLI, aunque entiende bien la lengua de su padre y se autorreconoce como indígena. Su esposo trabaja como policía municipal y ella, además de dedicarse a los quehaceres domésticos y cuidar de su hijo, confecciona unas bolsas tejidas con plástico que su suegra le enseñó a hacer. Aunque Inés y su

familia viven en la casa de Sofía, su economía es independiente de la de su suegra, de manera que el salario de su esposo como policía, que asciende a \$ 3,700 quincenales, es el único ingreso fijo que tienen: “Lo que gana mi esposo es con lo que vivimos; un poco se guarda, un poco para el bebé y un poco para la cocina y esas cosas”.

Inés inició su vida sexual a los 17 años de edad, después de juntarse con Arturo, y a los 18 tuvo un aborto como resultado de un embarazo molar, el cual es una complicación caracterizada por el crecimiento anormal de las células que normalmente se convertirían en la placenta: los trofoblastos. Un año más tarde, ella y su esposo comenzaron a intentar embarazarse para tener un hijo, razón por la cual Inés acudió con una curandera por recomendación de doña Rosa, la abuela de Arturo.

Inés: Me dijo su abuela de él que si quería que fuera a checar ahí [con la curandera] a ver qué tenía yo, que según a ver si no me estaban haciendo algo malo o así. Pero no, solamente me dio un té, porque me dijo que tenía yo muchas hormonas, la verdad no le entendí muy bien qué tipo de hormonas tenía yo. Me estuve tomando ese té y me dijo que a los tres meses podía yo quedar embarazada. Y sí, a los tres meses quedé embarazada.

Inés detectó su embarazo mediante el retraso menstrual y compró en la farmacia una prueba rápida para confirmarlo. Ella narra haber sentido miedo porque después del legrado anterior los médicos le habían dicho que podría volver a tener un embarazo molar. Por esta misma razón, Inés decidió realizarse un ultrasonido en un laboratorio privado en la Ciudad de Oaxaca, donde le informaron que se trataba de un embarazo saludable.

Después de haber confirmado su embarazo, Inés se presentó en el Centro de salud de SFL con el ultrasonido y algunos documentos, como el formato de afiliación al Seguro Popular, su cartilla y el formulario que acreditaba su afiliación al programa Prospera, para que pudiera iniciar su control prenatal en dicha clínica. De acuerdo con Inés, su embarazo se desarrolló sin mayores complicaciones y poco

antes de concluir las semanas de gestación acudió con una curandera que llega una vez por semana a Lachigoló para que acomodara al producto, pues sentía que no estaba en la posición correcta.

Inés: Fui con una curandera, no era partera, era curandera, según para que me acomodara a mi nene, pero ya fui cuando tenía yo nueve meses y me dijeron que ya no podían hacer nada porque ya estaba muy grande, que podía lastimar a la hora de moverlo, o algo así. Yo sentía que debían acomodarlo porque me decían que cuando el bebé está así malito, bueno, atravesado, te duele a la hora de caminar y eso me pasaba a mí, caminaba un poco y como que me lastimaba algo aquí en mi costilla. En los ultrasonidos me decían que estaba bien, pero yo lo sentía al caminar y luego estaba muy raro, porque se me hacía más grande [la panza] de este lado [derecho]; de este lado [izquierdo] se sentía como un poco vacío y de este lado [derecho] se veía más grande.

Dante, el hijo de Inés, nació en noviembre de 2017 en el Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso” de los SSO, en la Ciudad de Oaxaca, donde le practicaron una cesárea. Ella narra su parto de la siguiente manera:

Inés: Pues primero fui a la tienda, regresé y ya sentía la panza muy como que caída y luego me sentía muy cansada y haga de cuenta que eran como eso de las diez y media [de la noche] cuando me empezó a dar comezón en mi cuerpo, como si tuviera muchas ronchitas o algo así, salí una vez al baño, fui otra vez, me volví a acostar, no me acomodaba, y como a eso de las doce se me rompió la fuente y pues le dije a la abuela: *Es que ya se me rompió la fuente.* Y me dice ella: *No pues ya te tienes que ir.* Y como me alivié ahí en el Hospital Civil pues ya vino mi esposo por mí y me llevó. Llegamos ahí, me dijeron que me esperara porque no tenía dolor y me esperé como cinco horas, me pusieron una inyección para que me diera más dolor, para provocarme el dolor, pero tampoco me dio y ya me dijeron como eso de las cuatro que me iban a hacer cesárea, pero pues yo no quería porque tenía miedo de que me fuera a pasar algo y les dije que no y me dijeron que el corazón de mi bebé ya estaba muy cansado, que si no firmaba pues ya era mi responsabilidad si le llegaba a pasar algo. Y pues así fue como firmé y me hicieron cesárea.

Después de su parto, Inés permaneció internada dos días en el hospital, donde le explicaron cómo debía cargar y amamantar a su bebé, pues cuenta que no sabía cómo hacerlo. También refiere que los médicos y las enfermeras le decían que no debía permanecer mucho tiempo acostada y que debía levantarse para que la herida de la cesárea no le doliera al caminar. Al salir del hospital, Inés relata haber tenido algunos problemas para amamantar porque “no tenía leche”, razón por la cual le dieron diferentes atoles con la finalidad de que la produjera; sin embargo, como el problema continuaba, recurrió a pincharse el pezón con una espina para que la leche pudiera empezar a salir.

Inés: Llegué acá a la casa, mi nene lloraba muy feo y no tenía yo leche. Me dieron atole de ajonjolí, de harina de arroz y esas cosas que acostumbran según para que me saliera la leche, pero yo me acuerdo que esa noche que llegamos no mamó, al otro día tampoco mamó, tampoco agarró la [leche de] fórmula, no quiso agarrarla. Se va a oír muy raro, pero me tuve que picar con una espina en la punta de mi pecho para que saliera la leche. Mi suegra me contó que ella tampoco había podido [amamantar] y que así le hicieron, pero a ella le hicieron con una aguja y pues yo no quería la aguja, por eso lo hice con una espina.

Durante su cuarentena la madre de Inés estuvo presente con ella, además de su esposo, su suegra y la abuela de su esposo. Un mes después de su parto la bañaron con agua de hierbas y le dieron a tomar un poco de ese mismo cocimiento. Inés reporta que a lo largo de su puerperio procuró no tomar leche ni comer alimentos irritantes para evitar que la herida de la cirugía se infectara. Algunas de estas prohibiciones fueron prescritas por el personal médico, como el no beber mucha leche, y otras eran recomendaciones de la abuela de su esposo, como el no comer nopal porque se trata de un alimento inconstante. Además, Inés no barrió ni lavó ropa hasta que habían pasado tres meses después de su parto, pues le decían que si lo hacía podría lastimarse, especialmente por la herida de la cesárea.

Guadalupe

Guadalupe, con 20 años de edad, vive en Teotitlán del Valle con su esposo Benito, sus suegros y su cuñado en una casa amplia de dos niveles. La familia de su esposo es una de las familias con alto poder adquisitivo dentro de Teotitlán, pues se dedican a la reventa de tapetes de lana con diseños tan elaborados que algunos de ellos se venden a elevados costos en tanto se consideran “obras de arte”. Muestra del poder adquisitivo de la familia son las diferentes propiedades que tienen al interior de la localidad y la mayordomía que organizaron para una de las muchas fiestas que se realizan en TDV, las cuales requieren de una gran cantidad de dinero.

Todos en la casa, además del español, se comunican en zapoteco. Asimismo, Benito y su hermano hablan un inglés fluido, el cual ocupan principalmente cuando grupos de turistas llegan a su casa para comprar tapetes. Guadalupe proviene de una familia con menores recursos económicos, de forma que después de haber concluido la secundaria tuvo que trabajar como empleada doméstica hasta que se embarazó y llegó a vivir con su ahora esposo. Lupe sospechó de su embarazo cuando comenzó a sentir náuseas y ascos frente a algunos alimentos, entonces decidió comprar una prueba rápida de embarazo en la farmacia y pudo confirmar su condición.

Durante el primer trimestre de gestación, Guadalupe inició su control prenatal en la Ciudad de Oaxaca con la ginecóloga particular de su suegra y también acudió un par de ocasiones al CESSA TDV; sin embargo, le gustó más la atención de la ginecóloga porque les “explicaba mejor cómo venía el bebé” y porque “el ultrasonido era de mejor calidad”, razón por la cual ella y su esposo prefirieron seguir acudiendo sólo a la Ciudad de Oaxaca y no atenderse en el CESSA. Guadalupe asistía a sus consultas prenatales cada mes y durante el último mes de gestación la doctora la vio aproximadamente cinco veces. Mes con mes la ginecóloga le hacía un ultrasonido, realizando un total de aproximadamente siete ecografías a lo largo de su embarazo. Respecto a los costos de atención, Lupe refiere que la primera consulta les cobró \$ 700, en las subsecuentes \$ 500 y que el control prenatal del último mes fue gratuito. Por otro lado, Guadalupe reporta haber procurado a lo largo

de su embarazo no cargar cosas pesadas ni hacer actividades que la cansaran en demasía; además, por instrucciones de la doctora, redujo su ingesta de sal.

En enero de 2018, la misma ginecóloga que había llevado su control prenatal le realizó a Guadalupe una cesárea en una clínica privada de la Ciudad de Oaxaca. El costo aproximado de la cirugía fue de \$ 16,000. De acuerdo con Lupe, le practicaron dicha cesárea porque el líquido amniótico “se estaba acabando”, así como el oxígeno del bebé; sin embargo, ella reportó no haber roto membranas ni haber sentido contracciones uterinas, lo cual me hace cuestionar la certeza de que el líquido amniótico se estuviera acabando y, por lo tanto, la necesidad de dicha cesárea.

Daniel: ¿Dónde atendiste tu parto?

Guadalupe: Con la ginecóloga, ahí mismo en su consultorio. Estuvo ella, la anestesióloga, la pediatra y otras dos que la ayudaron. Fue cesárea, porque yo no tenía dolores, pero el líquido se empezó a acabar y su oxígeno del bebé.

Daniel: Ah, ¿ya habías roto fuente?, ¿o cómo notaron que el líquido se estaba acabando?

Guadalupe: No, no se rompió por completo, sino que solamente se iba acabado poco a poquito. Ese día tenía yo cita con la ginecóloga y me revisó como dos veces y ya fue que checamos que el líquido se estaba acabando y su oxígeno. No tenía dolores ni nada; el día que tenía yo cita con ella fue el 15 de enero en la noche y ya me dijo que para el día siguiente tenía yo que ir en la mañana para provocarme los dolores, pero él se desvió y fue por eso que decidimos hacer cesárea. La fecha que me habían dado de que naciera era el 19 de enero y se adelantó, pero sí casi yo había completado las semanas.

Al intentar preguntar mayores detalles sobre su parto para reconstruir las condiciones en que éste se desarrolló, pude notar que Guadalupe no contaba con mucha información sobre su parto ni sobre cómo debía transcurrir dicho evento de manera natural. Lo anterior podría estar relacionado con su baja escolaridad, pero también está vinculado con que Guadalupe presumiblemente aceptó el saber de la

ginecóloga como un saber válido e irrefutable, por lo que no cuestionó la necesidad de dicha intervención quirúrgica para el nacimiento de su hijo.

Tres días después de su parto, la suegra de Guadalupe le dio a beber el té *xcuan gusan*, que contribuye a la expulsión de los loquios. También, para producir más leche y amamantar mejor, su suegra le daba atoles de trigo y de maíz tostado. Durante su cuarentena, Guadalupe reporta que tanto su suegra como su madre le prohibían comer mucho chile y limón para evitar que su hijo se enfermara de empacho. Asimismo, tres meses después de su parto, Lupe entró al temazcal por instrucciones de la suegra.

Judith

Judith, con 29 años de edad, es originaria de Teotitlán del Valle, donde vive con su esposo, su hijo, sus suegros y sus cuñados en una casa de dos niveles y con un patio amplio con pasto y árboles frutales. Aunque todos viven en la misma casa, la economía de Judith y su familia es independiente de la de sus suegros.

Judith: Al principio, cuando nos casamos estábamos todos juntos, comíamos juntos y eso. Pero después, como éramos muchos, entonces decidimos separarnos, entonces ahorita todos vivimos en la misma casa, pero aparte mis suegros y aparte estamos nosotros, nuestra propia cocina y nuestros propios gastos.

Los hombres de la familia se dedican a las artesanías, tejen tapetes de lana en el telar de pedal. Hernán, el esposo de Judith, elabora además joyería de pedrería. Judith es la única participante de la investigación con formación profesional, pues estudió Administración en la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca y hasta poco antes de su parto trabajaba en una asociación civil en la Ciudad de Oaxaca, de forma que contaba con Seguro Social. Judith inició su vida sexual a la edad de 18 años y a los 27 ella y Hernán contrajeron matrimonio, pues llevaban mucho tiempo siendo novios. Un año después de casarse, Judith se embarazó. Ella refiere de la siguiente manera la forma en que sospechó y confirmó su condición:

Judith: Yo no sabía [que estaba embarazada]; sospechaba, pero no sabía. Sospechaba porque me sentía mal, me daba mucho sueño y me daba mucho como dolor de cabeza. Entonces fue como por noviembre, diciembre, enero, sí lo sospechaba, pero decía: *Voy a esperar hasta que me llegue mi menstruación para comprobar si sí o no.* No me llegó y entonces dije: *Ah, pues una semana más.* Y dos semanas más, entonces ya compré una prueba de embarazo de la farmacia y ya con eso dio positivo. Luego le avisé a mi esposo, le avisamos a la familia, a mi mamá, a mis suegros y fue cuando ya fui al médico, porque como yo no estaba segura de estar embarazada, entonces no tomé pastillas, ni vitaminas, nada, hasta cuando ya tenía como dos meses, empecé a tomar mis vitaminas.

Judith inició su control prenatal con una ginecóloga particular en la Ciudad de Oaxaca, la cual había sido recomendada por una amiga suya. Sin embargo, ella cuenta que después de dos o tres consultas ya no le gustó cómo atendía dicha ginecóloga y decidió cambiar de médico.

Judith: No me gustó, porque yo le preguntaba algo, como: *¿Qué puedo comer?* Y yo esperaba que me dijera: *Más frutas, más verduras, come más sano.* Y me decía: *Pues lo que sea, lo que quieras puedes comer.* Entonces le preguntaba: *¿Y por qué me siento así?, Es que es normal, Pero, ¿por qué me siento así?, Es que es normal.* Pero yo esperaba otra respuesta, que me dijera: *Sí, porque el cuerpo de la mujer va cambiando...* No sé, cualquier cosa. Y ya no me gustó y decidimos ir con otra doctora que me recomendó mi tía. Entonces ella sí fue muy buena, creo que con ella fui como dos meses y ya con ella íbamos a seguir mi control, pero después una de mis tías me dijo: *¿Por qué no vas con mi ginecólogo? Él cuando hace ultrasonido te regala el disco, para que tengas el recuerdo de tu bebé.* Entonces cambiamos otra vez de doctor, fuimos con el ginecólogo igual a la Ciudad de Oaxaca.

Paralelamente al control prenatal con médicos privados, Judith acudía a sus citas del IMSS en Tlacolula; además, el último trimestre de su embarazo acudió al CESSA TDV, pues le hicieron saber que era importante que acudiera a la clínica local debido a que las enfermeras llevan un control de la población.

Judith: Aquí como las enfermeras llevan un control de toda la población, entonces una de las enfermeras es de aquí y me conoce y me dijo: *Tienes que ir al centro de salud.* Y también unos amigos me lo dijeron: *Es que después cuando nace tu nena y quieres vacunarla o quieres llevarla ahí a las citas, no te la aceptan.* Y por eso fue que empecé mi control.

Daniel: ¿Eso quién te lo dijo?

Judith: Un amigo, a él le había pasado; no fueron al control aquí en el pueblo, entonces cuando querían vacunar a su bebé no querían porque no había llevado su esposa el control aquí.

Judith reporta que cada uno de los médicos que la atendió le realizó por lo menos una ecografía y que los ginecólogos particulares le cobraban entre \$ 600 y \$ 700 la consulta. Asimismo, durante casi todo su embarazo, Judith continuó trabajando en la Ciudad de Oaxaca, a donde se trasladaba todos los días, y sólo procuraba no levantar cosas pesadas ni realizar actividades que la cansaran en demasía.

Por otro lado, Judith narra que durante el último trimestre de gestación estuvo asistiendo al “Club de embarazadas” de la clínica del IMSS en Tlacolula, donde les daban diferentes pláticas sobre cómo amamantar “correctamente” a los bebés, cómo sacarles el aire después de tomar leche y, en general, cómo debían cuidar de ellos. Dichas pláticas se impartían una vez por semana y se invitaba a todas las embarazadas que se atendían en dicha clínica, duraban alrededor de una hora u hora y media y las impartían los mismos médicos de la institución.

Después de haber transitado por diferentes médicos y clínicas, en agosto de 2018 Judith terminó atendiendo su parto en el Centro de Salud de Teotitlán del Valle. Dicho parto fue atendido por el director del CESSA en turno y su esposo pudo estar presente en la sala de expulsión, razón por la que de hecho ella y Hernán decidieron que su hija naciera en dicha clínica.

Judith: Primero nosotros íbamos a Tlacolula porque nos decían: *Si vienen a todas las pláticas, tu esposo va a poder entrar el día del parto.* Entonces pues dijimos: *Pues está bien, hay que ir.* Además, creo que también lo toman en cuenta para cuando pagan la incapacidad. Entonces nosotros planeábamos en Tlacolula, porque yo quería que mi bebé naciera con una partera, yo quería un parto más natural, pero después platicué con un conocido y él me contó su experiencia en el parto natural, entonces me dijo que todo era muy bien, era muy chido, pero que el problema que había con las parteras es que ellas no te dan un certificado de nacimiento, entonces cuando tú vas a registrar a tu bebé necesitas el certificado y si no lo tienes pues pueden pensar que te robaste al bebé, entonces eso le pasó a él y tuvo que ir al Ministerio de no sé dónde para hacer como una reconstrucción de hechos y comprobar que sí era su hijo. La otra fue que cuando nació no le hicieron a su bebé todo lo que les hacen en el hospital, como el tamiz y la revisión que le hacen al bebé y las vitaminas y todo eso. Entonces él tuvo que ir a Tlacolula para que le hicieran eso a su bebé y tampoco querían hacérselo, porque no llevó el control [prenatal ahí]. Entonces pues por esa parte y porque yo quería que mi bebé estuviera bien, yo dije: *Pues en un hospital.* Porque yo siempre tenía como el deseo de que mi bebé naciera en el agua, pero después pensando en todo eso, dije yo: *No me arriesgo, mejor en un hospital.*

Daniel: ¿Y por qué tenías ese deseo de que tu bebé naciera en el agua?

Judith: Porque a mí no me gusta ir al doctor y entonces yo tenía siempre esa idea de que cuando yo tenga a un bebé quiero que sea un parto más humanizado, con una partera o cosas así.

Entonces cuando me empezaron los dolores un jueves a la una de la madrugada, eran dolores muy suaves, como cólicos, pero no me dejaban dormir. Entonces yo estuve caminando en el cuarto en lo que amanecía más y después salí al patio a caminar y pues le avisé nada más a mi esposo y le dije: *No hay que decir nada hasta que amanezca más, no me siento muy mal.* Y entonces mi suegra salió al baño y me vio que yo estaba caminando. Me dijo: *¿Qué estás haciendo?, Estoy caminando porque tengo dolores, ¿Y por qué no nos avisas?* Entonces en ese momento fuimos a Tlacolula, porque todavía pensábamos que allá iba a nacer, llegamos ahí y me revisaron y me dijeron que todavía faltaba más porque no estaba muy dilatada.

Entonces regresé y estuve aquí, descansé un rato, aunque casi no pude descansar, porque los dolores no me dejaban, caminé, mi mamá me llevó a caminar por el pueblo y regresamos y desayuné, pero cuando desayuné como que volví todo lo que había comido. Entonces ellos se espantaron y me dijeron: *Vamos al centro de salud.* Y me llevaron aquí nada más [al CESSA], entonces fue cuando platicué con el

director, me revisó y me dijo que todavía no estaba muy dilatada, que si me quería quedar que me aceptaban, pero que si me quería ir a mi casa a descansar más, a caminar, que regresara. Entonces ya regresé aquí y en lo que regresé aquí, en lo que estábamos descansando y platicando, pues ya decidimos que fuera aquí y ya no quisimos ir a Tlacolula. Y, como te digo, el director me dijo que él se comprometía a regresar y atenderme, entonces fue por eso que decidimos acá. Entonces ya fuimos como a las cuatro, cinco de la tarde; me volvieron a revisar y me dijeron que todavía tenía como unos cinco [centímetros] de dilatación, que todavía faltaba, pero que si yo me quería quedar que podía quedarme. Entonces me internaron y me tuvieron ahí en revisión.

Judith reporta que durante su parto no le aplicaron anestesia, pero sí suero intravenoso y le realizaron episiotomía. Además, le suministraron oxitócicos cuando la dilatación estaba por completarse para ayudar a que el producto “bajara”. También relata que, aunque no quería que le pusieran anestesia, oxitocina ni que le practicasen cesárea, en algún punto sintió que sus dolores eran tan fuertes que le pidió al doctor que le administrase la epidural; pero éste le dijo que ya no podía ponérsela y refiere que probablemente es política del CESSA no suministrarla, “porque los bebés pueden tener depresión”.

Judith narra que al nacer su hija, y aún sin cortar el cordón umbilical, la recostaron en su regazo y ella pudo hablarle y acariciarla; posteriormente la retiraron y cortaron el cordón. En la misma sala la limpiaron, la revisaron y después de que la vistieron se la entregaron a la madre. Judith permaneció internada en el CESSA aproximadamente 12 horas después de su parto, hasta que la dieron de alta y regresó a su casa.

Al volver a casa, su suegra le dijo que debía descansar. “Aquí tienen esa costumbre”, dice Judith, “de que en cuantito nace tu bebé no puedes hacer nada, todo el tiempo tienes que estar descansando o en reposo, estar con tu bebé”. En este sentido, Judith relata haber permanecido con su hija y su esposo dentro de su cuarto y que no la dejaron salir ni a la cocina hasta que hubiera cumplido una o dos semanas y se sintiera mejor. Su suegra era quien llevaba el desayuno, comida y cena a su habitación, así como diferentes atoles “para tener más leche”. Después

de dos semanas, llevaron a Judith al temazcal, donde entró dos días seguidos, y le dieron el té *xcuan gusan*, que en sus palabras “sirve para limpiar los restos que quedaron de la placenta”.

De esta manera, en las experiencias de Inés, Guadalupe y Judith es posible apreciar una fuerte institucionalización del embarazo y el parto. Para el caso específico de estas mujeres, la atención del proceso reproductivo se concentra en el modelo biomédico y sólo en el caso de Judith en algún momento pensó en recurrir con la partera, aunque al final no lo hizo debido a una serie de restricciones promovidas por el sector salud que terminaron condicionando que atendiera su parto en el CESSA TDV. Asimismo, se aprecia un claro incremento en el número de ultrasonidos que las mujeres se realizan durante sus embarazos en contraste con la generación anterior, lo que nos permite apreciar un mayor grado de medicalización del embarazo a partir del desarrollo de tecnología más sofisticada. Sin embargo, para estas mujeres la atención del puerperio sigue concentrándose en el nivel de autoatención y no se aprecia una disminución considerable de la etapa puerperal y los cuidados asociados con respecto a la generación anterior, como sí se ha encontrado en otras investigaciones (véase Ramírez, 2019).

Mujeres de la tercera generación que buscaron a la partera

En las páginas siguientes se presentan las trayectorias de atención de tres mujeres pertenecientes a la tercera generación reproductiva que en algún momento de sus embarazos o partos recurrieron con la partera: Nadia, Domitila y Petra. La primera vive en SFL y las otras dos en TDV. Nadia tiene 33 años de edad, mientras que Domitila y Petra tienen 35 años, es decir que se trata de mujeres mayores con respecto a las mujeres cuyas experiencias se presentaron en el apartado anterior. Las tres mujeres son hablantes de lengua indígena: Nadia habla mixe; Domitila y Petra, zapoteco. Estas mujeres han atendido sus partos entre 2003 y 2018.

Nadia

Nadia, con 33 años de edad, es una mujer mixe que vive en SFL. Conocí a Nadia en octubre de 2018 en el Centro de Salud de SFL cuando acompañaba a su cuñada, quien casi no hablaba español y había tenido recientemente un parto que se complicó, por lo cual debieron trasladarla desde la región mixe hasta el Hospital Civil en la Ciudad de Oaxaca, razón por la cual ella y su esposo estaban viviendo temporalmente con Nadia.

Nadia nunca fue a la escuela, de forma que no sabe leer ni escribir. Es originaria de Zacatepec Mixe, una localidad de la Sierra Juárez ubicada aproximadamente a cuatro horas de la capital del estado, de donde migró después de casarse con un albañil a la edad de 16 años en busca de oportunidades de trabajo. Nadia es divorciada, trabaja como empleada doméstica y gana \$ 150 al día. Vive con sus tres hijos en una casa de lámina con piso de concreto que le renta por \$ 600 mensuales a doña Amaranta, a quien considera como parte de su familia. Sus dos hijos mayores estudian; el mayor, de 15 años, está en el bachillerato y su segundo hijo, de 12 años, cursa el último año de primaria. Su hija menor tiene 3 años de edad. Aunque el mixe es la lengua materna de Nadia, pues aprendió español hasta que llegó a Lachigoló, sus hijos ya no aprendieron esta lengua y son monolingües, aunque los dos mayores entienden mixe porque algún tiempo regresaron a vivir a Zacatepec.

Nadia inició su vida sexual a la edad de 16 años y a los 17 tuvo su primer embarazo, el cual detectó porque sentía náuseas y mareos. Entonces acudió al Centro de salud SFL donde confirmaron su condición e inició en esta clínica su control prenatal mes con mes. Nadia reporta que para la vigilancia fetal en el centro de salud debía practicarse ultrasonidos en un consultorio privado en la Ciudad de Oaxaca. Asimismo, durante su primer embarazo Nadia buscó a doña Berta, una partera de la Lachigoló que, en palabras de Amaranta, “era una señora que tenía mucho conocimiento” y que ya no vive en la localidad porque hace algunos años se mudó al estado de Morelos. Fue el exesposo de Nadia quien la llevó con Berta “para

saber cómo iba el chamaquito” y para que la sobara, pues sentía un “dolorcito en el vientre”.

Nadia: Tenía tres meses cuando fui con la partera. Me sobó con pomadas y hasta me dijo qué fecha iba a nacer el chamaco y dijo que era niño. *Tu bebé, dice, es niño.* Y dice: *Lo vas a tener si no el 16 de enero, el 17 de enero.* Y el 17 de enero nació mi hijo.

Durante su primer embarazo Nadia dejó de trabajar como empleada doméstica, aunque seguía realizando los quehaceres en su propio hogar. Ella dice que realizaba las labores domésticas “como si no estuviera embarazada”, de forma que no modificó sustancialmente su estilo de vida. Su primer parto lo atendió en enero de 2003 en el Centro de salud de SFL, pues aún se atendían partos en el primer nivel de atención. Nadia relata que su parto fue sumamente rápido y sin mayores complicaciones: “El dolor empieza en el vientre o en la cadera cuando ya es dolor de parto, entonces me llevaron ahí, me metieron y ahí me alivié. Cuando llegué, llegué directo a tener al nene”. Para su puerperio, Nadia reporta que su único cuidado fue el baño diario y, como se había tratado de un parto vaginal, al cuarto día después de que naciera su hijo retomó las labores del hogar, pues no tenía quien le ayudara en dichos quehaceres.

Tres años más tarde tuvo su segundo embarazo, el cual también sospechó porque sentía náuseas y fue más fácil detectar, pues había tenido una experiencia previa. Para este segundo embarazo no acudió con ninguna partera porque no sintió que fuera necesario en tanto ella se sentía bien y los médicos le indicaban que todo iba evolucionando correctamente. Finalmente, su segundo parto lo atendió también en el Centro de salud de SFL en 2006 y se reporta que, como en el primero, se trató de un nacimiento veloz y sin complicaciones.

Antes de su tercer embarazo, Nadia empleaba inyecciones anticonceptivas, razón por la cual, a pesar de haber sentido mareos y vómitos, no detectó ella misma su condición sino hasta que acudió con el médico para saber a qué se debían los malestares que sentía.

Nadia: Me sentí muy mal, una semana estuve tirada en la cama, ya no comía, ya no tomaba agua, nada. Tenía dos meses de embarazo y ya me dijo la señora [Amaranta]: *Mira, ¿por qué no vas con una doctora particular?* Entonces no fui al Centro de salud, fui con una doctora particular y ahí la doctora me atendió, me inyectó una vitamina y ya fue que me dijo que estaba yo embarazada, que tenía que irme a hacer mis estudios.

Daniel: ¿O sea que antes de que fuera con la doctora no sabía que estaba embarazada?

Nadia: No, no sabía yo. Todavía cuando me dice la doctora: *Estás embarazada*, le digo: *No puede ser porque yo me cuido*. Porque tenía poco tiempo que me había puesto la última inyección, porque ya no tenía el DIU. Entonces ya tenía yo poco tiempo que me había inyectado, ni un mes, cuando ella me dijo que estaba embarazada. Entonces le dije: *No puede ser porque me cuido, No, sí estás embarazada; mira, para que te desengañes te doy una prueba de embarazo*. Y estaba yo necia que no estaba embarazada y me dio la prueba. Entonces ya me dijo: *Mira, sí estás embarazada. Ahora tienes que ir a tal parte a hacerte tu estudio para que te digan cuánto tiempo tienes*.

Nadia acudió a hacerse los estudios solicitados, donde le dijeron que se trataba de un embarazo saludable y posteriormente inició su control prenatal en el Centro de salud de SFL. Para este embarazo Nadia ya se había separado de su exmarido, razón por la cual no pudo dejar de trabajar como en sus embarazos previos, sino hasta después de haber cumplido los ocho meses de gestación. Asimismo, poco tiempo después de su parto empezó a trabajar otra vez como empleada doméstica.

Nadia: Pues de esta niña [último embarazo] yo sola me atendí, ya no estaba mi marido, yo sola me tuve que atender con ella y de mi embarazo de ella sí estuve trabajando todos los ocho meses; ya me faltaba un mes para que me aliviara yo cuando dejé de trabajar, ya después de que me alivié de ella comencé a trabajar otra vez.

A lo largo de su embarazo, Nadia reporta haber sentido “dolor en el vientre”, razón por la cual a los cuatro meses de gestación acudió con otra partera, Alejandra, quien la sobó para acomodar y “subir” el producto, pues estaba muy abajo.

Nadia: Me sobó, igual me dio un masajito, la acomodó, me dijo que estaba mal acomodada la bebé y la acomodó, me puso unas pomadas. La partera me dijo que el dolor era por la posición en la que estaba la chamaquita, porque la tenía muy abajo. Entonces la subió, la acomodó.

Finalmente, su tercer parto lo atendió en 2015 en el Hospital Rural del entonces IMSS-Prospera en Tlacolula, pues aunque ella prefería que la atendiesen en el Centro de salud de Lachigoló le dijeron que ya no podían atender partos ahí por si hubiera alguna complicación obstétrica, de manera que ya estaba institucionalizado el parto obligatoriamente en el segundo nivel de atención. Este nacimiento, como los dos anteriores, fue muy rápido y sin complicaciones y fue una vecina quien la acompañó al hospital.

En la experiencia de Nadia se aprecia significativamente cómo la estructura familiar es una condicionante que orienta las trayectorias de atención, pues, por su condición de migrante y madre soltera/divorciada, no contaba en Lachigoló con una red familiar en la que pudiera apoyarse, de forma que esta red de apoyo terminó configurándose con su casera y sus vecinas. En este sentido, es posible apreciar una vulnerabilidad asociada a la ausencia de una red familiar, pero también a su condición socioeconómica y de madre sola, que terminaron condicionando que en su tercer embarazo hubiera tenido menores cuidados en el embarazo y puerperio con respecto a los dos anteriores. Podemos contrastar, por ejemplo, la experiencia de Nadia con la de Judith, quien refiere que en TDV se acostumbra que las mujeres recién paridas no salgan de sus cuartos y es la suegra quien les cocina, les lleva sus tés y atoles, mientras que para el caso de Nadia, ella no puede dejar de hacer las labores domésticas ni puede dejar de trabajar en tanto es el sustento económico de su familia.

Domitila

Domitila, con 35 años de edad, es originaria de Teotitlán del Valle y hablante de zapoteco. Vive con su esposo, sus dos hijas y la abuela de su esposo, quien lo crio como si fuera su hijo; de manera que es ella quien termina haciendo el rol de suegra y de hecho de esta manera Domitila se refiere a ella. La casa donde viven es de concreto con dos niveles; la habitación de Domitila se ubica en el piso superior. Su esposo es artesano, teje tapetes de lana en el telar de pedal, y ella es costurera.

La hija mayor de Domitila tiene 2 años de edad y su hija menor llegó al mundo en diciembre de 2018, pocos días antes de que la conociera cuando acompañé a Ana, la partera, a su casa para que la bañara con agua de hierbas. Sus dos hijas nacieron con parteras, la primera fue recibida por doña Marcelina, quien por su avanzada edad ya no ejercía la partería cuando realizaba el trabajo de campo, y la segunda, por Ana, quien es egresada del modelo de formación de la organización civil Nueve Lunas, en la Ciudad de Oaxaca.

Domitila reporta haber llevado su control prenatal durante ambos embarazos en el Centro de salud de Teotitlán y buscar a las parteras ya cuando estaba próximo el momento del parto o cuando sentía los primeros dolores por las contracciones uterinas:

Domitila: Aquí en el Centro de Salud hice mis chequeos, así que nomás el parto me atendieron ellas [las parteras] a la hora. Y de que fuera en el Centro de Salud, mejor prefería que me atendieran ellas. Pero allá [en el Centro de Salud] fui para mis chequeos.

Domitila cuenta que buscó a las parteras porque prefiere su atención sobre la de los médicos debido a que siente mayor confianza y seguridad con ellas, además de que los hospitales no le gustan y la ponen nerviosa.

Domitila: Para mí es como más cómodo [atender mis partos con parteras], porque tengo más confianza a las parteras y porque casi los hospitales no me gustan, ahí sí me ponen nerviosa. Me siento más segura con las parteras.

Domitila narra que en su primer embarazo notó un retraso menstrual; sin embargo, ella pensaba que era normal que su menstruación no llegara y fue su abuela quien le dijo que estaba embarazada y que ya no debía amarrarse, pues a ella le gustaba ceñirse la cintura con un rebozo. Entonces acudió al centro de salud, donde le mandaron a realizarse estudios para confirmar su condición. Al preguntarle cómo su abuela había notado su embarazo Domitila responde: “Los ojos cambian, no sé cómo sabe, pues ellos dicen que pueden saberlo cuando ya estás embarazada”.

En enero de 2017 Domitila atendió su primer parto en casa de doña Marcelina, quien le suministró oxitocina para acelerar el nacimiento. Un día después de su parto, Domitila, dejó la casa de la partera y fue su suegra quien la bañó y atendió su puerperio. En este sentido, se evidencia una transformación en el saber de la partera, quien también atendió los partos de Antonia (1era generación), pues en la década de los 70 y principios de los 80 se reporta que las mujeres permanecían en casa de Marcelina durante los tres días posteriores al parto y era la partera quien las alimentaba. Asimismo, se reporta que mientras que para el caso de Antonia, la partera no empleaba suero intravenoso, en el parto de Domitila ya lo empleaba como una práctica rutinaria.

Asimismo, durante su puerperio Domitila reporta haber tomado el té *xcuan gusan* durante tres días seguidos, una taza por la mañana y otra en la tarde, pues esta bebida ayudaba a “limpiar la sangre que quedó adentro, a sacarla”. Asimismo, un mes después de su parto, Domitila entró al temazcal que tienen en su propia casa y fue su suegra y sus tías quienes entraron con ella para hojearla. También reporta haberse fajado con un zoyate de palma,²⁰ aunque algunos meses después del parto dejó de utilizarlo porque le provocaba comezón.

²⁰ Un zoyate es un ceñidor o una faja elaborada tradicionalmente de palma.

Para su segundo embarazo, Domitila detectó por ella misma su condición debido a que tenía un retraso menstrual y que ya había tenido una experiencia previa que le permitía saber a qué se debía dicho retraso. Ella narra que conforme su embarazo avanzaba y se acercaba el momento del parto no sabía muy bien dónde atenderse, puesto que Marcelina ya no ejercía como partera y no quería que su hija naciera en el CESSA. Fue la abuela de su esposo quien le habló sobre Ana y le preguntó si quería atenderse con ella.

Domitila: Fue por mi suegra que supe de Ana, ella me dijo que ella [Ana] atiende: *¿Quieres que te atienda ella o quieres que te atiendan en el centro [de salud]?,* me dijo. Entonces le dije que voy a ir con ella, porque de hecho yo no quería aliviarme en el centro [de salud], porque después llegamos allá y luego dicen que no tienen sus herramientas, luego hay que ir a Tlacolula y luego allá ni te reciben, mejor te mandan al Hospital Civil. Y eso es lo que a mí no me gusta, de que te manden de acá para allá; y luego a la hora del parto y con el dolor, no creo que aguante. Por eso le dije que prefería que me checaran aquí y no allá.

Así, en diciembre de 2018 Domitila dio a luz a su segunda hija en su propia casa y fue Ana quien atendió su parto. Domitila reporta que Ana no empleó ningún medicamento ni suero intravenoso y ambas mujeres narran que el parto fue sumamente rápido, que en lo que la partera la revisaba y platicaba con ella para calcular la hora en que volvería para atender el parto ya podía sentir la cabecita del bebé y su dilatación era veloz. Ana cuenta que Domitila se levantó al baño y mientras estaba volviendo sintió una contracción muy intensa, de forma que se sujetó de la cabecera de la cama para hacer esfuerzo, la partera bajó sus pantalones y sólo “cachó” a la recién nacida. En este sentido, se reporta que Domitila dio a luz de pie.

Un problema que conllevó que esta vez fuera Ana quien atendiera el parto fue el certificado de nacimiento, pues a diferencia de Marcelina, quien era una partera reconocida por la Jurisdicción Sanitaria, Ana no contaba con dichos formatos, los cuales son necesarios para que las madres puedan acudir al Registro

Civil. El parto de Domitila fue el primero que Ana atendiera completamente sola, pues en el pasado había atendido otros nacimientos en la casa de Marcelina o con Alejandra, la partera de Lachigoló, de manera que no había tenido la necesidad de contar con el reconocimiento de la Jurisdicción, pues tanto Marcelina como Alejandra contaban con los formatos correspondientes. Para resolver este problema Ana acudió en primer lugar con su tía, pero debido a su edad avanzada la partera ya no recordaba dónde tenía dichos formatos. Ana no quería pedir el certificado de nacimiento a Alejandra debido a que probablemente le cobraría por él, de forma que optó por hablar con el director del CESSA TDV, con quien de hecho la partera tiene una relación cordial. El médico citó tanto a Ana como a Domitila en el Centro de Salud y fue él quien expidió el certificado e hizo el registro correspondiente como si el parto se hubiese atendido en el CESSA.

Por su parte, para su segundo puerperio Domitila volvió a tomar el *xcuangusan* y esta vez la partera siguió acudiendo a su casa para auxiliarla con el baño de la recién nacida y para bañar a la puérpera con agua de hierbas. La partera cocía las plantas necesarias en su casa y llevaba a la casa de Domitila dicho cocimiento en una olla de peltre, el cual mezclaba con otro poco de agua. Asimismo, cuando bañaba a la recién nacida limpiaba también su ombligo con *Merthiolate blanco*, gasa, un hisopo comercial y verificaba que no se estuviera infectando oliendo el ombligo.

La experiencia de Domitila al atender su parto con parteras de diferentes generaciones y con distintos tipos de formación y adquisición de su saber le permite comparar los saberes y prácticas de atención de cada una de las parteras, así como evaluar dicha atención en términos de la eficacia en sus prácticas, la comodidad que implica el atenderse con cada una de ellas y la relación partera-parturienta que establecen. Ella evalúa como mejor la atención de Ana por ser ella más joven y por la continuidad de la atención durante el puerperio.

Daniel: ¿Qué diferencias nota entre cómo atiende doña Marcelina y cómo atiende Ana?

Domitila: Pues hay mucha diferencia, porque ella [Ana] está más joven y otra, porque la señora Marcelina pues ya tiene su edad. Pues ahora me gustó más cómo atiende ella [Ana] que la señora Marcelina, porque la señora Marcelina sólo me atendió allí nada más [en su casa] y después yo ya me regresé aquí. En cambio ella [Ana] me sigue atendiendo, me está dando mis baños, igual a mi nena le está dando sus baños, por eso me gusta cómo me está atendiendo ella. Doña Marcelina no me bañó, nomás me atendió de mi parto y pues sí me quedé un día en su casa y al día siguiente me salí. Ya aquí me bañó mi suegra y ya de ahí me atendió [mi suegra] como me está atendiendo Ana. En cambio, ya ahorita ella [Ana] sigue atendéndome, sigue preguntándome cómo me siento, viene a visitarme, a preguntarme: *¿Cómo estás?, ¿cómo va tu nena?* Por eso me gusta más cómo está atendiendo Ana.

La experiencia de Domitila pone de relieve las condicionantes culturales y afectivas que inciden en la atención del E-P-P, en este caso el miedo que ella tiene por los espacios y las dinámicas hospitalarias, así como la comodidad y confianza que siente con las parteras. Asimismo, se hace evidente uno de los dispositivos que el Estado establece para controlar y regular el trabajo de las parteras, limitando la autonomía de las mismas en tanto deben ser reconocidas por la Jurisdicción Sanitaria, así como la decisión de las mujeres a atenderse con ellas; esto es, los certificados de nacimiento que son solicitados en el Registro Civil (El Kotni y Ramírez, 2017).

Asimismo, en su experiencia reproductiva se evidencian una serie de cambios en las prácticas de atención de la partera mayor con respecto a la década de 1970 y principios de 1980, como el uso de suero intravenoso, empleo de oxitocina de forma rutinaria y la no continuidad de la atención durante los primeros días después del parto. Esto nos permite referirnos a la medicalización en el saber de las parteras, lo cual se profundiza en el capítulo cinco.

Petra

Petra, con 35 años de edad, también es originaria de Teotitlán del Valle. Vive con su esposo, sus dos hijos, sus suegros y la madre de su suegro. Aunque Petra y sus suegros viven en la misma casa, su economía es independiente, “cada quien cocina aparte”, dice, y sólo comparten el patio y algunos espacios comunes.

Petra es artesana, tiñe sus hilos, teje, convierte los lienzos en bolsas y ella misma se encarga de venderlas tanto a intermediarios dentro de localidad como directamente a turistas. Antes de casarse, su esposo era carpintero en el taller de su padre y cuando se casaron él comenzó a trabajar también con las artesanías. Desde 2010 tienen una papelería y, además, para complementar la economía familiar Petra realiza algunas veces composturas de ropa o vende productos de *tupper* o de limpieza.

Petra inició su vida sexual a los 25 años de edad y un año más tarde tuvo su primer embarazo, el cual resultó en un aborto espontáneo. Ella no quiso hablar sobre este primer embarazo, así que inicié la reconstrucción de sus trayectorias de atención a partir del segundo, el cual lo tuvo en 2011, dos años después de su aborto. Petra narra que como ella y su esposo deseaban tener un hijo, ella llevaba un control sobre cuáles eran sus días más fértiles. Ese embarazo lo detectó mediante el retraso menstrual, entonces acudió al centro de salud, donde la refirieron al CESSA de Tlalixtac de Cabrera para que se realizara diferentes análisis, a partir de los cuales confirmaron su embarazo.

Una vez confirmada su condición, Petra empezó su control prenatal en el CESSA TDV, donde la citaban mes con mes, a menos que sintiera molestias, entonces debía acudir aunque no tuviera cita. Todos los embarazos de Petra han estado marcados por amenazas de aborto durante el primer trimestre, de manera que al menos en la primera etapa de gestación asistía cada 15 o 20 días al centro de salud. También cuando se acercaba el momento del parto empezaban a citarla aproximadamente cada dos semanas. Asimismo, por lo delicado de sus embarazos, Petra modificaba sustancialmente sus actividades y su estilo de vida, pues debía

dejar de realizar actividades que le implicaran un esfuerzo físico considerable o la cansaran en demasía.

Por otro lado, en los tres embarazos reconstruidos Petra buscó a Ana, la partera, quien es además prima de su esposo. Ana acompañó y atendió a Petra durante sus embarazos e incluso al llegar el momento del primer parto en diciembre de 2011 la consultaron por teléfono.

Petra: Busqué a Ana, ella me apoyó también mucho porque me checaba, me venía a checar cómo iba el bebé y así cositas, detallitos. Ya luego le ando preguntando a Ana e incluso cuando yo me iba a aliviar del primer niño se me rompió la fuente y ya le pregunté y me dijo: *Tranquila, no pasa nada, sólo fue la fuente y mientras no tengas sangrado no va a pasar nada.* Pero como era primeriza entonces sí tenía miedo, no sabíamos qué hacer; entonces le hablamos, pero como era ya de noche no pudo venir.

Petra relata que al iniciar su primer parto acudieron ella y su esposo al CESSA TDV, pero debido a que era temporada vacacional no había personal médico que pudiera evaluarla y la refirieron al Hospital Rural No. 36 del IMSS-Oportunidades en Tlacolula, donde la internaron una noche y al amanecer, como su dilatación era lenta, la enviaron de vuelta a casa para que volviera por la tarde al hospital. Más tarde Petra refiere haber sentido más dolor, de manera que acudieron un con médico privado en Teotitlán, quien hasta inicios de los 2000 había atendido partos en la localidad junto con su esposa que era enfermera. El doctor evaluó la evolución de su parto y le dijo que éste iba avanzando correctamente, pero que el bebé traía el cordón umbilical enredado en el cuello, por lo que debía atenderse en un hospital. Este médico los llevó al Hospital General en la Ciudad de Oaxaca, donde rápidamente atendieron a Petra y, como había presencia de meconio, le realizaron una cesárea de emergencia.

Cuando su hijo tenía 5 años de edad Petra volvió a embarazarse. Este embarazo no fue muy diferente del anterior y paralelamente era atendido por personal médico del CESSA y por Ana, la partera. Como ni ella ni su esposo

evaluaban positivamente la experiencia del parto anterior, principalmente debido a los traslados que habían tenido que hacer y a la falta de personal médico en los hospitales, decidieron que para el segundo parto fuera Ana junto con Alejandra, la partera de SFL, quienes atendieran su segundo parto.

Petra: Ya igual nos pasó que era temporada de vacaciones y cuando estaba por aliviarme, fuimos [al CESSA] y no, ni un doctor, no había nada de doctores y otra vez nos mandaban por acá, por allá, y no. Y ya Omar me animó y me dio fuerzas también que mejor buscáramos a las parteras y ya fue que regresamos aquí a la casa y ya buscamos a Ana, le hablamos a Ana y ya le dijimos y ya ella se encargó de buscar a sus compañeras y ya estuvo conmigo.

Petra dio a luz a su segundo hijo en su casa y fue atendida por Alejandra, la partera de Lachigoló con quien Ana tiene una estrecha relación; Carmen, la hermana de Alejandra, quien la auxilia en la atención de los partos; y Ana. Asimismo, durante el parto estuvieron presentes el esposo y la madre de Petra. Ella cuenta que empezó el trabajo de parto sobre la cama; sin embargo, no estaba muy cómoda en dicho lugar y sentía la necesidad de sujetarse de algo, razón por la cual la pasaron al piso, pero tampoco sentía que fuera lo adecuado, de manera que volvió a la cama para dar a luz. En este sentido, Petra evalúa como importante que las parteras tengan un lugar propio y acondicionado, donde haya espacios que favorezcan posiciones unas u otras, “porque en la casa es difícil”, dice.

Por otro lado, Petra habla con un poco de enojo sobre la poca higiene por parte de la partera de Lachigoló y dice que hay algo que le falta a su atención, pero no sabe explicar muy bien qué es. Por el contrario, evalúa la atención de Ana en términos positivos, pues ella le generó mucha confianza. Petra reporta que después de ese parto Ana bañó al recién nacido y a ella le hacía las curaciones debidas. Asimismo, su suegra la bañó con agua de hierbas y su madre también le traía unas hierbas para que se bañara con ellas. Petra reporta que no la metieron al temazcal porque con dicho baño de hierbas era suficiente. Esto es algo que no hizo en su

primer puerperio sino hasta que la herida de la cesárea hubiera cicatrizado completamente.

También reporta haber tomado el té *xcuan gusan*, para la expulsión de los loquios. Asimismo, relata que con sus dos hijos tuvo problemas para amamantar porque el pezón se le partía y a veces se agrietaba, entonces en el CESSA TDV le dieron la instrucción de ponerse lienzos de agua hervida con sal, lo cual hacía diario después de amamantar a los recién nacidos.

Dos años después de su segundo parto Petra volvió a embarazarse. Cuando yo iniciaba el trabajo de campo, ella estaba confirmando ese cuarto embarazo. Petra narra que fue una sorpresa porque, aunque sí querían tener otro hijo, no esperaban que se embarazara tan pronto y reporta que como métodos anticonceptivos siempre han alternado el uso de preservativos y el método de *coitus interruptus*.

Su último embarazo también lo detectó mediante el retraso menstrual; sin embargo, al principio pensó que se trataba de alguna enfermedad, pues ella no creía que estuviera embarazada.

Petra: Pues el primer mes no me bajó y nos preocupamos y yo decía que más bien era alguna enfermedad, no pensaba yo que era un embarazo. Decía yo: *Híjole, no sé qué tengo*. Y ya fuimos al Centro de salud, porque también ya empezaba yo con molestias, que me dolía la espalda, que me dolía el vientre y ya fue que acudimos al Centro de salud otra vez y llegamos y les contamos. Igual la doctora decía: *Puede ser que sea un embarazo o puede ser que sea algo que está deteniendo la sangre ahí. Pero para no estar así mejor unos análisis, que eso es efectivo*. Y me mandó a hacer como siete análisis.

Ella refiere que, aunque del CESSA TDV la refirieron al de Tlalixtac para la realización de dichos análisis, esta vez prefirieron acudir a un laboratorio privado en Tlacolula para evitar tener que sacar cita, esperar mucho tiempo y estarse trasladando, principalmente por lo delicado de su condición. Una vez que tuvieron los resultados, acudieron al CESSA TDV donde confirmaron su embarazo. Al preguntarle a Petra dónde quería atender esta vez su parto, ella responde que aún

no lo habían pensado, porque ya han vivido dos experiencias con terapeutas diferentes.

Daniel: ¿Y ahora qué piensas?, ¿dónde te gustaría tener a tu bebé?

Petra: Pues es en lo que estamos, todavía no lo pensamos, todavía no estamos pensando dónde vamos a recibir al bebé, porque de alguna manera ya experimentamos una de cada cosa, en el Civil como es del gobierno te atienden como ellos quieren, a la hora que ellos quieren, y con lo de las parteras pues sí te atienden, pero nomás terminan su trabajo y se van también. Si no hubiéramos tenido a Ana a la mano, si no fuera familiar igual íbamos a pasar otra experiencia, porque las personas que me atendieron nomás hicieron su trabajo y se fueron, ya no volvieron a regresar, nada de instrucciones, nada más me atendieron y ya. No recibí ninguna idea, un consejo o algo que me dijeran, ellas llegaron a la hora del parto y esperaron hasta la hora que llegó el bebé, ya después se fueron.

De esta manera, la experiencia de Petra es interesante en tanto puede comparar la atención del parto de forma hospitalaria y con parteras, además tiene evaluaciones tanto positivas como negativas a ambos tipos de atención. Asimismo, vuelve a aparecer la importancia de la confianza para una evaluación positiva de la atención obstétrica. En este caso, tanto ella como su esposo sienten confianza por Ana, la partera, en tanto tienen un parentesco con ella, pero también porque consideran un acierto en su hacer la continuidad en la atención durante el puerperio.

A partir de las trayectorias reproductivas de Nadia, Domitila y Petra, resulta interesante subrayar que estas mujeres que, a diferencia de las presentadas en el apartado anterior, son mayores de 30 años, lo cual podría sugerir un mayor grado de medicalización, tanto en términos prácticos como ideológicos, entre las mujeres más jóvenes, como el caso de Inés, Guadalupe y Judith; aunque sería necesario levantar mayor información para corroborar o refutar dicha hipótesis.

Respecto a las causas por las que las mujeres buscaron a la partera, en el caso de Nadia fue porque quería que la sobaran para acomodar al bebé, lo que representa una estrategia terapéutica para evitar las cesáreas; en el caso de

Domitila se evidencia la importancia de la confianza como un factor que incide en la decisión de dónde atender el parto. Finalmente, para Petra, la principal razón por la cual atendió su segundo parto con parteras fue la mala experiencia que vivió durante su primer parto al tener que trasladarse por falta de camas o de personal entre diferentes instituciones de salud. Sin embargo, las trayectorias de atención muestran que, aunque las mujeres decidieron recurrir ya sea durante sus embarazos o en sus partos con la partera, las mujeres no dejaron de recurrir a los centros de salud locales. Lo anterior indica que independientemente de cualquier otro recurso de atención paralelo, las mujeres emplean inevitablemente a lo largo de sus procesos reproductivos recursos biomédicos, lo que nos muestra la hegemonía que actualmente tiene la medicina moderna en la atención del E-P-P.

Dos historias familiares: la experiencia de las madres en las trayectorias de atención de las hijas

Este apartado tiene el propósito de dar cuenta sobre el papel que desempeñan las experiencias reproductivas previas tanto de las propias mujeres como de sus generaciones anteriores en la atención de sus embarazos, partos y puerperios. Para ello, se exponen las trayectorias de atención de las mujeres (madres e hijas) de dos familias: Ruiz y Martínez. La primera familia vive en SFL y la segunda en TDV. Ambas familias están asentadas en un patrón de residencia matrilocal, en tanto las hijas cuyas historias reproductivas fueron reconstruidas permanecieron en la casa de sus padres. Los integrantes de la familia Martínez son bilingües, hablan español y zapoteco, con excepción del yerno; mientras que en la familia Ruiz todos son monolingües en español. Finalmente, ninguna de las dos familias cuenta con seguridad social, de manera que pertenecen a la población abierta que hasta 2019 contaba con Seguro Popular en Salud.

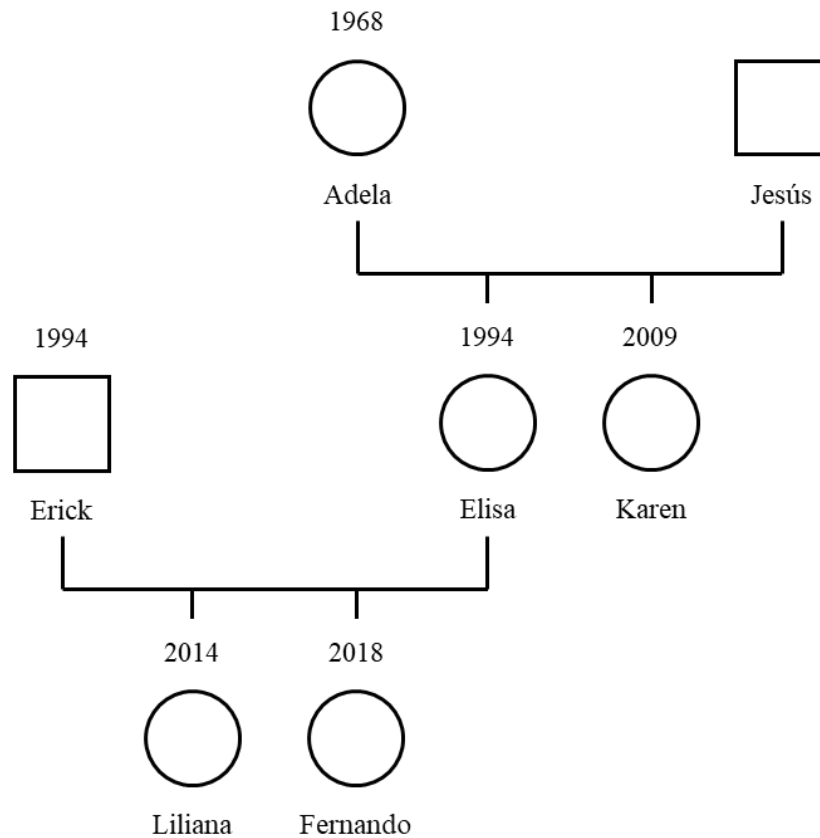
Adela y Elisa: familia Ruiz

Entre los campos de siembra de San Francisco Lachigoló, muy cerca de la Carretera Internacional, vive la Familia Ruiz, compuesta por siete personas: Adela (madre), Jesús (padre), Elisa (hija mayor), Karen (hija menor), Erick (yerno), Liliana y Fernando (nietos) (véase gráfico 4.1). Elisa, la hija mayor de la familia, y su esposo viven en la misma casa porque los padres de Erick nunca vieron con buenos ojos su matrimonio. Adela y José le habían dado a la joven pareja un pedazo de tierra para que se independizaran, donde construyeron una casita de madera; pero después de que Elisa confirmara su segundo embarazo decidieron volver a juntar ambas familias y compartir su economía, así la madre podría estar más al pendiente y cuidar mejor de su hija. Jesús y Erick trabajan como empleados en uno de los aserraderos que existen al interior de la localidad. Erick, además, trabaja como árbitro en torneos y partidos de fútbol, los cuales se organizan entre varios equipos de las muchas comunidades que componen la región. Por su parte, Adela, aparte de las labores domésticas, trabaja como empleada doméstica con una de sus hermanas.

La primera vez que vi a Adela y Elisa fue en octubre de 2018, en la calenda de la fiesta de San Francisco.²¹ Sin embargo, para contactarlas, como Elisa me había dado el número telefónico de su esposo, cada vez que marcaba ella no estaba presente. Pocos días después me reencontré con Elisa en el Centro de salud de SFL y entonces me dio santo y seña de dónde vivía para que pudiera visitarla. La familia Ruiz fue la familia con la que logré un mayor *rapport* en Lachigoló y fue gracias a ellas que pude contactar a otras mujeres de la localidad.

²¹ La calenda o convite es el evento con el que inician las fiestas patronales en varias localidades de Oaxaca, anunciando así el inicio de las actividades religiosas. Tanto en Lachigoló como en Teotitlán, éstas se realizan dos días antes de la fiesta patronal, donde las mujeres solteras de la comunidad desfilan por varias calles acompañadas por bandas musicales, portando la vestimenta “tradicional” y cargando canastos con flores e imágenes religiosas.

GRÁFICO 4.1. Árbol genealógico de la familia Ruiz



Adela, con 50 años de edad, es originaria de Lachigoló; ahí vivió su infancia y estudió la primaria. Sus padres y sus abuelos hablaron zapoteco y su madre le platica que ella de pequeña empezaba a hablarlo, pero después aprendió el español y olvidó el *dixhza*. Después de terminar la primaria, Adela estuvo un tiempo con su madre y después comenzó a trabajar en la Ciudad de Oaxaca en una empresa donde fabricaban puertas de madera. Ahí conoció a Jesús, su esposo, con quien tuvo una casa en la capital, la cual vendieron para pagar una deuda que habían generado con una prestamista cuando Elisa, su hija, se enfermó de hepatitis. Por esta razón, regresaron a vivir a Lachigoló con la madre de Adela, quien tiempo después les dio un pedazo de terreno y construyeron la casa donde actualmente viven.

La historia reproductiva de Adela es complicada, pues de sus cinco embarazos sólo dos llegaron a buen término; en dos ocasiones tuvo abortos espontáneos y también vivió una muerte perinatal. Cuando Adela narra su experiencia no puede contener las lágrimas, pues, como ella dice, “recordar es volver a vivir”. Su primer embarazo lo tuvo a los 24 años de edad; como entonces su esposo contaba con Seguro Social se atendió en el IMSS y fue en un hospital de esta misma institución donde nació su hija mayor. Este primer embarazo transcurrió sin ninguna complicación y Adela cuenta que sólo cuidaba no enfermarse, por instrucciones del médico; pero que llevaba su vida normal y hasta realizaba actividades que implicaban un esfuerzo físico considerable.

Adela: [En mi primer embarazo] Hice mi vida normal, porque cuando llegué a vivir ahí [en la Ciudad de Oaxaca] el terreno estaba bien inclinado, bien feo, bien lleno de pasto y todo eso. Y mi marido como se iba a trabajar, pues yo me quedaba y veía yo eso y digo: *No, está muy feo*. Y lo que hacía era agarrar la barreta, el pico y todo. Gané a emparejar el terreno y no me pasó nada. Y ya hasta así [de grande] está mi panza y estaba yo arrancando pasto, quitando la hierba y todo eso. Nunca me pasó nada, por eso después me extrañó cuando me volví a embarazar otra vez que tantito se fue mi pie y ya la criatura se vino.

En contraste con el primero, en su segundo embarazo Adela relata que mientras ayudaba a cargar una mesa de madera bastó con un pequeño resbalón para que esto provocara un aborto espontáneo:

Adela: El detalle es que una de mis madrinas me dijo: *Préstame tu mesa, Sí, pero no hay quién la saque*. Y me dice: *Ayúdeme, yo lo jalo de acá y tú me ayudas a empujarlo nada más, Ah, bueno*, le dije. Ayudé a sacar la mesa de la puerta a la calle y, como estaban puros terrenos inclinados, yo lo que hice fue poner mi pie y como que se resbala mi pie, pero no sentí que se haya resbalado mucho, pero en la noche ya empecé a sentirme mal. Lo único que empecé a ver fue sangrado y dije yo: *Pues no puede ser, si estoy esperando, ¿cómo voy a andar así?* Me acuerdo que fue mero un 31 de diciembre que estaban con su alboroto de la cena de recibir el año nuevo y estaba yo ahí acostada. Y entonces me dice mi suegra: *Acuéstate nada más, no te va a pasar*

*nada, con que te acuestes a lo mejor se va a quitar lo que tienes. Pues pasó la media noche, pasó que recibieron el año nuevo y todo eso, cuando empecé a sentirme más mal, ya sentía yo más sangrado. Fue entonces que fueron a ver un señor que tenía carro, que vivía a lado, y ya me llevó al Seguro Social. Pues en ese momento me internaron y ya no pudieron detener a la criatura porque ya vino la sangre. Así fue que estuve ahí como 15 días, hasta que por fin dijeron: *No, pues la criatura ya no se detuvo, ahora sí se le va a hacer su legrado.* Fue cuando me hicieron el legrado.*

Adela reporta que en sus primeros dos embarazos no se realizó ningún ultrasonido y que fue hasta la semana 36 de su tercer embarazo cuando se hizo por primera vez una ecografía, en la cual detectaron que la cabeza del producto no había terminado de formarse, razón por la cual la indujeron a trabajo de parto:

Adela: De ahí ya volví a encargar otra vez. Ya estaba yo esperando cuando me vine a vivir para acá, por eso tenía no sé cuántos meses acá cuando ya me alivié, pero mi mala suerte que se murió mi criatura y era un niño. Se murió, porque nunca hice yo un ultrasonido, como de ella [de Elisa] ni un ultrasonido me hice, pues yo me confié también con el otro porque también no me hice ningún ultrasonido, ya cuando me dijeron que me iban a hacer un ultrasonido ya tenía 36 semanas, entonces me mandaron a hacer un ultrasonido, pero me dijeron que mi bebé venía mal porque no amacizó su cabecita, o sea que prácticamente era puro cuerito esto de su cabeza. Y me dijeron: *Se va a internar para que de una vez nazca, porque no tiene caso esperar otras semanas más para que llegue mal de todos modos.* Pues ya me internaron, ya me alivié de esa criatura normal, por lo mismo de que, después... Sí estaba vivo, el detalle es de que me mandaron a traer unas pastillas con mi marido pensando que me iba a apretar el dolor para que yo lo tuviera, pero no me apretó el dolor, mejor lo mató, mató esas pastillas a mi bebé y ese fue el motivo. Murió. Dos días y una noche estuvo dentro de mí, muerto. Después es que ya fueron, que le digo: *Ahora sí ya córteme, hágame lo que quieran, pero ya sáquenme a la criatura.* Y ya fue que, después de que tanto les pedía yo, me pusieron una inyección, no sé qué medicina sería, pero una cosita de nada así me pusieron, y ya con eso nada más me apretó más el dolor y ya pude dar a luz a mi bebé.

Para su cuarto embarazo, Adela ya no contaba con IMSS sino con Seguro Popular y asistía a su control prenatal en el Centro de Salud de SFL. Ella narra que entonces su hija mayor iba a la escuela y ella debía caminar mucho para llevarla, dejarle su desayuno y después ir a recogerla; además, como no tenía agua potable en su casa, llevaba a lavar su ropa a la casa de su mamá. A los cuatro meses de gestación tuvo una vez más un aborto espontáneo. Esta vez la atendieron en una clínica privada en la Ciudad de Oaxaca, donde le practicaron un legrado.

Adela: Así de cuatro meses aborté otra vez a mi bebé, me vino un parto prematuro por lo que caminé mucho, dice el doctor que hice mucho ejercicio. Por eso es que se perdió mi criatura, de cuatro meses.

En ese momento no me fui al Civil, sino que lo que quería yo era que no... O sea, mi temor era perder a mi criatura y yo le decía a mi marido: *Yo no quiero perder a mi criatura, quiero que me lleves al doctor.* Para entonces ya estaba yo acá [en Lachigoló], por eso le decía yo a mi hija, que estaba chiquita pero ya se daba cuenta. *¿Qué tienes mamá?, Es que me duele mi pancita, ¿Pero no vas a perder a mi hermanito?, No,* le digo. Resulta que después me empecé a sentir más mal, llegó mi esposo y le digo: *¿Sabes qué? Me siento mal, no sé, pero tengo dolor.* Me dice: *Pues acuéstate, no te pasa nada, acuéstate nada más.* Pues yo me acosté y esa vez él se había ido a trabajar, pero regresó ya en la noche y le digo: *¿Sabes qué? Me estoy sintiendo más mal, Acuéstate nada más, no te pasa nada,* me dice, *voy a ir a ver al compadre que fue a chocar con su mujer y la señora está mal.* Le digo: *Pero es que yo me siento mal, Tú acuéstate nada más, no te pasa nada.* Así fue que ya me quedé yo pues, ¿qué podía hacer? Él se fue, ya nomás me quedé con mi hija, ya cuando regresó otra vez me dice: *¿Cómo estás?, Pues todavía me duele, todavía tengo dolor.* Y me empezaron las ganas de ir al baño cada rato y entonces le digo: *¿Sabes qué?, mejor vete a ver a mi cuñado a ver si no me llevan al doctor, porque yo no quiero perder a mi criatura otra vez.* Pero como él ya llegó después malhumorado... Ya después le digo: *Es que quiero que vayas, Pero ya es noche, ya mira qué horas son, ¿qué crees que por ti nada más van a salir?, Bueno pues, entonces voy yo.* Ya cuando vio que me iba yo a parar me dice: *Yo voy.* Ya cuando regresó dice: *No, pues no se despierta, Es que no le tocaste fuerte,* le digo, pero yo en mi desesperación porque sentía dolor. Y le dije: *Es que no le tocaste fuerte, entonces yo voy, Pues ya voy otra vez,* me dice. Y entonces volvió a ir otra vez, ya cuando regresó me dice: *Ya me contestaron, dicen que sí van a ir, pero párate y vamos para allá, no creas que aquí van a venir por ti.* Pero yo no quería

caminar porque tenía una sensación de que si caminaba yo lo perdía. Y ya después de todo me dice: *Pues vas a caminar para que lleguemos a su casa, Está bien*, le dije. Pues caminamos e iba yo llegando a la casa de mi hermana cuando se me viene la sangre y le digo: *Ya ves, te dije que les dijeras que fueran por mí a la casa, ¿ya para qué?, ahora voy a volver a perder a mi criatura*. Ya llegamos ahí y que me meto al carro y ya me llevaron. Entonces dice mi cuñado: *No pues ésta es una emergencia, ¿el hospital a qué hora la van a atender?, mejor vámonos al 2002*. Y me llevaron a la Clínica 2002. Llegamos ahí y ya me checó el doctor y me dice: *No, la criatura ya está muy abajo, ya no se va a poder hacer nada por esa criatura, si luego hubiera venido sí lo íbamos a ganar detener, pero ahorita ya no, ya está abajo la criatura*. Pues ya me subieron arriba para hacerme mi legrado.

La experiencia de Adela da cuenta del papel tan importante que desempeñan las redes familiares en la atención de la salud reproductiva. Por lo común, estas redes familiares se han estudiado como un dispositivo positivo en tanto “se activan en momentos claves y pueden operar como un factor protector de salud” (Berrio, 2017: 479), como en el caso de la hermana y el cuñado de Adela, quienes tenían un automóvil en que podían transportarla para ser atendida con urgencia. Sin embargo, estas redes familiares “también ejercen relaciones de poder marcadas por desigualdades de género y generación, que contribuyen a poner en riesgo la vida o conducir a la muerte, debido a la negativa de búsqueda de atención” (Berrio, 2017: 479), como ocurrió con la suegra de Adela en su segundo embarazo (1er aborto) y con su esposo en el cuarto embarazo (2do aborto), quienes le negaron la atención médica oportuna. En este sentido, resulta crucial no romantizar estas redes familiares ni considerarlas como “naturalmente positivas”, sino “mirar las tensiones que las caracterizan, su papel protector de la salud pero, al mismo tiempo, reproductor de relaciones de poder” (Berrio, 2017: 479).

Después de estas experiencias, marcadas por el dolor y la pérdida, Adela reporta para su quinto y último embarazo haber tenido mayores cuidados para así evitar un aborto espontáneo. Además, esta vez llevó paralelamente dos controles prenatales: uno en el Centro de Salud de SFL y otro con un ginecólogo particular en

Ocotlán,²² donde le realizaban ecografías cada mes; de esta manera su embarazo pudo desarrollarse sin mayores complicaciones y su hija menor nació prematuramente en el Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”, en la Ciudad de Oaxaca.

Al analizar las trayectorias de atención tanto de Adela como de su hija mayor es posible apreciar cómo las experiencias reproductivas previas tanto de las propias mujeres como de sus madres/suegras son un factor que incide en los cuidados y atenciones que se llevan a cabo en cada uno de los embarazos. En este sentido, las experiencias de aborto de Adela terminaron condicionando no sólo la forma en que ella atendió su último embarazo, sino también cómo lo hizo su hija:

Adela: Cuando supe que mi hija estaba esperando bebé, que está esperando ahorita, le digo: *No hija, no hagas cosas que te hagan que te arrepientas después, porque no todas las criaturas vienen igual; por ejemplo, yo te cargué a ti, hice esto, hice lo otro, como si no tuviera yo nada y no me pasó nada y, fíjate, mi otro embarazo tantito nomás se fue mi pie y perdí a la criatura. Ya el otro, Diosito no quiso que viviera, pues ya ni modo. Y el otro por tanto hacer ejercicio, por caminar mucho.*

Elisa, por su parte, relata que la experiencia de su madre la llevó a tener muchos cuidados durante su primer embarazo, mientras que para su segundo embarazo, a pesar de haber tenido una amenaza de aborto en el primer trimestre de gestación, ella considera haber tenido menos cuidados que en el primero.

Elisa: En mi primer embarazo como que me cuidé más [que en el segundo], porque como mi mamá tuvo tres abortos²³ y pues tenía que estar cuidándose, que no hiciera nada pesado, que esto, que lo otro. Y por lo mismo que pasó ella, como que me cuidaba más y esa vez [en el primer embarazo] estaba yo [viviendo] con ella todavía y no me dejaba que yo barriera, no me dejaba que trapeara o así; me dejaba ayudarla a hacer la comida o a lavar los trastes, pero hasta ahí. Y la ropa igual, me decía: *No, no laves*

²² Ocotlán de Morelos es una localidad ubicada en otro de los valles de la región, al sur de la Ciudad de Oaxaca. El tiempo de traslado en automóvil de SFL a Ocotlán es de aproximadamente una hora.

²³ Tanto Elisa como su madre se refieren a la experiencia de muerte perinatal que vivió Adela como un aborto.

mucho. En cambio ahorita de éste [segundo embarazo], al principio pues sí me estuvieron cuidando por la amenaza de aborto, pero ya de ahí ya ahorita hago normal mi quehacer, hago más cosas que con el primero.

Durante sus dos embarazos, Elisa llevó paralelamente controles prenatales en el Centro de Salud SFL y con médicos privados, quienes le realizaban a lo largo de sus embarazos varias ecografías. Primero iba a Ocotlán, con el ginecólogo que había atendido el último embarazo de su madre, y después encontró otro médico en Tlacoahuaya, comunidad vecina de Lachigoló, con el cual siguió acudiendo porque le quedaba mucho más cerca y era más barato.

Los dos hijos de Elisa nacieron por cesárea, la primera en el Hospital Civil de Oaxaca y el segundo en el Hospital Rural No. 36 del entonces IMSS-Prospera en Tlacolula. En su primer parto Elisa cuenta que tenía la referencia para atenderse en el Hospital Civil, pero como éste estaba sobresaturado y su dilatación iba avanzando correctamente la refirieron al CESSA Tlaxiáac de Cabrera para que atendieran ahí su parto. Estando ahí, la dilatación dejó de avanzar cuando llegó a los ocho centímetros y aunque los médicos rompieron las membranas para inducir el parto, éste no avanzó y el ritmo cardiaco fetal comenzó a acelerarse, razón por la cual la regresaron al Hospital Civil para que le practicaran una cesárea. Elisa cree que este “bloqueo” en la dilatación puede deberse a que su cuerpo se asustó:

Elisa: A veces digo yo: *Bueno, a lo mejor sí iba a lograr tenerla normal*. Porque a lo mejor, como dice una señora, se espantó mi cuerpo, porque les platicué que aquí en Tlaxiáac llegué y me dijeron que iba a ser la segunda. *Sale ésta, dicen, y entras tú*. Y que me van a acostar ahí junto a la sala de expulsión, pero ahí en la ventana no tenían ni cortina, no tenía nada, estaba yo viendo todo. Y la señora que estaba ahí gritaba, ya había nacido su bebé y nada más la estaban suturando, porque la cortaron. ¡Y la señora gritaba pero feo! Por eso dicen: *A lo mejor tu cuerpo... Puede ser que a ti no te dio miedo, pero tu cuerpo sintió y ya no bajó*. Pues ya después de todo le dicen los doctores: *Ya señora, tranquilícese. Mire, ya nació su bebé, que era lo más importante, cuando iba a sentir más dolor, ahorita nada más la estamos saturando*. Muchos con tal de que ya rápido nazca, cortan y ¡órale! Pero pues para uno también es feo, no tienen por qué. ¡No, la señora le hacía muy feo! ¡Ay!, decía yo, *¿qué será que sí se siente muy*

feo? Pues ya de ahí me iban a checar y me iban a checar y ocho [centímetros de dilatación] y ocho y nada, ya no bajó más.

Elisa narra que ella prefería el Hospital Civil porque sabía que se trata de un hospital “más equipado” y porque en ocasiones a las mujeres que tienen complicaciones en el hospital rural de Tlacolula las trasladan a la Ciudad de Oaxaca. Por esta razón, ella prefería que la atendieran en el Hospital General, “para que yo no ande paseando”, dice Elisa, “pero dio lo mismo”.

Con base en esta primera experiencia, para su segundo parto Elisa prefirió que le hicieran la referencia para el Hospital Rural del entonces IMSS-Prospera, para no tener que estarse trasladando como había sucedido la ocasión anterior en caso de que se presentara alguna complicación y se requiriera realizar una cesárea. Así, en noviembre de 2018 nació su segundo hijo también por cesárea en el ahora IMSS-Bienestar Tlacolula.

Finalmente, durante sus puerperios su madre cuidó de ella, no la dejaba barrer, lavar ropa ni levantar cosas pesadas, principalmente por la herida de las cesáreas. Asimismo, para amamantar mejor ponía agua de hierbas en sus pechos y tomaba diferentes atoles. Cuando concluí el trabajo de campo, su abuela quería bañarla con agua de hierbas, práctica que no habían realizado durante su primer puerperio principalmente porque su madre no sabía qué hierbas debían emplearse; sin embargo, para esta segunda “cuarentena” su abuela decía que había hecho un esfuerzo doble, pues primero había intentado tener vaginalmente a su hijo y después había tenido la cesárea, y que por tal motivo querían esta vez realizar los baños de hierbas.

Natalia y Leonor: familia Martínez

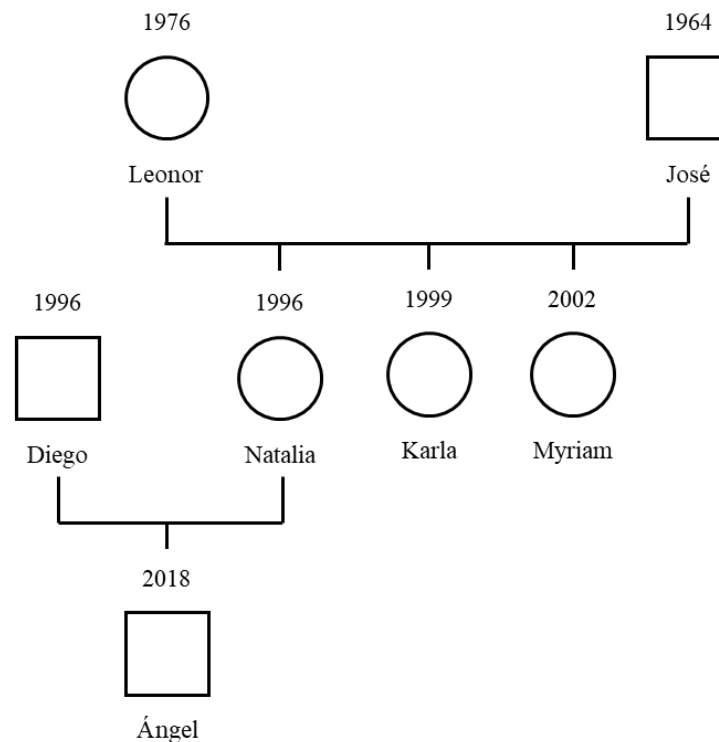
Cerca del mercado municipal de Teotitlán se ubica la casa de la familia Martínez, donde viven cinco personas: Leonor (madre), José (padre), Myriam (hija menor),

Natalia (hija mayor), Diego (yerno) y Ángel (nieto) (véase gráfico 4.2).²⁴ La familia Martínez se dedica a la elaboración de tapetes de lana. Leonor, José y Myriam tejen en el telar de pedal para los intermediarios con los hilos que ellos mismos les dan. José tiene además ingresos extra por trabajos que le encomiendan como “peón” en el campo y a veces le pagan para cubrir servicios municipales cuando la persona responsable no puede asistir a su cargo. Por su parte, Leonor es curandera, “don” que heredó de su madre, y tiene ingresos económicos por curar empachos, mal de ojo y otros padecimientos “tradicionales”, tanto de personas de Teotitlán como de otras poblaciones cercanas. David, el esposo de Natalia, tuvo diferentes trabajos durante el tiempo que realicé la investigación de campo; fue chofer de un mototaxi, repartidor de una de las pizzerías que existen en Teotitlán y para el final de mi estancia de campo estaba aprendiendo a tejer en el telar de pedal. Myriam, aparte de tejer, labora por las tardes en la misma pizzería donde trabaja su cuñado. La familia tiene además animales de traspatio como pollos y guajolotes, que emplean principalmente para el autoconsumo y para el final de mi trabajo de campo Leonor había comprado un borrego lanero, del cual pretendía obtener hilo para tejer.

La casa de la familia Martínez no es muy diferente de las casas tradicionales teotitecas de adobe con techo de teja, piso de tierra, un patio bastante amplio y un corredor de carrizo donde tienen dos telares. Como en el resto de las casas de familias católicas en Teotitlán, tienen un espacio al que se le denomina “pieza”, donde se encuentra un altar con diferentes santos y vírgenes, que es donde generalmente se recibe a las visitas. En la pieza hay una mesa de madera, algunas sillas y dos sillones. Este espacio se encuentra seccionado por una cortina, la cual separa la pieza de la habitación donde duermen Natalia, su esposo y su hijo. En la casa todos hablan zapoteco, con excepción de Diego, que no es originario de Teotitlán. El *dixhza* es la lengua en la que más se comunican entre ellos, al menos mientras yo estaba presente, y pude observar también que es la lengua en la que interactúan con sus visitantes.

²⁴ Si bien, la familia Martínez tiene tres hijas, Karla, la segunda hija, no vive con sus padres sino con su esposo en la casa de sus suegros.

GRÁFICO 4.2. Árbol genealógico de la Familia Martínez



Conocí a la familia Martínez cuando acompañaba a Ana, la partera, a hacer una revisión prenatal con Natalia, quien tenía 22 años. Natalia estudió el bachillerato y después de concluirlo comenzó a trabajar y vivir en la Ciudad de Oaxaca, donde conoció a su esposo. Cuando Diego y Natalia comunicaron a los padres de ella su decisión de vivir juntos, no los dejaron volver a la ciudad y les pidieron que vivieran en Teotitlán. Natalia inició su vida sexual a los 18 años y nunca empleó algún método anticonceptivo ni evitó embarazarse de ninguna forma. Cuatro años más tarde detectó que estaba embarazada porque empezó a sentir náuseas, mareos y vómitos. Entonces acudió con una ginecóloga particular en Oaxaca donde confirmaron su embarazo. Una vez confirmada su condición, Natalia comenzó a asistir al CESSA TDV para llevar su control prenatal. Al preguntarle por qué había ido antes con un médico privado, ella responde: “Primero fui a asegurarme si sí estaba embarazada y ver cuántos meses tenía, porque como soy irregular, entonces digamos que mi última fecha de menstruación no coincide, entonces mejor fuimos a Oaxaca”.

Cuando acudió al Centro de Salud de TDV la mandaron a practicarse análisis de laboratorio y un ultrasonido. Natalia cuenta no haberle dicho al personal del CESSA que ya había confirmado su embarazo con un médico privado ni que le habían practicado un ultrasonido, “si no a lo mejor se podían enojar”. Después de esto comenzaron a citarla en el CESSA cada mes, un mes asistía con el médico general y al siguiente con el ginecólogo, quien le practicaba ultrasonidos y revisaba el ritmo cardiaco fetal.

Pocas semanas antes de su parto, su madre decidió buscar a Ana, la partera, a quien también habían buscado cuando Karla, la hermana de Natalia, estaba embarazada. Tanto Natalia como Leonor reportan que le tienen mayor confianza a Ana que a los médicos del CESSA.

Natalia: Ella atendió a mi hermana cuando estuvo embarazada, por eso la buscamos, porque ellas [las parteras] ya saben un poco más y a veces en el Centro de salud uno no confía mucho en ellos [en los médicos] y ya fue que buscamos a la comadre Ana.²⁵ Ella checó a mi bebé, en qué posición estaba, dónde estaba su cabecita y todo. Y ya también escuchó su corazón, para ver si venía bien y todo eso.

La partera empezó a ver a Natalia cada tres días, hasta que llegó el momento del parto. Ángel nació en septiembre de 2018, Natalia cuenta que fue un viernes cuando comenzó a sentir las primeras contracciones y ese mismo día tenía cita en el CESSA, donde la empezaron a citar aproximadamente cada tres horas para ir revisando su dilatación y la evolución del parto. Al día siguiente Natalia dejó de acudir al centro de salud porque sus dolores no eran muy constantes y a lo largo del día prefirieron que fuera Ana quien la revisara. El domingo por la mañana una enfermera del CESSA contactó a Natalia por teléfono y le indicó que debía presentarse a revisión. En la clínica le dijeron que iba dilatando lenta pero correctamente, que su parto iba avanzando de forma adecuada y volvieron a citarla

²⁵ En TDV parentescos como el de padrinos, ahijados y compadres se heredan, por esta razón se refieren a la partera como “comadre”, pues doña Eva (partera y tía de Ana) es madrina de bautizo de una de las hermanas de Leonor.

ese mismo día por la tarde. Sin embargo, Natalia cuenta que cuando acudió al CESSA por la tarde le realizaron un tacto que la lastimó y provocó un ligero sangrado. En el Centro de salud, la doctora que la revisó le dijo que debía acudir con urgencia al Hospital Rural No. 36 del entonces IMSS-Prospera en Tlacolula, porque algo en su parto no iba bien y su dilatación se había detenido, opinión que disentía con el punto de vista de la partera que había estado revisándola.

Natalia: Ya en la tarde me citaron otra vez [en el CESSA] y estaba una doctora. Ella me dijo que no había yo abierto nada, que había quedado igual en cuatro [centímetros], cuando el doctor de la mañana me había dicho que ya tenía entre cinco y seis. Esa doctora me hizo el tacto, pero me lastimó y entonces como que me cerré, porque me había dicho: *No te cierres, porque no puedo hacer movimiento yo por dentro.* Pero yo le había dicho que me estaba lastimando. Entonces cuando yo llegué aquí a la casa noté un pequeño sangrado. Ella misma me había hecho mis papeles para mandarme a COPLAMAR,²⁶ para ver qué es lo que estaba pasando, por qué no estaba yo abriendo si ya tenía yo dolor. Pero mejor le hablé a la comadre Ana y ella me checó y me dijo que no me preocupara, que si no quería ir a Tlacolula que no fuera, porque ella conforme me iba checando también me dijo que sí iba yo abriendo normal, poco a poco, pero sí iba yo abriendo. Entonces en la noche cuando ella vino me dijo que ya había yo abierto hasta siete [centímetros], que seguía yo abriendo pues.

Por la noche del domingo iniciaron las contracciones más intensas y, de acuerdo con Natalia, aproximadamente a las dos de la madrugada había roto membranas. Ella relata haber hecho todo lo posible para que su hijo naciera en casa con la partera, pero los dolores eran muy fuertes y para las ocho de la mañana, aunque Ana y Leonor le decían que sí iba a poder tener a su hijo en casa, Natalia y su esposo decidieron conjuntamente acudir a una clínica privada en Tlacolula, donde le practicaron una cesárea con un costo aproximado de \$ 26,000.

²⁶ Tanto en TDV como en SFL las personas siguen refiriéndose al Hospital Rural del ahora IMSS-Bienestar como COPLAMAR, pues durante la década de los ochenta así se llamó dicha institución.

Natalia: Y ya por más que estuve haciendo todo lo posible para que fuera normal, hasta todavía seguimos desde las dos [de la madrugada] hasta las ocho [de la mañana], pero no se pudo. Entonces fui a un particular, tampoco fui a COPLAMAR, fui a un particular y ahí me checaron, me inyectaron para que me diera más dolor, pero me habían dicho que no tenía mi bebé líquido²⁷ y estaba chocando con un huesito, más o menos así dentro de mí, y que eso le estaba afectando su cabecita. Entonces ya fue que me hicieron ultrasonido, me sacaron sangre, me hicieron análisis, todo eso. Y me dijeron que era necesario la cirugía porque como ya no había líquido, aunque me provocaran el dolor ya no había posibilidades de que fuera parto normal.

Daniel: ¿Por qué decidieron ir a un hospital privado en vez de ir a COPLAMAR?

Natalia: Porque decían que en COPLAMAR cuando llegabas no te atendían así de emergencia; bueno, según lo que nos contaron, que llegabas allí y te dejaban a tu suerte, que ellos te atendían hasta la hora que quisieran y todo eso. Entonces todo eso fue, como que el miedito que me dio también, porque yo ya había roto fuente desde las dos y para las ocho pues era como que ya no esperara más, ¿qué tal si ahí no me iban a atender rápido? Entonces mejor decidimos ir a un particular.

Natalia permaneció internada tres días en el hospital, donde le curaban la herida con agua oxigenada y le suministraban medicamentos. Después de que la dieron de alta, permaneció en su cuarto con su hijo. Asimismo, una semana después de su parto tomó *xcuan gusan* por las mañanas durante tres días para “sacar los coágulos de sangre y todo lo que haya quedado”. Además, se fajó con un zoyate de palma para que tuviera fuerzas al cargar al recién nacido y para evitar el paño en la cara y los dolores de espalda. Dos meses después de su parto, Leonor metió a su hija al temazcal tres días seguidos y a su nieto lo metieron el primero y el tercer día.

Por su parte, Leonor se juntó con su esposo a la edad de 14 años y comenzaron a vivir en la casa de su suegro, desde entonces inició su vida sexual.

²⁷ De acuerdo con los testimonios de Natalia, de su madre y de la partera, las membranas se habían roto aproximadamente a las dos de la madrugada y para las ocho de la mañana, cuando decidieron trasladarse al hospital, habrían pasado unas seis horas.

A los 19 años, Leonor tuvo su primer embarazo y relata haberlo detectado de la siguiente manera:

Leonor: Como era irregular, pues a veces tres meses [sin menstruar] no se me hacía raro, pero yo ya tenía ocho meses sin mi menstruación. Ya fui aquí con el doctor Edgar y ya él me checó y me dio a entender que yo tenía un tumor, me checó y aseguró que era un tumor, pero que me fuera a hacer un ultrasonido inmediatamente para ver qué tanto está avanzando. Entonces yo regresé llorando, salimos de ahí y le dije a mi esposo: *¿Cómo es posible?, si yo soy bien chica para esa enfermedad.* Ya llegué aquí y dice mi suegro: *¿Qué tienes?, Es que tengo un tumor,* le digo. Pero yo ahora sí en mi ignorancia, porque me cayó la sorpresa, le dije: *Cuando yo llegue mañana, si yo sé que es un tumor, me van a enterrar viva.* Y mi suegro dice: *¿Cómo crees? Eso te vas a curar, por eso ya fuiste a un doctor, mañana a ver qué dicen.*

Ya cuando me hicieron el ultrasonido al siguiente día, me dice la doctora: *¡Felicidades!* Pero yo nomás me quedé... Y me dijo: *Señora, ¿que no está usted contenta?, No, ¿Por qué?* Pero ella no me había dicho, con que nomás me dijo "Felicidades", pero no me dijo que estaba yo embarazada, pero me hizo esa pregunta que por qué no me alegré y le digo: *Es que el señor que me checó ayer me dijo que es un tumor.* Y me dijo: *Ese doctor está loco, porque usted está embarazada, usted no trae ningún tumor.* Mi bebé ya tenía tres meses.

Leonor narra que después de ese diagnóstico no acertado, en sus próximos embarazos cuando sospechaba de su condición, acudía en primer lugar a la Ciudad de Oaxaca para realizarse un ultrasonido y posteriormente iniciaba su control prenatal en el Centro de Salud de TDV, donde la citaban cada mes y cuando se aproximaba el momento del parto comenzaban a citarla más constantemente, aproximadamente cada dos semanas.

Asimismo, Leonor reporta haberse realizado entre una y dos ecografías a lo largo de cada uno de sus tres embarazos, pues presumiblemente en aquella época (segunda mitad de la década de 1990) se consideraba entre las mujeres teotitecas que practicarse varios ultrasonidos era dañino para el producto debido a que "el bebé está tiernito" y puede afectarle la vista.

Leonor: Antes nos dijeron que es malo ir a cada rato a un ultrasonido, porque el bebé está muy tiernito, le puede afectar los ojos. Y uno cree en eso pues.

Daniel: ¿Y eso quién se lo decía?

Leonor: Pues ya ve que en un compromiso te platican si fuiste a un ultrasonido o esto, hacemos plática. Y me decían que es malo ultrasonido tras ultrasonido, porque les afectan a los ojos de los bebés. Eso me dijeron, mas no sé si era cierto. Y yo tampoco no... Ya no íbamos también, ni nadie me decía si necesitaba otro ultrasonido.

Leonor refiere no haber modificado su estilo de vida mientras permanecía embarazada y cuenta que no sabía cómo debía atenderse ni qué prácticas de cuidado debía seguir, lo cual atribuye a que no tuvo una suegra que la instruyera en este aspecto, pues había fallecido antes de casarse con su esposo.

Leonor: Pues antes yo no sabía cómo cuidarme, yo seguía trabajando normalmente con mis actividades, en el telar, seguía yo trabajando en el ritmo que yo estaba antes pues. Como había fallecido mi suegra, por eso no tuve a nadie que me dijera cómo cuidarme o no tejer. Y mi cuñada pues tampoco me decía nada, porque ella es soltera, no sabe nada. Mis tres partos fueron cesárea y siempre tuve esa actividad, porque antes ni porque ya tienes una cesárea, nadie te avisa ni te platica para superar el otro parto, el otro embarazo que tengo pues. No, seguía yo mis actividades como en el primer embarazo, del telar me salía y ya me iba yo al doctor, todos mis embarazos fueron así.

Leonor también relaciona el no haber tenido una suegra que le dijera cómo atenderse con el hecho de que nunca recurriera con una partera durante sus embarazos, como sí lo hizo con las gestas de sus hijas, pues sentía la necesidad de buscar a alguien de confianza que las acompañara, aconsejara y atendiera a lo largo de sus procesos reproductivos.

La hija mayor de Leonor nació prematuramente en enero de 1996 en el Hospital General "Dr. Aurelio Valdivieso" en la Ciudad de Oaxaca. Ella cree que la

causa de su parto prematuro radica en que lavó sus sábanas y cobijas para eliminar el “polvo viejo” y recibir el año nuevo, pues realizar esta actividad implica un gran esfuerzo físico en tanto son “grandes y pesadas”. Por la madrugada del primero de enero, después de la cena de año nuevo, Leonor sintió dolores de parto y le pidieron a un tío suyo que la llevara al Hospital Rural del entonces IMSS-Solidaridad en Tlacolula, donde no la atendieron por falta de anestesiólogos y cirujanos, pues era necesario practicar una cesárea porque el producto estaba en posición podálica. Entonces la refirieron al Hospital Civil de Oaxaca, aunque Leonor refiere la falta de personal para trasladarla en ambulancia. Como el tío que la había trasladado a Tlacolula “llevaba unas copitas” por la cena de año nuevo, regresaron a Teotitlán para buscar a otra persona que pudiera llevarla a la ciudad.

Leonor llegó al Hospital General a las seis de la mañana, la ingresaron directamente a Urgencias, donde le explicaron a un doctor la situación y en seguida comenzaron a preparar el quirófano donde le practicarían la cesárea en la que su hija nacería dos horas más tarde. Ella refiere que en el hospital le explicaron cómo debía amamantar a su hija, que debía masajear el pecho, que “hay que hacer una especie de tijera con la mano” para poder darle de mamar, cómo debía acomodar a la bebé para que no se ahogara y cómo sacarle el aire después de alimentarla.

Por otro lado, Leonor narra haberse bañado en el hospital con agua fría, lo cual le provocó los siguientes años un padecimiento relacionado con la humedad que adquirió durante ese baño y cuyo síntoma era que su vientre estuviera abultado aún después de dar a luz. Al preguntarle por qué el agua fría había provocado ese padecimiento, ella responde que es porque el cuerpo de la mujer está caliente después del parto y que por eso no deben tocar agua fría.

Leonor: A mí me tocó agua fría en ese entonces, porque había muchas personas que se aliviaron y tienes que asearte, gastes agua caliente o te bañes con agua fría. Y a mí me tocó bañarme con agua fría, por eso tuve yo problemas de humedad. A mí se me inflamó mi vientre, como que si yo tenía un embarazo de ocho meses.

Daniel: ¿Por qué era un problema de humedad?

Leonor: Por el agua fría. Como era temprano y te toca el agua fría y como eres recién aliviada, pues sí, a mí me afectó. Todo el tiempo lo tuve, apenas tiene ahorita como cinco años que me compuse, no tiene mucho, a pesar de que tuve a mis hijas seguía con esa panza.

Leonor narra haber conocido a un señor que vendía remedios herbolarios en la Ciudad de Oaxaca, quien le ayudó a aliviar un dolor de tobillo causado por una torcedura. Esta persona empleó alcohol mezclado con unas hierbas y raíces que, en palabras de Leonor, parecían “abono negro”, untándoselo en el pie y envolviéndolo después con una bolsa de *nylon*. Como el remedio solucionó su dolor en el tobillo, Leonor le compró de ese alcohol preparado y cuando llegó su siguiente menstruación le pidió a su esposo que se lo untara en el vientre, en la espalda baja y la envolviera con *nylon*. A la mañana siguiente, se retiró el *nylon*, se limpió, coció un poco de *xcuán gusan* y se tomó tres tazas en ayunas. Leonor cuenta que en el transcurso de la tarde, mientras lavaba ropa y platicaba con su esposo, expulsó una gran cantidad de sangre.

Leonor: Estábamos ahí platicando en el lavadero [mi esposo y yo] y, ¿ya ve cómo se rompe la fuente?, que cuando es fuente así de chorro se rompe, pues así fue cuando se bajó la sangre, se bajó como una cubeta de agua, me manché y él se asustó, porque de plano me manché todo mi pie, todo hasta el suelo. Entonces él me dice: *¡Ahora sí, no sé qué hiciste!* Como vio tanta sangre. Y le digo: *No pasa nada*. Ya me aseé, me limpié y yo misma me di reposo. Y las toallas femeninas no me servían para nada. Ya me fue a traer un montón porque a cada ratito el coágulo de sangre fue saliendo, hasta negro se ve ese coágulo que yo acumulé dentro de mí. Y mes con mes de mi menstruación estuve haciéndomelo y tomándome ese té, hasta que mi vientre quedó normal.

Por otro lado, tres años después que naciera su hija mayor, Leonor volvió a embarazarse. Ella reporta que después del primer parto su menstruación se regularizó por lo que sus embarazos subsecuentes pudo detectarlos por el retraso menstrual. Para su segundo embarazo, Leonor acudía al control prenatal en el

Centro de Salud TDV y, como le habían diagnosticado anemia, la mandaron al IMSS-Progresa de Tlacolula, donde la internaron para ponerle vitaminas por medio de un suero intravenoso. Al estar internada y con el suero, Leonor comenzó a tener dolores, aún sin completar las semanas de gestación, e inició el trabajo de parto. En ese momento le hicieron un ultrasonido, donde se leía que el producto aún no estaba en posición cefálica, razón por la cual le practicaron una vez más una cesárea.

Tres años más tarde, Leonor volvió a embarazarse y este último parto, también cesárea, fue atendido en el Hospital Civil en la Ciudad de Oaxaca. Ella cuenta que las actividades que realizó durante su último embarazo fueron las mismas que durante los dos anteriores y refiere de la siguiente manera su experiencia durante ese parto:

Leonor: Mi otra hija [Karla] tenía tres años y medio cuando nació mi Myriam. Pero igual mis actividades fueron iguales, también una mañana empecé con el dolor, como a las siete de la mañana, y me decía mi cuñada: *No, ni te vas a aliviar*. Pero como yo ya tenía dolor ya nos fuimos allá en Tlacolula, pero allá no me atendieron pronto, porque ya ve que ahí hay colísima de gente en Urgencias; hasta las tres de la tarde apenas me tocaba a mí y yo ya no podía con el dolor. Ya pasé y me dijeron: *No señora, usted ya está en trabajo de parto*. Y le dijo mi esposo: *¡Pues desde a qué hora estaba yo tocando el timbre para que la atendieran!* Y le dijeron a él que buscara un carro [para llevarme al Hospital Civil] y él les dijo: *Para eso nos vinimos aquí temprano, para que la checaran y nos dijeran. No que ella ahorita ya no aguanta el dolor y nos van a decir que ya no tienen personal para la ambulancia*. Pues así que les gritó mi esposo ya tuvieron que buscar a una persona para manejar una camioneta y ya me fui en una camioneta para el Hospital Civil.

Ya llegué al Civil, pero lamentablemente yo llegué en un cuarto lleno de pacientes de pura cesárea, a mí me tocaba hasta el último y el dolor no se me paraba para nada. Tampoco me dieron algo para que se me calmara. Ya hasta las dos de la mañana yo ya estaba casi inconsciente, ya estaba yo perdiendo la noción de ver, porque ya no podía yo con ese dolor, ya había pasado toda una mañana y casi toda una noche así. Y nomás escuché que vino alguien, pero no sé quién, es una voz de mujer, porque ni su rostro vi, nada más me estaba diciendo de que si me voy a ligar y que no sé qué, pero yo ya ni veía. Fue entonces que dije que me van a ligar de una

vez. Pues ya no supe ni a qué horas llegó mi bebé, ya no vi, ya no sentí si lloró. Ya donde yo desperté fue en un pasillo, ahí desperté, no sé si ahí me dejaron a mi suerte, pero ahí me desperté y pasó una enfermera, mero me estaba yo despertando, mero estoy viendo estrellitas. Después llegó un doctor y una enfermera, pero ya estaba yo bien despierta. Pero ahí me abandonaron en un pasillo, ya de ahí ya me dieron dónde me voy a quedar en un cuarto, donde ya ve que hay muchos pacientes. Entonces me dieron cama, de ahí apenas me trajeron a mi nena, apenas supe de mi nena.

Para la atención de sus puerperios, Leonor reporta haber guardado reposo, pero procuró levantarse y caminar un poco, pues en su primer parto los médicos le habían dicho que no debía permanecer mucho tiempo acostada porque podía “encogerse la herida [de la cesárea] y al levantarse se podría jalar”. Asimismo, su esposo era quien le ayudaba en algunas labores, por ejemplo para cargar cosas pesadas.

Leonor: Mi esposo ponía agua, me preparaba mi agua y yo me lavaba mi herida. Yo no tuve tampoco que alguien me bañara, que me lavara mi herida, nadie, yo misma me bañaba, yo misma me lavaba mi herida, me la limpiaba, mi esposo me vendaba. Yo no levantaba cubetas de agua, si yo lavaba mi esposo traía las cubetas llenas de ropa, ya las colgaba, pero de levantar cosa pesada no me dejaron.

Leonor insiste que también durante sus puerperios no tenía quien le dijera cómo debía cuidarse, qué dieta debía seguir y qué actividades no debía realizar. Cuenta que su madre le ayudaba con los dos primeros baños de las recién nacidas y después ella se las “ingeniaba” para bañarlas, también dice que le mandaba su *xcuan gusan* por las mañanas para que se lo tomara tres días seguidos, para limpiar su cuerpo y “sacar todo el coágulo” de sangre que había quedado dentro. Asimismo, un mes después de sus partos, su madre la metía al temazcal cinco días seguidos. A sus hijas también las metían el primer día al temazcal, para que se “amacizaran” y no se enfermaran mucho. Leonor encuentra que ésta es una práctica eficaz, pues sus hijas no se enferman demasiado. Al preguntar a Leonor qué quiere decir que

los bebés se amacizan, ella responde: “Se ponen fuertes, se fortalecen, no salen debiluchos”. Finalmente, después de sus partos Leonor utilizó un zoyate de palma para fajarse, para evitar dolores de espalda y manchas en la cara por causa del esfuerzo que se emplea, por ejemplo para cargar al bebé. Ella aún emplea este zoyate, pues dice que las mujeres después de sus partos deben usarlo para toda la vida.

Para Leonor es muy significativo que sus experiencias reproductivas estuvieran marcadas por la falta de una suegra que le indicara cómo debía cuidarse o atenderse, razón por la cual considera que es muy importante que las mujeres tengan una persona de confianza que las acompañe y las oriente durante sus embarazos, partos y puerperios. Por esta razón ella se ha acercado con Ana, la partera, a quien le tiene confianza, para que acompañe y atienda los embarazos de sus hijas.

Leonor: Yo les dije [a mis hijas], por lo mismo que no tuve esa atención yo, por eso quiero que alguien las cheque a ellas con más confianza y yo le tengo más confianza a la comadre Ana; es más, por la comadre Ema, por eso le tengo confianza, porque la comadre Ema antes que me casara, ella me atendió, estaba muy mala. El día que yo me iba a casar me dijo que tenía muchas preocupaciones, por eso me estaba sintiendo yo mal. No tenía yo a mi suegra y no sabía cómo sacar un compromiso, por eso esas preocupaciones. Y ella me dijo: *No te preocupes, todo va a salir bien*. Ella era la comadre de mi mamá, ella tiene una ahijada con mis hermanas, por eso tenemos esa confianza, por eso siento que a ellas uno puede platicarles pues.

En este sentido, en las trayectorias reproductivas de las mujeres de la familia Martínez se devela una vez más cómo la experiencia de la madre termina incidiendo en la forma en que sus hijas atienden sus embarazos. Asimismo, se hace evidente que la confianza y las relaciones afectivas son un factor que orienta la conducta de búsqueda de atención. En este sentido, se aprecia que parteras, mujeres y médicos se encuentran insertos en relaciones de parentescos que contribuyen a que algunas usuarias tengan más o menos confianza hacia cierto tipo de terapeuta.

Con todo lo anterior, las historias presentadas a lo largo de este capítulo dan cuenta de la diversidad de perfiles en las mujeres que participaron de la presente investigación. Se incluye a mujeres con mayores ingresos económicos, como Guadalupe, quien atendió todo su proceso reproductivo en el sector biomédico privado; o de ingresos económicos bajos, como Noemí que gana \$ 150 al día trabajando como empleada doméstica, es madre soltera, sostiene a sus tres hijos y vive en una casa de lámina. Hay mujeres con patrones de residencia diferenciados, con IMSS y pertenecientes a la población abierta que hasta 2019 contaban con Seguro Popular, analfabetas y con estudios profesionales, jóvenes y adultas mayores. Algunas de ellas, debido a las décadas en que se embarazaron, jamás acudieron al médico durante sus procesos reproductivos y atendieron su parto con parteras, otras nunca asistieron con alguna partera y atendieron sus gestas únicamente en el sector biomédico –hay incluso quienes reportaron no sentir confianza por este tipo de terapeutas populares–; finalmente, algunas mujeres combinaron ambos recursos de atención.

Cada una de estas mujeres fue construyendo diferentes estrategias para la atención de sus embarazos, partos y puerperios, estrategias que estaban condicionadas por sus experiencias previas y por las experiencias de sus madres y/o suegras, dependiendo de la estructura familiar. Asimismo, las trayectorias de atención de las participantes estuvieron moldeadas por sus ingresos económicos y su poder adquisitivo, por el tipo de cobertura de salud con que contaban y, finalmente, por sus propias preferencias, emociones y afectividades, en las que la confianza/desconfianza y el miedo algunas veces desempeñaron un papel importante (por ejemplo, confianza o desconfianza por las parteras o el miedo a los hospitales o a las cesáreas).

También las redes familiares desempeñaron un papel importante y en ellas se devela no sólo el capital potencial que tienen para dar respuesta frente a emergencias obstétricas sino el rol que las embarazadas, parturientas y puérperas desempeñan en la estructura familiar y su nivel de autonomía en la toma de decisiones respecto a sus procesos reproductivos. En este sentido, es posible

apreciar que la familia no sólo es una “red de apoyo”, sino también se trata de una institución que reproduce relaciones de poder y que termina determinando cuándo, cómo, dónde y con quién deben atender las mujeres sus gestas.

Finalmente, en términos de las transformaciones intergeneracionales, podemos observar que en los años setenta y principios de los ochenta eran las parteras quienes asistían la mayor cantidad de partos en las localidades de estudio, de manera que las trayectorias de atención de la primera generación están caracterizadas por la terapéutica tradicional y de autoatención. Posteriormente, para la década de 1990, se observa una importante ampliación de la red de recursos que las mujeres tienen disponibles para la atención de sus E-P-P y la partera no sólo deja de ser la única opción viable para la atención del puerperio, sino que además en pocos años pierde considerablemente su hegemonía con la creciente medicalización del embarazo y parto. En este sentido, se aprecia entre la década de 1980 y 1990 una radical transición de la atención casi de forma exclusiva en prácticas tradicionales y de autoatención, hacia una asistencia fuertemente medicalizada, aun cuando no operaban todavía las políticas de obligatoriedad de la vigilancia prenatal y el parto hospitalario, lo cual podría explicarse a partir de la cercanía de las localidades de estudio con la Ciudad de Oaxaca y de los procesos de modernización-urbanización más amplios que se dieron en estas décadas. Por último, entre las trayectorias reproductivas de la tercera generación se observa una intensa medicalización e institucionalización del embarazo y el parto; tan es así que incluso aquellas mujeres que siguen recurriendo con la partera no ven como una opción dejar de asistir al médico.

5. Las parteras, sus saberes y prácticas de atención

Este capítulo tiene el propósito de introducir a las parteras involucradas en la presente investigación, describiendo sus saberes y prácticas de atención al embarazo, parto y puerperio, las fuentes y formas de aprendizaje y/o adquisición de dicho saber, así como las relaciones que establecen con el sistema público de salud. Asimismo, se pretende analizar las experiencias de las parteras bajo el tamiz de la medicalización; es decir que se reflexiona *grosso modo* sobre cuál ha sido la influencia de la biomedicina en sus saberes, tanto en el ámbito de las representaciones como en el de las prácticas; es decir, en la forma de entender y atender la salud materna. En este sentido, parto del supuesto de que la medicalización del proceso reproductivo ha incidido no sólo en las representaciones y prácticas de atención de las mujeres, lo cual se expresa en sus trayectorias de atención al E-P-P, sino que también ha contribuido al creciente desuso de parteras durante las últimas décadas en contextos rurales e indígenas y ha propiciado la transformación de la partería, de manera que las parteras han tenido que adecuar sus saberes y prácticas de atención para seguir atendiendo, aunque subordinadamente, el proceso reproductivo. Algunas de estas transformaciones están relacionadas con las capacitaciones que éstas reciben por parte del sistema público de salud y la integración de prácticas biomédicas en su hacer, pero también con el surgimiento de nuevos perfiles y formas de partería, que reivindican la humanización del parto y la ancestralidad del oficio reinventando su carácter tradicional.

Cabe señalar que actualmente en nuestro país bajo la categoría de “partería” se integran una gran cantidad de tipos, perfiles y actoras vinculadas con el proceso de cuidado del embarazo, parto y puerperio, entre las que se encuentran: parteras tradicionales, profesionales, técnicas, en la tradición, empíricas, enfermeras obstetras, entre otras. Siguiendo a Lina Berrio, esta diversidad de denominaciones refleja “la gran pluralidad de formas de aprendizaje de la partería, su reconocimiento diferenciado por parte del sector salud, la diversidad de prácticas realizadas, el tipo

de vinculación que establecen con los diversos sistemas médicos, y el lugar social que ocupan hoy cada una de estos tipos de parteras en relación con otros actores del campo de la salud” (2019: 4-5).

En las páginas siguientes, más que haber intentado construir una clasificación de las parteras que participaron en la investigación a partir de unas u otras tipologías, he procurado describir las semejanzas y diferencias que pueden apreciarse en sus formas de aprendizaje, discursos, representaciones, recursos terapéuticos, prácticas de atención y relaciones el sistema de salud público, lo cual considero que nos permite reflexionar sobre la diversidad de formas de partería que operan en el contexto estudiado. Para ello, el capítulo está dividido en dos apartados: en el primero se describe el saber de las *guxhis*²⁸ pertenecientes a la primera generación (Marcelina, Ema y Norma), quienes para el año 2018, cuando realicé el trabajo de campo, ya no atendían partos debido a su edad avanzada. Por su parte, el segundo apartado se dedica a la “nueva generación de parteras” (Ana, Alejandra y Luisa), quienes son egresadas del modelo de formación de la organización Nueve Lunas, en la Ciudad de Oaxaca. De esta manera, con dicha organización del capítulo considero que es posible apreciar los cambios y continuidades en el saber y el oficio de las parteras participantes de la investigación.

***Guxhis*: las parteras de antes**

Son tres las parteras de avanzada edad que conocí durante el trabajo de campo: Marcelina, Ema y Norma. La primera, con 87 años, era la mayor de todas y ya no atendía partos. Ella narra haber aprendido la partería en primer lugar de su madre, quien también fuera partera, y haber atendido su primer parto cuando tenía 17 años de edad.

²⁸ *Guxhis* es la palabra con que en zapoteco se denomina a las parteras.

Marcelina: Yo empecé de muy chica, porque mi mamá fue partera y había veces que ella iba a dos o tres partos en un día y la venían a buscar a ella, porque era de las únicas parteras [que había en Teotitlán], porque no había muchas parteras. Y ahí es donde me arriesgué de ir a ver a la paciente. ¡No!, pero cuando llegué ya estaba muy para dar a luz. Ése es el primer parto que atendí. Entrando adentro que rompe la fuente y ya nada más ahí tenía su petatito porque en aquel entonces se hincaban, sentaditas, y ya un ratito ya estaba saliendo el nene. Ahí es donde atendí el primer parto. Y ya ahí la señora ya se acostó y me encontré a mi mamá y me dijo: *¿A dónde fuiste? Y le dije: Me fui con doña Chona, ya se alivió, pero vaya usted a ver cómo dejé el trabajo, Sí, dice, ya revisé el ombliguito cómo quedó, sí se amarró bien.* Tenía yo 17 años.

A su vez, la madre de Marcelina, Socorro, quien ya era curandera y “daba hierbitas para enfermedades, para curar a los niños”, se hizo partera cuando durante el cuarto parto de su nuera la partera que llamaban de la Ciudad de Oaxaca no llegaba, de forma que fue ella quien tuvo que atender el nacimiento. Desde entonces otras mujeres comenzaron a buscarla para que atendiera sus partos y así se volvió partera.

Tanto Marcelina como su madre establecieron una relación importante con Petronila, una conocida partera que tenía un sanatorio en el barrio de la Merced, en la Ciudad de Oaxaca, a quien la población reconocía como “doctora” y que, de acuerdo con diferentes testimonios, se trataba de una partera con un amplio conocimiento biomédico. Marcelina y Socorro se apoyaban mucho de Petronila y acudían con ella tanto para que les enseñara sobre la atención del parto como en caso de complicaciones obstétricas. Asimismo, Marcelina estableció más adelante una estrecha relación con su yerno, quien es doctor y atendió una gran cantidad de partos al interior de la comunidad asistido por su esposa, quien a su vez había realizado cursos de enfermería. De esta manera, el yerno y la hija de Marcelina apoyaron mucho a la partera tanto en momentos de emergencias o complicaciones como en la adquisición de medicamentos, como los oxitócicos, cuando éstos comenzaron a estar más controlados.

Por su parte, Ema, con 71 años de edad, es sobrina de Marcelina y nieta de Socorro. Aunque Ema convivió desde niña con su abuela, su formación como partera no inició sino hasta después de haber tomado un curso de enfermería donde le enseñaron sobre primeros auxilios, curar heridas e inyectar. Ema refiere que después de dicho curso comenzaron a mandarla a diferentes comunidades para la realización de campañas de vacunación, posteriormente su padre le consiguió un puesto de trabajo como enfermera auxiliar en una maternidad privada en la Ciudad de Oaxaca, donde estuvo aproximadamente dos años y aprendió a atender los nacimientos. La propia Ema relata que su forma de aprendizaje difiere al de las parteras que podríamos denominar “tradicionales”:

Ema: De hecho yo no aprendí la partería con las parteras de antes, yo aprendí porque hice un curso de enfermería; después de que terminé la primaria, a los trece años, hice un curso de enfermería y ya de ahí mi papá tenía amigos y me conseguía trabajos. Primero trabajé en una clínica de enfermera auxiliar y ya después trabajé en otra clínica, pero era exclusivo para la partería, atendían partos, y ahí a los 15 años ya aprendí a atender partos. Y de ahí, una amiga me consiguió una plaza en el Hospital General “Aurelio Valdivieso”, ahí estuve dos años, pero no de partera, sino de enfermera auxiliar en general. Estuve en cirugía, donde llegaban heridos, baleados y así, pero como me gustaba la partería me escapaba cuando había partos, en la sala de expulsión ya me iba y así fue aprendiendo. Ya aquí empecé a atender a las señoras, a las muchachas, a todo.

Ema comenzó a atender partos en Teotitlán a partir de la década de 1960 e inclusive tuvo una farmacia en la comunidad. Ella reporta que fue probablemente en esa misma década o una década después cuando se instaló un centro de salud de la SSA en TDV y llegaron los primeros médicos a la localidad. En la década de los setenta Ema migró junto con su esposo e hijos a la Ciudad de México, donde ya no siguió ejerciendo como partera, y después del sismo que en 1985 sacudió la capital del país regresó algunos años a Teotitlán, donde continuó atendiendo nacimientos. Ema narra que aunque la mayor parte del año vivía en la Ciudad de México, cuando iba de visita a TDV muchas mujeres la buscaban para que atendiera sus partos.

Todavía en la década de los 2000 esta partera asistió algunos nacimientos, pero cuando realicé el trabajo de campo Ema ya tampoco ejercía como partera.

Finalmente, Norma, con 63 años de edad y quien no sólo es partera sino también sobadora y hierbera, fue la menor de la primera generación de parteras que conocí durante el trabajo de campo. Norma es originaria de Etlá, una localidad al norte de la capital del estado, donde vivía con su abuela quien también era partera. La abuela de Norma había aprendido el oficio de su madre y atendía partos en la Ciudad de Oaxaca, “con las mujeres de la ciudad”, cuenta Norma, “pues antes no había mucho médico y siempre las colonias donde vivía la gente pues siempre se atendía con partera”. Después de que Norma se casara con un teotiteco en la década de 1970 llegó a vivir a TDV y empezó a atender partos en dicha localidad y, como Ema, también tuvo una pequeña farmacia. Aunque ella tampoco sigue atendiendo partos, actualmente da masajes y tratamientos de hierbas para el riñón, el hígado, para diabéticos, problemas reumáticos, así como tratamientos de fertilidad.

En la experiencia de estas tres parteras, puede apreciarse que tanto Marcelina como Norma fueron “impregnándose” (Chamoux, 1992) del saber de otras parteras –para el caso de Marcelina de su madre y para el caso de Norma de su abuela– cuando las acompañaban a atender partos y/o a recoger diferentes plantas al campo, aunque Marcelina también acudió algunos meses al sanatorio de Petronila para aprender la partería.

Marcelina: Yo andaba siempre con mi mamá, la ayudaba, la llegaba a acompañar, siempre iba yo con ella y veía y oía cómo le hacía. Y ahí nomás. Y ya cuando vino esta señora, la que fui a atender el primer parto, fue rápido, ése es el primer parto que atendí.

Norma: Como estaba con mi abuela y a veces tenía muchos partos, porque antes no había médicos, pues yo desde chiquita empecé a ver las cosas que ella hacía y ya de doce, trece años ya la ayudaba yo, porque a veces se juntaban tres, cuatro parturientas y ya la ayudaba yo. A veces en lo que ella agarraba un niño, ya me lo daba, ya atendía

a otra y así ya empezaba yo a limpiar a los niños y a vestirlos y ya los entregaba a su mamá.

En este sentido, evidentemente el saber de estas dos parteras es un saber empírico. Ema, por su parte, aunque adquirió su saber en instituciones biomédicas, su aprendizaje tiene también un importante nivel de empirismo en tanto no aprendió a atender partos a partir de procesos de educación formal o escolarizada, sino que fue aprendiendo al observar a los médicos asistir los nacimientos. En este sentido, Ema recuerda y relata de la siguiente manera cómo fue el primer parto que atendió:

Ema: Tenía 15 años cuando atendí mi primer parto. Una señora llegó y ya me dijo el doctor: *Prepárala, ahorita voy.* Pero la señora ya llegó, era de Tlacolula. Y [el doctor] dice: *La pones en su cuarto, la aseas, la preparas, ya sabes cómo.* En lo que estaba yo le llegaron más dolores, las contracciones, y el médico estaba durmiendo arriba y ya la atendí. Y ya le dije [al doctor]: *Ya doctor, ya nació, Ah, bueno, ¿todo bien?, Todo bien, Ah bueno, asea a la mujer y la pasas en su cama.* Así fue mi primer parto

Una diferencia central del hacer de Marcelina y Norma con respecto a la atención de Ema es la utilización de la denominada “medicina tradicional”, pues mientras que las primeras dos parteras empleaban recursos herbolarios, además de medicamentos alopáticos, Ema empleaba exclusivamente medicina de farmacia:

Ema: Medicina tradicional casi no lo manejé, pura medicina ya de medicamento; y atendía, por ejemplo, que la gripa... No había medicamentos aquí antes, fue en el 63 a 64, 65, hasta 66 que ya pusieron una clínica del Centro de Salud y ya llegó un médico y ya me apoyaba de él y también él ya me preguntaba. Y así estuvimos, hasta que me fui para México y ya dejé el trabajo, pero sí trabajé mucho aquí de la partería, curaba heridos, curaba de la gripa, de la diarrea, tenía mi farmacia, tenía medicamentos; porque antes era libre, más cuando ya te conocían, vas a la farmacia y te surtes. Y sí te surtían, hasta antibiótico era libre, porque ahora el antibiótico ya no, ya está controlado todo y antes no.

En este sentido, es posible señalar el saber de Ema como un saber eminentemente alopático, lo cual nos permite referirnos a ella como una partera biomédica o como una partera-enfermera. Lo anterior puede apreciarse, por ejemplo, en el tipo de recomendaciones y prescripciones que Ema daba a las mujeres embarazadas, como asearse seguido, alimentarse bien y tomar complejo B; incluso ella reporta que cuando las mujeres la buscaban, aunque Ema sabía reconocer la posición fetal, refería a las embarazadas con un médico para que éste las revisara. Asimismo, Ema no practicaba sobadas, manteadas ni ninguna otra técnica para acomodar al producto.

En contraste, Norma y Marcelina tienen una serie de representaciones que pueden señalarse como parte del saber popular; por ejemplo, en el testimonio de Norma es posible apreciar saberes sobre lo frío y lo caliente combinados con nociones de tipo biomédico. Por poner un ejemplo, ella explica que aquellas mujeres que no pueden tener hijos “a veces es por frialdad en su matriz, a veces es porque están dobladas las trompitas, a veces es por mucho estrés”.

Norma: Se sabe cuando hay frialdad en la matriz porque hay mucho lloramiento, las mujeres siempre tienen un flujo, van al médico y les dan medicamentos, óvulos y ni con eso se les quita; al contrario, se les pone más lloroso el cuello de la matriz. Entonces vienen a una y ya una les da sus baños de hierbas y toman hierbas, baños de hierbas calientes, para sacar toda la frialdad de la matriz.

La misma Norma recomienda a las embarazadas cuidar su alimentación e ingerir cosas que contengan hierro. Respecto a las prácticas para favorecer que el feto se acomode en posición cefálica, Norma reporta que si a los ocho meses de gestación éste no estaba en dicha posición recomendaba a las mujeres una serie de ejercicios, como gatear, pero tampoco practicaba sobadas o masajes “porque lo puede uno lastimar”. Asimismo, para Norma las emociones de las mujeres desempeñan un papel importante en el desarrollo de sus embarazos y ella considera que cuando el

feto no se acomoda de forma correcta se debe en muchas ocasiones a que la mujer está deprimida o “tiene problemas en su casa”.

Norma: No debe ser luego [mandarles ejercicios para acomodar al bebé], porque también a veces eso depende de la mujer que el bebé esté así, a veces la mujer está muy deprimida o tiene problemas en su casa o no está contenta con el esposo, entonces de esa manera el bebé se acomoda así. Entonces tiene uno que involucrarse en su vida para saber cómo está, porque depende de muchas cosas a veces. Entonces por eso no es bueno a los primeros meses ora sí que hacerles el ejercicio, sino ya hasta los ocho meses para que ya el bebé se acomode bien y solito se acomoda.

Finalmente, respecto al saber de Marcelina, es posible indicar que sus representaciones y prácticas en la asistencia al proceso reproductivo son aún más próximas al saber tradicional, en tanto la noción de lo frío y lo caliente desempeña un papel central en su forma de atención. Por ejemplo, en diferentes testimonios se reporta que Marcelina no realizaba tactos para medir la dilatación de las parturientas, sino que ella detectaba cuánto faltaba para el nacimiento a partir de qué tan caliente estuviera la cabeza de las mujeres. Asimismo, se reporta que anteriormente cuando las mujeres atendían su parto en la casa de Marcelina, éstas no podían salir ni bañarse sino hasta tres días después de su parto, pues se consideraba que su cuerpo estaba caliente y era necesario que éste se enfriara. Sin embargo, la *guxhis* fue transformando esta práctica con el tiempo, pues para el caso del primer parto de Domitila en 2017 se reporta que la partera ya no daba un seguimiento al puerperio inmediato en su casa, además de que suministraba de forma rutinario suero por vía intravenosa.

Otro ejemplo sobre el saber de Marcelina lo refiere Ana, quien convivió mucho tiempo con ella mientras se formaba como partera bajo el modelo de Nueve Lunas. Ana ofrece un testimonio interesante respecto a un método que la *guxhis* empleaba para que las mujeres ya no tuvieran más hijos, haciendo un amarre

específico en el cordón umbilical, e incluso narra que Marcelina podía leer en éste cuántos hijos más tendrían las señoras a las que atendía.

Daniel: ¿Doña Marcelina alguna vez te contó si antes evitaban tener hijos de alguna forma?

Ana: Ella decía que por el cordón umbilical, se le daba un amarre cuando nacía, al cortar. Incluso platicaba que ella sabía cuántos hijos más iba a tener la señora. Todo en el cordón, todo le avisaba. Ella lograba ver, igual para planificar, decía que había un amarre para evitar tener hijos; pero ahí sí ya no me quiso decir o tampoco se acordaba cuando le pregunté si funcionó ese método, pues ya no me dijo.

Por otro lado, se reporta que Marcelina no atendía el embarazo ni llevaba algún tipo de control prenatal, pues generalmente las mujeres la buscaban poco antes de sus partos. De esta manera, no se observa que Marcelina practicara sobadas, manteadas o alguna otra técnica para acomodar el producto.

Por su parte, aunque en Lachigoló no conocí a ninguna mujer de edad avanzada que perteneciera a esta primera generación de *guxhis*, algunas mujeres se refirieron a dos parteras “mayores”: doña Francisca, la madre de Alejandra, quien falleciera algunos años antes, y doña Berta, quien ya no vivía en SFL. De acuerdo con diferentes testimonios, ambas parteras hacían uso de la medicina tradicional, ambas practicaban sobadas para acomodar el producto y además, habían tomado cursos y/o capacitaciones en instancias biomédicas. Alejandra narra que su madre le contaba que aproximadamente en la década de los sesenta o setenta un médico llegó a SFL y empezó a instruirla en medicamentos que podía administrar frente a ciertos padecimientos.

Alejandra: Aquí en el tiempo que ella aprendió también llegó un doctor. Nos contaba ella que un médico atendía aquí a todos y como ella nomás se dedicaba a los partos, entonces ese doctor le dijo: *Mira, haz de cuenta para un dolor pues está una... ¿Cómo es que se llama ahora? Ketorolaco. Y metamizol sódico para una gripa.* La gente así le

daba gripa, dolor de cuerpo y ya venía y mi mamá los inyectaba. Pero estaba prohibido, o sea, ella lo aprendió a usar porque ese señor le dijo: *Mira, es que yo... ¿Cuándo vengo? O sea, atiende aquí, haz esto, si hay unas anginas vas a dar esto, si hay un dolor vas a hacer esto, si hay una diarrea vas a dar esto para que no sea necesario que yo esté acá.* Le enseñó muy bien ese médico.

Por otro lado, se reporta que todas las parteras de la primera generación (tanto las de TDV como las de SFL) empleaban instrumental de tipo biomédico, como termómetro, baumanómetro, estetoscopio pinard y pinzas. Dicho instrumental muchas veces les era entregado cuando asistían a las capacitaciones por parte de la Jurisdicción sanitaria, de forma que todas ellas eran reconocidas como parteras por la SSA. En este sentido, todas las *guxhis* de la primera generación podrían incluirse en la categoría de “parteras adiestradas” (Mellado, Zolla y Castañeda, 1989).

Asimismo, ninguna de las parteras de la primera generación realizaba episiotomías, pero todas reportaron el uso de oxitocina, aunque por lo común no la empleaban de forma rutinaria sino únicamente cuando el parto estaba tardando más de lo deseado. Además, para el caso de Marcelina, Ema (TDV), Francisca y Berta (SFL) se reporta que tenían algún tipo de relación y/o colaboración con médicos. Al preguntarle a Ema sobre las diferencias que ella percibe entre su forma de atención y la manera en la que atendían su tía y su abuela, ella responde:

Ema: Por ejemplo, sobre todo el aseo de la paciente es muy diferente; ellas atendían a la antigua, porque de hecho primero tienes que mandar a la paciente a bañarse, a limpiarse, ropa limpia, todo eso. Y ellas no, nomás llegaban y a atender. Pero uno ya con instrucciones que ya trae uno, con la experiencia, con lo que ve uno ya más o menos cambias la manera de atender.

De esta manera, la experiencia de Ema es ilustradora respecto a las transformaciones en la forma de atención de las parteras relacionadas con la

higienización de los partos. Por otro lado, la misma Ema relata cómo es que se fue transformando la posición en que las mujeres daban a luz, así como las condiciones materiales en que ocurría el nacimiento, lo cual está relacionado con la transformación en la economía y el estilo de vida de las poblaciones de estudio.

Ema: Les pedía que tuvieran una cama limpia y sábanas y todo. Porque anteriormente pues se dormían en el piso con un petate, pero es incómodo, sí llegué a atender así abajo, pero es muy incómodo, muy cansado. Ya les explicaba que tenían, aunque sea de madera, pero una cama para atender.

Daniel: ¿Y usted las atendía siempre acostadas?

Ema: Sí, acostadas. Rara la paciente que pedía, cuando han tenido bebés anteriormente, en cuclillas, en una silla se apoyaban, pero casi yo no llegué a atender muchas así. *No, es que así tuve a mi primer bebé, Ah bueno, entonces adelante.* Pero acostadas siempre, así aprendí.

Asimismo, Ema cuenta que algunas veces llegaba a auxiliar a su tía y a su abuela cuando tenían partos complicados y ella las instruía para que usaran suero intravenoso de forma rutinaria, práctica que terminó adquiriendo doña Marcelina. Lo anterior revela que la medicalización del saber de las parteras no sólo ocurrió como una forma de transacción entre las instituciones de salud gubernamentales a partir de los cursos y capacitaciones que debían tomar dichas terapeutas tradicionales, sino que también se operaban dichos procesos transaccionales entre las mismas parteras, en este caso de una partera cuyas prácticas de atención devenían exclusivamente de la biomedicina a una partera cuyas prácticas eran inicialmente más tradicionales.

Finalmente, todas las parteras de la primera generación, en tanto se trata de parteras “adiestradas” en prácticas biomédicas (Mellado, Zolla y Catañeda, 1989), reconocían una serie de señales ante las cuales estaban obligadas a referir los partos con un médico, como que éste tardara, que la paciente ya no pudiera o no tuviera fuerzas, que no descendiera el producto aunque la dilatación estuviera

completa, que no ocurriera el alumbramiento de la placenta o que el feto estuviera en posición transversa. Había sin embargo otras complicaciones que las parteras eran capaces de sortear y que en los hospitales actualmente se consideran razones para practicar cesáreas, como que el cordón umbilical estuviera enredado en el cuello o que el bebé viniera en posición podálica o de nalgas. En estos casos, no se consideraban como factores suficientes para canalizar a las parturientas con algún médico y eran atendidos por ellas, pues de acuerdo con Norma ellas podían apreciar si, a pesar de estas condiciones, se trataba de un parto difícil o no y en función de dicha evaluación es que decidían dónde debía atenderse el nacimiento.

Por lo general, las parteras esperaban a que el cordón umbilical “dejara de latir” para cortarlo o bien a que la placenta fuera expulsada, a menos que hubiera algún problema con el recién nacido o con la madre que requiriera que las *guxhis* lo cortaran para poder maniobrar prontamente. Por su parte, respecto al recién nacido, éste era auscultado, limpiado, desflemado y se le entregaba a la madre o a su suegra.

Asimismo, entre la población se consideraba que el cuerpo de las mujeres recién paridas estaba caliente, razón por la cual no podían bañarse y debían esperar a que el cuerpo se enfriara. Para el caso de Marcelina, ella bañaba a las puérperas y a los neonatos hasta el tercer día del nacimiento, mientras que Ema las bañaba al día siguiente del parto. En algunas ocasiones, las parteras seguían asistiendo cada tercer día a bañar a las puérperas y/o a los recién nacidos, hasta por dos semanas; asimismo, se relata que las *guxhis* de generaciones anteriores acostumbraban en TDV el temazcal, “metían a la paciente al temazcal, tenía que ser cuatro días de temazcal, luego bañar al bebé”, cuenta Ema.

Norma, por su parte, después del parto bañaba a las mujeres con agua de hierbas, las masajeaba y las metía al temazcal porque “eso hace que la mujer se cierre, porque son baños muy calientes de vapor”. Norma se metía al temazcal tres días después del parto con las recién paridas, donde las “hojeaba” con plantas, “todo su cuerpo, todo, sus caderas, es lo que se hace para que cuando ya termine el temazcal ya se envuelven bien y ya salen y toda la noche están sudando de lo

caliente”. Sin embargo, el temazcal es una práctica que terminó recayendo en las madres/suegras de las puérperas, como podrá apreciarse con mayor detalle en el sexto capítulo.

Respecto a la relación que estas parteras tenían con el sistema público de salud, todas ellas tomaban capacitaciones por parte de la Jurisdicción sanitaria y cada mes debían entregar al centro de salud local un reporte donde se especificaba el número, la hora de los partos, cómo ocurrían los nacimientos y el peso de los neonatos. Además, todas ellas contaban y expedían los certificados de nacimiento para que las mujeres pudieran presentarse en el Registro Civil con sus hijos. Dichos formatos especificaban la fecha y hora del nacimiento y eran sellados por las parteras.

Ema relata que en la medida en que los médicos del Centro de Salud fueron atendiendo cada vez más los embarazos se fue estableciendo un control sobre el cuerpo de las mujeres y sobre sus partos, de forma que las parteras poco a poco fueron desplazadas de la atención de los nacimientos. Asimismo, Ema coloca al miedo como un dispositivo que hace que las mujeres cada vez quieran atenderse más con médicos y menos con parteras.

Ema: Ahora ya hay mucho control con la clínica, que las muchachitas ya se van a controlar y de ahí les meten mucho miedo. Hasta le dije a un doctor, porque me dice: *¿Qué pasó doña Ema?, ¿por qué no ha...?* Porque se reporta en el Centro de Salud, tienes que reportar la hora y todo de la paciente y mandar a los bebés a vacunación, a que se chequen, cómo están y todo. Entonces le digo: *No, es que ustedes me las espantan mucho.* Las muchachas ya llegan traumadas, sobre que si se pasa de dos horas, que si el líquido, que si hace mucha fuerza, que el corazón... Y ya están espantadas pues. Y antes no, era normal tener un bebé así, le tenían mucho miedo a la cesárea, nomás oían: *Ay, que la señora a lo mejor... No, no, sí se va a poder, si así nacen los niños.* Y hasta las suegras decían: *No, aunque no se logre el bebé pero que se logre la mamá, al rato ya va a tener otro.* Y ahora no, lo importante es entregar al bebé, si la ilusión de una embarazada es tener a su bebé.

Por su parte, es común escuchar entre las mujeres de ambas localidades que aquellas parteras que han recibido cursos o capacitaciones en saberes biomédicos son mejores que quienes no reciben dicho adiestramiento. Doña Amaranta (SFL), por ejemplo, hace una comparación entre las parteras que sí “tienen conocimiento” y aquellas de su época que atienden “al aventón nomás”.

Amaranta (SFL): [Berta] era una señora que tenía mucho conocimiento, pero ya no vive acá, ya tiene varios años que se fue. Era buena partera, era famosa. Había otra que se llamaba Francisca, pero yo le tenía más confianza a la señora Berta porque atendió a una de mis nueras, porque la doctora de la clínica no quiso atender a mi nuera, porque era un parto complicado y la hizo de emoción, como eran gemelos y [le decía] que le iba a cobrar doble. Y aquella señora la terminó atendiendo y todo muy bien, las gemelotas ya son. Sí es muy buena como partera, la verdad de cada quién. Creo que ella tomó sus cursos y anduvo aparte trabajando con un médico varios años, no era al aventón nomás, no era como las de mis tiempos.

De esta manera, presumiblemente el que las parteras recibieran capacitaciones por parte del personal biomédico les otorgaba un mayor prestigio al interior de sus comunidades. Se reporta que tanto las dos parteras de Lachigoló como las de Teotitlán atendieron una gran cantidad de partos y las mismas parteras no pueden decir con exactitud el número de nacimientos que han atendido a lo largo de sus vidas. Esto hace que gocen de la confianza y el reconocimiento de la población debido a su vasta experiencia en la atención de partos. Por lo general se dice que ellas fueron “buenas parteras” –o por lo menos entre las mujeres con quienes pude interactuar durante el trabajo de campo–, incluso una de las razones por las que las mujeres más jóvenes refieren no haber buscado a alguna partera es porque “ya no hay parteras buenas como antes, con experiencia”.

Con todo lo anterior, considero que es posible distinguir entre la primera generación dos tipos de parteras: en primer lugar, aquellas que aprendieron su oficio mediante tradición familiar en un proceso que podemos llamar como “impregnación”; es decir, que sigue una dinámica de transmisión del saber basada

en la observación desde muy temprana edad de los instrumentos, secuencias y prácticas que conlleva el oficio de partera (Chamoux, 1992). Este tipo de parteras, a quienes podríamos denominar como parteras tradicionales, hacen uso de la medicina popular, pero a lo largo de su ejercicio profesional fueron incorporando en su saber cada vez más prácticas biomédicas, pues debían acudir a los cursos de capacitación ofrecidos por la Jurisdicción sanitaria y/o por otras instituciones de salud. Por otro lado, podemos apreciar el perfil de Ema, quien hace uso exclusivo de la medicina alopática y no desarrolla prácticas derivadas de la medicina tradicional. El saber de esta partera es eminentemente biomédico, pues se formó primero como enfermera en instituciones biomédicas, como maternidades, sanatorios y hospitales privados y públicos.

La nueva generación de parteras

Las parteras más jóvenes que conocí durante mi trabajo de campo son tres: Ana, Alejandra y Luisa; la primera de TDV y las dos restantes de SFL. Las tres estudiaron en el Centro de Iniciación a la Partería de la organización Nueve Lunas, en la Ciudad de Oaxaca, bajo un modelo denominado de “parteras en la tradición”. Este centro surgió en 2004 después de un diagnóstico realizado por el Centro de Estudios de la Mujer y la Familia A.C. (CEMYF)²⁹ dos años antes, con 100 parteras de las ocho regiones del estado, entre las que participaron Marcelina, Norma, Ema y Francisca. Una de las conclusiones de dicho diagnóstico fue la necesidad de construir espacios de formación “donde las mismas parteras tradicionales pudieran transmitir su conocimiento y se convirtieran en maestras de las jóvenes que, ya acostumbradas a un sistema escolarizado, estaban menos receptivas a la transmisión oral del conocimiento de partera a partera” (Galante, 2015: 225).

El modelo de formación de Nueve Lunas conjunta saberes de diferentes tradiciones terapéuticas, desde el conocimiento de las parteras tradicionales del

²⁹ Esta organización se convirtió más tarde en Nueve Lunas S.C.

país, retomando las recomendaciones de la OMS y de la medicina basada en evidencia, recuperando las nociones sobre el parto humanizado, así como formas de partería de otras regiones del mundo e incluso otras terapéuticas como la homeopatía y el reiki.

Ana: Ahí sí hubo de los dos, tanto parteras tradicionales que también iban y nos enseñaban, como un parto en casa; por decir, de que en lugar de una incubadora en un hospital qué estrategias podíamos tener como para formarla nosotras en casa, o en caso de un riesgo ahí qué tenemos que hacer. Y ya por la otra parte eran doctores ahora sí que profesionales, con médicos generales. Y luego con la herbolaria, también vimos sobre la herbolaria, qué plantas, cómo se preparan los jarabes, las tinturas, las pomadas, los masajes.

Luisa: La formación [en Nueve Lunas] fue básicamente tradicional, iban algunas parteras tradicionales y nos compartían sus conocimientos; pero también estaba la otra parte médica: saber poner suero, inyectar, nos daban la información sobre algunas cuestiones de riesgo, hemorragias, cómo prevenir. Nos enseñan alimentación, todo lo que es nutrición, algunos rituales que aprendemos con otras parteras o con mujeres que son sanadoras.

Daniel: ¿Qué tipo de rituales?

Luisa: Curar del susto, así como todo lo que es rendirle a los cuatro elementos, contactar con ellos, es como pues cada curandero tiene su manera de trabajar y de hacer sus rituales.

El modelo de Nueve Lunas busca la formación de “parteras en la tradición” en tanto parte de la idea de que se puede ser una partera “con tradición cultural” sin pertenecer necesariamente a una población indígena, como lo describe una de las cofundadoras de dicha organización:

“¿Qué pasa con estas mujeres o cómo se les puede denominar a estas parteras que no son indígenas, que no son parteras tradicionales porque no vienen de linajes, no

han aprendido con una madre, una abuela o una madrina dentro de su comunidad indígena, en su lengua, todos los conocimientos relacionados con la partería; pero son parteras que vienen de distintos contextos y que están aprendiendo con parteras tradicionales? Entonces, ¿cómo les llamamos a esas parteras? Entonces ahí salió como la definición de lo que es una partera en la tradición. Entonces es una partera que se forma con una partera, que respeta y honra la partería tradicional de algún lugar”.

(Entrevista con cofundadora de Nueve Lunas)

El modelo de parteras en la tradición está estructurado a partir de círculos de aprendizaje y del acompañamiento de una “madrina”, quien debe ser una partera reconocida en las localidades de origen de las aprendices o en las localidades cercanas y cuya función es “enlazar los conocimientos adquiridos con los valores y prácticas del contexto cultural y social, en un *continuum* cultural, pero sobre todo propicia el proceso espiritual y de conexión con los elementos de la aprendiz” (Galante, 2015: 227). Las aprendices deben cursar durante tres años diferentes círculos de aprendizaje y después deben cubrir un número específico de partos supervisados por su partera madrina, a manera de “prácticas”.

Freyermuth y Argüello (2015) se refieren a este modelo como una “escuela híbrida de partería”, en tanto busca la formación de parteras calificadas en la atención del embarazo, parto y puerperio fisiológicos, la difusión de una atención humanizada del proceso reproductivo, la revaloración de conocimientos “ancestrales” de la partería indígena, la difusión de los derechos reproductivos de las mujeres, entre otras características señaladas por las autoras. Asimismo, apuntan que en dicho modelo se interrelaciona la formación y la vinculación permanente con la comunidad de la que provienen las aprendices y se les alienta a profundizar en su cultura, cosmovisión, así como a coordinarse con autoridades municipales y servicios médicos. De esta manera, en general se trata de un modelo que busca “fortalecer la partería tradicional desde la partería profesional” y que no busca que sus egresadas se incorporen al sistema de salud público, de manera que

se forma más bien a “parteras autónomas”, alternativas al sistema de salud (Freyermuth y Argüello, 2015: 34-35).

De las tres parteras egresadas de este modelo de formación que participaron en la presente investigación, Ana y Alejandra tienen parentescos con parteras; la madre de Alejandra fue *guxhis*, mientras que Ana es sobrina de Ema y Marcelina. Por su parte, en la familia de Luisa no hay otras parteras y ella dice ser “la primera que tal vez descubre ese don”. Antes de entrar al programa de Nueve Lunas, Alejandra ya había aprendido a atender partos con su madre a partir del proceso de impregnación al que nos referimos anteriormente, pues desde niña la acompañaba a asistir a las parturientas y le ayudaba a preparar tés y pomadas. Al preguntarle cómo eran los primeros partos que ella atendía con su madre, Alejandra responde:

Alejandra: Pues ahora sí que revisar a la embarazada, ver que el bebé lata bien, no contar cuántos [latidos] eran, sino que el ritmo fuera parejito, que se escuchara parejito, eso era que estaba bien; la posición del bebé, que la cabecita estuviera hacia abajo, que sintiéramos donde estaba su espalda, al escuchar el corazoncito pues uno se da cuenta cómo se va a colocar. Y pues cuando llega el momento de que ya va a nacer, la misma mujer, aunque le digan: *No, no hagas esfuerzo, respira*, ella ya siente la necesidad de sacarlo y entonces hacen el esfuerzo. Entonces para mí era muy fácil y es a partir de que ya voy a tomar cursos a donde ya me hablan de las enfermedades que puede haber durante el embarazo, los peligros que hay pues. Ahí es cuando uno se angustia porque, ¡híjole!, pues el riesgo que podrían haber pasado.

La madre de Alejandra, junto con otras parteras de diferentes localidades (entre ellas Marcelina y Ema), participaba en diferentes actividades que realizaba el CEMYF y en el año 2000 dicha organización realizó un curso introductorio de partería, el cual tuvo una duración de aproximadamente cuatro meses y al cual asistió Alejandra. Cinco años más tarde, en 2005, ingresó a la primera generación de la Escuela de Iniciación a la Partería de Nueve Lunas.

Al concluir los círculos de aprendizaje, Alejandra realizó sus “prácticas” con una partera tradicional en Temixco, Morelos, donde atendió los 50 partos que la

organización le solicitaba para la expedición de su diploma. Al preguntarle a Alejandra sobre las semejanzas y diferencias que percibía entre la forma de atención de dicha partera de Morelos y su madre ella responde:

Alejandra: Había muchas cosas parecidas y muchas que no. Por ejemplo, ella atendía el parto muy amable, muy buena gente. Ella desde que la mujer llegaba le aplicaba un suero y en el suero pues ya va la oxitocina y ya tiene a la mujer caminando, tiene que sobarla, hay que calentarle el vientre, la espalda, mandarla a bañar y estar pendiente de la mujer como aquí. Tenía una atención en una como taza de baño y en lo que iba platicando con las mujeres les decía que ése era un lugar adecuado por la manera en que el cuerpo está, es como si fuéramos al baño, ¿no?; pero muchas mujeres se rasgaban en esa posición. Yo siempre que estuve ahí pues los que me tocó ayudarle pues los atendí, pero no me agradaba.

Daniel: ¿Y tu mamá en qué posición atendía a las mujeres?

Alejandra: En la que se recargaba el hombre en la pared y la mujer adelante y ya nosotras enfrente. Y hay quien se acuesta, se hinca o de pie.

Actualmente, además de la asistencia al parto, Alejandra atiende padecimientos tales como caída de vejiga o de matriz a partir de masajes y baños de calor. Asimismo, para la atención del puerperio, Alejandra tenía un temazcal de adobe en su casa; sin embargo, con las lluvias y con los sismos de 2017 éste se deshizo.

Por su parte, Ana también asistió con su tía Ema al primer curso de cuatro meses realizado por el CEMYF y fue a partir de ahí que comenzó a interesarse por la partería y despertaron sus ganas de ser partera.³⁰ Después de haber asistido a dicho curso, aproximadamente entre 2001 y 2005 Ana se desempeñó como Aval ciudadano en el Centro de salud de TDV, donde algunas veces asistía a los médicos en la atención de los partos.

³⁰ Ema narra que todas las parteras que participaban de las actividades de CEMYF debían llevar dos mujeres que pudieran ser aprendices de partería, de forma que ella llevó a su nuera y a su sobrina; pero sólo su sobrina se interesó por la partería y fue quien siguió formándose como partera.

Ana: Como te decía, ahora sí que con el doctor, él me dio chance, porque ya había empezado a tomar los cursos de partería, donde cada partera tradicional tenía que presentar a su muchacha para que no se pierda, ésa es la idea, que no se pierda, capacitarnos. Entonces ya nos pedían ahí de esos tres, cuatro meses que tuvimos, ya nos pedían ver partos, involucrarnos en eso, pero pues era algo difícil porque aquí también las señoras son más conservadoras respecto de que las vean o algo. Entonces ya en el Centro de Salud pues ya con tu gafete y todo como que había más confianza, entonces ya el doctor me permitió que yo lo apoyara en hacer el material de curación y él me apoyaba también en ese sentido. Y ya de ahí empecé a hacer amistad con los doctores y ya, pues yo no tuve tanto problema con los doctores que estaban antes, con todos me llevaba, entonces cuando había un parto me invitaban como a ver y luego a pasar las cosas, y ya como que me iban capacitando: *Mira, esto sirve para esto, esto sirve para esto otro.*

Después de haberse desempeñado como Aval ciudadano en el centro de salud, en 2011 Ana ingresó a la escuela de Nueve Lunas y durante su estancia en dicho modelo de formación, doña Francisca, la madre de Alejandra, la invitaba a participar en los partos que atendía. Posteriormente, Ana dio un servicio de seis meses en el CESSA Tlalixtac de Cabrera, donde un ginecólogo trabajaba desde el enfoque de parto humanizado. Sin embargo, por tratarse de una institución biomédica, los partos que atendió en este centro de salud no se los aceptaron en Nueve Lunas, por lo cual no obtuvo un diploma como partera. Asimismo, Ana ayudaba a su tía Marcelina a atender los partos que ocurrían en su casa; de hecho, ella narra dos primeras veces de haber atendido un nacimiento, uno con su tía y otro en el CESSA Tlalixtac bajo la supervisión de los médicos.

En general, al menos hasta poco antes de que concluyera el trabajo de campo, Ana no había atendido partos sola, siempre lo había hecho con doña Marcelina o con Alejandra, con quien tenía una importante relación de colaboración. Cuando realizaba las primeras entrevistas con Ana le pregunté alguna vez si conocía la figura de *doula*, pues consideraba que su labor se aproximaba más a este perfil, y ella misma reflexionaba que probablemente esta profesión podría ser

más cercana a lo que ella hacía: acompañar a las mujeres embarazadas, hacer baños posparto, bañar a los neonatos, etc. Sin embargo, el parto de Domitila en diciembre de 2018 fue el primero que ella atendiera completamente sola y después de haber concluido el trabajo de campo supe que había seguido atendiendo otros partos de manera independiente.

Finalmente, Luisa ingresó a la edad de 19 años al Centro de Iniciación a la Partería de Nueve Lunas por sugerencia de una de sus tías que trabajaba con una persona que a su vez conocía a las mujeres que conformaban dicha organización. Así, Luisa entró al modelo de formación porque sólo había concluido la primaria y quería seguir estudiando.

Luisa: Yo tenía muchas ganas de seguir estudiando, porque yo viví con mis abuelos, pero ellos no tenían la posibilidad de mandarme a la secundaria a seguir mis estudios, porque eran de bajos recursos. Entonces cuando me llega la información, me dicen que era para enfermería, más o menos, y yo dije: *Pues voy, igual y me gusta*. Entonces fui, conocí a las coordinadoras, a las parteras que ahí estaban y me quedé a recibir el curso.

Luisa, al igual que Alejandra, después de concluir los círculos de aprendizaje en Nueve Lunas se fue a Temixco con la misma partera tradicional para cubrir la atención de los partos que la organización le pedía para la expedición de su diploma. Luisa reporta que con esa partera aprendió no sólo a atender partos, sino también a dar masajes, hacer sobadas, ventosas y “todo lo que es medicina tradicional”.

Actualmente Luisa trabaja junto con otras cuatro parteras en una casa de partos en la Ciudad de Oaxaca, la cual abrieron a principios de 2018. Tres de las cinco mujeres que conforman este grupo de trabajo, incluida Luisa, son originarias de diferentes localidades de los Valles Centrales de Oaxaca, una es oriunda de la Ciudad de México y la última nació en España, aunque ambas llevan algunos años viviendo en la Ciudad de Oaxaca. Las cinco parteras atienden los nacimientos tanto en los domicilios de las mujeres como en dicha casa de partos.

Luisa: Pocas mujeres se atienden el parto en casa, es una realidad que tenemos en la Ciudad de Oaxaca y es de repente un poco visto como inseguro que la mujer tenga esa confianza, que la mujer se empodere. Había ya un grupo de parteras que se había empezado a reunir, al cual a mí me invitaron a venir a la Ciudad de Oaxaca a ser parte y recibir la capacitación de las flores de Bach.³¹ Entonces se estaban reuniendo y me invitaron y nos empezamos a reunir y apenas vamos a cumplir ocho meses con esta casita de partos.

Luisa, además del E-P-P, atiende padecimientos tales como caída o volteada de matriz o de vejiga y da tratamientos de fertilidad cuando las mujeres no pueden embarazarse, así como tratamientos para regularizar la menstruación. Por otro lado, Luisa es la única de las parteras que participaron en la investigación que emplea recursos de atención que podríamos integrar dentro de la categoría de “medicina alternativa” o de terapéuticas *New Age*, como las flores de Bach.

Las tres parteras de la segunda generación reportan que actualmente cuando las mujeres embarazadas se acercan con ellas ya han confirmado previamente sus embarazos mediante recursos de atención biomédicos, como pruebas de farmacia, estudios de sangre o ultrasonidos; además, casi siempre además de recurrir con las parteras llevan un control prenatal mensual con médicos. De las tres parteras, sólo Luisa refirió citar a las mujeres embarazadas mes con mes, las otras dos parteras atienden a sus “pacientitas”, como ellas las denominan, en la medida en que éstas las buscan. Se reporta que la primera vez que se reúnen con una mujer le preguntan su nombre, edad, ocupación, cómo es su relación de pareja y realizan una breve historia clínica en la que indagan algunos antecedentes familiares, como la presencia de diabetes o hipertensión; “casi casi lo mismo de la clínica”, dice Ana. Por su parte, las tres parteras describieron sus consultas prenatales de forma muy similar entre sí, las tres miden el fondo uterino, detectan con sus manos la posición

³¹ Se trata de un sistema terapéutico desarrollado por Edward Bach en la década de 1930, basada en diferentes esencias florales y es un recurso de atención que está cobrando auge principalmente en contextos urbanos.

fetal, miden la presión arterial de la madre y escuchan el ritmo cardiaco tanto de la madre como del producto. En mi diario de campo registré la siguiente observación de una consulta prenatal por parte de Ana, pocas semanas antes del parto de Natalia:

“Hoy acompañé a Ana a ver a Natalia, quien tiene 22 años y es primigesta. [...] Natalia está ya en las últimas semanas de su embarazo. Lo que hizo Ana primero fue medir el fondo uterino con una cinta métrica y le preguntó a Natalia si había sentido cambios mientras la auscultaba y trataba de sentir la cabecita del bebé. *Aquí ya se siente*, dijo. Después utilizó el estetoscopio pinard para escuchar el ritmo cardiaco fetal y al final le puso una pomada dando un suave masaje. Durante este procedimiento, Natalia estuvo recostada en el sillón. Ana le dijo: *Todos los días, aunque esté dormiloncito, tienes que despertarlo*. Después, Ana tomó la presión de Natalia y le dijo que todo iba bien. Entonces habló con ella y le explicó sobre los síntomas que sentirá cuando se acerque el momento del parto”.

(Del diario de campo, 19 de septiembre de 2018)

Las tres parteras de la segunda generación emplean instrumental de tipo biomédico, como baumanómetro, estetoscopio pinard o *doppler*, termómetro, perilla para desflemar a los neonatos, tijeras estériles o bien desinfectadas,³² cordón para amarrar el cordón umbilical, trapos limpios, guantes, pañales para la paciente y para el espacio donde atienden los partos, una bandejita para la placenta, gasas, campos o sábanas para recibir a los bebés, además de agua limpia, alcohol y jabón. Alejandra es la única de las tres parteras que cuenta con una mesa obstétrica, la cual le dieron al egresar de Nueve Lunas, aunque por lo común no atiende partos en ella y sólo la utiliza cuando le piden retirar DIUs. También cuenta con una camilla y un tanque de oxígeno, los cuales emplea en caso de que existan complicaciones

³² Aunque Luisa reportó que no empleaba tijeras para cortar el cordón umbilical, sino que realiza una cauterización con fuego (velas), una mujer que atendió su parto con ella reportó que sí emplea tijeras.

obstétricas y tenga que trasladar a las parturientas al Hospital General en la Ciudad de Oaxaca.

Respecto a las técnicas que las parteras practican en la atención del parto, las tres mujeres reportaron la realización de tactos vaginales, suturas en caso de desgarros, así como el uso de oxitócicos. Respecto a la primera práctica (tactos vaginales), las parteras refieren evitar hacerlos constantemente, pues no es necesario cuando ellas ya han evaluado que la dilatación va avanzando correctamente.

Alejandra: Casi no es necesario [hacer tactos] cuando uno ya sabe que el bebé ya está bien, ya se ve su cabecita que viene, que ya quiere salir pues. Cuando se hace un tacto uno se va a dar cuenta de cuánto ha abierto y si viene mal para salir. Si ya te diste cuenta que viene bien, entonces no es necesario, porque con el ejercicio que se hace, con el agua calientita con que la bañamos, con eso ayuda a abrir más su cuerpo, a soltarlo. Le damos un chocolatito, un té de Santa María, se le hace un masajito en la cadera, panza, en todo, y eso va ayudando. Entonces veo que cuando de repente la mujer empieza de que ya está haciendo fuerzas, entonces no necesitamos hacer otro tacto para ver que el bebé ya está por nacer.

Respecto al uso de oxitocina, para el caso de Luisa y Ana ésta no se reporta como una práctica de rutina y la emplean sólo cuando la parturienta ha dilatado lo suficiente, como una “ayuda” a que el producto descienda más rápidamente y la mujer tenga las condiciones para pujar. Asimismo, para el caso de Alejandra, el empleo de la oxitocina se emplea después del nacimiento del bebé como una medida para la prevención de hemorragias posparto.

Ana: Sí ocupamos oxitocina, ya como para ayudar. En primera te cercioras de que ya es el trabajo de parto, para eso vas platicando con tu paciente, ya entonces los dolores son constantes, son muy fuertes y vas viendo que sí está dilatando y lleva como sus siete [centímetros]; entonces ya es como una ayudadita, el empujoncito, para que ella tenga condiciones, que sea más rápido y no haya un desgarre. Así es como lo

ocupamos nosotras, porque ya en un hospital a veces se lo aplican cuando tiene sus cuatro, cinco centímetros, pero pues nosotras no lo hacemos así porque dañamos al bebé, hasta que le falta poco, ya dos centímetros o algo, como una ayudadita a nuestra paciente para que tenga condiciones a la hora de pujar. Ahora sí que se trata de lo que más que aguante de no ponerle. Lo que ocupamos más es Santa María para ese caso o, si hay tiempo, pues sus bañitos y todo.

Ninguna de las parteras reportó la utilización de sueros intravenosos de forma rutinaria ni la realización de episiotomías. Asimismo, las tres parteras tienen una concepción predominantemente anatómica del cuerpo humano y de los procesos reproductivos; por ejemplo, Alejandra explica que la caída de la vejiga se debe a que los músculos del perineo pierden elasticidad al tener muchos hijos y Luisa platica sobre cómo durante el parto se produce oxitocina natural, la cual desempeña un papel relevante durante el evento obstétrico.

Por otro lado, las tres parteras emplean recursos de la medicina tradicional, como la hierba Santa María, que contribuye a la dilatación y para la prevención de hemorragias. De esta manera, es posible concluir que las parteras de la segunda generación combinan saberes y prácticas biomédicas y tradicionales. Alejandra hace una anotación relevante respecto al tipo de medicina que emplea, pues refiere que hace un mayor uso de la medicina tradicional (tés, pomadas y otros remedios herbolarios) debido no sólo a una preferencia de su parte por este tipo de recursos, sino también porque el medicamento alopático está sumamente restringido para ellas. Por su parte, Luisa relata no emplear medicamentos porque ella está segura de que “el cuerpo lo puede asimilar por sí solo” y a partir de su experiencia considera las hierbas como un recurso eficaz.

Asimismo, las tres parteras reportan tener un cuidado especial con el primer vínculo entre la madre y el recién nacido, de manera que generalmente cortan el cordón umbilical hasta que éste “deje de latir” y/o después de la expulsión de la placenta; a menos que exista alguna complicación con la madre o con el neonato en que sea necesario cortar el cordón umbilical inmediatamente para poder maniobrar fácilmente. Además, después del nacimiento entregan inmediatamente

el hijo a la madre y “en lo que está con la mamá, se le pueden sacar las flemitas de la nariz, de la boca, y ya después que se pueda vestir ya se mide, se checa su temperatura y el peso” (Ana, TDV). Es relevante que en su discurso las tres parteras han incorporado la noción del parto humanizado; incluso en la pared exterior de la casa de una de ellas puede verse el logotipo creado por Nueve Lunas con la inscripción: “Atención humanizada del parto y nacimiento. Por un parto amoroso, libre, consciente y seguro”.



Anuncio sobre atención humanizada del parto y nacimiento

Sobre el manejo placenta después del alumbramiento, sólo Luisa recomienda enterrarla en alguna parte de la casa, hacer una tintura de placenta o, si las mujeres aceptan, comer un poco después de que ésta haya sido expulsada. Si bien enterrar la placenta es una práctica cuya existencia en el pasado se reporta en la región, no se encontró que las otras dos prácticas (ingesta de placenta y elaboración de tintura) se realizaran en alguna de las localidades de estudio. Por su parte, Ana y Alejandra relatan que cuando atienden a mujeres de otras poblaciones hay ocasiones en que

les piden la placenta, pero por lo general si las mujeres no la solicitan entonces ellas la desechan.

Respecto a la relación que entablan con el sistema público de salud, sólo Luisa y Alejandra son reconocidas como parteras por la Jurisdicción Sanitaria y, por lo tanto, asisten a capacitaciones. Ambas refieren que en dichos cursos les hablan sobre las hemorragias, posibles complicaciones con el neonato, así como sobre las señales ante las cuales es necesario que refieran los partos a los hospitales; además, narran un tanto molestas que cada vez que asisten les dicen lo mismo y no se les enseña cosas que ellas no sepan. Ana, por su parte, no tiene reconocimiento como partera ante la Jurisdicción Sanitaria, por lo que no puede expedir certificados de nacimiento. Esto condiciona que la partera deba echar mano de las relaciones que establece con otras parteras o con el centro de salud local para que las mujeres a quienes atiende puedan presentar a sus hijos ante el Registro Civil.

Con todo lo anterior, es posible apreciar las transformaciones en el ejercicio y el saber de la partería. Alejandra, por ejemplo, relata que conforme ella fue creciendo “iban desapareciendo los partos”, haciendo referencia a que cada vez más las parteras fueron atendiendo menos nacimientos. Ella ubica un parteaguas que marca un antes y un después en la práctica de las parteras cuando se coloca el centro de salud en su localidad: “desde ese tiempo para acá es que se fue quitando los partos, porque antes de estar el centro de salud sí había muchísimos partos”, cuenta la partera.

Alejandra: Primero hace alrededor de cuarenta o treinta y cinco años (década de 1970) empezó lo de los métodos anticonceptivos. Yo cuando venía creciendo veía que mi mamá atendía muchos partos, salía de un lado, la venían a buscar y ya se iba a Abasolo o a Guelacé a atender otro parto. Luego de atender el parto, al otro día iba a la mamá para saber cómo estaba el sangrado, el olor y todo eso, igual iba a ayudar para que se lavara la zona pélvica para evitar tener una infección. Y al bebesito igual, hay que limpiarlo, revisar su ombligo, cambiar la ropa. Más o menos al tercer o cuarto día un baño de hierbas a las mujeres. Entonces mi mamá tenía mucho trabajo.

Empiezan los métodos anticonceptivos y baja un poco el trabajo, ya hay menos partos, ya empieza de que hay cuatro o cinco hijos por matrimonio y ahorita ya hay por lo mucho dos y así se fue perdiendo [atender partos]. Y luego, pues en el centro de salud como quiera no tiene un costo. En un principio aquí la gente iba a la clínica del Tule, ahí iba y ahí los ponían a lavar sábanas, a lavar toallas, ésa era la cuota que había que pagar. Pero después ya entra la clínica acá y el Seguro Popular que cubre todo. Aunque lleguen a operar a la mujer, no les interesa su bienestar físico, sino que no gasten.

Como se reporta en los testimonios de las parteras, entre las décadas de 1970 y 1990 se fue desplazando a las parteras de la atención de los partos hacia otros aspectos de la salud reproductiva. Ana, por ejemplo, reporta atender mayormente el embarazo y realizar baños posparto; Alejandra atiende en mayor medida padecimientos como empachos, matrices o vejigas caídas a partir de sobadas y de la aplicación de calor. Además, ambas parteras refieren atender al año sólo uno o dos partos. Luisa, por su parte, reporta atender un poco más de nacimientos debido a la red de usuarias de la casa de partos en que trabaja, quienes son muchas veces mujeres urbanas pertenecientes a las clases medias tanto de Oaxaca como de otros estados de la República.

En conclusión, podemos observar principalmente a partir de la década de los ochenta del siglo pasado un proceso de desplazamiento del ejercicio de las parteras en la atención de los nacimientos, relegando su campo de acción a otros aspectos de la salud reproductiva como la atención del embarazo (sobadas), el puerperio (baños puerperales) o el tratamiento de padecimientos como caídas de matriz o de vejiga o para la fertilidad femenina. Asimismo, al mismo tiempo que se ha desplazado a las parteras de la atención de los partos, cada vez se aprecia un mayor peso del saber biomédico en la atención del E-P-P.

Además, es posible identificar una serie de transacciones, tanto técnicas como ideológicas, de la biomedicina hacia la partería. Dichas transacciones pueden ilustrarse en el hecho de que la segunda generación de parteras tiene una concepción más biomédica que tradicional del cuerpo humano, en tanto conocen y

emplean términos anatómicos para referirse a los procesos reproductivos y no resaltan de forma significativa en su discurso representaciones populares relacionadas con lo frío y lo caliente. Asimismo, a partir de los diferentes cursos y capacitaciones que se realizan en las instituciones de salud públicas, las parteras han incorporado en su hacer prácticas biomédicas como el empleo de oxitocina o suero intravenoso. Asimismo, todas las parteras han adoptado el instrumental de tipo biomédico.



Instrumental empleado por una de las parteras

Por otro lado, Norma es la única de las parteras que no emplea la denominada medicina tradicional, mientras que el resto de ellas hace uso de la medicina herbolaria, reportando incluso un mayor empleo por este tipo recursos que medicamentos alopáticos, no forzosamente por que se considere más eficaz, sino también porque los fármacos están muy controlados para las parteras. En este sentido considero que la medicalización del saber de las parteras guarda unas contradicciones importantes, pues al mismo tiempo que se busca que estas

terapeutas incorporen en su saber representaciones, técnicas y recursos biomédicos, se les desplaza de la atención de los partos y se les constriñe en el empleo de recursos farmacológicos. Esto ha permitido en buena medida que las parteras recuperen y reinventen algunos aspectos de la herbolaria tradicional, o bien que busquen recursos terapéuticos en otras tradiciones médicas de carácter más bien *New Age*, reinventando de esta manera, tal como lo hace Luisa, la ancestralidad del oficio de partera.

Finalmente, considero que la medicalización de la partería ha incidido también en el surgimiento de perfiles de parteras-enfermeras, parteras técnicas, diplomadas o biomédicas. En este sentido, siguiendo Menéndez (1983, 1994), lo que en teoría se ve como una exclusión entre la partería y la biomedicina, en la práctica se resuelve mediante la apropiación de la partería por parte de la biomedicina para su transformación mediante la formación de enfermeras obstetras y parteras adiestradas en conocimientos biomédicos. Entonces, es posible apreciar que la medicalización de E-P-P ha dado también lugar al surgimiento de formas biomédicas de partería, como puede ilustrarse específicamente con el perfil de Ema.

6. Prácticas y representaciones en la atención del embarazo, parto y puerperio: cambios y continuidades

En este capítulo se describen y analizan las representaciones y prácticas de atención al embarazo, parto y puerperio referidas por el total de las 21 mujeres que integran la muestra de estudio. El capítulo está organizado de acuerdo con las fases o momentos que involucra la atención del proceso reproductivo, de forma que se ha dividido en ocho apartados: 1) Detección y confirmación del embarazo, 2) Cuidados y atenciones en el embarazo, 3) Control prenatal, 4) Inicio del trabajo de parto, 5) Parto hospitalario, 6) Parto en casa, 7) Cuidados y atenciones en el puerperio, 8) Amamantamiento y cuidados del neonato.

En cada uno de dichos apartados se presenta la información recabada durante el trabajo de campo, hilvanándola con una serie de reflexiones respecto a la medicalización del proceso reproductivo. Asimismo, se van señalando algunos aspectos de la atención al embarazo, parto y puerperio que son compartidos o evidentemente discordantes entre las dos localidades de estudio, así como los cambios y continuidades que se aprecian entre la forma como atienden sus gestas las mujeres de la generación que actualmente está criando y cómo lo hicieron las mujeres de generaciones anteriores, lo cual nos permite reflexionar sobre cómo ha ocurrido la medicalización del E-P-P en ambas localidades.

Es necesario precisar que a lo largo del presente capítulo, dado que se presenta la información referida por todas las participantes que integran la muestra de estudio ya presentada en el primer capítulo, se incorporan algunos testimonios de mujeres que fueron entrevistadas, pero cuyas trayectorias de atención no se incluyeron en el capítulo cuatro dedicado a las historias reproductivas.

Detección y confirmación del embarazo

Se reporta que las principales manifestaciones por las cuales las mujeres participantes notaron que estaban embarazadas fueron el retraso menstrual, así como la presencia de ascos, náuseas y vómitos. Esto fue una constante en ambas localidades de estudio y entre las tres generaciones reproductivas. Otras manifestaciones reportadas en menor medida, principalmente entre mujeres de la tercera generación, fueron dolor de cabeza, sueño, cansancio y pérdida del apetito.

Siete mujeres, tres de la segunda generación (Adela, Mónica, SFL y Leonor, TDV) y cuatro de la tercera (Jimena, Victoria, Nadia, SFL y Aurelia, TDV) relataron que en al menos uno de sus embarazos no sabían de su condición hasta que acudieron con el médico y fue éste quien lo detectó. De la segunda generación, Leonor reportó para su primer embarazo que, como su menstruación era irregular, notó su interrupción cuando ya habían pasado varios meses sin que llegara, entonces acudió con un médico privado en TDV que le diagnosticó un tumor y la mandó a realizarse un ultrasonido. En la clínica donde le hicieron dicho ultrasonido le informaron que se trataba de un embarazo. Por su parte, Adela (1er embarazo) y Mónica (3er embarazo) relataron haber padecido gripa, tos, fiebre y dolor de cuerpo, razón por la cual recurrieron al médico; aunque en el caso de Mónica, ella ya sospechaba su condición porque sí tenía un ligero retraso menstrual y decidió acudir directamente con un ginecólogo. Adela refirió también para su último embarazo haber sentido “piquetitos debajo del vientre”, razón por la cual su esposo le dijo que fuera con el ginecólogo, quien detectó que se trataba de un embarazo.

Por su parte, entre las mujeres de la segunda generación, Victoria supo de su primer embarazo cuando tuvo una infección en las vías urinarias, lo que provocó una amenaza de aborto y la condujo a recurrir al médico, quien le pidió realizarse estudios de laboratorio en donde se detectó que tenía cuatro meses de gestación. Por otro lado, Jimena iba a su revisión médica seis o siete meses después de que le practicaran una aspiración manual endouterina (AMEU) cuando detectaron por medio de una ecografía que estaba embarazada. La misma Jimena para su tercer

embarazo narra haberse caído y sentir dolor en la cadera, por lo que pidió que su suegra la sobara y la “cerrara” con un rebozo. Después de esto, Jimena sintió que algo se le había “desprendido” de la espalda y que se le “botó la panza”.

Jimena: Después del AMEU fue que, igual ya tenía como seis o siete meses que me quitaron eso e iba yo a mi revisión y fue cuando me hicieron un ultrasonido y ya estaba yo embarazada de él [de mi primer hijo]. Porque de ellos la verdad yo no sabía qué era un vómito, un asco; incluso de mi segundo bebé yo seguía reglando, por eso de él [de mi segundo hijo] me enteré cuando tenía yo casi seis meses, porque me caí con él y entonces lo que me molestaba mucho era mi cadera, hasta un cierto punto en que yo decía: *Yo no puedo caminar, porque me duele mucho*. Y ahora sí que como yo no tuve ni vómito ni asco ni nada, yo con los dos seguí mi vida normal y entonces yo trabajaba con mi mamá y como si nada.

Ya después de que me caí fue que me tuvieron que sobar, me cerraron con un rebozo y todo, entre mi suegra y mi cuñado, porque él igual tenía nociones más o menos de cómo sobar. Pero no fue una sobada tal cual, lo que yo les decía es que me aprieten mi cintura porque es lo que me dolía mucho... Porque se me habían mandado a hacer pruebas de embarazo y salía que no, hasta en una de sangre salió que no, que no estaba embarazada, por eso estaba confiada. Ya fue que después que me sobaron y todo, ya fue que me empecé a sentir mal y, ahora sí que a quienes les he platicado les digo que sentí que algo se me desprendió de la espalda y entonces fue cuando se me botó la panza y ya fue cuando se empezó a mover, porque yo no sentía nada. Entonces fui a que me hiciera un ultrasonido la ginecóloga y ya fue que me dijo: *Tienes tantas semanas, es un niño y viene bien*.

Para el caso de Aurelia (2do embarazo), ella narra haber tenido unos miomas en la matriz y cuando acudió al centro de salud de TDV para que le hicieran un ultrasonido, entonces detectaron que estaba embarazada. Asimismo, para su tercer embarazo Aurelia reporta no haber sabido de su condición hasta que acudió a su cita médica en el centro de salud por parte del programa social llamado entonces Prospera. Finalmente, para el caso de Nadia también en su tercer embarazo fue con una doctora particular de Lachigoló por sugerencia de doña Amaranta, su casera, pues narra haberse sentido mal, permanecer en cama y no poder comer ni

tomar agua. Nadia no imaginaba estar embarazada puesto que ocupaba métodos anticonceptivos, pero la doctora detectó su embarazo y le inyectó vitaminas.

Con excepción de las experiencias previamente referidas, el resto de las mujeres detectó –o al menos sospechó– sus embarazos al percibir cambios en sus cuerpos, lo cual algunos autores han definido como un “saber de autodiagnóstico” por parte de las propias mujeres (Díez-Urdanivia e Ysunza, 2013). Es posible apreciar en las trayectorias de atención reconstruidas que dicho saber se va afinando con cada experiencia reproductiva que van teniendo, como lo relata Nadia, quien en su segundo embarazo ya sabía a qué se debían las manifestaciones que tenía.

Daniel: ¿Cómo detectó su segundo embarazo?

Nadia: Pues yo creo que esa vez ya sabía yo por qué me pasaba todo eso [lo mismo que en mi primer embarazo], ya nada más que nada tuve que ir al Centro de Salud y ya me hicieron consulta y me dijeron que sí estaba yo embarazada, ya de ahí me mandaron a hacerme unos análisis de sangre en Oaxaca.

Especialmente para el caso de las primeras experiencias reproductivas, la suegra desempeñó un papel relevante en la detección y atención de los embarazos para aquellas mujeres que vivían en un patrón de asentamiento patrilocal, principalmente entre las mujeres de la primera y la segunda generación reproductiva. Considero que lo anterior está relacionado con que las suegras, en tanto mujeres que han experimentado varias gestas, han construido un saber especializado que les permite orientar a las nueras en la detección, confirmación y atención de sus embarazos. Además, algunas participantes de la investigación reflexionaron que esto en el pasado estaba relacionado con la poca información que las mujeres jóvenes tenían sobre salud sexual y reproductiva, ya que era un tema tabú del cual se hablaba pocas veces. Leonor, por ejemplo, relata que su madre nunca le platicó sobre la menstruación y compara que actualmente existe una mayor apertura hacia estos temas:

Leonor: Mi mamá no era de avisar o platicar, ni de la menstruación. En cambio, yo a mis hijas sí les avisaba que no tengan miedo, que tiene toda la mujer, que como ellas iban a la escuela, que recurrieran a una maestra si en caso les empezara a bajar algo de sangre, que no tuvieran miedo, que se acercaran con una maestra, porque una mujer se siente mal en ese momento de cómo avisar. Yo siempre les platicaba eso, pero mi mamá a mí no. Un día a mí me llegó [mi menstruación], no estaban, yo me asusté, no sé ni cómo hacer ni con qué para no mancharme, nada. Yo por mí misma fui a romper unas [ropas] viejas mías y me hice como un colchoncito y me lo ponía debajo de la ropa interior, es más, ni ropa interior usaba. Y ya yo escondía todas mis cosas, un día que no están voy a lavar todas mis ropitas esas de escondidas, porque no sé qué me estaba pasando.

Ya después un día me descubre mi mamá que estoy lavando y me vio sacar mis cosas al lavadero, y ya me dijo apenas que todas las mujeres tienen eso y que estaba bien que yo fui a traer unas ropas que ya no sirven y que yo las lavara así. Pero ahorita ya veo hoy en día, ya ve cómo están las calles, a veces encuentras uno de esos [toallas sanitarias]. Nosotros no, nosotros escondíamos esas telitas para que como hay hombres, o aunque no hubiera hombres, no puedes tener esas cosas así tiradas, arrumbadas, no, hay que guardarlas, ya sabes que cuando no hay nadie ahí ya te vas a poner a lavarlo y tenderlo.

Mientras que entre la primera y segunda generación de mujeres se observa que la suegra desempeñaba un rol central en la detección de sus primeros embarazos, para la tercera generación dicho rol parece haberse transformado considerablemente, al menos entre las mujeres que componen la muestra de estudio, pues las participantes de la tercera generación refirieron haber detectado o sospechado por sí mismas su condición al notar un retraso en su menstruación. Lo anterior considero que está relacionado con una transformación en las relaciones de poder intragenéricas, de manera que las mujeres presumiblemente han ganado autonomía con respecto a sus suegras; sin embargo, esta sería una hipótesis aún por comprobarse realizando una exploración más profunda que vincule los procesos reproductivos con otras esferas de la vida cotidiana. Asimismo, cabe reflexionar sobre cómo la escuela, donde se enseña a las adolescentes sobre los procesos sexuales y reproductivos, los programas sociales que condicionaban la

transferencia de recursos a recurrir a consulta médica al menos dos veces al año, así como otros mecanismos han propiciado la transformación sobre las representaciones y prácticas que intervienen en la detección de los embarazos de las mujeres en ambas localidades.

Respecto a la confirmación de los embarazos, el grueso de las mujeres de la segunda y tercera generación reportaron haber recurrido con el médico, quien les pidió ciertos estudios para confirmar su condición. De este modo se refiere la utilización de recursos biomédicos, específicamente análisis o estudios de sangre y ecografías. En contraste, las mujeres de la primera generación refirieron confirmar sus embarazos únicamente por la amenorrea; “entonces era porque Dios ya les había mandado una criatura” dice Martina (SFL).

Entre las mujeres de la tercera generación, tanto en SFL como en TDV, puede observarse una preferencia a recurrir con médicos y/o laboratorios privados para la confirmación de sus embarazos y posteriormente, una vez corroborados, las mujeres inician su control prenatal en la clínica del sistema público de salud que les corresponde. Al respecto, en la muestra de estudio no se aprecia una variabilidad importante entre mujeres con mayor y menor poder adquisitivo, aunque es preciso matizar que evidentemente las posibilidades de acceso a servicios de salud privados son diferenciadas y quienes tienen mayores recursos pueden acceder más fácilmente, mientras que para quienes tienen ingresos económicos limitados les representa un mayor esfuerzo y buscan los recursos de atención que les generen menores gastos, sean de traslado, del costo de la consulta o bajo una lógica de costo-beneficio respecto al tiempo que tienen que esperar para ser atendidas en unos u otros recursos de atención.

Por su parte, sólo seis mujeres de la tercera generación –tres en SFL y tres en TDV–, todas menores de 30 años y cuyos embarazos transcurrieron en la década de 2010, recurrieron a una prueba rápida de embarazo como un primer nivel de confirmación antes de asistir con el médico o ginecólogo; aunque también es preciso señalar que los recursos empleados para la confirmación de los embarazos, sean cuales sean, se van transformando de acuerdo con las experiencias previas, como

el caso de Jimena (SFL), que dejó de confiar en las pruebas rápidas cuando en su segundo embarazo éstas fallaron, o como Leonor (SFL), que después de que en su primer embarazo el médico le diera un diagnóstico errado de un tumor, en sus embarazos subsecuentes prefirió acudir a realizarse ultrasonidos a la Ciudad de Oaxaca para confirmar su condición antes de ir con el médico, lo cual también terminó condicionando la forma como su hija Natalia confirmó su primer embarazo.

En conclusión, se reporta que el grueso de las mujeres detectó o por lo menos sospechó sus embarazos debido a que perciben cambios en sus cuerpos, lo que constituye un saber de “autodiagnóstico” (Díez-Urdanivia e Ysunza, 2013), el cual se va afinando con cada experiencia reproductiva. Para el caso de las mujeres de mayor edad, la suegra desempeñó un rol importante en la detección de sus embarazos, mientras que para la tercera generación dicho papel parece haberse transformado considerablemente, debido, entre otras razones, a la transformación de las relaciones de poder intragenéricas al interior de la familia, a que las mujeres más jóvenes asisten con mayor frecuencia al médico y que tienen acceso a mayor información en torno a la salud sexual y reproductiva

Asimismo, mientras que entre las mujeres de la primera generación, quienes iniciaron su vida reproductiva en las décadas de 1970 y 1980, se reporta que la única forma de confirmación de sus embarazos era la amenorrea, entre la segunda generación de mujeres, quienes se embarazaron a partir de la década de los noventa, ya comienza a volverse común la confirmación de los embarazos a partir de la asistencia con el médico y la realización de estudios clínicos. Finalmente, todas las mujeres que iniciaron su vida reproductiva en los años dos mil refirieron la realización de ecografías o estudios de laboratorio para la confirmación de sus embarazos, y específicamente para quienes se embarazaron por primera vez después de 2010 se reporta el uso de pruebas rápidas como un primer nivel de confirmación.

Cuidados y atenciones en el embarazo

Las principales prácticas de cuidado reportadas por las mujeres que integran la muestra de estudio fueron no hacer esfuerzos en demasía, no cargar cosas pesadas ni hacer movimientos bruscos; sin embargo, las mujeres continuaron por lo general realizando las labores asociadas al hogar. Al respecto, no se aprecian diferencias importantes entre las tres generaciones, pues las mujeres de la primera y segunda generación reportan haber tenido estos mismos cuidados y afirman que su vida transcurría de forma normal.

Cuatro mujeres de la tercera generación reportaron otras prácticas de cuidado tales como: no permanecer mucho tiempo sentadas ni paradas, caminar, tomar muchos líquidos y no correr. Se puede apreciar en las trayectorias de atención que los cuidados en el embarazo están condicionados por las experiencias reproductivas previas, tanto de las propias mujeres como de sus madres y/o suegras; como el caso de Adela (SFL), cuyas experiencias de aborto y muerte perinatal condicionaron su quinto y último embarazo, así como el primer embarazo de su hija Elisa.

En la misma experiencia de la familia Ruiz se devela también cómo la estructura familiar condiciona las prácticas de atención y cuidado durante el embarazo en función de si las mujeres viven con sus madres, suegras o solas. En este sentido, quienes son madres solas reportan menores cuidados que quienes cuentan con una pareja y una estructura familiar que les permite dejar de trabajar y/o de realizar algunas labores domésticas que pueden considerarse pesadas o que implican esfuerzos importantes. Por ejemplo, Natalia (TDV), quien trabajaba en la Ciudad de Oaxaca y vivía en casa de sus padres, pudo renunciar a su empleo porque su esposo y sus padres podían obtener los recursos económicos necesarios para sostener a la familia; en contraste, Nadia (SFL), quien además de ser migrante mixe era madre sola, no pudo durante su último embarazo abandonar su trabajo como empleada doméstica porque debía sostener económicamente a sus dos hijos y no contaba con una red familiar de apoyo en Lachigoló.

Por otro lado, la experiencia de la suegra resulta crucial en los cuidados y atenciones al embarazo de las mujeres que viven en un patrón de residencia patrilocal, especialmente entre las mujeres de la primera y la segunda generación reproductiva. En este sentido, Antonia (TDV) relata que en las décadas de los 70 y 80 era la suegra quien orientaba a las mujeres no sólo en la detección de sus embarazos, sino también quien les explicaba cómo debían calcular la fecha probable del parto y quien las instruía en lo que debían y no debían hacer durante sus embarazos. La experiencia de Leonor (TDV) en la década de 1990 es ilustradora al respecto, pues desde su propia reflexión ella no tuvo una suegra que le dijera cómo cuidarse durante sus gestas, pues ésta había fallecido algunos años antes de casarse.

En contraste, para la tercera generación reproductiva, el papel que la suegra desempeñaba parece desdibujarse, quizá por el acceso a la información con que actualmente cuentan las mujeres, por la ampliación de la red de recursos disponibles para la atención del E-P-P, por el papel más activo que desempeñan los centros de salud en el control y la atención de sus embarazos, así como por las recomendaciones que el personal de salud realiza y la validación de su saber por las propias mujeres como un saber autorizado (Jordan, 1993). Lo anterior nos permite deducir que con el paso de las décadas se ha incrementado el poder del médico en la atención del embarazo, en detrimento del saber de la suegra que comienza a desempeñar un papel más satelital.

Por otro lado, respecto a la alimentación de las mujeres durante sus embarazos, entre las participantes de la investigación se reportaron pocos cambios, con excepción de aquellas mujeres que en el proceso inicial de gestación sintieron ascos, náuseas, vómito y mareos, lo que hace que no todas las mujeres tengan la misma libertad en el consumo de alimentos (Flores, 2003: 43). En las tres generaciones se reporta que la alimentación casi no se modifica y entre los pocos cambios reportados están comer más frutas, verduras y, especialmente entre mujeres de la tercera generación, se reporta reducir la ingesta de pan, tortilla y sal por instrucciones del personal de salud.

Respecto a la alimentación durante el embarazo, se hallaron una serie de representaciones en torno a algunos alimentos que se consideran como recomendables o no recomendables en función de asegurar que el parto no sea complicado, como la miel y el nopal.

Areli (TDV): Pues comía yo desde un frijol, un arroz, un chepil,³³ un nopal, bueno..., sí, nopal. Es que aquí hay una creencia que dicen que si comes nopal le puede afectar al bebé, por lo que el nopal es baboso y dicen que a lo mejor puede resbalarse el bebé y nacer antes o perderlo, o algo así.

Natalia (TDV): De hecho, a mí me prohibieron comer miel, porque yo sí quería comer miel, pero me dijeron que la miel no porque es muy pegajosa, que la miel no. Así me dijo mi mamá, porque dice que a la hora que me aliviara, si seguía comiendo miel así se me iba a dificultar un poco, mejor que comiera yo cosas que fueran resbalosas, digamos, como me dijeron que comiera yo nopal casi, en las mañanas, puro en las mañanas es un nopal, un nopal grueso, muy baboso, ese fue el que me recomendaron más que comiera.

Aunque aparentemente se percibe una contradicción con respecto a lo recomendable o no recomendable que es el consumo de nopal, es posible apreciar una coherencia interna en términos de que se concibe a los alimentos como pegajosos o resbalosos. De acuerdo con Areli, consumir mucho nopal puede hacer que el producto “se resbale”, lo cual conduciría a un aborto espontáneo, y de acuerdo con Natalia, el problema de consumir miel es que el producto “se pega” y el parto sería difícil, por lo cual le recomendaban comer nopal para que así el parto fuera fácil. Así, éstas son medidas que buscan asegurar que el parto no sea complicado, que el producto descienda con facilidad y de manera adecuada durante el nacimiento o que no “se pegue”. Victoria (SFL), por su parte, refirió lo mismo no sólo con la miel, sino también con el coco y con dormir mucho:

³³ El chepil es un tipo de quelite con un olor característico muy penetrante y que suele ser muy empleado en la gastronomía de la región.

Victoria: Pues mucho dicen las abuelitas que no debes comer coco, miel, porque dicen que se te pega el bebé. No dormir mucho igual, porque dicen que igual crece mucho, se pone muy gordo el bebé, igual se te puede pegar; y cosas así que dicen las abuelitas.

Es posible apreciar tanto en el discurso de Areli como en el de Victoria que ellas se refieren a estas recomendaciones como algo que dicen las abuelas o la gente mayor, de manera que es posible que esta representación sobre los alimentos se esté transformando por una concepción más bien nutrimental de los mismos; incluso, algunas mujeres jóvenes (menores de 30 años) expresaron explícitamente cuestionar la validez de estos saberes, considerándolas “creencias” o “mitos”.

Judith: Algunas personas ya mayores me decían como algunos mitos, pienso yo. Mi abuela me decía: *No tienes que comer miel, porque si no el bebé se va a pegar en tu panza.* Pero eran como cosas así y pues me ponía a pensar: *¿Será cierto o no será cierto?* Pero digamos, yo comí miel y no se me pegó la nena, como que lo que me decían como que lo comprobaba, entonces pues veía que no era cierto. Pero tampoco les decía: *No, eso no es cierto.*

Por otro lado, respecto a la ingesta de medicamentos y suplementos alimenticios durante los embarazos de las participantes, la primera generación no reportó haber tomado ningún tipo de medicación; en contraste, las mujeres de la segunda generación ya reportaron el consumo de ácido fólico y fumarato ferroso por instrucciones de las clínicas y centros de salud. Asimismo, tomar o inyectarse vitaminas fueron prácticas referidas con mayor frecuencia entre las mujeres de la tercera generación. De acuerdo con las participantes de la investigación, las tres medicaciones (ácido fólico, fumarato ferroso y vitaminas maternas) son otorgadas la mayoría de las veces de forma gratuita en las clínicas de la SSA. Asimismo, algunas mujeres de la tercera generación relataron que, aunque el fumarato ferroso fue una prescripción médica, optaron por no consumirlo por su mal sabor. Por su parte, aquellas mujeres que realizaron paralelamente vigilancias prenatales en los

centros de salud y con médicos privados reportaron haber tomado los fármacos recomendados por ambos recursos de atención.

De acuerdo con una de las parteras de Lachigoló, los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO) tienen como política institucional la entrega de ácido fólico a las mujeres a partir de los 12 años en todo el estado; sin embargo, esta información no pude confirmarla con las usuarias debido a que éste fue un dato que obtuve poco tiempo antes de concluir mi trabajo de campo.

Alejandra: De hecho, el ácido fólico aquí se reparte; bueno, al menos en todo Oaxaca se hace, cada tres meses le dan su botecito a todas las mujeres. A todas les dan. No sé si a todas les llegue, pero sí hay. O sea, es obligación de Salud entregar a cada niña desde los 12 años a los 49, entonces todos debemos de haber tomado ácido fólico y eso es lo primero. Y ya cuando una mujer está embarazada o va y pregunta porque tiene dudas, es lo primero que... Ahora sí que el ácido fólico funciona antes de embarazarse, hasta la segunda semana del embarazo, porque lo que va a hacer es prevenir una malformación y entonces si la mujer ya cuando tiene tres meses de embarazo va a la clínica y le dan su ácido fólico, pues ya es en vano, pero así se acostumbra.

Finalmente, una mujer (Elisa, SFL) reportó haber tomado *Progesterona* por prescripción de un médico privado después de haber tenido una amenaza de aborto para que el feto “se agarrara bien”. Asimismo, a Angelina (TDV) le prescribieron en el CESSA otro medicamento cuyo nombre no recordó para tratar la anemia que tenía; sin embargo, ella refiere haber dejado de tomarlas porque le parecía que era mucho medicamento.

Angelina: Fuimos al centro de salud y nos dijeron que tenemos que pasar con el ginecólogo. Y ya me hicieron una cita y fuimos con el ginecólogo y me hicieron un ultrasonido. Me dijo que si estoy tomando pastillas y le dije que no. Entonces dijo que tengo que tomar el ácido fólico, el hierro y me dieron unas pastillas. Me dijeron que como tenía anemia... Y me recetaron otras pastillas, pero ésas nada más un tiempo

me las tomé, porque ya no quise [seguir tomándolas], porque me parecía que eran muchas pastillas.

Con todo lo anterior, es posible concluir que a pesar de que hay una serie de “cuidados mínimos”, como no cargar cosas pesadas, no hacer movimientos bruscos ni esfuerzos en demasía, los cuidados y atenciones en el embarazo se van modificando con base en experiencias previas tanto de las propias mujeres como de sus madres y/o suegras. Asimismo, las redes familiares desempeñan un papel central en tanto que de ellas dependen en buena medida las actividades que las embarazadas realizan o dejan de realizar.

Asimismo, se reporta que para los años 70 y 80 la suegra desempeñaba un papel central en la atención del embarazo, pues eran ellas quienes orientaban a las embarazadas sobre qué podían o qué no podían hacer. En contraste, para la tercera generación reproductiva las mujeres asisten más al médico y siguen las instrucciones del personal de salud, por lo que la dependencia de las embarazadas respecto al saber médico ha aumentado, al mismo tiempo que las mujeres han adquirido autonomía respecto a sus suegras, quienes han ido perdiendo el control sobre los procesos reproductivos de sus nueras.

Es posible apreciar la medicalización del embarazo –tanto en el ámbito de las representaciones como en el de las prácticas– por ejemplo, en los cambios de las prohibiciones alimentarias para asegurar que el parto no fuera complicado, pues mientras que entre las mujeres de mayor edad dichas prohibiciones están sustentadas en una representación popular que clasifica a los alimentos como “pegajosos” o “resbalosos”, las mujeres de la tercera generación cuestionan la validez de éstas y es posible que estén sustituyéndose por nociones de tipo nutricional-biomédicas. También se destaca a partir de la segunda generación la ingesta de medicamentos y suplementos alimenticios como el ácido fólico, fumarato ferroso y vitaminas maternas, las cuales se ingieren principalmente por prescripción médica. Finalmente, otro indicador de la medicalización en la atención del embarazo

es el aumento de la frecuencia de las visitas al médico, lo cual se desarrolla en las páginas siguientes.

Control prenatal

En este apartado me refiero a las visitas o consultas que las 21 participantes de la investigación realizaron con médicos o parteras con el propósito de revisar y/o vigilar el desarrollo de sus embarazos. En este sentido, mientras que entre la primera generación reproductiva no se reporta la asistencia al médico durante el embarazo y la atención prenatal se concentraba en el nivel de autoatención, todas las mujeres de la segunda y tercera generación reportaron haber llevado algún tipo de control con médicos. De las 19 mujeres que llevaron controles biomédicos, 18 de ellas hicieron uso de los servicios de salud públicos (centros de salud de los SSO, clínicas u hospitales del IMSS) para la atención de sus embarazos. Cinco mujeres, dos de la segunda generación (Adela y Mónica, SFL) y tres de la tercera (Jimena, SFL; Judith y Elisa, TDV), hicieron en al menos uno de sus embarazos un control prenatal con médicos o ginecólogos privados paralelamente a sus citas en los centros de salud. Dos mujeres de la tercera generación (Areli y Guadalupe, TDV) llevaron su control prenatal exclusivamente en consultorios privados, aunque Guadalupe relata haber acudido un par de ocasiones al CESSA (véase tabla 6.1).

Asimismo, ocho mujeres (dos de la segunda generación y seis de la tercera) recurrieron en algún momento de sus embarazos con la partera, tres de las cuales (Petra, TDV; Victoria y Jimena, SFL) tenían algún tipo de parentesco con ellas, por lo cual las consultaban continuamente, pedían consejos y buscaban su atención. Soy consciente de que esta situación podría generar un sesgo importante al sobrestimar la atención con parteras en ambas localidades; en este sentido, no pretendo generalizar la muestra de estudio en términos cuantitativos, sino analizar las razones por las que las mujeres optan por unos u otros recursos de atención.

TABLA 6.1. Tipo de control prenatal por cada embarazo

GENERACIÓN / MUJER / NO. DE EMBARAZO			TIPO DE CONTROL PRENATAL		
			Sistema de salud público	Médico privado	Partera
1era generación	Rosa	1°			X
	Antonia	1°			
		2°			
2da generación	Adela	1°	X		
		2°	X		
		3°	X		
		4°	X		
		5°	X	X	
	Mónica	1°	X		
		2°	X		
		3°	X	X	X
	Leonor	1°	X		
		2°	X		
		3°	X		
	Sofía	1°	X		
		2°	X		
	3ra generación	Aurelia	1°	X	
2°			X		
3°			X		
Domitila		1°	X		
		2°	X		
Petra		1°	X		
		2°	X		X
		3°	X		X
		4°	X		
Nadia		1°	X		X
		2°	X		
		3°	X		X
Angélica		1°	X		
		2°	X		
Emilia		1°	X		X
Areli		1°		X	
Judith		1°	X	X	
Victoria		1°	X		X
		2°	X		X
Elisa		1°	X	X	
		2°	X	X	
Natalia		1°	X		X
Jimena		1°	X		
		2°	X		X
		3°	X	X	X
		4°	X	X	X
Inés	1°	X			
	2°	X			
Guadalupe	1°	X	X		
Angelina	1°	X			

Fuente: Entrevistas. Teotitlán del Valle y San Francisco Lachigoló, 2018.

Finalmente, una mujer (Inés, SFL), además de acudir a sus citas al centro de salud, buscó en el tercer trimestre de su segundo embarazo a una curandera que sabía “acomodar bebés”, pero ésta le dijo que debido a lo avanzado de su embarazo ya no podía sobarla. Así, en la tabla 6.1 se detalla el tipo de atención prenatal realizada en cada uno de los embarazos de las mujeres que integran la muestra de estudio. En dicho cuadro puede observarse que doce mujeres; es decir, poco más de la mitad del total de la muestra, llevó a cabo a lo largo de sus trayectorias de atención un control prenatal exclusivamente con médicos y menos de la mitad (7 mujeres) combinó la atención del médico con la partera.

Rosa y Antonia (1era generación), quienes se embarazaron a finales de la década de los setenta y principios de los ochenta no llevaron un control prenatal con médicos y sólo Rosa reportó acudir en el tercer trimestre de su único embarazo al sanatorio de una partera en la Ciudad de Oaxaca con la intención de confirmar que todo estuviera bien. Antonia, por su parte, relata que a lo largo de sus embarazos nunca recurrió con la partera sino hasta la hora del parto. Lo anterior nos sugiere la menor recurrencia al médico para la vigilancia prenatal y el poco control que ejercía el sistema público de salud para la década de los setenta y ochenta sobre los embarazos de las mujeres en ambas localidades, en contraste con las décadas de 1990 y 2000 donde la vigilancia prenatal ya estaba institucionalizada a partir de la cobertura de atención médica, como se evidencia en las trayectorias de atención de Adela, Leonor y Sofía.

Para la tercera generación, todas las mujeres llevaron controles biomédicos y sólo dos mujeres (Areli y Guadalupe, TDV) no llevaron su vigilancia prenatal en los centros de salud locales, sino exclusivamente en consultorios privados; aunque Guadalupe reportó haber asistido un par de ocasiones al CESSA TDV y después dejó de asistir porque prefirió la atención de su ginecóloga particular debido a que le explicaba mejor y el ultrasonido era de mejor calidad. Otras mujeres, aunque recurrieron con un médico o ginecólogo particular, no dejaron de usar el sistema público de salud y llevaron ambos controles paralelamente.

Es posible apreciar que en la actualidad las mujeres consideran imperativo asistir al médico durante sus embarazos para una vigilancia prenatal; además, a partir de los centros de salud locales se instrumenta un control de la población, como puede observarse en el testimonio de Judith, quien además de atender su embarazo con una ginecóloga particular asistía a sus citas al IMSS en Tlacolula; sin embargo, una de las enfermeras del CESSA TDV le hizo saber que era necesario acudir a la clínica, además de que un amigo suyo le había relatado su experiencia cuando no querían vacunar a su hijo en dicho centro de salud porque la madre no había llevado ahí su control prenatal.

Respecto al inicio del control prenatal, todas las mujeres de la tercera generación lo iniciaron después de haber confirmado sus embarazos, lo cual ocurría entre el 1er y el 2do trimestre de gestación. En la segunda generación, Adela, Leonor y Mónica reportaron haber iniciado su control prenatal con médicos también una vez confirmados sus embarazos. Sofía, por su parte, relata que en su primer embarazo acudió con el médico ya en el último trimestre de gestación y para el segundo inició el control prenatal después de haberlo confirmado.

La frecuencia con que las mujeres asisten al médico depende principalmente de los centros de salud, pero generalmente suelen citarlas una vez al mes, a menos que exista alguna complicación o condición de riesgo que haga que las embarazadas asistan más constantemente, como el caso de Petra (TDV), a quien debido a sus amenazas de aborto la citaban cada 15 o 20 días. Para el caso del CESSA TDV las mujeres reportaron asistir cada mes, un mes con el médico familiar y el siguiente con el ginecólogo. El primero revisa los signos vitales de la madre y del producto, mientras que el segundo realiza las ecografías. Asimismo, las mujeres refieren que conforme se acerca la fecha del parto comienzan a citarlas más constantemente. En el Centro de Salud de SFL las consultas prenatales también se realizan mes con mes y también conforme se acerca el parto citan a las mujeres más constantemente, hasta cada semana. Como en esta clínica no cuentan con especialidad en ginecología, algunas mujeres reportaron haber sido referidas a valoración ginecológica al CESSA Tlaxiactac de Cabrera e incluso algunas relataron

que en dicho centro les solicitaban análisis clínicos o ecografías en cualquier laboratorio privado. Finalmente, quienes asisten con un ginecólogo privado reportaron que sus citas también son mensuales, aunque su asistencia también depende de las posibilidades económicas, como el caso de Jimena (SFL) o Areli (TDV), quienes no podían recurrir mes con mes con los médicos privados con quienes asistían a realizar su control prenatal.

Jimena: De mi primer hijo, la ginecóloga que hasta ahorita es la que sabe más o menos cómo voy, trabajaba ahí [en el CESSA Tlalixtac de Cabrera]. Ya de mi hijo el pequeño ya no trabajaba ahí, entonces cuando yo quería ir a verla pues ya me generaba un costo porque estaba en otro lado, ahora tiene su consultorio particular. De hecho Alejandra la conoce porque ella practica el parto humanizado.

Daniel: ¿Y entonces tú te seguiste revisando con ella?

Jimena: Pues sí, no así tan seguido, porque como ya es particular ya es un poquito más caro, pero sí por lo menos cuando me decían acá en la clínica.

Daniel: ¿Todo su control prenatal lo llevó con ese médico [privado]?

Areli: Sí, bueno, no durante los nueve meses fui cada mes seguido como es especificado para checar al bebé. No, íbamos a lo mejor cada tres meses, cada dos meses, porque sí era un costo elevado. Entonces en los nueve meses a lo mejor fui como unas 5 veces.

Daniel: ¿Y por qué nunca fue al centro de salud?

Areli: Pues una como es su primer embarazo está como medio despistada de todo eso. De hecho en mi familia, cuando yo todavía era soltera, no acudíamos al centro de salud, por lo que mi mamá no tuvo eso de Prospera, ni nada.

El objetivo de la vigilancia prenatal es controlar el cuerpo de la mujer y los riesgos que se presentan durante el embarazo; de esta manera, como lo señalan algunos autores, la medicalización del proceso reproductivo ha implicado un estilo de consulta prenatal que enfatiza los peligros potenciales (Odent, 2006). Estas

consultas están reguladas por normas y disposiciones estatales, como la NOM-007 que establece que las mujeres deben acudir por lo menos a cinco consultas durante sus embarazos, tomar hierro y ácido fólico, así como practicarse análisis de sangre, orina y realizar una ecografía en cada trimestre de gestación (SSA, 2016).

El ginecobstetra Michel Odent desarrolla una crítica importante a la forma en que actualmente se desarrolla el control prenatal y sobre la medicalización que éste conlleva al tratar las reacciones fisiológicas de adaptación al embarazo como enfermedades, lo cual puede tener efectos negativos sobre el estado emocional de las mujeres:

“Innumerables tests son propuestos como rutina a todas las mujeres embarazadas a lo largo de todo el embarazo. Simples reacciones fisiológicas de adaptación al embarazo son presentadas como enfermedades, a través de un vocabulario inquietante. Por ejemplo, una modificación transitoria del metabolismo de los hidratos de carbono es llamada <<diabetes gestacional>>. Un aumento del volumen sanguíneo, que es un buen signo de actividad de la placenta, es malinterpretado como una anemia porque la sangre está más diluida que lo usual y la concentración de sustancias como la hemoglobina está, por lo tanto, disminuida. Es evidente que la repetición de tales consultas prenatales frecuentemente tiene efectos negativos espectaculares sobre el estado emocional de las mujeres embarazadas y tiende a alterar la confianza en sí mismas. Es lo que llamo <<efecto nocebo>>”.

(Odent, 2006: 64)

Asimismo, sobre esta forma de vigilancia prenatal se hace evidente en las trayectorias reproductivas de las mujeres que conforman la tercera generación el uso rutinario de las ecografías, cuya finalidad sería el diagnóstico oportuno de posibles alteraciones en la formación y desarrollo del feto. De acuerdo con la normatividad oficial, un número de tres ultrasonidos son suficientes a lo largo de todo el embarazo, una por cada trimestre de gestación (SSA, 2016); sin embargo, en la actualidad el grueso de las mujeres se practica un mayor número de ecografías. Entre las participantes de la investigación se observa que las mujeres que tuvieron hijos a partir de 1990 refirieron haber empleado al menos una vez la

ecografía y para la década de 2010 la frecuencia con que ésta se realizan aumentó significativamente, e incluso algunas mujeres llegaron a duplicar la cifra recomendada por la NOM-007, aunque esto también depende de los servicios de atención; por ejemplo, en el CESSA TDV los ultrasonidos se hacen aproximadamente cada dos meses, pues cuentan con el dispositivo tecnológico para realizarlas, en el Centro de Salud de SFL refieren a las mujeres al CESSA Tlaxiactac a practicarse entre dos y tres ecografías a lo largo de sus embarazos y, finalmente, quienes llevan un control prenatal con ginecólogos particulares refieren la realización de una ecografía en cada consulta, por lo general cada mes, de manera que hay quienes se realizan hasta siete u ocho ultrasonidos. En este sentido, es posible apreciar que mientras más avanzada ha sido la tecnología mayor es la medicalización del embarazo, pues hoy día se privilegia el empleo de sofisticada tecnología, la cual al ser utilizada de forma rutinaria, como es el caso de las ecografías, supone un aumento en el control por parte de los médicos, quienes son los que saben utilizar dicha tecnología y descodificar la información que proporciona (Montes y otras, 2009).

No es poco común que las mujeres de ambas localidades recurran a consultorios y/o laboratorios privados para realizarse ecografías y/o estudios de sangre u orina, bien para eficientar sus tiempos o porque se considera que la tecnología que hay en los recursos de atención pública no son de buena calidad, o son de mejor calidad los que hay en instancias privadas. Las embarazadas se desplazan principalmente a Tlaxiactac o a la Ciudad de Oaxaca para realizarse los ultrasonidos y estudios clínicos. Por ejemplo, Angélica (TDV) en el último mes de su primer embarazo fue a su control prenatal en el CESSA TDV, donde le practicaron un ultrasonido y le dijeron que el cordón umbilical venía enredado en el cuello de su hijo con doble vuelta. Ante esta situación, Angélica decidió acudir con un médico particular para que le realizaran un ultrasonido de mejor calidad, para así poder revisar más óptimamente cómo estaba su bebé. Emilia (TDV) también recurrió a los ocho meses de gestación a realizarse un ultrasonido privado porque consideraba que los que le hacían en el CESSA TDV no eran de calidad óptima.

Emilia: Los ultrasonidos me los hacía aquí [en el Centro de Salud], pero como le digo que estaban medio borrosos... Y después me dijo el ginecólogo: *Viene sentadito*. Y ya me dijo que era niña y dice: *Está sentadita*. Y bueno, yo dije: *Ya está sentadita, ¿qué podemos hacer?* Y dice: *Quizás se ponga en posición más adelante o quizás se ponga así*. Y la última vez que fuimos me había dicho que estaba sentadita, entonces también por eso fui ahí [al ultrasonido privado] para ver si era cierto o no, pero ahí me dijeron que ya estaba en posición.

Se reporta en el caso de algunas mujeres que los mismos centros de salud públicos han referido a las mujeres a realizarse dichas ecografías o estudios de laboratorio en instancias de atención privadas, sobre todo cuando se trata de posibles riesgos o complicaciones, como el caso de Aurelia (TDV) a quien durante su tercer embarazo le habían realizado estudios en el CESSA Tlalixtac de Cabrera para ver si tenía una infección en las vías urinarias y le pidieron que fuera a un laboratorio privado para confirmar el diagnóstico antes de prescribirle medicamento, pues éste era muy fuerte. En el laboratorio privado le dijeron que no tenía ninguna infección y por lo mismo ya no le mandaron dicho medicamento.

Por su parte, las mujeres poco a poco han ido incorporando en su saber la necesidad de realizarse ultrasonidos, de manera que, aunque éstos no sean solicitados por el médico, las embarazadas recurren a diversos servicios de atención privados para realizárselos, como se observa en el testimonio de Jimena (SFL):

Jimena: Aquí en la clínica no te mandan a hacer ultrasonidos muy seguido, ahorita con mi nena de la clínica no me han mandado a hacer ni uno, me dijeron que a los tres meses me iban a mandar a hacer uno y me dijo el doctor: *Pero al otro mes te mando a hacerlo*. Pero la ginecóloga [particular] siempre me dijo: *A los tres meses se tiene que hacer un ultrasonido*. Alejandra (la partera) igual dice lo mismo, porque es cuando se ve si viene completo, cómo está, cómo está creciendo. Entonces yo me fui a ver a la ginecóloga y ella me dijo: *No pues está bien, viene bien, no sabemos qué es, pero viene bien*. Y ya después vine a la clínica y me dijeron: *Al otro mes te vamos a mandar a hacer ultrasonido*. Entonces yo le digo a Alejandra: *Si me voy a esperar a que me*

manden a hacer un ultrasonido aquí en la clínica, mira, tengo siete meses y no me han mandado a hacer ni uno. Estudios sí me mandaron a hacer aquí de la clínica, eso fue lo primero que me dijeron: Hay que checar esto, esto y otro, Ah bueno. Pues ya me fui a Tlalixtac a hacerme los estudios, me ingresaron y todo; digamos que aquí es donde llevo mi control, por lo mismo de que ya cuando ya me voy a aliviar, pues cualquier cosa de acá, si llevas tu control aquí, te hacen tu referencia y si no pues ya le ponen un poquito más de pero.

En este sentido, se ha enfatizado en que técnicas tales como la ecografía han reforzado el poder médico y aumentado la dependencia de las mujeres respecto de él, pues actualmente las embarazadas “necesitan ‘ver’ a un feto que se muestra en la imagen” y es el personal biomédico quien posee el saber autorizado para interpretar las sombras que se muestran en la pantalla y “develar el secreto de la presencia del feto” (Montes y otras, 2009: 5-7). En este sentido, sobre la necesidad de las mujeres de ver el feto, resulta interesante el caso de Judith (TDV), quien relata haber cambiado de médico porque un familiar le recomendó asistir con un ginecólogo que les daba el video de la ecografía como “recuerdo” de su embarazo.

Todo lo anterior, parece indicar que las mujeres de la tercera generación están optando por múltiples opciones de seguimiento de sus embarazos, de manera que son ellas mismas quienes deciden en muchos casos hacerse ultrasonidos adicionales, lo cual dista de forma notoria con las experiencias reproductivas de la segunda generación de mujeres, quienes reportan haber realizado un menor número de ecografías. Leonor (TDV), por ejemplo, reporta haber realizado sólo uno o dos ultrasonidos para cada uno de sus tres embarazos y refiere que en la década de 1990 se pensaba entre la población teotiteca que éstas podían causar daño al producto por “estar tiernito”. Adela (SFL), por su parte, reporta que en sus primeros embarazos, ocurridos entre 1995 y 2004 no se realizaba ultrasonidos sino hasta el último trimestre de gestación, de manera que éstos perdían su función de detectar alteraciones en la formación del feto. Al preguntarle por qué durante sus primeros embarazos no se había realizado ultrasonidos ella responde:

Adela: Pues de mi nena me dijo el doctor que no era necesario el ultrasonido, que hasta que yo tuviera las 36 semanas, pues después de todo yo creo que ni uno me hice después. Ya del bebé grandecito que se me murió, ése de nueve meses, ése igual hasta las 36 semanas se le hizo ultrasonido, por eso es que se dieron cuenta cómo venía, pero ya era demasiado tarde, ya iba a nacer. Y ya de mi nena sí cada mes, cada mes, seis meses seguiditos fui a hacerme el ultrasonido.

Entre la tercera generación, una de las razones por las que las mujeres recurrieron a realizarse ultrasonidos fue para conocer el sexo del producto, en contraste con la primera generación de mujeres que refieren que durante los años 70 y 80 el sexo del bebé no se conocía con certeza hasta el momento del nacimiento. “No había forma de saber”, dice Rosa. sin embargo, es posible encontrar ciertos “signos” con que algunas mujeres refieren reconocer el sexo de acuerdo con la forma en que el abdomen de las embarazadas se abulta o los malestares que las mujeres sienten durante sus embarazos (vómitos, ascos, mareos).

Por otro lado, en contraste con otras regiones del país o del mismo estado de Oaxaca donde las mujeres inician un control prenatal con la partera en cuanto saben que están embarazadas o a partir del tercero o cuarto mes de gestación, con la intención de asegurarse que el producto se encuentre en la posición correcta (Mellado, Zolla y Castañeda, 1989; Sesia, 1992; Quattrocchi, 2006; Díez-Urdanivia e Ysunza, 2013), tanto en Lachigoló como en Teotitlán no se observa esta conducta, ni siquiera entre las mujeres de la primera generación entrevistadas. De las ocho mujeres de la muestra de estudio que recurrieron con una partera en al menos uno de sus embarazos, sólo a Victoria (SFL) su hermana Luisa la citó cada mes para hacer un seguimiento prenatal: “Igual cada mes tenemos cita, me pregunta cómo estoy, me checa igual la presión, checa al bebé, checa su corazón, cómo está colocado”. Además, Victoria refiere que la partera realizó sobadas con la intención de ir acomodando el producto: “Pues primero me da un pequeño masaje en la pancita, ya después hace la famosísima reboceada: me coloca el rebozo en la espalda, yo ya estoy acostada y ella se pone en la parte de arriba y empieza a rebocear”.

Por lo común, las mujeres que acudieron con una partera lo hicieron sólo una o dos veces a lo largo de sus embarazos. Las causas por las que buscaron a la partera fueron principalmente tres: “acomodar al bebé”; es decir, revisar que el producto estuviera en posición cefálica y en caso contrario hacer las sobadas y/o ejercicios necesarios para ponerlo en esta posición, o bien, porque sienten dolor en la cintura, cadera o vientre.

Daniel: ¿Buscó alguna vez a una partera?

Nadia: Pues sí, en mi primer embarazo sí, nomás para saber cómo iba el chamaquito, pero una vez sí me llevé a que me sobaran. Fui con la señora Berta. Tenía como tres meses, me sobó con pomadas, así suavcito, masajitos pero con mucha delicadeza, no de manera brusca. ¡Y tiene unas manos!... Suavecitas tiene sus manos, tiernita como mano de nena. Y hasta me dijo qué fecha iba a nacer el chamaco y dijo que era niño: *Tu bebé –dice– es niño. Lo vas a tener si no el 16 de enero, el 17 de enero.* Y el 17 de enero nació mi hijo.

Daniel: ¿Para qué la sobó?

Nadia: Pues para acomodarla, porque sentía yo un dolorcito en mi vientre, por eso me llevó mi marido allá, para acomodar al chamaquito pues.

Nadia (SFL) recurrió con dos parteras diferentes a lo largo de su historia reproductiva; la primera, Berta, durante su primer embarazo, y la segunda, Alejandra, durante el tercero. Ambas parteras la sobaron con pomadas y en ambos embarazos Nadia acudió con ellas porque sentía dolor en el vientre.

Nadia: Por lo mismo de que me daba mucho dolor de vientre fui con Alejandra. Tenía yo cuatro meses y pues me sobó, igual me dio masajito, la acomodó, me dijo que estaba mal acomodada la bebé y la acomodó, me puso unas pomadas. Me dijo que por eso era el dolor que tenía yo, porque el bebé lo tenía yo muy abajo. Entonces lo subió y ya lo acomodó pues.

Inés (SFL) también buscó acomodar a su bebé y en el tercer trimestre de su embarazo recurrió con una curandera que llega una vez a la semana a Lachigoló, pero ésta le dijo que debido a lo avanzado de su embarazo ya no podía hacer nada, pues podría lastimarla. Quienes buscaron a las parteras y curanderas con la intención de acomodar el producto, reportan que los signos que les indicaban que estaba mal acomodado eran dolor en la cintura, la costilla, el vientre o dolor al caminar. En este sentido, fue precisamente el dolor en la cintura lo que hizo que Mónica (SFL) recurriera con Luisa durante su último embarazo:

Mónica: Yo conozco a una muchacha, se llama Luisa. Mi hija fue a verla y le dijo que si por favor me venía a ver [...] *¿Qué pasó Moni?, Mira, lo que pasa es que no me puedo levantar, me duele mucho la cintura, bastante, no sé por qué amanecí así, Ahorita ya te paras,* me dijo. Y ya me empezó a dar unos masajes, pero ella dice que no me podía apretar por acá, por acá, en lugares así donde... Le digo: *Pues dame parejo, No, es que no puedo apretar por acá, porque voy a provocar...* No me acuerdo, creo que me dijo que me iba a provocar dolores de parto. *Entonces no puedo apretarte así,* me dijo, *los masajes son en otro lado, Ah bueno.* Entonces me empezó a dar masajes en la espalda y así estuvo conmigo. Y ya, hasta que ya me paré, ya me paré y como si nada. Con puras manos me sobó, yo no vi que haya ocupado algo, puras manos ocupó.

La segunda causa por la que las mujeres buscaron a una partera fue para tener una segunda opinión respecto de algún diagnóstico médico, principalmente con la intención de evitar las cesáreas; como Mónica (SFL), quien recurrió con Luisa después de que le hicieran un ultrasonido y el médico le comunicara que debían practicarle una cesárea porque el producto no estaba en posición cefálica, o como Emilia (TDV), quien buscó a Ana cuando le detectaron unos quistes en la matriz.

Emilia: Cuando me hicieron el primer ultrasonido me dijeron que tengo un quiste, entonces cuando me enteré del quiste pues sí me asusté. Bueno, me dijo el doctor que no pasa nada. A veces el quiste es más grande que el bebé, pero ellos dicen que no pasa nada, pero yo me asusté. Y por eso fui al ultrasonido que era privado, porque quería yo realmente saber si no le hace nada ese quiste al bebé o si estaba creciendo

más. Ya cuando fui al privado me dijeron que sí, que de hecho eran dos, ya ahí se vio que eran dos. Y me dijo que si programaba una cesárea me podían quitar los dos quistes. Y bueno, ya quedó en opcional qué iba a pasar.

Entonces cuando evolucionaba el embarazo, así como todo bien, pero ya en el mes para dar a luz dije yo: *Bueno, sería bueno ver a una partera*, porque me gustaría que hubiese sido normal. Y sí vino, de hecho la contacté, se llama Ana y vino a verme, me decía que todo estaba bien, que no me asustara yo por los quistes, pero también fui con el Centro de Salud y les dije que qué va a pasar con esos quistes, que me preocupaba que estén ahí. Y una doctora me dijo: *Es mejor que te programes para una cesárea para que te quites los quistes*. Pero después la partera me decía que no me quitara los quistes porque es como muy complicado hacer eso en una cesárea. Entonces no sabía qué hacer.

Finalmente, otras mujeres buscaron a la partera estando en semanas o incluso días para dar a luz, principalmente aquellas que consideraban la posibilidad de tener su parto en casa. En TDV asistí a algunas consultas prenatales con una partera y lo que ella hacía era medir el fondo uterino con una cinta métrica, posteriormente palpaba el vientre para localizar la cabeza del feto y determinar su posición. Después la partera medía la presión arterial de la embarazada y empleaba el estetoscopio *pinard* para escuchar el ritmo cardíaco fetal. Finalmente, realizaba un pequeño masaje en el área abdominal con una pomada.

Para concluir con lo que respecta a la atención del embarazo, además de los médicos y las parteras, un tercer actor que interviene en la atención del embarazo es el conjunto de mujeres –de la familia y de la comunidad en general– quienes han tenido experiencias reproductivas previas y que realizan diferentes recomendaciones a las embarazadas. Al respecto, como ya he señalado anteriormente, tiene un papel central el saber de las suegras para quienes viven en un patrón de residencia patrilocal y el de las madres para las mujeres que habitan en un patrón matrilocal de residencia, pues son en buena medida ellas quienes van orientando la conducta de búsqueda de atención de las embarazadas, transmitiendo así una serie de saberes respecto a lo que resulta recomendable o debe evitarse durante el embarazo.

Es posible distinguir dos tipos de recomendaciones que hacen las mujeres: de cuidado y de alimentación. Entre las primeras podemos encontrar sugerencias tales como que las embarazadas no deben hacer fuerzas, movimientos bruscos ni deben trabajar en exceso, así como que las mujeres deben caminar mucho para que el parto no sea difícil. Entre las recomendaciones de alimentación se encuentran no comer alimentos “pegajosos” para que el producto descienda fácilmente durante el parto y satisfacer los antojos, pues hay una serie de padecimientos infantiles relacionados con que las madres no satisficieron sus antojos cuando estaban embarazadas. Por lo general, estas recomendaciones son complementarias a aquellas que dan los médicos y parteras, y en general ninguna de éstas contraindica las recomendaciones de los otros actores (véase tabla 6.2).

TABLA 6.2. Recomendaciones para la atención del embarazo

ACTOR	RECOMENDACIONES DE CUIDADO	RECOMENDACIONES DE ALIMENTACIÓN
Médicos	<ul style="list-style-type: none"> - No cargar cosas pesadas - Guardar un poco de reposo - No estar mucho tiempo sentadas ni paradas - Tomar ácido fólico y vitaminas maternas durante el primer trimestre del embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentarse bien - Comer frutas y verduras - Comer más pescado - Evitar golosinas - Reducir consumo de sal - Reducir consumo de harinas, pan y tortilla - No consumir bebidas alcohólicas
Parteras	<ul style="list-style-type: none"> - No autoprescribirse (ni con medicamentos ni con remedios herbolarios) - Para las primigestas, lavarse los pechos con té de árnica y “hacerse sus tetas ellas mismas”, para que puedan amamantar bien 	<ul style="list-style-type: none"> - Comer más frutas y verduras - Tomar muchos líquidos - Evitar comida chatarra - No comer cosas irritantes ni muy condimentadas, porque la mujer se llena de gases y puede provocarle cólicos
Otras mujeres	<ul style="list-style-type: none"> - No hacer fuerzas ni movimientos bruscos - No trabajar en exceso - Caminar, “para que no cueste tenerlo” 	<ul style="list-style-type: none"> - Comer bien - Satisfacer los “antojos” - No comer nopal, miel ni coco para evitar que el bebé se pegue - Comer nopal para asegurar que el parto no sea difícil

Podemos concluir a partir de los datos etnográficos que desde la década de los noventa las mujeres de ambas localidades han incorporado en la atención de sus embarazos prácticas biomédicas como la consulta prenatal, la realización de estudios de laboratorio y ecografías. Estas prácticas son resultado de considerar el embarazo como una situación de riesgo que es necesario monitorear, construida desde la biomedicina, y distan sustancialmente de las prácticas de atención que reportan las mujeres de la primera generación, quienes iniciaron su vida reproductiva a finales de la década de los setenta y principios de los ochenta y no reportaron algún tipo de vigilancia prenatal frecuente ni con el médico ni con la partera. Actualmente, las mujeres acuden con el médico e inician su control prenatal mensual después de haber confirmado sus embarazos, confirmación que por cierto también se realiza mediante recursos de atención biomédicos (pruebas rápidas, estudios de sangre y/o ecografías).

De esta manera, la medicalización del embarazo ha implicado un estilo de consulta prenatal que enfatiza los riesgos potenciales, frente a lo cual se justifica la realización de ecografías, cuyo número y frecuencia ha aumentado significativamente, principalmente entre las mujeres que iniciaron su vida reproductiva a partir de 2010. Asimismo, la realización de ecografías se ve como una práctica necesaria u obligatoria, aun cuando el personal médico no las solicite, por lo que es posible deducir que las mismas intervenciones han reforzado entre la población la noción de riesgo durante el embarazo.

Finalmente, considero que la construcción del embarazo como una condición de riesgos potenciales ha aumentado la dependencia de las mujeres respecto al médico, fortaleciendo y legitimando la hegemonía del saber biomédico en la atención de dicha fase del proceso reproductivo, lo cual ha contribuido a que el papel de las suegras/madres que hasta la década de los noventa había sido central en la atención del embarazo sea desplazado por el saber de médicos, ginecólogos y enfermeras. Asimismo, esta circunstancia también ha contribuido a que las mujeres tomen decisiones de manera más independientemente de sus familiares, impulsándolas hacia un consumo biomédico múltiple por su propia iniciativa.

Inicio del trabajo de parto

En este apartado se abordan los saberes respecto al parto que operan en la denominada estructura de autoatención (Menéndez, 1983, 2003) antes de recurrir a la clínica, hospital o con la partera para la atención del nacimiento. En este sentido, en primer lugar se exponen los signos por los cuales las mujeres reconocen que su parto está iniciando y posteriormente se presentan las prácticas que las mujeres instrumentan con la finalidad de facilitar la labor de parto.

Algunos signos por los cuales las mujeres que participaron de la investigación reconocieron que se acercaba el parto fueron que cambia la forma de la panza: la sientan caída, ésta desciende e incluso una mujer (Areli, TDV) relató haber sentido que la cabeza del bebé golpeaba su pelvis. Otros signos de que el trabajo de parto está pronto fueron que las mujeres comenzaron a sentir mucho cansancio y algunas participantes reportaron ganas constantes de ir al baño. Una mujer (Inés, SFL) narró haber sentido también comezón en el cuerpo y otra (Adela, SFL) refirió haber sentido hormigueos en las piernas. Sin embargo, fue sin duda hasta que se rompieron las membranas o comenzaron a sentir dolor por las primeras contracciones cuando las mujeres supieron con certeza que la labor de parto estaba iniciando.

Angélica: Los dolores empezaron igual como en la madrugada, pero antes de dormir me di cuenta por mi panza que ya había cambiado la forma, pero tampoco me imaginé que ya iba a nacer, hasta cuando me empezaron a llegar los dolores.

Areli: Yo empecé dos días antes de que naciera mi bebé; en la noche yo me fui a acostar y sentía cómo su cabecita golpeaba mi... ¿qué será?, ¿mi pelvis? Sentía como que empujaba su cabecita, pero fueron como tres, cuatro golpecitos y se calmó. Pero como a las tres de la mañana salí al baño y fue cuando me levanté, me paré de mi cama y sentí como si me hubiera hecho pipí, pero no fue mucho, fue poquito. Bueno, pues fui al baño, me volví a acostar. Ya amaneciendo me volví a parar y volví a sacar líquido y ya fue que le llamé al doctor y ya le dije que estaba yo regando líquido. Él me

preguntó que si tenía dolor y le dije que no, que todavía no tenía dolor. Y ya me dijo: *Pues véngase con calma, agarre sus cosas y aquí la checo.*

Adela: Yo no sabía qué síntomas eran para dar a luz. Empecé a sentirme mal, lo único que mi marido nomás me dijo cuando se fue: *Cualquier cosa que sientas avísale a mi mamá.* Pero como nunca le tuve confianza [a mi suegra], porque de que nos casamos, ahora sí dijera el dicho, no fui santo de su devoción [...] Él se fue a trabajar y yo me quedé, pero desde antes que él se fuera me llamó ir al baño, apenas me quitaba yo del baño, iba yo a medio camino y otra vez al baño. Dije yo: *Pues qué raro, si nunca me pasa así.* Ya es agua, es agua nada más. Y dije yo: *¿Qué será normal?*

[...] Pero yo dije: *¿Qué tal si ya va a nacer mi criatura por eso me está pasando así?* Y que me pongo a hacer el quehacer de todos los días pues, lavé todo, quité todo lo que tenía en mi cama. Cuando llega mi marido como a las 12 del día le digo: *Apúrate, ya me estoy sintiendo mal.* No me dio dolor, sino que puro se me durmieron mis piernas, la mitad de mi cuerpo se me... Sentía como hormigueos, no sé cómo sentía yo. Y dice: *¿A poco sí?, ¿no vas a comer?, No, vámonos ya, ¿Y qué sientes?, No pues así y así.* Y ya le dije que estuve arrojando agua y más agua y más agua. *¿Y por qué no le dijiste a mi mamá?, No, le digo, porque me dio pena, no le dije a tu mamá, Pues vámonos, dice.*

Algunas mujeres instrumentaron una serie de estrategias de autoatención cuando reconocieron que el trabajo de parto estaba iniciando, como los baños tibios o calientes y el consumo de té o de chocolate caliente, cuya finalidad es acelerar el parto.

Elisa: De ahí [del hospital] me regresaron y me dijeron que regresara tantas horas después. Regresé [a la casa de mi abuela] y mi abuela hizo que yo me bañara con agua calentita para que se aflojaran mis huesos y luego me dio un té de canela para que con eso me dé más dolor y sean las contracciones más rápido.

De esta manera, al igual que en el embarazo, durante el parto las mujeres instrumentan diferentes recomendaciones emitidas por médicos, parteras y otras

mujeres con experiencias reproductivas previas. En este sentido, caminar y tomar un baño con agua tibia o caliente son prácticas recomendadas ampliamente tanto por médicos como por otras mujeres de la comunidad, incluidas las parteras. Asimismo, mujeres y parteras recomiendan el consumo de bebidas como té de canela, té de Santa María o chocolate caliente. Judith (3era generación), por su parte, refiere no sólo haber recibido recomendaciones de otras mujeres, sino incluso haber buscado previamente en internet, aunque al llegar el momento del parto no siguió ninguna de esas recomendaciones. En este sentido, cabría reflexionar e indagar en futuras investigaciones sobre cómo los medios de comunicación masiva en la actualidad, como el internet, están transformando los saberes y las prácticas de atención de las mujeres más jóvenes durante sus E-P-P.

Asimismo, cabe decir que en la denominada estructura de autoatención (Menéndez, 1983, 2003) no sólo recaen aquellas estrategias que las mujeres emplean para acelerar o facilitar el trabajo de parto, sino que también es en dicha estructura donde se operan las decisiones respecto de con quién atender el nacimiento y en qué momento acudir al lugar donde nacerá el bebé; en este sentido, las mismas mujeres evalúan el desarrollo de sus partos para saber cuándo deben acudir al hospital sin tener que esperar demasiado tiempo antes de ingresarlas o sin que las regresen. En este sentido, como igualmente ocurre durante el embarazo, las mujeres construyen con base en diferentes recomendaciones y sobre su experiencia misma un saber sobre el proceso de parto que se va afinando con cada gesta.

En los apartados siguientes me refiero a dos formas diferenciadas de atender el parto y nacimiento de acuerdo con el lugar y los actores que intervienen. En primer lugar, se analiza la atención hospitalaria del parto –con médicos– y posteriormente se presenta su atención domiciliaria –con parteras–. Para ello es necesario recordar que en la muestra de estudio se suman un total de 40 partos, de los cuales tres cuartas partes se atendió biomédicamente (25 en clínicas u hospitales públicos y sólo cuatro en instancias privadas) y la cuarta parte de ellos se atendió con parteras (véase tabla 6.3).

TABLA 6.3. Nacimientos atendidos en cada instancia de atención, según el total de participantes

LOCALIDAD / MUJER		INSTANCIA QUE ATENDIÓ EL NACIMIENTO			TOTAL
		Clínicas u hospitales públicos	Clínicas u hospitales privados	Parteras	
PRIMERA GENERACIÓN					
TDV	Antonia			3	3
SFL	Rosa			1	1
Subtotal		0	0	4	4
SEGUNDA GENERACIÓN					
TDV	Leonor	3			3
SFL	Adela	3			3
	Mónica	3			3
	Sofía	1	1		2
Subtotal		10	1	0	11
TERCERA GENERACIÓN					
TDV	Angelina	1			1
	Guadalupe		1		1
	Natalia		1		1
	Judith	1			1
	Areli		1		1
	Emilia	1			1
	Angélica			2	2
	Petra	1		1	2
	Domitila			2	2
	Aurelia	3			3
SFL	Inés	1			1
	Jimena	2			2
	Elisa	2			2
	Victoria			2	2
	Nadia	3			3
Subtotal		15	3	7	25
TOTAL		25	4	11	40

Fuente: Historias reproductivas. Teotitlán del Valle y San Francisco Lachigoló, 2018

Fueron seis mujeres (dos de la primera generación y cuatro de la tercera) quienes atendieron al menos uno de sus partos con parteras. Sin embargo, un total de 10 mujeres buscó a la partera durante el parto, aunque ésta no haya atendido el nacimiento; como el caso de Natalia (TDV), quien había decidido atender su parto en casa, pero en un momento determinado sintió que los dolores eran demasiado fuertes y pidió que la llevaran a un hospital privado en Tlacolula. En la experiencia de Natalia puede observarse cómo ella fue combinando a lo largo del proceso de parto la atención del CESSA, donde la citaban para vigilar la evolución del evento obstétrico, con la atención de la partera. Otras mujeres también se acercaron con la partera cuando comenzaron a sentir dolores para que ésta las orientara, para conocer si el producto venía bien y si el parto se estaba desarrollando de manera adecuada; aunque después decidieron atender el nacimiento en el hospital. Angelina (TDV), por ejemplo, relata haber permanecido en casa por recomendación de su suegra hasta que dilatara lo suficiente, de esta manera no tendría que esperar demasiado tiempo en el hospital. Durante ese lapso, la partera la estuvo revisando. Estas experiencias contradicen la idea de que durante el parto las mujeres no pueden combinar recursos de atención y que deben decidirse entre si recurrir con la partera o a la clínica u hospital. De esta manera, parteras, clínicas y hospitales no son totalmente opuestos para las mujeres y es perfectamente posible que las parturientas transiten entre la atención con parteras y la atención biomédica, aunque es posiblemente al momento de dar a luz cuando éstas deben decidirse por una sola forma de atención.

Considerando lo expuesto anteriormente, la distinción que realizo en los apartados siguientes entre parto hospitalario y domiciliar es principalmente heurística en tanto se trata de “tipos ideales” de atención del parto; la primera en el hospital con personal biomédico y la segunda en casa en compañía de la partera. Con esta distinción me propongo reflexionar sobre los diferentes grados y formas de medicalización del parto de acuerdo con el lugar donde éstos son atendidos y con el personal que los atiende.

Parto hospitalario

Diversos autores se han referido a la institucionalización (Campiglia, 2017) o industrialización del nacimiento (Odent, 2006) como el fenómeno en que los partos se han concentrado cada vez más en hospitales, de manera que un evento que originalmente era atendido en el espacio doméstico principalmente por mujeres es trasladado a los nosocomios. En nuestra muestra de estudio, de los 29 partos atendidos por médicos ocho de ellos ocurrieron en el Hospital General “Aurelio Valdivieso” en la capital del estado, ocho en el Hospital Rural No. 36 del ahora IMSS-Bienestar en Tlacolula, cuatro en el hospital del IMSS en la Ciudad de Oaxaca, cinco en los centros de salud locales y los cuatro restantes en clínicas u hospitales privados. Los datos obtenidos a partir de las entrevistas etnográficas realizadas con las mujeres que parieron en dichos hospitales corroboran lo que otras investigaciones ya han señalado respecto a la atención hospitalaria del nacimiento, tanto en el estado de Oaxaca como en otros estados de la República (Carrillo, 1989; Good, 1997; Sesia, Dijk y Sachse, 2014; entre otras).

En este sentido, las entrevistas realizadas constatan que una de las características de la atención hospitalaria del nacimiento es la separación de la parturienta de su círculo familiar para internarla en el nosocomio, lo cual se hace sumamente evidente en las instituciones públicas, donde una vez que las mujeres acceden para ser valoradas, si la dilatación es suficiente, ingresan a las salas de parto sin que puedan volver a ver o hablar con sus familiares, quienes por su parte reportan no tener información clara y suficiente sobre el estado de salud de las pacientes. Además, una vez que las parturientas son internadas, no se les permite moverse ni ingerir alimentos o líquidos. Asimismo, de acuerdo con testimonios diversos, muchas veces no se informa a las pacientes sobre la evolución de su parto y se realizan una serie de rutinas sin su pleno consentimiento, como los tactos continuos, la inducción del trabajo de parto o la ruptura de membranas.

La posición en que las mujeres dan a luz en el hospital es exclusivamente la de litotomía, de cúbito supino o ginecológica; es decir, la posición en que la mujer

permanece boca arriba sobre la mesa de partos con los pies sujetos a los estribos de la mesa. Diversas investigaciones han señalado que, si bien esta posición permite al médico ver y maniobrar más fácilmente, puede resultar más difícil para la parturienta, pues contrarresta la fuerza de gravedad y la obliga a ejercer un esfuerzo mayor para expulsar al bebé (Carrillo, 1988; Good, 1997).

Por su parte, una de las intervenciones reportadas con mayor frecuencia entre las mujeres entrevistadas fueron los tactos de forma continua, principalmente entre aquellas que atendieron sus partos en hospitales públicos, como el Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”, pues es ahí donde los estudiantes de medicina aprenden a realizar dicha maniobra (Mendoza López, 2020). Varias participantes expresaron su disgusto hacia este tipo de intervenciones, además de que reportaron haberse realizado sin su pleno consentimiento.

Emilia: Me hicieron muchas veces los tactos, no sé, como unas diez o más veces. A mí ya no me gustaba mucho esa situación. Cambiaban, porque había practicantes, muchos practicantes, porque había unos de ginecología, enfermeras, de anestesia, no sé, varias cosas. Y éramos como tres [mujeres] que estábamos ahí y ya luego una se fue a la sala de expulsión. Sentí feo, porque es algo que una desconoce como mujer, y esos tactos como que no me gustaron, entonces dije yo: *Si me pusieran a escribir allí mis quejas...* Pues yo agradezco mucho porque el servicio es gratis también, pero esa parte como que no mucho, porque, o sea, ya te revisó uno, entonces sabe que falta o no, entonces no tiene que estar ahí como experimentando

Otra intervención reportada entre las mujeres que integran la muestra de estudio fue la inducción del parto a través del suministro de oxitócicos o la ruptura de membranas. Si bien el empleo de oxitocina sintética puede ser muy útil en situaciones concretas, por ejemplo cuando el útero de la mujer no responde porque la cantidad de oxitocina que se produce en la sangre no es suficiente, muchas veces este tipo de intervenciones “si bien se dice que se les emplea para ‘conducir’ el parto, en realidad cumplen la función de inducirlo y de acelerarlo” (Carrillo, 1988: 119), práctica que termina sobremedicalizando el evento obstétrico al intentar controlar el tiempo en que ocurre el nacimiento.

La episiotomía es otra de las intervenciones realizadas de forma habitual y reportada con enorme frecuencia entre las mujeres que atendieron sus partos en hospitales tanto públicos como privados. Esta intervención resulta en extremo dolorosas para aquellas mujeres a quienes no se les administró algún analgésico y, al igual que las intervenciones anteriores, éstas son realizadas muchas veces de forma innecesaria y sin el consentimiento explícito de las parturientas.

Jimena: De los dos no me pusieron anestesia, es por eso que dice Alejandra: *Yo no sé por qué te la hicieron*, la cortada esa que hacen. Yo nada más vi, como yo estaba consciente en todo, pues ya fue que me hicieron ahí nada más con una tijera me cortó y yo sentí, cuando me estaban cosiendo yo sentía, o sea yo sentía cómo entraba y salía la aguja y para mí eso fue lo más feo, porque aparte de que ya tuve dolor para que nacieran mis hijos y lo más feo era la cosida, ¡qué dolor! Y dice ella: *No pues, incluso la mujer sabe hasta dónde va a abrir, no hay necesidad de hacerlo.*

Considero que el problema con dichas intervenciones es que se realizan de forma rutinaria y no sólo como estrategias para atender las emergencias y prevenir las muertes maternas o perinatales, de manera que terminan conduciendo a una profunda sobremedicalización del parto en la que se estandarizan prácticas que pueden acarrear toda una serie de consecuencias iatrogénicas, que van desde las respuestas fisiológicas ante dichas intervenciones hasta la generación de sentimientos de angustia por parte de las parturientas, lo cual complica el parto mismo. En este sentido, es posible decir que en la actualidad los partos hospitalarios son “actos semiquirúrgicos” en lo que nunca falta, por lo menos, un suero por vía intravenosa (Good, 1997: 24).

Un buen indicador para medir la sobremedicalización del parto es el alto índice de cesáreas que se practican en nuestro país. Si bien se trata de una técnica que reduce el riesgo de muerte materno/infantil ante complicaciones obstétricas, ésta deviene en un problema cuando se utiliza indiscriminadamente, pues los peligros de la cesárea son varios, desde un incremento en las tasas de morbilidad

y mortalidad, una estancia más larga en el hospital, hasta un periodo más prolongado y doloroso de recuperación (Good, 1997).

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018, el 46 % de los partos entre 2014 y 2018 se atendieron con cesárea; esto es casi la mitad de los partos (INEGI, 2019a), lo cual parece indicar que al menos una parte importante de éstas se realizó de forma innecesaria o sin justificación clínica, considerando que de acuerdo con la OMS (2015) la tasa ideal de cesáreas debería oscilar entre el 10 % y el 15 %

En nuestra muestra de estudio, del total de 40 partos que suman las historias reproductivas, 13 de ellos fueron atendidos con cesárea; esto es más de la cuarta parte. Dichas cesáreas se realizaron en el Hospital Rural del IMSS-Prospera de Tlacolula, en el Hospital Civil y es digno de resaltarse que los cuatro partos que se atendieron en una clínica u hospital privado fueron cesáreas. Algunas de ellas, si bien difícilmente podría asegurar que se realizaron de forma innecesaria, sí parecen cuestionables, como la que le hicieron a Guadalupe (TDV), quien narra no haber tenido dolores de parto ni haber roto membranas; sin embargo, cuando acudió a su consulta prenatal con una ginecóloga privada le dijo que el líquido amniótico estaba acabándose, así como el oxígeno del bebé, razón por la cual le practicaron cesárea.

Otro testimonio que cuestiona la necesidad de algunas cesáreas es el de Aurelia (TDV), quien después de haber tenido dos partos vaginales, en su último embarazo el personal médico le indicó la necesidad de programar una cesárea porque el producto estaba en posición podálica; sin embargo, ella no programó dicha cirugía y cuando comenzó el parto de manera espontánea no hubo tiempo suficiente para realizar una cesárea de emergencia, de forma que terminó dando a luz de forma vaginal.

Aurelia: Siempre me habían dicho así [que me iban a hacer cesárea], porque igual fui al ultrasonido a un particular, para estar segura de que sí venía sentada y que si no se podía voltear. Igual me dijo la doctora: *Viene sentada y no se puede voltear, porque no tiene suficiente líquido. A veces cuando tienen mucho líquido, cuando llega el momento*

pues ya se puede voltear, pero en caso de usted es mejor que sea cesárea para que su bebé nazca bien y no le pase nada, ni a usted. Y me dijeron que yo no me esperara a que llegara el dolor, porque se iban a complicar las cosas y pues me dijo que ya no hay que esperar más porque... *¿Para qué va a esperar si su bebé ya cumplió las semanas?* Y pues gracias a Dios yo tenía mucho miedo de que me hicieran cesárea. Pues mi mamá habló conmigo, me dijo: *Tienes que aceptarlo, ya no hay de otra.* Porque yo tenía miedo que me cortaran, *¿cómo iba yo a quedar después?*, como nunca me habían hecho cesárea decía: *¿Cómo crees que me van a cortar?* Tenía yo miedo.

Por eso cuando me dieron los papeles en el Centro [de salud] y me dijo el ginecólogo que yo ya fuera inmediatamente a Tlacolula, pero yo tenía miedo pues, *¿cómo me van a atender allá?*, porque muchas personas dicen que luego no atienden bien en Tlacolula, muchas habladurías. Y yo pues me daba miedo y luego un particular pues cuánto iba a costar, entonces fue que fuimos a un particular al ultrasonido y la doctora me dijo que ya no hay que esperar. Pero como mi esposo estaba en las promesas de la Danza [de la Pluma],³⁴ entonces era el siete de septiembre que fuimos [al ultrasonido], pero yo le dije a mi esposo que esperaríamos otros dos días porque el ocho era la fiesta. Y fue por eso que no me había yo ido a programar.

Nació el ocho, no esperó. Por eso se llama Natividad, porque fue el milagro de la Virgen, como no me hicieron cesárea, porque ese día estaba yo para la cesárea. Ese día empezó el dolor un poquito, pero como el ginecólogo siempre me había dicho que no tengo que esperar el dolor porque se va a complicar, ya cuando empezó el dolor le dije a mi esposo y nos fuimos en la noche a Tlacolula. Ya llegamos allá y nos mandaron a Urgencias, ahí nos atendió el doctor y me pasaron el ultrasonido y me dijo que igual venía sentada y con el cordón en el cuello. *No puede nacer normal, me dice, tiene que ser cesárea.*

Pues yo ya me había resignado de que era la única manera de salvar al bebé y le dije: *Sí, está bien.* Y ya me hicieron firmar los papeles y todo para la cesárea y ya me dijo que nada más había que esperar para que se desocupara la ginecóloga que estaba atendiendo otro parto. Y pues así poco a poquito llegó el dolor más fuerte, entonces le dije a una doctora que estaba ahí: *Doctora, ya no puedo más, ya va a nacer el bebé.* Y me dijo: *No me diga así, porque tu bebé no puede nacer normal, No sé,* le dije, *pero ya va a nacer.* En eso llega la ginecóloga y me dice que ya voy a entrar al

³⁴ La Danza de la Pluma se ejecuta en las fiestas patronales de Teotitlán del Valle: la de la Preciosa Sangre de Cristo en el mes de julio, la Virgen de la Natividad en septiembre y la Virgen del Rosario en octubre. Por tres años, un grupo de danzantes cumple la promesa de ejecutarla como forma de agradecimiento a Dios.

quirófano, ya me pusieron en otra camilla y me llevaron bien rápido. Y pues en lo que estaban corriendo conmigo creo que ya no llegué al quirófano, llegó la ginecóloga y ya nació el bebé y pues ya no me hicieron cesárea.

En el mismo testimonio de Aurelia presentado previamente puede apreciarse el miedo que otras participantes de la investigación también manifestaron sentir por las cesáreas, de manera que por lo general buscar evitar dicha cirugía.

Jimena: A mí me da mucho miedo la cesárea, porque yo veía en Tlacolula cómo estaban las recién operadas y luego llegaban sin piedad los doctores a moverles ahí y gritaban. Yo le digo a mi esposo: *Las que estaban a lado de mí tenían su cortadota. ¡Y cómo las cosen!, ¡ay!, le digo, ha de ser muy feo.*

Presumiblemente, la atención biomédica de los nacimientos ha contribuido a reducir los riesgos durante el parto, así como las tasas de mortalidad y morbilidad materno/infantil, en tanto actualmente es posible detectar anomalías en el feto y controlar la integridad anatómica de cualquier órgano, prevenir problemas de incompatibilidad sanguínea y/o hacer más seguro el embarazo y parto para mujeres con diabetes o hipertensión arterial, por poner algunos ejemplos (Carrillo, 1988: 134-135). Sin embargo, a pesar de las ventajas que ha tenido la atención biomédico-hospitalaria, ésta también ha provocado que todos los partos se atiendan como si fueran complicados; es decir que se realizan las mismas intervenciones rutinarias (episiotomía, inducción del parto, etc.) a una mujer con un embarazo de alto riesgo y de bajo riesgo. En este sentido, el problema con la medicalización del parto no es que se realicen técnicas, intervenciones o se suministren medicamentos cuando éstos puedan salvar la vida de la madre o del bebé, sino que esto se realiza de manera rutinaria sin importar si se trata de partos eutócicos o distócicos. De esta manera, como se ha señalado en otras investigaciones (Carrillo, 1988; Quattrocchi y Güémez, 2011; Quattrocchi, 2014), es posible apreciar que la biomedicina trata al parto no como un proceso fisiológico, sino fisiopatológico, convirtiendo a las parturientas en pacientes enfermas.

Asimismo, la medicalización del proceso reproductivo ha acarreado toda una serie de yatrogénesis, en el sentido en que Illich (1975) las desarrolla como una espiral autorreforzante, en tanto las intervenciones médicas producen efectos secundarios, construyen otras demandas de atención y refuerzan el rol de paciente. Al respecto, considero que las palabras de Marbella Camacaro (2009) ilustran muy bien las experiencias relatadas por las mujeres entrevistadas sobre las diferentes intervenciones a las que se someten las parturientas, como pacientes, así como las reacciones fisiológicas y emocionales a dichas intervenciones:

“Las acuestan con sueros intravenosos para garantizar una forma rápida de actuar, por si acaso ellas presentan una emergencia, pero entonces, la vía en vena no las deja deambular; esto trae como consecuencia que las contracciones y la dilatación son más lentas, entonces le pasan por la vía intravenosa un oxitócico para aumentar las contracciones y al aumentarlas son más dolorosas, lo que aumenta el estrés de la mujer [...] Por otra parte, al acostarlas en posición de litotomía disminuye la fuerza de encajamiento del recién nacido/a y la fuerza de la mujer para pujar, lo cual conduce a la episiotomía para mayor abertura vaginal; eso trae más sangrado y vías de infecciones, además, como a ella le están suturando la herida de la episiotomía, no le dan inmediatamente a su hijo/a, generando una situación de angustia para la madre, además de inhibir el bajado de la leche por falta de estimulación inmediata del pezón. Todo esto sin hacer mención de las circunstancias afectivas, emocionales, psicológicas que sufre una parturienta mientras su cuerpo es objeto de esta serie infernal de procedimientos médicos”

(Camacaro, 2009: 157)

Asimismo, como parte de esta yatrogénesis (Illich, 1975), la medicalización del parto ha abierto la puerta a la violencia obstétrica que muy frecuentemente acompaña la atención de dicho evento en los hospitales. Ésta se entiende como una “manifestación imbricada de violencia de género y, al mismo tiempo, de violencia institucional” (Sesia, 2020: 4). Algunos ejemplos de violencia obstétrica reportados por las participantes de la investigación fueron: violación de derechos sexuales y reproductivos, como la colocación del DIU sin previo consentimiento informado; abuso de poder y maltrato por parte del personal médico, como regañones,

humillaciones o tratos deshumanizados; y finalmente la realización de prácticas invasivas, como el excesivo monitoreo fetal (tactos) y las cesáreas innecesarias.

Resalta también en los testimonios de las participantes de la investigación la forma en que experimentan el “monopolio del saber médico”, en tanto no se reconoce el saber de las propias mujeres respecto de sus cuerpos y sus procesos reproductivos. En este sentido, algunas mujeres relataron que a pesar de que ellas sabían que el nacimiento estaba pronto debido a la cantidad e intensidad de las contracciones uterinas, el personal médico y paramédico se negaba a atenderlas, principalmente a aquellas mujeres que eran primigestas.

Jimena: Ahí en Tlacolula, ya de que te dejan sola, si quieren van y te checan, si quieren te creen. A mí, por ejemplo, del grande ni me creían que ya iba a nacer. *Déjenla, porque es primeriza.* Y luego las que estaban, las que lloran del dolor y luego decían: *¡Cállense!* Hay unas enfermeras que son muy déspotas. A mí pues no me hicieron nada de eso, pero a mí sí me molesta el hecho de que no me creyeran. Y me decían: *No, déjenla, apenas le pusieron una pastilla, le falta otras dos horas, espérense.* Me hicieron caso hasta que se fueron a comer y le digo a una enfermera: *Disculpe, yo no quiero hacer lo mismo que hacen ellas de gritar, de llorar, pero yo ya no aguanto y usted créame, no se le va a quitar nada con que usted me revise.* Y ya me revisó y me dijo: *Pues tu bebé ya va a nacer, ya se ve la cabecita de tu bebé.* Ya nada más me hicieron a un lado y entonces sí llamó que al ginecólogo, que a las enfermeras, ahí donde estaba yo, donde están todas las camas, porque dijeron que ya. Y es como Alejandra [la partera] me dijo: *Tú sola vas a sentir la necesidad de pujar. Cuando tu cuerpo te lo pida, pues hazlo.*

Finalmente, es digno de destacarse el caso de Mónica (SFL) a quien después de su primer parto le colocaron el DIU sin su consentimiento en el Hospital del IMSS en la Ciudad de Oaxaca. Si bien éste es un caso donde se hace sumamente evidente la violación a los derechos sexuales y reproductivos, es necesario también manifestar el carácter coercitivo que tiene la planificación familiar, pues algunas mujeres reportaron sentirse obligadas o por lo menos presionadas a emplear algún método anticonceptivo, tanto en los hospitales donde dieron a luz como en los centros de salud donde llevaron sus controles prenatales y posnatales. Algunas

mujeres reportaron en este sentido aceptar el uso del DIU, aunque poco tiempo después del parto acudieran con algún médico privado para retirárselo.

A las violencias señaladas anteriormente, es preciso también añadir aquellos problemas de carácter institucional, como la falta de recursos materiales y humanos en los servicios de salud públicos o la negación de la atención por diferentes “razones”. Por ejemplo, Angelina (TDV) tenía referencia para atenderse en el Hospital Rural del ahora IMSS-Bienestar, pero como durante su embarazo le habían diagnosticado anemia no la atendieron en dicho hospital porque no contaban con bolsas de sangre en caso de que se presentara alguna hemorragia. Por esta razón la refirieron al Hospital General. Por su parte, Leonor (TDV) también relata que un 31 de diciembre comenzó a sentir dolores de parto, razón por la cual acudió al IMSS-Bienestar, donde por falta de personal y porque debían practicarle una cesárea no la atendieron y la refirieron al Hospital Civil.

El Hospital General “Dr. Aurelio Valdivieso”, en la ciudad de Oaxaca, es el hospital público más grande e importante del estado y es el único con la capacidad resolutive para las emergencias obstétricas (Sesia, Dijk y Sachse, 2014). De acuerdo con estadísticas del Hospital General, entre el 20 % y 30 % de los partos que se atienden son complicados, mientras que entre el 70 % y 80 % son partos normales que no tendrían realmente una razón clínica para ser atendidos ahí (Sesia, Dijk y Sachse, 2014: 251-252). Estos partos son referidos por centros de salud y la mayoría no presenta complicaciones obstétricas, por lo que no tienen necesidad alguna de ser atendidos en un hospital.

Notas de prensa e investigaciones diversas han informado acerca de la sobrecapacidad del Hospital Civil de Oaxaca. Autores como Mendoza López (2020), Sesia, Dijk y Sachse (2014), dan cuenta de las muchas problemáticas que se viven en el Hospital General y de las dificultades a las que se enfrentan los médicos para hacer su trabajo y dar respuesta a la atención obstétrica: los tiempos de espera, la escasez de camas, la falta de privacidad y el ambiente ruidoso, equipos que no siempre funcionan o son insuficientes, dar de alta a las mujeres antes de tiempo, o no atenderlas de manera inmediata cuando se requiere en casos de urgencia, que

a menudo no se respeta la gratuidad en la atención debido a que suele pedirse a familiares que compren ciertos medicamentos cuando no se cuenta con ellos en almacén, además de las actitudes negligentes, despóticas o de poca empatía por parte del personal médico, son algunos de los problemas que encuentran y describen los autores referidos.

La sobresaturación del Hospital General ha dado lugar a situaciones en que las mujeres que están en trabajo de parto tienen que estar en camillas en los pasillos del hospital o quienes ya han dado a luz son enviadas a su casa sólo un par de horas después de haber parido, con la intención de ir abriendo espacios para las mujeres de nuevo ingreso (Sesia, Dijk y Sachse, 2014: 252), aun cuando la normatividad oficial establece que el egreso de las pacientes puede efectuarse hasta haber transcurrido 24 horas después del parto (SSA, 2016).

Asimismo, los médicos regresan a sus casas a las parturientas cuando no hay suficiente dilatación, pidiéndoles que vuelvan horas después, lo que implica que las mujeres deban o bien transportarse a sus comunidades o esperar en la ciudad mientras tienen dolores de parto. Además, algunas mujeres reportaron que debido a la sobresaturación del Hospital Civil deben trasladarse a otros hospitales, como el caso de Elisa (SFL), quien tenía referencia para atenderse Hospital General, pero estando ahí y como su parto iba desarrollándose adecuadamente decidieron mandarla al CESSA Tlalixtac de Cabrera. Mientras permanecía en el CESSA la dilatación se detuvo, los médicos rompieron las membranas y como la frecuencia cardíaca fetal comenzó a acelerarse la regresaron al Hospital Civil para que le realizaran una cesárea. Este tipo de situaciones que ocurren en los hospitales públicos son un factor que algunas veces orienta a las mujeres para que prefieran recurrir a servicios de atención privados, aunque esto les implique un gasto importante en la economía familiar, como el caso de Natalia (TDV), quien después de algunas horas de intentar dar a luz a su hijo en casa en compañía de la partera, decidió acudir a una clínica privada en Tlacolula porque le habían contado que en el Hospital Rural del IMSS-Bienestar no atendían a las mujeres “de emergencia”.

Como respuesta a la sobremedicalización del nacimiento, a partir de la segunda mitad del siglo XX han surgido movimientos y organizaciones que buscan construir alternativas de atención al parto (Odent, 2006), los cuales se han desarrollado de la mano con los cuestionamientos que se han hecho a la eficacia y la eficiencia de la biomedicina, entre otras razones, por el aumento de los costos de atención a la salud, el aumento en el consumo de fármacos y el dominio de la productividad y rendimiento sobre la calidad en la atención (Menéndez, 1983). En el campo de la salud reproductiva estas críticas y cuestionamientos se han pronunciado principalmente por OSC y académicas desde posicionamientos feministas. En este sentido, una de las propuestas más importantes que se ha desarrollado es el denominado “parto humanizado”, el cual promueve la no intervención rutinaria en este proceso natural sin que haya una situación de riesgo evidente, la libertad de posición y movimiento de la mujer durante todo el trabajo de parto, el respeto de la necesidad de elección de la mujer sobre las personas que la acompañarán en el parto, el cuidado del vínculo inmediato de la madre con el recién nacido, entre otros (Sánchez, 2016; Campiglia, 2017).

Durante el trabajo de campo encontré que en algunas instituciones gubernamentales algunos médicos han intentado incorporar algunas de las nociones del denominado parto humanizado, como es el caso del CESSA Teotitlán del Valle –aunque el mismo director de dicho centro no estaba completamente de acuerdo con dicho concepto–, lo cual ha abierto la posibilidad para que los esposos de las parturientas estén presentes durante el nacimiento de sus hijos y ellas puedan tener un mayor grado de decisión respecto a las intervenciones que se les realizan.

En contraste con la atención hospitalaria-hegemónica de los partos donde por lo general no existe un cuidado especial respecto al primer contacto entre la madre y el recién nacido, puesto que en cuanto los niños nacen son apartados de la madre y a veces éstas no los ven hasta que se encuentran en la sala de recuperación; en el CESSA TDV han tratado de poner un mayor énfasis en dicho vínculo, de manera que antes de limpiar a los neonatos el personal de salud se los

muestra y entrega un momento a las madres. Judith (TDV) fue la única participante de la muestra que refirió haber sido atendida en el CESSA bajo este modelo.

Judith: A mí me tocó estar con el Director [del CESSA TDV], fue él quien atendió mi parto. Entonces cuando yo fui a revisión él me atendió y me dijo que él se comprometía a regresar si yo decidía atenderme ahí. Sí fue muy buena [la atención], porque estuvo él, estuvieron otros doctores, estuvieron tres enfermeras y, como fue en la noche, fue en la madrugada, entonces seis personas conmigo, mi esposo estuvo conmigo, todos mis familiares ahí esperando.

Judith narra que, aunque no le pusieron anestesia, sí le administraron suero y oxitocina, además de que le realizaron episiotomía. Asimismo, Judith refiere que posiblemente es una política del CESSA no administrar la anestesia epidural porque puede provocar depresión en los neonatos.

Judith: Me pusieron una sonda y le inyectaron a ésa. Al principio no me habían puesto nada, porque el doctor pensaba que la dilatación iba a avanzar, pero no avanzaba, entonces yo estaba caminando y el doctor pensaba que mi bebé iba a nacer como a las ocho; pero yo, sí estaba dilatada, pero mi bebé no quería bajar, entonces como a las 10 de la noche yo ya tenía 10 de dilatación y mi pancita todavía estaba arriba. Entonces creo que en ese momento fue cuando decidieron ponerme oxitocina para que me ayudara, pero la nena no quería bajar y yo tenía unos dolores que ya no los aguantaba y yo le decía al doctor que me pusiera la epidural, porque yo ya no aguantaba y el doctor me dijo que no, que no me la iba a poner. Y yo no quería que me la pusieran, yo no quería que me pusieran anestesia ni esa inyección ni cesárea, yo no quería nada de eso, pero en ese momento yo se lo pedí al doctor. Pero creo que ya no se podía, ya era como un poco tarde y creo que ellos no lo ponen, creo que su política es no ponerla, porque me comentaban que los bebés pueden tener depresión.

Judith también narra que el doctor conversó con su esposo y lo permitió entrar a la sala de expulsión, aunque por un momento una de las doctoras le pidió que saliera de la sala porque iban a revisar a la paciente y éste volvió cuando el bebé ya había nacido. Además de estos intentos por ofrecer una atención más humanizada del

parto en los CESSA,³⁵ se reporta también la existencia de clínicas privadas donde se practica el parto humanizado, pero este tipo de atención suele tener costos elevados, de manera que se vuelve inaccesible para la mayor parte de las mujeres que habitan en las comunidades de estudio. En este sentido, como lo desarrolla Rosalynn Vega (2018) el parto humanizado, por ser inaccesible a las mujeres de estratos sociales más bajos, construye e incrementa unas nuevas desigualdades sociales respecto al parir.

Jimena: Hay de doctores a doctores. Para aliviarse con la ginecóloga donde yo voy, pues le digo que ella practica el parto humanizado, pero también es un dineral, ni por más que ella diga: *Les hago un descuento*. ¡Pero tienen que ser arriba de diez mil pesos para aliviarse con ella!

Con todo lo anterior, es posible concluir que, con las políticas de institucionalización del parto, un evento que inicialmente era atendido en casa en compañía de otras mujeres (partera, madre, suegra) fue desplazado a los nosocomios, lo que ha acarreado una serie de consecuencias prácticas e ideológicas. Actualmente la atención hospitalaria del parto se caracteriza por vivirse como un acto semiquirúrgico en el que se estandarizan y normalizan indiscriminadamente intervenciones tales como el uso de oxitocina o la realización de episiotomías. Un claro ejemplo de dicha normalización es que la población define al “parto natural” como cualquier parto que ocurre vaginalmente sin importar el nivel de medicalización que éste implicó.

Asimismo, como en otros eventos quirúrgicos, la atención hospitalaria del parto se caracteriza por la separación de la paciente de su red familiar para introducirla en un ambiente caracterizado por cables, fármacos y batas blancas, donde se trata al parto no como un evento fisiológico sino fisiopatológico y, en este sentido, se concibe a las parturientas como cuerpos pasivos y enfermos o en riesgo

³⁵ Ana refiere que al menos durante la época en que ella realizó sus prácticas en el CESSA Tlalixtác de Cabrera, había un ginecólogo que estaba tratando de incorporar la noción de parto humanizado a dicho centro de salud.

de enfermarse (Quattrocchi, 2014: 4445). Finalmente, he defendido la idea de que el problema con la sobremedicalización del parto y nacimiento no es que se realicen intervenciones o se suministren medicamentos cuando éstos contribuyen a salvar la vida de la madre o del infante, sino que éstas se realizan indiscriminadamente sin importar si se trata de partos eutócicos o distócicos, lo cual genera una serie de yatrogénesis (Illich, 1975) que autorrefuerzan la necesidad de intervención médica.

Parto en casa

Una segunda forma de asistencia al parto relatada entre las participantes de la investigación es la atención de dicho evento en casa. En este apartado se presentan las principales características encontradas en la atención domiciliaria del nacimiento con parteras en ambas localidades. Cabe recordar que del total de 40 partos que integran la muestra de estudio, 11 de ellos fueron atendidos con parteras; seis atendió doña Marcelina (TDV), dos Ana (TDV), dos Luisa (TDV) y uno fue atendido por Petronila en su sanatorio en la Ciudad de Oaxaca. Este último parto ha sido descartado del presente análisis en tanto no se trata de un parto domiciliar.

Una diferencia central que se aprecia de la atención hospitalaria con respecto al parto en casa es la separación de la madre de su círculo familiar. En el caso de los partos en casa se reportó la presencia de los esposos, madres, suegras e incluso de los padres de las parturientas; quienes no sólo participaron como testigos del nacimiento, sino que participaron activamente en su asistencia. De esta manera, las mujeres que paren en casa lo hacen en un ambiente que no les es ajeno en absoluto y acompañadas por personas que conocen y por quienes suelen sentir confianza.

Asimismo, parir en casa implica que las mujeres tengan mayor libertad para movilizarse e ingerir alimentos o líquidos, situación que no ocurre en los hospitales. En ocasiones son las mismas parteras quienes dan a las parturientas bebidas que contribuyan a que el parto sea más fácil y más rápido; por ejemplo, entre la segunda generación de parteras se reportó el uso del té de hierba Santa María. También,

relacionado con la movilidad de las parturientas, las mujeres que atienden su parto en casa tienen una mayor libertad para decidir la posición en que darán a luz, como el caso de Petra, quien durante su labor de parto pasó de la cama al suelo y del suelo a la cama experimentando dónde se sentía más cómoda, o como Domitila, que parió de pie.

Por otro lado, a diferencia de la atención hospitalaria del parto, por lo común las parteras no realizan tactos de forma constante, pues evalúan la evolución del parto observando si hay borramiento, dilatación del cuello uterino y si el feto está descendiendo, lo cual coincide con otras investigaciones (Carrillo, 1988). Aunque para el caso de Marcelina, la partera de mayor edad, se reporta que tocaba la cabeza de las mujeres y de acuerdo con qué tan caliente estuviera les decía cuánto faltaba para el momento del nacimiento.

También se reportó en el caso de algunas parteras el uso de oxitócicos; sin embargo, a diferencia de la atención hospitalaria del nacimiento, éstos no se emplean para inducir el parto, sino como una “ayuda” cuando la parturienta ha completado la dilatación para que el producto “baje”. Asimismo, el empleo de la oxitocina entre las parteras se emplea después del nacimiento del bebé para la prevención de hemorragias posparto. Asimismo, no se observa en la atención de las parteras la realización de prácticas como rotura de membranas, el uso de analgésicos ni la realización de episiotomías. Finalmente, para el caso de Ema y de Marcelina en los últimos años en que atendió partos se reporta el uso de suero por vía intravenosa de manera rutinaria; en el resto de las parteras no se reporta esta práctica. En la tabla 6.4 se muestran las principales semejanzas y diferencias entre la atención del parto hospitalario atendido por médicos y el parto domiciliar atendido por parteras.

Respecto al instrumental empleado durante los partos en casa, las parteras reportaron usar baumanómetro, estetoscopio *pinard*, termómetro, tijeras esterilizadas, pinzas, campos o mantas para recibir a los recién nacidos, perilla para desflemarlos, bandeja para depositar la placenta; además de agua tibia, alcohol y jabón.

TABLA 6.4. Semejanzas y diferencias entre atención hospitalaria del parto y con parteras

CARACTERÍSTICAS	PARTO HOSPITALARIO (MÉDICOS)	PARTO DOMICILIAR (PARTERAS)
Separación de la madre de su círculo familiar	✓	x
Posición supina obligatoria	✓	x
Tactos continuos	✓	x
Suero por vía intravenosa	✓	✓
Empleo de oxitocina	✓	✓
Uso de analgésicos	✓	x
Realización de episiotomías	✓	x

Fuente: Entrevistas. Teotitlán del Valle y San Francisco Lachigoló, 2018

Por lo común, las parteras procuran cuidar el primer contacto que se establece entre la madre y el recién nacido; inclusive, algunas parteras reportaron cortar el cordón umbilical después de la expulsión de la placenta, contrario a lo que ocurre en el dispositivo hospitalario. Cabe mencionar que el pinzamiento tardío del cordón umbilical es una práctica recomendada por la OMS (2014, 2015), debido a que garantiza un mayor suministro de sangre y oxígeno para el recién nacido y puede mejorar la dotación de hierro del niño incluso hasta los seis meses de vida. Asimismo, las parteras suelen tener buena comunicación con las parturientas, están al pendiente de ellas, les comunican sobre el desarrollo del proceso e instruyen a la parturienta para sacar el mejor provecho posible de sus esfuerzos. En contraste, los médicos casi no comunican a las parturientas sobre sus progresos, retrasos, buenas señales o dificultades (Carrillo, 1988: 115).

Por otro lado, entre las parteras egresadas del modelo de Nueve Lunas es posible apreciar que la noción de “parto humanizado” se ha incorporado en su saber, pues, como se ha descrito en el quinto capítulo, dicho modelo de formación agrupa

saberes y prácticas “tradicionales”, de la biomedicina basada en evidencia e integra el enfoque de parto humanizado. Considero importante, sin embargo, no romantizar la labor de las parteras y mirar también las evaluaciones negativas –o no siempre positivas– que las mujeres realizan a su forma de atención. La experiencia de Petra es reveladora al respecto, pues ella narra que la atención por parte de una de las parteras no fue la esperada y cuestionó su higiene.

Petra: Sí, es bonito, nada más que no sé si porque... las personas, porque Ana sí estuvo más atenta, namás que las parteras... sí estuvieron al pendiente cómo venía el bebé y todo, me checaban, todo, nada más que sí había algo que les faltaba, les faltaba algo más. No sé cómo puedo explicar eso, como que un poquito más de atención o no sé qué. en ese momento no podía yo, o era porque estaba yo así muy tensa, entonces no me sentía como muy segura también y luego así con mucho miedo y todo. Entonces ahorita no puedo explicar qué es lo que yo sentía en ese momento, pero tenía yo un enojo, no sé de qué, no sé si fue mi reacción o no sé, pero así reaccioné yo. Y luego también creo que también ellas habían regresado de... Ah, como algo, ¿cómo te diré?, que llegaron un poco no muy limpias pues, y sí, después me dijo Ana que habían regresado de trabajar en el campo, entonces eso es lo que a mí me asustó y me entró una cosa, no sé cómo explicar eso, porque yo estaba esperando unas personas diferentes, más como... sí estaban preparadas, sí saben, lo que cuando yo las vi así, así como estaban vestidas, así como llegaron, dije yo: *Bueno, ¿esas personas me van a atender?* Eso es lo que me movió mucho, no sé ni qué pensar y todo.

Asimismo, muchas veces se correlaciona la atención del parto en casa con el “empoderamiento” de la mujer; sin embargo, considero que dichas aproximaciones no consideran las relaciones de poder inter e intragenéricas que se ejercen al interior de la familia. Con esto quiero decir que el parto en casa no forzosamente ocurre libre de violencia, en tanto operan otras relaciones de poder vinculadas con el género y el papel que desempeñan las parturientas en la estructura familiar, lo cual puede ser más evidente entre la primera y la segunda generación reproductiva donde la suegra desempeñaba un rol hegemónico en la asistencia del proceso reproductivo. Ema, por ejemplo, relata algunas experiencias de cuando atendía partos en Teotitlán que dan cuenta de la violencia que, al menos en el pasado,

algunas veces las suegras o los esposos ejercían sobre las mujeres durante su trabajo de parto.

Ema: A veces sí entraban los esposos, las suegras, hasta a intentar pegar. O la mamá, iban por la mamá de la parturienta que no quería cooperar y llegaba la mamá queriendo pegarle. Me tocó todavía mucho esa época de la violencia a la hora del parto o la suegra regañando y eso. Y yo no permitía eso: *Por favor, déjennos solas.*

Daniel: ¿Y qué es lo que les decían las mamás o las suegras a las parturientas?

Ema: Pues regañándolas, gritándoles que cooperaran, que hay que saber ser mujer, que darle luz a su hijo, que no sé qué tantas cosas. Sí, todavía alcancé a ver eso, pero a mí no me gustaba y no lo permitía; las retiraba del cuarto o donde se está atendiendo, si acaso una persona, una cuñada o el marido, si la paciente lo quiere, porque muchos así lo piden, que el marido esté presente. Pero te digo, hay algunos que son violentos y se desesperan y se enojan, intentan pegarle a la esposa. Pero ahora ya no, ahora ya es diferente.

Finalmente, es posible apreciar que son dos las principales causas por las que las mujeres de la tercera generación decidieron buscar a una partera y atender su parto con ella: 1) por la ausencia de médicos en el centro de salud o porque no fueron recibidas en el hospital, como el caso de Petra (TDV) cuyo segundo parto ocurrió en el periodo vacacional y 2) porque sienten mayor confianza por las parteras y/o tienen miedo a los hospitales, como el caso de Domitila (TDV) y Victoria (SFL).³⁶

³⁶ Las otras tres mujeres que atendieron alguno de sus partos con parteras fueron Rosa y Antonia de la primera generación, para quienes las parteras eran los únicos recursos de atención realmente disponibles y más comunes para la atención de sus partos, así como Angélica (TDV, tercera generación), quien atendió sus dos partos con doña Marcelina porque sentía mucha confianza por dicha partera.

Cuidados y atenciones en el puerperio

En las páginas siguientes se exponen las prácticas que las participantes de la investigación relataron instrumentar para el cuidado de sus puerperios o cuarentenas. Durante el puerperio inmediato, que comienza después del alumbramiento y hasta las 24 horas después del parto, las mujeres que dieron a luz en hospitales permanecieron internadas y bajo vigilancia médica. Durante este lapso, se reporta que el personal de salud da a las puérperas las indicaciones para cuidar y atender “correctamente” de los neonatos. En la propia percepción de las mujeres, las atenciones en este periodo están enfocadas más en el cuidado de los hijos que de las recién paridas; al igual que la atención que posteriormente tienen en los centros de salud de su localidad.

Emilia: Después [de mi parto], en la mañana pasó la ginecóloga, el pediatra y el de nutrición, ahí en el cuarto. A mí me tocó un cuartito donde estábamos dos. Nos decían cómo cuidar al bebé, que sus ojitos como que les temblaba, que eso era normal, que no nos asustáramos, que el alimento, que la leche materna era muy importante para la nena. Creo que realmente es más para los bebés que para el cuidado de nosotras; el primer día era como cuidado de no esforzarte mucho al levantarte y así, lavarte bien la herida, esas eran las indicaciones para mí. Ya al día siguiente dicen: *Ya te puedes valer por ti misma.*

De acuerdo con la NOM-007, el egreso de las mujeres debe efectuarse hasta haber transcurrido 24 horas después del parto; sin embargo, en algunos casos algunas mujeres reportaron haber sido dado de altas sin haber cumplido siquiera 12 horas, principalmente por la falta de camas en los hospitales públicos, especialmente en el Hospital General.

Mónica: Nació mi hijo como a las 6:05 de la mañana y ya de ahí pues nada más en todo lo que nos acaban de hacer. De ahí como a las ocho de la mañana me llevaron a un pasillo donde ya estaban varias señoras que ya estaban en recuperación. Ahí me

tuvieron y me dijeron que yo me sentara despacio en la cama, me senté en esa camilla despacito y ya ahí me estuvieron preguntando: *¿Le duele la cabeza?, No, ¿No se marea?, No.* Y ya fue que me dijeron: *Ahora, quiero que se pare despacio.* Y me paré, pero sí, obvio estaban cuidándome y ya fue que: *¿No se marea?, No, ¿No le duele la cabeza?, No, ¿No tiene ganas de devolver?, No,* Entonces siéntese ahí. Caminé y ya me senté ahí. La verdad yo de ahí no, yo nunca me acosté ahí, me tuvieron sentada, sentada y sentada y eso fue lo que me habían dicho que después eso tenía consecuencias, porque me tuvieron sentada todo el tiempo; antes de tener a mi hijo parada y después sentada. Y ya de ahí como a eso de las 12 del medio día ya fue que me dijeron que me iban a dar de alta porque no había camas y no había lugar para mí, mejor que me fuera yo a mi casa, que iba a estar más cómoda en la casa. Ya de ahí ya le avisaron a mi esposo que me tenían que dar de alta y que ya me tenía yo que venir y todo.

Por otro lado, las mujeres que atendieron su parto con parteras reportaron formas de vigilancia del puerperio inmediato distintas en cada generación. Las mujeres de la primera generación reportaron haber permanecido en casa de la partera (o en el caso de Rosa en el sanatorio de Petronila) durante tres días, donde la misma partera las alimentaba y auxiliaba en el cuidado de los recién nacidos. Para el caso de Marcelina (TDV) se reporta que en el pasado bañaba a las mujeres al tercer día después del parto y después de dicho baño las puérperas podían salir de su casa: “Doña Marcelina me daba mi desayuno, mi comida y mi cena. Tres días voy a estar ahí, al tercer día yo me voy a bañar y ya me salgo” (Antonia, TDV).³⁷ Finalmente, las mujeres de la tercera generación que atendieron sus partos en su propia casa reportan que las mujeres estuvieron al pendiente de ellas principalmente durante el día después del parto.

Una vez que las mujeres terminan su puerperio inmediato, las principales prácticas de cuidado reportadas fueron guardar reposo y “no hacer cosas pesadas”, como barrer, lavar ropa, hacer los quehaceres domésticos, no agacharse ni levantar

³⁷ Se reporta esta práctica para los partos que atendió Marcelina en las décadas de los setenta y ochenta; sin embargo, conforme la partera fue envejeciendo dejó de atender a las mujeres en su casa durante los tres días después del parto, como se muestra en la experiencia del primer parto de Domitila en 2017.

cosas pesadas. Estas prácticas de cuidado fueron una constante en las tres generaciones y en ambas localidades.

Judith: Aquí [a la casa] llegué como a las doce, entonces me dijeron que descansara, que tratara de dormir y, como ya no tenía ningún dolor, entonces sí dormimos casi toda la tarde. Pues aquí tienen esa costumbre de que encuantito nace tu bebé no puedes hacer nada, todo el tiempo tienes que estar descansando o en reposo, estar con tu bebé. Y pues sí, estuve aquí con mi nena, con mi esposo, pues casi no me dejaban salir afuera del cuarto con ella hasta que cumpliera una o dos semanas, hasta que estuviera un poquito mejor y pues tampoco me dejaban ir a la cocina, me traían todo a la cama, el desayuno, la comida, me hacían atoles para tener más leche.

Emilia: No podía cargar cosas más pesadas que la nena, agacharme, sentarme, acostarme con las piernitas así juntas, porque según lo de antes era que tu cuerpecito se abre, entonces si tú haces cualquier esfuerzo como si nada, entra aire y queda la pancita como grandecita

Antonia (1era generación) relata que anteriormente en TDV, por instrucciones expresas de la suegra, el puerperio era un periodo de reposo absoluto y no salían de casa con el propósito de “aliviarse maciza”; es decir, recuperar las fuerzas y así evitar futuros padecimientos. La misma Antonia considera que actualmente las mujeres que tienen hijos se cuidan menos que antes, porque “ahora si el bebé nació hoy mañana ya están afuera”.

Otras prácticas de cuidado reportadas en menor medida fueron el aseo diario, alimentarse bien y vendarse. El aseo diario no es una práctica que se haya reportado entre las mujeres de la primera generación. Asimismo, algunas mujeres de TDV reportaron fajarse con un zoyate, que es una faja tejida con palma. Éste les ayuda a tener fuerzas para cargar al neonato y evitar el paño en el rostro.

Natalia: Yo me fajo con lo que normalmente usan acá, un zoyate de palma.

Leonor: Pero ahora nosotros le ponemos un forro [de tela] para que no nos lastime, porque antes no y entonces lastimaba por lo que no tenía forro. Eso se lo aprieta uno bien, porque ahorita, bueno, yo como tuve una experiencia al tener cesárea, tienes anestesia, normalmente yo tuve dolor de espalda, entonces mi mamá me recomendó amarrarme.

Daniel: ¿Y para qué sirve amarrarse?

Leonor: Sirve porque a veces uno hace fuerzas y te ayuda mucho. Además, todo el paño que tiene uno [en la cara], a veces por el dolor de la espalda, por eso sale estas manchas y ahorita dicen que hay pomadas, que hay esto, pero no cura para nada, porque esto ya es dolor de espalda. Por eso ahorita a ella [a Natalia] le digo, por lo que se sienta, le da pecho al bebé, que se amarre porque el dolor lo tiene uno acá. Sí, porque ya le vi una manchita, por eso le estoy recomendando que se amarre.

Las teotitecas refieren que anteriormente las mujeres se fajaban con este objeto por el resto de sus vidas después de tener hijos, Leonor (2da generación), por ejemplo, reporta que aún se faja con el zoyate; sin embargo, actualmente las mujeres lo emplean sólo algunos meses o hasta uno o dos años después de sus partos, principalmente porque les incomoda y les causa comezón.

Los cuidados en el puerperio, como sucede en el embarazo, están condicionados por la estructura familiar, de manera que las mujeres que viven con sus madres y/o suegras pueden tener mayor reposo que aquellas que son el sustento de la familia y deben salir a trabajar o bien que no pueden dejar de realizar los quehaceres domésticos.

Jimena: Como de ellos dos [los hijos mayores] estaba yo [viviendo] con mi suegra, pues ya era de que puro de que no hiciera esto, no hiciera lo otros. Y mi mamá apoyaba a mi esposo, porque como mi esposo igual nos cuidaba y él tenía que trabajar, del primero pues era mi mamá la que le decía a mi esposo: *Tú lava la ropa del nene, yo me llevo la de ustedes*. Ya mi suegra era la que cocinaba, la que limpiada, entre todos. Ya poquito a poquito empecé yo a hacer mis cosas.

Respecto a la atención posparto que se instrumenta por parte de los servicios públicos de salud, aunque en la normatividad oficial se considera la realización de dos consultas posnatales (una dentro de los primeros 15 días y la segunda al final del puerperio) (SSA, 2016), las mujeres entrevistadas reportaron asistir a los centros de salud locales principalmente para la revisión, vacunación y tamiz neonatal de los bebés y no tanto para el chequeo de sus puerperios, aunque en las mismas entrevistas refirieron una serie de recomendaciones emitidas por el personal de los centros de salud, por ejemplo, para el óptimo amamantamiento. En el caso de aquellas mujeres a quienes les practicaron cesárea, sí se reporta que acuden a revisión para dar seguimiento a la herida y retirar los puntos.

Por otro lado, respecto a la práctica tan extendida entre los países hispanicos de emplear calor durante el puerperio sea en forma de baño caliente en agua o de vapor (Cosminsky, 1992), en Lachigoló se reportó el empleo de diferentes hierbas para hacer un agua de cocimiento y después bañarse con ésta, aunque se reportaron dos diferentes modalidades de este baño: sólo con el vapor de agua o vertiendo directamente sobre el cuerpo de la mujer el agua de cocimiento. Se observa que esta práctica era común anteriormente en SFL, aunque en la actualidad los baños de hierbas ya no son muy comunes, pues sólo tres mujeres de la tercera generación (Inés, Jimena y Victoria) y una mujer de la segunda (Mónica) reportaron haber realizado esta práctica. Sin embargo, no cuento con los datos suficientes para ofrecer alguna explicación sobre por qué esta práctica entró en desuso.

Inés: A mí me hicieron un baño de hierbas al mes de mi parto. Fue mi suegra quien puso las hierbas, pero el que las trajo fue su tío de mi esposo, trajo muchas hierbas, pero no sé cuáles.

Daniel: ¿Cómo era este baño de hierbas?

Inés: Me tenía que bañar con lo calentito y ya de ahí me que me pegaran con las hierbas. Ponían a hervir las hierbas y ya que estuviera tibia, la dejaban entibiar y ya de ahí me bañaban y me pegaban. Y después me dieron a tomar de esta misma hierba, hirvieron un poco y me lo tomé.

Mónica: Ya de ahí me vino a bañar mi mamá con hierbas,³⁸ ése fue el cuidado de los 40 días. Me bañó con hoja de carrizo, cáscara de naranja, una hierba que se llama *botonchihuite* y chamizo, con eso me estuvo bañando mi mamá, tanto a mí como a la bebé. Y de esa misma agua que me bañaban, bueno, de esa misma agua que iba a ocupar para bañarme, esa misma agua estuve tomando los tres días que me bañó con agua de cocimiento, que le dicen. Ya de ahí no tenía que tomar pecho durante dos horas, hasta después se le daba pecho a la bebé, tres días me hicieron eso.

Daniel: ¿Por qué no podía darle pecho?

Mónica: Porque me bañaba con agua muy caliente, lo más caliente que el cuerpo aguantara, porque esa agua caliente hacía que yo sudara, me metían adentro de una cobija para que yo sudara, por eso es que me decían que la bebé no tenía que tomar pecho, porque estaba yo sudando.

La misma Mónica reportó que esta forma de baño es diferente a la que realiza Luisa, una de las parteras de Lachigoló. La partera, a diferencia de la madre de Mónica, no vierte directamente el agua sobre el cuerpo de las puérperas, sino que la pone en una tina, mete a las mujeres y las cubre con una sábana para que les dé el vapor caliente. Esta misma forma de baño también la relató Victoria:

Victoria: Después del parto Luisa me dio un baño de cerrada. Puso a cocer hierbas, no me acuerdo cuáles, pero puso muchas hierbas y las puso a hervir. Ya que estaban calientes, en una tina me metió y puso agua, lo más caliente que aguantó mi cuerpo, me puso una sábana y me quedé ahí el tiempo que aguanté. Ya cerró mis poros, cerró mis cuerdas, cerró todo.

Por su parte, Elisa no se bañó con hierbas en su primer parto, pero cuando concluía el trabajo de campo, doña Adela, su madre, decía que esta vez sí quería bañarla porque había hecho un mayor esfuerzo que en su parto anterior. Adela relata que una de las razones por las que no había bañado a su hija con hierbas después de su primer parto era porque no sabía qué plantas debía usar, hasta que una de sus

³⁸ Mónica y su madre son originarias de Santa Cruz Papalutla, una comunidad cercana a SFL.

vecinas le explicó que se trataba de hierbas “de aire”, como la ruda, el estafiate, la hierba del cáncer, entre otras. Adela también reportó que después de su tercer parto, cuando tuvo la experiencia de muerte perinatal, como la dieron de alta del hospital sin que la herida de la episiotomía cerrara, se lavó con hierba del cáncer, marrubio y otras plantas, hirviéndolas con jabón de pasta y después de lavarse empleaba un antiséptico.

Por otro lado, en Teotitlán sólo dos mujeres (Petra y Domitila) reportaron haberse bañado con agua de cocimiento; la primera por instrucción de la suegra y la segunda porque fue Ana, la partera, quien la bañó. Actualmente esta práctica en TDV está prácticamente en desuso; sin embargo, casi todas las participantes reportaron haberse metido al temazcal al menos una vez después de sus partos, práctica que en SFL no se encontró.

Diferentes personas en TDV tienen temazcales en los patios de sus casas que prestan cuando las mujeres están “recién aliviadas”. El temazcal es una especie de pequeña casa de adobe con una entrada pequeña por donde se tiene que acceder gateando. Al lado de la casita hay un espacio donde se ponen las brasas y por dentro del temazcal hay un hueco que comunica con ese espacio. Desde ahí se va echando el agua para que se produzca el vapor y se regule la temperatura del temazcal. Cuando éste va a utilizarse, temprano se prende para que se caliente a lo largo del día y esté listo para usarse por la noche. Los hombres de la familia van al cerro a conseguir el pipe y el chamizo, dos plantas que se requieren para realizar el temazcal. Cuando ya está caliente el temazcal se acomoda el chamizo en el interior a manera de alfombra, sobre el cual las mujeres pueden recostarse. También se mete una tina con agua caliente y una cubeta de agua fría. El agua caliente es para que las mujeres puedan bañarse dentro del temazcal y el agua fría para echar a las brasas y regular el vapor. Afuera del temazcal se extienden algunos petates de palma y sobre éste se colocan las cobijas que ocuparán las mujeres para cubrirse al salir del temazcal. La entrada se tapa con un pequeño petate a manera de puerta. Una vez que todo está listo puede ingresar la madre o el neonato. En mi

diario de campo registré la siguiente descripción cuando la familia Martínez me invitó al temazcal que le hicieron a Natalia:

Llegó la señora que le ayudaría a doña Leonor en el temazcal. Ambas señoras antes de meterse se hicieron con sus trenzas un chongo hacia el frente y se cubrieron la cabeza con una prenda. Al preguntarles por qué lo hacían, me dijeron que para que su cabello no se mojara, que de todos modos se moja, pero que no es tanto. En cuanto el temazcal estuvo listo metieron al bebé, lo desvistieron adentro del temazcal, lo persignaron y empezaron a bañarlo. Mientras, la puerquita del temazcal permaneció abierta y pusieron una vela adentro para alumbrar. Después de que lo bañaron pidieron que se cerrara la puerta del temazcal con un petate y ya no pude observar, pero escuchaba cómo meneaban el pipe para producir calor y, según cuenta doña Leonor, le pasaron muy suavemente las hojitas por su cuerpo. Después de que sacaron al bebé lo envolvieron en varias cobijas y se lo llevaron hacia la casa de Natalia.

En seguida llegó la consuegra de doña Leonor (la suegra de su otra hija, Karla) con sus propias cobijas. Su hija se metió al temazcal. Después se metió Natalia, ella también se tapó la cabeza. Estuvo adentro un buen rato; primero se bañó y después se escuchaba cómo la “cocían”³⁹ con las hojas de pipe. Todo este tiempo estuvieron comunicándose en zapoteco. Las señoras que estaban cociendo a Natalia decían constantemente *Nixh teyn*, que está “sabroso” el temazcal, refiriéndose a que estaba caliente.

Cuando alguien sale del temazcal se acuestan en el petate que se pone afuera y se tapan bien con las cobijas, se cubren completamente, algunas sólo dejan ver un poco de su rostro. Después de que se hayan enfriado un poco caminan, aún con la cobija puesta, hacia el cuarto de Natalia, donde pueden ponerse su ropa.

Parece que el temazcal es un espacio casi exclusivamente femenino. Todas las mujeres se metieron, mientras que el consuegro y el papá de Natalia se quedaron afuera. Ellos dicen que es poco común que los hombres quieran o les guste meterse al temazcal. Don Ernesto, el consuegro, dice que él nunca se ha metido.

(Diario de campo, 11 de noviembre de 2018, Teotitlán del Valle, Oax.)

³⁹ En Teotitlán dicen “cocer” a las mujeres adentro del temazcal, refiriéndose al hecho de pasar las ramas de pipe por el cuerpo después de agitarlas en la parte superior dentro del temazcal, donde se calientan con el vapor. Al pasar las ramas por el cuerpo, éstas se sienten muy calientes y se produce calor en el cuerpo.



Temazcal en Teotitlán del Valle

No todas las mujeres refirieron haber metido también a los neonatos al temazcal, de hecho no es lo más común. Leonor dice que a ellos sólo les pasan la hoja por el ombligo para que se calienten, pero son los primeros en entrar para que el temazcal no esté muy caliente. Quienes se meten al temazcal no deben ingerir alimentos ni bebidas frías durante la noche en que se metieron, tampoco deben bañarse al día siguiente ni tocar agua fría, pues se considera que el cuerpo está caliente. Para el caso de Natalia, hicieron el temazcal tres noches seguidas; ella se metió los tres días, pero al bebé sólo lo metieron el primero y el tercer día. Otras mujeres reportaron meterse entre dos y cinco días. Ésta práctica puede realizarse unos días después del parto o al término de la cuarentena cuando las mujeres dieron a luz de forma vaginal y para quienes tuvieron cesárea se recomienda esperar dos o tres meses para meterse al temazcal para evitar que la herida se abra o se infecte.

Edith: Al temazcal me metieron ya hasta los dos meses por lo de la cesárea, por la herida. Me decían que por la herida y que no se vaya a abrir, no se vaya a infectar. Si

hubiera sido parto natural luego luego como a los tres días ya me mandan al temazcal. En caso de cesárea esperan a que la herida se haya cerrado.

De acuerdo con las participantes, meterse al temazcal sirve para calentar la espalda, el hombro y el pecho, lo cual ayuda a producir más leche. También se considera que éste ayuda a las madres y a los neonatos a “ponerse macizos”; es decir, a fortalecerse. En este sentido, se piensa que los bebés son “tiernitos” cuando nacen.

Aurelia: El temazcal es como para cerrar los poros de una persona, porque dicen que cuando te alivias pues se abre todo el cuerpo, se abre la sangre. Y para que uno pueda quedar bien pues el temazcal ayuda a recuperar bien el cuerpo, para que cuando ya se acompleten los cuarenta días pues ya uno se sienta bien y puede empezar a hacer los quehaceres.

Leonor: El temazcal ayuda a calentar en el hombro y en el pecho, por eso el niño ahorita se tuerce mucho, por lo que se enfría el pecho. Y ahí se calienta uno y hasta los bebés se meten, porque muchas veces en el ombligo se penetra aire en ellos y por eso también se tuercen [...] Yo también estuve un mes y luego me metió mi mamá al temazcal cinco días seguidos. A mi niña también la metieron la primera vez al temazcal, porque igual me decían que se amacizan y así no se van a enfermar mucho. Y es cierto, porque mis hijas no se enferman demasiado.

Daniel: Cuando dice que se amacizan, ¿a qué se refiere?

Leonor: Se ponen fuertes, se fortalecen, no salen debiluchos, a eso se refieren. Porque los bebés son tiernitos cuando nacen.

Antonia: Cuando te metes al temazcal dos personas están ahí, uno va a echar el agüita ahí para que salga el vapor y otro te va a atender, pegarte con esa hoja *bala biby*, con ese te pegan pa'que te pones maciza. Y sale el vapor caliente caliente, hasta donde te aguantas.

De esta manera, aunque se reporta que anteriormente las parteras se metían al temazcal con las puérperas, el temazcal es una práctica que se concentra en el nivel de autoatención o de medicina doméstica, en tanto quienes acuden a conseguir las hierbas necesarias son los varones y quienes lo queman son las mujeres de la familia. Por lo general, es la madre o suegra de la puérpera quien entra a “cocer” a las puérperas y en ocasiones se busca a una segunda mujer que ayude, quien generalmente es una señora de edad avanzada con amplia experiencia en la realización de temazcales, pues debe permanecer y aguantar mucho tiempo adentro.

Asimismo, una mujer de TDV me contó que cuando se hacen los temazcales para las puérperas no puede entrar nadie más “porque la mujer recibe esa frialdad”, aunque esto no ocurrió así en el temazcal que pude observar y registrar. Por su parte, otra mujer relata que “mucho antes” las mujeres se metían al temazcal después de la cuarentena y adentro se bañaban con agua de hierbas.

Por otra parte, todas las mujeres en TDV reportaron haber tomado un té conocido con el nombre de *xcuan gusan*, cuyo significado en español sería hierba de la aliviada, de la puérpera o de la recién parida. Se trata de un té muy amargo que, de acuerdo con las participantes, sirve para limpiar y purificar la “panza”, el vientre, las tripas, el estómago, “para sacar toda la suciedad del cuerpo”, para limpiar la sangre o los coágulos que hayan quedado adentro, así como los restos de placenta que hubieran quedado; es decir, que dicho té contribuye en palabras biomédicas a la expulsión de los loquios. En este sentido, parece que la mayor parte de las participantes no hace una distinción anatómica entre los sistemas digestivo y reproductor, como se ha evidenciado en otras investigaciones con poblaciones indígenas (por ejemplo, Güémez, 2007 entre los mayas peninsulares), sino que se conciben como uno mismo; aunque también esta concepción de “adentro” y “panza” o “estómago” puede tratarse de una transliteración del zapoteco, pues el término *læ'n*, que quiere decir estómago se ocupa para referirse al interior de las cosas o espacios.

Las teotitecas suelen tomar el *xcuan gusan* durante tres días, algunas mujeres dos veces al día, uno en la mañana –en ocasiones en ayunas– y otro en la tarde. Por lo general se toma los primeros días o la primera semana después del parto, aunque hay quienes lo toman al meterse al temazcal; es decir que las temporalidades no están muy definidas y depende de cada familia. Las curanderas y hierberas de la comunidad son quienes venden estos tés.

En SFL, Rosa reportó que en el pasado las mujeres acostumbraban tomar la hierba sana,⁴⁰ que su madre todavía lo tomó, pero que ella ya no. Sin embargo, en Lachigoló se reportaron otros tés, como el de semilla de aguacate y el de ruda con Santa María, que suplen la función del *xcuan gusan*, es decir que contribuyen a la expulsión de los loquios.

Mónica: Mi suegra me dio de ese té amargo e igual mi mamá, ése de ruda con hierba Santa María. La ruda dice que es para que se limpie todo el estómago que carga toda esa sangre que ahí se coagula y la hierba Santa María, como es amarga, esa también nos ayuda a que amacice luego el estómago, para que cicatrice pues.

También en Lachigoló, Adela pone de manifiesto una probable pérdida de saberes respecto a las plantas medicinales de la región al referir que a su madre sí le dieron tés durante sus puerperios, pero cuando ella parió su mamá le dijo que ya no se acordaba cuáles hierbas le daban. En este sentido, es posiblemente la cercanía de SFL con la Ciudad de Oaxaca y su grande crecimiento urbano-demográfico una de las causas por las que en esta localidad los denominados conocimientos tradicionales sobre el uso terapéutico de las plantas fuera cayendo en desuso, en contraste con Teotitlán, donde presumiblemente este tipo de saberes está más vigente.

Finalmente, respecto a la alimentación en el puerperio, se reportó que las mujeres evitaban alimentos irritantes o muy condimentados, como el chile, el frijol, el limón y la carne de puerco. Para estas normas de alimentación durante la

⁴⁰ *Xcuan gusan*. Ana, la partera, también la llama “cuanasana”.

cuarentena se reportaron diferentes y variadas razones, las cuales podemos ubicar en dos grupos: aquellas que buscan la pronta y óptima recuperación de la madre, así como evitar que las heridas de cesárea y episiotomía se infecten, y, por otro lado, aquellas normas relacionadas con el amamantamiento.

Para la pronta recuperación de las mujeres después del parto, en general se reportó el consumo de caldos, pues estos ayudan a fortalecer el cuerpo. Además, entre las prohibiciones de alimentación aparecieron el no consumo de nopal, porque éste es “inconoso”, es decir que puede causar inflamación o infección. Mónica refiere también una prohibición de frijol “porque provoca muchos gases y uno se llena mucho de aire”. Asimismo, dos mujeres de SFL (Elisa y Mónica) reportaron que las puérperas deben evitar comer cosas blanditas, pues deben comer más bien alimentos tostados.

Elisa: Por lo regular me daban más verdura, que caldo de pollo o caldo de cualquier carne, fruta, mis atoles y tortilla; nada más que blandita por lo general casi no me daban, por lo regular me daban más tostadas, el pan igual como más tostadito.

Daniel: ¿Por qué no blandito?

Elisa: Mi abuelita luego decía que porque apenas está fresca la herida y todo eso. Pues para ellos lo más recomendable es que no coma uno blando, sino que más tostadito y fue así como mi mamá también me daba también, porque como mi abuelita atendió a mi mamá así era de esa manera, ahora lo mismo hizo mi mamá conmigo.

Por otro lado, se reportó en menor medida el no consumo de bebidas ni alimentos considerados fríos, como el chepil, pues se piensa que el cuerpo de las mujeres después del parto es caliente. Lo anterior está profundamente relacionado con la noción de lo frío y lo caliente ampliamente distribuida entre los pueblos de herencia mesoamericana. También, una constante en la alimentación de las puérperas fue la ingesta de atoles, los cuales se consideran beneficiosos para el amamantamiento porque ayudan a producir leche.

Con todo lo anterior, podemos concluir que el puerperio es posiblemente la fase del proceso reproductivo menormente medicalizada. Durante este periodo el protagonismo que el saber biomédico tiene en el embarazo y el parto parece desvanecerse considerablemente y, aun cuando existe una normatividad que establece el seguimiento de las mujeres durante los 42 días después del parto (SSA, 2016), los testimonios de las mujeres participantes en la investigación sugieren que la atención médica está mucho más enfocada en el neonato que en las propias mujeres. Asimismo, las prácticas de atención durante el puerperio recaen esencialmente en el contexto doméstico; es decir, en la estructura de autoatención (Menéndez, 1983, 2003), donde las madres y/o suegras desempeñan una función fundamental en tanto son ellas quienes orientan la conducta de atención durante dicha fase del proceso reproductivo.

Por otro lado, es posible apreciar que durante el puerperio representaciones “tradicionales” vinculadas con lo frío y lo caliente están profundamente relacionadas con las atenciones y cuidados que las mujeres instrumentan durante sus cuarentenas, lo cual incide por ejemplo en la alimentación. A diferencia del embarazo, donde los testimonios muestran que las mujeres más jóvenes cuestionan la validez de las representaciones de los alimentos como “pegajosos” o “resbalosos”, no se aprecia en los testimonios de las participantes que éstas cuestionen de forma importante las representaciones vinculadas con lo frío y lo caliente ni la eficacia de prácticas como el temazcal o el baño de hierbas.

Amamantamiento y cuidados del neonato

La atención del puerperio está profundamente vinculada con las primeras atenciones del neonato, con su amamantamiento y cuidado. Aquí también el saber de las madres/suegras cobra un papel relevante en tanto se trata de mujeres que han tenido una vasta experiencia en la crianza y asistencia de los infantes, principalmente para las madres primerizas, quienes reportan muchas veces sentirse

con poca confianza y con pocos conocimientos para hacer frente al cuidado de sus hijos.

Emilia: Como mamá primeriza sí fue muy difícil, porque ella se empachaba, tenía como airesitos y no sabíamos cómo sacarle el airesito. Lloraba y lloraba y lloraba. Entonces venía la madrina Patricia y le daba algún tecito de ciruela pasa o le daba golpecitos, ella sabía cómo, como que ella es muy profesional, le daba sus golpecitos y ya sacaba el aire.

Las participantes de la investigación reportaron que el personal médico de los hospitales donde atendieron sus partos les explicó cómo debían amamantar a sus bebés, cómo cargarlos y cómo cuidar de ellos en general. Asimismo, durante las consultas posnatales que las mujeres realizan en los centros de salud locales, el personal médico emite recomendaciones diversas respecto al cuidado de los infantes, por ejemplo, para evitar los cólicos. Se puede observar que, a diferencia del embarazo donde las recomendaciones del personal médico no se contraindicaban con las que emiten otros actores, durante el puerperio las recomendaciones que se dan en los hospitales o centros de salud algunas veces son contradictorias con el saber de otras mujeres; por ejemplo, Elisa (TDV) reportó que en el hospital le sugirieron no ponerle fajero al neonato, práctica muy común en la región.

Daniel: ¿Cómo fueron los primeros cuidados de tu bebé?

Elisa: Pues al momento de llegar a la casa que la cargaran con cuidado, que la agarraran desde su cabecita y todo eso. Con su ombligo me dijeron que yo se lo lavara, que después de que se bañara que se lo secara yo y que le pusiera *Merthiolate*. Mismo en el hospital me dijeron eso. Y lo que me dijeron también es que yo no le pusiera fajero para que no se le aplastara [su ombligo]. Pero aquí dicen que el fajero es para que no se les salte su ombligo, pero pues en el hospital me dijeron que no lo amarrara y pues no lo amarraba.

Las parteras son otro actor que da recomendaciones diversas para cuidar de los neonatos. Por ejemplo, Ana, cuando asistimos a ver a Natalia después de su parto le recomendó que si el bebé está mamando y ya no sale leche sino aire, es mejor darle un té, pues el aire es el que provoca los cólicos y malestares estomacales en el infante. La misma partera instruyó a Natalia sobre cómo debía limpiar el ombligo de su hijo para evitar alguna infección.

Asimismo, muchos de los alimentos que las mujeres pueden o no comer durante el puerperio y el periodo de amamantamiento están íntimamente vinculados no sólo con la adecuada recuperación de ellas, sino también con lograr que la lactancia sea más efectiva y evitar que el neonato tenga algunos padecimientos. Tanto en TDV como en SFL se reportó que las mujeres que amamantan evitan comer chile y limón debido a que se puede provocar un empacho en los lactantes.

Natalia: Me dijeron que no comiera yo chile ni que tomara agua fría, limón, eso nada más, porque en el centro [de salud] me dijeron que podía yo comer de todo, hasta carne de res, de puerco, todo eso.

Daniel: ¿Por qué no puedes comer chile, agua fría ni limón?

Natalia: Para que no se irrite su panza del bebé, por lo que le estoy dando de amamantar. Eso me lo dijeron en el centro [de salud] y la comadre Ana.

Asimismo, Elisa (SFL) reportó que le decían que no comiera mucho limón para que la leche no se “cortara”. Por su parte, Angélica (TDV) cuenta que no la dejaban tomar cosas frías porque como estaba amamantando su hijo podría enfermarse de tos. En general, para producir más y mejor leche, en ambas comunidades está muy difundido el consumo de diversos atoles. Por lo general, los atoles no se nixtamalizan, sino que se hierva el agua y cuando está hirviendo se vierte el maíz; sin embargo, se reportó la existencia de un atole de nixtamal que resulta ser muy eficaz para cuando los bebés no quieren mamar o para producir leche de mejor calidad. Para hacer este atole es necesario primero nixtamalizar la masa y después molerla. Se considera que este atole, además de tener la cualidad de ser “caliente”

y “no enfriar el estómago”, por tener cal le proporciona calcio al bebé; en este sentido, puede apreciarse una síntesis entre la noción tradicional de lo frío y lo caliente con una concepción más biomédica relacionada con los nutrientes, en este caso el calcio.

Finalmente, es preciso recordar que tanto los baños de hierbas como el temazcal contribuyen no sólo a la óptima recuperación de las puérperas, sino también a un mejor amamantamiento de los neonatos, en tanto se contribuye a la producción de más y mejor leche. Incluso, hay mujeres que reportaron haberse lavado solamente los pechos con agua de cocimiento con el propósito de amamantar mejor.

En conclusión, los neonatos son sujetos de atención de las propias madres, cuyos cuidados propios (temazcal, baños, dieta) están profundamente asociados con la prevención de enfermedades en sus hijos, pero también son sujetos de intervención biomédica, de manera que durante el puerperio las propias mujeres consideran que los médicos enfocan más su atención en los infantes a partir de la atención pediátrica, pruebas diagnósticas como el tamiz neonatal y la regulación del “correcto” amamantamiento. Al respecto, trabajos como el de Mari Luz Esteban (2000, 2003) se han referido a la medicalización de la lactancia, apuntando que es el personal biomédico quien establece el momento de la primera toma, la introducción o alternancia de la lactancia artificial, así como el momento y forma de introducción de alimentos sustitutivos (2003: 7).

Comentarios finales

A lo largo de este trabajo he intentado dar cuenta de los recursos de atención al proceso reproductivo disponibles y utilizados por un grupo de mujeres de dos localidades del Valle de Tlacolula muy cercanas a la Ciudad de Oaxaca: Teotitlán del Valle y San Francisco Lachigoló. En dicha región es posible encontrar médicos, clínicas y hospitales tanto del sector público como privado, parteras, laboratorios clínicos, curanderas, temazcales, casas de parto, entre otros; los cuales podemos distinguir heurísticamente entre recursos biomédicos y tradicionales o populares.

Asimismo, he descrito los saberes y prácticas de atención y cuidado que se dieron en un grupo de 21 mujeres (doce en TDV y nueve en SFL) durante sus embarazos, partos y puerperios, evidenciando algunas transformaciones generacionales relacionadas con la *medicalización* del proceso reproductivo, como la institucionalización de las consultas de vigilancia prenatal, el aumento en el uso y la frecuencia de pruebas diagnósticas (ultrasonidos y análisis de laboratorio), el consumo de medicamentos y suplementos alimenticios, el reforzamiento de la noción de riesgo, la institucionalización del parto hospitalario, así como la realización de procedimientos e intervenciones de rutina durante la atención del nacimiento. En las siguientes páginas se desarrollan dichas *transacciones* de la biomedicina en las representaciones y prácticas de atención de las mujeres que participaron de la presente investigación para cada una de las fases del proceso reproductivo.

En primer lugar, durante el embarazo se puede apreciar que las mujeres han incorporado en sus trayectorias de atención prácticas como la consulta prenatal, los análisis de laboratorio y las ecografías, así como el consumo de ácido fólico y fumarato ferroso, prácticas que han terminado normalizándose como la forma “correcta” de atender dicho evento. De esta manera, mientras que las mujeres que se embarazaron hasta mediados de la década de 1980 reportaron no haber acudido a una vigilancia prenatal con médicos ni se realizaban ultrasonidos, las mujeres que actualmente se embarazan emplean recursos biomédicos tanto para confirmar

(pruebas rápidas de farmacia, estudios de laboratorio, ultrasonidos) como para atender y “controlar” sus embarazos. Esta medicalización del embarazo ha implicado un estilo de consulta que enfatiza los potenciales riesgos, reforzando el rol de paciente de las mujeres y convirtiendo un acontecer fisiológico en un evento fisiopatológico, lo cual a su vez justifica la realización de múltiples pruebas diagnósticas (ecografías, estudios clínicos), cuyo número y frecuencia han aumentado significativamente entre las mujeres que atendieron sus gestas en la década de los noventa y quienes lo hacen actualmente. Al respecto, la realización de ecografías se ha normalizado tanto que incluso cuando el médico no las solicita, las propias mujeres acuden a instancias de atención privadas a realizárselas en tanto las consideran necesarias; lo cual nos indica un reforzamiento de la noción de riesgo durante el embarazo entre la población.

Otro indicador de la medicalización del embarazo en particular, y de la vida en general, es el hecho de que algunas mujeres jóvenes, quienes cuentan por lo menos con educación básica concluida, cuestionan la validez de una serie de representaciones populares relacionadas con la calidad de los alimentos como “pegajosos” o “resbalosos” y la eficacia de los mismos para facilitar o dificultar el trabajo de parto.

Por otro lado, el proceso de medicalización ha avanzado aún más todavía en el parto, pues las políticas de institucionalización del nacimiento son anteriores a la institucionalización de la vigilancia prenatal. En este sentido, a partir de los años 80 del siglo pasado ha existido un fortalecimiento importante de la atención hospitalaria del nacimiento en nuestro país, lo cual ha sido un dispositivo medicalizador que ha transformado el parto, que anteriormente era atendido en casa por la partera, en un acto semiquirúrgico donde se estandarizan y normalizan una serie de intervenciones como la episiotomía, el empleo de suero intravenoso y de oxitócicos. Es tal la normalización de dichas intervenciones, que actualmente la población se refiere a los partos normales como aquellos que han sido atendidos de forma vaginal, sin importar el grado de medicalización al que hayan sido sometidos.

Sostengo que la medicalización del proceso reproductivo en general, y particularmente del parto, ha acarreado una serie de *yatrogenesis* en el sentido en que Illich (1975) desarrolla dicho concepto, como una espiral autoreforzante de medicalización donde las intervenciones médicas producen efectos secundarios, construyen otras demandas de atención, refuerzan el rol de paciente y legitiman el monopolio del saber de los médicos.

Finalmente, como se ha observado en otras regiones del país, durante el puerperio las intervenciones biomédicas recaen, al menos en la propia percepción de las mujeres, más bien en los bebés (vacunación, tamiz neonatal) y no precisamente en las puérperas. En este sentido, las prácticas de atención al puerperio se concentran en ámbito doméstico o en la estructura de autoatención a partir de prácticas como los baños de hierbas, temazcales, así como la dieta y las restricciones alimentarias, donde las representaciones tradicionales sobre lo frío y lo caliente siguen desempeñando un lugar importante. En este sentido, es posible concluir que la medicalización del proceso reproductivo no es un fenómeno homogéneo en sus distintas etapas, sino que ha avanzado particularmente durante el embarazo y, aún más todavía, en el parto, mientras que el puerperio se sigue caracterizando por su perfil desmedicalizado donde son los recién nacidos los principales sujetos de intervención médica.

He sustentado la hipótesis de que con los procesos de medicalización el Estado, a partir de sus instituciones y de sus políticas de salud materno-infantil, va desempeñando un papel cada vez más relevante en la atención del embarazo y parto, lo cual contribuye a que el saber de los médicos desplace en buena medida al de las madres, suegras y parteras, pues son ellos quienes determinan cómo y cuándo han de atenderse los embarazos y partos. Sin embargo, en el puerperio las mujeres que se desempeñan como cuidadoras en el contexto doméstico vuelven a aparecer como protagonistas, en tanto la atención de dicha fase recae sobre su saber.

Asimismo, he dado cuenta de cómo las redes familiares desempeñan un papel central en la atención del E-P-P, pues la estructura familiar y el patrón de

residencia inciden significativamente en las prácticas que las embarazadas, parturientas y puérperas realizan o dejan de realizar. Al respecto, se hace evidente que aún en la década de los ochenta el saber de la suegra era hegemónico en la atención del proceso reproductivo, pues dadas las relaciones de poder intragenéricas al interior de la familia y la experiencia de las suegras en la atención de sus propias experiencias reproductivas, eran ellas quienes orientaban a las mujeres en sus trayectorias de atención. Sin embargo, actualmente, dado que las mujeres asisten cada vez más con el médico y siguen instrucciones del personal de salud, el poder del médico en los procesos reproductivos ha aumentado, así como la dependencia de las mujeres respecto a su saber, adquiriendo al mismo tiempo autonomía respecto de sus suegras, quienes han ido perdiendo el control sobre los procesos reproductivos de las nueras.

Sostengo que las mujeres más jóvenes prefieren y optan por la atención biomédica porque crecieron en un contexto de expansión de la medicina moderna, de forma que, a diferencia de las mujeres de mayor edad, acuden constantemente a los centros de salud, los cuales terminan configurándose como dispositivos medicalizadores no sólo del proceso reproductivo sino de otros procesos vitales, como la alimentación, la lactancia, entre otros. De esta manera, se ha construido y difundido una noción del embarazo y el parto como situaciones de riesgo que requieren ser monitoreadas por el médico, razón por la cual se han construido universos emocionales (Calderón, 2014) tales que hacen que las mujeres jóvenes sientan mayor confianza y seguridad si su parto es atendido en los nosocomios, donde en su propia percepción se cuenta con los instrumentos y la tecnología necesarios para hacer frente a cualquier emergencia obstétrica, percepción que difiere de quienes no crecieron en constante relación con médicos y que, por el contrario, reportan sentir miedo y/o desconfianza por ellos. No obstante, para comprobar o refutar dicha hipótesis sería aún necesario levantar y analizar mayor información sobre las preferencias de atención en diferentes generaciones. Lo cierto es que esta pesquisa ha dado cuenta de la penetración de la medicalización del proceso reproductivo en ambas localidades de estudio, no sólo como un proceso promovido por las instituciones públicas de salud, sino como un fenómeno en que

las mujeres participan activamente, de manera que se trata de un proceso que es asumido, normalizado y naturalizado por las mujeres que integran la tercera generación.

Por otro lado, la medicalización del E-P-P no sólo ha incidido en la forma y el lugar donde se atienden las mujeres, sino también en el trabajo de las parteras, tanto en su presencia en los procesos reproductivos como en la forma en que participan de los mismos. Al respecto, en este trabajo se evidencia un proceso de desplazamiento del ejercicio de las parteras principalmente en la atención de los nacimientos. Además, es posible identificar una serie de transacciones, tanto técnicas como ideológicas, de la biomedicina en el saber de las parteras, como la concepción biomédico-anatómica del cuerpo y el proceso reproductivo o el empleo de prácticas biomédicas y medicamentos como oxicíticos o suero por vía intravenosa. Sin embargo, considero que la medicalización de la partería guarda una serie de contradicciones, pues mientras se busca que las parteras incorporen conocimientos, técnicas y recursos biomédicos, se les desplaza de la atención de los partos y se constriñe el empleo de recursos farmacológicos por parte de éstas, lo cual ha permitido en buena medida que las parteras recuperen y reinventen algunos aspectos de la herbolaria tradicional, o bien que recurran a recursos de otras tradiciones terapéuticas de carácter más bien *New Age*.

Cabe recordar que una de las principales limitaciones de este trabajo es la carencia del punto de vista del personal médico y paramédico, lo cual sería indispensable para aproximarnos al problema de investigación desde una perspectiva relacional (Menéndez, 1994). También sería necesario incorporar la voz de los varones, pues si bien a lo largo de este trabajo se vislumbran algunos elementos para entender el papel de los hombres en los procesos reproductivos (seguridad social, relaciones de poder intrafamiliares, etc.), éstos no se profundizan. De esta manera, sería sumamente adecuado en futuras investigaciones ver las ausencias y presencias de los varones, así como la forma en que éstas orientan las trayectorias de atención y las condiciones de morbilidad materna.

Quisiera agregar, aunque con miedo de parecer obvio e ingenuo, que todas las mujeres que participaron en la presente investigación continuaron con sus vidas, sus hijos han crecido y algunas han ampliado sus familias: unas tuvieron más hijos y otras, más nietos. Después de haber concluido el trabajo de campo en enero de 2019 pude seguir en contacto con algunas de ellas gracias a las posibilidades que nos ofrecen las tecnologías y los medios de comunicación digitales. Supe, por ejemplo, que Ana siguió atendiendo partos de forma independiente y que actualmente es reconocida como partera por la Jurisdicción Sanitaria, de manera que ya puede expedir los certificados solicitados cuando las mujeres acuden con sus hijos al Registro Civil. Supe del triste fallecimiento de doña Marcelina, la partera mayor de la muestra de estudio. Supe también que Natalia volvió a embarazarse y que como una estrategia de prevención frente a la epidemia por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2 prefirió programar una cesárea en un hospital privado y así no poner en riesgo su salud ni la de su hijo.

He querido referirme a la fuerza del proceso y, con ello, al carácter procesual de los fenómenos que observamos. A dos años de haber concluido la investigación de campo, hoy la realidad es muy distinta de aquella plasmada en este trabajo. Por mencionar sólo dos ejemplos, quisiera decir que, como parte de las políticas promovidas por el gobierno de Andrés Manuel López Obrador, en enero de 2020 el Seguro Popular dejó de existir y fue sustituido por el INSABI, el cual ya no condiciona la transferencia de recursos económicos como lo hacía el programa antecesor. En segundo lugar, en marzo del mismo año la pandemia de COVID-19 llegó a nuestro país, lo que transformó radicalmente nuestras realidades, llevando nuestra vida tanto pública como privada al confinamiento. En este sentido, resulta profundamente significativo en la experiencia del autor haber concluido la redacción de este trabajo en unas condiciones diametralmente distintas a aquellas en que inició con la escritura de las primeras líneas.

Daniel Alavez Navarrete

Ciudad de México, 08 de diciembre de 2020

Referencias

ACEVES, JORGE (COORD.)

2012 *Historia oral. Ensayos y aportes de investigación. Seminario de Historia Oral y Enfoque Biográfico*, CIESAS-El Colegio de la Frontera Norte, México.

ALAVEZ, DANIEL

2016 *Tejiendo procesos de desarrollo: La gestión del patrimonio cultural inmaterial como herramienta para dinamizar procesos de desarrollo local en Teotitlán del Valle, Oax.*, tesis de licenciatura, UNAM, México.

ALFARO, ANA CRISTINA

2018 *Mujeres en búsqueda de atención no hegemónica en salud materna. El caso de la Zona Metropolitana de Guadalajara*, tesis de maestría, CIESAS, Guadalajara.

ARAYA, MARÍA JOSÉ

2011 *Parteras indígenas. Los conocimientos tradicionales frente al genocidio neoliberal*, Ediciones Abya Yala, Quito.

BARLEY, NIGEL

2019 *El antropólogo inocente*, Anagrama, Barcelona.

BAUTISTA, EDGAR Y OLIVA LÓPEZ

2017 “Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado. Dispositivos biopolíticos en salud”, en *Salud Problema*, Nueva Época, año 11, núm. 21, enero-junio, pp. 28-53.

BERDICHEVSKY, KARLA

2019 “Atención durante el parto”, ponencia, Simposio Salud sexual y reproductiva, Academia Nacional de Medicina de México A.C., México, disponible en: <https://youtu.be/Sa4TngdC72Y> (última consulta: 30 de junio de 2020).

BERRIO, LINA

- 2013 *Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero*, tesis de doctorado, UAM-I, México.
- 2014 “Trayectorias reproductivas y prácticas de atención a la salud materna entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero”, en Ángeles Sánchez (coord.), *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna en México*, UAM-Ítaca, México, pp. 211-243.
- 2015 “Diversidad de atención durante el embarazo y el parto: reflexiones sobre los saberes locales de mujeres indígenas”, en *Género y salud en cifras*, vol. 13, núm. 13, septiembre-diciembre, pp. 4-12.
- 2017 “Redes familiares y el lugar de los varones en el cuidado de la salud materna entre mujeres indígenas mexicanas”, en *Salud colectiva*, vol. 13, núm. 3, pp. 471-487.
- 2019 “La partería tradicional en México: un campo en disputa”, en Elsa Conde y Sofía Román (comps.), *La Partería Tradicional en la Prevención de la Violencia Obstétrica y en su Defensa como un Derecho Cultural*, CNDH, México.

BERTAUX, DANIEL

- 1989 “Los relatos de vida en el análisis social”, en *Historia y Fuente Oral*, núm. 1, pp. 87-96.

BLÁZQUEZ, MA. ISABEL

- 2005 “Aproximación a la antropología de la reproducción”, en *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, núm. 42, julio-agosto.

CALDERÓN, EDITH

- 2014 “Universos emocionales y subjetividad”, en *Nueva Antropología*, vol. XXXVII, núm. 81, pp.11-31.

CAMACARO, MARBELLA

- 2009 “Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica”, en *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, vol. 14, núm. 32, enero/junio, pp.147-162.

CAMPIGLIA, MERCEDES

- 2017 *La institucionalización del nacimiento. El vínculo roto*, tesis de doctorado, CIESAS, México.

CARRERA, CLAUDIA

- 2018 *La elección de una atención humanizada en tiempos de violencia durante el parto en la Ciudad de México*, Informe del proyecto de investigación: La partería en México desde el punto de vista de las usuarias, coordinado por Graciela Freyermuth, Observatorio de Mortalidad Materna-Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud A.C.-CIESAS. Disponible en: https://parteria-omm-ciesas.org/wp-content/uploads/2018/10/3.Informe_CDMX.pdf (última consulta: 25 de agosto de 2020).

CARRILLO, ANA MARÍA

- 1988 *Parirás con alegría... Un estudio sobre la persistencia de las parteras tradicionales en México*, tesis de licenciatura, UNAM, México.

CASTANEDO, CELEDONIO

- 2000 “Cómo cerrar asuntos inconclusos”, en *Revista Figura Fondo*, núm. 10, pp. 25-36.

CASTAÑEDA, XOCHITL

- 1992 “Embarazo, parto y puerperio: conceptos y prácticas de las parteras en el Estado de Morelos”, en *Salud Pública de México*, vol. 34, núm. 5, pp. 528-532.

CASTRO, ROBERTO; MARIO BRONFMAN Y MARTHA LOYA

- 1991 “Embarazo y parto entre la tradición y la modernidad: el caso de Ocuituco”, en *Estudios Sociológicos*, vol. 9, núm. 27, septiembre-diciembre, pp. 538-606.

CASTRO, ROBERTO Y JOAQUINA ERVITI

2015 *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, UNAM, Cuernavaca.

CHAMOUX, MARIE NOËLLE

1992 *Trabajo, técnicas y aprendizaje en el México indígena*, CIESAS, México.

CONNELL, ROBERT

1997 “La organización social de la masculinidad”, en Teresa Valdés y José Olavarría (eds.), *Masculinidad/es: poder y crisis*, Isis Internacional, Santiago de Chile, pp. 31-48.

COSMINSKY, SHEILA

1992 “La atención del parto y la antropología médica”, en Roberto Campos (comp.), *La antropología médica en México*, tomo 2, Instituto Mora-UAM, México, pp. 139-160.

DAVIS-FLOYD, ROBBIE

2005 “Daughter of Time: The Postmodern Midwife”, en *MIDIRS Midwifery Digest*, 15(1), pp. 32-39.

DEVEREUX, GEORGE

1994 *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*, Siglo XXI, México.

DÍAZ, LUIS

1991 “Prólogo a la edición española”, en James Clifford y George Marcus (eds.), *Retóricas de la antropología*, Ediciones Júcar, Madrid, pp. 9-19.

DÍEZ-URDANIVIA, SILVIA Y ALBERTO YSUNZA

2013 “Saberes en torno al embarazo, parto, puerperio y lactancia de mujeres mestizas afromexicanas e indígenas del estado de Oaxaca, México”, en Sara Pérez y Mabel Gracia (eds.), *Mujeres (in)visibles: género, alimentación y salud en comunidades rurales de Oaxaca*, Universitat Rovira i Virgili, Terragona, pp. 109-135.

DROVETTA, RAQUEL

- 2014 “Experiencias de embarazo, parto y puerperio en mujeres indígenas de la Puna jujeña. Un análisis intergeneracional”, en *Revista Cuestiones de Población y Sociedad*, vol. 4, núm. 4, año III, pp. 139-144.

EL KOTNI, MOUNIA Y ALBA RAMÍREZ

- 2017 “Actas que reconocen, actas que vigilan. Las constancias de alumbramiento y el control de la partería en Chiapas”, en *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. XV, núm. 2, julio-diciembre, pp. 96-109.

ELU, MARI CARMEN

- 1998 *La luz enterrada: estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala*, Fondo de Cultura Económica, México.

ESTEBAN, MARI LUZ

- 2000 “La maternidad como cultura. Algunas cuestiones sobre lactancia materna y cuidado infantil”, en Enrique Perdiguero y Josep Comelles (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Edicions Bellaterra, Barcelona, pp. 207-226.
- 2003 “El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud”, en *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, vol. 3, núm. 1, pp. 22-39.

FAGETTI, ANTONELLA

- 2008 *Saber, experiencias y vivencias de las parteras tradicionales en el estado de Puebla*, Servicios de Salud del Estado de Puebla, Puebla.

FLORES, CARMEN

- 2003 “Saber popular y prácticas de embarazo, parto y puerperio en Yahuío, Sierra Norte de Oaxaca”, en *Perinatología y reproducción humana*, vol. 17, núm. 1, pp. 36-52.

FOUCAULT, MICHEL

- 1990 *La vida de los hombres infames: Ensayos sobre desviación y dominación*, La Piqueta, Madrid.

FREYERMUTH, GRACIELA

2003 *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia, generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, CIESAS-Miguel Ángel Porrúa, México.

2018 “La partería en México hacia el siglo XXI”, en Graciela Freyermuth (coord.), *Los caminos para parir en México en el siglo XXI: experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*, CIESAS, México, pp. 11-21.

FREYERMUTH, GRACIELA E HILDA ARGÜELLO

2015 “Viejos y nuevos rumbos de la partería profesional en México”, en Georgina Sánchez (ed.), *Imagen instantánea de la partería*, El Colegio de la Frontera Sur-Fundación MacArthur-Asociación Mexicana de Partería A.C., San Cristóbal de las Casas, pp. 21-45.

GALANTE, MA. CRISTINA

2015 “Centro de Iniciación a la Partería en Oaxaca, de la organización Nueve Lunas”, en Graciela Freyermuth (coord.), *25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia*, Observatorio de Mortalidad Materna en México-CIESAS, México, pp. 225-231.

GÓMEZ, IRAZÚ

2017 *Echar valor. Parteras tradicionales en el contexto biomédico del sector salud*, tesis de maestría, UNAM, México.

GOOD, MARCIA

1997 “Parteras en Mérida. Una alternativa a la cesárea innecesaria”, en *Salud Problema*, núm. 2, Nueva Época, año 2, pp. 21-33.

GÜÉMEZ, MIGUEL

2007 “Partería y medicina alopática en Yucatán: hacia un modelo intercultural de atención a la salud reproductiva”, en Patrizia Quattrocchi y Miguel Güémez (coords.), *Salud reproductiva e*

interculturalidad en el Yucatán de hoy, ÁREAS-Universidad Autónoma de Yucatán-UNAM-Indemaya-CDI, Mérida, pp.15-50.

HERNÁNDEZ, JOSÉ MANUEL Y PALOMA ECHEVARRÍA

2016 “Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del ‘paradigma tecnocrático’”, en *Revista Internacional de Sociología*, vol. 74, núm. 1, enero-marzo.

ILLICH, IVAN

1975 *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Barral Editores, Barcelona.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI)

2016 *Panorama sociodemográfico de Oaxaca 2015*. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_ser_v/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/pa_norama/702825082307.pdf (última consulta: 30 de junio de 2020).

2019 *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2018*. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf (última consulta: 30 de junio de 2020).

2020a “México en cifras. Información nacional, por entidad federativa y municipios”. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/areasgeograficas/> (última consulta: 30 de junio de 2020).

2020b “Natalidad. Conjunto de datos: Nacimientos. Información de 1985 a 2018”. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/natalidad/nacimientos.asp#> (última consulta: 31 de agosto de 2020).

JORDAN, BRIGITTE

1993 *Birth in four cultures. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*, Waveland Press, Illinois.

LINS RIBEIRO, GUSTAVO

- 1989 "Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica, un ensayo sobre la perspectiva antropológica", en *Cuadernos de Antropología Social*, vol. 2, núm. 1, pp. 65-69.

MALINOWSKI, BRONISLAW Y JULIO DE LA FUENTE

- 2005 *La economía de un sistema de mercados en México: un ensayo de etnografía contemporánea y cambio social en un valle mexicano*, ENAH-Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente-Universidad Iberoamericana-CIESAS, México.

MARCUS, GEORGE

- 2001 "Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal", en *Alteridades*, vol. 11, núm. 22, pp. 111-127.

MÁRQUEZ, VÍCTOR

- 2019 *Alteridad y enfermedad: una etnografía de la experiencia onírica en San Pedro Jícoras, Durango*, El Colegio de Michoacán, Zamora.

MARTÍNEZ, CYNTHIA

- 2016 *El oficio de partera y las políticas de salud intercultural. El caso de las parteras totonacas del módulo de medicina tradicional en Huehuetla, Puebla*, tesis de maestría, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla.

MELLADO, VIRGINIA; CARLOS ZOLLA Y XÓCHITL CASTAÑEDA

- 1989 *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*, CIESS, México.

MÉNDEZ, JAQUELINE

- 2018 *Medicalización del parto y estrategias de participación social en salud por parteras mayas: una mirada contemporánea al proceso de atención al embarazo, parto y puerperio en Chemax Yucatán*, tesis de licenciatura, ENAH, México.

MENDIZÁBAL, NORA

- 2006 “Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa”, en Irene Vasilachis (coord.), *Estrategias de investigación cualitativa*, Editorial Gedisa, Barcelona, pp. 65-105.

MENDOZA GONZÁLEZ, ZUANILDA

- 2005 “‘¿Dónde quedó el árbol de las placentas?’ Transformaciones en el saber acerca del embarazo/parto/puerperio de dos generaciones de triquis migrantes a la Ciudad de México”, en *Salud Colectiva*, vol.1, núm. 2, mayo-agosto, pp. 225-236.

MENDOZA LÓPEZ, VIAANI

- 2020 “*Al calor de la práctica*”. *Un estudio antropológico sobre la formación de médicos internos de pregrado en un hospital público de Oaxaca*, tesis de maestría, CIESAS, Oaxaca.

MENÉNDEZ, EDUARDO

- 1983 *Hacia una Práctica Médica Alternativa. Hegemonía y Autoatención (Gestión) en Salud*, CIESAS, México.
- 1994 “La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?”, en *Alteridades*, vol. 4, núm. 7, pp. 71-83.
- 2003 “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, en *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8, núm. 1, pp. 185-207.

MONTES, MA. JESÚS

- 2009 “Transferencias de la maternidad. El itinerario asistencial del embarazo”, en Ma. Antonieta Martorell, Josep Comelles y Mariola Bernal (eds.), *Antropología y enfermería*, Cátedra, Madrid, pp.16-37.

MONTES, MA. JESÚS Y OTRAS

- 2009 “Tecnología médica en el embarazo. Usos y representaciones”, en *Perifèria. Revista de recerca i formació en Antropologia*, vol. 11, núm. 2.

ODENT, MICHEL

- 2006 *El granjero y el obstetra*, Fundación Creavida, Buenos Aires.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

- 2014 *Pinzamiento tardío del cordón umbilical para reducir la anemia en lactantes.* Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/delayed-cord-clamping/es/ (última consulta: 09 de noviembre de 2020).
- 2015 *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Resumen ejecutivo.* Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/ (última consulta: 16 de octubre de 2020).
- 2019 *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva.* Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51552> (última consulta: 15 de octubre de 2020).

ORTEGA, JUDITH

- 2010 *Género, generaciones y transacciones: reproducción y sexualidad en mayas de Yucatán*, El Colegio de Michoacán, Zamora.

OSORIO, ROSA MA.

- 2001 *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, CIESAS-INAH-INI, México.
- 2004 *La construcción cultural de los procesos reproductivos. Cambio y continuidad en los saberes maternos*, Informe técnico de investigación, CIESAS, México.
- 2005 “La reproducción medicalizada. Cambios en la atención al embarazo y el parto en una comunidad suburbana de la ciudad de México”, en Mari Luz Esteban y Joan Pallarés (coords.), *La salud en una sociedad multicultural: desigualdad, mercantilización y medicalización*, Fundación El Monte, Sevilla, pp. 81-97.
- 2016 “Cultura de atención médica materna en las enfermedades infantiles”, en Roberto Campos (coord.), *Antropología médica e interculturalidad*, McGraw-Hill, México, pp. 201-213.

PARRA, PILAR

- 1991 “La mujer rural, las comadronas y el sistema mexicano de salud”, en *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 6, núm. 1, pp. 69-88.

PARTIDA, VIRGILIO

- 2005 “La transición demográfica y el proceso de envejecimiento en México”, en *Papeles de población*, vol. 11, núm. 45, pp. 9-25.

QUATTROCCHI, PATRIZIA

- 2006 “¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán”, en *Península*, vol. 1, núm. 2, pp. 143-169.
- 2014 “‘Riesgo’ y ‘seguridad’ durante el embarazo y el parto: desde la visión biomédica hacia la visión de las mujeres que optan por un parto domiciliar”, en *Periferias, fronteras y diálogos. Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*, Universitat Rovira i Virgili, Terragona, pp. 4444-4464.

QUATTROCCHI, PATRIZIA Y MIGUEL GÜÉMEZ

- 2011 “El modelo intercultural en el campo de la salud reproductiva: una experiencia de investigación aplicada en Yucatán, México”, en *Temas Antropológicos*, vol. 33, núm. 1, pp. 53-71.

QUATTROCCHI, PATRIZIA Y NATALIA MAGNONE (COMPS.)

- 2020 *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires.

RAMÍREZ, ALBA

- 2016 *Mujeres y parteras. La atención del embarazo y parto en la periferia Norte de San Cristóbal de las Casas*, tesis de licenciatura, Universidad Autónoma de Chiapas, San Cristóbal de las Casas.
- 2018 “El parto en los modelos público institucional y partería tradicional: motivaciones de las mujeres del istmo oaxaqueño”, en Graciela Freyermuth (coord.), *Los caminos para parir en México en el siglo XXI: experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*, CIESAS, México, pp. 48-55.

- 2019 *Reproducción y cambio social: prácticas de atención del embarazo, parto y puerperio en la Sierra mixe-zapoteca, Oaxaca*, tesis de maestría, CIESAS, Oaxaca.
- RAMÓN, PEDRO
- 2015 *Cambios en la organización, gestión y conflictos por el agua en Tlacolula de Matamoros Oaxaca 1980-2010*, tesis de maestría, CIESAS, México.
- RAMOS, DONATO (COORD.)
- 1998 *Salud y tradiciones reproductivas en la Sierra Norte de Oaxaca: un estudio de caso*, Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, Oaxaca.
- REYES, EVA MA.
- 2000 *La función de la partera en la asistencia al embarazo, parto y puerperio de las mujeres de San Juan Nuevo Parangaricutiro, Michoacán*, tesis de maestría, ENAH, México.
- REYNOSO, MÓNICA
- 2019 *Entre hegemonía, subordinación y resistencia: Trayectorias de atención de mujeres nahuas durante el embarazo y parto en la localidad de Santiago Centro, Tamazunchale, S.L.P.*, tesis de maestría, El Colegio de San Luis, San Luis Potosí.
- RUBIN, GAYLE
- 1986 “El tráfico de mujeres: notas sobre la ‘economía política’ del sexo”, en *Nueva Antropología*, vol. VIII, núm. 30, pp. 95-145.
- SACHSE, MATTHIAS; PAOLA SESIA, AZALIA PINTADO Y ZAIRA LASTRA
- 2012 “Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca”, en *CONAMED*, vol. 17, núm. 1, pp. S4-S15.
- SÁNCHEZ, GEORGINA
- 2016 *Espacios para parir diferente. Un acercamiento a las Casas de Parto en México*, El Colegio de la Frontera Sur, San Cristóbal de las Casas.

SECRETARÍA DE SALUD (SSA)

- 2016 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. *Diario Oficial de la Federación*, 07/04/2016. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016 (última consulta 05 de octubre de 2020).

SESIA, PAOLA

- 1992 “La obstetricia tradicional en el Istmo de Tehuantepec: marco conceptual y diferencias con el modelo biomédico”, en *Medicina tradicional, herbolaria y salud comunitaria en Oaxaca*, CIESAS-Gobierno del Estado de Oaxaca, México.
- 1996 “‘Women come here to their own when they need to’: Prenatal Care, Authoritative Knowledge, and Maternal Health in Oaxaca”, en *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 10, núm. 2, pp. 121-140.
- 2011 “El papel de la desigualdad social en la muerte de mujeres indígenas oaxaqueñas durante la maternidad. Aportes desde una epidemiología cultural y una antropología médica ‘crítica’”, en Jesús Armando Haro (org.), *Epidemiología sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*, El Colegio de Sonora-Lugar Editorial, México, pp. 241-269.
- 2020 “Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma”, en Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone (comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires, pp. 3-29.

SESIA, PAOLA; MARIEKE VAN DIJK Y MATTHIAS SACHSE

- 2014 “Características del manejo obstétrico en la atención pública de segundo nivel en la era del seguro popular. Un estudio de caso en un hospital público de Oaxaca”, en Jaime Tomás Page (coord.), *Enfermedades del rezago y emergentes desde las ciencias sociales y la salud pública*, UNAM, México, pp. 241-265.

SIEGLIN, VERONIKA

2004 *Modernización rural y devastación de la cultura tradicional campesina*, Plaza y Valdés-Universidad Autónoma de Nuevo León, México

STEPHEN, LYNN

1998 *Mujeres zapotecas*, Instituto Oaxaqueño de las Culturas, Oaxaca.

VEGA, ROSALYNN

2018 “How Natural Birth Became Inaccessible to the Poor”, en *Sapiens: Anthropology/Everything Human*. Disponible en: <https://www.sapiens.org/body/indigenous-midwives-mexico/> (última consulta: 30 de junio de 2020).

VILLANUEVA, OLLINCA Y GRACIELA FREYERMUTH

2018 “Partería tradicional en el marco normativo de cuatro países latinoamericanos: del reconocimiento a la ambigüedad”, en Georgina Sánchez y Hanna Laako (eds.), *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas*, El Colegio de la Frontera Sur, San Cristóbal de las Casas, pp. 215-238.