

Pariendo comunidad: reflexiones en torno a la partería tradicional indígena. Construyendo interculturalidad des-colonizada

Karla Angélica Benítez Escobar*

RESUMEN

Las parteras tradicionales indígenas organizándose en procesos de resistencia ante modelos clínicos discriminatorios, intentan preservar saberes ancestrales en un contexto muy adverso para la salud reproductiva que se caracteriza por la existencia de violencia comunitaria. Esta colaboración pretende mostrar las adversidades que acompañan a la práctica de partería tradicional indígena en las Casas de la Mujer Indígena en el estado de Guerrero, el cual tiene un rezago estructural crónico sin políticas interculturales de atención al parto; elementos que acrecientan la mortalidad materna indígena.

PALABRAS CLAVE: partería tradicional indígena, Casas de la Mujer Indígena y Afrodescendiente, políticas interculturales, muerte materna

Giving birth to community: reflections on traditional indigenous contracting that building interculturality de-colonized

ABSTRACT

Indigenous traditional women organizing themselves in processes of resistance to discriminatory clinical models try to preserve ancestral knowledge in a very adverse context for reproductive health that is characterized by the existence of community violence. This collaboration aims to show the adversities that accompany the practice of traditional indigenous birthing in the Indigenous Women's Homes in the state of Guerrero, which has a chronic structural backwardness without intercultural policies of attention to childbirth, elements that increase indigenous maternal mortality.

KEYWORDS: traditional indigenous midwifery, Houses of Indigenous and Afro-descendant Woman, intercultural policies, maternal death.

* Doctora en Ciencias del Desarrollo Rural Regional por la Universidad Autónoma Chapingo. Correo de contacto: karlablue97@gmail.com, abri-lazul@riseup.net.

Fecha de recepción: 25 de febrero de 2021.

Fecha de aceptación: 12 de agosto de 2021.

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

Dr. Javier N.

(pasante de medicina y acompañante de Brigadas Comunitarias de Salud)

El epígrafe inicial me recuerda a una experiencia que origina la siguiente reflexión a partir de lo narrado por un pasante de medicina en la Jurisdicción Sanitaria de Tlapa de Comonfort, Guerrero, la narrativa me pareció original puesto que el joven venía con esa mirada fresca de los residentes recién egresados de la Universidad de Puebla... Sin embargo, escuchar este testimonio tan romántico en torno al diálogo de saberes me hizo cuestionarme si todos estos intercambios entre culturas epistémicas serían siempre así de amable y suave... ¿acaso esta posibilidad de un diálogo intercultural tendrá el mismo nivel de fluidez y justicia para todos?... En mi experiencia con promotorías de salud indígenas en estados del sureste mexicano pude constatar que estas relaciones entre sanadores tradicionales y enfoques

de la ciencia no siempre serían así de afortunadas, por lo que decidí traer a debate los matices de la construcción de interculturalidad en salud en contextos rurales.

Hablar de interpelar al Estado Mexicano en temas de políticas públicas relativas a los derechos de los pueblos indígenas en un contexto neoliberal puede parecer una desproporción; si además esta acción es ejercida por mujeres indígenas que se organizan en torno a exigir sus derechos reproductivos puede interpretarse como una afrenta al Estado¹, de tal modo que las acciones organizativas en torno a la salud no sólo se convierten en

¹ Un estado etnofágico -que devora etnias- (Díaz-Polanco, 2010) y patriarcal (Paredes, 2006) que se caracteriza por sus políticas excluyentes con los pueblos indígenas y más aún con las mujeres indígenas.

una seria incomodidad política, sino que además coloca a las autoras en una situación de riesgo que merece ser visibilizada...esto es lo que sucede actualmente con los espacios llamados Casas de la Mujer Indígena y Afrodescendiente en el estado de Guerrero.

Pero...¿será qué estas mujeres realizando acciones colectivas en salud exponiéndose al oprobio comunitario tienen una avidez deportiva de figurar en noticieros nacionales sin importar el riesgo? o ¿qué la Muerte Materna en sus comunidades es tan desesperada que las orilla a realizar proezas tan novedosas que se vuelven dignas de ser documentadas por científicos sociales? ¿Por qué se vuelve importante visibilizar el impacto social de su trabajo comunitario en un contexto tan adverso para lo femenino? La intención de este trabajo es exponer las complejidades que atraviesan las mujeres indígenas de Guerrero al ejercer su Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva a través de la partería tradicional.

Territorio guerrerense y sus numeralias

Para conocer la experiencia desde las actrices sociales, me acerqué a los espacios denominados Casas de la Mujer Indígena y Afrodescendiente (CAMIs) en el estado de Guerrero, mostrando el contexto regional a partir del principal problema epidemiológico que es la Muerte Materna, para compartir reflexiones y prácticas en torno a la acción organizativa de las parteras de tradición indígena y de la manera en que resisten la racialización de la salud ante el embate de políticas sanitarias neoliberales.

El estado de Guerrero padece un rezago crónico estructural desde su fundación, mismo que impacta gravemente las condiciones socio-económicas actuales de la población; este rezago ya ha sido

abordado desde diferentes autores y autoras explicando las tensiones emancipatorias existentes desde tiempos prehispánicos hasta la actualidad y que continúan determinando la relación actual de ciertas comunidades del estado guerrerense con los gobiernos nacionales. La búsqueda por la autonomía comunitaria ha mantenido esta tensión regional (Sarmiento et al., 2009; Flores, 2005; 2007; Victoria, 2009; Hernández, 2009, 2011; Illades, 2014; Rangel, 2006; Canabal, 2009; Bartra, 2003). Este estado ha sido cuna de dos movimientos guerrilleros en la década de los setentas, como Armando Bartra (2003) lo describe en su obra “Guerrero Bronco”, donde narra la historia del movimiento indígena y campesino en este territorio; que abarca desde el Alto Balsas hasta la Costa Chica, en el cual históricamente se han disputado el poder los diferentes grupos y actores sociales en la búsqueda de la hegemonía en esta región rica en recursos naturales; este entramado lo configuran: caciques, guerrilleros, militares, policías, grupos de contrainsurgencia gubernamentales, crimen organizado, así como grupos locales de autodefensa², autoridades comunitarias indígenas e instituciones comunitarias de salud y de educación.

Guerrero es uno de los estados del país que posee los indicadores que reflejan mayor abandono en el rubro sanitario, el perfil epidemiológico regional se caracteriza por mantener tasas elevadas de mortalidad causada por enfermedades de la pobreza (diarreas, piquetes de insectos, enfermedades respiratorias curables, desnutrición y heridas violentas) así como las denominadas del “pro-

² Aunque también en la región Costa Grande han existido importantes movimientos guerrilleros que en la década de los setenta, imprimieron un sello particular a la región por la frescura de sus demandas de origen magisterial y campesino, así como por la crueldad de la represión a poblaciones completas muy marginadas en todos los aspectos en la región Costa-Grande, la rebelión de Atoyac y Lucio Cabañas, (Cfr. Bartra, 2003).

greso”³ (Breilh, 1998) -crónico-degenerativas- que desarrollan los migrantes que se exponen a químicos en estados del norte (cáncer, diabetes, VIH)⁴ además de los sub-registros de asesinatos por violencia comunitaria y feminicidio que se mantienen fluctuantes. Sin embargo, el problema más relevante por la condición de exclusión que pone en evidencia el de la Muerte Materna.

La magnitud de este problema ha detonado la movilización colectiva, puesto que en la última década no ha dejado de ser uno de los cuatro estados donde más mujeres se mueren por complicaciones del embarazo, parto o puerperio en el país, indicando otra rama del gran abandono que se vive en la región.

Este abandono político se refleja en la ausencia de drenaje suficiente, de redes de agua potable, de electricidad y de la enorme marginalidad que coloca a la población guerrerense en una grave condición de vulnerabilidad económica; pero en el caso de las mujeres indígenas esta situación es de mayor desventaja por la desigualdad de oportunidades de vida existentes y el escaso respeto hacia lo femenino por parte de un sistema patriarcal de relaciones que minusvalora a las mujeres en la unidad doméstica campesina (Rubio, 2009; Espinosa, 2003; Oliveira, 1998) dado que el papel reproductivo implica una dificultad mucho mayor por ser una región mayoritariamente rural y además muy pobre; misma condición que representa

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

4 Cfr. Benítez, 2015; en mi investigación de maestría analizó el perfil epidemiológico regional basándome en informes de las Jurisdicciones Sanitarias de la Región Costa y de la región Montaña en el periodo de 2006 a 2011.

un aumento significativo al trabajo, desgaste y riesgo personal para la mujer indígena en el contexto regional en el que los determinantes sociales en el proceso de salud-enfermedad confabulan para enfermar a las comunidades. En tanto, que en el papel reproductivo, son las mujeres y las niñas las responsables del cuidado familiar; en el ámbito rural, las tareas como la alimentación y cuidado doméstico se vuelven más pesadas porque implica cocinar en estufas de leña y, para ello, deben buscar leña a lugares peligrosos exponiéndose a picaduras de insectos, ataque de animales y de varones que ejercen violencia sexual hacia ellas⁵.

Retomando el tema de indicadores económicos en Guerrero, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2016) señala que existe un grave rezago en materia de vivienda y de servicios puesto que sólo el 46.6% cuenta con agua entubada y 54% de la población sólo cuenta con estudios; indicadores que hablan del rezago en servicios básicos. En materia económica, sólo el 64% de la población está económicamente activa; es decir, que en este estado el 46% de las personas viven en situación de desempleo o sub-empleo y por lo tanto no tiene acceso a seguros de salud⁶... en tanto que el 33% de la población es indígena; y en ese sentido quiero destacar que en un contexto neoliberal el ser racializado como indígena adquiere connotaciones adversas que acrecientan riesgo epidemiológico de morir por desatención sanitaria.

Para el 2016 la esperanza de vida al nacer era de 69.9% en varones y del 76.5 % en mujeres (mientras que la media nacional es de 72.6% en varones

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

6 Exceptuando al seguro popular con las limitaciones de acceso a la salud que este implica.

y 78.8% en mujeres); esto implica que una niña nacida en Guerrero, tiene 2.3% menos esperanza de nacer viva respecto a si naciera en otro estado; y en lo que se refiere a acceso a la salud, sólo el 84.6% de la población está afiliada a algún servicio de salud⁷ (este comportamiento se observa sólo en el contexto urbano, en el ambiente rural éste déficit sanitario es más complejo e incierto por la incapacidad de sistematizar sub-registros epidemiológicos).

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

En el caso de Guerrero, ante esta necesidad insatisfecha de derechos indígenas, se han integrado diversas expresiones autonómicas, no sólo en el ámbito de la justicia comunitaria como la Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias, la policía comunitaria y otras expresiones como la Unión de Pueblos y Organizaciones del Estado de Guerrero (UPOEG); sino que también en el ámbito educativo a partir de la Universidad de los Pueblos del Sur (UNISUR) y las preparatorias populares de la región; en lo religioso, a través de

las mayordomías y los sistemas de cargos religiosos y en el sanitario con las experiencias que se realizan en las Casas de la Mujer Indígena y Afrodescendiente ubicadas en Ometepec, Acatepec, Chilapa, Ayutla, Metlatónoc y San Luis Acatlán, las cuales buscan paliar las políticas de abandono sanitario que han afectado históricamente a la población indígena de este estado en los ámbitos de salud sexual y reproductiva.

Sistemas de salud en guerrero y perfil epidemiológico regional

Otro eje de análisis importante para dar cuenta de los factores desfavorables con los que cuentan las parteras tradicionales en la región es el Sistema de Salud regional, con su desabasto crónico y su personal con trato ampliamente discriminatorio. En los trabajos de Leal (2013), Meléndez (2008), Amaro (2010), Espinosa (2013), Espinosa y Luna (2013),⁸ Benítez (2015) y Lozano (2017), se denuncia el desabasto crónico del sistema hospitalario, las maquilladas cifras de gasto público en salud a través de la afiliación masiva al Seguro Popular, misma que no necesariamente implica que la población tenga acceso, puesto que como lo describe Leal, mucha de esta inversión se destina a gastos administrativos. Según el INEGI, para el 2016 del total de la población sólo el 84.6% está afiliada a algún servicio de salud; de ahí el 77.3% cuenta con Seguro Popular y sólo el 13.7% está afiliada al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el 8.4% al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores (ISSSTE) y menos del 3% de la población total cuenta con acceso a otro servicio de salud.

⁸ Incluso en los trabajos de Espinosa se desglosa la cantidad de ginecólogos, anesthesiólogos, camas censables vs gasto público en salud en las Jurisdicciones Sanitarias de Costa y Montaña; pero que a la fecha se vuelven muy vagos por la imposibilidad de obtener datos fidedignos de la Secretaría de Salud ante la posible denuncia de situaciones graves de omisión en materia de salud materna.

⁷ INEGI. Panorama Sociodemográfico de Guerrero 2015-2016.

Respecto a los recursos hospitalarios que integran las Jurisdicciones Sanitarias de Costa Chica y Montaña; el primero cuenta con dos hospitales generales en la región Ometepec y Tlapa, 4 hospitales básicos comunitarios, 9 Unidades Médicas Itinerantes y 128 Centros de Salud Comunitarios. En cuanto a la Jurisdicción Sanitaria Montaña, la integra un hospital de especialidades, un hospital general, seis hospitales básicos comunitarios, 14 Unidades Médicas Itinerantes y 164 Centros de Salud dependientes de la Secretaría de Salud Federal; sin embargo, diversos medios de información y organizaciones de la sociedad civil han documentado que al menos el 65% de estos nosocomios padecen desabasto crónico desde su origen, con ausencia de personal o de material de curación y carecen de medicamentos⁹ y muchos de ellos sólo fueron inaugurados¹⁰ para cubrir notas periodísticas emergentes y, al terminar la gira política del funcionario en turno, retiraron todo el equipo médico para trasladarlo a otra comunidad e inaugurar otros centros de salud como lo denunciaron algunas organizaciones¹¹.

Así, revisando las causas de morbi-mortalidad regionales, encontré que la cuarta causa de muerte son agresiones y el quinto lugar se refiere a desnutrición proteico-calórica, por lo que estas causas de muerte¹² reflejan la ausencia de voluntad

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

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

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

12 La dificultad para obtener tasas de morbi-mortalidad fidedignas en la región no permitieron hacer un análisis más profundo, sin embargo se to-

política para resolver graves violaciones del derecho a la salud como lo describe el indicador de evitabilidad en exceso, evidenciando la solvencia relativamente sencilla, al destinar un poco de inversión pública pero principalmente con interés político.

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

Ante esa marginación económica, los gobiernos han implementado medidas paliativas para subsanar esta condición a través de programas sociales como Oportunidades o Prospera, pero éstas políticas no dejan de lado las prácticas clientelares de subordinación a los pueblos y de colonialidad de control hegemónico condicionante de apoyo gubernamental a la población a favor de las instituciones políticas en turno¹³, tanto sanitarias como políticas, que aumentan la desconfianza colectiva y fomentan la ruptura del tejido comunitario en la medida en que se vetan las prácticas comunales.

En es mismo orden de ideas, otra práctica discriminatoria institucional que se ejerce hacia la población indígena es la obtención de actas de nacimiento sólo en cabeceras municipales, al no existir oficinas del registro civil en comuni-

maron algunos datos de informes de ambas jurisdicciones del año 2005, como un acercamiento epidemiológico más real.

13 El centro de Derechos Humanos de la Montaña Tlachinollan, así como las investigaciones de Camacho (2013) dan fe del mal uso de recursos del erario público, en tanto objeto de condicionamiento político a comunidades indígenas a favor de fines electorales o bien para recibir métodos anticonceptivos sin consenso, ni explicación previa. Por otro lado, Herrera y Suárez (2011) identifican que estos programas responsabilizan a las mujeres del cuidado familiar al reproducir el rol de madre-esposa cuidadora y responsable directa de la familia y lo fomentan a través del estímulo económico a la capacidad reproductora.

dades indígenas de la montaña y de la costa, las personas deben viajar a las cabeceras municipales a registrarse como ciudadanos porque las autoridades comunitarias no pueden hacer este reconocimiento y esta es también una forma de desconocimiento; este proceso implica un gasto económico importante para las familias de la región. En ese sentido, estos programas de apoyo social, expresamente les condicionan el registro civil a los hijos e hijas de mujeres que se atiendan con parteras, existen numerosos casos documentados por Organizaciones de la Sociedad Civil¹⁴ en los que el Derecho a la Salud es violado de manera reiterada al negar la atención a las personas indígenas por cuestiones discriminatorias, específicamente a niños y a niñas por falta de documentos identitarios¹⁵.

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

14 Como el Centro de Derechos Humanos de la Montaña, Tlachinollan (quienes han acompañado denuncias de diversos casos de esterilización forzada para que las indígenas no se reproduzcan en el municipio de Ayutla) o Kinal Antzetik, Noche Zihuame y Raíz Zubia (quienes han documentado diversos casos de Muerte Materna por desatención o negligencia de instituciones de Salud) o diversos casos de periodistas independientes como Camacho (2013) quien investigó clínicas en Cochoapa el Grande o los diversos trabajos de FUNDAR, en los que se analizan situaciones violatorias.

15 Tiburcio (2009) describe esta falta de documentos que identifican como mexicanas, y que simbólicamente es una violación grave que viven las mujeres en la Montaña.

En lo que se refiere a inversión estatal en salud, es menester dimensionar las brechas entre políticas de afiliación y acceso real a la salud, puesto que la mayor inversión se destina a la contratación de administrativos y gastos de operación de los programas; mientras que un porcentaje mínimo se invierte en la construcción de hospitales, en la contratación de personal y en la adquisición de insumos sanitarios (Camacho, 2013 y Meléndez/FUNDAR 2002).

Muerte Materna y evitabilidad en exceso

La violabilidad del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva en Guerrero ha sido tan grave que detonó procesos organizativos interesantes como la integración de una Coalición por la Salud de las Mujeres, la cual involucró a once organizaciones de la sociedad civil especialistas en el tema (Berrio y Lozano; 2017) con el fin de incorporar las especificidades de la agenda indígena en una lucha colectiva contra la Muerte Materna.

En los trabajos de organizaciones de mujeres indígenas y de las Casas de la Mujer Indígena (Espinoza, 2013) se han documentado testimonios de mujeres que han sido discriminadas por el personal de salud insensible a sus necesidades culturales de atención: la omisión del Derecho a tener traductores, discriminación por acudir a la clínica con vestimentas indígenas; el ejercicio de formas simbólicas de violencia cultural que desde la antropología médica se identifica el elemento ritual de la sanación y su relación con la percepción del padecimiento, el cual es violado frecuentemente durante la hospitalización desde situaciones simbólicas hasta verbales en donde médicos y enfermeras cosifican a las indígenas al usar su cuerpo como maniqués de práctica y auscultarlas de forma invasiva sin consentimiento antes del trabajo

de parto; insultar en el área de toco-cirugía; minimizar el dolor tal como parteras lo han denunciado al señalar y condenar a la violencia obstétrica como un aspecto que atenta ampliamente contra los Derechos Reproductivos¹⁶; no respetar la forma ancestral de parto vertical y los protocolos que las obligan a parir en soledad y en un medio muy estresante; o bien el no respetar la forma cultural de alimentarse durante el postparto, obligándolas a consumir alimentos de “frío” que en la tradición ritual no se deben consumir por llevar más frío al útero y ser dañinas para la recuperación.

Ante estos hechos, destaco la importancia del indicador evitabilidad en exceso que señalan Freyermuth (2014) y Sánchez Bringas (2014) al abordar elementos analíticos para comprender la mortalidad materna desde otros ángulos; bajo la lupa de esta categoría se pueden evaluar los avances en la gestión sanitaria y en voluntad política al señalar que “si todas las medidas que tenían que hacerse se hubieran hecho, dichas defunciones se hubieran evitado o retrasado”. Este señalamiento involucra a su vez temas de disponibilidad, accesibilidad y adaptabilidad institucional del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, que se relacionan con el impacto en acciones plausibles de gobernanza y gestión comunitaria.

Para abundar en el tema de la gravedad de este indicador y su relación con las brechas sanitarias, será necesario mirar a escala regional esta problemática para precisar la gravedad de estas diferencias, puesto que si sólo revisamos las cifras nacionales, estas diferencias no parecieran tan desiguales. Para ello miraremos que en el año

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

2016 (Freyermuth et al., 2018), Guerrero estaba en el cuarto lugar a nivel nacional de Muerte Materna, obteniendo así una Razón de Muerte Materna del 53.9¹⁷, de esas muertes que fueron 39 en total; el 64.1% se atendió con un médico durante el parto, mientras que el 17.9% fue atendida por una partera; de esas 39 muertes el 87.2% contaba con Seguro Popular y el 41% vivía en localidades con menos de 2 500 habitantes (Freyermuth, Luna y Muños, 2018). Por lo anterior, podemos inferir que, pese a atender su parto en un hospital, no fue una garantía de vida ni de salud; sino que la pobreza regional también determinó desatención sanitaria y la importancia de las parteras tradicionales, interviniendo en ese porcentaje del 41% de mujeres rurales que sólo tienen acceso a esa opción de atención al parto.

Para la Organización Mundial de la Salud, la Muerte Materna se define como aquella que acaece mientras “*la mujer está embarazada o dentro de los 42 días posteriores al término de un embarazo, independientemente de la duración y localización del embarazo, por cualquier causa vinculada o agravada del embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales*”. Por su parte, la Secretaría de Salud nacional identifica siete causas clínicas de muerte materna: *trastornos hipertensivos del embarazo (pree-clampsia y eclampsia); hemorragia obstétrica, otras causas obstétricas (tumor maligno de la placenta, tumor de comportamiento incierto y desconocido de la placenta e hipopituitarismo); causas obstétricas indirectas (enfermedades infecciosas y parasitarias); aborto, infección puerperal; y parto obstruido* (SSA, 2007; Díaz, 2010; Espinosa, 2003). Sin embargo, al tratar de encontrar cifras epidemiológicas reales de casos de Muerte Materna, nos hemos encontrado con la ausencia de siste-

17 Calculada con registros del SINAC (Subsistema de Información sobre Nacimientos)

matización de sub-registros; lo que atenúa las cifras oficiales y dificulta las intervenciones reales de las Organizaciones de la Sociedad Civil.

De ahí que se haya construido el indicador *Razón de Muerte Materna* (RMM)¹⁸, herramienta que para Freyermuth y Luna (2016) ha servido como cuantificador más fino de esta problemática en contextos indígenas y para evaluar la escisión existente entre los registros y sub-registros de este evento en Jurisdicciones Sanitarias regionales. Este indicador reduce la ambigüedad metodológica que implica la normalización de la muerte materna cuando se promedia entre los estados y no una problemática tan grave al diluirse matemáticamente.

Descifrar esta necro-numeralia¹⁹ regional ha sido un galimatías al que nos hemos enfrentado las investigadoras en salud sexual y reproductiva, puesto que no sólo se trata de cifras epidemiológicas, sino de defunciones que exhiben temas dolorosos no resueltos por la política sanitaria, en los cuales políticos han encubierto por no convenir a sus intereses; de ahí entonces que se vuelva necesario visibilizar estos fallecimientos y confrontar cifras gubernamentales para exigir una intervención política a este problema. En este caso, los sub-registros de muerte materna oficial se contraponen mucho con la bitácora de las parteras tradicionales y ha resultado complejo empatar esta información por la gran cantidad de actores, instituciones, sistemas y objetivos que involucran

a esta tarea, por lo que instituciones de la sociedad civil han tenido que diseñar metodologías novedosas²⁰ y creativas para sistematizar esa información y poder cuantificar esta problemática de forma más puntual.

Las Casas de la Mujer Indígena y Afrodescendiente en conjunto con las Organizaciones de la Sociedad Civil han intentado sistematizar estas cifras a través de sus bitácoras propias, mismos que han servido para interpelar a las instituciones de salud y de impartición de justicia a través de la gestión y la acción colectiva, integrando así importantes redes de denuncia y de incidencia local e internacional para colocar en las agendas gubernamentales demandas de salud sexual y reproductiva. Estos foros también posicionan el tema de la validez científica de los saberes ancestrales, el reconocimiento y defensa de sus conocimientos en los campos epistémicos y políticos; así como el carácter de derecho cultural que adquiere la partería tradicional y la necesidad política de reconocerla.

Descripción de las parteras tradicionales y sus prácticas interculturales

En un estudio de supervivencia de saberes en partería, la Fundación Mac-Arthur²¹ (2015) realiza un diagnóstico identificando sujetos que intervienen en el proceso de parto. En esta caracterización se reconoce a las parteras profesionales, enfermeras obstétricas o parteras técnicas, a aquellas mujeres

18 La R.M.M se refiere al número de defunciones por complicaciones del embarazo, parto o puerperio durante un año, dividido entre el número de nacidos vivos (NV) en el año de estudio, por 100 000.

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

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

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

que tuvieron acceso a un proceso educativo formal para poder atender el parto. En contraposición a esta definición, Kinal Antzetik y Nueve Lunas en la exposición gráfica “El buen nacer. La partería tradicional: Saberes y prácticas en riesgo”²², describen a las parteras tradicionales como “*aquellas que no necesariamente se formaron en un proceso formal, sino empírico y destacan el elemento espiritual y cultural*”; es decir, que son aquellas que reciben el “don” por herencia de su linaje femenino o a través de los sueños, aunque algunas se forman en centros de iniciación avalados por madrinan parteras tradicionales o a través de la legitimación de una partera más experimentada que se vuelve su maestra.

En este mismo documento se caracteriza a las parteras tradicionales como mujeres que se reconocen como guardianas de la vida, de la Madre Tierra y de los Cuatro elementos, respetando la ritualidad y cosmogonía indígena; reciben, honran y protegen este saber heredado por generaciones; acompañan y orientan a las futuras madres durante el embarazo, el nacimiento y el post-parto; propician que los nuevos seres lleguen al mundo arraigados a la tierra, a la naturaleza y a un legado cultural que favorece el sentido de la comunidad y su reproducción; no sólo transmiten saberes médicos sino que suele ser una guía para los padres que orienta y recomienda en asuntos matrimoniales; no necesariamente usan medicamentos alopáticos, conocen y respetan el portal vida/muerte y actúan con ética, impecabilidad, humildad, neutralidad, intuición, generosidad y paciencia.

En cuanto a las formas de curar que existen en los Sistemas de Salud Indígenas, se puede conocer

²² Jornada sobre Partería Tradicional: saberes y prácticas en riesgos. Propuestas y Recomendaciones para su preservación y promoción, realizada en Agosto de 2018 en el Museo de las Culturas del Mundo, INAH.

por las experiencias de los saberes que están basados en la cultura y cosmovisión de los pueblos, así como en la percepción social de la enfermedad; de ahí que estos involucren otros valores tanto axiológicos como epistémicos que no están basados en el mercado, ni en el capitalismo y crean sus propias formas de legitimación.

Partería tradicional y espacios de ritualidad y saberes

Las mujeres indígenas organizadas han gestionado espacios para practicar, fomentar y compartir saberes ante la ausencia de políticas públicas; las Casas de la Mujer Indígena y Afrodescendiente se han convertido en espacios muy importantes atendidos por parteras tradicionales y promotoras indígenas, desde su ritualidad, cosmovisión y respeto a los saberes tradicionales; a nivel simbólico estos lugares adquieren una importancia ritual relevante en la reproducción de prácticas comunales.

Todas están en zonas rurales de población indígena, donde se fomenta la práctica del parto humanizado, respeto a las formas tradicionales de parir (parto vertical), cuidado de la alimentación respetando este enfoque de alimentos de equilibrio corporal frío-calor y lo que Sánchez-Bringas (2014) describe como buenas prácticas de nacimiento, es decir, que no producen violencia obstétrica, usando plantas medicinales, masajes, cantos, ritualidad, siembra de placenta y de ombligo, y el acompañamiento físico y espiritual.

Es importante señalar el papel político que juegan estos lugares puesto que reivindican el derecho a la salud reproductiva respetando la tradición, pero también se convierten en espacios autónomos que fomentan procesos organizativos de mujeres indígenas y la posibilidad de intervenir y sensibilizar a sus comunidades en temas de igual-

dad de género. La primera de las Casas surge en Ometepec por el trabajo y gestión de la organización “Manos Unidas de Mujeres” después de un largo proceso organizativo con sectores académicos, de gobierno, así como de la sociedad civil con las mujeres indígenas de Ometepec, previo a los complejos procesos organizativos documentados por Espinosa, Dircio y Sánchez (2010), la tarea de gestión de estas mujeres implicó un enorme trabajo para visibilizar la omisión gubernamental, así como el hecho de sensibilizar a la comunidad y al país de que la muerte materna no es normal.

Cabe destacar el desgaste que ha implicado el cabildeo político y los años de reconocimiento y de denuncia que sirvieron para posteriormente integrar, en 2011, la Casa de la Mujer Indígena “Nellys Palomo” en el Municipio de San Luis Acatlán en la región Costa-Chica, municipio cuna de la policía comunitaria, que contó con un bagaje organizativo muy específico que impulsó ampliamente la proyección, gestión y capacidad de incidencia con el gobierno. Del mismo modo, la Casa de la Mujer Indígena de Chilapa inaugurada en junio de 2014, llamada Zihuachikahuac que en náhuatl significa “mujer sana, fuerte y valiente”, en la región Centro-Montaña.

Estas son las casas con que tuve oportunidad de interactuar por la temporalidad académica; sin embargo, también están las de Acatepec inaugurada en 2012, la de Malinaltepec y la de Ayutla que funcionan desde el año 2017. A partir de estas experiencias organizativas en torno a la salud y la partería tradicional, las mujeres indígenas guerrerenses se posicionan de forma contundente por la defensa de sus derechos reproductivos y la construcción de mecanismos de validación de saberes no jerarquizados entre culturas indígenas.

Despojo de saberes y sistema patriarcal

Uno de los principales obstáculos que han enfrentado las parteras tradicionales ha sido la deslegitimación de saberes; por un lado la ciencia como institución política (Olivé, 2004) a través de su papel regulador, legitimador de saberes y discursos, en el cual distingue el papel importante que tiene la imagen pública de la ciencia; y por el otro, el peso epistémico que tiene la ciencia médica en el imaginario colectivo al menospreciar los saberes ancestrales.

La medicina como rama de la ciencia moderna occidental reproduce elementos hegemónicos en las instituciones académicas sanitarias desde la enseñanza de la práctica clínica. En ese tenor destacó las aportaciones críticas a la biomedicina que hace el antropólogo argentino Eduardo Menéndez (1986) quien describe estas prácticas jerarquizadas en la ciencia médica moderna como Modelo Médico Hegemónico (en adelante M.M.H.) el cual se caracteriza por reproducir los siguientes elementos:

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

Estos rasgos prevalecen en la formación de recursos médicos, además de la violencia jerárquica, que el estudiantado sigue reproduciendo al enseñar a otros y otras. Del mismo modo, el estudiantado imita conductas coloniales que desprecian los conocimientos indígenas. Para Menéndez,

esta crítica se extiende a la relación de dependencia que se fomenta al reproducir esta actitud autoritaria del médico/médica, misma que genera un dominio creciente de lo asistencial, la continua secundarización de las actividades preventivas, el permanente incremento de costos dada la “hegemonía curativa” y la descalificación de otros saberes. Así Menéndez (1998:3) identifica cómo:

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

Del mismo modo, el elemento patriarcal en la obstetricia, ha existido desde el surgimiento de la medicina moderna, como lo analizan Ehrenreich y Deirdre (1973), subordinando a las mujeres a tareas accesorias en la atención a la salud, limitando su conocimiento y autonomía personal²³ y deslegitimando sus saberes autocurativos. Sin embargo, algunos protocolos médicos son ampliamente patriarcales al imponer formas de parir que sean favorables al médico y no a la mujer que está dando a luz, como el hecho de parir en una plancha hospitalaria; también, la exclusión de un acompañamiento emocional con la excusa de la asepsia clínica y prácticas invasivas de forma obligatoria como la episiotomía, la anestesia forzada o la aplicación de oxitocina para alumbrar

23 La satanización de la práctica autocurativa de las mujeres, y por extensión de las parteras, deviene desde el medioevo y las cacerías de brujas, al ser profundamente castigada la autonomía y sabiduría de las mujeres sobre su propio cuerpo. A la iglesia le disgustaba que las mujeres pudieran controlar su fertilidad; del mismo modo Silvia Federici (2004) reflexiona sobre la inquisición y la satanización del conocimiento femenino en “El Calibán y la Bruja”.

más rápido. El hecho de no respetar la forma de parir agrava la condición de vulnerabilidad en la que se encuentran las mujeres indígenas cuando se omite, discrimina y se niega su capacidad de juicio ante el consentimiento informado²⁴ e incluso se les excluye de la toma de decisiones cuando las pacientes ni siquiera hablan español y no cuentan con un traductor, trastocando de manera alarmante el derecho a la salud reproductiva.

Además de la violencia institucional, en la región Costa Chica-Montaña, las parteras tradicionales se exponen a prácticas culturales patriarcales donde la normalización de la violencia hacia las mujeres y niñas así como las secuelas en la vida de lo femenino²⁵, impactan negativamente en el ejercicio de la partería tradicional, puesto que la violencia comunitaria pone en riesgo la integridad de las parteras al tener que viajar largos trayectos para atender partos con sus propios recursos en contextos violentos.

Racialización de la salud y colonialismo sanitario

Cuando Boaventura Souza (2009) describe en su obra “Por una epistemología del sur” el fenómeno de “epistemicidio”²⁶ denuncia el eurocentrismo colonial existente en las ciencias identificando la hegemonía ideológica del Norte Global en el pensamiento y la forma de construir saberes desde el paradigma positivista. Del mismo modo,

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

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

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

este abogado brasileño denuncia la arbitrariedad científica occidental que ciega la construcción de saberes y que prevalece en la teoría de la ciencia actual, excluyendo ideológicamente a los saberes que no emergen de cultura científica occidental, convirtiendo así a La Ciencia, como en única instancia legitimadora de saberes y reguladora de la percepción social de la validez científica. La reproducción de este pensamiento en las aulas universitarias genera una forma de colonialismo médico difícil de combatir al en el imaginario colectivo, mismo que a su vez es reforzado a través de los medios de información y de la industria farmacéutica que criminalizan prácticas ancestrales enalteciendo ideológicamente a la ciencia médica.

Del mismo modo, Olivé (2009) identifica como parte del despojo epistemológico de los conocimientos tradicionales la apropiación ilegítima de las instituciones de la ciencia²⁷ que primero extraen las propiedades del saber y luego, lo menoscaban a través de discursos que subestiman su valor, mientras bombardean con discursos de legitimidad científica a través de las universidades, las farmacéuticas y los emporios que se adueñan del saber de determinadas plantas medicinales o prácticas como la manteada, sobada, cerrada de cadera...; validando de éste modo la existencia de una sola cultura de saber, la occidental. De forma paralela se descalifican reduciéndose a *supersticiones y ritos*, desdeñando el poder sanador de las prácticas rituales, en este caso de origen indígena, para así poder medicalizar el embarazo, parto y puerperio.

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

Si bien, la práctica médica posee incuestionables bondades para preservar la vida, el discurso hegemónico colonial ejerce también prácticas de despojo capitalista, criminalizando saberes originarios de cosmovisiones indígenas y que tienen su origen en filosofías más amables con la vida, como lo plantea la teoría ecofeminista desde sus voceras críticas decoloniales como Shiva (1995), Puleo (2011) y Paredes (2017), quienes denuncian que la industria médica moderna en lugar de vincularse con una filosofía de cuidado de la vida y de la Tierra, así como de construcción de modos de vida más amables con lo colectivo, tienden a reproducir la lógica destructiva del capital a través de esta vieja dicotomía naturaleza vs ciencia, hombre-mujer; patriarcado vs lo femenino (donde la naturaleza y la mujer deben ser dominadas para integrarse al denominado “progreso”), por lo que en el discurso desarrollista se ponderan condiciones de acumulación, despojo, devastación ecológica a favor de las farmacéuticas y emporios transnacionales que medicalizan la vida y los procesos de nacimiento.

Por lo que, en ese orden de ideas, el colonialismo médico detona prácticas de *racialización de la salud*, que desde la antropología médica, Rosalynn Vega (2017) describe como “*el ejercicio inadvertido de desigualdad, poder y privilegio que produce conocimiento sobre grupos marginados*”, destacando cómo a partir de este legado colonial se categoriza a las personas desde la otredad subordinada. Para Vega, esta racionalización es muy sutil y simbólica pero está presente en la misma constitución mexicana, encubriendo el discurso racista a través de la retórica de inclusión cultural. Este discurso mistificador²⁸ del ra-

28 Este discurso del progreso y la academia, a la que se puede acceder a través de la cultura; es decir la cultura se convierte en un instrumento de blanqueamiento ideológico colonial en la medida en que el indio y el mestizo tienen acceso a la educación; “un moreno puede ser socialmente blanco con la cultura suficiente”.

cismo configura relaciones de desigualdad que se inscriben en los cuerpos, específicamente en los cuerpos de las mujeres indígenas.

Para Vega (2017), en los elementos de esta racia- lización de las mujeres hacia las indígenas se re- produce una discriminación racial muy evidente en la práctica médica y en los programas de bien- estar social; pero esta discriminación, en el caso de las parteras, refuerza la violencia comunitaria, el despojo de saberes, la bio-piratería y la partería alienada de su ritualidad (parto humanizado sin ritualidad ancestral).

Cabe destacar la minusvaloración de saberes que hace la ciencia médica hacia las partería tradicio- nal al subestimar conocimientos ancestrales que no gozan del mismo valor, ni de la misma infraes- tructura, no se les remunera, ni se les respalda igual en la jerarquía de las políticas públicas; del mismo modo se omiten las dinámicas desiguales de poder y la discriminación racial continuada mediante el discurso “intercultural” que no es incluyente en el ámbito académico - político y se observa mejor en la práctica clínica. Y, si por casualidad son aceptadas en reductos clínicos, es para hacer extractivismo de sus saberes sin reco- nocimiento por ello.

Existen innumerables casos que muestran la vio- labilidad del derecho a la salud perpetrado por las instituciones gubernamentales no sólo en la for- ma, sino en el fondo; desde lo administrativo has- ta lo simbólico²⁹ existe un profundo desprecio a las formas tradicionales de curar, a la percepción colectiva de los procesos salud-enfermedad-cura- ción y a la ritualidad tradicional.

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

Cartografía de las violencias y partería tradicional

Como se puede identificar en este trabajo, la vio- lencia se identifica en las instituciones clínicas, académicas, instituciones jurídicas y académicas; pero también se ubica en la violencia comunitaria y en las instituciones patriarcales. El contexto co- munitario que pone en riesgo la integridad de las parteras tradicionales y promotoras de salud tam- bién ha implicado enfrentar temas de represión brutal gubernamental a mujeres organizadas en procesos colectivos, si bien no voy a profundizar en estos casos, señalo las secuelas de esta repre- sión como un factor paralizante y desarticulador de la acción colectiva en comunidades organiza- das; tal es el caso paradigmático de tortura sexual por parte de militares hacia mujeres indígenas, documentado por el Centro de Derechos Hum- anos de la Montaña, Tlachinollan, quienes han ilustrado este ejercicio de poder hacia mujeres indígenas organizadas como forma de represión colectiva; tal es el caso de las indígenas tlapane- cas Inés Fernández Ortega y Valentina Rosendo Cantú, torturadas sexualmente por elementos cas- tenses como ejemplo simbólico de que las muje- res no se deben organizar o pueden tener este tipo de castigos y que, tras mucha presión llegó a la Corte Interamericana³⁰, sigue impune como par- te de la pedagogía de la crueldad (Segato, 2014) que ostenta la normalización de la violencia como forma de castigo para las mujeres indígenas que se organizan.

Otra forma de violencia simbólica normalizada, es aquella que desconoce el derecho a la tierra

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

para las mujeres pese al discurso igualitario de acceso, en la práctica se excluye a las mujeres indígenas de este derecho. Por otra parte, aunque los sistemas de justicia comunitaria abren filas a la inclusión de mujeres en cuerpos de auto-defensa y cargos de servicio comunitario, ellas son confinadas a las que impliquen menor reconocimiento y mayor trabajo, el poder de decisión real siempre recae en varones; lo mismo sucede en los casos de impartición de justicia referidos a violencia doméstica³¹ en los que se sigue privilegiando los derechos masculinos, encubriendo delitos de despojo territorial y patrimonial, que les quitan sitios y elementos sagrados para sanar y ejercer la ritualidad en procesos de sanación.

El hecho de señalar estas formas de violencia hacia las mujeres y las niñas en esta región son necesarias para entender las adversidades inscritas en el cuerpo-territorio de las mujeres indígenas y su lucha por resignificar procesos de vida ante los discursos y prácticas de muerte ejercidos por las instituciones a través de lo que Rita Segato (2003) denomina como *pedagogía de la crueldad y la normalización de la violencia material y simbólica en el cuerpo femenino*: legitimando la violencia sexual, considerando el cuerpo femenino como un botín de guerra, ejerciendo el mandato de la violación, como forma de castigo ejemplar, que enseña a las mujeres a temer y les impide desafiar al gobierno. Si estas desafían a la autoridad estatal, vivirán *el cobro riguroso, forzado y naturalizado de un tributo sexual justificado*, mismo

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

que perpetúa la hegemonía patriarcal desarticulando cualquier intento de rebeldía.

Leyes, salud, cuidado de la vida y territorio

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

Erigiendo incluso marcos jurídicos que protegen este ejercicio, como el derecho a la salud que en el estado de Guerrero está protegido por el artículo 4to de la Constitución Mexicana, en el primero de la constitución local, en un anexo al artículo 123 donde se aborda el tema de la protección en salud³². Del mismo modo, la Ley de Salud en sus artículos 65 al 74, 105, 117, 222, y 224³³; todo este marco legislativo sirve para garantizar la libertad política de atender la salud, el cuerpo y la forma de alcanzar éste estado descrito por la Organización Mundial de la Salud.

Sin embargo, en los hechos cotidianos, las parteras, promotoras de salud y las Organizaciones de la Sociedad Civil han denunciado en diversos foros la ausencia de un marco jurídico que pueda garantizar el ejercicio de la partería. La condición

32 Referente al ambiguo debate legislativo surgido a partir de las reformas neoliberales decretadas en 2003 en donde se crea el Seguro Popular como un Sistema de Salud que “da cobertura” a las personas sin acceso a seguridad social como IMSS e ISSSTE, como una opción de afiliación -diferente de acceso a la salud- pero sin declarar el carácter de universal y obligatorio como compromisos del Estado; de éste modo en ésta política no existe una garantía gubernamental, sino que sólo se afirma que las familias y sus asegurados pagarán de acuerdo a sus recursos.

33 Coalición por la Salud de las Mujeres, 2008.

no vinculante de estos acuerdos genera vacíos y ambigüedad en los sistemas sanitarios. Aunque en los trabajos de Sánchez (2016) y en la segunda edición del Seminario sobre Partería Tradicional realizado por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), el Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) y las Organizaciones de la sociedad Civil que atienden nacimientos con parteras (2018)³⁴, se destacan algunos elementos importantes de defensoría y preservación de la partería tradicional. Una ruta la defiende como derecho cultural/derecho a la identidad; y otra, integra a la partería con el derecho a la salud reproductiva puesto que está regulada y reconocida en el artículo 4o de la Ley General de Salud, adicionalmente en el artículo 2º Constitucional como un derecho de los pueblos indígenas a practicar su cultura y, del mismo modo, se cuenta con el Acuerdo 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en materia de derecho indígena. En 2001 se incorpora a la Constitución mexicana (artículo 2o) el acceso a servicios de salud hacia la población indígena y se les garantiza la ampliación de los servicios sociales básicos, así como el reconocimiento del derecho de participación social de esos pueblos.

Por otra parte, los aportes de Sánchez (2014) dan oportunidades a la partería; dado que existen muchas prohibiciones y pocas aportaciones. De ahí que la autora ubica los artículos 1º, 4º y 5º de la Constitución Mexicana; acuerdos internacionales: Conferencia de Alma-Ata (fracciones IV, VII), Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Arts. 1 Y 5), Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará) Arts. 1

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

y 2, Conferencia Internacional para la humanización del Parto- Ceará, Brasil. Recomendaciones internacionales: Declaración de Fortaleza (Recomendaciones de la OMS), Consenso de Santo Domingo (Acuerdo 82), Conferencia del Cairo (Arts. 7.2, 7.6, y 8.22), Ley General de Salud (Art. 6, 10, 11.23.34 y 65), Ley de Protección a la maternidad -aquí varía por estados de la República-, Reglamento a la Ley General de Salud en materia de prestación de Servicios de Atención Médica, Art. 17,96 y 102, NOM00722A2016 y NOM005SSA32010.

Los avances en estos discursos democráticos son muchos, pero se vislumbra un divorcio en el ejercicio práctico de estas normas, sobretudo en el marco intercultural, en la concreción de la práctica obstétrica no racializada, dado que implica un cambio ideológico que deje de inferiorizar a las mujeres indígenas como ciudadanas de tercera, y una sensibilización que fomente el respeto a sus prácticas y formas de sanar, esto se logra a través de una profunda reflexión política en las academias y universidades que deconstruye estas prácticas coloniales del Modelo-Médico-Hegemónico y que se replantee éticamente la otredad no subordinada.

Para Breilh (2009), la construcción de una epidemiología crítica se basa en fomentar una relación de contra-hegemonía, que reconozca la diversidad cultural y respete las diferencias con fines emancipadores; de ahí que sea necesario fomentar la transdisciplina y el diálogo de saberes entre culturas epistémicas. Para que esto se concrete, Breilh señala, citado por Vega (2017), que es necesario que este discurso intercultural emerja de las comunidades indígenas. Esta acción ya se realiza desde hace algunos años en las CAMIs de la región, en encuentros de parteras y parteros indígenas.

La descolonización de la práctica médica es otra clave que nos aporta la partería tradicional indígena para la construcción de modos de vida rurales más congruentes con el cuidado de la especie humana. Esta descolonización requiere limitar el enblanqueamiento³⁵ cosificador y extractivista de saberes de la ciencia médica y sus enfoques subordinantes hacia otras culturas; así como la reducción de medicalización³⁶ de procesos vitales en los cuerpos-territorios de las mujeres indígenas.

Defensa del cuerpo-territorio

La partería como campo de debate problematiza la ética médica hegemónica, la colonización ideológica con tintes racistas y el modo de producción capitalista patriarcal que atenta contra la vida, el conocimiento ancestral, la cosmovisión indígena y sus sistemas tradicionales de sanación. Además de estas luchas comunitarias que libran las mujeres indígenas desde los diversos movimientos de resistencia, se da una compleja lucha contra las mineras y el despojo de territorios, aunque esta batalla es desproporcionadamente desequilibrada, las parteras sensibilizan a sus comunidades sobre el tema del cuidado ambiental y de la relación con la vida y el territorio.

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

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

Desde la geografía crítica, la sociología y el feminismo, se plantea la teoría de cuerpo-territorio que consiste en hacer una analogía de los cuerpos como espacios a colonizar desde la lógica del capital; la medicalización y la obstetricia se han apropiado de los saberes y cuerpos de las mujeres, el patriarcado también ha querido domesticar la fertilidad femenina y la capacidad reproductora de los cuerpos femeninos. Esta teoría abre una importante veta en el caso de las parteras y la re-apropiación del cuerpo femenino como espacio de conocimiento, saber y poder, se concreta también en la lucha simbólica por el territorio epistémico, autonómico y de reconstrucción de tejido comunitario al fomentar prácticas que abonan elementos a modos de vida más sustentables y respetuosos con la cosmovisión ancestral, pero también incluyendo elementos discursivos de igualdad cuestionando los roles de género tradicionales que involucran a los varones en el cuidado de la vida.

Los nuevos derroteros que nos plantea la partería, nos invitan a reflexionar desde la des-colonización la posibilidad de de-construir prácticas hegemónicas de la medicina moderna que actualmente siguen siendo éticamente necesarios para la supervivencia de la especie humana, es importante cuestionarnos si en pro del desarrollo de la ciencia es justo y válido practicar en mujeres indígenas parturientas, ejercer violencia obstétrica, ofender a las parteras o tener conductas inhumanas en una etapa de vulnerabilidad tan compleja como lo son el embarazo, parto y postparto. La violencia obstétrica es una realidad cotidiana en los hospitales que es poco denunciada y muy recurrente en las instituciones sanitarias. Por eso la partería tradicional es una alternativa humanizada de atención al parto que merece ser reivindicada.

Conclusiones: incidencia comunitaria y des-colonización

La atención al parto y el camino de ejercer derechos reproductivos está lleno de prácticas excluyentes y desfavorables con la vida, la cosmogonía y la identidad indígena que además implica crueles desafíos para las parteras tradicionales por el nivel de exigencia moral, epistémica, política y hasta espiritual. Las cargas que recaen en sus hombros suelen ser extenuantes por lo que se vuelve menester visibilizar la construcción de alianzas, metodologías, discursos y prácticas que necesitan ser re-valoradas y difundidas en pro de un desarrollo comunitario más congruente con las necesidades de inclusión real del mundo actual.

Los aportes que se hacen desde las Casas de la Mujer Indígena y Afrodescendiente y la incidencia de las parteras tradicionales en la construcción de espacios de diálogos interculturales, en la conciliación de formas culturales de comunicación y en la creatividad comunitaria para la inclusión masculina son formas de sensibilización que merecen ser documentadas y analizadas como elementos constitutivos del Derecho a la Salud.

En lo que se refiere a las redes de financiamiento y lucha por presupuesto público también se ha logrado una vasta experiencia ante la cooperación internacional, puesto que les ha implicado aprender y debatir los fines de las Agencias de cooperación internacional y el trabajo de negociar los objetivos comunitarios al extractivismo de las agencias financiadoras de la cooperación internacional capitalista que pueden desarticular el tejido comunitario.

Los procesos colectivos de defensa del derecho a la salud han originado que las parteras y promotoras de las Casas de la Mujer Indígena se cues-

tionen su identificación con el feminismo liberal que solo lucha por igualdad de derechos pero que omite el tema de la etnicidad y el debate de temas económicos estructurales. De esto se deriva que las indígenas hayan tenido que cuestionar su subjetividad, deconstruir su identidad y en ese proceso politizador hayan puesto en juego su persona y su integridad.

Para las feministas comunitarias (Paredes, 2016; Cabnal, 2016) estos cuestionamientos al patriarcado comunitario implican “poner el cuerpo”, exponerse, abrirse a la crítica, a la destrucción y a la reconstrucción de su subjetividad debatiendo con discursos emancipatorios colonizantes y aportando elementos de su propia inter-subjetividad a la experiencia feminista comunitaria.

Los foros de partería dónde las mujeres exponen sus saberes, experiencias, habilidades, desafíos y competencias entre distintas culturas es un ejercicio real de interculturalidad. He presenciado diálogos interculturales entre mixtecas y tlapanecas en dónde ninguna habla español y han tenido que construir recursos lingüísticos impresionantes, desde una ética igualitaria no competitiva, cuando estos acuerdos se llevan a foros nacionales o internacionales es un logro epistémico y también político en la medida en que se involucra a altos funcionarios de salud y de agencias mundiales como la Organización Mundial de la Salud, visibilizando la problemática de la Muerte Materna, pero también legitimando los saberes ancestrales al retomar la ritualidad y cosmogonía indígena, los ciclos agrícolas, lunares y de fertilidad para cuidar de la vida, del mismo modo, en lo que se refiere a las relaciones domésticas y comunitarias se involucra a varones en la construcción de comunalidad cuestionando el patriarcado de tradición indígena.

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

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

En las CAMIs se imbrican elementos de la bio-medicina, que no excluyen la religiosidad ni saberes ancestrales aplicados a la sanación del mismo modo, se abonan elementos para considerar la subjetividad indígena en la atención a la salud reproductiva de mujeres indígenas y la inclusión de la pareja como parte de la identidad indígena para disminuir el racismo existente en la hospitalización, y al eliminar la jerarquía entre partera y paciente se alimenta la confianza.

La tarea de las parteras es muy importante, no sólo en el ámbito de la salud, de la ciencia, de la política y de la comunidad porque rompen con los paradigmas médicos y confrontan al patriarcado occidental, a la vez que construyen ciudadanía, etnicidad y re-significan el cuerpo como territorio de lucha, como lo plantean las feministas comunitarias de Bolivia:

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

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

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

Referencias

- Amaro, R. (2010). “Diagnóstico en materia de salud pública en el estado de Guerrero”, *Encrucijada. Revista electrónica del Centro de estudios en administración pública*, Núm. 5: 1-13.
- Aresti, L. (2006). *Silenciamiento de lo femenino y desastre ecológico*. México: MC Editores
- Arteaga, A. (2012). Todas somos la semilla: ser mujer en la Policía Comunitaria de Guerrero: Ideologías de género, participación política y seguridad. Tesis para obtener el grado de Maestría en Antropología Social. México: Centro de Investigaciones en Estudios Superiores en Antropología Social.
- Badillo, M. (2009). *Morir en la miseria*. México: Océano.
- Bartra, A. (2003). *Guerrero bronco, campesinos, ciudadanos y guerrilleros en la Costa Grande*. México: Era.
- Benítez, K. (2015). El poder curativo de mi comunidad, análisis de la práctica de la promoción de la salud en la región Costa-Montaña de Guerrero. Tesis para obtener el grado de Maestría en Medicina Social. México: UAM-Xochimilco.
- Berrio, L. (2009). Balance crítico sobre la lucha de las mujeres indígenas. Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de Guerrero. México: Programa Universitario México Nación Multicultural-UNAM y Secretaría de asuntos indígenas del gobierno del estado de Guerrero.
- Berrio, L. (2013). Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero, Tesis doctoral de Antropología. México: UAM-Iztapalapa.
- Berrio, L. y Lozano, A. (2017). “Redes para la incidencia. Visibilizando agendas de mujeres indígenas desde la Coalición por la Salud de las Mujeres”. En: Juárez,C; Hevia, F.; Lopez, E. y Freyermuth, L. (coord) *Entre el activismo y la intervención: el Trabajo de organizaciones de la sociedad civil y su incidencia para la salud de Mujeres Indígenas en México*. México: Alternativa y Capacidades A.C, Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo y Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: ciencia emancipatoria e intercultural*. Argentina: Editorial Lugar.
- Camargo, L. (2015). Actores sociales emergentes: procesos de organización de mujeres indígenas en América Latina: mujeres ñuu savi de México y wayúu en Venezuela y Colombia, Tesis para obtener el grado de Maestría en Estudios Latinoamericanos. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Camacho, Z. (2013). Cochoapa, El grande: entre la miseria y el desprecio. Revista contralínea del 20 de enero de 2013. [http:// contralinea.info/archivo-revista/index.php/2013/01/20/cochoapa-el-grande-entre-la-miseria-el-desprecio](http://contralinea.info/archivo-revista/index.php/2013/01/20/cochoapa-el-grande-entre-la-miseria-el-desprecio) (consulta 18 de febrero de 2018).
- Canabal, B. (2009). Mujeres indígenas de la Montaña de Guerrero: una aproximación en Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de Guerrero. México: Programa Universitario México Nación Multicultural-UNAM y Secretaría de asuntos indígenas del gobierno del estado de Guerrero.
- Díaz, D. (2010). *Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la Muerte Materna*. México: FUNDAR-Centro de Análisis e Investigaciones.
- Echeverría, B. (2007). *Imágenes de la Blanquitud, en Lizarazo, D. Sociedades icónicas, historia, ideología y cultura en la imagen*. México: Siglo XXI.
- Einreich, B. y English, D. (1973). *Brujas, parteras, enfermeras: una historia de sanadoras*. España: Ediciones La Sal.
- Espinosa, G. (2003). *Doscientas trece voces contra la muerte. Mortalidad materna en zonas indígenas*. México: CONAMI-Kinal-Antzetik.

- Espinosa, G.; Dircio, I. y Sánchez, M. (2010). *La Coordinadora guerrerense de mujeres indígenas: Construyendo la equidad y la ciudadanía*. México: UAM-X, Colección Teoría y Análisis, División de Ciencias Biológicas y Humanidades.
- Espinosa, G. y Luna, C. (2013). “*Manos Unidas*” *contra la muerte materna: por una maternidad libre y saludable para las indígenas de la Costa-Montaña de Guerrero*. México: UAM-X, División de Ciencias Sociales y Humanidades. Vida y Milagros de Mujeres Indígenas.
- Espinosa, G. (2013). *Reflexiones sobre interculturalidad y salud desde la Costa Chica de Guerrero. En cambios y procesos emergentes en el Desarrollo Rural (223)*. México: UAM-X, División de Ciencias Sociales y Humanidades.
- Flores, J. (2005). “De indios integrados a sujetos políticos” *Revista Argumentos, estudios de la sociedad*. Núm. Especial 48-49: México. Universidad Autónoma Xochimilco. División de Ciencias Sociales y Humanidades.
- Flores, J. (2007) *Reinventando la democracia. El sistema de Policía Comunitaria y las luchas indias en el estado de Guerrero*. México: Plaza y Valdés Editores-El Colegio de Guerrero, A.C.
- Freyermuth, G. y Luna, M. (septiembre de 2014). *Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. Realidad, datos y espacio. Revista internacional de estadística y geografía, Volumen 5, Número 3, 44-61*.
- Freyermuth, G. (coord.) (2015) “25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia” *Observatorio de Mortalidad Materna en México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social*.
- Freyermuth, G. y Sesia, P. (2014) *La rendición de cuentas y la contraloría social: debates y experiencias en salud materna y reproductiva en México*. En Freyermuth, G. y Sesia, P., *Monitoreos, diagnósticos y evaluaciones en salud materna y reproductivas. Nuevas experiencias de contraloría social*. México: CIESAS.
- Freyermuth, G. Muños, J. y Luna, M. (2018) *Numeralia 2016. Mortalidad Materna en México*. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México. CIESAS.
- Hernández, L. (2009) “Movimiento indígena, autonomía y representación política en: Otras geografías: Experiencias de autonomías indígenas en México”. Gasparello y Quintana (Coords.) México: UAM-I.
- Herrera, C y Juárez, J. (2011) *El programa Oportunidades y los derechos de las mujeres indígenas en México*. México: Abogados para la justicia y los Derechos Humanos.
- Illades, (2014) “Guerrero, la violencia circular” *Revista Nexos*, 1 de noviembre de 2014. Recuperado en noviembre de 2016 en <https://www.nexos.com.mx/?p=23092>.
- Lozano, A. (2017) “Saber y prácticas de promotores de salud comunitarios en Colombia y Guerrero”. Tesis para obtener el grado de doctora en Desarrollo Rural. México: UAM-X.
- Luna, M.; Muños, J. y Freyermuth, G. (2018) *Numeralia 2016. Mortalidad Materna en México*. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México-Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Meléndez, D. (2008) *La Muerte Materna y el Seguro Popular de Salud en el estado de Guerrero*. En *La Salud de las Mujeres Guerrerenses Retos Legislativos (31)*. México: Coalición por la Salud de las Mujeres.
- Olivé, L. (2004) *El bien, el mal y la razón: facetas de la ciencia y de la tecnología*, Paidós. México.
- Oliveira, O. (1998) en Schmukler, Beatriz (coord.) *Familias y relaciones de género en transformación*. México: Ed. Population Council.
- Orueta, R. et al (2011) *Medicalización de la vida, Revista clínica de Medicina familiar 4 (2) 150-16*. Recuperada el 11 de septiembre de 2018.

- Paredes, J., Comunidad de mujeres tejiendo comunidad (2013) Hilando fino desde el feminismo comunitario. México: El rebozo -lente flotante- zapateándole.
- Paredes, J y Feministas comunitarias de Abya Yala-Bolivia. (2016) El desafío de la despatriarcalización. Entramado para la liberación de los pueblos. Bolivia: Mujeres creando.
- Puleo, A. (2011) Ecofeminismo para otro mundo posible. España: Ed. Cátedra.
- Rangel, C; (2006) En nuestro pueblo no mandan ustedes, manda el pueblo: disidencia, cambio religioso y conflicto en la Montaña de Guerrero. Tesis doctoral en Ciencias Políticas y Sociales con Orientación en Sociología. México: UNAM-Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.
- Rees, M., Sesia, P. , Atkin, Keith-Brown, K. (2016) Fortalecer la Partería: una deuda con las mujeres de México: El panorama en 2015. (s/l) Fundación Mac.Arthur.
- Rubio, Blanca. (2009) El impacto de la crisis alimentaria en las mujeres rurales de bajos ingresos en México 2008-2009. México: Colegio de Posgraduados.
- Santos, B. (2009) Epistemología del sur. La reinención del conocimiento y la emancipación social. México: Siglo XXI Editores.
- Sánchez, A. (coord) (2014) Dificultades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna. México: UAM-X, División de Ciencias Sociales y Humanidades.
- Sánchez, G. (2016) Espacios para parir diferente. Un acercamiento a las casas de Parto en México: México. ECOSUR.
- Shiva, Vandana (1995) Abrazar la vida, mujer, ecología y supervivencia. España: Editorial horas y Horas.
- Sarmiento, S. et al, (2009) Movimiento indígena y conflictos sociales en Estado del Desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de Guerrero. México: Programa Universitario México Nación Multicultural-UNAM, Secretaría de asuntos indígenas del estado de Guerrero.
- Segato, R. (2014) Las nuevas formas de la guerra en el cuerpo de las mujeres. México: Pez en el árbol.
- Tiburcio, H. (2009) Mujeres indígenas y Desarrollo en el Estado del Desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de Guerrero; México: Programa Universitario México Nación Multicultural-UNAM, Secretaría de asuntos indígenas del estado de Guerrero.
- Vega, R. (2017) I(nter)dentificación racial: racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México. Salud Colectiva [online]. 2017, v. 13, n. 3 pp. 489-505. Disponible en: <<https://doi.org/10.18294/sc.2017.1114>>. ISSN 1851-8265.
- Victoria, E. (2009) Autonomías indígenas de facto en el Estado de Guerrero, en Soriano Hernández Silva. Los indígenas y su caminar por su autonomía. UNAM. Centro de Investigaciones sobre América Latina y el Caribe. Colección Miradas del Centauro. México: Ediciones-Eón.