

Seguridad cultural para las madres indígenas mesoamericanas. Una exploración de las *Epistemologías del sur* con el *Códice florentino* como guía

Alison Reid
2013 graduate in Cultural Studies
University of Queensland, Australia
alison.reid@uqconnect.edu.au

Isolda Rojas-Lizana
School of Languages and Comparative Cultural Studies
University of Queensland, Australia
irojaslizana@uq.edu.au

Abstract

This paper explores birthing practices employed in Mesoamerican indigenous communities through the examination of the *Florentine Codex* of Fray Bernardino Sahagún, to glimpse at how the birthing roles of the original peoples of Mesoamerica were prescribed. The *Florentine Codex* is a 12 volume work of ethnographic research undertaken in the 16th Century to describe the lives of the Nahua (also known as Aztec and Mexica) people in Mesoamerica in the immediate aftermath of the Spanish conquest of the New World. We show that pre-Conquest women had roles which were respected throughout their communities. Indigenous Mesoamerican women today still adhere to those roles and the importance of their community, particularly during the highly significant function of pregnancy and childbirth. Their dedication to traditional customs, roles and maternity care preferences and behaviours puts them in conflict with the imposed system of centralised maternity care which has been introduced to the detriment of their well-being. Under the umbrella proposal 'Epistemologies of the South' (Santos 2007), which critiques dominant epistemologies that decontextualise knowledge from its cultural and political contexts, we propose the concept of *Cultural Safety* which exists where indigenous people feel respected and empowered, and may be promoted and understood by the examination of historical investigations into indigenous life and beliefs.

Introducción

A pesar de los esfuerzos por reducir la tasa de mortalidad materna y mejorar los resultados del parto de las mujeres indígenas mesoamericanas tanto la mortalidad como la morbilidad se mantienen altas. El sistema biomédico de salud intenta aumentar la cantidad de clínicas, hospitales y personal que trabaja en el campo de la atención de la salud materna; sin embargo no hay suficientes recursos para mantener este esfuerzo y recurren varios otros factores; en especial, la aparente renuencia de las comunidades indígenas a utilizar los servicios incluso cuando se necesitan con urgencia.

El propósito de este estudio cualitativo que se inserta en el marco de los Estudios Culturales, es proveer una perspectiva alternativa al motivo por el cual las mujeres indígenas evitarían acudir a la asistencia médica durante el parto. Esta propuesta aborda la influencia intangible pero poderosa de la cultura y la tradición en los comportamientos y las actitudes acerca del embarazo y el parto. Mediante el uso del concepto de la Seguridad Cultural se mostrará que, para muchos pueblos indígenas, el nacimiento es un evento social y cultural más que un problema médico que necesita solución.

Este artículo comienza esbozando el marco teórico situado en el contexto del Construccinismo Social y explora la propuesta de las Epistemologías del Sur (Santos 2007) y la Seguridad Cultural (Williams 1999) para justificar nuestra aplicación y propuesta. En la sección 3 se presenta y explora el *Códice florentino* (CF) en relación con lo que nos rebela sobre la visión del género y la maternidad en la cultura nahua del siglo XVI y cómo estas costumbres se han mantenido en Mesoamérica. El artículo termina con una propuesta de Seguridad Cultural para incorporar las epistemologías involucradas y mejorar el cuidado materno.

2 Marco teórico y revisión de la literatura

2.1 Construccinismo Social

El Construccinismo Social (CS) se centra en la percepción del individuo o el grupo de su propia realidad social dado que asume que nuestra comprensión del mundo es histórica y culturalmente formada (Andrews 2012; Burr 2003; Hibberd 2005); es decir, depende del contexto y no es necesariamente mejor o más cercana a la verdad que otras percepciones (Aceros 2012). El CS sostiene que nuestra biología y el ambiente cultural que influye en

nuestra estructura sicológica son fluidos, oponiéndose a la postura esencialista que descarta la posibilidad de tal mutabilidad (Gergen y Gergen 2007; Maturana 1987). El uso de este marco ayuda a entender el significado de las costumbres tradicionales de parto para las mesoamericanas indígenas actuales, mediante la exploración de los fenómenos culturales de sus antepasados en el siglo XVI. Aunque estamos conscientes del sesgo y las limitaciones del *Código florentino* (ver discusión en la sección 3), en esta exploración se espera facilitar la generación y transmisión de sentido, y a la vez, mantener la conciencia de los efectos que la propia cultura ejerce sobre nuestra visión del mundo (Patton 2002).

2.2 Epistemologías del Sur

La propuesta de las Epistemologías del Sur (ES) revela que las injusticias sociales no solo se presentan a nivel de las identidades como la etnia, sexualidad o género, sino también a nivel del conocimiento; la injusticia cognitiva es el fallo en reconocer que las diferentes maneras de conocimiento adoptadas por los grupos humanos son válida parte y sentido en sus vidas. La propuesta de las ES aclara que la modernidad occidental a través de sus procesos históricos (el colonialismo y el capitalismo global) en esencia subestima y marginaliza los conocimientos del Sur global. De Sousa Santos propone identificar y trabajar en contra del 'epistemicidio' para recobrar y valorar la diversidad epistemológica del mundo y sostiene que para lograr un cambio positivo en el bienestar de las culturas indígenas específicamente, no es suficiente rendir homenaje verbal a las diferencias culturales, sino también reconocer y adoptar las bases de conocimiento alternativas, las epistemologías, de otras culturas (Santos 2007).

La oposición del mundo biomédico a la medicina indígena es el resultado del paradigma epistemológico que ha regido el mundo occidental sistemáticamente desde el siglo XVI (Mignolo 2005). Tal dominación resulta directamente en las prácticas colonizadoras (Dussel 1993) que a pesar de haber acabado en términos políticos, todavía imperan en muchas regiones indígenas. La exclusión, la opresión y la discriminación de los pueblos indígenas surgen de la supremacía tecnológica de Occidente, en la que la ciencia moderna ha tenido el privilegio y donde las formas alternativas de conocimiento no científico han sido suprimidas.

La propuesta de las ES recomienda que las facciones opuestas, como las parteras indígenas y el sistema obstétrico biomédico, trabajen juntas con el fin de encontrar un terreno común (Santos, Nunes y Meneses 2008) y se promueva un pensamiento decolonial que "pressuposes de-linking (epistemically and politically) from the web of imperial knowledge (theo- and ego-politically grounded) from disciplinary managment" (Mignolo 2011, 143). Esto se lograría mediante el uso de herramientas analíticas como la ecología de los conocimientos y traducción intercultural (de Sousa Santos 2014). En la última década se ha dado lugar a la articulación de propuestas tales como la de la Seguridad Cultural donde los pueblos indígenas han establecido parámetros dentro de los cuales la atención de salud sería culturalmente más segura y beneficiosa. Esta atención se entregaría al incorporar las epistemologías tradicionales y a fomentar la participación indígena como profesionales de la salud (Bin-Sallik 2003), entre otras estrategias.

2.3 La Seguridad Cultural

La propuesta de la Seguridad Cultural ha sido desarrollada en las últimas décadas por las enfermeras indígenas de diversos países en el contexto de la atención de salud e intenta colocar el bienestar de los pueblos indígenas a la vanguardia de las iniciativas de salud que se llevan a cabo por el sistema biomédico. La Seguridad Cultural se alinea con el concepto de las Epistemologías del Sur en que emerge desde el Sur global y promueve que la seguridad y la integridad de los pueblos indígenas estén relacionadas con la ausencia de violencia, el respeto por la cultura y la apertura a otra forma de pensar (Santos 2007). La Seguridad Cultural se define como:

... an environment, which is safe for people; where there is no assault, challenge or denial of their identity, of who they are and what they need. It is about shared respect, shared meaning, shared knowledge and experience, of learning together with dignity, and truly listening (Williams 1999, 2).

Se puede decir que el desarrollo de la conciencia de otras culturas en los profesionales de la salud comenzó con el concepto de la "sensibilidad cultural" en los investigadores que se dedicaron a aprender más acerca de los grupos culturales con que interactuaban (Cameron et al. 2010). Sin embargo este movimiento no consideró el desequilibrio de poder entre los que investigaban y los participantes indígenas, hecho que fue incluido en la estrategia llamada "competencia cultural" donde los profesionales de la salud se capacitan en una serie de comportamientos, actitudes y políticas para garantizar su capacidad de trabajar en situaciones interculturales y minimizar la discriminación institucional (Murray et al. 2010). Una desventaja de este enfoque es el riesgo de clasificar a todos los miembros de una cultura en un conglomerado étnico que los cegaría a la individualidad de cada paciente.

En los últimos veinte años la orientación ha cambiado hacia la Seguridad Cultural que a diferencia de los otros conceptos proviene de las soluciones que la gente indígena ha dado al problema de la salud. Las personas y organizaciones aborígenes han adoptado el término para definir nuevos enfoques de salud y bienestar, y han reclamado la propiedad del concepto (Brascoupé y Waters 2009). Williams (1999) afirma que la mejor persona para tratar a un paciente de una cultura particular es otra persona de la misma cultura. Esto proporciona un ambiente culturalmente seguro que beneficia tanto al practicante como al destinatario del servicio. Anderson et al. (2003) respaldan este punto de vista y también hacen hincapié en la importancia crucial de la comunicación, dado que su carencia no sólo afecta al paciente, sino también al practicante.

Algunos de los problemas que se abordan en la Seguridad Cultural incluyen las secuelas traumáticas de la colonización, que a menudo es un trastorno multi-generacional (Brascoupé y Waters 2009; Fanon 2008), las desigualdades de poder entre proveedor y paciente (Smye, Josewski y Kendall 2010) y el efecto neo-colonizador de la globalización que perjudica sistemáticamente a los pueblos indígenas (Anderson et al. 2003). Los parámetros también se extienden para incluir los estereotipos raciales y el sexismo entre los males que la formación en Seguridad Cultural ayuda a remediar.

El beneficio singular del principio de la Seguridad Cultural es que se formula por los indígenas, para los indígenas y por lo tanto se centra en lo que las propias comunidades priorizan (Freire 1971). La Seguridad Cultural no es sólo un concepto sino un resultado según Brascoupé y Waters (2009) y el cambio sucederá cuando el sistema biomédico renuncie a sus vínculos con los imperativos económicos y las políticas conservadoras, e incorpore los planes estratégicos y operativos para cambiar la forma en que la salud se entrega a los pueblos originarios. Esto convierte a las personas indígenas en participantes activos en lugar de pasivos en su atención médica (Williams 1999). Entonces, la Seguridad Cultural se basa en la expectativa de que, para proporcionar atención de calidad a la gente de diferentes culturas, los proveedores de servicios de la salud deben aceptar la transferencia de poder del profesional al cliente (Brascoupé y Waters 2009). Cuando esto ocurre, el sistema de salud apoya la curación, física y mental, dentro de las comunidades indígenas.

2.4 Estado actual de la salud materna en las comunidades indígenas

En los últimos 25 años, ha habido una preocupación creciente por la alta tasa de mortalidad materna en muchos países en desarrollo por lo que se creó la Iniciativa para la Maternidad Segura bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Thompson 2005). El problema parece concentrarse en las poblaciones indígenas de esos países (Alonso et al. 2004). Las razones más comunes por las que las madres en Centroamérica fallecen incluyen la hemorragia en el periodo posparto, los problemas relacionados con la presión arterial alta, las infecciones, el aborto inseguro y, sobre todo, la falta de atención obstétrica experta cuando se necesita (Berry 2006; Dahlen 2006). En el caso de México específicamente, el sistema de salud pública de las regiones más pobres, como Oaxaca, Chiapas y Guerrero, no tiene la capacidad para tratar emergencias adecuadamente debido a la falta de recursos y de personal (Loewenberg 2010). Oaxaca tiene la tasa de mortalidad materna más alta del país (Howes-Mischel 2012).

Otro problema importante es la morbilidad materna (daño físico o mental como resultado del embarazo o del parto) cuya tasa es 20 veces superior a la tasa de mortalidad (Hardee et al. 2012). Las razones son la malnutrición, el saneamiento inadecuado, la falta de educación, la expectativa de que las mujeres críen familias numerosas y que comiencen el primer embarazo en la adolescencia, la falta de protagonismo para las mujeres en sus familias y en la comunidad, así como la exposición a la violencia de género (Berer y Sundari Ravindran 1999; Hardee et al. 2012; Valdez-Santiago et al. 2013). Las mujeres que experimentan la mayor incidencia de morbilidad son de los estratos socio-económicos más bajos, que incluyen a la mayoría de las mujeres indígenas (Moraes et al. 2011).

En el esfuerzo por reducir la mortalidad materna, el enfoque biomédico ha sido considerar el nacimiento como un proceso puramente físico cuyos problemas pueden ser reparados por la tecnología. Sin embargo, en los últimos años, se reconoce que el nacimiento es también un acontecimiento biosocial que es afectado por los vínculos familiares y las creencias espirituales, así como las circunstancias socioeconómicas de las parturientas (Berry 2009). Aparte de las estrategias de prevención, como la nutrición adecuada, la solución biomédica a estos problemas en Centroamérica ha sido requerir que las mujeres den a luz en instalaciones médicas, e iniciar programas para capacitar a las parteras tradicionales (Goldman y Gleit 2003).

Según la OMS, la capacitación de parteras fracasa debido a: la falta de coherencia en los conocimientos y competencias de las parteras tradicionales, la incapacidad del sistema de salud de controlar adecuadamente la práctica de la partera tradicional y la renuencia de las parteras tradicionales a remitir a las mujeres con complicaciones al hospital (Maupin 2008). Otros autores argumentan que el fracaso se relacionaría con que el estilo de capacitación no encaja con la visión del mundo de las parteras tradicionales y sus modos de aprendizaje (Jordan 1989; Berry 2009; Wilson 1996). Por otro lado, hay trabajadores biomédicos que consideran que las parteras tradicionales ejecutan tratamientos innecesarios (como el reposicionamiento fetal) y que parecen ser

incapaces de reconocer las complicaciones que requieren atención médica (Laucirica 2010). Esto conduce a una falta de respeto mutuo y a una falta de voluntad para trabajar en colaboración (Coronado 2005; Berry 2006; Goldman y Gleit 2003).

Las mujeres embarazadas evitan buscar ayuda en los hospitales o en los puestos de salud principalmente porque deben viajar no sólo a otro sitio, sino a otra cultura. Pueden enfrentarse a problemas de transporte, o a la falta de alguien que cuide a los otros niños si la madre debe transferirse al hospital (Brentlinger et al. 2005; Rööst et al. 2004). Las experiencias comunes incluyen que no se habla la lengua indígena en el hospital y que no hay intérprete, que los familiares y las parteras no están autorizados a acompañarlas, que no hay comida para ellas y que se sienten intimidadas por el entorno (Maupin 2008).

Los distintos valores e interpretaciones de las mujeres o de sus familiares acerca del embarazo y del parto llevan a diferentes evaluaciones de lo que constituye una emergencia obstétrica y de cuál sería la mejor manera de manejar la situación (Berry 2006). Una de las razones más convincentes por las cuales las mujeres se quedan en casa para dar a luz es que se sienten respaldadas y valoradas por la partera quien es un miembro de la comunidad a quien conocen y en quien confían (Walsh 2009). Registros de mujeres que han sido obligadas a aceptar métodos anticonceptivos a largo plazo o incluso a esterilizarse sin su consentimiento en algunas regiones de México y Guatemala intensifica su desconfianza en el sistema de salud público (Miller 2003).

3 El Códice florentino

El CF consiste en doce libros divididos en capítulos que documentan en detalle los diversos aspectos de la vida y las costumbres de los nahuas. La investigación fue iniciada por Fray Bernardino de Sahagún, miembro de la orden mendicante de los frailes franciscanos, que fue la primera en llegar a Nueva España en el siglo XVI. El estudio incluyó a más de cuatrocientos informantes nahuas, un pequeño grupo de nobles nahuas quienes habían sido educados formalmente en el Real Colegio de Santa Cruz Tlatelolco, algunos frailes franciscanos y al propio Sahagún, quien ideó una serie de cuestionarios detallados conducidos por sus ayudantes nahuas que salieron a las comunidades y recopilaron la información, entre 1555 y 1579 (Magaloni Kerpel 2004, 2014). De esta investigación surgió la obra *Historia General de las Cosas de Nueva España*, que posteriormente fue compilada en los volúmenes del CF (Sigal 2011).

El trabajo de Sahagún tenía múltiples objetivos. En primer lugar, era un sacerdote ordenado por la Iglesia Católica para evangelizar a los pueblos nahuas y desviarlos de su vida de 'pecado e idolatría' (Kilian 2010). Los franciscanos creían que los pueblos originarios tenían características infantiles y que mostraban una inclinación pecaminosa hacia el placer y la sensualidad (Lewis 2003). Su objetivo declarado era familiarizarse completamente con la cultura con el fin de llevarlos a la sumisión y dirigirlos a la senda cristiana:

Ejemplo 1

El médico no puede acertadamente aplicar las medecinas al enfermo sin que primero conozca de qué humor o de qué causa procede la enfermedad... Los predicadores y confesores, médicos son de las ánimas; para curar las enfermedades espirituales conviene tengan esperitia de las medicinas y de las enfermedades espirituales (CF, prólogo, 1).

Por otro lado, Sahagún se interesó en registrar y documentar el patrimonio cultural de los pueblos de la Nueva España ya que también pensaba, contradictoriamente, que la población nahua tenía una cultura que no resultaba inferior a la de los europeos (López Austin 2011). Sahagún se interesó en la antigua religión; quería crear textos que mostraran el rico vocabulario y que además registraran los grandes logros culturales de estos pueblos (López Austin 2004). Esto lo expresa en su primer prólogo al CF cuando dice que su objetivo es también diseminar conciencia del grado de perfección de la gente de México (CF, 1:62-63).

Si bien se podría objetar el uso del CF como documento para entender las costumbres antiguas de Mesoamérica por su concepción occidental, nuevos estudios han identificado que su elaboración corresponde a una colaboración sin precedente entre autores europeos e indígenas. El trabajo de las imágenes (el CF contiene 2000 páginas y 2486 ilustraciones) rebela el esfuerzo subversivo de los *tlacuilos* por evitar su exterminio cultural y físico, ya que es importante mencionar que el CF se elaboró en medio de la gran plaga de 1576. Esto los convierte en activos creadores que revelan en su trabajo una epistemología disidente y clandestina (Cuauhtémoc Medina, prólogo a Magaloni Kerpel 2014).

Como se explica en la sección 2.3, la Seguridad Cultural es una forma posible de descubrir cómo mejorar la situación del parto y por definición, esta SC asume una fuerte conexión con el pasado. Afortunadamente el Códice Florentino nos proporciona, dentro de sus limitaciones, un registro escrito además de la tradición oral para conocer y confirmar este pasado. La muestra de las costumbres médicas de la Mesoamérica del siglo XVI que nos proporciona el CF rebela en su parcialidad un conocimiento obstétrico que es el resultado de la observación y la

experiencia de una cultura que construye su conocimiento en la conexión con la experiencia histórica, la naturaleza, la memoria, el tiempo y espacio (Santos 2008). El CF muestra además que este conocimiento no se perdió con la conquista sino que se ha mantenido en la práctica de las parteras indígenas hasta el día de hoy. Se espera que al mostrar esta conexión y la persistencia de estas prácticas se aporte al freno del epistemicidio o supresión de conocimiento que afecta la relación entre las epistemologías del sur y la medicina occidental.

3.1 Procedimiento

Como primer paso, se hizo una lectura minuciosa del CF para identificar los pasajes que tienen relación directa con las prácticas culturales mesoamericanas de la época actual en el contexto de la atención de la maternidad y el parto. Los ejemplos citados provienen de la versión del CF editada por Juan Carlos Temprano en 1990, que incluye los libros I a XII en dos tomos.

En la siguiente sección se exploran las nociones de género y embarazo en la vida indígena de Mesoamérica del siglo XVI y XXI, con el fin de obtener una visión de lo que afecta el manejo del embarazo y del parto. El estudio se basa en las preguntas: ¿Qué carencias habría en la comprensión cultural que previenen la utilización de los servicios biomédicos para el parto cuando es necesario? y ¿Qué ayudaría a que las madres indígenas se sientan seguras durante el embarazo y el parto?

4 Orden social y roles de género en la Mesoamérica del siglo XVI

En el siglo XVI los grupos indígenas compartían aspectos culturales como los sistemas de creencias, los estilos de vida y los idiomas:

Ejemplo 2

Y estos dichos tultecas eran ladinos en la lengua mexicana, que no eran bárbaros...[los] naoas, son descendientes de los dichos tultecas... [Los chichimecas] venían de su tierra a tratar y bivar con algunos mexicanos o naoas, y con algunos otomíes, con intento de oír el lenguaje de los unos y de los otros (CF, libro X, capítulo 29, 751-752).

La lengua náhuatl se habla hoy en varias comunidades en muchas partes de México hasta El Salvador. Aunque el CF es una investigación sobre el pueblo nahua, muchas de las costumbres y creencias de otros pueblos de la región se relacionan fuertemente con aquellas de los nahuas (Macri y Looper 2003; Clendinnen 1991). La civilización azteca surgió de un acervo de culturas mesoamericanas en el Valle de México, con la ayuda de la transmisión oral de las tradiciones residentes en el pueblo, incluso cuando un grupo dominante era reemplazado por otro (Ortiz de Montellano 1990). Esta gran similitud se hace relevante en esta investigación donde los hallazgos acerca los problemas que enfrentan las mujeres y las parteras de una cultura mesoamericana particular, se pueden extrapolar a otras poblaciones (Anderson et al. 2004).

4.1 Los roles sociales y de género

Cada persona en la sociedad nahua tenía su utilidad y sus obligaciones. Los estratos sociales eran marcados y el comportamiento era regulado en todos los niveles. La proximidad, la reciprocidad y la ausencia de privacidad caracterizaban la vida nahua, con énfasis en la cooperación entre los miembros de la familia extensa (Pennock 2011). Se requería que los nahuas, como miembros de la comunidad, se comportaran de una manera moderada, con gran dignidad, y que evitaran las tendencias consideradas excesivas. Esto se debía a que se deseaba conservar un estado de equilibrio en la tierra y por extensión en el cosmos (Overmyer-Velázquez 1998). Cada evento como el embarazo y el matrimonio significaba no sólo una celebración, sino también una ocasión para sermonear por parte de los ancianos:

Ejemplo 3

El orador endereça sus palabras a la preñada... “Nieta mía, muy amada y preciosa, como piedra preciosa [...] Ya está claro que estáis preñada y que nuestro señor os quiere dar fruto de generación [...]. Mirad, hija mía, que no os ensubervezcáis por la merced que se os ha hecho; mirad que no atribuyáis esta merced a vuestros merecimientos [...]. Porque somos viejos, sabemos lo que conviene; mirad los dos que no os burléis el uno con el otro, porque no empeczáis a la criatura; mirad que no uséis mucho el acto carnal, porque podrá ser que hagáis daño a la criatura, con la cual nuestro señor os ha adornado a vos (CF, libro VI, capítulo 25, 449-451).

Se alentaba a hombres y mujeres a refrenar su sexualidad porque su exceso podía afectar la salud física y agotar la concentración con respeto a los deberes sagrados (Clendinnen 1991). El placer excesivo o prematuro también ponía en peligro el alma de un joven que tenía relaciones sexuales mientras estaba inmaduro (Ortiz de Montellano 1990). Los roles de género estaban divididos: por lo general, las mujeres estaban destinadas a una vida de

domesticidad y los hombres eran criados para trabajar fuera de la casa y para sobresalir como guerreros. El CF enfatiza que el papel y trabajo de la mujer eran respetados y que no estaban disminuidas por su posición en la sociedad:

Ejemplo 4

La buena muger es diestra en la obra de texer y labrar; es buena maestra de guisar la comida y bebida...Es diligente y discreta...La muger de perfecta edad es honrada, digna de ser reverenciada, grave, muger de su casa; nunca reposa; bividora; esfuérçase a trabajar (CF, libro X, capítulo 3, 672).

Después del nacimiento, la partera enterraba el cordón umbilical de una niña cerca de la chimenea, y le daba algunos utensilios simbólicos para el hogar, indicando sus tareas de la vida. El cordón del varón era llevado por los guerreros de la comunidad a un campo de batalla para mostrar su futura carrera como luchador. Se deduce del discurso de la partera en el nacimiento que ninguno de los sexos se consideraba más importante que el otro, y la mujer, que se mantenía dentro de la esfera doméstica, no era inferior al hombre (CF, libro VI, capítulos 38-39). Aunque los hombres y las mujeres tenían diferentes roles de género en algunas esferas, y se menciona la subordinación femenina (CF, libro X), las mujeres podían ocupar cargos públicos, poseer tierras, pedir divorcio y ser castigadas por adulterio de la misma manera que los hombres (Pennock 2011).

Casi inmediatamente después de la conquista, los religiosos españoles comentaron que las mujeres nahuas eran demasiado independientes, demasiado orgullosas y demasiado 'mundanas' (Overmyer-Velázquez 1998). Según los conquistadores, las mujeres y los indígenas eran considerados débiles, porque tenían menos control sobre sí mismos y por lo tanto eran propensos a caer en el pecado (Sigal 2011). En respuesta a esta caracterización los hombres mestizos comenzaron a identificarse con el pensamiento de hombría española, mientras el estado de las mujeres se reducía gradualmente (Lewis 2003).

4.2 Atención de la embarazada

El embarazo y el parto eran reconocidos en la sociedad nahua como logros valientes y definidores de una mujer joven. El acto de presentar un bebé a la comunidad comprendía a la familia de la mujer y a sus suegros. El libro VI del CF contiene muchos capítulos que se dedican al cuidado y la preocupación de la mujer, así como a la amonestación amable por sus mayores acerca de cómo debe comportarse durante el embarazo e inmediatamente después (por ejemplo capítulos 24, 25 y 33). La joven se habría sentido honrada y apreciada y rodeada por la buena voluntad y el apoyo en el desempeño de su papel especial y peligroso. Una partera respetada, era solicitada para ayudar y aconsejar a la mujer parturienta durante el embarazo, y para quedarse al lado de ella con palabras del estímulo además de sus destrezas durante el nacimiento. El CF le da un papel preponderante a la partera, recreado en el poder de la palabra que se manifiesta en los muchos discursos o *huehuetlahtolli* (García Quintana 1999) que se le atribuyen a la partera (por ejemplo libro VI, capítulos 30, 31, 32, 33, 37 y 38) y en otros discursos dirigidos hacia ella (por ejemplo libro VI, capítulos 27 y 33).

Hay una larga lista de prohibiciones y recomendaciones en el CF (libro VI, capítulo 27) a las que debía someterse la mujer embarazada, como no comer alimentos que pudieran dañar al bebé y no ayunar para que el bebé no muriera de hambre. La madre se bañaba en el temazcal (baño de vapor) varias veces durante los meses de embarazo (Moyes 2005) y era masajeada por la partera para asegurar la correcta colocación del niño para el nacimiento. Ambas tradiciones continúan hoy en día en varias partes de la Mesoamérica indígena:

Ejemplo 5

...metedla [a la gestante] en el baño como sabéis que conviene, que es la casa de nuestro señor, llamada *xuchicaltzin* (baño de sudor), adonde arrecian y esfuerçan los cuerpos de los niños la madre y la abuela, que es la señora diosa llamada *Yoalticiti* (Toci). (CF, libro VI, capítulo 27, 457).

Durante el trabajo de parto y el nacimiento, la partera preparaba un remedio que restauraba a la madre si se cansaba o si estaba sangrando demasiado, y la animaba como si fuera una guerrera en la batalla. Después de que nacía el niño, la madre era calurosamente elogiada por la partera y parientes, se le ordenaba descansar y cuidar de su bebé:

Ejemplo 6

[La partera:] Hija mía muy amada, muger valiente y esfuérçada. Havéislo hecho como águila y como tigre. Esfuérçadamente habéis usado en vuestra batalla de la rodela... [La vieja parienta:] Señora y hija muy amada, y persona muy preciosa, prósperamente havéis obrado (CF, libro VI, capítulo 33, 476-477).

4.3 La muerte en el parto

Los nahuas tenían una relación cercana con la muerte, al reconocer su rapidez y arbitrariedad. Sus ritos religiosos y costumbres de batalla involucraban los sacrificios humanos, las largas oraciones para las personas en riesgo (como las mujeres a punto de dar a luz) y el desollamiento de la piel de las víctimas, con la que los guerreros se vestían como reconocimiento del triunfo definitivo de la muerte (Clendinnen 1991; Carrasco 1995). Cuando una mujer moría durante el parto, las parteras cantaban un elogio en reconocimiento de su condición de guerrera, alejándola, incluso en la muerte, de un papel pasivo en el alumbramiento. Además, los guerreros jóvenes intentaban robar restos de la recién fallecida en la creencia de que les ayudarían a triunfar sobre sus enemigos:

Ejemplo 7

“Y si ésta muria del parto, llamábanla *mocioaque[t]zqui*, que quiere dezir “muger valiente”... Y los soldados bisoños velaban por hurtar aquel cuerpo, porque le estimavan como cosa sancta o divina... La razón porque los soldados trabajavan de tomar el dedo y los cabellos de esta defuncta era porque yendo a la guerra los cabellos o el dedo metíanlo dentro de la rodela... Y ansí a las que mueren de parto las llaman *mocioaquetz[que]* después de muertas, y dizen que se bolvieron diosas.” (CF, libro VI, capítulo 29, 466-469).

La compleja religión nahua, con su panteón de dioses, fue sometida a la influencia del catolicismo. Este sistema de creencias fue relativamente fácil de absorber pues ofrecía un dios nuevo y potente, que había facilitado la conquista (Ortiz de Montellano 1990). La nueva religión española informaba a las mujeres nahuas que, lejos de ser valientes y honorables en la empresa peligrosa de parto, deberían estar avergonzadas y castigadas por el pecado de Eva, la mujer original (Sigal 2011). Sin embargo, las parteras continuaron invocando a los dioses para ayudar en el proceso y posteriormente les agradecían por liberar a la mujer (CF, libro VI, capítulo 33).

5 La cultura indígena del alumbramiento en Mesoamérica y la Seguridad Cultural

En esta sección se examinan las antiguas tradiciones relacionadas con el parto y la forma en que los pueblos indígenas contemporáneos de Mesoamérica mantienen los valores, costumbres y visión del mundo de sus antepasados con respecto a la salud y a la maternidad. También se incluyen las investigaciones actuales que dan voz a las Epistemologías del Sur. Finalmente, se proponen algunas formas en que podría lograrse la propuesta de la Seguridad Cultural.

5.1 Madres y parteras

Los roles de género en Mesoamérica dan a los hombres una mayor libertad sexual que a las mujeres. Las madres atienden el hogar y sus esposos se trasladan más lejos a trabajar. La dominación masculina en todas las esferas de la vida es un hecho (Fuhrmann 2009); aunque en algunos pueblos indígenas hay una mayor igualdad entre hombres y mujeres que la encontrada en las comunidades no indígenas (Carter 2002). Según se esboza en el CF, los protocolos de comportamiento en la cultura nahua eran estrictos tanto para hombres como para mujeres, y ambos sexos eran exhortados por sus mayores, como cuando iban a ser entrenados en la casa de los sacerdotes (*calmecac*):

Ejemplo 8

Al mochacho: “Oye, hijo mio muy amado... oye lo que has que hazer, que es varrer y coger las barredoras, y adereçar las cosas que están en casa... harás de presto lo que te mandaren hazer. No serás perezoso; no serás pesado... Has de ser humilde... Mira que no te hartes de comida; sé templado...” y a la mochacha: “Hija mía, chiquita, palomita... has de tener ansimismo, continuamente, de varrer y limpiar la casa de nuestro señor... Has de tener gran cuenta ansimismo con la obediencia. Y esto debes de notar mucho, que te humilles y te encorbes.” (CF, libro VI, capítulo 40, 502-505).

La partería en Mesoamérica indígena era una vocación sagrada y altamente respetada:

Ejemplo 9

Ya es tiempo, ya conviene que la pongáis en las manos y sobre las espaldas de alguna buena partera, diestra en su oficio... (CF, libro VI, capítulo 26, 456)

El siguiente ejemplo muestra la súplica de los padres a la partera:

Ejemplo 10

Así os rogamos, señora, que hagáis misericordia con esta muchacha y que hagáis con ella vuestro oficio y facultad, pues que nuestro señor os ha hecho maestra y médica, y por su mandado exercitáis este oficio. (CF, libro VI, capítulo 27, 458)

Estos extractos y muchos otros enfatizan que la partera era una autoridad experta en asuntos de nacimiento, un conocimiento que se mantiene en las culturas indígenas de Mesoamérica del siglo XXI (Anderson et al. 2004). Las parteras también son consideradas prudentes consejeras dentro de su comunidad y son llamadas a mediar resoluciones de conflictos o a proporcionar consejos de salud (Fuhrmann 2009).

La introducción de las prácticas médicas europeas dio lugar a la creación de nuevas categorías de élites de practicantes como médicos, boticarios, cirujanos y barberos-sangradores. Estos practicantes de la medicina formal, se convirtieron en los curanderos legales. Los curanderos, hueseros, sobadores (masajistas) y parteras indígenas practicaban de acuerdo con las formas tradicionales de sus culturas locales. Su posición en la escala social bajó y con el tiempo se relegaron a un estatus técnicamente ilegal, aunque los habitantes indígenas siguieron buscando sus tratamientos (Hernández Sáenz y Foster 2001). Este elitismo puede ser visto como el precursor del conflicto entre los modelos de la medicina, alopáticos y populares, que continúa hoy en día en Mesoamérica.

5.2 Integración y conflicto con la biomedicina

Como la medicina occidental se basaría en la evidencia se asume que es superior a la medicina tradicional particularmente con respeto al embarazo y el parto. Sin embargo, la obstetricia ha demostrado ser la especialidad médica que utiliza un mínimo de evidencia de los ensayos controlados aleatorios para informar la práctica (Tita et al. 2007). Por otra parte, el parto medicalizado ha provocado resultados como el aumento de la hemorragia e incluso la muerte como consecuencia de las intervenciones cuestionables (Dahlen 2006). Por causa de la discriminación y el racismo, el sistema biomédico no considera las diferentes maneras en que las culturas no occidentales incorporan el conocimiento y decide qué y cómo se debe aprender, controlando así la construcción de los conocimientos (Bolívar 2013; Rivera Cusicanqui 2012). Como resultado, el embarazo y el parto en Mesoamérica se interpretan como una enfermedad en lugar de un proceso fundamentalmente natural que las mujeres son biológicamente capaces de realizar (Ewert - Krockner 2007). En consecuencia, los conocimientos y prácticas que se han transmitido de partera a partera durante generaciones se consideran defectuosos, incorrectos o peligrosos en el paradigma médico dominante; sin embargo, dentro de ese paradigma no ha habido ninguna mejora significativa en los resultados de madres ni de recién nacidos durante más de dos décadas (Wagner 2001).

Las culturas indígenas han incorporado modalidades biomédicas en sus prácticas de salud (Berry 2009; Giralt 2012). Entre sus recursos, las parteras indígenas emplean medicamentos como las inyecciones de oxitócicos para fortalecer las contracciones o para sacar la placenta que, utilizados de manera inapropiada, pueden añadir un riesgo al proceso de parto por lo demás normal (Cosminsky 2001). Hace quinientos años las parteras rutinariamente hacían uso de recursos naturales que tenían el mismo efecto fuerte en el útero:

Ejemplo 11

Y cuando ya la preñada sentía los dolores del parto... dábanla a beber la raíz de una yerva molida que se llama *cioapatli*, que tiene virtud de impeler o rempujar hazia fuera a la criatura. Y si los dolores eran rezios aún todavía, dábanla a beber tanto como medio dedo de la cola del animal que se llama *tlacuatzin* [oposum], molida. Con esto paría fácilmente, porque esta cola de este animal tiene gran virtud de expeler y hazer salir la criatura (CF, libro VI, capítulo 28, 465).

Aunque es considerada por las madres indígenas como la autoridad sobre el embarazo y el parto, la partera tradicional no tiende a ser autoritaria, sino más bien colabora con la madre y su familia. Esto contrasta notablemente con las tendencias jerárquicas del sistema biomédico, que privilegia la autoridad de los profesionales en sus clínicas en lugar de la autonomía de la parturienta y sus compañeras (Cosminsky 2001).

5.3 Nutrición para el embarazo

En Mesoamérica, se reconoce que un embarazo no puede tener éxito sin una buena nutrición para la madre. Al igual que los antiguos mayas cuya cosmogonía explica que los seres humanos habían sido creados del maíz (Popol Vuh 1997), los pueblos mesoamericanos de hoy siguen usando el maíz como alimento principal (García-Rodríguez 2008). El maíz (*çintli*) era un cultivo venerado reconocido por desempeñar un papel vital en la existencia de los pueblos mesoamericanos (CF, libro XI, capítulo 13).

Un bebé no se consideraba humano mientras únicamente tomara la leche de su madre sino que sólo después de empezar a comer harina de maíz como los adultos (Clendinnen 1991). Junto con la proteína en forma de frijoles, el maíz proveía a los nahuas el alimento básico que los mantenía por toda la vida. A pesar de esto, los médicos occidentales les informan a las madres indígenas que su dieta tradicional basada en el maíz es inadecuada debido a la preponderancia de hidratos de carbono, un problema que se puede atribuir a los fertilizantes químicos y los métodos introducidos que han reemplazado la agricultura indígena (Giralt 2012). En la época del CF, la partera le

daba instrucciones a la embarazada acerca de cuáles alimentos la sostendrían, y lo que debía evitar ingerir para que el bebé no se viera perjudicado:

Ejemplo 12

Otros mandamientos o consejos daba la partera a la preñada para que los guardase entretanto que durava la preñez... que lo que quisiese o se le antojasse a la preñada que luego se lo diessen, porque no rescibiese daño a la criatura si no le diessen luego lo que se le (ha) antojado... Mandava la partera a la preñada que no ayunase porque no caussase hambre a la criatura. También la mandava que no comiesse tierra, ni tampoco *tícatl* [caliza], porque nacería la criatura enferma o con algún defecto corporal, porque lo (que) come y bebe la madre, también aquello se incorpora en la criatura y de aquello toma la su substancia. (CF, libro VI, capítulo 27, 462).

Hoy en día a las mujeres se les aconseja tomar vitaminas en pastillas y cocinar con leche en polvo, donadas por las agencias de ayuda (Cosminsky 2001).

5.4 El baño de vapor y el masaje durante el embarazo

En común con sus antepasadas, las mujeres embarazadas de Mesoamérica indígena todavía aprovechan el *temazcal* (baño de sudor), también conocido como el *tuj* en las regiones mayas. El *temazcal* es una representación del vientre materno que se vincula a *Toci*, ladiosa de la partería y del parto:

Ejemplo 13

Esta diosa era la diosa de las medicinas...Adorávanla los medicos y los cirujanos y los sangradores, y también las parteras y las que dan yervas para abortar...los que tienen en sus casas baños o temazcales...y llamávanla *Temazcalteci*, que quiere dezir “la abuela de los baños” (CF, libro I, capítulo 8, 13).

El *temazcal* no es sólo un ritual de limpieza, sino también proporciona la curación espiritual, comodidad y alivio para las mujeres embarazadas, y se utiliza varias veces durante cada embarazo (Gonzales 2007; Lang y Elkin 1997). En el CF la partera recomienda un baño de vapor para cada mujer parturienta, pero les aconseja a sus asistentes que no lo calienten demasiado:

Ejemplo 14

...la partera luego ella misma comiença a encender fuego para calendar el baño, y luego metía a la moça preñada... También mandava algunas vezes que no se calentase mucho el agua, porque dezía que había peligro de escalentarse o tostase la criatura si estava el agua muy caliente (CF, libro VI, capítulo 27, 461).

Hoy en día, el *temazcal* es condenado por los profesionales biomédicos debido al riesgo de infección. La desaprobación data desde el tiempo colonial a consecuencia del supuesto peligro moral engendrado por su ocupación por ambos sexos (Hinojosa 1999). El masaje (*la sobada*) también se utilizaba por la partera hace cinco siglos:

Ejemplo 15

... la palpava con las manos el vientre para endereçar la criatura si por ventura estava malpuesta. Y bolvía la de una parte a otra (CF, libro VI, capítulo 27, 461).

Todavía se utiliza hoy en día para ayudar a cambiar la posición del bebé en el vientre materno y para relajar a la madre (Anderson et al. 2004). Esta práctica también está bajo ataque por el sistema biomédico que desaprueba que la partera tradicional manipule al feto hacia una posición más favorable para el nacimiento(Hinojosa 1999, 2004). Éstas y otras tradiciones parecen amenazar al mundo de la medicina occidental, a pesar de su eficacia probada durante siglos. Esta actitud surge del pensamiento que Santos (2007) caracteriza como el fracaso del Occidente de reconocer las Epistemologías del Sur.

5.5 El nacimiento

En una sociedad donde la unidad familiar es muy influyente, sería impensable llevar a cabo un parto sin la participación de estas personas. En consecuencia, cuando una joven concibe su primer hijo se somete a las opiniones y a los deseos de la familia extendida. Esto se ve en los numerosos discursos de los parientes hacia la embarazada o la pareja, o a los padres de la embarazada (ver libro VI capítulos 24 y 25). El CF indica que eran los familiares del marido, quienes exhortaban a la madre:

Ejemplo 16

Del lenguaje y afectos que usaban dando la norabuena a la preñada, hablando con ella. Es plática de alguno de los parientes de él. Avísanla en ella de que haga gracias a los dioses por el beneficio rescibido y que se guarde de todo que puede empecer a la criatura... es necessario que hagas es que te esfuerces que hagas toda tu posibilidad cerca de suspirar y llorar delante de nuestro señor (CF, libro VI, capítulo 25, 449-450).

Los padres del marido también seleccionaban a la partera:

Ejemplo 17

En que se pone lo que los padres de los casados hazían cuando ya la preñada estaba en el séptimo o octavo mes. Y es que los padres y los parientes de los casados se juntaban en casa de los padres de ella y comían y bevían, lo cual acabado, un viejo de la parte del marido hazía un parlamento para que se buscasse una partera bien instructa en su oficio para que partease a la preñada (CF, libro VI, capítulo 26, 456).

En las comunidades indígenas actuales esto a menudo significa que incluso si la mujer sufre complicaciones del embarazo (como presión arterial alta o anemia) y podría ser mejor que el nacimiento ocurriera en un centro médico, la compulsión de las sanciones sociales pueden dictar que ella permanezca en casa y dé a luz como lo hicieron sus antepasados (Berry 2010).

Tradicionalmente el parto ocurre en una posición (de rodillas o en cuclillas) que las parteras indígenas saben que facilita el descenso y el nacimiento del bebé (Cosminsky 2001). Para los nahuas el parto era reconocido como una lucha y una hazaña de valor; la posición vertical era apropiada para los esfuerzos de la parturienta como se ve en la representación en piedra de la diosa Tlazolteotl dando a luz (Clendinnen 1991). El nacimiento en el CF se describe como una batalla:

Ejemplo 18

Hija mía ... valerosamente havéis imitado a muestra madre *Cioacóatl* y *Quilatzli*, por lo cual nuestro señor os ha puesto en los estrados y sillas de los valientes soldados (CF, libro VI, capítulo 33, 476).

Esta descripción (ver también ejemplo 6) no concuerda con la pasividad asociada a una posición tendida; sin embargo, las parteras indígenas de hoy se encuentran obligadas por los médicos a forzar a sus pacientes a acostarse para dar a luz, lo que en realidad obstaculiza el movimiento, aumenta el dolor y restringe el flujo de oxígeno al bebé (Hinojosa 2004). Cabe señalar que la posición supina también significa que la mujer está situada por debajo del practicante y por lo tanto es literal y figurativamente inferior al personal médico. En suma, los nacimientos para las mujeres indígenas en el hospital implican una falta de autonomía por la prohibición de tener compañeros, una escasez de comunicación debido a las dificultades del lenguaje y las intervenciones médicas que pueden ser vistas como innecesarias y atemorizantes. A pesar de la proliferación de los servicios biomédicos, las mujeres continúan eligiendo alumbrar en casa en compañía de una partera y de sus familiares (Berry 2006).

6 La Seguridad Cultural y el nacimiento en la Mesoamérica indígena

Tanto la integración de creencias y prácticas culturales como la prestación de atención biomédica pueden tener un efecto positivo en el bienestar materno e infantil (Walsh 2009). Muchos pueblos indígenas están dispuestos a adoptar innovaciones que benefician su situación o que puedan mejorar sus métodos habituales (Gonzales 2007; Cameron et al. 2010; Bin- Sallik 2003). En el caso de las parteras tradicionales de Mesoamérica, algunos de los obstáculos que enfrentan se relacionan con la pedagogía empleada en la adquisición de conocimiento ya que hay una relación asimétrica entre ellas y quienes enseñan el plan de estudios biomédicos (Berry 2009). Es decir, el conocimiento es unilateral y fluye del instructor a la partera sin ninguna difusión recíproca de conocimientos de la partera al instructor (Hinojosa 2004; Freire 1971). La desconsideración hacia las parteras tradicionales mantenida por los promotores de la medicina occidental se refleja en el uso del título paternalista de TBA (*traditional birth attendant*) que impone en el papel de partera un estatus de subordinación (Cosminsky 2001).

Es erróneo suponer que la epistemología indígena del parto y de la salud no puede aprobar un examen de evidencia porque no en un formato entendido por la ciencia occidental. Dentro de un sistema de conocimientos tradicionales, las pruebas de la observación, la experimentación y la causalidad se han utilizado por miles de años. Las prácticas de salud de los mesoamericanos han demostrado ser tan efectivos para sus partidarios como los sistemas médicos alópatas en el Occidente (Gonzales 2007). Como ningún conocimiento individual es completo, un híbrido de conocimientos podría dar lugar a una integración más exitosa de modelos de atención de maternidad que se adapten a las necesidades culturales de sus clientas. Si la ciencia biomédica renunciara al monopolio del

conocimiento, podría descubrirse que la fusión de epistemologías del occidente y del sur resulta en la interdependencia y el respeto mutuo, y además un mayor depósito de recursos que sería beneficioso para ambos (Santos 2007; Candela 2013).

Los sistemas indígenas de la medicina antes de la conquista eran holísticos y se basaban en la participación de los pacientes en el proceso de curación (Xaba 2008). Del mismo modo, en el cuidado de salud indígena en la actualidad en Mesoamérica no existe un enfoque vertical sino que se realiza el diálogo, la continuidad y la conexión entre sanador y paciente, los que han demostrado ser exitosos (Icú Perén 2007). Crucial para el fortalecimiento de la Seguridad Cultural en cualquier ámbito indígena es el reconocimiento de los desequilibrios de poder y las relaciones sociales desiguales con la cultura dominante, que es consecuencia tanto del pasado colonial como del neo-colonialismo actual (Anderson et al. 2003; Cosminsky 2001; Santos 2007). En el pasado, y actualmente, la ciencia occidental ha competido con las prácticas terapéuticas tradicionales y ha rechazado el conocimiento alternativo, mientras se adueña de la farmacología indígena para su propio beneficio (Meneses 2008).

Para contrarrestar los aspectos negativos del sistema biomédico y para promover sus beneficios, el poder en la atención de la maternidad debe traspasarse del proveedor a la clienta (Murray et al. 2010). Esto se fomenta en el compromiso por parte de los profesionales a la reciprocidad, la inclusión, el respeto, la colaboración, el desarrollo comunitario y la autodeterminación de los pueblos indígenas (Smye et al. 2010; Wilson y Neville 2009). La persona que experimenta el servicio que se ofrece es la que determina si se ha entregado de una manera culturalmente segura. También es necesario que se haga un esfuerzo consciente por parte del practicante de reconocer el impacto que tendría su propia cultura en la prestación del servicio (Main et al. 2006; Kruske et al. 2006).

La normalización de las costumbres de salud indígenas, y la interfaz con la medicina científica, tiene el potencial de reducir la tasa de mortalidad de las madres indígenas por causas prevenibles (Xaba 2008). La mejora debe llevarse a cabo en conjunto con los pueblos indígenas, en lugar de en su nombre (Araújo Freire y Macedo 1998; Wilson y Neville 2009), lo cual resulta consistente con la afirmación que se produce Seguridad Cultural cuando los indígenas participan activamente en la creación de un sistema de atención que se ocupa de las madres indígenas.

Conclusión

La incidencia de las tasas de mortalidad de las madres indígenas es alta a pesar de las intervenciones implementadas por el sistema biomédico de salud. Este estudio ha intentado identificar algunas de las razones por las que las mujeres indígenas mesoamericanas no reciben buena atención en su relación con el sistema biomédico durante sus experiencias de maternidad, y cómo esto revela una renuencia a someterse al sistema. Se ha utilizado el CF como fuente primaria para establecer un vínculo entre las influencias culturales del siglo XXI y las de los pueblos indígenas del siglo XVI, sobre todo en relación con las prácticas del embarazo, el parto y la partería. El CF documenta cómo las prácticas obstétricas de las parteras indígenas tiene una base de siglos de experiencia y observación. Las madres y parteras tienen una epistemología obstétrica que contrasta con las prácticas de la salud occidental. Los manejadores de las políticas de salud actuales necesitan explorar estos conocimientos y encontrar la forma de dialogar con ellos para mejorar sus prácticas mediante el uso de la ecología de los conocimientos y la traducción intercultural. Acceso a este escrito es uno de los pasos que puede facilitar este acercamiento.

El concepto de la Seguridad Cultural, desarrollado por los propios pueblos indígenas, proporciona una base sólida desde la cual los proveedores médicos pueden entender la importancia de las tradiciones que orientan las actitudes indígenas con respeto al embarazo y parto. Un ambiente culturalmente seguro en el contexto de la atención de la maternidad indígena mesoamericana incluye (a) la aceptación por personas no indígenas del derecho de las madres indígenas a la atención materna respetuosa, (b) el supuesto de la igualdad entre el cuidador y la paciente, (c) el reconocimiento de los diferentes sistemas de conocimiento y (d) el compromiso de corregir el desequilibrio de poder.

Algunas sugerencias han surgido a partir de la comparación del CF y los estudios actuales sobre la cultura mesoamericana en cuanto a la manera de promover la Seguridad Cultural. Ellas incluyen (a) la educación de las parteras indígenas considerando su experiencia y estilo de aprendizaje; (b) el reconocimiento de las Epistemologías del Sur, que incluyen las prácticas del cuidado de salud no científico que han beneficiado a las comunidades indígenas durante miles de años; (c) la integración de las cosmovisiones indígenas con el sistema biomédico de salud, que incluye los roles que la familia, la continuidad de los cuidados y las obligaciones sociales desempeñan en la vida de las madres indígenas; (d) el reconocimiento de la capacidad de la persona indígena de tomar decisiones al proporcionársele información práctica y completa, y (e) la inclusión de las personas indígenas en todo el proceso que lleva a la mejora.

El sistema jerárquico actual de la atención de maternidad occidental, al no tratar a las personas indígenas en

igualdad de condiciones, ha seguido enajenando a las madres que están en necesidad de atención obstétrica especializada y oportuna. El tratamiento de todos los nacimientos como eventos de emergencia y el supuesto de que el cuerpo de la mujer es una máquina defectuosa que necesita intervención médica disminuye la confianza de la mujer en el sistema debido a la falta de congruencia entre esa posición y su experiencia.

Al mostrar la riqueza cultural que se encuentra en el CF y mediante el uso de un marco construccionista social y la propuesta de las Epistemologías del Sur para interpretarla, este estudio intenta vincular el concepto de la Seguridad Cultural con la forma en que muchas culturas indígenas, en la antigüedad y hoy en día, han percibido el mundo del parto. Se sostiene que, si los gobiernos y los profesionales biomédicos entendieran la relación de la cultura indígena con sus antecedentes, y si se incorporaran los principios de la Seguridad Cultural dentro de la prestación de atención de maternidad, se daría lugar a una mayor probabilidad de alcanzar una salud óptima para las madres en Mesoamérica.

Referencias

Aceros, Juan. 2012. Social Construction and Relationalism: A Conversation with Kenneth Gergen. *Universitas Psychologica* 11 (3): 1001-11.

Alonso, Cristina, Laura Miranda, Sally Hughes y Lucy Fauveau. 2004. Reducing Maternal Mortality among Repatriated Populations along the Guatemala-Mexico Border. *Forced Migration Review* 19: 13-15.

Anderson, Barbara, E. N. Anderson, Tracy Franklin y Aurora Dzib-Xihum de Cen. 2004. Pathways of Decision Making among Yucatan Mayan Traditional Birth Attendants. *J Midwifery Women's Health* 49 (4): 312-19.

Anderson, Joan, JoAnn Perry, Connie Blue, Annette Browne, Koushambhi Basu Khan, Angela Henderson, Sheryl Kirkham, Judith Lynam, Pat Semeniuk y Vicki Smye. 2003. "Rewriting" Cultural Safety within the Postcolonial and Postnational Feminist Project toward New Epistemologies of Healing. *Advances in Nursing Science* 26 (3): 196-214.

Andrews, Tom. 2012. What Is Social Constructionism? *Grounded Theory Review* 11 (1): 39-46.

Araújo Freire, Ana Maria y Donaldo Macedo. 1998. *The Paulo Freire Reader*. New York: Continuum.

Berer, M. y T. K. Sundari Ravindran. 1999. Preventing Maternal Mortality: Evidence, Resources, Leadership, Action. En *Safe Motherhood Initiatives: Critical issues*, editado por M. Berer y T. K. Sundari Ravindran, 1-7. London: Blackwell.

Berry, Nicole. 2006. Kaqchikel Midwives, Home Births, and Emergency Obstetric Referrals in Guatemala: Contextualizing the Choice to Stay at Home. *Social Science & Medicine* 62 (8): 1958-69.

_____. 2009. Making Pregnancy Safer for Women Round the World: The Example of Safe Motherhood and Maternal Death in Guatemala. En *Anthropology and Public Health: Bridging Differences in Culture and Society* editado por Robert Hahn y Marcia Inhorn, 422-46. New York: OUP.

_____. 2010. *Unsafe motherhood: Mayan maternal mortality and subjectivity in post-war Guatemala*. Oxford: Berghahn Books.

Bin-Sallik, Maryann. 2003. Cultural Safety - Let's Name It! *Australian Journal of Indigenous Education* 32: 21-28.

Bolívar, Adriana. 2013. The Co-Construction of Scientific Knowledge in Intercultural Discourse. *Journal of Multicultural Discourses* 8 (2): 113-17.

Brascoupé, Simon y Catherine Waters. 2009. Cultural Safety Exploring the Applicability of the Concept of Cultural Safety to Aboriginal Health and Community Wellness. *Journal de la santé autochtone*. 5 (2): 6-41.

Brentlinger, Paula, Héctor Sánchez-Pérez, Marcos Arana Cedeño, Guadalupe Vargas Morales, Miguel Hernán, Mark Micek y Douglas Ford. 2005. Pregnancy Outcomes, Site of Delivery, and Community Schisms in Regions Affected by the Armed Conflict in Chiapas, Mexico. *Social Science & Medicine* 61: 1001-14.

Burr, Vivien. 2003. *Social Constructionism*. New York: Routledge.

Cameron, Mary; Neil Andersson, Ian McDowell y Robert Ledogar. 2010. Culturally Safe Epidemiology: Oxymoron or Scientific Imperative. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*. 8 (2): 89-116.

Carrasco, David. 1995. Give me some skin: the charisma of the Aztec warrior. *History of religions*. 35 (1): 1-27.

Candela, A. 2013. Dialogue between cultures in Tzeltal teachers' cultural discourse: coconstruction of an intercultural proposal for science education. *Journal of Multicultural Discourses* 8 (2):93-112.

Carter, Marion. 2002. 'Because He Loves Me': Husbands' Involvement in Maternal Health in Guatemala. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care* 4 (3): 259-79.

Clendinnen, Inga. 1991. *Aztecs: An Interpretation*. Cambridge: Cambridge University Press.

Coronado, Gabriela. 2005. Competing Health Models in Mexico: An Ideological Dialogue between Indian and Hegemonic Views. *Anthropology & Medicine* 12 (2): 165-77.

Cosminsky, Sheila. 2001. Maya Midwives of Southern Mexico and Guatemala. En *Mesoamerican Healers* editado por Brad Huber, y Alan Sandstrom, en línea. Austin: University of Texas Press.

Dahlen, Hanna. 2006. Midwifery: 'At the Edge of History'. *Women and Birth* 19 (1): 3-10.

Dussel, Enrique. 1993. Eurocentrism and Modernity. *Boundary 2* 20 (3): 65-76.

Fanon, Franz. 2008. *Black skin, white masks*. London: Pluto Press.

Freire, Paulo. 1971. *Pedagogía del oprimido*. Montevideo, Siglo XXI.

Fuhrmann, Sarah. 2009. *Delivering Non-Violence: Peacebuilding with Guatemalan Midwives*. SIT Graduate Institute.

García Quintana, María José. 1999. Los huehuetlahtolli en el código florentino. Artículo presentado en: Congreso Internacional "Fray Bernardino de Sahagún y su tiempo", Sahagún, 29 septiembre.

Gergen, Kenneth y Mary Gergen. 2007. Social Construction and Research Methodology. *The SAGE Handbook of Social Science Methodology* editado por William Outhwaite y Stephen Turner, 461-79. London: SAGE.

Giralt, Alicia. 2012. A Decade after Guatemala's Agreement on Identity and Rights of Indigenous Peoples: Mayan-Tz'utujil Women's Views on Health, Healing, and Disease. *Health Care for Women International* 33 (5): 440-56.

Goldman, Noreen y Dana Gleib. 2003. Evaluation of Midwifery Care: Results from a Survey in Rural Guatemala. *Social Science & Medicine* 56: 685-700.

Gonzales, Patrisia. 2007. Birth Is a Ceremony: Story and Formulas of Thought in Indigenous Medicine and Indigenous Communications. Tesis de doctorado. University of Wisconsin-Madison.

Hardee, Karen, Jill Gay y Ann Blanc. 2012. Maternal Morbidity: Neglected Dimension of Safe Motherhood in the Developing World. *Global Public Health* 7 (6): 603-617.

Hernández Sáenz, Luz María y George Foster. 2001. Curers and Their Cures in Colonial New Spain and Guatemala: The Spanish Component. En *Mesoamerican Healers* editado por Brad Huber y Alan Sandstrom, en línea. Austin: University of Texas Press.

Hibberd, Fiona. 2005. *Unfolding Social Constructionism*. New York: Springer.

Hinojosa, Servando. 1999. Spiritual Embodiment in a Highland Maya Community. Tesis de doctorado. Tulane University.

_____. 2004. Authorizing Tradition: Vectors of Contention in Highland Maya Midwifery." *Social Science & Medicine* 59 (3): 637-51.

Howes-Mischel, Rebecca Ella. 2012. Gestating Subjects: Negotiating Public Health and Pregnancy in Transborder Oaxaca. Tesis de doctorado. New York University.

Icú Perén, Hugo. 2007. Rescate de la medicina maya e incidencia para su reconocimiento social y político. Estudio de caso Guatemala. Health Systems Knowledge Network WHO commission.

Jordan, Brigitte. 1989. Cosmopolitical Obstetrics: Some Insights from the Training of Traditional Midwives. *Social Science and Medicine* 28 (9): 925-944.

Kilian, Laura. 2010. Missionaries' Beasts in New Spain: The Utilization of the European Bestiary Tradition in Sahagún's *Florentine Codex*. Tesis de master. University of Oregon.

Kruske, Sue, Sue Kildea y Lesley Barclay. 2006. Cultural Safety and Maternity Care for Aboriginal and Torres Strait Islander Australians. *Women and Birth*. 19: 73-77.

Lang, Jennifer y Elizabeth Elkin. 1997. A Study of the Beliefs and Birthing Practices of Traditional Midwives in Rural Guatemala. *Journal of Nurse-Midwifery* 42 (1): 25-31.

Laucirica, Jorge. 2010. Key Dimensions and Ideological Implications of Safe Motherhood Discourse in a Rural Indigenous Community in Mexico. Tesis de doctorado. University of Ottawa.

Lewis, Laura. 2003. *Hall of Mirrors: Power, Witchcraft and Caste in Colonial Mexico*. Durham: Duke University Press.

Loewenberg, Samuel. 2010. The Plight of Mexico's Indigenous Women. *The Lancet* 375 (May 15-May 21): 1680-2.

López Austin, Alfredo. 2004. Myth, Belief, Narration, Image: Reflections on Mesoamerican Mythology. *Journal of the Southwest* 46 (4): 601-20.

_____. 2011. Estudio acerca del método de investigación de fray Bernardino de Sahagún. *Estudios de Cultura Náhuatl* 42: 352-400.

Macri, Martha y Matthew Looper. 2003. Nahua in Ancient Mesoamerica: Evidence from Maya Inscriptions. *Ancient Mesoamerica* 14 (2): 285-97.

Magaloni-Kerpel, Diana. 2004. Images of the Beginning: The Painted Story of the Conquest of Mexico in Book XII of the Florentine Codex. Tesis de doctorado. Yale University.

_____. 2014. *The colors of the new world: artists, materials, and the creation of the Florentine Codex*. Los Angeles, Getty Publications.

Main, Catherine, Antoinette McCallin y Naumai Smith. 2006. Cultural Safety and Cultural Competence: What Does This Mean for Physiotherapists? *NZ Journal of Physiotherapy* 34): 160-66.

Maturana, Humberto. 1987. Everything is said by an observer. En *Gaia, a way of knowing: political implications of the new biology*, editado por W.I. Thompson, 65-82. Great Barrington: Lindisfarne Press.

Maupin, Jonathan. 2008. Remaking the Guatemalan Midwife: Health Care Reform and Midwifery Training Programs in Highland Guatemala. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness* 27 (4): 353-82.

Meneses, Maria Paula. 2008. 'When There Are No Problems, We Are Healthy, No Bad Luck, Nothing': Towards an Emancipatory Understanding of Health and Medicine. *Another knowledge is possible: beyond Northern epistemologies* editado por Boaventura de Sousa Santos, 352-80. London: Verso.

Mignolo, Walter. 2005. *The Idea of Latin America*. Malden: Blackwell.

_____. 2011. *The Darker Side of Western Modernity: Global Futures Decolonial Option*. Durham: Duke University Press.

- Miller, Janneli Fee. 2003. Birthing Practices of the Rarámuri of Northern Mexico. Tesis de doctorado. University of Arizona.
- Moraes, Ana Paula, Sandhi Barreto, Valéria Passos, Patricia Golino, Janne Costa y Marina Vasconcelos. 2011. Incidence and Main Causes of Severe Maternal Morbidity in São Luís, Maranhão, Brazil: A Longitudinal Study. *Sao Paulo Med J.* 129 (3): 146-52.
- Moyes, Holley. 2005. The Sweatbath in the Cave: A Modified Passage in Chechem Ha Cave, Belize. *Stone Houses and Earth Lords: Maya Religion in the Cave Context* editado por Keith Prufer y James Brady, 187-212. Boulder: University Press of Colorado.
- Murray, Linda, Carol Windsor, Elizabeth Parker y Odette Tewfik. 2010. The Experiences of African Women Giving Birth in Brisbane, Australia. *Health Care for Women International* 31 (5): 458-72.
- Ortiz de Montellano, Bernard. 1990. *Aztec Medicine, Health and Nutrition*. London: Rutgers University press.
- Overmyer-Velázquez, Rebecca. 1998. Christian Morality Revealed in New Spain: The Inimical Nahua Woman in Book Ten of the Florentine Codex. *Journal of Women's History* 10 (2): 9-37.
- Patton, Michael Quinn. 2002. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks: SAGE.
- Pennock, Caroline Dodds. 2011. 'A Remarkably Patterned Life': Domestic and Public in the Aztec Household City. *Gender & History* 23 (3): 528-46.
- Rivera Cusicanqui, Silvia. 2012. Ch'ixinakax utxiwa: A Reflection on the Practices and Discourses of Decolonization. *The South Atlantic Quarterly* 111(1): 95-109.
- Rööst, Mattias, Sara Johnsdotter, Jerker Liljestrand y Birgitta Essén. 2004. A Qualitative Study of Conceptions and Attitudes Regarding Maternal Mortality among Traditional Birth Attendants in Rural Guatemala. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 111 (12): 1372-77.
- Sahagún, Bernardino de. 1990. *Historia General De Las Cosas De Nueva España*. 2 tomos. Edición de Juan Carlos Temprano. Madrid: Historia 16.
- Santos, Boaventura de Sousa. 2007. Beyond Abyssal Thinking: From Global Lines to Ecologies of Knowledges. *Eurozine*: 1-33.
- _____. 2014. *Epistemologies of the South: Justice against epistemicide*. Boulder CO: Paradigm Publishers.
- Santos, Boaventura de Sousa, João Arriscado Nunes y María Paula Meneses. 2008. Opening up the Canon of Knowledge and Recognition of Difference. En *Another Knowledge Is Possible. Beyond Northern Epistemologies* editado por Boaventura de Sousa Santos, xix-lxii. London: Verso.
- Sigal, Pete. 2011. *The Flower and the Scorpion: Sexuality and Ritual in Early Nahua Culture*. London: Duke University Press.
- Smye, V., V. Josewski y E. Kendall. 2010. Cultural Safety: An Overview. *First Nations, Inuit and Métis Advisory Committee*, 1-28. Mental Health Commission of Canada.
- Tita, Alan, Jeffrey Stringer, Robert Goldenberg y Dwight Rouse. 2007. Two Decades of the Safe Motherhood Initiative: Time for Another Wooden Spoon Award? *Obstetrics and Gynecology* 110 (5): 972-77.
- Thompson, Joyce Beebe. 2005. International Policies for Achieving Safe Motherhood: Women's Lives in the Balance. *Health Care for Women International* 26 (6): 472-83.
- Valdez-Santiago, Rosario; Híjar, Martha; Rojas Martínez, Rosalba; Ávila Burgos, Leticia. 2013. Prevalence and Severity of Intimate Partner Violence in Women Living in Eight Indigenous Regions of Mexico. *Social Science & Medicine* 82: 51-64.
- Wagner, Marsden. 2001. Fish Can't See Water: The Need to Humanize Birth. *International Journal of Gynecology*

& *Obstetrics* 75 (S1): S25-S37.

Walsh, Linda. 2009. Childbirth in the Mayan Communities. En *Childbirth across Cultures: Ideas and Practices of Pregnancy, Childbirth and the Postpartum*, editado por H. Selin y P.K. Stone, 255-264. New York: Springer.

Williams, Robyn. 1999. Cultural Safety — What Does It Mean for Our Work Practice? *Australia and New Zealand Journal of Public Health* 23 (2): 213–14.

Wilson, Denise y Stephen Neville. 2009. Culturally Safe Research with Vulnerable Populations. *Contemporary Nurse* 33 (1): 69–79.

Wilson, Kevara Ellsworth. 1996. 'Your Destiny Is to Care for Pregnant Women': Midwives and Childbirth in Nahualá. En *Health Care in Guatemala: Confronting Medical Pluralism in a Developing Country*, editado por Walter Adams y John P. Hawkins, 125-147. University of Oklahoma Press.

Xaba, Thokozani. 2008. Marginalized Medical Practice: The Marginalization and Transformation of Indigenous Medicines in South Africa. En *Another knowledge is possible: beyond Northern epistemologies*, editado por Boaventura de Sousa Santos, 317-51. Londres: Verso.