

Modernización e hibridación en la vida y prácticas tradicionales de San Felipe del Progreso. El caso de las parteras y su conocimiento ancestral

Modernization and hybridization in the life and traditional practices of San Felipe del Progreso. The case of midwives and their ancestral knowledge

Karla Paola López Miranda

<https://orcid.org/0000-0003-0336-1429>

Universidad Autónoma del Estado de México

pao_m93@hotmail.com

Fecha de envío: 24 de mayo de 2019. Fecha de dictamen: 22 de octubre de 2019. Fecha de aceptación: 20 de noviembre de 2019.

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo comprender el proceso sociocultural que enfrentan las parteras tradicionales de San Felipe del Progreso, en el que estructuras y prácticas distintas entre sí —como son el sistema tradicional y el moderno de salud— se encuentran y permiten la aparición de nuevas interpretaciones, prácticas y objetos en la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

Para ello resulta necesario dividir la investigación en diferentes apartados. En un primer momento, se ahonda en el concepto de modernidad y cómo es vista en Latinoamérica; de igual forma se menciona la manera en que se manifiesta en México, comprendida como la sucesión de diversos procesos de modernización suscitados en el ámbito económico, social, político y cultural. Una vez comprendido lo anterior, es posible discutir el concepto de lo híbrido, retomando la premisa de que dichos procesos de modernización se establecen en un espacio que contaba con formas distintas de mirar y construir la realidad, visión que se refleja en los procesos salud/enfermedad/atención. En un segundo momento, se observa el fenómeno en una comunidad concreta, a saber, San Felipe del Progreso, que da cuenta, desde su contexto, del encuentro entre estas dos formas de mirar el proceso salud-enfermedad-

atención, que por un lado están caracterizados por los modelos, llamémosles, más tradicionales de cuidado (configurados a partir de la tradición prehispánica), en comunicación con los procesos modernizadores. Partiendo de tal planteamiento, la presente investigación retoma, temporalmente, eventos que influyen en la configuración de dichos procesos modernizadores desde 1808 hasta 2016, pero la atención se centra en la observación de tal encuentro (modelo tradicional y modelo moderno) en el presente. En el tercer apartado, se retoma la categoría de lo híbrido como una herramienta de análisis o recurso de explicación. A partir de los fragmentos de las historias de vida obtenidos vía las parteras, descritas en el cuarto apartado, es posible reconocer los procesos de comunicación y práctica “híbrida” utilizados por estos especialistas médicos. En el quinto apartado, se exponen los resultados de la investigación, haciendo énfasis en lo híbrido visto desde la formación y capacitación de las parteras, y los conocimientos adquiridos, así como los materiales y las técnicas de apoyo.

Concluimos la presente investigación generando una serie de argumentos que nos permiten sostener por qué lo híbrido puede ser un medio de explicación para el encuentro entre formas (ancestral y moderna) de atención del embarazo, el parto y el puerperio, vía las parteras de la comunidad.

Abstract

The present research aims to understand the sociocultural process faced by the traditional midwives of San Felipe del Progreso, in which structures and practices that are different from each other —such as the traditional and modern health systems— meet and allow the emergence of new interpretations, practices and objects in the care of pregnancy, childbirth, and the puerperium.

For this, it is necessary to divide the investigation into different sections. At first, the article delves into the concept of modernity and how it is seen in Latin America; in the same way, the way it manifests itself in Mexico is mentioned, understood as the succession of various modernization processes that have arisen in the economic, social, political and cultural spheres. Once the above is understood, it is possible to discuss the concept of the hybrid, taking up the premise that these modernization processes are established in a space that had different ways of looking at and constructing reality, a vision that is reflected in the health / illness / attention.

In a second moment, the phenomenon is observed in a specific community, namely,

San Felipe del Progreso, which accounts, from its context, of the encounter between these two ways of looking at the health-disease-care process, which on the one hand are characterized by “more traditional models of care” (configured from the pre-Hispanic tradition), in communication with modernizing processes. Based on this approach, the present investigation takes up, temporarily, events that influence the configuration of these modernizing processes from 1808 to 2016, but the focus is on observing such an encounter (traditional model and modern model) in the present.

In the third section, the category of hybrid is retaken as an analysis tool or explanation resource. From the fragments of the life histories obtained from the midwives, described in the fourth section, it is possible to recognize the processes of communication and “hybrid” practice used by these medical specialists. In the fifth section, the results of the research are presented, emphasizing the hybrid seen from the training and training of midwives, and the knowledge acquired, as well as the materials and support techniques.

We conclude by generating a series of arguments that allow us to argue why the hybrid can be a means of explanation for the encounter between forms (ancestral and modern) of care for pregnancy, childbirth, and the puerperium, via community midwives.

Palabras clave: híbrido; procesos modernizadores; parteras tradicionales; San Felipe del Progreso.

Keywords: Hybrid; Modernizing processes; Traditional midwives; San Felipe del Progreso.

Antecedentes: entre lo tradicional y lo moderno

La modernidad como época. La tendencia más generalizada en la actualidad subraya la idea de que vivimos y enfrentamos una época nueva de cambios e incertidumbres. El factor de lo “nuevo” ha ingresado en lo social generando procesos de transformación que involucran el pensar y el vivir de formas distintas, y que constituye ante todo el ideal de la modernidad.

La modernidad, como período, tuvo su origen a partir de la sucesión de diversas coyunturas históricas que dan comienzo en Europa aproximadamente entre

los siglos XVI y XVII, que se caracterizan por la implementación, en dicho espacio, de un gobierno representativo, el surgimiento de movimientos intelectuales y artísticos que colocan en el centro de la atención al hombre, la invención de la imprenta por Johann Gutenberg, el desarrollo del humanismo y la ciencia con las ideas de Copérnico (1543) y el sol como centro del universo, además de Kepler y Galileo, que ayudados por el telescopio (1600), reafirman la teoría heliocéntrica. Se dan avances extraordinarios en la medicina y la anatomía, creando la analogía del cuerpo como máquina y la razón como medio fundamental para la explicación del mundo. Otro factor esencial en la consolidación de la modernidad es la expansión y colonización europea sobre el continente americano y el surgimiento de la Revolución Industrial (Brom, 1965).

Esta revisión general y apretada de los diferentes acontecimientos que se conjugaron para que emergiera la era moderna en Europa sólo tiene el objetivo de señalar que las nuevas formas de mirar el mundo van a convertirse en un corto tiempo en un movimiento a gran escala que intentará expandir tal sistema de ideas y a manifestar en la práctica el anhelo de lo “moderno” como objetivo a alcanzar.

El discurso moderno. Pero ¿qué es la modernidad? El término hace referencia a “los modos de vida y organización social que surgieron en Europa alrededor del siglo XVII, cuya influencia, posteriormente los ha convertido en más o menos mundiales” (Giddens, 1994: 15). La modernidad representa el comienzo de una etapa socio-cultural enmarcada, inicialmente en un lugar (Europa) y en un período específico de la historia (mediados del siglo XVII, comienzos del siglo XVIII), pero debido a sus características particulares se extendió por el resto del mundo y a lo largo de periodos muchos más extensos que los abarcados por los sucesos históricos que le dan forma.

Debe asumirse que la modernidad genera formas de organización social diferenciadas de las formas tradicionales, por ejemplo el “Estado nacional”, que posee maneras específicas de territorialidad y es vehículo de la aparición de un nuevo factor de vigilancia y del control sobre los medios de coerción. Esto se refiere a que los estados modernos son sistemas controlados que “persiguen propósitos y planes coordinados a escala geopolítica” (Giddens, 1995: 28). Entonces, quien tenga en consideración a la modernidad debe pensar en términos no de formas de organizar el mundo por separado, sino de una organización universal.

Otra característica fundamental que separa a la modernidad de cualquier otro

período de la historia es “el extremo dinamismo” (Giddens, 1995: 28). Los cambios y transformaciones que se generan a partir de la modernidad avanzan de forma acelerada, factor que no puede ser rastreado en épocas precedentes.

De la afirmación anterior extraeremos otro elemento que es fundamental de observar dentro de la modernidad: “el tiempo”. Existen tres aspectos esenciales a reconocer con relación al tiempo: *uniformidad en la medida del tiempo, estandarización del tiempo y la construcción de espacios vacíos*. En sociedades premodernas o tradicionales, el tiempo era conceptualizado de maneras tan diversas como lugares existentes en la tierra. El tiempo ha sido un elemento esencial en la construcción del imaginario colectivo desde hace miles de años, pero las maneras de medirlo eran muy distintas, incluso dentro de regiones cercanas. Bajo la misma idea, es necesario mencionar que, en la concepción tradicional del tiempo, este mantenía un vínculo directo con el espacio.

La modernidad generó un cambio radical en la manera de concebir estos dos factores, *tiempo y espacio*, construyendo en el discurso y en la práctica medios para estandarizar las formas de medición y datación de ambos elementos. “El invento y difusión del reloj se suele considerar acertadamente como la expresión principal de este proceso [...] La expansión del uso de los aparatos de mediación mecánica del tiempo hizo posibles [...] cambios estructurales profundos en el tejido de la vida de cada día” (Giddens, 1995: 29).

A partir de esta coyuntura se configuró un mundo “con un sistema de datación universal” (Giddens, 1995: 29) que modificó no sólo la medición del tiempo sino también la configuración de las actividades. Este fenómeno es único y representa un fundamento esencial en la construcción del discurso de la modernidad; elemento que nos permite pensar algo que siempre ha existido, “el tiempo”, bajo nuevos términos e inserto en un marco general de conceptualización.

El siguiente elemento a mencionar es la *estandarización del tiempo*, que hace referencia ya no sólo a su medición, a través del establecimiento de las horas, los minutos y los segundos, sino también por medio de fechas, es decir que, a pesar de que la noción de inicio y fin de un ciclo ha estado presente siempre, la modernidad ha configurado de forma distinta esta noción, dándole un tinte universal; por ejemplo, a partir de la gestión del tiempo moderno todos podemos identificar la llegada de un año nuevo (2000, 2001, 2002, etc.).

Por otro lado, algo vital en la presente investigación, comienzan a concebirse

los fenómenos localmente, no solo en el marco de las coyunturas cercanas, sino más bien pensando que las configuraciones cercanas son influidas por fenómenos de gran alcance, que no obligatoriamente necesitan suceder cerca de la región considerada.

Es en este punto donde podemos hacer mención de otro factor determinante de la modernidad, estrechamente enlazado con la noción de lo local y lo global o universal: el “desanclaje”. “Por desanclaje entiendo *el «despegar» las relaciones sociales de sus contextos locales de interacción y reestructurarlas en indefinidos intervalos espacio-temporales*” (Giddens, 1994: 32).

Teniendo claro esto, resulta de vital importancia poner especial atención en la siguiente característica de la modernidad: *la índole reflexiva*, ya que por este medio se configurará un proyecto a gran escala que intentará homogeneizar y empatizar todas las formas de mirar el mundo con la mirada moderna. Entonces, ¿a qué refiere ese sentido reflexivo de la modernidad? La modernidad le permite al hombre hacerse consciente de que es consciente, y a través de ello generar conocimientos reflexivos, es decir, que no solo tienen que ver con el contacto directo entre el hombre y su entorno de forma práctica, sino más bien del contacto del hombre con ese aparato reflexivo que le permite pensar al entorno a partir de ciertas pautas (Giddens, 1994).

Ahora bien, mencionamos anteriormente que esta característica predominante de la modernidad (en comunicación con los otros elementos) dio la pauta para la construcción de un proyecto encaminado a permear todas las formas distintas de pensamiento.

El proyecto moderno en Latinoamérica. En términos más concretos, la modernidad, como *proceso y proyecto*, representa un “ideal societal de validez universal” y de carácter expansivo que tiene como objetivo la implementación de un modelo de vida específico, caracterizado por los valores y saberes construidos en las sociedades industrializadas de Europa, y que funge como paradigma a alcanzar por el resto del mundo, ideal que ha servido como “movilizador de diversas energías, tanto en sus lugares de origen como en otros lugares del mundo” (Girola, 2005: 33-36).

Es preciso decir que el proyecto de la modernidad se gesta en lugares específicos que cuentan con características históricas, económicas, políticas y socioculturales particulares. Debido a ello, los fines y objetivos del proyecto moderno no se traducen de la misma forma en todas las regiones, y también por estas razones es que en este trabajo se decidió hablar de *procesos de modernización* para nombrar

a los proyectos que, en diferentes ámbitos, se implementan a fin de trasladar a un entorno algunos principios de ese sistema de ideas.

Hay que insistir: el proyecto societal moderno “sólo ha surgido de manera autónoma en Europa y en cierto sentido en Estados Unidos” (Girola, 2005: 23). Para América Latina, y específicamente para México, se considera más pertinente hablar de *proceso de modernización*, implementado o impuesto como parte de un proceso colonizador y expansivo, en todos los órdenes, político, social, religioso, cognitivo. ¿Y cuál es la manifestación material de esos procesos de modernización? Puede observarse bajo cuatro ejes principales: el económico, que pretende el incremento de la productividad, por lo general dependiendo de los intereses de la economía mundial; el político, que tiene a su cargo la ejecución de programas y actividades creados para satisfacer necesidades de la sociedad, ejemplo de ello las políticas de natalidad; el social y cultural, que va orientado al desarrollo de marcos universalistas tanto a nivel normativo como valorativo, la racionalización y la secularización de los saberes (Girola, 2005).

Estos *procesos modernizadores* han sido ejecutados en el marco de sociedades tradicionales¹ que cuentan con valores y normas específicas, y en las que podemos vislumbrar el uso de conocimientos ancestrales y el desarrollo de formas de vivir, de pensar y de sentir particulares.

Es importante, ahora, preguntarse ¿cómo enfrentan estas “culturas tradicionales” el embate de los procesos modernizadores?, ¿qué sucede con los conocimientos, saberes y formas de vida anteriores a la modernidad?

Para los fines prácticos de esta investigación, se retomará el fenómeno presente en la comunidad de San Felipe del Progreso, Estado de México, intentando observar y analizar de qué forma tal región lidia con los *procesos de modernización*, bajo los cuatro ejes mencionados con anterioridad (económico, social, político y cultural), aplicado a un área específica: la atención del embarazo, el parto y el puerperio, vía las parteras tradicionales.

San Felipe del Progreso

La comunidad de San Felipe del Progreso se encuentra ubicada en el “noreste del Estado de México” (Blanquel Morán y Hernández Reyes, 1999: 21). Colinda al norte con El Oro y Jocotitlán; al sur con Villa Victoria, San José del Rincón y Almoloya de Juárez; al este con Ixtlahuaca; y al oeste con San José del Rincón (Ayuntamiento de

San Felipe del Progreso, 2016-2018).

La población total registrada a partir del censo de Inegi (2015) es de 134.143 habitantes, de los cuales 70.310 (52,41 por ciento) son mujeres y 63.833 (47,58 por ciento) son hombres. Cuenta con 129 comunidades y una cabecera municipal.

La zona perteneciente a San Felipe del Progreso forma parte de la región considerada como Mazahua, debido al alto índice de personas hablantes de esa lengua: de los 125.224 habitantes mayores de 3 años, el 27,19 por ciento habla alguna lengua indígena, el 97,31 por ciento habla español, y un 0,44 por ciento no habla español.

Por otro lado, y como dato relevante, existe un rubro en la encuesta (Inegi, 2015) que hace mención del sentido de pertenencia a una cultura tradicional o indígena: del total de la población, el 79,59 por ciento (106.764) se consideran indígenas; 3,38 por ciento (4.534) se consideran parte de un pueblo indígena; y 15,15 por ciento (20.322) no se consideran indígenas; mientras que un 1,40 por ciento no sabe y el 0,48 por ciento pertenece a la categoría de no específico.

El formar parte de una “cultura tradicional” implica no solo la lengua o el sentido de pertenencia, sino también el conocer ese “marco o complejo de significados fundamentalmente prescriptivos e identificatorios que hacen referencia al «pasado» y dentro del cual se ejercen determinadas prácticas” (Girola, 2005: 25); incluye, también, maneras de pensar y de actuar que se adecuan a lo dictado por la costumbre, el hábito y la norma.

Como ejemplo de lo dicho en párrafos anteriores, hallamos las formas de atención llevadas a cabo vía las parteras tradicionales, que construyen marcos de referencia que guían el conocimiento y práctica de los cuidados en el embarazo, el parto y el puerperio. Dichos procesos de atención eran vistos como la única alternativa de sanación, precedente a los procesos de la modernización².

El primer acercamiento que tuvo San Felipe del Progreso con formas de sanación modernas, es decir, que se corresponden con los discursos implementados por la biomedicina, está registrada en las aportaciones realizadas por “Las Cajas de Comunidad”³, sector en el que se describen el uso³ de los recursos monetarios, y en ocasiones en especie, pertenecientes a la región.

En 1808, “la Intendencia de México expidió el reglamento formado por los ministros de la Tesorería General del Ejército y Real Audiencia, para gobierno de los bienes de comunidad de todos los pueblos de la jurisdicción de Ixtlahuaca” (Blanquel

Morán y Hernández Reyes, 1999: 125). Tal documento estaba dirigido a los subdelegados, tenientes, gobernadores, alcaldes y naturales; este reglamento tenía como finalidad explicar la forma en que los recursos debían ser utilizados para satisfacer ciertas necesidades de la comunidad encaminadas a la salud, alimentación, etc.

“El primer renglón de salidas se refiere al 2% de los gastos que era la contribución para el pago de los contadores y tesoreros principales que auxiliaban a los intendentes en el despacho de las reclamaciones de los pueblos sobre sus órdenes. *El segundo renglón expresa la contribución que cada pueblo daba para el sostenimiento del Hospital de San Lázaro⁴, ubicado en la Ciudad de México, destinado a los enfermos pobres de las comunidades contribuyentes.* El último renglón era la contribución para pagar al subdelegado los gastos de papel y escribano que se ocupaba de formar la cuenta de cada comunidad”. (Blanquel Morán y Hernández Reyes, 1999: 125)

Es necesario hacer una pausa en este punto. Si bien la comunidad de San Felipe del Progreso tuvo contacto con estas formas “médicas” de atención desde 1808, esto no constituyó un movimiento modernizador dentro de la región debido a que, en primer lugar, la lejanía del Hospital de San Lázaro con la comunidad era grande, por lo tanto la gente tenía como principal elemento de sanación a la medicina tradicional; en segundo lugar, la presente investigación tiene como finalidad observar a los movimientos modernizadores que constituyeron un cambio significativo dentro de la comunidad (sin olvidar que procede de un modelo universal), es decir que se considerará como primer movimiento modernizador a la construcción de infraestructura médica dentro de San Felipe del Progreso o las políticas públicas aplicadas a sectores particulares, así como la gestión de un marco conceptual proveniente de tales movimientos.

Pero el dato del contacto entre la comunidad de San Felipe del Progreso y el Hospital de San Lázaro, ubicado en la ciudad de México, resulta un elemento histórico importante y por ello necesario de mencionar. Es hasta el siglo XX que no aparecen los primeros indicios de atención médica implementados dentro de la comunidad.

“En el año de 1930 llegaron los doctores que venían nada más una vez a la semana, se rentaban un cuartito, venían todos de la capital, se quedaban acá por periodos para atender al mayor número de personas posible. El Dr. Fernando Ocaranza vivió de niño aquí en San Felipe del Progreso, pero después se fue para estudiar en la UNAM. Un doctor que se llamaba Andrés, y que era muy bueno, por cierto, se quedó a vivir acá. El primer hospital que se construyó fue hasta el año de 1983 pertenecía al IMSS y Coplamar, después de ese año llegaron los otros, el

ISSSTE, ISSEMYM, aunque ya desde el año 1970 el doctor Murillo estaba aquí como subrogado del ISSEMYM. La instalación del primer hospital cambió muchísimo la región porque como era un hospital bien equipado, muy completo, vecinos de regiones cercanas venían a atenderse acá. Poco a poco este lugar se fue volviendo insuficiente. La llegada de los demás hospitales, en conjunto con la apertura de caminos y carreteras y la construcción de las escuelas, el Municipio cambió completamente". (Miguel Ángel Nolasco, maestro y cronista municipal en San Felipe del Progreso. Entrevista, 2016.)

Acompañando durante la edificación de las diversas clínicas y centros, se instauraron, también, políticas públicas y reformas gestadas en el marco de lo global, orientadas a apoyar las recientes formas de atención a la salud⁵. Esto trajo consigo diversas consecuencias, por ejemplo, el aprender a mirar el cuidado y atención en el embarazo, parto y puerperio bajo códigos específicos dictados por el lenguaje universal del sistema moderno de salud.

Pero aunado a los nuevos sistemas de salud "modernos", subsisten las formas tradicionales de atención del parto, llevadas a cabo por las parteras. Sus conocimientos y prácticas continúan siendo un recurso de sanación para la comunidad.

Lo interesante de cuestionar en este caso es no solo por qué prevalecen las formas de atención tradicional al embarazo, parto y puerperio, sino más bien *¿cómo en un contexto de movimientos de modernización operan los conocimientos y prácticas de las parteras tradicionales de la comunidad de San Felipe del Progreso?*

Lo híbrido como categoría de análisis

Las parteras tradicionales de la comunidad de San Felipe del Progreso enfrentan un proceso sociocultural en el que estructuras o prácticas que se encontraban separadas, sistema tradicional y sistema moderno de salud, se *hibridan* para generar nuevas interpretaciones de las estructuras, objetos y prácticas ya existentes.

Pero ¿por qué hablar de lo híbrido y no de una mezcla, combinación o articulación de saberes? El término, para la presente investigación, resulta ser el más viable debido a que nos permite pensar no solo en "la fusión, la cohesión, la ósmosis, sino [también] en la confrontación y el diálogo" (Laplantiene y Nouss, citado en García Canclini, 2009: 20).

Otro factor muy importante de mencionar, en el sentido de por qué elegir la palabra híbrido, es el de la posibilidad de pensar al encuentro entre formas distintas de mirar el mundo no sólo a partir de la comunicación o el acuerdo, sino, más bien, a

partir de factores de choque y desigualdad.

Es en este punto donde la categoría de lo híbrido nos da la posibilidad de entenderla como “recurso de explicación, [en el cual] advertimos en qué casos las mezclas pueden ser productivas y cuándo generan conflictos debido a lo que permanece incompatible o inconciliable en las prácticas reunidas” (García Canclini, 2009: 19).

“Se le usa para describir procesos interétnicos y de descolonización (Bhabha⁶, Young); globalizadores (Hannerz); viajes y cruces de fronteras (Clifford); fusiones artísticas, literarias y comunicacionales (De la Campana; Hall; Martín Barbero; Papastergiadis; Werbner). No faltan estudios sobre cómo se hibridan gastronomías de distintos orígenes en la comida de un país (Archetti⁷), ni de la asociación de instituciones públicas y corporaciones privadas, de la museografía occidental y las tradiciones periféricas en las exposiciones universales (Harvey) [...] a través de la construcción lingüística (Bajtin; Bhabha) y la social (Friedman; Hall; Papastergiadis), análisis del imaginario precolombino con el novohispano de los colonizadores y luego con el de las industrias culturales (Bernand, Gruzinski), la estética popular con la de los turistas (De Grandis), las culturas étnicas nacionales con las de la metrópolis (Bhabha) [...] a partir de la significación imaginaria (Chanady⁸)”. (García Canclini, 2009: 13-15)

Por otro lado, es importante mencionar que lo híbrido se gesta bajo condiciones sociales e históricas específicas y que responde a mecanismos de poder y de legitimación igualmente determinados (García Canclini, 2009: 22).

Dentro de este trabajo, asumimos que lo híbrido ocurre a partir de *factores determinantes*, como son los procesos modernizadores en salud en la comunidad de San Felipe del Progreso, que implican la llegada de nuevos métodos de atención y con ello la implementación de infraestructura para la edificación de los diversos centros médicos⁹, la generación de políticas públicas que apoyen los discursos de atención y la universalización de códigos significativos que se dan bajo el orden del sistema moderno, que representa la hegemonía en la relación tradición/modernidad.

Estos *procesos modernizadores en salud* son recibidos por los conocimientos y prácticas de las parteras tradicionales de la comunidad, que adoptan, sea por decisión propia o por imposición, diversos elementos del sistema moderno de salud.

Tomando en cuenta lo mencionado con anterioridad, resulta pertinente preguntarse: ¿es lo híbrido el producto o el productor en el contacto entre ambas formas de saberes?

La respuesta es ambivalente debido a que es tanto producto como productor. Producto en el sentido de que “lo híbrido” resulta del encuentro entre ambas formas de

conocimiento; es decir, al enfrentarse los modos de mirar la realidad modernos con las formas tradicionales de hacer frente a ella surge una mirada articulada o compuesta de observar los fenómenos. Pero, por otro lado, al aparecer esta nueva mirada articulada o compuesta, “lo híbrido” se convierte en el productor de nuevas ideas, representaciones y percepciones de la realidad.

Teniendo como referencia la afirmación anterior, podemos formular otro cuestionamiento que dará forma o que configurará la ruta metodológica: *¿qué es lo que interesa observar en la presente investigación, a lo híbrido como el producto del encuentro o como el productor de las nuevas ideas?*

La presente investigación tiene como finalidad observar a lo “híbrido” como el productor de las nuevas ideas generadas en las parteras tradicionales de la comunidad que se ven reflejadas en la práctica, ya, como un híbrido.

Es importante resaltar que el tener como objeto a las ideas y a las formas de pensar la realidad, manifestadas en el conocimiento y la práctica de las parteras tradicionales, involucra un espectro mayor de análisis, debido a que se plantea a la modernidad y sus procesos constituidos no solo por las manifestaciones materiales de la realidad, sino también por los constructos ideológicos que operan sobre ella.

Estudio

El embarazo, el parto y el puerperio forman parte de un proceso biológico y universal. Pero, aunado a este proceso natural colectivo, existen ciertas normas sociales y culturales que lo particularizan. Es por ello que la manera de mirar tal suceso se modifica dependiendo de la sociedad y del momento histórico en que se gesta.

La comunidad de San Felipe del Progreso forma parte de la región considerada como Mazahua debido al alto número de personas hablantes de la lengua y al sentido de pertenencia a un grupo indígena que se registra en la región. El formar parte de un grupo indígena implica no sólo el hablar la lengua, el contar con el fenotipo o el reconocerse como parte “de”; involucra un espectro mucho más amplio, conformado por marcos de referencia simbólico-culturales que dictan la forma en que ciertas prácticas deben de ser llevadas a cabo.

Como ejemplo de ello, hallamos a las parteras de la comunidad que manifiestan formas específicas de cuidado y atenciones durante el embarazo, parto y puerperio (EPP), establecidas por la costumbre, la tradición y el hábito. No debe olvidarse que estas formas de atención y cuidado se gestan en el presente, como

categoría histórica, y a la par de un Modelo Médico Hegemónico (MMH) (Menéndez, 1994) que constituye una de las formas institucionalizadas de enfrentar el EPP. Esta forma de atención ha tomado fuerza a partir de la llegada de los primeros hospitales IMSS-COPLAMAR en 1983.

Es necesario mencionar que el MMH, representado por la biomedicina, tiene formas específicas de enfrentar la enfermedad o el EPP, constituidas por la idea de objetividad, la eficacia y la eficiencia, y fundamentalmente por la razón científica. Tales formas van a entrar en contacto durante los procesos de modernización con otro conjunto igualmente coherente de prácticas, creencias y elementos para atender el EPP; estamos hablando de las formas tradicionales de atención al parto.

Para realizar la presente investigación, se trabajó con cinco parteras tradicionales del municipio de San Felipe del Progreso: Florencia Arriaga, de 80 años, que vive en la cabecera municipal de San Felipe del Progreso, y tiene tres hijos (dos mujeres y un hombre); Matilde Mendoza Martínez, de 80 años, nació el 1 de enero de 1935, hija de la señora Luz Mendoza y el señor Williams; María Filomena Mendoza, hija de Matilde Mendoza Martínez; Susana Ramírez Mejía, que vive en el Barrio de La Era, en San Pablo Tlachichilpa, aproximadamente a 15 minutos en automóvil de la cabecera municipal de San Felipe del Progreso; y María Concepción Olguín, que vive en la colonia “El Calvario”, perteneciente a la cabecera municipal de San Felipe del Progreso, con sus dos hijas, y tiene 72 años.

A partir de los fragmentos de las historias de vida obtenidos vía las parteras, fue posible reconocer los procesos de comunicación y práctica “híbrida” utilizados por estas especialistas médicas.

Ejes conductores del relato: análisis. Dentro de este trabajo, asumimos que lo híbrido ocurre a partir de *factores determinantes*, como son los procesos modernizadores en salud en la comunidad de San Felipe del Progreso, que implican la llegada de nuevos métodos de atención y con ello la implementación de infraestructura para la edificación de los diversos centros médicos —observado bajo el eje económico—, la generación de políticas públicas que apoyen los discursos de atención —eje político— y la universalización de códigos significativos que se dan bajo el orden del sistema moderno —descrito a partir del eje sociocultural.

Estos *procesos modernizadores en salud* son recibidos por los conocimientos y prácticas de las parteras tradicionales de la comunidad, que toman, sea por decisión

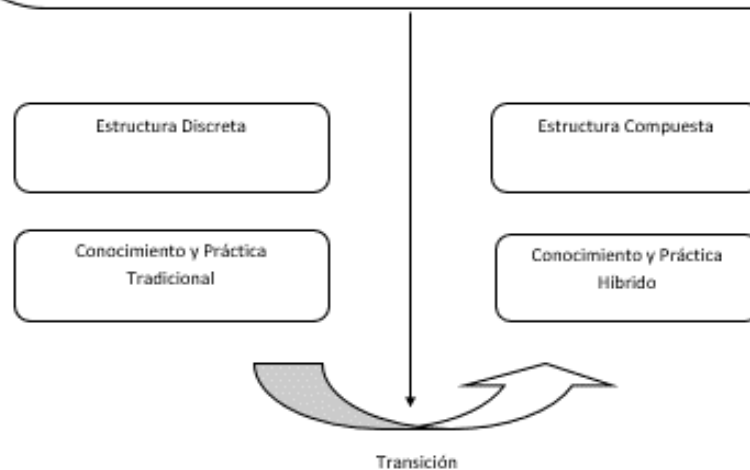
propia o por imposición, diversos elementos del sistema moderno de salud, generando un producto híbrido que, a su vez, es el productor de nuevas ideas y formas de apreciación del mundo.

Resulta indispensable tener presente que lo híbrido se genera por *procesos de transición*¹⁰ de las estructuras básicas o discretas (que ya están formadas por otros procesos de mezcla) a las estructuras compuestas (formadas por visiones, concepciones y representaciones del mundo distintas, que tienen como característica fundamental la inclusión de elementos modernos).

Retomando lo mencionado en apartados anteriores, una vía de descripción del tránsito de las estructuras discretas a lo híbrido —y a nuevas formas discretas— puede explicarse a través de “la fórmula *ciclos de hibridación*, propuesta por Brian Stross, según el cual en la historia pasamos de formas más heterogéneas a otras más homogéneas, y luego a otras relativamente más heterogéneas, sin que ninguna sea «pura» o plenamente homogénea” (García Canclini, 2009: 15). Esto puede ilustrarse con el siguiente diagrama:

catalizador

- 1.- 1930 llegan a la comunidad de San Felipe del Progreso los primeros médicos.
- 2.- 1940-1950 necesidades de formar especialistas en salud.
- 3.- 1970 llegada de los programas y proyectos edificados, a partir de recién creadas políticas, dirigidas al sector materno-infantil.
- 4.-1983 construcción del primer centro médico IMSS-COPLAMAR.
-Creación de la "Ley General de Salud"
-Como resultado de lo postulado por la Ley, se creó "un Programa de bienestar social Integral basado en Incentivos (PROGRESA, Programa de Educación Salud y Nutrición, cuyo nombre campo por el de OPORTUNIDADES en 2001 y actualmente es nombrado PROSPERA) que incluye un paquete básico de salud y un componente de Educación".
- 5.-2001-2006 Es elaborado en PNS (Programa Nacional de Salud) del que se desprende el SPSS (Sistema de Protección Social en Salud) que tendría como ejecutor al SP (Seguro Popular).
- 6.-2006-2010 Implementación, dentro de la comunidad, del "Seguro Médico Nueva Generación".
- 7.- 2009 aparece el "Convenio General de Colaboración InterInstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica" (Secretaría de Salud, 2012: 02), este tenía como objetivo: proporcionar a todas las mujeres mexicanas atención médica oportuna y de calidad, permitiendo que a pesar de las circunstancias socio-culturales, geográficas o económicas, todas las mujeres tuvieran acceso a la salud.



Elaborado por: Karla Paola López Miranda

Resultados

Conocimiento. Formación y capacitación de parteras. Resulta necesario recordar que la comunidad tuvo contacto con formas alternas de atención médica a partir de 1808; pero es hasta el XX, con la aparición de las primeras representaciones de atención médica correspondientes al sistema moderno como tal, que podemos observar una influencia determinante sobre el pensamiento de las parteras tradicionales de la comunidad.

Para la década de los 40 y 50, y como resultado de la idea de modernización en la región mexicana, comenzó a acentuarse la necesidad de generar especialistas que cumplieran y sostuvieran los objetivos que traía consigo tal proyecto. Es así como

se hace énfasis en la formación de médicos, enfermeras y demás expertos en el sector salud, que brindaban, también, cursos de capacitación a parteras de zonas rurales que asistieran a los centros médicos. Por ejemplo, una de las parteras, comenta que parte de los conocimientos que posee sobre partería los adquirió en el Hospital de Reforma, ubicado en Ciudad de México, conocimientos que incorporó al saber y práctica que obtuvo en casa y a base de la experiencia.

“Pero yo me fui pa la capital porque yo ya no quería vivir aquí, yo me sentía que no tenía nada y que agarro allá en Atlacomulco un tren pa la capital. Mis hijos me dicen que yo ya no ande contando mi historia, que ya la olvide porque está triste y cuando la digo me pongo triste. Bueno, yo me fui y trabajé de sirvienta porque no había más, pero siempre siempre me gustó la cura y cuando tenía mis días libres yo me iba al Hospital de Reforma, allá en la capital. Había días que estaba muy triste y la señora con la que yo trabajaba me veía llorar. Yo no sabía nada de nada. Una ocasión me vino la menstruación y yo no sabía nada de nada, yo pensé que yo me había lastimado y que por eso me salía sangre. Luego la señora me explicó y ya, pues, ella me ayudó. Yo platicaba mucho con una viejita, un día vi una cosa con muchas luces frente de la casa y le dije que yo me iba a regresar a mi casa, que ahí estaba el tren, y ella me dijo que no, que era una fábrica, que si yo quería irme a la casa yo tenía que ir en tren, que ella me llevaba, y pues dije que sí y un día me llevó. Pero me subía otro tren que ya iba para Laredo, pero alguien me gritó, era una conocida, me dijo que pa’ allá no iba yo y que me aviente y me eche a correr al otro tren, y sí. Llegué a mi casa otra vez, no quería llegar porque mis papás me iban a regañar, como me fui y ya no regresé en muchos años yo pensé que me iban a decir cosas, llegando a San Miguel me senté a un lado de un maguey y ahí chillé y chillé y la gente pasaba y me veía y se iban”. (Informante 3. Trabajo de campo, 2015.)

Otra de las informantes de este trabajo refiere un contacto con personal médico en una clínica u hospital, lo cual significó una articulación de esas prácticas médicas con sus saberes adquiridos “durante la vida”.

“Nadie de mi familia se encargaba del trabajo que yo hago, fui la primera, pero más bien yo aprendí con un doctor, porque yo sí hice algunos estudios y pues de ahí fui aprendiendo algunas cosas que ahora hago con mis «pacientes».
—¿Cómo es que aprendió con un médico, en dónde o cómo?
—Lo que pasa es que cuando yo tenía siete años vi por primera vez al doctor porque fuimos al hospital, allá en Toluca, y siempre me gustó eso de la medicina y yo sentía que me llamaba.
—¿Pero entonces se dedicó porque le gustaba?
—Pues es que es parte que te guste pero también en parte que te debe de llegar el conocimiento
—¿Cómo que llega el conocimiento?
—Lo que pasa es que uno, desde que es pequeño o desde que nace, uno nace ya con eso con los conocimientos.
—¿Y cómo es que aprendió con el doctor?
—Pues es que después de esa vez que lo vi cuando muy niña regresé tiempo después porque antes sí se permitía que más gente que no era doctor entraran al

hospital; ahora ya no, pero ante eso sí se podía y yo veía cómo iban haciendo las cosas”. (Informante 6. Trabajo de campo, 2015.)

Aunado a lo anterior, a finales de los 70 se puso en marcha una oleada de reformas y políticas públicas dirigidas al sector salud en México. Los puntos a resaltar dentro de tales escritos enfatizaban en la rehidratación oral, *atención a la salud reproductiva y materno-infantil*, la vacunación universal y la calidad de los servicios, entre otros.

Es fundamental, para los fines que pretende cubrir la presente investigación, poner especial atención en las políticas dirigidas al sector de *salud reproductiva y materno-infantil*, ya que durante este periodo se gestaron diversos proyectos encargados de sustentarlas.

Dentro de este rubro, hallamos el programa dirigido a parteras empíricas liderado por Esther Zuno de Echeverría, plan en el que se pretendía dar capacitación a parteras del medio rural con el fin de cubrir, idealmente, los vacíos en salud presentados principalmente en las zonas rurales del país (Valles Ruíz, 2010).

Es precisamente este programa, derivado de una política pública, el que detona ciertos procesos modernizadores muy significativos dentro de la región de San Felipe del Progreso, debido a que influye, desde los 70, en la formación y capacitación de parteras “empíricas”; es posible denotar la presencia de este *proceso modernizador* en el relato de las parteras de la comunidad.

“[...] Nosotros hace muchos años vivíamos aquí. Vivíamos, te diré, por el año de 1964. Mi mamá tenía una tienda que se llamada «Dios Padre», y vendíamos todo, era como una tienda de abarrotes, teníamos cosas para comer pero también teníamos cosas para curar, como alcohol, tabaco, gasas, diferentes cosas. Se iba mi mamá hasta Villa Victoria por los medicamentos y, pues, la gente, los naturales del lugar, iban mucho por la tela mortaja, y pues mi mamá veía o también luego le platicaban que mucha gente moría y ella siempre ha tenido un corazón bien bien grande y fue ahí donde le surgió la inquietud de ayudar. También es que antes, todas, bueno, casi todas las señoras tenían a sus bebés en casa, por eso sabían más o menos de los cuidados. Otra cosa importante, hace como unos, bueno, hace unos años, cuando estaba el gobierno de Luis Echeverría, se invitaba a todas las señoras que tuvieran conocimientos sobre partería a un curso para capacitarlas bien porque ayudaban mucho, pues, a los doctores porque las carreteras y la comunicación no estaba como ahora y eso ayudaba mucho. El programa se llama Prodicips, les llamaban en aquel tiempo enfermeras de campo, ese curso se daba en Ixtlahuaca. Mi mamá sí fue a tomar el curso y es ahí en donde de verdad aprendió lo que tenía que saber de partería. El gobierno les daba un pequeño sueldo. Después de eso ya la gente acudía con mucha frecuencia a visitar a mi mamá, y luego le contaban cosas o le compartían de lo que ellos sabían”. (Informante 1. Trabajo de campo, 2015.)

Durante el trabajo de campo no se identificó solo un caso en el que la partera

acudiera a tomar el curso, fueron al menos dos:

[...] ah, pues primero yo tenía una tienda a la que llegaban, pues, las señoras que vivían ahí en el lugar, era gente indígena de pocos recursos y yo siempre tuve la inquietud de ayudarlos de alguna forma y, pues, gracias a Dios que me dio el don de ayudar con mis manos, luego de algunos años que estuve trabajando con lo que yo sabía, luego fui a un curso de parteras que organizaba la esposa de Luis Echeverría, María Esther Zuno de Echeverría". (Informante 2. Trabajo de campo, 2015.)

Este programa de salud materno-infantil, derivado de la política pública de los 70, resultó de vital importancia en la formación y capacitación de parteras empíricas, ya que si bien respetaba ciertos elementos del saber tradicional de la partería, como el tiempo, las técnicas para acomodar a los bebés, el uso de hierbas, etc., también hacía la inclusión, evidentemente, de elementos del sistema moderno, entre los que destacaba "la asepsia".

Por otro lado, para el caso particular de la formación de parteras, y debido a que tales políticas y proyectos no llegan a la comunidad de San Felipe del Progreso hasta el 1900, la instrucción en la labor del parto denota un rubro en el que, en algunos casos, se da mayor peso a la tradición, es decir que el origen de los conocimientos poseídos por las parteras tradicionales de la comunidad corresponden, mayormente, a lo aprendido en casa y por la experiencia.

Este sector está caracterizado por la iniciación o formación en la partería debido a elementos como sueños reveladores, situaciones familiares o eventos decisivos.

"Platicando me comentó que todos los conocimientos adquiridos por ella y por su hermana *los aprendieron de su mamá*, ya que cuando eran pequeñas las llevaba al monte a juntar hierbitas y les iba explicando para qué mal servía cada hierba". (Informante 4. Trabajo de campo, 2016.)

[Uno de los sueños más reveladores y por los que decidió dedicarse a la curandería es el siguiente:] "Soñé que caminaba tras de un caballo, lo seguía por un ratote. El camino era largo, parecía que no se acababa. En una parte el camino se hacía pequeñito pequeñito, ya casi no me cabían mis pies, tenía que poner uno frente del otro, me dolían para caminar ya, pero yo quería seguir andando. Luego de que ponía mi pie frente del otro me encontré a dos niñas, parecían dos angelitos, estaban vestidas de blanco, con un vestido blanco y un velito, así como tengo vestido a mi niño Dios, lo vestí así por ellas, por mis angelitos. Me daban sus manitas. Luego seguí caminando hasta que yo llegaba al desierto y caminé y caminé y pase dos montañotas y me encontré a Dios y yo le tocaba sus pies y él me hablaba y me decía que yo tenía que curar a la gente y me sentía yo dormida. Cuando desperté, entré en un cuarto lleno de humo, era como tizne, y vi al

Sagrado Corazón, luego me sentía dormir otra vez y veía como humo y luego ya desperté bien, por eso yo quise curar a los niños”.

[Después de tener ese sueño revelador decidió curar a la gente.] “Luego de que yo tenía sueños, yo curaba a la gente. A mi hermano le eché pos (popó de borrego). Otra vez curé a un señor, lo bañé con agua hervida con caca de burro, y así luego ya me di como fuerza y ya no más no curar niños, también curaba gente grande, pero eso ya fue después de mucho tiempo de que curé niños. Yo todo lo que sé lo aprendí yo solita, a mí me lo decían los sueños, a mí no me enseñó nadie, yo aprendí, yo me iba al monte sola a cortar mis plantas”. (Informante 3. Trabajo de campo, 2016.)

“A mí nadie me enseñó a sacar a los niños o acomodar a los bebés, y solita con el tiempo fui aprendiendo. Bueno, yo y todas las señoras que vivimos por aquí juntos, porque así se hacía antes. Yo empecé, pues, hace como 50 años porque ayudé a las vecinas y porque también ellas me ayudaron con mis hijos. Cuando la mamá de este joven [el delegado] tuvo a sus niños vino por mí para que yo le ayudara y así entre la gente nos ayudábamos”. (Informante 5. Trabajo de campo, 2015.)

Conocimientos adquiridos. Así como la llegada de los primeros médicos a la comunidad, en 1930, diversos factores, como las políticas de capacitación y sus programas derivados, y la necesidad que aparece en los 40 y 50 de formar especialistas en materia médica influyeron de manera significativa en la formación y capacitación de las parteras de San Felipe del Progreso, en el contenido simbólico y material que adquirieron.

La construcción de los primeros hospitales médicos en México corresponden a 1943, año en el que se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy nombrada Secretaría de Salud, y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Para 1960, con la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), aparecía otro sistema de atención a la salud que cubría a los empleados del gobierno y a sus familias (Uribe Gómez y Abrantes Pego, 2013).

Es hasta 1983 que la comunidad de San Felipe del Progreso cuenta con la construcción del primer hospital, perteneciente al sector IMSS-COPLAMAR, y la edificación de diversas clínicas bajo los estatutos de instituciones como ISSSTE, ISEM e ISSEMyM (Nolasco, 2016), pero ¿en qué radica la importancia de este hecho?

La instalación del primer hospital y las diferentes clínicas de salud modificó de manera significativa no solo la forma de concebir a la enfermedad, sino que generó un cambio en la forma de atenderla; es decir, comenzó a existir la derechohabencia, que implicaba ciertas exigencias para acceder a ella.

A partir de la aparición de estas nuevas formas de atención y cuidado, las vías de sanación o tratamiento se modifican conjuntando hierbas medicinales con

medicamentos, implementados por las parteras tradicionales de la comunidad.

“Mi mamá no era curandera, pero sí vendía cosas para curar, eran medicamentos. Como hierbas se vendía el Tetril, la Sulfadiazina, que era para las infecciones. Allá la gente tenía muchos problemas de disentería, les llegaba a durar la diarrea hasta ocho días, ¿no?, pues, la gente llegaba desesperada a la tienda y para eso era la Sulfadiazina, por ejemplo, para el salpullido se les daba chincuc. También se vendía el pashihuite, la mora, la contrahierba, se vendía igual el agua de contraespanto para el susto.

[...] solo algunas veces ponían a hervir monedas de oro con la oreja de liebre, esto se utilizaba cuando las señoras tardaban mucho tiempo en labor de parto, se les preparaba ese té y como sabía muy feo a las señoras les daban ganas de vomitar y con el esfuerzo que hacían salía el bebé. Otro té que se utilizaba es el de piloncillo con alcohol, media cucharada de manteca y jabón de pasta”. (Informante 1. Trabajo de campo, 2015.)

“Cuando a las embarazadas les daban dolores muy fuertes en el vientre, les dábamos pastillas de magnopyrol o la inyección de ergotrate.

—¿Eran los únicos medicamentos que utilizaban para los dolores?

—No, también les dábamos té de tilia o moneditas de oro para cuando quieren abortar o que el aborto se va a dar porque tienen la criatura muy abajo, les ponía yo una inyección de «hialgin». Esa la conseguía yo en Toluca, en el centro, en la botica «La Moderna», no sé si todavía exista, pero creo que sí... [qué es lo que hace ese medicamento...] sube al bebé otra vez para que la mamá ya no lo aborte... [¿y no hay alguna planta que tenga ese mismo fin o sea que sirva para lo mismo que el hialgin?...] las orejas de liebre” (Informante 2. Trabajo de campo, 2015.)

“1. Cuando la madre no tiene leche: se le da alfalfa hervida en trozos.

2. Para no abortar: se usa la hierba conocida como orejita de ratón o cenizo, se cose en un cuarto o medio litro de agua, se deja reposar por unas horas y cuando esté más o menos tibio se toma como agua de tiempo.

3. Para los dolores menstruales: tomar pericón o ruda con piloncillo, hay que mezclar ya sea el pericón o la ruda con piloncillo (para endulzar) en un poco de agua, tomar como si fuera un té.

4. Calmar los cólicos del bebé: hoja de capulín, hoja de durazno, con leche de la mamá se cuele bien bien y eso calma los cólicos.

5. Para desparasitar: leche de vaca, hierbabuena, epazote de comida, lo que queda en la mano se la dan a tomar, el que lo toma no debe olerlo antes de tomárselo porque si lo huele los bichos también lo huelen y no sirve; cuando el sol empieza a salir, salen muertas hasta en bolsa [las lombrices]. Con el medicamento salen vivas y por donde pueden.

6. Amuletos para proteger al niño: se echa alumbre, la mitad de un cigarro, pepas de chile negro, se pone en bolsas rojas y donde no se vea.

7. Para embarazarse: se usa el cashan, es un camotito de niña o de niño (de niño porque tiene la forma del órgano sexual masculino y de niña porque tiene la forma del órgano sexual femenino), depende de lo que quieras, con la gobernadora. Hojitas, pero ya bien trituradas. Se toman los tres primeros días de la menstruación. Si el camotito es grande se parte a la mitad, se usa solo una parte y si es pequeño igual se parte, pero igual se cose todo con piloncillo. Termina la menstruación, se espera cuatro días y ya se tienen relaciones, a veces no se logra a la primera, pero sí a la segunda.

8. Frialdad: se usa la salvia real del campo, se hierve en un bote y se vacía en la tina, se pone una silla, un banquito, y ahí con el mismo vapor se baña, se sale, no

debe de levantarse por tres días, no debe de hacer nada, antes de salir a la calle debe de lavarse bien con agua normal. Debido a que el temazcal es muy costoso para que la gente lo tenga en casa, las curanderas tradicionales recurren a los baños de vapor, el baño anterior hace referencia a hervir en una tina grande la hierba conocida como salvia real del campo, para que el vapor entre en el cuerpo de la persona la sientan junto a la tina en un banco o silla, los pies de la paciente deben de estar dentro de la tina, una vez ubicada de forma correcta, se pone una sábana sobre la persona enferma cubriéndola a ella y a la tina, para que todo el vapor se concentre dentro de su cuerpo; posterior a ello la persona debe permanecer recostada por tres días, antes de salir de nuevo a la calle tiene que bañarse.

9. Para curar de espanto: se usa el epazote de perro o de zorrillo con tres toronjiles, el mastranzo, el fideo (todos deben de estar triturados), se prepara en alcohol o se hierve y se baña, se unta en donde se juntan los huesos para sacar el espanto.

10. Para curar el hígado: se pone en alcohol, se hace colchón de fideo en una sábana blanca en el sol hasta que sude bien, también sirve para curar el hígado.

11. Para los riñones: cola de caballo (trae como carlangas pegadas) o carricillo.

12. Quemaduras: miel, cáscaras de plátano y pomada y gasa, pomada cuadriderm, para infecciones de la piel. [¿Cómo es la pomada, ¿cómo la consigo?] Tiene unas rayitas rojas, sirve para infecciones en la piel o hasta infecciones vaginales o hemorroides.

13. Hemorroides: con pashauiles, hierba del diablo o aguacatillo, que quede cremosa con la pomada cuadriderm solita, y luego se lava.

14. Infecciones: tres semillas hervidas de pirul (3 semillas de pirul en medio vaso de agua hervida).

15. Para la anemia: betabel, muicle (hojas verdes), se pone en agua sin hervir y el agua se pinta, el aguamiel sirve también para los dolores de los pulmones.

16. Mujeres que coshanan [es una infección que le da a las mujeres embarazadas cuando no dejan un lapso de días sin tener relaciones sexuales después de tener a su bebé]: sonaja, raíz de huajito, se muele y se hierve, tomar en té.

17. Para los cólicos: se hace un té de cempasúchil o simunillo (hierba gris).

18. Diarrea: se usa la hierba, aquí le decimos así, tapa cola, y hojas de guayabo. Se toma en agua de arroz.

19. Para la memoria: se licua semilla de girasol con nuez y almendras para responder y para la memoria por el tiempo que sea necesario, también debe comerse el pescado porque oxigena el cerebro, la sardina se combina con soya. Para tener energía: lo que agarre el palillo de la piel y se pone debajo de la lengua y da mucha fuerza". (Informante 4. Trabajo de campo 2015.)

—¿Entonces ustedes qué tipo de cosas utilizan para curar a la gente, hacen limpias, usan hierbas o cómo sanan a las personas?

—No, no, lo que yo utilizo son tratamientos homeopáticos.

—¿En chochitos?

—No, no, haga de cuenta que sí traté de usar chochitos, pero la gente no los quería. Entonces, en los cursos a los que yo iba, me dijeron que era mejor que utilizara gotitas y sí, a la gente le daban más confianza las gotitas que los chochos que yo usaba.

—¿Y qué contiene o cómo se elabora ese medicamento?

—Pues es que eso lo hacen en un laboratorio y yo nada más lo traigo. Yo pido lo que debe de llevar, lo hacen allá en el laboratorio y yo se lo traigo a la gente y lo receto dependiendo el mal que tenga". (Informante 6. Trabajo de campo, 2016.)

Práctica. En 1983, acompañando la edificación de los diversos centros médicos, se

formuló una importante reforma, la “Ley General de Salud”, que tenía como objetivo la descentralización de la atención médica.

Como resultado de lo postulado por la Ley, se creó “un programa de bienestar social integral basado en incentivos (PROGRESA, Programa de Educación, Salud y Nutrición, cuyo nombre cambió por el de OPORTUNIDADES en 2001 y actualmente es nombrado PROSPERA) que incluye un paquete básico de salud y un componente de Educación” (Uribe Gómez y Abrantes Pego, 2013: 142).

De la fase correspondiente a 2001-2006, se elabora el Programa Nacional de Salud (PNS), del que se desprende el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que tendría como ejecutor al Seguro Popular (SP), que para ese período tenía 25.652 derechohabientes (Secretaría de Salud, 2004, citado en Uribe Gómez y Abrantes Pego, 2013).

A partir de 2005, se crea el “Seguro Médico Nueva Generación” (CONEVAL, 2007) que, en conjunto con el Seguro Popular, atienden a más de 70.000 personas dentro de la comunidad de San Felipe del Progreso (Inegi, 2010).

En 2009, aparece el “Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica” (Secretaría de Salud, 2012), que tenía como objetivo proporcionar a todas las mujeres mexicanas atención médica oportuna y de calidad, permitiendo que, a pesar de las circunstancias socioculturales, geográficas o económicas, todas las mujeres tuvieran acceso a la salud.

Todos los factores mencionados con anterioridad, tanto la formación como los conocimientos adquiridos, influyeron, evidentemente, en el uso de ciertos materiales y la ejecución de determinadas prácticas llevadas a cabo por las parteras tradicionales de la comunidad.

Materiales de apoyo. Por ejemplo, un elemento fundamental en la atención del parto, el embarazo y el puerperio, correspondiente al saber tradicional, está relacionado con el uso del cuerpo de la partera como herramienta clave, es decir, el apoyo con las manos, la boca y diferentes partes del cuerpo; pero acompañando a este factor fundamental, y como resultado de los diversos cursos de capacitación y la influencia de los centros médicos, dicho elemento se mezcla con el uso de instrumentales modernos, como las jeringas (inyecciones de eucaliptina), o medios tradicionales, como la faja mazahua, anudada con el muñeco y el uso de éter para sostener la piel.

—Pus lo que más se utiliza es pues el rebozo, porque cuando el bebé no puede nacer se pone arriba del estómago y se va apretando.

—¿Les da algún medicamento?

—A veces, cuando las señoras tienen mucho dolor se les da un té de “to”, es el nombre en mazahua pero no sé cuál es en español.

—¿Dónde se puede conseguir el to?

—Las señoras lo traen a veces, o a veces yo tengo aquí. Es una hierbita verde, otro día te la enseño porque no tengo.

—Qué otra cosa usa cuando está atendiendo.

—Primeramente se usan las manos, porque es ahí donde Dios me puso el don del entendimiento, yo siempre utilizo mis manos para estar tentando que el bebé venga bien. Uno se da cuenta cuando la cabecita viene bien o cuando viene volteadito”. (Informante 5. Trabajo de campo, 2016)

—Sí, a veces

—¿Y qué se utiliza para eso?

—Pues, sabes, las naturales del lugar a veces utilizaban el rebozo o en su lugar el lazo

—¿Cómo se utiliza?

—Pues se pone justo arriba del estómago, en la puntita de la entrada de la boca del estómago, y se va apretando un poquito conforme se vaya saliendo el pequeñito.

A ya una vez que el niño nacía, bueno, sabes qué pasaba mucho allá en la comunidad y todavía aquí, que como las naturalitas los tenía en la tierra, a veces los niños nacían con pulmonía, se ponían bien moraditos. Y la gente, pues, a veces los daban por ahogados, pero a veces los llevaban con mi mamá y mi mamá les daba respiración de boca a boca o también les ponían una inyección de “eucaliptina” [refresca la garganta] y que el niño revivía. Jamás nunca, en todos los años que mi mamá atendió partos, jamás se le murió ningún niño. Ahora, para los cuidados de la mamá, ya una vez que nacía el niño, se le ponía “éter” en el estómago y se fajaba y andaban ya después bien delgadas y sin dolores de nada las señoras. También ponían la inyección de “ergotrate” [es un medicamento que hace que el útero vuelva a cerrar], teníamos acceso a muchos medicamentos por lo mismo de la tienda y, como te decía hace rato, antes la cosa no era tan controlada. Qué otra cosa... ah, mira, a veces, antes de tener al bebé, las mamás estaban muy muy nerviosas, entonces les dábamos una cubita de mezcal porque ese es bien calentote, o cebolla en alcoholatura frotada en el estómago para que comiencen a sudar, con el calor dilate y sácale, que el niño salga”. (Informante 1. Trabajo de campo, 2015.)

Técnicas de apoyo. Bajo la misma idea, las técnicas implementadas por las parteras tradicionales de la comunidad tienden a ser híbridas, articulando elementos tradicionales, como el conteo de los meses a partir de la mano de la partera o el saber si es niño o niña con la forma del vientre de la parturienta; pero, aunado a ello, empelan elementos modernos, como sacar los restos de placenta a partir del masajeado.

“Otra cosa muy frecuente que pasaba por allá es que nacía el bebé, bueno, lo tenía la mamá solita o con su familia y se le quedaba la placenta. Lo que se debe de hacer cuando se queda la placenta es masajear, masajear, masajear, y debe

de ir bajando poco a poco la placenta. Después se introducen en la orillita los dedos y se va torciendo poco a poco y ya solita sale. Nunca debe de jalarse la placenta porque se pueden provocar hemorragias, es muy peligroso que den hemorragias porque pueden morir. Lo que pasa en ese caso es que las venas se separan muy muy fuerte y se truenan o se revientan. Es peligroso porque puede que no pare y se muera la paciente, por eso se debe de tener mucho cuidado o ya que si se dio la hemorragia hay que poner tampones para detenerla. “[...] a veces los bebés nacían muertos, decían las naturalitas, pero no, es que nacían con sus pulmoncitos llenos de agua o de grasa. Yo lo único que hacía era darles respiración de boca a boca hasta que chillaban o ponerles una inyección de “eucaliptina” y con eso luego luego su gargantita se les despejaba y empezaba la chilladera. Pero jamás nunca se me murió ningún niño, en toda mi vida de partera jamás se me murió ningún bebé”. (Informante 2. Trabajo de campo, 2015.)

“Pus es bueno que la mamá tenga el bebé agachada (se pone una cobija o algo para detener al bebé y que no caiga en el piso), se pone unas colchas o unos sarapes bien gruesos para que la mamá puje y salga el chamaco, pero que no se pegue (de que se agarra la mamá para hacer fuerza). Está bien que vaya también el papá para que la señora pueda agarrarlo y tomar fuerza, pero también acostada. Está bien que vaya el papá para que vea lo que la mujer sufre y no la deje”. (Informante 5. Trabajo de campo, 2016.)

—No, yo en sí, en sí no soy partera y no atiende a las señoras que van a tener bebé. Pero sí se los sé acomodar, o luego también les receto cremitas para eso de las estrías, para que su estómago no se les haga feo.
—¿Qué otra cosa sabe sobre el parto?
—Pues hay un tratamiento que luego sí utilizo mucho.
—¿Cuál es?
—Es así como cepillar por todo el cuerpo a las señoras porque eso las relaja y las hace sentir mejor.
—¿Qué otra cosita?
—Ah, también, y eso sí sé bien, cuando las mamás se embarazan, si se embarazan ocho días antes de su regla el bebé va a ser un niño; y cuando se embarazan ocho días después de su regla, el bebé seguro va a ser niña”. (Informante 6. Trabajo de campo, 2015.)

Con el arribo de nuevas formas de atención a la comunidad se construyeron, también, maneras nuevas de nombrar al proceso de salud/enfermedad/atención, que para la presente investigación se manifiestan específicamente en la forma de codificar a cada etapa del embarazo, el parto y el puerperio; es decir, la construcción del discurso de las parteras tradicionales de la comunidad de San Felipe del Progreso, a partir de la llegada de los procesos modernizadores descritos con anterioridad, no solo modifica la práctica y el conocimiento sino que reconfigura los términos utilizados hasta entonces, para hablar sobre el embarazo, parto y puerperio. Por ejemplo, una de las parteras se refiere a enfermedades de origen mazahua como “coshanar” y la explica haciendo uso de términos técnicos.

“Mujeres que se coshanan: es una infección que le da a las mujeres embarazadas

cuando no dejan un lapso de días sin tener relaciones sexuales después de tener a su bebé. Sonaja, raíz de huajito, se muele y se hierve, tomar en té". (Informante 4. Trabajo de campo, 2015.)

Resulta interesante observar elementos como el mencionado, debido a que, en el discurso, causa mayor dificultad diferenciar a qué origen pertenece cada término; y de mayor importancia, cómo son utilizadas de forma inconsciente palabras de origen español (aprehendidas por largos procesos de evangelización) y términos técnicos, interiorizados a partir de la llegada de los procesos modernizadores.

Conclusiones

Antes de comenzar con este apartado, sería pertinente recordar qué es lo que pretendió observar la presente investigación, a saber ¿cómo, en un contexto de movimientos de modernización, operan los conocimientos y prácticas de las parteras tradicionales de la comunidad de San Felipe del Progreso?, asumiendo que las parteras tradicionales enfrentan un proceso sociocultural en el que estructuras que se encontraban separadas, sistema tradicional y sistema moderno de salud, se hibridan para generar nuevas interpretaciones de las estructuras, objetos y prácticas ya existentes.

Pero ¿debido a qué se produce lo híbrido? A lo largo del texto hemos relatado que lo híbrido se crea a partir de factores determinantes, que en este caso están representados por los procesos modernizadores en salud suscitados en la comunidad. Es importante recalcar que tales "procesos modernizadores" son recibidos por las parteras tradicionales no como tablas, en blanco sino como marcos de referencia simbólico-culturales que, antes de tales procesos, ya poseían formas particulares de atención del embarazo, el parto y el puerperio.

Al tener presente lo mencionado con anterioridad, es posible preguntarse ¿en qué se refleja lo híbrido? Para el presente trabajo, lo híbrido puede ser observado en las prácticas y conocimientos empleados por las parteras tradicionales, pero ¿en qué radican esas prácticas y conocimientos? Delegaremos un espacio para cada apartado.

Conocimiento. Resulta indispensable recordar que, antes de los procesos de modernización, las parteras de la comunidad poseían formas particulares de atención del embarazo, el parto y el puerperio, conformadas por dos vías principales de conocimiento: los saberes provenientes las culturas tradicionales, en este caso la

mazahua, y los saberes brindados por los españoles en el proceso de conquista y colonización, que si bien forma parte de la modernidad como época, no constituye un proceso de modernización bajo los parámetros que presenta la investigación, es decir, no tiene que ver con las formas institucionalizadas de atención a la salud, la derechohabencia, la implementación de medicamentos y la formulación de lenguajes modernos y universales.

Dicho lo anterior, la *adquisición del conocimiento* era dada a partir de la herencia, de los sueños reveladores y, en mayor medida, de la necesidad de cuidado y atención presente en lo cotidiano.

Con la llegada de los procesos modernizadores a la comunidad, las formas de adquirir el conocimiento sufrieron algunas modificaciones que involucran elementos del sistema moderno, como la capacitación en hospitales, específicamente, el de Reforma y otros ubicados en la ciudad de Toluca, la llegada de políticas públicas con su operabilidad vía programas de formación y capacitación a parteras empíricas.

El arribo de formas nuevas de mirar la salud fue recibido por estas poseedoras del conocimiento, que no desecharon el cosmos simbólico-cultural que poseían, más bien lo conjuntaron o articularon, ya sea por decisión propia o por imposición; es decir, la *adquisición del conocimiento de las parteras tradicionales de la comunidad* ahora provenía de dos vías: la tradicional (que especificamos con anterioridad, es formada por las características provenientes de lo mazahua y lo español) y la moderna (constituida por las políticas de los 70 y la influencia de hospitales como Reforma).

Al modificarse la adquisición de los conocimientos, se modifica también el conocimiento mismo. Es necesario tener presente que, así como existían formas tradicionales de aprender, también hay formas de atención tradicionales que involucraban el uso exclusivo de plantas medicinales.

A partir de la llegada de los saberes modernos (vía los procesos de modernización multicitados), llegan también nuevos elementos, como por ejemplo “los medicamentos”.

A través del relato de las parteras de la comunidad podemos observar la conjunción de ambos elementos al dictar recetas donde se hace uso de plantas medicinales, como ruda, hierbabuena, manzanilla, simunillo, cenizo, etc., y medicamentos como histalgin, éter, tetril y sulfadiazina, entre otros.

Práctica. A consecuencia de las afirmaciones anteriores, referentes a la formación y a

la adquisición del conocimiento, así como los conocimientos adquiridos, los materiales y técnicas de apoyo utilizados por las parteras tradicionales son un reflejo de lo híbrido.

La vía de contacto de la partera con la parturienta es “el cuerpo”, ya sean las manos de la partera, “donde Dios le ha dado el don del conocimiento”, la boca de la partera, utilizada para dar respiración al bebé cuando así se requiere, que representan un saber tradicional. Aunado a ello, elementos como el rebozo, las cuerdas, los muñecos, las fajas y demás componentes que constituyen formas de atención del embarazo, el parto y el puerperio ancestrales.

Por otro lado, la maniobras para acomodar a los bebés y para obtener la placenta, en caso de ser necesario, formaban parte ya del cosmos simbólico-cultural de las parteras; ambos casos realizados vía las manos de la partera y el cuerpo de la parturienta.

Al presentarse los sistemas modernos de salud en la comunidad (referidos a lo largo del texto), las herramientas y técnicas sufrieron múltiples modificaciones, entre las que se puede hacer mención del uso de jeringas, cepillos, gasas, alcohol y demás elementos modernos.

Pero, como mencionamos en diversas ocasiones, el arribo de estas formas nuevas de ayuda no desechó las formas ancestrales de apoyo, más bien se creó un híbrido entre el uso del rebozo y las jeringas, el alcohol y las hierbas, entre otros.

Lenguaje. Todos los procesos ya referenciados tienen implicaciones, evidentemente, en el discurso utilizado por las parteras. Con el arribo de nuevas formas de atención, se construyeron, también, maneras nuevas para designar los procesos que involucran a la salud, en este caso al embarazo, al parto y al puerperio; es decir, la construcción del lenguaje utilizado por las parteras tradicionales de la comunidad de San Felipe del Progreso es reconfigurado a partir de la llegada de los procesos modernizadores, mezclando términos como “coshanar” o “to” con palabras como placenta, hemorragia, sanación, etc.

Teniendo presente que tanto los conocimientos como las prácticas de las parteras tradicionales de la comunidad de San Felipe del Progreso son una expresión de lo híbrido, toca pensar qué implica mirar desde lo híbrido, *¿a dónde conduce la hibridación?*

A partir de lo realizado por la presente investigación concluimos que lo híbrido

o la hibridación permite mirar los fenómenos locales insertos en el marco de lo moderno. Tomar en cuenta que los sucesos acontecidos en cierto lugar se generan, no a partir de la espontaneidad, sino como resultado de coyunturas históricas específicas que tienen que ver con hechos universales, como en este caso, el proyecto moderno.

Pero resulta necesario recordar que lo moderno no ha penetrado de la misma forma en todo el mundo debido a que, como mencionamos anteriormente, existía un orden preestablecido.

Ahora bien, no podemos negar que la modernidad, como época, proyecto y proceso, ha generado un evidente cambio en la historia y en la forma de mirar al mundo; pero, por lo general, nos inclinamos a creer que este cambio ha sido arrasador, terminando con las formas de organización anteriores, desde los ritos mágico-religiosos hasta la ciencia especializada y técnicamente tan compleja de la actualidad.

Esta visión, como dice Pons (1977), de la historia como línea ininterrumpida de progreso, nos conduce a creer que la magia y la superstición han dado paso gradual hacia los métodos racionales basados en investigación clínica y en la experiencia. Pero el verdadero curso de los acontecimientos es, naturalmente, mucho más complejo.

Referencias bibliográficas

- AGUIRRE BELTRÁN, Gonzalo. (1987). *Medicina y magia: el proceso de aculturación en la estructura colonial*. México: Instituto Nacional Indigenista.
- ARCHETTI, Eduardo P. (1999). Hibridación, pertenencia y localidad en la construcción de una cocina nacional. En Carlos Altamirano (ed.), *La Argentina en el siglo XX*, pp. 217-237. Buenos Aires: Ariel y Universidad de Quilmes.
- AYUNTAMIENTO DE SAN FELIPE DEL PROGRESO. (2016-2018). *Ficha de información general de San Felipe del Progreso*. México: Autor.
- BHABHA, Home K. (2002). *El lugar de la cultura*. Buenos Aires: Manantial.
- BLANQUEL MORÁN, Mario y HERNÁNDEZ REYES, Lorena. (1999). *San Felipe del Progreso: monografía municipal*. Toluca, Estado de México: Instituto Mexiquense de Cultura.

BROM, Juan. (1965) “La Edad Moderna”, “La Edad Contemporánea” en *Esbozo de Historia Universal*. México: Grijalbo.

CHANADY, Amaryll. (1997). *La hibridez como significación imaginaria*. Recuperado en: <http://red.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/biblioteca/58.pdf> [consulta: octubre de 2016].

CONEVAL (CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO). (2007). *Seguro médico para una nueva generación. Seguro médico siglo XXI*. Recuperado en: http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Ficha_Monitoreo_2012/SALUD/12_S2_01_FM.pdf [consulta: octubre de 2016].

GARCÍA CANCLINI, Néstor. (2009). *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*. México: De Bolsillo.

GIDDENS, Anthony. (1994). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza.

GIDDENS, Anthony. (1995). *Modernidad e identidad del yo: el yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Península.

GIROLA, Lidia. (2005). “Tiempo, tradición y modernidad: la necesaria re-semantización de los conceptos”. *Sociológica*, 20-58, 13-52.

INEGI. (2010). *Compendio de Información geográfica Municipal 2010. San Felipe del Progreso*. Recuperado en: <http://www.inegi.org.mx/> [consulta: octubre de 2016].

INEGI. (2015). *Indicadores sociodemográficos por área geográfica*. Recuperado en: <http://www.inegi.org.mx/> [consulta: diciembre de 2016].

MARTÍNEZ CORTÉS, Fernando y AGUIRRE BELTRÁN, Gonzalo. (1990). *Historia general de la Medicina en México*. México: UNAM – Academia Nacional de Medicina.

MENÉNDEZ, Eduardo. (1994). “La enfermedad y la curación ¿qué es medicina tradicional?”. *Alteridades*, 4-7, 71-83. Recuperado en: <https://docplayer.es/20609493-La-enfermedad-y-la-curacion-que-es-medicina-tradicional.htm> [consulta: octubre de 2016].

OCARANZA, Fernando. (1995). *Historia de la Medicina en México*. México: Cien de México.

PONS, Agustín Pedro. (1977). De la magia a la medicina. En *Enciclopedia médica del hogar*, pp. 244-273. Barcelona: Argos.

SÁNCHEZ URIARTE, María del Carmen. (2010). “El Hospital de San Lázaro de la ciudad de México y los leprosos novohispanos durante la segunda mitad del siglo XVIII”. *EHN*, 42, 81-113. Recuperado en:

<http://www.revistas.unam.mx/index.php/ehn/article/view/18441> [consulta: octubre de 2016].

SECRETARÍA DE SALUD. (2012). *El Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, un camino hacia la universalización de los servicios de salud*. México: Secretaría de Salud.

URIBE GÓMEZ, Mónica y ABRANTES PEGO, Raquel. (2013). *Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?* México: Perfiles Latinoamericanos.

VALLES RUÍZ, Rosa María. (2010). Poder y política: María Esther Zuno y Cecilia Occelli. En Carlos Mejía Reyes y Liliana Zavala Mejía (coords.), *Memoria del Quinto Encuentro Nacional sobre Empoderamiento Femenino*, pp. 147-164. Pachuca, Hidalgo: Universidad del Estado de Hidalgo.

Notas

¹ “Las «sociedades tradicionales» se caracterizaban [...] por su economía relacionada con la subsistencia, y escasamente diferenciada del sistema social, por la inexistencia de grupos secundarios y asociaciones civiles, por un sistema político no democrático, y por la preeminencia de la religión, la magia y un extremo convencionalismo [...] debemos tener en cuenta que la noción de «sociedades tradicionales» fue elaborada en pleno auge de las teorías de la modernización, en las cuales se sostenía la visión del desarrollo lineal y por etapas de todas las sociedades, en un *continuum* que iba de las sociedades más atrasadas a la sociedad industrial de masas”. (Girola, 2005: 26-28)

² La medicina tradicional presente en la comunidad de San Felipe del Progreso, como en muchas partes de México, generalmente remite, desde sus cimientos, a dos raíces principales: el periodo prehispánico y la influencia española. Estos elementos conformaron un cosmos de ideas y proceso mediante los cuales se construyeron formas de mirar a la enfermedad y, por lo tanto, los tratamientos necesarios para hacerle frente. Para argumentar con mayor claridad la afirmación anterior, será necesario explicar a qué refiere cada uno de los elementos mencionados como raíces.

Medicina prehispánica, definición y características. Las culturas prehispánicas construían los elementos que formaban parte de su vida cotidiana a través del vínculo que poseían con la naturaleza y el cosmos, tomando al hombre como parte de esta relación. Sin olvidar que la posición adoptada por naturaleza, cosmos y hombre no era la misma, ya que se contaba con una estratificación particular que colocaba a cada uno en el plano que le correspondía. En las sociedades precolombinas, los individuos estaban obligados, desde los primeros años de su vida, a “disciplinas rigurosas que tienden a crear personalidad, una constelación desobediencia-castigo, obediencia-gratificación [...] Nace así, en él, una relación de dependencia altamente degradante [...] que pasa a los jefes de la comunidad y, de estos, a los dioses” (Aguirre Beltrán, 1987: 41-43). Esta relación de dependencia se puede identificar de forma clara en la concepción que el hombre prehispánico posee acerca de las causas por las cuales son provocadas las enfermedades; atribuyéndolas al mal comportamiento, el

incumplimiento de alguna regla o el resultado de deidades ofendidas. Al tener claras las causas de las enfermedades en la época precolombina, podemos hablar del ejercicio de la medicina. En Mesoamérica, y para los fines de la presente investigación en la región perteneciente a Amaxahuacan, todas las personas, por condiciones diversas, poseían conocimientos básicos de su entorno natural; esto incluía la información que se tenía sobre las formas sencillas de curación, incorporando la utilización de plantas medicinales. Cuando los padecimientos eran de mayor cuidado, se acudía con un especialista, ya fuera sobador, curandero, hierbero, partera, sangrador, etc. (Aguirre Beltrán, 1987). Dedicaremos especial atención a las parteras. Como se mencionó, todas las personas contaban con conocimientos básicos de atención a la salud, y dentro de estos conocimientos básicos, las mujeres, fueran suegras o madres, eran capaces — e incluso era obligatorio— de apoyar a la parturienta durante el embarazo y en la labor de parto. Cierta sector de la población, encaminada a cubrir esta necesidad, se especializó para apoyar a la parturienta aprendiendo sobre el uso de plantas, las cantidades específicas y la combinación, así como maniobras y técnicas de sobado particulares (Ocaranza, 1995). Aunado al uso de plantas, técnicas y demás elementos, hallamos las prescripciones otorgadas con la dieta, que eran construidas bajo la concepción de frío-calor, es decir, no ingerir alimentos como el nopal (calabaza), que son considerados como fríos, y sí cosas calientes, como el atole. Al ser la única medicina conocida hasta entonces, era tanto legal como legitimada por el pueblo, ya que su saber invadía todas las partes del único mundo. Es necesario mencionar que también en este tiempo existía una mezcla entre saberes de diferentes culturas, pero la concepción del mundo que poseían era similar.

Medicina española. La época en que llegan los conquistadores al continente americano fue precedida por etapas importantes de la historia, que marcaron la construcción de la práctica médica occidental. La primera etapa se ubica dentro de la Edad Antigua, que abarca del 4.000 a. C. al 476 d. C.; esta etapa estuvo marcada por el surgimiento de pensadores que revolucionaron las formas de concebir el cuerpo y las anomalías que en él se presentaban, la mayoría de ellos de origen griego. Se puede mencionar a Herófilo, quien realizó diversas investigaciones sobre el cuerpo humano haciendo una comparación de sus órganos con los de un animal, lo que bien pudo servir de antecedente para los estudios en anatomía. Plinio escribió una historia natural en la que realizó una clasificación importante de plantas medicinales. También se han retomado las ideas de Galeno, Dioscórides e Hipócrates (y la teoría de los cuatro humores), entre otros (Aguirre Beltrán, 1987). Esta parte de la historia constituiría al pensamiento occidental: consideraba que toda causa de enfermedad era provocada por cuestiones naturales, todo despegado de pensamientos mágicos. Pero a partir de la caída del Imperio Romano de Occidente, que sirve como preámbulo para la entrada de la Edad Media (V-XV), surge un tipo de pensamiento dominado por el clero. Esta ideología posterior a la Edad Antigua estaba bañada por ideas emanadas de la Iglesia. La religión consideraba que la vida de los hombres se encontraba regida por tres entidades que formaban a su Dios: Padre, Hijo y Espíritu Santo, deidad tripartitaria que poseía todas las características “buenas”, la bondad, el amor, la amistad, la salud, el bienestar, etc. Pero existía su antítesis, representada por el demonio, personalizado a través de lo “malo”, la venganza, la enfermedad, la miseria, etc. Debido a ello la enfermedad era el resultado ya no sólo de una anomalía física, sino espiritual (Aguirre Beltrán, 1987). Esta mezcla de ideas sobre la enfermedad, la sanación y la medicina fue la que llevaron los españoles al México Antiguo. Es necesario decir que esta combinación de saberes estaba dominada por las ideas del medievo. Posterior a la conquista, y en los albores de la época colonial, surgieron instituciones encargadas de regular el ejercicio de la práctica médica. Es así como comienza a ejercer poder el Tribunal de la Santa Inquisición, que tenía como encomienda verificar que el ejercicio de la medicina se realizara bajo los mandatos impuestos por Europa (Ocaranza, 1995). Aunado a la institucionalización de la práctica médica, surgió otro organismo reformador: el “Protomedicato”, que hacía una evaluación dentro de las escuelas para verificar qué médicos contaban con las capacidades necesarias; además de verificar las aptitudes de los posibles médicos, era de vital importancia realizar la limpieza de sangre, prueba encaminada a verificar que los practicantes de medicina no eran indígenas (Martínez Cortés y Aguirre Beltrán, 1990).

³ Fueron establecidas en América por el virrey Antonio de Mendoza con la finalidad de que todos los pueblos indios tuvieran caudales para satisfacer sus necesidades comunales. En estas entraban todos los bienes que poseían en común, las criaturas y documentos que aparaban su posesión. Las entradas principalmente eran el producto anual de las cosechas de las tierras de comunidad, donde cada uno tenía la obligación de cultivar un área determinada, y el producto de los caudales de las cajas impuestos al censo. Las salidas constituían las cantidades de las que se disponía para satisfacer las necesidades comunitarias. Las cajas, en la ciudad de México, fueron administradas por los oficiales de la Real Audiencia junto con el fiscal y un oidor. Con las intendencias se determinó que las cajas estuvieran en las cabeceras donde hubiera subdelegado, quedando el arca a su cargo (Blanquel Morán y Hernández Reyes, 1999).

⁴ Existen estudios que confirman el hecho de que, en Nueva España, el siglo XVI vio nacer el mayor número de fundaciones hospitalarias, que respondieron a las necesidades de amparar y consolar a los pobres y atender a las víctimas de las constantes epidemias ocasionadas por las enfermedades importadas de Europa. Al mismo tiempo, respondieron a la preocupación por el servicio a Dios y al descargo de la conciencia. Así, fueron solución médica y caritativa ante las enfermedades y parte fundamental de la obra evangelizadora de la Iglesia, que construyó hospitales. “Muchos hospitales novohispanos estuvieron clasificados de acuerdo a la calidad étnica de sus habitantes, es decir, recibían a cualquier tipo de enfermo cuando pertenecía a la condición social a la que estaba destinado. Como los peninsulares y criollos ricos generalmente se atendían en sus casas, la atención que la mayoría de estos recintos proveía era para enfermos pobres. Sin embargo, en la ciudad de México, el Hospital del Amor de Dios, el de San Hipólito, el de San Antonio de Abad y el de San Lázaro, para contagiados del mal gálico, para dementes, para enfermos del fuego sacro y para leprosos o lazarinos, respectivamente, funcionaron como hospitales de excepción para la reclusión y tratamiento de los enfermos de aquellos males ya que, sin importar su calidad o posición social, no eran admitidos en otros, pues sus enfermedades eran consideradas peligrosas para el resto de la comunidad [...] En la Nueva España el aislamiento de los leprosos comenzó en fechas tempranas. El segundo Hospital fundado por Hernán Cortés en la ciudad de México fue para estos enfermos y llevó el nombre del santo que los protegía, san Lázaro [...] entre 1521 y 1524 [...] el Hospital de San Lázaro se construyó, siguiendo las leyes de la época, en las afueras de la ciudad para evitar que el aire le llevara agentes nocivos. Este leproscario tuvo una existencia efímera, pues Beltrán Nuño de Guzmán mandó destruirlo en 1528 [...] pero en 1572 el doctor Pedro López refundó el hospital posiblemente porque el número de leprosos aumentó o porque el temor a su enfermedad se incrementó a causa de las brutales epidemias de entonces” (Sánchez Uriarte, 2010: 81-82).

⁵ Una de las fases clave dentro del proceso modernizador en salud fue la constitución de diversas reformas y políticas públicas. “La fundación del sistema nacional de salud data del 1943, año en el que se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaria de Salud) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) [...] En 1960, con la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), surgió un tercer sistema de seguro que cubría a los empleados del gobierno y sus familias. Con el tiempo se crearon otros Institutos de Seguridad Social más pequeños que cubre a poblaciones específicas [...] A finales de los setenta se puso en marcha una segunda generación de reformas que giraron en torno a la descentralización, la cobertura con atención primaria a la salud y el reconocimiento del derecho constitucional a la protección de la salud. La ampliación de la atención básica a la salud enfatizó *la rehidratación oral, la atención a la salud reproductiva y materno-infantil, la vacunación universal, la calidad de los servicios, la disponibilidad de agua y el acceso a la educación básica*. Los programas se focalizaron a las poblaciones rurales con pocos servicios y las poblaciones urbanas pobres [...] a principios de los noventas se creó el programa de Ampliación de Cobertura (PAC) [ahora ya no existen, se integró con otros servicios de salud] [...] ofrecía un paquete de 12 intervenciones básicas a las familias rurales pobres [...] En 1983 se puso en marcha una importante reforma en salud [...] *Ley General de Salud*. En la segunda fase de esta reforma se dio inicio a un proceso de

descentralización de los servicios de salud que se concluyó en 14 de los 32 estados de la federación [...] a finales de los noventa [...] año se creó un programas de bienestar social integral basado en incentivos [PROGRESA, Programa de Educación, Salud y Nutrición, cuyo nombre cambió por el de OPORTUNIDADES en 2001] que incluye un paquete básico de salud y un componente de Educación [...] Por otra parte se crearon organismos «descentralizados» encargados de investigar y evaluar vías de apoyo para la gestación de reformas, la creación de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) a principios de los ochenta [...] creada como un “centro de análisis” independiente, no gubernamental, orientado al diseño de políticas fungió como eje rector de tal objetivo. Aunado a ello la elaboración del Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS 2001-2006), subtítulo *La democratización de la salud en México: hacia un sistema universal de salud*, incluía un profundo análisis de la salud de la población y del sistema de salud y ofrecía claras evidencias de ese desajuste [...] *Las políticas están asociadas con cinco objetivos fundamentales: (1) mejorar las condiciones de salud de los mexicanos; (2) abatir las desigualdades en salud; (3) mejorar la capacidad de respuesta de los servicios públicos y privados; (4) asegurar justicia en el financiamiento en materia de salud, y (5) fortalecer el sistema de salud, especialmente las instituciones públicas*” (Secretaría de Salud, citado en Uribe Gómez y Abrantes Pego, 2013: 11). Dentro de este documento se incluía la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que tendría como ejecutor al Seguro Popular (SP), que continúa vigente hasta el momento (Uribe Gómez y Abrantes Pego, 2013).

⁶ “Espacios «entre-medio» proveen el terreno para elaborar estrategias de identidad (singular o comunitaria) que inician nuevos signos de identidad y sitios innovadores de colaboración y cuestionamiento, en el acto de definir la idea de la misma sociedad” (Bhabha, 2002: 18).

⁷ Para Archetti (1999), lo *híbrido* puede ser pensado como una mezcla que crea una forma nueva, que tiene la posibilidad de reproducirse a partir de la repetición de los diferentes orígenes culturales; pero también como una fusión, en donde resulta complicado identificar los elementos originales. Debido a ello es importante reconocer cada uno de los componentes por separado. La diferencia y la igualdad aparecen en una suerte de casi imposible simultaneidad. Lo híbrido representa una operación binaria en el que cada paso adquiere sentido como oposición al anterior.

⁸ En el caso de Chanady (1997: 12), “lo *híbrido* implica con frecuencia un escándalo, un desorden excepcional, y no simplemente la heterogeneidad o la mezcla cultural. Lo híbrido puede ser considerado escandaloso por razones religiosas o racistas (la hibridez racial como degeneración), o escandaloso en un sentido no peyorativo —lo que produce asombro (la yuxtaposición de la artesanía indígena y el arte moderno en la mesa del televisor y el «trueque de lo campesino con lo transnacional» [...] El concepto de lo híbrido implica por lo tanto la existencia de significaciones imaginarias centrales y fuertes que rigen a un momento dado la autorrepresentación de una colectividad, como la [...] modernización en nuestro siglo”.

⁹ La comunidad de San Felipe del Progreso cuenta con 32 unidades médicas pertenecientes al ISEM, en los que laboran 142 médicos y 227 enfermeras, y se apoya también del DIF municipal, que tiene como finalidad la atención a enfermedades de primer grado y cuenta con un médico y una enfermera. Dentro de la región perteneciente al municipio, solo se encuentra una unidad propia del ISSSTE, que cuenta con un médico y personal de enfermería. Por último, está el centro médico ISSEMyM, que cuenta con cinco especialistas médicos y el personal de enfermería (Ayuntamiento de San Felipe del Progreso, 2016-2018).

¹⁰ Los procesos de transición involucran dos conceptos clave: “la traducción” del nuevo conocimiento, que implica reelaborar en los términos interpretativos ya existentes al nuevo saber, es decir, entender lo nuevo a través del lenguaje de la cultura que lo recibe; y “la reconversión”, que refiere a las estrategias o vías por medio de las cuales se refleja el nuevo saber en el conocimiento y la práctica.