

La mirada no hegemónica en la recuperación de los saberes tradicionales

*Natalia Ix-Cbel Vázquez González, Araceli Pérez Damián
y Guillermina Díaz Pérez¹*

Introducción

La ciencia moderna se construye bajo las metáforas propias de la modernidad y ha promovido un único discurso de la verdad y un orden social que reproduce el orden jerárquico y desigual del sistema mundo; ha dejado de lado los saberes culturales y tradicionales de los distintos pueblos. Sin embargo, es importante recuperar el diálogo epistemológico de los saberes populares que nuestros pueblos construyen y recuperan como estrategias y tácticas de subsistencia y resistencia en los contextos de exclusión y marginación a los que son sometidos por las racionalidades del sistema social (cfr. de Sousa Santos, 2009).

Los saberes tradicionales han sido excluidos de lo que se denomina ciencia moderna, misma que es cuestionada por los estudios de la decolonialidad; dichos saberes han sido invisibilizados y discriminados por el mundo occidental. México cuenta con una gran diversidad de saberes, es común encontrar en los diferentes sectores de su población conocimientos propios, creencias y costumbres acerca de la salud y la enfermedad; dichos conocimientos se derivan de las culturas indígenas locales y del sincretismo cultural que tuvo lugar después de la conquista en el siglo XVI.

1 Profesoras investigadoras de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Hoy en día, en México, los saberes tradicionales en ciertas áreas de la medicina se han incorporado a algunas instituciones de salud pública; sin embargo, se presentan como alternativos, sin el reconocimiento pleno de la medicina moderna. Se establecen relaciones de poder que los ubica en la marginalidad del conocimiento, ocultando la riqueza cultural y negando las prácticas sociales que son fuente de conocimiento. Bajo este enfoque alterno están las mujeres parteras, quienes han sido incorporadas a algunas instituciones de salud, donde se les exige seguir las reglas de la modernidad como son los cursos de capacitación y los procedimientos de asepsia, entre otros.

Por consiguiente, el presente trabajo pretende esbozar la incorporación de los saberes tradicionales en el área de la medicina, principalmente aquellos practicados por mujeres en ciertos hospitales públicos de México, en aras de que, al repensar la importancia que guardan los saberes tradicionales, el sentido común y el conocimiento local, esta riqueza esté presente en el futuro y a la par de la ciencia moderna.

Sobre el concepto moderno de ciencia

La modernidad, entendida como forma de pensamiento, se caracteriza por la reducción del sujeto a la razón misma, tiene como consecuencia la despersonalización, el sacrificio de uno mismo y la identificación con el orden impersonal de la naturaleza y de la historia. La modernidad promete al sujeto libertad y control sobre sus actos y sobre su historia, concibiéndose como actor que controla y ordena su entorno.

Weber menciona dos grandes rasgos de la modernidad: el desencanto de la religión y la hegemonía de una razón medios-fin. El todo se vuelve contemporáneo, se rompe con lo pasado, hay una tendencia a vivir en el instante, se sobre evalúa lo efímero, lo fugaz y hay una espera permanente de la novedad. Para Weber, lo distintivo de la modernidad es el desencanto del mundo, los individuos se dirigen en términos de búsqueda del éxito y la hegemonía de un sólo tipo de perspectiva sobre el mundo: la racionalidad burocrático-instrumental. Ocurre una separación y diferenciación entre las esferas de valor, de la ciencia, la ética y el arte, cada una con su propia lógica interna. Habermas explica que la modernidad intentó liberar los potenciales cognitivos de cada una de las esferas para eximirlos de sus formas esotéricas, para hacer tal cosa tendrían que volverse expresiones de conocimiento especializado (cfr. Jay, 1991).

Tal como lo plantea Weber, en la modernidad se rompe la alianza entre el cielo y la tierra, lo cual desencanta el mundo y elimina la magia, quebrantando tam-

bién las cosmologías míticas. La emergencia del sujeto moderno se identifica con el aprendizaje del pensamiento racional y con la capacidad de resistir a las presiones de la costumbre y el deseo para someterse únicamente al gobierno de la razón.

El filósofo italiano Gianni Vattimo afirma que la modernidad se puede caracterizar como un fenómeno dominado por la idea de la historia del pensamiento, entendida como una progresiva “iluminación”. “La idea de ‘superación’ que concibe el curso del pensamiento como un desarrollo progresivo en el cual lo nuevo se identifica con lo valioso” (2000: 10). En consecuencia, lo prioritario es el pensamiento y lo que se deriva de él, éste debe ir dirigido a la innovación, oponiéndose a la contemplación o especulación. “La modernidad se entiende fundamentalmente como dominio racional sobre la naturaleza y la sociedad. Lleva implícito, por lo tanto, el reemplazo de las antiguas maneras de pensar por las creencias básicas que configuran el mundo moderno” (Villoro, 1992: 93).

En la modernidad se elimina la mentalidad teocéntrica, la independencia de la física de toda intención filosófica, los problemas empíricos de los metafísicos; se confía en la razón y en la experiencia como formas de acceder a la realidad; se emplea la matemática como lenguaje de la ciencia y la experimentación como único método científico; es el mundo mecanicista, de la precisión, se introducen nuevas nociones de medida, tiempo y exactitud.

Es la razón la que anima la ciencia y sus aplicaciones; es también la que dispone la adaptación de la vida social a las necesidades individuales o colectivas; y es la razón finalmente, la que reemplaza la arbitrariedad y la violencia por el estado de derecho y por el mercado. La humanidad, al obrar según las leyes de la razón, avanza a la vez hacia la abundancia, la libertad y la felicidad (Touraine, 2002: 9).

La facultad y el ejercicio de la razón de los hombres de ciencia guía la acción humana, es ella quien conduce al descubrimiento de la verdad, al establecimiento de una sociedad libre e igualitaria y al progreso de todos los individuos, en definitiva se trata de establecer una nueva manera de pensar o de juzgar, en la que todos los contenidos culturales deben ser sometidos al análisis de la razón. La razón orienta la actividad científica y técnica, el gobierno, la vida personal y colectiva de los seres humanos. De este modo “se deja de mirar el universo como un conjunto de sustancias con sus propiedades y poderes para verlo como un flujo de acontecimientos que suceden según leyes” (Mardones y Ursua, 1988: 18).

Esta nueva visión del mundo y de la vida, para Boaventura de Sousa Santos, plantea dos distinciones fundamentales: la primera, entre el conocimiento científico y el conocimiento del sentido común; la segunda, entre naturaleza y persona humana. De tal suerte que la ciencia moderna desconfía sistemáticamente de las evidencias de nuestra experiencia inmediata. Dicha separación, entre naturaleza y el ser

humano, conlleva a mirar a la primera como una extensión, pasiva, eterna y reversible, que se puede desmontar para posteriormente regularse a través de leyes. Así, “un conocimiento basado en la formulación de leyes tiene como supuesto metateórico la idea de orden y estabilidad del mundo, la idea de que el pasado se repite en el futuro” (2009: 26).

El conocimiento científico se basa en la observación, donde la prioridad es que el sujeto se desprenda de su subjetividad para, en la medida posible, dotar de rigurosidad el acto de observar los fenómenos naturales y los hechos, para su posible cuantificación y medición. De ahí que, el acto de observar requiera previamente ideas claras sobre lo observable en aras de adquirir conocimientos más profundos. De igual forma, “la matemática proporciona a la ciencia moderna no sólo el instrumento privilegiado del análisis sino también la lógica de la investigación, e incluso el modelo de representación de la propia estructura de la materia” (de Sousa Santos, 2009: 24).

El mundo material es causal y todo cambio es en esencia desplazamiento lineal, medido en relación con el tiempo; así, por ejemplo, a partir de la invención del reloj mecánico comienza la medición del tiempo, se le otorga un valor numérico y, por ende, matemático. El tiempo es algo fijo, absoluto, medible, ocurre uniformemente, en él se puede identificar un principio y un fin, y se accede a él a partir de la experimentación.

En este sentido, todo aquel conocimiento que no emplee el método científico, que no tenga como propósito la explicación causa-efecto de los acontecimientos en la naturaleza y que no venga traducido al lenguaje numérico o cuantificable, no puede ser denominado científico. El empleo de este método permite evaluar rigurosamente la aceptación como científicamente verdadera o su rechazo como errónea.

La ciencia, desde esta postura, busca formular explicaciones sobre el porqué de los fenómenos naturales e identificar cuáles son los factores que propician dichos fenómenos; se preocupa por el cómo, pero no así por el fin de las cosas, siendo dichas explicaciones refutables, pero que a la vez rompen y desconocen el sentido común. Así, “la refutabilidad empírica ha sido propuesta como el criterio de demarcación que diferencia a la ciencia de las demás formas de conocimiento” (Ruiz y Ayala, 1998: 12).

De aquí se desprende que a partir del concepto de ciencia dominante se ha determinado lo que debe ser considerado científico o pseudocientífico, lo que debe ser valioso o digno de estudio. Este es el canon a seguir, por lo tanto, se desprecia el saber cotidiano, el sentido común o los saberes tradicionales, dado que carecen de toda validez epistemológica.

Sin embargo, para de Sousa Santos (2009), dicho modelo científico atraviesa una crisis caracterizada, primero, por su profundidad e irreversibilidad, segundo,

porque se está viviendo un periodo de revolución científica que tiene inicio, pero no se sabe cuándo terminará y, tercero, porque el paradigma científico dominante está colapsando y hasta el momento sólo se especula sobre la emergencia de paradigmas. Dicha crisis es causada por la combinación de condiciones sociales y teóricas. La primera condición teórica son los límites de las insuficiencias estructurales del paradigma científico moderno (con el gran avance en el conocimiento se pudo ver la fragilidad de los pilares que lo sustentaban: por ejemplo, la verificación de acontecimientos distantes y simultáneos no se puede efectuar, sólo definir); la segunda es la mecánica cuántica expresada en el principio de incertidumbre de Heisenberg; la tercera, el teorema de la incompletud y los teoremas de la imposibilidad en ciertas circunstancias; la cuarta está dada por los avances del conocimiento en la física, en la biología y microfísica de finales del siglo pasado, pensando en la entropía.

Dicha crisis conduce a una gran reflexión sobre cómo la ciencia se subordina a los intereses económicos y a las lógicas de producción capitalista, donde se hace evidente la brecha entre el norte y el sur, países centrales y periféricos (cfr. Wallerstein, 1996; de Sousa Santos, 2009). Tal reflexión lleva a repensar en un paradigma emergente que, para de Sousa Santos (2009), se sustenta en cuatro tesis: todo el conocimiento científico natural es científico social, todo el conocimiento es local y total, todo conocimiento es autoconocimiento y todo el conocimiento busca constituirse en sentido común.

Esta última tesis, en particular, es importante para el presente trabajo, ya que se parte del supuesto de que se intenta dialogar con otras formas de hacer conocimiento, sobre todo con uno de suma importancia: el sentido común, “el conocimiento vulgar y práctico con que en lo cotidiano orientamos nuestras acciones y damos sentido a nuestra vida. La ciencia moderna se construye contra el sentido común que consideró superficial, ilusorio y falso” (de Sousa Santos, 2009: 55). Por ello, la ruptura epistemológica que propone de Sousa Santos es la recuperación del sentido común y de los conocimientos locales no hegemónicos.

Asimismo, este autor afirma que la ciencia moderna ha generado una serie de cegueras en las maneras que ha construido el conocimiento. Para analizar las cegueras que ha provocado, parte de dos ejes: la cuestión de los límites y la cuestión de la representación distorsionada de las consecuencias, ello deriva en dos tipos de conocimiento de esa ciencia moderna: “El conocimiento-emancipación y el conocimiento-regulación. El conocimiento-emancipación implica una trayectoria entre un estado de ignorancia, al que llamo colonialismo, y un estado de conocimiento, al que llamo solidaridad. El conocimiento-regulación implica una trayectoria entre un estado de ignorancia, al que llamo caos, y un estado de conocimiento, al que llamo orden” (de Sousa Santos, 2009: 63). Por consiguiente, debe cuestionarse ese ti-

po de conocimiento regulador que sigue prevaleciendo, el cual relega y desconoce cualquier tipo de conocimiento diferente. El giro epistemológico debe reconocer e incluir cualquier tipo de conocimiento, ya que:

El privilegio epistemológico que la ciencia moderna se concede a sí misma es, el resultado de la destrucción de todos los otros conocimientos alternativos que podrían venir a enjuiciar ese privilegio. En otras palabras, el privilegio epistemológico de la ciencia moderna es producto de un epistemicidio. La destrucción del conocimiento no es artefacto epistemológico sin consecuencias, sino que implica la destrucción de prácticas sociales y la descalificación de agentes sociales que operan de acuerdo con el conocimiento enjuiciado (de Sousa Santos, 2009: 81).

Frente a ello, el propio de Sousa Santos (2009) afirma que el potencial para una epistemología de la visión reside en recuperar el conocimiento emancipación que se traduce en cuestionarse sobre la validez y relevancia de los conocimientos de los saberes de la solidaridad, reconocimiento del otro como igual siempre y cuando la diferencia no lo coloque en una situación de inferioridad y como diferente, siempre que la igualdad no ponga en riesgo la identidad. Por eso, para este autor es importante replantearse tres demarcaciones epistemológicas para eliminar la ceguera: la epistemología del conocimiento ausente; la epistemología de los agentes ausentes; la revisión de la representación y los límites.

La epistemología del conocimiento ausente permite identificar lo que falta y por qué razón falta, al recurrir a una forma de conocimiento no reduccionista, se visibilizan y reconocen las otras realidades alternas; en ese mismo sentido se trabaja en los capitales de solidaridad, donde las prácticas sociales son prácticas de conocimiento. Ninguna forma de conocimiento debe de estar por encima de la otra, debe existir un reconocimiento a la heterogeneidad de los saberes, mismos que demandan reconocimiento de la diversidad cultural y alteridad.

En cuanto a la epistemología de los agentes ausentes, ésta permite cuestionar la regulación social como formas de “emancipación”; trata de promover una práctica social basada entre la acción conformista y la acción rebelde, de que los agentes tomen partido identificando las posturas alternativas.

Los límites de la representación en las ciencias sociales hegemónicas deben considerar las relevancias, identificación, la duración y la interpretación y evaluación. Repensar las escalas y representaciones desde una mirada diferentes. Se propone la transescala que implica desaprender los criterios de relevancia y los mapas cognitivos. Replantear los límites, recuperar la creatividad en “las ciencias modernas, una producción de ilusiones que, en vez de imitar a la sociedad, las reinventa” (de Sousa Santos, 2009: 94) y, con ello, agudizar la conciencia de su existencia y persistencia.

Finalmente, desde la postura de Boaventura de Sousa Santos, el reconocer las cegueras y trabajar en hacerlas visibles es “concebir la emergencia de un conocimiento prudente para una vida decente, un conocimiento que aprendiendo en la trayectoria que va de la ignorancia colonialista al saber solidario, reconoce el orden que encierran las experiencias y la expectativas, las acciones y las consecuencias, excepto cuando el orden es él mismo una forma de colonialismo” (2009: 96).

Por otro lado, León Olivé considera necesario valorar la riqueza de los conocimientos tradicionales, conocimientos que han sido defendidos y aplicados por las comunidades indígenas y a su vez empleados para la solución de sus problemáticas inmediatas. Sin embargo, como plantearse la pregunta acerca del estatus epistemológico de los conocimientos tradicionales implica descalificar este tipo de conocimientos por no cumplir con los criterios de validez establecidos, Olivé también afirma que se requiere asumir una epistemología pluralista donde se “explique la posibilidad y justifique la existencia de diferentes conjuntos de criterios de validez de los conocimientos tradicionales y que sostenga por lo tanto que la legitimidad de los conocimientos tradicionales no debería estar basada en los mismos criterios que se utilizan para juzgar la validez de los conocimientos científicos o tecnológicos” (Olivé *et al.*, 2009: 25).

Saberes tradicionales

La demarcación entre la ciencia y la pseudociencia de los conocimientos tradicionales conduce a asumir un pluralismo epistemológico como sugiere León Olivé (*et al.*, 2009), donde se busque propiciar un diálogo intercultural entre los miembros de la comunidad científica y los grupos indígenas, y donde los saberes indígenas contribuyan a integrar un pluralismo epistemológico acorde al contexto cultural. En este sentido, “no puede haber interculturalidad sin liberación de las alteridades, no hay liberación sin el diálogo de las diferencias (Pérez y Argueta, 2011: 42).

En el contexto de la antropología, a mediados del siglo pasado, surge por primera vez el interés por acercarse a los saberes “no científicos”, es decir, los tradicionales, aquellos que generan y permean la cosmovisión de los pueblos indígenas. Entre estos saberes se encuentran los relativos a la naturaleza, la agricultura y la medicina, siendo estos últimos a los que haremos referencia en este trabajo.

La Organización Mundial de la Salud maneja de manera oficial el término *medicina tradicional* para denominar a las terapias y prácticas que poblaciones étnicas y mestizas utilizan para mejorar los padecimientos físicos y anímicos de sus integrantes. Desde el discurso hegemónico, aunque estas prácticas también son conocidas como medicina alternativa, popular, natural o complementaria, no se reconoce su igualdad.

Esta medicina tradicional se usa en diversas partes del mundo, particularmente en África, América Latina y Asia, donde se recurre en mayor medida a estos medios alternativos. Lo cual no sólo obedece a un contexto de violencia estructural, sino también al vínculo con su cosmovisión y a un sistema de creencias heredado:

El saber popular es el saber milenario que pasa de generación a generación, logrando resistir desde tiempos inmemoriales y permanece en la cultura de los pueblos, su fenomenología se fundamenta en el sentido común, que es el pensamiento organizado de la cotidianidad misma, los individuos dan respuestas a múltiples interrogantes de su existencia desde la informalidad del saber popular comunitario (González y Azuaje, 2008: 234).

Entre las diversas prácticas que se conocen en el marco de la medicina tradicional, se encuentran las realizadas por las y los “curanderos”, “chamanes”, “sobadores”, “hierberos”, “hueseros” y las “parteras o comadronas”, todos ellos poseen una serie de características distintivas que les permiten prevenir, mantener o curar padecimientos de diversa índole entre los integrantes de su comunidad. Su preparación suelen adquirirla a través de la pertenencia a un linaje de parentesco, recibiendo el conocimiento de forma oral y práctica.

Menéndez (1994) señala que, desde la mirada occidental, esta modalidad de medicina se considera diferente, opuesta o antagónica a la medicina científica, e incluso para algunos es percibida como poco cambiante. No obstante, este autor afirma que, en México, es común encontrar en la práctica de la medicina tradicional el uso de ciertos medicamentos de la medicina alopática (como las aspirinas o el alka-selzer); además, a pesar de la exclusión de los saberes médicos tradicionales, en ciertos casos los médicos alópatas en su trato con el enfermo refieren “a un padecimiento tradicional como el ‘empacho’ a una enfermedad definida en términos alopáticos como gastroenteritis”, es decir, en ciertos casos se presenta la interculturalidad.

De acuerdo con Boaventura de Sousa Santos (2009), es necesario reconocer la existencia de otras visiones del mundo para verlas, compartirlas y analizarlas; se necesita comprender la existencia de la diversidad cultural, económica y política, pues la interculturalidad se mueve en dichas esferas. Por lo tanto, dice el autor, es necesario repensar en poderes distintos (como la recuperación de la educación popular) que cambien las lógicas de una visión monocultural; en el sentido de que hay otros saberes, además de los científicos, que son importantes para que poder entendernos. Así, por ejemplo, si se quiere acceder a una democracia intercultural, se debe contar con una generación de derechos colectivos, entre los que se encuentran los saberes tradicionales.

Por otro lado, la investigación de Castro (2002) afirma que es común encontrar que en los diferentes sectores de la población mexicana poseen sus propios conocimientos, creencias y costumbres acerca de la salud y la enfermedad; dichos conocimientos se derivan de las culturas indígenas locales y del sincretismo cultural que tuvo lugar después de la conquista en el siglo XVI.

Dentro de la cosmovisión indígena mesoamericana, la medicina juega un papel relevante para la vida social y comunitaria. María del Carmen Anzures (1983) hace una revisión del significado de la enfermedad para la cultura náhuatl, sus sistemas terapéuticos y los poseedores de dichos conocimientos. Para dicha autora, la enfermedad se consideraba un castigo divino y era enviada al hombre directamente por una deidad o indirectamente por otros servidores. De tal suerte que, las enfermedades son consideradas como una punición divina por el quebrando de alguna norma religiosa. A partir de dicha concepción, las enfermedades se atribuyen, en primer lugar, a tres dioses: Tezcatlipoca, Tláloc y Xipe Totec (cfr. Anzures, 1983); en segundo, se asocian con el calendario solar; con los brujos, en tercero; por último, se admitía la existencia de enfermedades naturales.

Por su parte, Anzures señala que no toda relación salud-enfermedad se mueve en lo sobrenatural, sino que también hay una amplia fundamentación que da cuenta de la existencia de las enfermedades y sus respectivos tratamientos terapéuticos concebidos y practicados dentro de un marco exclusivamente natural; su justificación se encuentra en cuatro consideraciones: un amplio conocimiento y cultivo de la herbolaria medicinal; el conocimiento de animales y minerales para fines curativos; el conocimiento de las distintas partes del cuerpo y una clara distinción entre el médico verdadero y el falso (1983: 27).

Asimismo, los sistemas curativos de los náhuatl se clasifican en tres: el natural, el psicorreligioso y el mixto. El natural es el tratamiento o curación de una enfermedad o patología no atribuida a fuerzas o agentes sobrenaturales, mediante sustancias de origen vegetal, animal o mineral. El sistema psicorreligioso “consiste de una amalgama de invocaciones, oraciones, conjuros, etcétera, a los espíritus y divinidades, o a las plantas o minerales, junto con una serie de gestos y prescripciones rituales, pero sin ingestión de medicamento alguno. Es un tratamiento curativo psicológico y religioso, que algunos llaman mágico” (Anzures, 1983: 36-37). Por último se encuentra la terapia mixta, que conjuga las dos terapias anteriores.

Por otra parte, con los procesos de colonización hay todo un proceso de hibridación con la medicina europea “proveniente de la tradición grecorromana de Hipócrates y de Galeano, estaba fundada en la teoría de los elementos, de los humores y de los temperamentos, materia que constituía el tratado fundamental de la enseñanza médica, tanto en Europa como aquí en México” (Anzures, 1983: 85). Para Hipócrates, dice Anzures, el universo y, por consiguiente el hombre, está

formado por cuatro elementos: aire, tierra, agua y fuego, los cuales por la acción de las fuerzas opuestas se construyen, destruyen o reconstruyen (por ejemplo, amor-odio). Estos cuatro elementos se traducen en el hombre en cuatro humores y cuatro temperamentos, relacionados en fuerzas opuestas: caliente-seco; caliente-húmedo; frío-seco; frío-húmedo, a cada uno corresponde un humor y un temperamento (Anzures, 1983).

A partir de estas dos concepciones, el de la medicina europea y la del mundo indígena, afirma Anzures (1983), se da un mestizaje en tres direcciones: el mestizaje de las sustancias terapéuticas, el de los ingredientes psico-religiosos y el de la misma teoría y prácticas médicas. Lo cierto es que, en términos generales, la armonía es la salud y el desequilibrio la enfermedad, porque en la medicina indígena mesoamericana existe una vinculación entre el universo y el sujeto, todo se conecta; la comprensión del cuerpo humano incluye tanto a la mente como al espíritu; las patologías tienen que ver con la cosmovisión, en ellas se incluyen las estrategias de diagnóstico de las enfermedades y los desequilibrios; en ese mismo sentido, el trabajo preventivo incide en los desequilibrios (en ese sentido del orden que se guarda entre el sujeto [espíritu], la naturaleza y el universo); en la utilización de procedimientos terapéuticos se incluyen la herbolaria, el uso de productos animales y minerales y esa concepción de lo frío y lo caliente.

Castro (2002), en esa experiencia subjetiva de recuperación de la salud que tienen los individuos, afirma que existen tres tipos de modelos terapéuticos, a saber: la medicina moderna (toda intervención y prescripción médica, recibida y utilizada en el contexto de una consulta con un médico o su seguimiento con éste), la tradicional (terapias o remedios proporcionados o recomendados por curanderos tradicionales) y la doméstica (perteneciente al dominio de lo privado, dentro del hogar, abarca los primeros cuidados y remedios que se ofrecen a los enfermos, normalmente por mujeres del propio hogar; combina elementos de la medicina moderna y de la tradicional, generalmente antes o en paralelo a la decisión de consultar a un doctor o un curandero profesional).

En Mesoamérica las parteras o comadronas² desempeñaron un papel central en la atención y cuidados de las mujeres y los bebés en el momento del embarazo, parto y puerperio.³ Pero, la hegemonía de las parteras comenzó a perder terreno en la

2 La Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana la define como la especialista de la medicina tradicional cuya función primordial es la atención del embarazo y del parto, así como la de proporcionar asistencia a la mujer y al recién nacido durante el puerperio. La actividad de estas especialistas generalmente no se limita a la asistencia materno - infantil, sino que se extiende a la atención de algunos padecimientos ginecológicos que se consideran causa de esterilidad, así como otras demandas de atención que afectan a la embarazada y al recién nacido (BDMT, 2014).

3 Después del parto, el puerperio es el tiempo en el que el aparato reproductor y los niveles hormonales de una mujer regresan a las condiciones que existían previas al embarazo.

segunda mitad del siglo XVIII, porque se reglamentó su ejercicio y se subordinó su labor a los médicos titulados, por la existencia de un sistema mixto de atención a la salud, donde interactúan la medicina doméstica, la tradicional, la institucional y la medicina privada, entre otras razones (Valdez Arenas y Hernández, 2004: 57).

Para Jiménez, Pelcastre y Figueroa, “las parteras son personas [mujeres] que surgen de la propia comunidad y que por tradición, convivencia y vocación se dedican a atender partos y algunos problemas de salud de acuerdo a los hábitos y costumbres de la región donde prestan sus servicios” (2008: 162), se convierten en líderes naturales de la población y cumplen un papel fundamental en el proceso de medicalización de la comunidad, ya que llegan a ser el primer agente de salud al que se recurre. Sin embargo, para dichos autores, a pesar de que las parteras tradicionales combinan conocimientos tradicionales y de la medicina moderna (por influencia de las instituciones de salud a través de cursos de capacitación), se han visto expuestas al rechazo médico. Dicha mirada desde lo hegemónico (el conocimiento de la medicina moderna) las coloca en una posición subalterna (conocimiento tradicional) que las obliga a ocultar que son parteras y a no acompañar a los pacientes en la atención médica; acciones mismas que se presentan como forma de resistencia ante la crítica médica respecto de las prácticas tradicionales que ellas consideran benéficas para las mujeres.

Como se observa, las parteras juegan un papel fundamental en el imaginario social, pero cómo desde las instituciones de salud pública se recuperan esos saberes tradicionales y el papel de la partera en particular. Para lograrlo se debe hablar de una relación intercultural en salud, donde se pueda plantear una convivencia, con absoluto respeto, de las dos formas de atención a la salud, sin que se plante una dominación de la una sobre la otra.

La recuperación del saber tradicional de las mujeres parteras en instituciones de salud en México

En la década de los años 70 de siglo XX, inicia en el contexto internacional el interés por recuperar los saberes tradicionales en el área de la medicina, así la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) convocaron a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, cuyo resultado fue la Declaración de Alma Atta, la cual reconoce las desigualdades existente en el estado de salud de la población y, entre otras cuestiones, incita a los países firmantes a recobrar los conocimientos de la medicina tradicional de su población, considerando sus recursos locales y cosmovisiones.

Por su parte la Organización Internacional del Trabajo emitió el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, mismo que en su artículo 25 dice: “Los servicios de salud deberán organizarse en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Esos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales, y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales” (IIDH, 2007: 62).

En 2002, la Organización Panamericana de la Salud emitió una propuesta sobre Medicina Tradicional y Terapias Alternativas. Asimismo, en 2007, la Organización de las Naciones Unidas estableció la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, que particularmente en el ámbito de la salud señala en su artículo 24 “los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital” (ONU, 2005: 10).

Los cuatro acuerdos internacionales referidos han sido signados por México. A partir de los años 60 del siglo XX, a través del Instituto Nacional Indigenista se dieron los primeros acercamientos por parte de los servicios de salud institucionales con las parteras tradicionales indígenas, el propósito central era ampliar la cobertura de los servicios de salud. Posteriormente, en un contexto neoliberal y de reducción de los servicios públicos de salud, se inicia un reconocimiento más amplio a la medicina tradicional, así en los años 90 se implementa el programa “Tópicos Selectos de la Medicina Tradicional”.

La constitución política mexicana establece en su artículo segundo el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la autonomía para preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad, el acceso efectivo a los servicios de salud, aprovechando debidamente la medicina tradicional. Asimismo, señala que para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, las autoridades tienen la obligación de asegurarles el acceso efectivo a los servicios de salud ampliando su cobertura y aprovechando apropiadamente la medicina tradicional (CD, 2007, art. 2).

El gobierno mexicano muestra mayor interés en la medicina tradicional a partir del 2002, a través de la creación de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, perteneciente a la Secretaría de Salud, el propósito central de esta dependencia es incorporar un enfoque intercultural en sus programas de salud.⁴

⁴ Los programas que se han puesto en marcha por parte de esta dirección son Medicina Tradicional Indígena, Salud Intercultural, Medicinas Complementarias y, finalmente, Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas, en los que además de sumar la medicina tradicional mexicana, se ha incorporado la acupuntura y la homeopatía.

En el 2006 se adicionaron diversas disposiciones a la Ley General de Salud concerniente a la atención de la salud de la población indígena, al reconocimiento, desarrollo y práctica de la Medicina Tradicional Indígena, en su artículo 93 refiere: “De la misma manera reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos” (DGPlaDeS, 2007). Durante 2004 y 2006 se llevaron a cabo modificaciones al Reglamento Interno de la Secretaría de Salud donde se indica en el artículo 25 que le corresponde a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, el diseño y desarrollo de nuevos modelos de atención a la salud acorde a las necesidades y al contexto cultural de la población. Así, en la fracción XIX, menciona que entre las atribuciones a dicha Dirección está el “Diseñar, proponer y operar la política sobre medicina tradicional y medicinas complementarias en el Sistema Nacional de Salud” (DGPlaDeS, 2010).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) establece un programa de interrelación con las parteras tradicionales indígenas teniendo como marco el programa IMSS-Complamar; por su parte la Secretaría de Salud estableció los “Hospitales Mixtos”, que inician en una primera etapa en algunos hospitales de tres estados de la República: Nayarit, Puebla y Michoacán. En esa misma década inician las unidades integrales de medicina tradicional, así hospitales o centros de salud asignaron espacios en los que se incorporó la atención de terapeutas tradicionales, bajo el concepto de red integrada de médicos tradicionales, el primero de ellos fue el Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla, posteriormente se abrieron estas unidades de salud en los estados de Nayarit, Campeche, Michoacán, Oaxaca, Durango, Chiapas, Yucatán, Guerrero, Tabasco, Veracruz, Morelos, Hidalgo y el estado de México. Las unidades integrales de medicina tradicional incorporaban tres especialidades de esta modalidad de medicina: curanderos-yerbateros, sobadores-hueseros y parteras tradicionales.

Las parteras son recuperadas por las instituciones de salud para poder disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal, sobre todo en zonas rurales que sufren de marginación. Así, entre los elementos de la medicina tradicional retomados en la atención de partos, se encuentran las posiciones verticales, elementos de humanización en la atención de las mujeres, la lactancia inmediata y el acompañamiento cercano durante todo el trabajo de parto, estas prácticas han logrado un cierto reconocimiento de los servicios de salud en México y por la Organización Mundial de la Salud, esta última les reconoce fundamentos científicos y culturales.

Justamente cuando las parteras se acercan al conocimiento bio-médico, a través de cursos de capacitación que les otorgan las instituciones de salud en aras de disminuir las complicaciones y las muertes perinatales, entran en conflicto con los actores de las instituciones de salud, porque los médicos deslegitiman el saber de las parteras tradicionales, pero al mismo tiempo legitiman la hegemonía de la medicina moderna (bio-medicina), de tal suerte que se advierte, tanto a las parteras como a los pacientes, que lo mejor es la atención médica (Jiménez, Pelcastre y Figueroa, 2008: 166), por lo tanto las parteras se ven muy limitadas en su actuación. Incluso asumen que hay una relación de poder y sujeción a lo que los médicos dictaminen y que en ocasiones las lógicas discursivas son opuestas.

Las parteras reconocen los principios y creencias a partir de los cuales se rigen sus comunidades; muchos de ellos, principalmente los que tienen que ver con la gestación, el embarazo, el nacimiento y la fertilidad, tienen un sustento prehispánico fundado en los ciclos lunares y agrícolas; a partir de ellos se rigen muchas de las prácticas sociales que le dan sentido, sin embargo desde la lógica de la medicina moderna no son consideradas.

En el caso de México, en el siglo XIX, se creó la partería profesional que tenía por objeto eliminar a las parteras tradicionales, quienes comenzaron a ser consideradas como competencia de los médicos, quienes ejercían la medicina moderna; el propósito central era lograr mayor atención durante el embarazo, parto y posparto de las mujeres. Las parteras profesionales surgieron bajo la subordinación médica, ya que eran “capacitadas” por médicos varones en escuelas de medicina, no obstante las clínicas eran impartidas por parteras. Las parteras tradicionales no acudían a estos cursos (Carrillo, 1999).

En algunos estados de la República para que las parteras pudieran presentarse a examen para ejercer esta labor, debían haber practicado durante un año bajo la supervisión de un médico o de una partera aprobada por la institución. Varios médicos, aun cuando no lo reconocieran, aprendían la atención de partos al lado de una partera. En la reglamentación que regía a las parteras profesionales se les asignó la práctica de solo ciertos tipos de parto, por lo que ellas debían de ser el medio para convencer a pacientes y familiares de la relevancia de acudir con oportunidad al servicio de los médicos profesionales. Al mismo tiempo los médicos adoptaron una actitud de combate, se dieron a la tarea de desprestigiar el ejercicio de la partería tradicional y de controlar la profesional, ya que además de ser reglamentada, se incrementaron los requisitos para obtener un título y se establecieron impuestos a su ejercicio (Carrillo, 1999).

El problema es que la medicalización está atravesando casi todas las esferas de la vida cotidiana. La medicina es básicamente otro medio que las sociedades han utilizado para la reproducción de la dominación, desde la perspectiva de Boaventura

de Sousa Santos (2009). El caso más evidente de dicha dominación se ve reflejado en el embarazo y el parto. Por su parte Oakley (citada en Castro, 2002) afirma que la medicalización del embarazo ha pasado por dos etapas de transformación ideológica frente a la población: de ser un evento social pasó a ser uno biológico y de ahí a uno médico; por lo cual las instituciones de salud son la única opción racional para la atención del parto actualmente. Esta idea es secundada por Treichler (citada en Castro, 2002), quien afirma que en las sociedades industrializadas se favorece el parto institucional, y este es consecuencia de la falta de alternativas frente al monopolio de la medicina moderna. Así, el hospital se convierte en la definición oficial de la realidad con el poder suficiente para influir en las condiciones materiales de vida, afectando las formas en las que las mujeres experimentan el parto.

Hay toda una construcción social del parto y del embarazo que queda institucionalizada en los hospitales y que configura el control médico del mismo y el tipo de experiencia que las mujeres tienen sobre estos aspectos. El problema, entonces, es cómo imaginar o reconceptualizar los asuntos de salud, el embarazo, el parto e incluso la anticoncepción desde otra mirada que permita contar con otro tipo de percepción y experiencias subjetivas completamente diferentes respecto a estos temas; para ello, se concluye que es fundamental la recuperación del saber de las parteras en estas construcciones que se tienen. Además, otro problema es representar y construir el embarazo como enfermedad institucionalizada, donde el papel que juegan las parteras no tiene razón de ser. Pero no habría que olvidar que las mujeres son actores sociales con su propia habilidad interpretativa para dar significado y sentido a la realidad.

Por otra parte, Castro (2002) muestra que la vivencia del embarazo (en las mujeres objeto de su estudio en el estado de Morelos) pasa por varias dimensiones relacionadas con la incertidumbre, la medicalización y la violencia a las que están expuestas las mujeres, en particular las embarazadas. Dicha precariedad las lleva a desear no sufrir el embarazo a manera de emergencia, de tal suerte buscan y legitiman la asistencia de una institución de salud, a manera de contrarrestar dicha situación.

La búsqueda de la ayuda institucionalizada también legitima una visión jerarquizada de las relaciones sociales; es decir, las mujeres que viven una condición de violencia y marginación reconocen que los médicos y las enfermeras las regañan (siendo, junto con la suegra y el esposo, los únicos que las regañan). El regaño por parte de los médicos y enfermeras, sea en instituciones públicas o privadas, supone una relación de poder y de autoridad, presentado en ocasiones como un autoritarismo extremo y represivo, donde la lógica de este mecanismo tiende a controlar y callar a la mujer, al tiempo que la inculpa de las dificultades presentadas durante el parto. Mientras en la medicina tradicional, la mujer ocupaba el lugar fundamental duran-

te el parto; en la medicina moderna, el papel protagónico lo ocupa el doctor, a la mujer embarazada sólo le toca cooperar o ayudar al médico, pero si esto no sucede y algo sale mal, el regaño estará perfectamente justificado (cfr. Castro, 2002). A pesar de estas prácticas de poder, autoridad y desconocimiento, las parteras se van desplazando porque sus saberes no entran en las lógicas de la medicina moderna.

Prevalece una gran cantidad de prejuicios con relación a las parteras, sin embargo, hay estudios donde se demuestra que su práctica produce menos complicaciones con respecto a la atención convencional; no obstante, el saber que emplea la partería tradicional es subordinado al saber médico institucionalizado y, aunque este mismo sistema es el que capacita a las parteras, se presentan situaciones en las que se rechaza la práctica tradicional cuando la paciente llega a tener alguna complicación y es llevada al sistema hospitalario. Las parteras han dado testimonio de que experimentan el rechazo de los médicos hacia sus conocimientos: por ejemplo, en los Servicios de Salud de Oaxaca hay una total discriminación hacia la medicina tradicional y, sobre todo, hacia la práctica de las parteras tradicionales (Ríos, 2014).

El gobierno mexicano —con el propósito de dirimir los conflictos que suelen presentarse al tratar de interrelacionar dos perspectivas diferentes sobre la concepción del mundo y la práctica de la medicina, así como de promover una sensibilización intercultural—, a través de la Secretaría de Salud, diseñó la metodología de “Encuentros de Enriquecimiento Mutuo”, puesta en marcha entre el personal de salud, parteras y terapeutas tradicionales. El propósito de estas reuniones era que los grupos participantes dialogaran de manera horizontal sobre diversas temáticas; se trató de incorporar una mirada a la interculturalidad en la salud, donde ninguno de los sistemas médicos presentará su posición como la única versión de la verdad, y ambos se escucharán mutuamente, comprendiéndose y negociándose entre sí. En el caso de las parteras tradicionales, estos encuentros permitieron identificar los aportes de este modelo tradicional en la atención al embarazo, parto y puerperio.

Se está valorando internacionalmente la importancia del trabajo que realizan las parteras, para incrementar las tasas de sobrevivencia de madres y recién nacidos en países que no cuentan con los suficientes servicios de salud para su población. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Confederación Internacional de Matronas (ICM) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicaron, en coordinación, el documento “El Estado de las Parteras en el Mundo 2014”, en el cual analizan el panorama de la práctica de la partería en 73 países de ingresos bajos y medios de África, Asia y América Latina (incluido México), en los que se concentran el 96% de las muertes maternas mundiales, el 91% de los mortinatos y el 93% de las muertes neonatales. En estos 73 países, que concentran las modalidades de muertes referidas, tan sólo cuentan con el 42% de los médicos, parteras y enfer-

meras del mundo. El informe reconoce que la partería es un elemento clave en la atención de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal, en este sentido afirma que la inversión en servicios de partería de calidad podría contribuir a acortar esta brecha y prevenir aproximadamente dos terceras partes de las muertes maternas y neonatales en los países analizados. Además de la calidad, deben mejorarse otras tres áreas clave en este servicio: disponibilidad, accesibilidad, y aceptabilidad. Respecto a la aceptabilidad, indica que el problema está estrechamente ligado a la discriminación y la condición de las mujeres en general como usuarias de servicios y agentes de salud, asimismo las parteras reclaman también una mejor percepción y aceptación de su trabajo ya que muchas veces éste se ve atravesado por sesgos de género (UNFPA, ICM OMS, 2014).

Si bien el asunto de los saberes tradicionales, particularmente el de las parteras, está siendo recuperado nacional e internacionalmente, falta mucho trabajo para que se reconozca y se legitime su práctica como conocimiento en condición de igualdad y no de subordinación; sobre todo cuando en el mundo, en general, y en México, en particular, existe una pluralidad de culturas.

Reflexiones finales

Es necesario el reconocimiento epistemológico de los saberes y conocimientos tradicionales, lo que ha de permitir un pluralismo epistemológico y el diálogo horizontal entre la medicina tradicional y moderna, para avanzar de manera conjunta en la comprensión de la práctica médica.

Recuperar los saberes tradicionales, especialmente cuando se habla de las parteras, es reconocer que la mirada tradicional indígena no es un atraso, sino que juega la misma temporalidad de los otros saberes. Por supuesto, ello tiene implicaciones para la construcción de una sociedad mucho más intercultural donde se ponen en juego la mirada y el respeto del otro, así como la dignificación de los saberes.

En ese mismo sentido, la sociología de las ausencias propuesta por Boaventura de Sousa Santos (2009) recupera la necesidad de reconocer la igualdad de los saberes que, para el caso de los saberes tradicionales médicos, están invisibilizados, además de subordinados, a pesar de los esfuerzos que se hacen por plantearlos en un diálogo intercultural de salud.

Trabajar en un diálogo intercultural en salud requiere rescatar los conocimientos emancipadores que, por una parte, cuestionen las relaciones de poder epistemológico para situar en el mismo plano los distintos saberes y, por otra, recuperen la solidaridad como forma de reconocimiento del otro, como interlocutores válidos y generadores de conocimiento, en condiciones de igualdad. Es necesario no estan-

Temas de Historia y Discontinuidad Sociocultural en México

carse en los propios dilemas de la ciencia moderna, donde la libertad, la igualdad y la solidaridad no tienen cabida. Poner en el mismo nivel los distintos saberes motiva la realización de proyectos colectivos, plurales, no jerárquicos, críticos, incluyendo las miradas no hegemónicas; aquellas miradas que frecuentemente sufren las consecuencias de la subordinación, desigualdad y discriminación, pero que contienen saberes que imaginan otros mundos posibles, equitativos, justos e incluyentes.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

- Anzures y Bolaños, María del Carmen (1983), *La medicina tradicional en México: proceso histórico, sincretismos y conflictos*, UNAM, México.
- BDMT (Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana) (2014), consultado en <http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/index.php> [30 de mayo].
- Carrillo, Ana María (1999), “Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México” en *Dynamics*, núm. 19, pp.167-190.
- Castro, Roberto (2002), *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción de la pobreza*, CRIM, México
- CD (Cámara de Diputados) (2014), Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, consultado en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm> [26 de octubre de 2014].
- de Sousa Santos, Boaventura (2009) “Las paradojas de nuestro tiempo y la plurinacionalidad” en Alberto Acosta y Esperanza Martínez (comps.) *Plurinacionalidad, democracia en la diversidad*, Ediciones Abya-yala, Ecuador.
- DGPlaDeS (Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud) (s.f.), “Guía de implantación intercultural del fortalecimiento de los servicios de salud de medicina tradicional”, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, consultado en http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/Fortalecimiento_Servicios_Medicina_Tradicional.pdf [14 de mayo de 2014].
- DGPlaDeS (Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud) (2007) Ley General de Salud, consultado en http://dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/taller_inter/Marco_Legal.pdf [28 de octubre de 2014].
- DGPlaDeS (Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud) (2010) Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Secretaría de Salud, consultado en http://dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/taller_inter/Marco_Legal.pdf [28 de octubre de 2014].
- González Zuleyma y Ermelinda Azuaje (2008), “Saberes populares: voces ágrafas del espacio local comunitario” en *Revista Geoenseñanza*, consultado en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36021230009>.
- IIDH (Instituto Interamericano de Derechos Humanos) (2007), Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Conversemos su aplicación para lograr cambios, IIDH, San José, Costa Rica, consultado en <http://www.corteidh.or.cr/tablas/24814.pdf> [26 de octubre de 2014].
- Jay, Martin (1991), *La imaginación dialéctica. Una historia de la escuela de Frankfurt*, Taurus, Buenos Aires.
- Jiménez, Silvia, Blanca Pelcastre y Juan Guillermo Figueroa (2008), “Par-

- teras tradicionales y su relación con las instituciones de salud. Entre la resistencia y la subordinación” en *Revista Chilena de Salud Pública*, volumen 12, año 3, pp. 161-168, consultado en <http://revistamad.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/2205/2085> [28 de mayo de 2014]
- Mardones J. M. y N. Ursua (1988), *Filosofía de las ciencias humanas y sociales. Materiales para una fundamentación científica*, Fontamara, México.
- Menéndez Eduardo (1994), “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?” en *Alteridades*, vol.4, núm. 7, pp. 71-83.
- Olivé, León et al. (2009), *Pluralismo epistemológico*, CLACSO / Muela del Diablo Editores, Bolivia.
- ONU (Organización de las Naciones Unidas) (2008), Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, consultado en http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf [26 de octubre de 2014].
- Pérez Ruiz, Maya Lorena y Arturo Argueta Villamar (2011), “Saberes indígenas y diálogo intercultural” en *Cultura y Representaciones Sociales*, año 5, núm. 10, Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 31-56.
- Ríos, Paulina (2014), “Discrimina Oaxaca labor de parteras tradicionales” en *Cimacnoticias periodismo con perspectiva de género* en línea, consultado en <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/65655> [22 de mayo de 2014].
- Ruiz, Rosaura y Francisco Ayala (1998), “El método de las ciencias” en *El método de las ciencias. Epistemología y darwinismo*, FCE, México.
- Touraine, Alain (2002), *Crítica de la Modernidad*, FCE, México.
- UNFPA, ICM y OMS (Fondo de Población de las Naciones Unidas, Confederación Internacional de Matronas y Organización Mundial de la Salud) (2014), “El Estado de las Parteras en el Mundo 2014”, consultado en <http://unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/news/2014/SP-SOWMY14-ExecSum.pdf> [20 de junio].
- Valdez Santiago, Rosario, Luz Arenas Monreal e Isabel Hernández Tezoquipa (2004), “Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo” en *Salud Pública de México*, vol. 46, núm. 1, enero-febrero, pp. 56-63, consultado en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10646109> [21 de mayo de 2014].
- Vattimo, Gianni (2000), *El fin de la modernidad. Nihilismo y hermenéutica en la cultura posmoderna*, Gedisa, España.
- Villoro Luis (1992), *El pensamiento moderno. Filosofía del Renacimiento*, El Colegio Nacional / FCE, México.
- Wallerstein, Immanuel (coord.) (1996), *Abrir las ciencias sociales*, Siglo XXI / Universidad Nacional Autónoma de México, México.