*La construcción de identidades entre parteras urbanas de colonias populares de la ciudad de México**

Marianne Dietiker Amsler

En este artículo analizo e interpreto la construcción social y cultural de las identidades de 20 parteras urbanas residentes en ocho colonias de la delegación Álvaro Obregón en el Distrito Federal a partir de su trabajo; su posición en el contexto de las relaciones de poder de la puericultura híbrida urbana a partir de su *deber ser*, impuesto por su grupo social, y a partir de sus estrategias subjetivas para seguir persistiendo como parteras en la metrópoli.

La investigación profundiza en la experiencia particular de construcción de una diversidad de identidades en la vida cotidiana y laboral de este grupo y contribuye a la formación de conocimientos sobre una dimensión hasta ahora prácticamente inexplorada académicamente y silenciada por parte de las propias protagonistas. Para este análisis, realicé entrevistas a profundidad con las parteras urbanas y observación participante durante más de dos años. Revisé una amplia bibliografía sobre la perspectiva de género, sobre identidad, cultura y relaciones de poder y sobre las parteras en México.

Analicé el contexto socioeconómico y cultural de las mujeres entrevistadas para ubicar los procesos de construcción de múltiples identidades (identidad oculta, negativa, híbrida y sincrética). Reconstruí la hibridación de prácticas tradicionales con la medicina hegemónica como relaciones de poder que permiten entender la persistencia de las parteras en el medio de la metrópoli. Propongo la noción de estrategias subjetivas de las parteras, para explicar cómo cada partera desarrolla estrategias muy particulares para seguir persistiendo con su saber, su don y su práctica. Analizo situaciones concretas de trabajo de las parteras y, con base en ellas, desarrollo algunos términos que me permiten entender la construcción de sus diferentes niveles de identidad. El abordaje del problema en el medio urbano y la incorporación del enfoque de género constituyen los aportes de este trabajo, pues su comprensión se ha limitado a los medios rurales y a los niveles descriptivos.

1. Categorías analíticas

En este trabajo intento combinar el análisis detenido de sutiles detalles de acciones y significados [Lemke: 1990] en la interacción social cotidiana (de las parteras) con un análisis del contexto social más amplio (medicina hegemónica), dentro del cual tiene lugar la interacción. La investigación interpretativa [Erickson: 1989] exige ser cuidadosa y reflexiva para tratar de identificar el significado de las acciones de los acontecimientos desde los diversos puntos de vista de las propias actrices. No determiné de antemano ciertas categorías analíticas a ser observadas. Más bien éstas se elaboraron por las personas en interacción de acuerdo a convenciones para darnos a entender y para entendernos. Se construyeron a partir de un constante diálogo entre las perspectivas de significados locales [Erickson] que tienen los acontecimientos específicos para las parteras que participan en ellos y las lecturas teóricas.

- Manejo la categoría de varias identidades[1] y no una[2] y entiendo por eso las diferentes identidades de las parteras urbanas.
- Estas identidades se construyen a partir de



relaciones genéricas[3] de poder[4] con la sociedad mayor y hacia dentro del mismo grupo social.

- A la vez, los sujetos construyen las identidades con estrategias subjetivas de poder[5] desde diferentes posiciones[6] en el complejo entramado de las relaciones de poder en la cultura y puericultura híbrida[7] urbana.
- Las 20 parteras urbanas construyen las identidades con estrategias subjetivas de poder desde cierta posición que les otorga su don[8] [Mauss, Godelier] de curar con las manos. Ese don es una vocación y un contrato social implícito [Thompson] que las obliga a cumplir con cierto compromiso o *deber ser* en relaciones sagradas con Dios y relaciones profanas en su grupo social.

Las identidades se construyen en una dimensión subjetiva [Cirese: 1987; Turner:1981] y en una dimensión sociocultural [Parsons]. Esos dos principios rigen la construcción de las identidades, y en el caso de las identidades colectivas o grupales, tienen que ver con las exigencias de cooperación y de solidaridad internas del grupo. Por los conflictos, las contradicciones y rupturas que vive cada sujeto en el transcurso de su vida, por las diferentes posiciones que ocupa en el entramado de las relaciones de poder de la cultura híbrida, y por las estrategias subjetivas de poder muy variables, no perdura una sola y única identidad en forma de esencia estable, sino diferentes y particulares identidades en constante transformación.

2. La investigación con las 20 parteras

Los planteamientos de este texto se basan en una investigación documental y un trabajo de campo realizado con 20 parteras en ocho colonias populares[9] de la delegación Álvaro Obregón en la ciudad de México, durante el periodo 1991-1995.

Hay servicios médicos privados[10] en la delegación, de los cuales ninguno se encuentra en las ocho colonias. La Dirección General de Jurisdicción Sanitaria Álvaro Obregón ha registrado dos parteras en toda la delegación y no tiene conocimiento de las 4 parteras que trabajan a tres cuadras de su institución y tampoco de las otras 16 parteras que viven en la misma zona. Este dato nos da un ejemplo de la objetividad de las estadísticas oficiales. Se supone que el 14% de la población se atiende con médi-

♦♦♦

cos particulares, el 34% en el Seguro Social, el 5% en el ISSSTE y el 47% en la Secretaría de Salud. Esta estadística supone que el 100% de la población urbana cuenta con un servicio médico accesible y satisfactorio. Lamentablemente éste no es el caso para todas las familias de colonias populares marginadas que se encuentran en proceso de urbanización. Por falta de una atención médica satisfactoria, falta de recursos para recurrir a ella y por valores y gustos diferentes, una gran parte de las mujeres en las colonias populares buscan la atención en la salud reproductiva entre las parteras urbanas.

Las parteras entrevistadas han trabajado en su mayoría y temporalmente como afanadoras o ayudantas de médicos particulares y en hospitales, algunas también como lavanderas, vendedoras o trabajadoras domésticas.

Todas las parteras hablan español y son de descendencia mestiza. Tienen entre 24 y 84 años de edad y un nivel de escolaridad que va de no escolarizadas hasta secundaria terminada, carrera corta de enfermería y una estudió medicina en la UNAM. Siete parteras nacieron en el Distrito Federal y las otras migraron de los estados cercanos. Seis parteras están casadas y viven con su pareja, nueve parteras son viudas y cinco se han separado de su esposo.

Las 20 parteras viven en su propia casa con sus hijas e hijos solteros y las familias de sus hijas e hijos casados y a veces algunos otros familiares o incluso no familiares. Es una forma muy común en estas colonias de vivir como familia extensa en una sola casa. Generalmente viven tres generaciones juntas bajo un mismo techo. Cooperan para las comidas, el cuidado de los niños y el mantenimiento de la casa.

La mayoría de las informantes se casó entre los 15 y 20 años de edad e inició su vida en pareja con nada en las manos. Todas han sufrido hambre en alguna etapa de su vida.

Comenta la partera Carmen:

> Nací en Michoacán en un ranchito y aprendí a curar con mi abuela y mi tío que era partero y huesero. Cuando me casé, seguía atendiendo partos y con seis hijos fui a un poblado grande a aprender a atender partos con un médico. Con libros, conocimientos de indias y ginecología moderna —de todo me enseñó el doctor durante un año para que atienda los partos en los ranchos—. Pero nos moríamos de hambre y no logramos sobrevivir de mi trabajo. Mi marido flojo, yo que no sabía cómo alimentar a mis hijos porque nadie tenía con qué pagarme los partos. Así venimos al D.F. con un sartén nomás, tan pobres éramos. Primero hice limpieza en casas y vivíamos arrimados en una choza de cartón de leche. Luego me reconoció alguien de Michoacán y se hizo la cadena de correr la voz que yo tengo el don de curar con las manos y desde ese día ya no sufrimos hambre.

Ahora viven todas en casas propias. Las parteras se interesaban en discutir si era reconocido su trabajo, si era legal o ilegal, si es bien visto por la gente de afuera o si se piensa que ellas ya no deberían atender partos. Mientras mejor nos conocimos, ellas me demostraban su autoestima, su orgullo y su alegría de haber hecho lo que han logrado. Aprovechaban las discusiones para enterarse de las prácticas de otras parteras y para informarse cómo veía yo su trabajo y si tenía contactos con instituciones que ofrecen cursos para parteras que quieren titularse. Utilizaban las entrevistas para reflexionar acerca de ciertas cuestiones de trabajo y para buscar respuestas a problemas que ellas no podían resolver.

3. "Ya no hay parteras por aquí, somos modernas, vamos con el médico." La identidad oculta y negativa de las parteras urbanas

Cuando inicié la investigación recorrí durante varios días las colonias y pregunté en mercados, tienditas y tortillerías: "Disculpe, ¿conoce una partera por aquí?" Contestaron:

> ¡Por aquí ya no hay parteras! Busque en los pueblos de la provincia, ahí sí creen en las parteras. Aquí en la ciudad ya no hay, aquí vamos con el médico al hospital. Aquí somos modernas y no como las inditas que tienen los niños así nomás como vienen.

Desde el punto de vista de la mayoría de los habitantes de esas colonias y los agentes de la medicina moderna que domina en los servicios de salud en la ciudad de México, las parteras ocupan una posición marginada e insignificante en cuanto a la atención a la salud reproductiva de la mujer urbana. Mujeres de la clase alta y media no pensarían nunca en la alternativa de atender su parto en su propia casa por una partera en lugar de atenderlo con un médico en el hospital, cosa frecuente en países nórdicos de Europa. El hecho de atender el parto en casa con una partera es desprestigiado, despreciado e intolerable para las mujeres mexicanas de la clase alta y media. A partir de los valores dominantes que rigen en la atención a la salud reproductiva de la mujer urbana mexicana, las parteras son despreciadas. Desde esa posición desprestigiada en la cultura urbana, éstas y su grupo social construyen su identidad oculta.

La identidad oculta y negativa de las parteras la construyen los miembros de su propio grupo social frente a

♦♦♦



otra u otro miembro de otra clase social. El contenido de esta definición está dado en términos del rechazo, desprecio y descalificación de su trabajo frente a los valores de la medicina hegemónica.

En un principio me fue difícil entrar en contacto con parteras urbanas de las colonias populares que visité. La médica de la jurisdicción sanitaria de la delegación, encargada de buscar los contactos con parteras tradicionales para integrarlas a los cursos de adiestramiento, me advirtió que no las iba a encontrar. Ella conoció a varias mujeres que atendieron sus partos en casa, pero ninguna se ofreció a presentarla con las parteras.

En compañía de una amiga embarazada, residente de una de las ocho colonias populares, logré establecer los primeros contactos después de varias semanas de búsqueda. Las primeras entrevistas fueron tensas, breves y proporcionaron escasa información debido a los temores y a la desconfianza de las parteras; creían que yo pertenecía a alguna institución judicial y temían ser interrogadas sobre abortos y partos. Desconfiaron de mí porque no venía recomendada por mujeres conocidas; las parteras no atienden a cualquier mujer de fuera. Se comprende el miedo y la desconfianza de ellas frente a personas desconocidas por el constante control social que sufren, tanto dentro de su mismo grupo social como de las instituciones judiciales.

Las 20 parteras entrevistadas no forman un grupo, no se conocen personalmente, no pueden ser definidas como un ente colectivo, pero sí saben qué parteras ya fueron a la cárcel y viven con el temor de que cualquier día les falle un parto y sean castigadas. En el caso de la muerte de un recién nacido, se denuncia a la partera con las instituciones judiciales; mediante ese proceso, el parto se convierte en un hecho conflictivo. Cuenta la partera Irma:

> Lo más importante para la partera es conseguir el título. Eso no significa que sepa más que la partera sin título, ni que se convierta en mejor partera, nada de eso. Pero con el título ningún judicial puede contra ella. Está amparada como los médicos. Yo fui denunciada y metida a la cárcel por falta del título. Atendí un parto un primero de enero. Nació un niño muy sano. La familia del recién nacido festejó y en la borrachera aplastaron al bebé. Murió el tres de enero. El papá me denunció y me llevaron a la delegación. Me quedé como una semana en Lecumberri en la cárcel de mujeres. Gracias al abogado del partido de mi marido me sacaron. De ahí me

apuré a tomar un curso para conseguir el título de partera para ya no tener problemas.

Cuenta Rocío:

> Una mujer me buscó porque ya no pudo tomar el taxi para llegar al hospital para su parto. La atendí, pero el niño venía mal. Tomamos un taxi para llevar al recién nacido con un médico. En varios sanatorios no nos recibieron y fuimos a la delegación con el médico. Pero en el transcurso del viaje se murió el bebé en mis brazos. Me metieron a la cárcel y duré varios días. Gracias a la familia del niño muerto se investigó el caso y denunciaron al primer médico del sanatorio que no quiso atendernos y salí de la cárcel.

El mayor riesgo de trabajo es la atención del parto, tanto para las tituladas como para las no tituladas, siendo más para estas últimas. Todas tienen miedo de la cárcel y temor de transgredir las normas de su trabajo. Ayudar a recibir al bebé puede ser un delito si éste muere y la partera no tiene título.

Pero falta explicar por qué son vigiladas y castigadas insistentemente con coerciones disciplinarias de cárcel. Las parteras urbanas enfrentan desigualdad genérica en cuestiones de justicia en general, no cuentan con medios económicos para cubrir los gastos del juicio, abogados o sobornos y mordidas. Debido a que son mujeres, no son escuchadas ni son aceptadas. Su palabra, sus razones, no son válidas y no siempre se aceptan pruebas de descargo a su favor.

Las muertes referidas, el niño que nace muerto por los golpes violentos en contra de su madre y el otro que es aplastado en una fiesta, pasan como accidentes domésticos y no como agresiones contra las criaturas. Se involucra a la partera para justificar su muerte. Las familias se exculpan al argumentar que los hechos se deben a descuidos o imprudencias de la partera.

Para las parteras en particular, y las mujeres en general, es un estigma haber estado en prisión; para los hombres, en cambio, puede ser un elemento de prestigio machista. Las mujeres que estuvieron en la cárcel, ya sea por equivocación y poco tiempo como en el caso de las tres parteras, quedan señaladas como malas parteras.

Podemos concluir que la atención del parto es el mayor riesgo para las parteras urbanas. Si algo falla en su quehacer de recibir la vida, su reputación de buenas parteras se convierte en rechazo, odio y aislamiento social y serán vistas como mujeres transgresoras, aunque sean víctimas de las circunstancias de trabajo.

Algunas parteras ocupan temporalmente posiciones inferiores (discriminación) en las relaciones sociales de poder y no logran negociar posiciones aceptables e identidades positivas [Goffman] con sus estrategias subjetivas de poder. Construyen y se les otorgan identidades estigmatizadas.[11] Dado que la imputación de las identidades implica desventajas, las parteras que las poseen tratarán de ocultarlas o de disimularlas. Una de las consecuencias de las identidades estigmatizadas es la de situar a las parteras estigmatizadas en una posición de desventaja y de menor poder frente a los otros de mayor poder (médicos) con identidades "legítimas, positivas o normales" y puede llevarlas a organizar su vida en función de la discriminación, participando sólo en grupos de iguales. En el peor de los casos, su identidad estigmatizada puede funcionar como medio de control para eliminarlas de la competencia social en la lucha por el poder en la atención a la salud reproductiva de la mujer.

La identidad oculta es construida por el grupo social al que las parteras pertenecen y por ellas desde su posición inferior de poder para cumplir aparentemente con su *deber ser* ante la sociedad mayor: dejar de trabajar y existir como parteras. Al ocultar la identidad que les asigna su saber y quehacer, desarrollan una estrategia muy particular para seguir existiendo. En lugar de entender su *deber ser* como una norma absoluta que les prohíbe atender partos, las parteras urbanas entrevistadas optan por la estrategia de ocultar su identidad de trabajo. Ser parteras en colonias populares del Distrito Federal y atender partos en casa significa simbólicamente cometer una transgresión o un delito contra las normas de la medicina hegemónica, impuesta y reproducida por la clase alta y media. No es un delito penal jurídicamente visto, pero es resignificado simbólicamente como una transgresión por los agentes médicos de otras clases sociales, y por lo tanto es el enigma principal del trabajo de las parteras. La elaboración de la identidad oculta es una estrategia de las parteras para cuidarse del control y de la critica social, aparentando que ellas se someten a las normas de la medicina moderna hegemónica. Esto se expresa en que ellas ocultan la atención al parto y posparto.

La construcción de la identidad oculta es una de las identidades de las parteras urbanas que es elaborada para otro u otra que no comparte los valores culturales del grupo social al que pertenecen las parteras.

A partir de las sanciones directas y discretas, los rumores, el chisme y el aislamiento social expresado por las mujeres que van con la partera, se construye la identidad negativa y rechazada de las parteras urbanas.

La identidad negativa o rechazada de las parteras urbanas es construida por la red de mujeres que buscan su atención, por las mismas parteras y por algunos médi-

cos. La ambigüedad entre rechazo y aceptación social de las parteras urbanas refleja posiblemente el conflicto de las mujeres de la colonia para elegir la atención de su embarazo y parto con la partera o con el médico o con ambos. Se acercan críticamente a los agentes de la medicina moderna y se alejan poco a poco o esporádicamente de las parteras, aceptando los valores de la medicina hegemónica. Construyen la identidad negativa y discriminada de las parteras, interiorizando el desprecio de otras clases sociales con diferentes gustos culturales. Se discriminan y desvalorizan entre ellas con el objetivo de controlar y vigilarse mutuamente. Comenta Carmela, la líder política de la colonia:

> Mire, hay mujeres que atienden partos aunque no sepan ni tengan el don. La señora Meche no atiende bien los partos y se dedica a abortar, no vaya con ella ni con la doctora que aborta con sondas, podría meterse en problemas. Hace 10 años estaba todavía el basurero aquí cerca y se encontraron bolsas con fetos. No se sabía si fueron abortos por parte de las parteras o si las mujeres mismas lo hicieron. Entonces, las parteras dejaron de trabajar hasta que el basurero desapareciera. Pero necesitamos a las parteras porque siempre nos ayudan, nunca dicen que no pueden como lo hacen los médicos cuando ven que no van a ganar mucho con uno. Ellas no nos cobran si no tenemos y siempre nos escuchan, aconsejan, cuidan y consuelan. La partera de ahí arriba aprendió con un doctor y ya se hizo rica, ¡ya puso su sanatorio!



De manera discreta y casi invisible las mujeres se controlan al sancionarse con chismes, rumores y aislamiento social. Por ejemplo, la práctica del aborto es limitada a partir de ese control.

Las mujeres castigan las transgresiones morales y económicas del *deber ser* de las parteras con agresividad indirecta y discreta para regularlas y corregirlas. En los hombres la transgresión puede ser aceptada como parte de su hombría, entre las mujeres es sancionada cotidianamente a través de las estrategias culturales de aislamiento y desprecio expresado con el chisme y las miradas evasivas.

Concluyendo, podemos decir que en las relaciones de poder, la identidad negativa aparece cuando las parteras tienden a hacer suya la imagen deteriorada de sí mismas que les imponen otros individuos ejerciendo su poder de discriminación.

Pero con el ocultamiento, las parteras crean un espacio de autonomía relativa de su trabajo y eso explica el porqué siguen trabajando a pesar de toda la represión social de su propio grupo y de la sociedad mayor.

4. "Los médicos usan el cuchillo para engordar su bolsillo." La identidad híbrida

La identidad híbrida de las parteras urbanas se construye a partir de los conflictos y las contradicciones que se dan entre los agentes de salud en las relaciones sociales de poder en la puericultura híbrida urbana. Comenta la partera Irma:

> La verdad es que me chocan los cursos de adiestramiento. No me gusta ir. Ya tengo el título, libros y revistas de medicina. De ahí saco mejor información. En los cursos me toman por tonta e irresponsable. Me prohíben sobar, acomodar y curar infertilidad. A cambio me aconsejan controlar la natalidad con anticonceptivos. Me dicen que atienda el embarazo de tal y cual manera y

envíe el parto complicado al doctor. Pero ¿qué es un parto complicado? El parto siempre es difícil, muy difícil. Por eso me tomó 54 años de experiencia para que ya no me falle ninguno. ¿Es un parto complicado cuando el bebé viene atravesado, sentado, de pie o con el cordón enredado? Usted ¿qué piensa? Para usted sí, todo eso es complicado porque no sabe de eso. Así es para los médicos. Para mí no es complicado y no es parto para cesárea porque aprendí a trabajar con mis manos. Para ellos es parto para cesárea porque no saben usar sus manos: ¡Prefieren usar el cuchillo para engordar su bolsillo!

Para ciertas parteras, la estrategia de legitimar su trabajo buscando el título en un curso de adiestramiento no siempre asegura su protección ante las agresiones de otros agentes médicos. Entonces establecen relaciones de competencia y de lucha por el poder con los médicos.

La partera Érika buscó la protección y el amparo del título en un curso con un médico. Pero en lugar de conseguirlo, se enfrentó a agresiones y abusos laborales. Comenta:

> Hice el curso de adiestramiento para parteras con la mujer de Echeverría para amparar mi trabajo con un título. Pero no resultó. No me dieron el título porque no quise quedarme a trabajar con ellos un año gratis. Para nada estaba dispuesta a atender sus pacientes en los partos sin cobrar. Luego, el director de Salubridad no me amparó y más bien me agredió quitándome mi sanatorio. No tuve médico que me ampare, por eso tuve que quitar el sanatorio. Como no me hice cómplice de su juego corrupto, los de Salubridad me presionaron y no pude contra ellos. Tuve que cerrar mi sanatorio.
>
> Ni modo, de todos modos me siguen buscando las mujeres para atenderse conmigo. Algunos médicos se enojan, cuando se enteran y tratan de prohibirles venir conmigo. Aunque cobre lo mismo por un parto como el hospital, me siguen buscando las mujeres. Ellos, los médicos pierden dinero con cada mujer que se atiende conmigo. Si yo hubiera cobrado como los médicos, ya sería rica. Conozco a muchos médicos, pero no necesito de su protección. He aprendido a defenderme sin amparo y sin título porque por aquí me quieren mucho. Para que vea: una vez se murió un bebé a los pocos días de nacer. Le hicieron el examen médico y me interrogaron. No hubo problema. Todos saben que trabajo bien con mis manos.

En este caso vemos que la partera urbana no siempre reconcilia sus acciones de manera armónica con la estructura de la medicina académica. Ella no está dispuesta a someterse a una relación corrupta con los representantes de Salubridad y prefiere perder el título y su sanatorio en lugar de asociarse con el poder hegemónico. Su poder está sustentado por la colectividad en la lucha cultural contra el poder reconocido y legitimado del médico.

El médico ejerce su poder de manera represiva sobre la partera y logra finalmente despojarla de cierta libertad de acción y de poder económico. Esa partera entró al reto con los diferentes agentes médicos al luchar abiertamente por su espacio de trabajo. Su primera estrategia de buscar el título falló. Su segunda estrategia de transformar y capitalizar su espacio de trabajo en forma de un sanatorio terminó en una lucha por el poder económico y falló. Finalmente se retiró del contacto y la dependencia de los médicos académicos y optó por estrategias latentes. Por ejemplo, construyó en su casa varios cuartos para atender en menos tiempo más partos. Para eso contaba con el apoyo de su grupo social. En este caso vemos los límites del espacio de trabajo y de la libertad de acción de la partera en las relaciones de poder de la medicina hegemónica. Al desarrollar estrategias subjetivas de poder abiertamente competitivas y ambiciosas, esa partera sufrió las agresiones represivas del poder hegemónico. Tuvo que buscar estrategias subjetivas de poder latentes para conseguir sus fines: Hoy en día es la partera más rica de las ocho colonias y tiene muy buena reputación curativa.

Algunas parteras tienen una red de relaciones con el entorno de la medicina urbana moderna y negocian su espacio de trabajo como intermediarias. Las parteras que desarrollan esas estrategias de intermediación tienen el poder o la facilidad de interactuar en diferentes espacios culturales. Ellas son las que fomentan las relaciones híbridas y construyen en primer lugar identidades híbridas a partir de sus valores tradicionales y modernos, mezclados con imágenes de sí mismas. Ellas forman los puentes entre los diferentes espacios culturales.

> Vienen muchas enfermas que no estoy autorizada para atender y las mando al médico. Tengo buen contacto con los médicos de por aquí y del Hospital General. Me han felicitado por mi buena colaboración. Recomiendo anticonceptivos y envío los partos complicados al hospital. Todo lo que sé se lo agradezco a los médicos. Es mejor que los partos se atiendan en el hospital: más higiénico, más seguro y más moderno.
>
> Aprendí con los doctores en el hospital como afanadora. Trabajé con varios doctores. Yo atendí de noche los partos y ellos durmieron. Nada más les avisé si era cesárea. Me pagaron con sueldo de afanadora y yo les hice el trabajo de partera.
>
> Ellos hacen, por ejemplo, los abortos con sondas



y ganan muy bien. Dejan mal a algunas mujeres. Usan para tantos partos los mismos trapos. Una doctora me enseñó abortar y me dijo que nunca lo haga fuera del hospital. Y nunca me atreví a hacerlo porque no me corresponde ganarme la vida quitándole la vida a los bebés. Prefiero regalarlos.

Es una pobreza tan grande en que vivimos antes y ahora. Mi día más feliz fue cuando los doctores me invitaron a traerles parturientas al hospital y me pagaban comisión. A mí me convenía porque así no trabajé gratis, atendiendo partos por caridad. Desde entonces me gano la vida sola. Por necesidad les llevé los partos a los doctores para que me paguen comisión.

La partera Gisela es muy abierta y no oculta sus transgresiones ni las de otros. Ha tenido una vida tan difícil que optó por la estrategia de curar para ganarse la vida, a veces aliándose con los médicos, como intermediaria, como "abortera" ayudante de una doctora y engañando a las mujeres, curándolas cuando "no tenían nada con tal de ganarme unos centavitos para mis hijos". Se define frente a la medicina hegemónica como intermediaria, portavoz y cómplice o socia del médico. Aunque en sus prácticas incluye elementos tradicionales como sobar, se atreve a mezclar medicamentos, inyecciones y hierbas de manera casi irresponsable, como ella lo llama. Se ha integrado a las relaciones monetarias y corruptas de la medicina. Igualmente integra en su saber y quehacer la lógica académica en cuanto convierte la curación en un negocio así como la costumbre de hacer caridad si no hay de otra. A pesar de todas sus transgresiones, disfruta del reconocimiento social, de manera relativa. Temporalmente se le sanciona y aísla por sus transgresiones. Pero ha sabido persistir con su estrategia de relacionarse y aculturarse como intermediaria, portavoz y socia de los representantes de la medicina hegemónica.

En las relaciones de poder de la puericultura urbana actual, la mayoría de las parteras entrevistadas establecen relaciones de complementariedad con los médicos. Así logran ocupar posiciones marginales en la atención a la salud reproductiva de la mujer. Comparten con el médico de manera conflictiva y competitiva la atención a la reproducción biológica y cultural. Se distancian con cierta autonomía moral[12] y confianza en la calidad de su saber y quehacer de la cultura médica hegemónica. Cuenta Elizabeth:

Nuestro trabajo es una caridad y las mujeres nos buscan para cosas que los médicos no saben. Vienen

conmigo para molestias en el embarazo que los médicos ignoran por no saberlas curar y yo las mando con ellos para enfermedades que no sé curar. Me gustaría obtener el título como amparo contra las acusaciones de ciertos médicos, pero no sé en dónde.

Quiere decir que en las relaciones de poder entre médicos y parteras, ellas demuestran que con su saber y quehacer ejercen cierto poder en la atención a la salud reproductiva porque asumen una posición de complementariedad. En este sentido no se someten al poder de los médicos, sino más bien compiten pacífica, indirecta y discretamente con ellos.

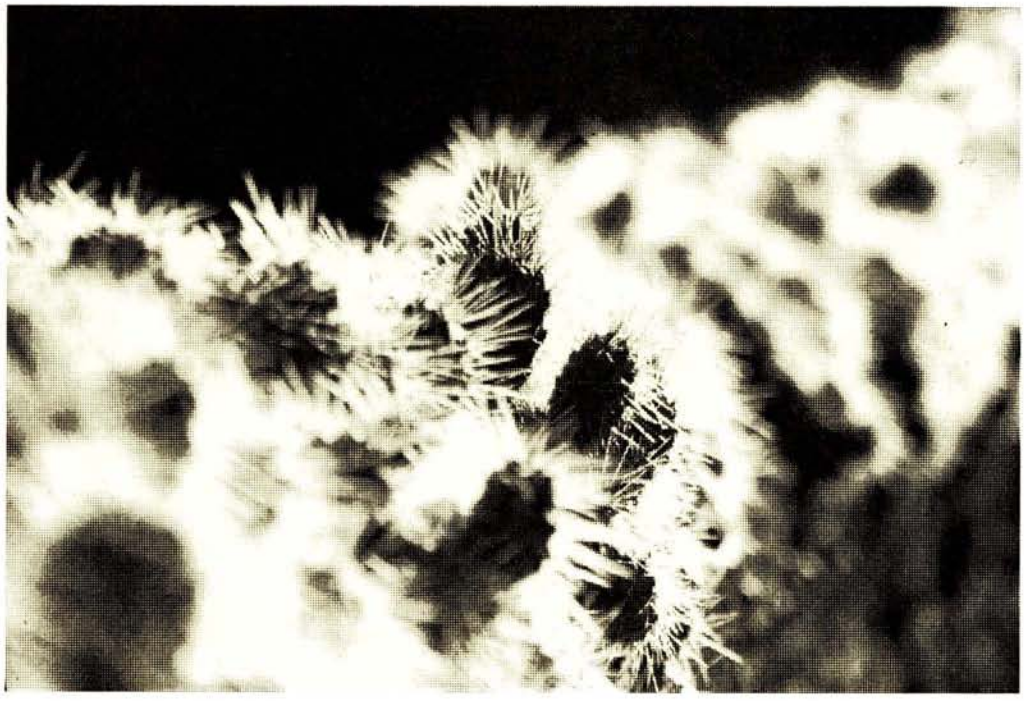
Siempre va a ser necesario el trabajo de la partera. Ella complementa el trabajo del médico. Lo que aconsejo a la mujer embarazada no contradice lo que dice el doctor. Somos complementarios: él mide, pesa, da medicamentos y cobra. Y yo escucho los problemas, animo, sobo, doy tés e inyecciones; vigilo a la mujer antes, durante y después del parto, y cobro si tiene, y si no, ni modo. Le soy franca, yo atiendo tantos partos en casa porque las mujeres así lo deci-den, por estar decepcionadas de la atención médica y del hospital. Requieren de mí, como requieren de un buen doctor, ¿me entiende? [María Luisa]

Unas pocas parteras urbanas estiman su atención y saber como una alternativa frente a la medicina moderna hegemónica. Cuenta Elena, la hija de la partera Cecilia:

Soy médica y aprendo a atender partos en el hospital y con mi mamá. En el hospital aprendemos de cierta manera; aceleramos y humillamos a las parturientas: No grite, no se queje, eso pasa pronto, contrólese, apúrele... Volvemos a la parturienta nerviosa y la dejamos trabajar y sufrir sola. Todo eso complica el parto en un 60% de las mujeres. No dilatan bien por miedo y nervios y por eso tantas cesáreas. En cambio, con mi mamá aprendo a tener paciencia. A las primerizas se les habla con mucho cariño y firmeza: Va a durar el parto, pero lo lograremos juntas, te acompaño, no te apures, quieres un té caliente, vamos a caminar otro rato y a contar chistes, acomódate así, ya no te va a doler, respira conmigo, mírame a los ojos, vamos a platicar y te voy a sobar la espalda... Es una atención intensísima. Se tranquiliza y se toma muy en serio a la parturienta. Todo con mucho cuidado, responsabilidad, respeto y cariño. Así, el parto duele igual, pero la mujer se siente bien acompañada y a ratos se relaja y se siente en familia. Es mucho más humano el parto en casa con mi madre que en el hospital. He aprendido con ella a cuestionar mi conducta y lógica profesional.

La partera Érika atiende sobre todo a mujeres con partos difíciles como una atención alternativa a la cesárea:

Desde hace 10 años tengo la farmacia y atiendo nada más partos difíciles que los médicos del hospital no logran atender. Por ejemplo, atendí a la maestra. Tenía tres niños muertos al nacer en el hospital. Me insistía que la atendiera. Me pagó lo triple del hospital privado porque estuvo feliz después del parto. No pudo creer que todo era tan rápido en el parto. La atendí de tres niños más y todos viven. Luego atendí a la enfermera de Salubridad que ya no quiso tener otras cesáreas y salió bien. Igual atendí a la doctora del ISSSTE que ya no quiso cesárea e igual todo bien. Una mujer aquí abajo tuvo dos bebés en el hospital y se le morían a los pocos días. La atendí y la revisé a ella y al recién nacido diario y me di cuenta que lo tapó demasiado y por eso se le deben haber muerto los anteriores. A una mujer pobre de ahí abajo de los tabiqueros, se le salió la matriz con el parto y me vinieron a buscar a mí y al médico y ¿qué cree? Que el médico se quedó asustado y yo agarré la matriz y va para dentro, así nomás, el mismo vientre me ayudó a reacomodarla en su lugar. Por eso le dije la otra vez: ser partera es un trabajo creativo y satisfactorio, se aprende diario. Luego las baño en hierbas y cocino unos días para las parturientas. Si se anima usted a tener otro, yo la atiendo.



De una u otra manera, las veinte parteras justifican y negocian su persistencia por las deficiencias y carencias de la atención médica a la salud reproductiva de la mujer urbana de la colonia popular. Defienden su saber y quehacer como necesario por ser diferente y complementario al saber y quehacer del médico. En lugar de adaptarse, refuerzan y defienden sus valores culturales acerca de la atención a la salud reproductiva con sentido crítico. Abiertas y flexibles ante las transformaciones sociales y culturales, luchan contra la centralización del poder médico sobre el cuerpo reproductivo de la mujer (el maltrato a las mujeres, el negocio de la cesárea) y tratan de defender su propio poder limitado y marginado con estrategias subjetivas.

Las diferentes estrategias subjetivas de las 20 parteras urbanas se pueden sintetizar, en última instancia, en la lucha cultural y económica por el poder en la atención a la salud reproductiva de la mujer. Desde los conflictos y las contradicciones de esa lucha cultural, construyen su identidad híbrida.

La identidad híbrida es a la vez reconocida y compartida por la red de mujeres que buscan la atención de la partera y del médico. Ellas buscan a la partera por diferentes razones, de primordial importancia es la atención preventiva y la alternativa para evitar la cesárea y conseguir el parto natural. Necesitan de la partera por las carencias y deficiencias de la medicina hegemónica.

Además de sus diversas cualidades curativas, las parteras son buscadas por su principio curativo de intercambio igualitario y de ayuda mutua, caritativa y amistosa. Ellas viven la identidad de la mujer en la cultura híbrida de una manera ejemplar y simbólica. Ellas son centrales dentro de su colonia en cuanto que reelaboran y orientan la lucha cultural y económica en la atención a la salud reproductiva. Poseen la capacidad reflexiva de cuestionar los valores y las normas de las estructuras médicas hegemónicas y orientan y cuestionan el poder sobre el cuerpo reproductivo de la mujer. Con sus estrategias subjetivas negocian y brindan cierta alternativa y cierto complemento todavía de manera marginal, a una red reducida de mujeres en búsqueda de una atención distinta.

Las parteras urbanas construyen su identidad híbrida y persisten como mujeres y parteras desde elementos culturales tradicionales y modernos resignificados. Viven su identidad como un proceso conflictivo y contradictorio. Obedeciendo y transgrediendo negocian, reelaboran y resignifican constantemente su identidad a través de su trabajo como parteras.

Algunas parteras viven esta identidad híbrida como un conflicto y otras como un proceso de sincretismo.

5. "Tengo el don de curar y recibir la vida con mis manos." La identidad sincrética

Defino como identidad sincrética la identidad que es construida por el grupo social y por las parteras a partir de la revaloración de su atención a la salud reproductiva. Vimos que el don es un contrato social implícito de solidaridad que surge en grupos sociales que viven fuertes carencias económicas. En esas condiciones, los sujetos elaboran colectivamente sus propios valores culturales para producir y reproducir relaciones sociales de solidaridad y ayuda mutua con cierta economía moral [Thompson: 1980]. Opina la partera Carmen:

> Además, le voy a decir, muchas mujeres no tienen fuerza para mejorar su situación económica y social. Se conforman con lo que el marido les da.
>
> Pienso que al aceptar mi don de curar con las manos también acepté cierta apertura hacia la vida, comprendiendo y apoyando más a mis hijos y a los demás.

Los límites del don como contrato social implícito de solidaridad, son flexibles porque los sujetos los cuestionan, los reelaboran y resignifican según la situación a que se enfrentan diariamente.

Aparte de ser un contrato colectivo de solidaridad, el don de curar contiene elementos de vocación, estrategias, recursos y satisfacciones personales importantes para las parteras. Son valores positivos que les dan una imagen valorizada y estimada de sí mismas. Su don de curar con las manos es un proceso de aprendizaje más que una decisión o iluminación espontánea. Las mujeres aprenden desde niñas imitando y acompañando a una pariente partera y curandera, pero eso no quiere decir que ya tengan el don de curar. Cuando poseen cierta madurez, posición social y mayor edad, logran introducirse en el saber y quehacer de las parteras y es ahí cuando su don de curar es reconocido, buscado y consumado por las mujeres de su grupo social. Las parteras expresan que por diferentes razones (migración, maternidad, matrimonio, falta de trabajo) transcurrió tiempo entre la iniciación al saber y quehacer de partera y la consumación de su don de curar. Detrás de esta consumación del don hay una lucha y un esfuerzo por superarse, por encontrar oportunidades para profundizar su saber y ampliar su quehacer, además de construir el estatus cultural y genérico "co-

♦♦♦

rrecto" o "adecuado" para cumplir con ese don. Sigue la partera Carmen:

> Aun con hospitales y servicio gratuito, muchas mujeres me buscan porque sienten mi don para curar. Dios da a cada quien su don. Usted también tiene un don, aunque no se haya atrevido a aceptarlo. Muchas no lo aprovechan o no lo toman en serio o no pueden con la responsabilidad y no lo aceptan. Yo sí lo acepto y me responsabilizo del don que me ha dado Dios con mis manos que tienen ese don de curar a quien tocan y la gente me tiene fe de que la voy a curar. Al aceptar el don de curar, acepté buscar toda la preparación posible para mejorar mi trabajo y eso nunca terminará porque quien acepta su don siempre aprenderá nuevos conocimientos y prácticas. Lo que más me ha gustado y más feliz me pone es curar, sobar y aconsejar a la gente y sobre todo recibir la vida con mis manos. Es hermoso y sagrado recibir la vida. Es lo más hermoso para mí.
>
> No curo con espíritus ni hago limpias, eso es otro don. A mí, Dios me ayuda directamente. Aquí en mi altar hablo y rezo con él. Y él pone su poder en mis manos para curar. Siento su poder de curar en mis manos. Siento tranquilidad, serenidad, concentración, calor y energía en mis manos cuando curo. Las cuido bien, mis manos. Cuando he curado o salgo de un parto del calor al frío, entonces abrigo muy bien mis manos. Es un problema atender los partos en la madrugada y salir luego al frío.

Para las parteras urbanas, el don de curar con las manos es el elemento más estable de su personalidad. Es un elemento de poder, estrategia, recurso, vocación y compromiso. Como elemento de saber y poder, les da la seguridad y la conciencia de que ellas saben bien su trabajo, reconocido como atributo social de su identidad por ellas y por las mujeres que las buscan. Las parteras saben utilizar y aplicar su don como estrategia para lograr ciertos fines, lo cual les permite transformarlo en un recurso para la acción. En este sentido, la identidad de las parteras urbanas está definida por la valoración positiva de ellas y de una amplia red de mujeres. Ellas construyen una identidad positiva de manera sincrética, como reconocimiento de sus logros, recursos y estrategias subjetivas (ganan más que sus esposos, han sacado a sus hijos adelante, tienen propiedades compradas con el trabajo de sus manos y son mujeres queridas y estimadas dentro de su colonia). Desde su don de curar con las manos interpretan su saber y quehacer desde un punto de vista de los intereses estratégicos, como un medio de la acción que busca ventajas [Dubet: 1989]. Comenta Érika:

> Cuando iba a las casas a atender partos, llegaban otras embarazadas a mi casa y no me encontraban y se atendían con parteras rinconeras. Por eso puse mi sanatorio y logré atender hasta 6 partos en 12 horas. De una mujer atendí 19, de otra 15, de la maestra 3, de la otra 5 y así sumando, fueron cientos de partos. Los médicos hacen cesáreas porque no tienen tiempo para esperar el trabajo de parto. Lo he visto en los hospitales en donde trabajé muchos años. Imagínese... he atendido solamente a una mujer que necesitó cesárea en todos mis años de trabajo. Me ha tocado sólo una mujer con el cuello cerrado en el parto y que se hubiera muerto sin cesárea... Una entre tantas que he atendido. Por eso me pregunto qué diablos hacen los médicos de los hospitales para rajar a la mitad de todas las parturientas. No entiendo por qué las mujeres se someten a esa crueldad. Tengo mi libreta en donde apunto todos los partos. Hay mujeres que tardan en dilatar el cuello desde sus primeras contracciones 24 horas, otras 18, otras 12 y las más rápidas 6 horas. Saqué la cuenta de mis apuntes. Saqué mis conclusiones para mejorar la atención. De cada mujer tengo apuntes y sé su ritmo de trabajo de parto. Si viene el cordón enredado o el niño baja de pie, le hago así y le empujo a la madre entre pecho y matriz y bien que sale el bebé.

Por otro lado, el don de curar con las manos es un compromiso ético, una convicción religiosa de caridad, un principio cultural, moral y una vocación profesional en el cual ellas se entregan más a una causa colectiva que a su propio interés o a su pertenencia. En muchos casos, las parteras no curan por un interés económico, sino por su compromiso de solidaridad con su grupo social. Desde su identidad sincrética como compromiso y vocación se sitúan en una posición especial en su grupo social. Narra la partera Teresa:

> He atendido hasta 40 partos en una sola familia. Por eso soy casi parte de otras familias. Soy madrina de muchísimos niños. Luego visito a las familias, les ayudo en su quehacer y jalo las orejas a los desobedientes. Mi esposo entendió que tengo el don de partera y se aguantó sus celos. Cooperaba conmigo. Tuve menos atenciones con mi propia familia que con otras. De 11 hijos se me murieron cinco. Pero siempre sentía un compromiso y una responsabilidad con las demás mujeres. Me siento feliz al ayudarles. Siento gran emoción al recibir la vida y disfruto mi trabajo. Más que todo lo demás he disfrutado mi trabajo. Ahí estoy feliz.

La mayoría de las parteras entrevistadas comentan que el don es un compromiso con las mujeres, donde también ellas reciben a cambio valores muy preciados: son queridas, estimadas, respetadas, nunca están solas,



son muy solicitadas y visitadas; viven en solidaridad con mujeres en crisis, intercambian ideas y en la vejez todo mundo se acuerda de ellas, las visita y les da de comer porque ellas les dieron la vida a las generaciones posteriores. Cuenta María Luisa:

> Ahora tengo 63 años de edad y por todos lados me conoce la gente y me busca para curarse, me vienen a saludar y me dan las gracias, siento que me quieren porque yo sé darles mucho. Es una relación bonita en donde nos ayudamos unas a otras: Me necesitan para curarse y yo las necesito para comer. Alguna gente se siente mejor con tal de estar cerca de mí, se sienten mejor y eso se debe a mi don de curar. Vivimos en mucha pobreza que causa todo tipo de problemas, los cuales los hombres empeoran en lugar de resolverlos. Es la mujer quien busca el apoyo de otra mujer para salirse de sus angustias. Es la partera, la que da ese apoyo y consuelo y atiende y aconseja a la madre embarazada cómo salir de tantos problemas.
>
> Nunca he cobrado la atención, siempre me han dado lo que ellas querían. Y con eso me compré ese terreno y construí mi casa y esos fueron mis años más felices cuando logré hacer todo eso con el trabajo de mis propias manos. Nadie me tuvo que prestar, yo lo hice todo con mi trabajo.

Todas las parteras le atribuyen un significado simbólico a su saber y quehacer. Es un trabajo magnificado por el don, implica sabiduría y poder y por lo mismo una gran satisfacción. Dice Carmen:

> Lo que me llena son los conocimientos, quiero decir la sabiduría. Dios me permite el acceso a la sabiduría. Yo sé sembrar, arar, cosechar y todo lo que debe de saber una campesina, sé curar y conozco muchas plantas medicinales, y lo que más me llena y me interesa es la sabiduría. Me imagino el cuerpo de la mujer por dentro y el del bebé y por eso sé cómo doblar los hombros al bebé para que salga más fácilmente. Me imagino los huesos, las venas y todo lo del cuerpo de la mujer y del bebé —cuando veo un libro, veo, que me lo imagino correctamente—. Me gusta la sabiduría.

Pero su don de curar está regulado en cuanto que las parteras no pueden escoger a sus pacientes. Están obligadas cultural y socialmente a dar y ayudar a quien las busque y necesite. Para evitar eventualmente esas obligaciones, buscan estrategias subjetivas como la enfermedad u otro pretexto para evadir por momentos el

cumplimiento de su obligación de dar y estar disponibles para otras mujeres. Agrega Carmen:

> Puedo atender casi todos los partos. Pero a veces sueño que me va a visitar tal o cual mujer y cuando sueño con angustia, le pido a Dios que me ponga un impedimento en el camino para no tener que ayudar: que estoy fuera de mi casa, que me enfermo, que se enfermen mis hijas o nietas o cualquier cosa para no tener que curar.

Con relación a la situación socioeconómica y al espacio cultural de trabajo de las parteras urbanas, vemos que comparten diversos valores y estilos de vida generados por su grupo social, que establece aspiraciones y pautas diversificadas. En lugar del enriquecimiento individual, surge el don como contrato de solidaridad entre mujeres que buscan enfrentarse en forma colectiva a las situaciones desfavorables que les toca vivir, buscando resolver en conjunto las necesidades insatisfechas en la atención a la salud reproductiva de la mujer en la colonia popular. Sin pretender una ruptura o resistencia con el sistema médico hegemónico, las parteras ocultan su saber y quehacer, de gran riqueza cultural tradicional, híbrida y moderna, incorporándose paulatinamente a la vida urbana moderna. Generan, junto con otras mujeres, estrategias particulares de sobrevivencia dirigidas a mitigar la mortalidad materno-infantil con su atención curativa. Aunque difícilmente sus estrategias lograrán erradicarla, pues tiene orígenes macrosociales y su resolución depende de los cambios que se den en el nivel macro de las políticas económicas y en su ámbito, aquellas diseñadas especialmente para erradicar la pobreza.

Esta actividad estratégica aparece como uno de los mecanismos de supervivencia privilegiados de las mujeres para garantizar la reproducción cotidiana del hogar.

Todas las parteras urbanas vivieron una situación de pobreza que las impulsó a salir al mercado de trabajo y a desarrollar actividades comunitarias, que si bien las sobrecargó por temporadas con una doble o triple jornada, a la vez les generaba experiencias de aprendizaje en cuestiones de atención a la salud reproductiva, participación, autovaloración y promoción de valores populares curativos. La participación laboral de las parteras urbanas es avalada culturalmente por su grupo social, y constituye una imagen fuerte y positiva de las mujeres que pueden promover una salida de la pobreza.

Desde la búsqueda de un *deber ser* híbrido no conflictivo las parteras urbanas elaboran su *deber ser* de deseo de superación. Tratan de aprender, instruirse y participar críticamente en los avances de las diferentes corrientes médicas. Tratan de revalorizar su saber y quehacer resignificado frente a los agentes de la medicina moderna, demostrando la calidad de su atención y resolviendo problemas en partos mal logrados por la medicina moderna. A partir de la revaloración de su trabajo por parte del grupo de mujeres que buscan su atención elaboran su identidad sincrética.

La *identidad sincrética* es construida por el grupo social y por las parteras urbanas a partir de su atención a la salud reproductiva, relativizando críticamente los valores hegemónicos de la medicina moderna a partir de experiencias negativas; muchas mujeres revalorizan el saber y quehacer de las parteras urbanas, acudiendo a ellas a la vez que acuden al médico y al hospital.

La identidad sincrética se diferencia de la identidad híbrida en cuanto resuelve o armoniza el conflicto de la salida del ámbito de la tradición y la entrada al ámbito de la modernidad. Las parteras urbanas integran valores tradicionales y modernos, como mezcla de elementos de distinta procedencia en su identidad sincrética. No permanecen incrustadas como sujetos extraños en la cultura urbana híbrida. Buscan nuevas estrategias para resignificar su trabajo al conciliar valores de diferente procedencia. Su identidad sincrética no se construye a partir de la fusión evolutiva de dos corrientes médicas como lo supone la hibridez, y tampoco se construye desde un enfoque proselitista.

Las parteras urbanas construyen la identidad sincrética a través de sus reflexiones frente a la atención a la salud reproductiva. Intercambian algunos elementos de la atención "tradicional" (hierbas) por elementos modernos (medicamentos) para lograr una mayor aceptación oficial e influir en la atención al parto hospitalario con su atención en casa. Sincronizan y concilian en su trabajo elementos resignificados (por ella y por la red de mujeres) de distinta procedencia histórica y cultural. Participan críticamente en el proceso de transformación en la atención a la salud reproductiva. Negocian y resignifican su *deber ser* al superarse aprendiendo constantemente. A través de su trabajo resignificado negocian su identidad social positiva, respetada y requerida.

Las 20 parteras urbanas manifiestan rasgos de identidad oculta, identidad negativa o rechazada, identidad híbrida e identidad sincrética. Mientras unas se apoyan más en la identidad negativa, otras se autovalorizan en primer lugar desde la identidad sincrética.

Las parteras urbanas construyen sus identidades a partir de incontables elementos entre los cuales escogí sólo unos pocos como son: su trabajo de curar y recibir la

vida: su posición laboral en el contexto de la cultura híbrida de las colonias populares: las estrategias subjetivas laborales y las relaciones genéricas de poder vistas desde su trabajo. No tomé en cuenta muchos otros elementos como la sexualidad, la maternidad, el trabajo doméstico, la escolaridad, etcétera que influyen igual en la construcción de sus identidades.

Desde esos elementos construí cuatro de sus múltiples identidades que defino como la identidad oculta, la identidad rechazada o negada, la identidad híbrida y la identidad sincrética. Entre las 20 parteras encontramos rasgos de las tres identidades. Unas se identifican más con la identidad oculta por diferentes razones (no tienen el título, ya estaban en la cárcel, tienen baja autoestima y no mucho prestigio social), mientras otras se identifican más con la identidad híbrida o con la identidad sincrética porque superaron varias crisis, conflictos y contradicciones en la atención a la salud reproductiva de las mujeres y se sienten seguras en su capacidad de recibir la vida. Todas las parteras tienen en común que intentan superarse en su saber y quehacer, que viven conflictos y contradicciones laborales que son capaces de resolver con sus estrategias subjetivas. No se consideran víctimas de las condiciones económicas, sociales y genéricas, más bien se consideran personas fuertes, responsables, con un don de enfrentar los problemas. Tratan de negociar mejores condiciones económicas, sociales, familiares y genéricas con estrategias subjetivas muy variables. Tienen sus posiciones en el contexto de la cultura híbrida y son sujetas *de* y *a* las condiciones de la "pobreza relativa" de las colonias populares. Al construir diferentes identidades, ellas demuestran que no existe un espacio femenino estereotipado o una identidad genérica universal, general y estática. La construcción de sus identidades es un proceso dinámico, conflictivo, contradictorio y variable en cada una de ellas. Las parteras rectifican, resignifican, negocian, transgreden y obedecen constantemente los valores y las normas del contrato implícito de la moral económica de su grupo social y de esa manera negocian su posición en el contexto de la cultura híbrida y sus identidades como sujetos sociales.

Las múltiples identidades se articulan según la situación y las relaciones impuestas a las parteras. Las identidades de las parteras se construyen en realidad de una tan compleja e impredecible red de elementos que se superponen y entrecruzan, que ninguna direccionalidad unívoca es predecible y de hecho ninguna causa final o eficiente existe. Traté de hallar ciertos procesos de cambio perceptibles en las prácticas de curar dentro de la red social de las parteras urbanas, desde donde resignifican y negocian sus identidades. Pero más allá de los métodos prácticos esquemáticos como el hecho de escoger cierto eje de análisis (trabajo) y ciertos elementos de las identidades (posicionalidad, estrategias subjetivas, *deber ser*, relaciones genéricas de poder), ni la forma ni el contenido de la construcción de las identidades tienen una estructura fija o unificada. Las identidades son construcciones sociales con límites o fronteras porosas, negociables y flexibles. ♦

Notas

* Ponencia presentada en el *V Coloquio de Estudios de Género* organizado por el *Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer* de El Colegio de México, del 12 al 14 de abril de 2000.

[1] Desde el determinismo cultural [Parsons] se supone que todos los sujetos de un mismo contexto cultural tengan una misma identidad social. En el polo opuesto, los interaccionistas simbólicos [Dubet: 1989; Erikson: 1980; Goffman: 1971] enfatizan el carácter múltiple, precario e inestable de la identidad. Ésta no se concibe como un producto estable del sistema cultural y social, sino como resultado provisorio y variable de procesos de negociación en el curso de las interacciones cotidianas. Las identidades no son lo que uno realmente es, sino los valores, las imágenes y las interpretaciones que cada sujeto construye de sí mismo frente a otras personas. Según cambian las condiciones y experiencias de vida, el sujeto cambia o reinterpreta los valores e imágenes de sí mismo. Por lo tanto, las identidades de un sujeto pueden transformarse y reconstruirse constantemente. En segundo lugar, las identidades resultan de un proceso social en la interacción del sujeto con otros, en donde se reconoce o se distingue a sí mismo reconociendo o distinguiéndose *en* y *de* los otros [Giménez: 1996].

[2] Las feministas culturales [Beauvoir, Basaglia, Rich, Daly] y entre ellas la corriente popular feminista [Ehrenreich y Deirdre, Riquer Fernández, Heinsohn y Steiger] hablan de "la identidad genérica de la mujer" como una construcción esencial y universal en donde las mujeres son víctimas pasivas de las relaciones patriarcales de poder. Construyen la identidad de la mujer desde la opresión como una identidad de víctima en donde la mujer sufre pasivamente su destino a partir de un *deber ser* estereotipado. Esa teoría no ha permitido comprender cómo se construye la identidad en su diversidad, dinámica y particularidad.

[3] Analizo las relaciones entre los géneros (parteras y médicos; parteras y esposos) desde el poder y no desde la diferencia; sea la diferencia interpretada como biología o como condicionamiento cultural y social. Sexo y género significan relaciones de poder y desigualdad social jerarquizadas. La categoría de género es el signo visible de una forma particular de problematizar histórica, cultural, social y teóricamente las relaciones de desigualdad entre los géneros.

[4] Entiendo la construcción de las identidades como una relación de poder; la pregunta inicial de la investigación ¿todavía persisten las parteras empíricas en el Distrito Federal? me habla de una relación de poder hegemónico. Por relaciones sociales de poder entiendo el poder que ejercen personas, grupos, instituciones,

sectores hegemónicos, clases sociales, etcétera, sobre otros. Por lo tanto, las relaciones de poder encierran una relación de dominio, desequilibrio y desigualdad entre dos personas, grupos sociales, etcétera. Ésos contribuyen con múltiples estrategias de poder a reproducir y transformar el complejo entramado de las relaciones de poder de una cultura.

[5] Por estrategias subjetivas de poder entiendo las prácticas y reflexiones que realizan las personas para negociar y ejercer cierto poder sobre otras personas con el fin de ampliar su libertad de acción y como compromiso e interés personal para mejorar o cambiar sus condiciones de vida.

[6] Para Alcoff [1989] las identidades de las mujeres son reconstruidas a partir de la posición relativa que ocupan éstas en distintas redes sociales y culturales existentes. Quiere decir que las identidades son relativas a las posiciones (de autoridad, subordinación o equidad) que las mujeres ocupen en el entramado de las relaciones de poder. Esas posiciones varían a lo largo del ciclo de vida.

[7] García Canclini [1989] elabora el concepto de "cultura híbrida" como una reflexión, donde las tradiciones aún no se han ido y la modernidad no acaba de llegar y en donde no hay una sola forma de tradición ni de modernidad, sino varias, desiguales y a veces contradictorias.

[8] *Don* es un contrato social implícito de solidaridad que surge en grupos sociales que viven fuertes carencias económicas y culturales [Godelier: 1997; Thompson: 1980]. Los sujetos elaboran colectivamente sus propios valores culturales y económicos para producir y reproducir relaciones sociales de solidaridad y ayuda mutua con cierta economía moral. Los límites del *deber ser* que impone el don de curar a las parteras urbanas son flexibles porque ellas los cuestionan, los manipulan, los negocian, los reelaboran y los resignifican con estrategias subjetivas de poder según la situación a que se enfrentan diariamente.

[9] Observatorio, Santa Fe, Presidentes, Santa Lucía, Barrio Norte, Corpus Cristi, Golondrinas y Olivar del Conde que se localizan en la zona norponiente de la delegación, en donde habita la población con ingresos más bajos, presentando una expansión de la zona urbana que se caracteriza por la ocupación de áreas minadas y con pendientes fuertes como son la Barranca Becerra, la Barranca Piedad y el Río de Mixcoac.

[10] Una unidad de hospitalización general, 3 hospitales de gineco-obstetricia, 5 hospitales especializados, 2 hospitales pediátricos, 4 psiquiátricos y 6 de otro tipo. Se localizan 4 centros de salud pública y 58 unidades médicas.

[11] [Goffman] Aborda el tema de la identidad como estigma en las relaciones de poder de la sociedad moderna cuando habla de la identidad deteriorada. El estigma es un atributo de identidad por medio del cual se desprecia a un sujeto. Constituye una forma de categorización social que fija atributos de inferioridad profundamente desacreditadores, restando oportunidades de vida a los así categorizados. La interacción presupone en los individuos expectativas normativas respecto a la identidad de los interactuantes. De donde surge la necesidad de plantear la existencia de una identidad virtual y de una identidad social real. La identidad virtual hace referencia al cómo deben ser los individuos con quienes actuamos, por lo tanto, son estereotipos acerca de las personas. El desajuste entre estos estereotipos y la identidad social real da lugar al fenómeno del estigma. El estigma en cuanto tal es un asunto social. Como expresión de las relaciones de poder, el estigma implica necesariamente que el estigmatizado reconozca que es portador de una identidad vergonzante y desacreditada. Este reconocimiento repercutirá sobre la percepción que tiene de sí mismo, es decir, sobre su identidad. En las relaciones de poder, una de las consecuencias del estigma es la de situar al estigmatizado en una posición de desventaja y de menor poder frente a los "normales" de mayor poder. Se produce de este modo un efecto de segregación que puede llevar a los estigmatizados a organizar su vida en función de esta segregación, participando sólo en grupos de iguales y alejándose del mundo de los "normales".

[12] Por autonomía moral entiendo la conjugación del valor moral, de la capacidad de detectar las relaciones de poder y de la capacidad moral de crear, negociar, criticar y transformar. Esas tres capacidades le permiten al individuo resistir de manera relativa a la presión que se da en las relaciones de poder de la sociedad jerarquizada. Por confianza en sí misma entiendo un sentimiento firme de seguridad y de confianza en algún espacio de su entorno social en donde el sujeto puede reconocerse positivamente. Si partimos de esos espacios positivos de las mujeres y no de los lugares en donde ellas se sienten pasivas, dependientes, reprimidas y víctimas de las condiciones genéricas de opresión, entonces es posible construir otros aspectos de las identidades de las mujeres incluso dentro de las relaciones de poder de la sociedad jerárquica.

Bibliografía

Alcoff Linda (1989). "*Feminismus* cultural *versus* pos-estructuralismo: la crisis de la identidad en la teoría feminista", en *Feminaria*, año 2, número 4, Buenos Aires.

Basaglia Franca y Kanoussi Dora (1983). *Mujer, locura y sociedad*. UAP, Puebla, México.

Canclini García Néstor (1989). *Culturas híbridas*. Grijalbo, México.

Cirese Alberto (1987). "Il Molisee e la sua identitá", en *Basilicata*, números 5 y 6.

Daly Mary (1978). *Gyn/Ecology*. Beacon, Boston.

Dubet Francois (1989). "De la sociología de la identidad a la sociología del sujeto", en *Estudios sociológicos*, volumen 7, número 21, COLMEX, México.

Erickson Frederik (1989). "Métodos cualitativos de investigación sobre enseñanza", en *La investigación de la enseñanza II*. Ed. M. Witrock, Paidós/MEC.

Erikson Erik (1980). *Identidad*. Taurus, Madrid.

Giménez Gilberto (1996). "La identidad social o el retorno del sujeto en sociología", en *III Coloquio Paul Kirchhoff* DGAPA, UNAM, México.

Godelier Maurice (1997). *L'enigme du don*. París, Fayard.

Goffman Erving (1986). "Estigma. La identidad deteriorada", en *Reseñas bibliográficas 1*, Cuadernos INI, número 4, Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, México, 1992.

Lauretis Teresa (1986). *Feminist studies*. Indiana University Press, Indiana.

Lemke Jay L. (1990). *Aprender a hablar ciencia*. Temas de Educación, Paidós, México.

Rich Adrienne (1986). "Notes toward a politics of location", en *Blood, Bread, and Poetry*, New York.

Thompson Edward (1980). *Zeit, Arbeitsdisziplin und Industriekapitalismus*. Ullstein, Berlín.

Turner Víctor (1980). *La selva de los símbolos*. Madrid, Siglo XXI.