



Por tu propio bien: la herencia del paternalismo británico y las parteras indígenas de India

For your own good: British paternalism heritage and indigenous birth assistants in India

Antonia Navarro Tejero¹.@

¹ Universidad de Córdoba. Facultad de Filosofía y Letras. Departamento de Filología Inglesa y Alemana.
@ Autor/a de correspondencia: antonia.navarro@uco.es

Resumen

Con la premisa de que la violencia obstétrica es violencia de género, hacemos un recorrido por la historia de la medicalización del parto durante la época del Raj británico en India, y describimos cómo el nacimiento y el parto les fueron robados a las parteras indígenas (*dais*). La ideología colonial trajo consigo la idea de que el hombre blanco occidental podía salvar a la India de sus peores pesadillas, fueran éstas reales o construidas por el mismo Imperio. La profesionalización del oficio de partera y la medicalización del parto fueron las herramientas “sanadoras” impuestas por occidente una vez que se definieron los cuerpos de las parturientas como patológicos, pues si se trata el parto como si fuera una enfermedad (su consecuencia el dolor), hay que combatirlo en hospitales y con los “avances” de la medicina occidental. Con el fin de desvelar los mecanismos de esta violencia interiorizada en India, se hace uso de las teorías que promulgan los Estudios de lo Subalterno, las teóricas Spivak y Mohanty, y Foucault, para demostrar que no sólo la maternidad, sino también el rito que convierte a las mujeres en madres, han sido manipulados por el poder. En este artículo, nos centramos en el papel de las parteras indígenas y cómo fueron desplazadas por las matronas obstetras británicas, quienes convencieron a la clase pudiente india de que un parto sin “ciencia” no es posible, y así poder practicar los métodos artificiales recién adquiridos en su formación en Inglaterra como son el uso de fármacos de manera rutinaria e intervenciones. Además de analizar la triple marginación de las parteras indígenas en su condición de subalternas, destacamos los mecanismos actuales de revaloración de sus prácticas ancestrales que devuelven al ámbito doméstico su potencial subversivo.

Palabras claves: clase social, parteras indígenas, *dais*, poder, violencia obstétrica, India.

Abstract

Taking into account that obstetric violence is gender violence, this article focuses on an account of the history of the medicalization of childbirth during the British Raj in India, and on how birth and delivery were stolen from indigenous midwives (*dais*). The colonial ideology brought the idea that white Western man could save India from its worst nightmares, either real or constructed by the Empire itself. The professionalization of the role of traditional birth assistants and the medicalization of childbirth were the “healing” tools imposed by the West, once the bodies of women in labor were defined as pathological, as if labor is treated as a disease (therefore pain), it has to be treated at hospitals and with the “advances” of Western medicine. In order to unravel the mechanisms of this internalized violence in India, we make use of the theories promulgated by the Subaltern Studies Group, Spivak, Mohanty, and Foucault, to demonstrate that not only motherhood, but also the rite which converts women into mothers, have been manipulated by power. In this paper, we focus on the role of indigenous birth assistants and how they were displaced by British obstetricians, who convinced the wealthy Indian class that childbirth without “science” is not possible, so that they could practice artificial methods newly acquired in their training as midwives in England, as for example the use of drugs and interventions routinely. In addition of analyzing the triple marginalization of indigenous birth assistants in their subaltern status, we highlight the current mechanisms of reassessment of their ancestral practices that place the domestic sphere back to its subversive potential.

Keywords: social class, traditional birth assistants, *dais*, power, obstetric violence, India.

Por más que los textos orientalistas y los medios de comunicación actuales nos intenten hacer creer que a la India exótica la distancian del mundo “civilizado” no sólo los más de diez mil kilómetros, sino también su falta de desarrollo y progreso, es bien sabido que ninguna práctica que ejerza violencia sobre las mujeres está justificada por ninguna cultura en concreto, que las identidades son plurales, las culturas co-existen y las concepciones misóginas aparecen en todas las sociedades. En relación al trato de los cuerpos de las mujeres en el momento del parto, poco existe de diferencia entre España y la India, salvando algunos detalles históricos particulares. Los relatos que contaba Consuelo Ruiz en sus numerosas publicaciones hacen recordar los vividos por las parteras tradicionales de la India desde el s. XIX. La matrona Ruiz atendía partos en las zonas más pobres de su ciudad cada vez que se lo solicitaban, luchaba por hacerse oír entre obstetras varones una vez le permitieron el acceso a los estudios de comadrona, y hasta los últimos días de su vida ha luchado desde la trinchera de los hogares de las parturientas. La misma historia se ha vivido en India, donde el oficio de partera era transmitido de generación en generación, se paría en casa, siendo el masculinizado Imperio Británico quien introdujo la tecnología en los partos, profesionalizando el oficio y fomentando la división de clases/castas.

Con la premisa de que la violencia obstétrica es violencia de género, y que pasa en la mayoría de los casos desapercibida, silenciada, sin atención y no reconocida como tal, este artículo hace un recorrido por la historia de la medicalización del parto durante la época del Raj británico en India, y se explica cómo el nacimiento y el parto les fueron robados a las parteras indígenas, haciendo de la hospitalización durante el proceso algo deseable por la élite india. La ideología colonial trajo consigo la idea de que el hombre blanco occidental podía salvar a la India de sus peores pesadillas, fueran éstas reales o construidas por el mismo Imperio. La medicalización del parto se convierte, así, en la herramienta “sanadora” impuesta por occidente una vez que se definieron esos cuerpos en tránsito como patológicos, pues si se trata el parto como si fuera una enfermedad (su consecuencia el dolor), hay que combatirlo en hospitales y con los “avances de la medicina moderna”.

Con el fin de desvelar los mecanismos de esta violencia interiorizada en India, el presente artículo se basa en las teorías que promulgan los Estudios de lo Subalterno, las teóricas Spivak y Mohanty, y Foucault, para demostrar que no sólo la maternidad, sino también el rito que convierte a las mujeres en madres, han sido manipulados por el poder. Si a esto le añadimos la aparición en escena de las grandes empresas multinacionales actuales, las mujeres ya sean pobres o pertenezcan a clases más pudientes, permanecen en un plano pasivo, sin poder de información-decisión, y sobre quienes se viene ejerciendo una violencia obstétrica (física y/o mental) en muchos casos irreparable. En este artículo, nos centramos en el papel de las parteras indígenas y cómo fueron desplazadas por las matronas obstetras británicas, quienes convencieron a la clase pudiente de que un parto sin “ciencia” no es posible, y así pudieron practicar los métodos artificiales recién aprendidos en su formación en Inglaterra como son el uso de fármacos de manera rutinaria e intervenciones. Las mujeres pobres seguían requiriendo los servicios de las parteras indígenas y así el parto dirigido por

la ciencia occidental se convierte en una cuestión de clase.

Además de analizar la triple marginación de las parteras indígenas en su condición de subalternas, este artículo destaca los mecanismos de revaloración de sus prácticas ancestrales que devuelven al ámbito doméstico su potencial subversivo por lo que expone brevemente varios proyectos actuales que pretenden poner en valor los conocimientos ancestrales de las parteras indígenas.

CREANDO UNA ÉLITE: EL DISCURSO BIOMÉDICO IMPERIALISTA Y EL PATRIARCADO BRAHMÁNICO

Cuenta Guha que la misionera británica, Elizabeth Bielby, le llevó un mensaje de la Maharani de Panna a la Reina Victoria, a quien imploraba que hicieran algo por sus “hijas en India”, quienes sufrían terriblemente en sus partos. Fue la propia reina quien en 1883 le encomendó a la esposa del Virrey Lord Dufferin que se interesara por la salud maternal de las mujeres indias y así se creó la Fundación dos años más tarde, cuyo principal papel fue hacer del conocimiento occidental médico algo no sólo aceptable sino también deseable entre las mujeres indias “respetables”, es decir, de clase elevada (Guha, 1998). Las misioneras se centraban en proveer de un sistema de cuidados durante el parto alternativo al practicado hasta entonces, haciéndoles creer a esta clase media-alta que es posible una atención más segura y un proceso menos doloroso. De este modo, el dolor se convierte en una cuestión de clase y se las convence para tener los partos medicalizados en hospitales¹. Por esa época, estaba en juego la creación de una clase social nueva, una elite occidentalizada que estaba conformando su identidad.

Bielby fue la misionera que preparó el terreno a la Fundación Dufferin, medicalizando los partos. Era auto-didacta, con conocimientos sacados de manuales y experiencia en las *zenanas*². En India eran las mujeres quienes se encargaban de ayudar a las parturientas en el momento de dar a luz, mientras que en Inglaterra se estaba empezando en esa época a permitir la admisión a las mujeres en las facultades de Medicina. Cuando en Inglaterra a las mujeres se les concedió ese derecho, Bielby regresó a su país para formarse y continuar después con su trabajo en India. Y así, muchas mujeres se graduaron en las facultades de Medicina con el único propósito de ejercer sus prácticas en India, ya que no existía la oportunidad en su país, y a pesar de no recibir las mismas prestaciones que sus homólogos varones.

Las misioneras británicas formadas en obstetricia intentaron desplazar a las parteras tradicionales de la India que, en contraposición, no sólo carecían de formación

1 Ruiz Vélez-Frías, testigo de la campaña de medicalización de los partos desde los años 40 en España relatados en su libro *Parir sin miedo*, cuenta cómo a la Reina Victoria le administraron cloroformo en el parto de Eduardo VII para combatir el dolor. A esta técnica se la conocía como la “anestesia de la reina” y se aplicaba sólo a parturientas de alta clase social. En el mismo libro, cita Jesús Sáenz que “El dolor ha sido creado e institucionalizado por la ignorancia, y se mantiene porque constituye un formidable instrumento de poder”.

2 Era misionera Zenana, tomado del nombre de la zona apartada donde se concentraban las mujeres en las casas. Estas misioneras permanecían en las zenanas con el fin de convertirlas al cristianismo. Durante la década de 1880s, estas misiones reclutaban a médicas británicas para que fueran a India y también animaban a las mujeres indias a que estudiaran medicina si se bautizaban.

académica, sino que además pertenecían a las castas más bajas. Las *dais* eran mujeres normalmente intocables o musulmanas pobres, ya que el parto y el nacimiento son considerados por el patriarcado brahmán actos impuros debido al contacto con los fluidos de las mujeres. Sus labores consistían en cortar el cordón umbilical, lavar las ropas de la puérpera, quemar o enterrar la placenta, masajear a la madre y al bebé e incluían rituales y remedios con hierbas locales. Era una actividad impuesta, ya que el oficio pasaba de madres a hijas, y muy mal pagada por tratarse del trabajo de una mujer “impura”.

Según Chawla (2013), el nuevo concepto importado de la higiene fue clave para la definición de la nueva clase media y por oposición de las castas bajas. La cantidad de informes redactados por las misiones y colonos sobre las condiciones de los partos le servían al imperio para probar su superioridad científica y moral, basándose en la promoción del valor de la medicina occidental como ciencia objetiva y sanadora. Por otro lado, Malhotra (2006) considera esta noción de limpieza aséptica y de desinfección como arma para introducir la medicina occidental y convertirse en ideología para imponer la identidad de la clase media en contraposición con las nociones de pureza y contaminación relacionadas con las castas (Malhotra, 2006). Y así, la idea de la maternidad ideal fue usada por el movimiento nacionalista de reconstrucción que incluía nociones occidentales (Mukherjee, 2001). La discusión giraba en torno a la idea de que una mujer ignorante no sólo ponía en peligro su propio cuerpo, sino que al producir una descendencia deficiente y débil estaban destruyendo la nación. Por lo tanto, el paso de la partera indígena a la obstetra británica se vio como un avance en el progreso del país.

El Imperio Británico intentó fomentar la división por castas en su colonia e intentó crear una élite de indios que conformaría la nueva clase media con medios y susceptible de ser occidentalizada con el fin de facilitar la labor colonialista. Los indios occidentalizados que pertenecían a la élite socialmente relacionada con los colonos mostraban un rechazo exagerado hacia las tradiciones relacionadas con la salud de las mujeres. Recordemos que Macaulay en 1835 declaró que el nuevo sistema educativo que introdujeron en India debía tener como objetivo crear una clase de nativos de sangre y color, pero ingleses en gustos, opinión, moral e intelecto. Por medio de este imperialismo cultural, muchos nativos interiorizaron la admiración hacia la “medicina científica” dominante en la Inglaterra de la época de Macaulay.

Si bien la obstetricia occidental aterrizó en India con la intención paternalista de salvar a las mujeres indias de las prácticas bárbaras tradicionales, no hay que pasar por alto el hecho de que los propios doctores indios de casta alta, como por ejemplo Kamakhya Charan Bandyopadhyaya, también abogaban por la inferioridad de las mujeres basada en su naturaleza débil, al igual que sus homólogos británicos. Entre sus argumentos pseudo-científicos se encontraba el razonamiento que el tamaño más pequeño de los cuerpos de las mujeres y sus órganos en relación al de los varones es prueba de la inferioridad de sus funciones. Y ya que los cuerpos de las mujeres están condicionados constantemente por los fluidos cuyo cambio afectan al equilibrio mental, la conclusión a la que llega la medicina es que los varones

fueron creados para la actividad intelectual y el trabajo físico, mientras que las mujeres fueron diseñadas para dar a luz, ofrecer cuidados a sus descendientes y llevar a cabo las tareas domésticas. Por supuesto, este médico se opuso a la reforma civil que promovía la educación de las mujeres, ya que según él contravenía los deseos divinos y dañaba el destino biológico de las mujeres³. Y así, justificaba la práctica de la reclusión (*avarodh* en la tradición hindú, y *pardah* en la islámica más tarde adoptada por la élite hindú), basando su teoría en los estudios de los británicos Chevers y Carpenter, y el tratado misógino de *Manu Smriti*⁴, estratégicamente promovido por los británicos sobre la base de sus consultores brahmanes y destacado entre tantos otros más respetuosos y liberales con las mujeres como podía ser el *Narada Smriti*⁵. Esto demuestra que el debate que abrió Sherry B. Ortner sobre el dualismo “naturaleza y cultura” es transnacional. La época victoriana llevó a India no sólo su visión imperialista del mundo, sino también su aproximación misógina al cuerpo de las mujeres y, por supuesto, el decoro impuesto por la doble moral.

Guha, en su ensayo “The Nature of Woman: Medical Ideas in Colonial Bengal”, demuestra que no existió una rotura real entre la teoría médica nativa y la colonial, aún cuando se empeñaban los médicos británicos y aquellos bengalíes formados en medicina occidental en que la ciencia médica pertenece al campo de la razón y se basa en evidencia empírica. Los procesos de embarazo y parto han sido discutidos durante siglos relacionados con la naturaleza de las mujeres. Y en este sentido, tanto la ciencia médica occidental como los tratados indios de Yoga y de Ayurveda (las mujeres no forman parte de la tradición sánscrita puesto que los *yogis* y los *vahadillas* son hombres cultos que pertenecen a la casta alta, mientras que las parteras indígenas son mujeres iletradas, de casta baja) intentan argumentar que sus metodologías y resultados son objetivos. Es decir, la medicina india adaptó la teoría médica occidental a sus propias convicciones y así la retórica de la racionalidad fue central para el discurso biomédico sobre la feminidad en el s. XIX. Más que redefinir la naturaleza de las mujeres, la medicina europea llevó a India argumentos que reforzaban, con una serie de pruebas “empíricas”, las creencias del patriarcado brahmánico. Los roles de género, así, se reiteraban, más bien que redefinirse, en el lenguaje de la ciencia y de la medicina.

EL DISCURSO FEMINISTA OCCIDENTAL: LAS DAIS COMO ENTE SUBALTERNO

Un ejemplo claro de cómo la labor de las *dais* era interpretada y representada en el imaginario occidental es la obra *Mother India* de Katherine Mayo. La influyente feminista Mary Daly hace un recorrido por las reacciones

3 Para un estudio en castellano sobre la educación de las mujeres en India durante la época colonial, véase “La educación femenina en la India durante la época colonial” de Val Cubero.

4 Su teoría se basaba en los trabajos de los británicos Norman Chevers (1856), Carpenter (1842) y el código moral hindú *The Laws of Manu*.

5 Cuenta Narayanan (1999) que los británicos, en su empeño por crear un código legal para la India, le encargaron a varones brahmanes la traducción de los textos sagrados que creyeran más importantes y de ahí la notoriedad del *Manu Smriti*, código legal entre muchos otros y poco conocido por la población de entonces.

contra dicho libro como si hubiera existido una resistencia colectiva al trabajo de las investigadoras feministas. Daly apoya en todo momento el trabajo de campo de Mayo por considerarlo realista al servir de informante de primera mano. Mayo relata en su obra las costumbres que ella consideró misóginas de India, y cita al Dr. N.N. Parikh, quien argumentaba que las mujeres indias están al nivel de los animales debido a su ignorancia y al sistema de reclusión, incapaces de cuidar de ellas mismas y sin voluntad ninguna. En su capítulo sobre la maternidad, Mayo hace un recuento orientalista y eurocéntrico sobre las prácticas de las *dais*, destacando la falta de higiene y los rituales descritos de forma irrisoria como prueba de su ignorancia poco civilizada.

Es de destacar que hubo un intento por parte de las misioneras británicas por formar a las parteras tradicionales⁶, enseñándoles normas básicas de su noción de higiene y el reconocimiento de síntomas peligrosos⁷, pero a principios del s. XX se vio como un fracaso. Para esta casta de mujeres, formarse es una pérdida de tiempo puesto que no logran entender los contenidos por ser analfabetas, ni tampoco recibirían honorarios más elevados por parte de las pacientes, que eran también las más pobres entre las pobres. Las misioneras que impartían las clases exigían un cambio en el paradigma de estas mujeres sin mejorar sus condiciones y normalmente no estaban familiarizadas con las condiciones de su trabajo como parteras ni con las realidades de sus vidas, además de que indudablemente habían atendido muchos menos partos que las propias *dais*.

Las *dais* son un claro ejemplo de mujeres subalternas por su condición de género, clase, casta y al margen de cualquier sistema estatal que acredite su profesión, que está por definición fuera del orden y está asociada con la liminalidad⁸. Su proceso de aprendizaje no se hace en el aula, ni en el hospital, sino en las casas acompañando a sus abuelas y madres antes de cumplir los diez años y practicando con muñecas. Estas técnicas se catalogaron como nada “científicas” puesto que no tienen equipamiento médico de ningún tipo de tecnología, ni usan fármacos, basándose en percepciones como el uso del aceite para conocer el progreso del trabajo del parto, el estado de la placenta que después de un ritual de ofrecimientos es enterrada, y la experiencia de tantos muchos otros partos. La creencia en las diosas que gobiernan los partos fue reemplazada por las inyecciones de oxitocina para estimular las contracciones. Foucault reconoció el problema de las disparidades existentes entre las bases epistemológicas del poder y de quienes no pertenecen a la élite:

“I believe that by subjugated knowledges one would understand...a whole set of knowledges that have been disqualified as inadequate to their task or insufficiently elaborated: naïve knowledges, located low down on the

hierarchy, beneath the required level of cognition or scientificity” (Foucault, 1980).

Una vez categorizadas las *dais* como subalternas por su doble marginación como mujer que está fuera del sistema védico, podríamos añadir un tercer elemento de opresión, que va más allá del sistema patriarcal y castista hindú, que es la categoría formulada en occidente del concepto de Mujer del Tercer Mundo. Si ya la “mujer del tercer mundo” ha sido definida como un ente monolítico, como argumentaba Mohanty, las *dais* cargan a sus espaldas una serie de estereotipos que la hacen ignorantes, pobres, e iletradas, como contraste no sólo a las mujeres indias de casta alta, sino también a las mujeres occidentales.

Mohanty sugiere que algunos textos feministas recientes ven a la mujer del Tercer Mundo como un sujeto monolítico. Esta teórica habla sobre la diferencia entre ‘mujer’ (un concepto cultural e ideológico construido a través de discursos categóricos) y ‘mujeres’ (sujetos reales de una historia colectiva). Esta conexión entre mujeres como sujetos históricos y la representación de la mujer producida por los discursos hegemónicos es una relación arbitraria en un contexto histórico y cultural concreto. Algunas escritoras feministas colonizan el material y la heterogeneidad histórica de la vida de las mujeres en el Tercer Mundo produciendo y representando así un concepto simple de esta mujer, una imagen que aparece arbitrariamente construida pero que conlleva la autorización del discurso paternalista occidental (Mohanty, 1985). Esto supone un esencialismo basado en su género:

This average Third-World Woman leads an essentially truncated life based in her feminine gender (read: sexually constrained) and being ‘third world’ (read: ignorant, poor uneducated, tradition-bound, religious, domesticated, family-oriented, victimized, etc.). This is in contrast to the (implicit) self-representation of western women as educated, modern, as having control over their own bodies and sexualities, and the ‘freedom’ to make their own decisions (Mohanty, 1985)⁹.

Como hemos visto más arriba, las parteras tradicionales fueron abandonadas no sólo por el discurso biomédico, sino también por el feminista occidental. El problema principal tiene que ver con las jerarquías de poder y su consecuente opresión y de ahí surgen las categorías taxonómicas según binomios opuestos e irreconciliables colonizadora/colonizada, clase media/pobre, casta pura/contaminación de las intocables, etc. La concepción lineal del tiempo hace que se considere el “progreso” como lo contrario a lo “tradicional” y así se espera que la sociedad india siga a la occidental en su evolución hacia lo “moderno” como algo deseable. Ya sabemos que la historia está escrita por la élite y que ésta marginaliza a quienes no dominan porque no tienen poder. Y así, se ha desterrado a las *dais* de la historia.

6 Una de las más reconocidas fue S.S. Hewlett, de la Church of England Zenana Missionary Society, que abrió una escuela de formación en Amritsar en los 1870s.

7 El “Five Cleans” dentro del programa Safe Motherhood and Child Survival.

8 Ranajit Guha (1998), el fundador de los estudios de subalterno en India, define el concepto de subalterno como “a name for the general attribute of subordination ... whether this is expressed in terms of class, caste, age, gender, and office or in any other way” (mi traducción: “el nombre general para el atributo de subordinación... tanto si se expresa en términos de clase, casta, edad, género, oficina como de cualquier otra manera”).

9 Mi traducción: “la mujer media del tercer mundo lleva una vida esencialmente truncada, basada en su género femenino (léase: reprimida sexualmente), y en el hecho de pertenecer al tercer mundo (léase: ignorante, pobre, inculta, tradicional, religiosa, domesticada, familiar, víctima, etc.) Esto funciona como contraste implícito de la propia representación de las mujeres occidentales como cultas, modernas, con control sobre sus cuerpos y sexualidades, y con la libertad de tomar sus propias decisiones”.

UNA VOZ PROPIA: PROYECTOS ACTUALES DE RECUPERACIÓN DEL CONOCIMIENTO INDÍGENA SOBRE LOS PARTOS

Según Chawla, el conocimiento sobre el parto y el nacimiento que tienen las *dais* ha sido eclipsado no sólo por su relación con las castas bajas, el colonialismo y la modernidad, sino también por la política global y las fuerzas económicas. Así, el trabajo de las *dais* nunca ha sido reconocido por el gobierno, puesto que se entiende como una extensión de la esfera doméstica¹⁰. El conocimiento práctico heredado de generación en generación, y en especial si se trata del conocimiento de las mujeres pobres, ha sido marginalizado. Según Mehrotra (2006), las zonas de la vivienda destinadas a los quehaceres de las mujeres, como son la cocina y la sala del parto y nacimiento, no se han visto como lugares de conocimiento. Lo que está en juego es cómo se valida el conocimiento y qué significa que éste sea considerado científico o no. Nandy y Visvanathan (1990) argumenta que el discurso científico pretende ser universal e invalida cualquier otro conocimiento práctico.

Desde que el Imperio británico introdujera la figura de la obstetra y matrona, las *dais* siguen siendo la única realidad para las parturientas pobres, contando con un total de unas quinientas mil, es decir, al menos una en cada pueblo. De este modo, argumenta Chawla en que la política actual sobre la salud pública está ignorando este recurso humano, cultural, geográfica y económicamente accesible a una vasta población marginalizada (Chawla, 2013).

En estos momentos, se está llevando a cabo una labor ardua para poner en valor el trabajo realizado por estas *dais*, también llamadas TBAs (*traditional birth assistants* -parteras tradicionales-, no consideradas capacitadas para las instituciones sanitarias del país). A diferencia de las matronas, las *dais* siguen siendo mujeres que pertenecen a las castas más bajas, pero que tienen un conocimiento médico indígena no reglado por ninguna escuela, y que además de atender al aspecto físico del parto, atiende al espiritual. Hoy en día sirven a las mujeres más pobres del país, pues tras el intento de llevar a las mujeres parturientas a los hospitales durante el s. XIX, sólo las mujeres que se lo pueden permitir acuden allí para dar a luz.

Durante sus quince años de investigación sobre las *dais* con el fin de documentar lo mejor de su tradición, Chawla (2013) ha creado junto a otras profesionales un proyecto llamado JEEVA¹¹. Desde el s. XIX, todo estudio relacionado con las *daisha* estado relacionado con el área de la salud para probar si sus métodos funcionaban o no. En un intento de darle la vuelta a las jerarquías, el proyecto JEEVA

está escribiendo la historia a partir de las propias voces de las *dais* para comprenderlas en su contexto comunitario. Para ello, han hecho un estudio de campo donde estas prácticas tradicionales son lo habitual por medio de entrevistas con preguntas abiertas y ayudadas por la ONG Jan Chetna Manch. El proyecto MATRIKA (Motherhood and Traditional Research, Information, Knowledge and Action), también se dedica a investigar y documentar las técnicas de las parteras tradicionales, sus conocimientos y contexto cultural con el fin de reclamar la medicina indígena relacionada con los partos y nacimientos.

Aunque consideradas analfabetas, las *dais* son capaces de “leer” los cuerpos de las parturientas con respeto y naturalidad. JEEVA ha descubierto, por ejemplo, que aunque no ha habido contacto entre los sistemas de conocimiento del Ayurveda y aquel practicado por las *dais*, ambas prácticas funcionan en el mismo nivel de experiencia contrario a lo que la biomedicina occidental hace con los cuerpos al considerarlos únicamente como química/materia.

Fruto de este interés actual por apreciar una epistemología más favorable para la madre, incluso ecológica, se han creado bastantes casas de parto en India, entre las que podemos destacar Birthvillage Natural Birthing Centre, que trata de hacer sentir a la madre como si estuviera en un ambiente familiar y no en un hospital asociado a la enfermedad o a la muerte, The Birthing Sanctuary en Goa y The Sanctum, Healthy Mother Natural Birth Center en Hyderabad, entre otras. La filosofía que comparten es la conciencia del cuerpo procreador de las mujeres como un lugar no patológico valorado como un cuerpo que apoya la vida, se inserta, en contra de la obstetricia, en la naturaleza usando hierbas, ritos y el manejo de las manos para confortar a la parturienta y favorecer el nacimiento¹².

CONCLUSIONES

Spivak concluyó con su polémico artículo que si el subalterno pudiera hablar, dejaría de pertenecer a esa categoría. Los proyectos JEEVA y MATRIKA están re-escribiendo la historia desde abajo, pues le están otorgando voz a las silenciadas con el fin de poner en valor sus conocimientos ancestrales a la vez que se desmantelan concepciones eurocéntricas de sus prácticas. Si bien, hemos conocido su historia a través de la lente compartida del Imperio y de las castas altas misóginas, con estos proyectos tenemos la oportunidad de contar sus propias vivencias, sus conocimientos, sus logros tan valiosos para la comunidad y tan desprestigiados si no ignorados, y sus demandas, más allá de cualquier representación sensacionalista¹³. Proyectos como éstos son necesarios para poner en valor la medicina indígena y evitar el continuado descrédito de los conocimientos colectivos prácticos de sus propios cuerpos, llegando a ser ridiculizados por considerarse salvajes, peligrosos y nada civilizados.

La voz de las mujeres *dais* sigue negociando espacios

10 A pesar de que según la estadística de la National Family Health Survey-III (2007), la asistencia al parto se distribuye de la siguiente manera en India: Dai 36.6%, médicos 35.2%, matrona/enfermera 10.3%, familiar 16.2%, alumbramientos a solas 0.5% (tabla 8.18, página 215). No tenemos datos más actuales, puesto que la fase IV está en marcha y comprende los años 2014-2015.

11 El nombre proviene de la palabra *jeev*, que significa “vida”. Una de las motivaciones de este grupo de investigación es dar a conocer la técnica de las *dais* de revivir al neonato cuando tiene el cordón umbilical intacto, estimulando la placenta con calor, técnica popularmente conocida pero totalmente ausente en el campo médico, administrativo e incluso en las ONGs. Se basa en que la vida se transmite desde la placenta a través del cordón umbilical.

12 Sin embargo, en India, la cuestión de clase sigue prevalente; las pobres entre las pobres de las chabolas siguen pariendo en casa en condiciones insalubres por falta de agua fresca principalmente y no tienen acceso a estas casas de parto donde se usan métodos tradicionales y naturales.

13 Para un estudio sobre la representación de las mujeres *dalits*, véase mi artículo en la revista *Identidades*.

donde el género, la casta y la clase social se encuentran en el contexto moderno. Sin duda, es un espacio fuera de dicotomías fabricadas que provoca ansiedad al resto de la sociedad, al ser complejo y lleno de contradicciones. Existe una continua redefinición de los parámetros de este espacio, pero las mujeres *dais* están mostrando su valentía al perpetuar sus prácticas y conocimientos, devolviendo al ámbito doméstico su potencial subversivo.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido financiada gracias al Ministerio de Economía y Competitividad (Proyecto “Cuerpos en Tránsito”, Ref. FFI2013-47789-C2-1-P) y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional.

REFERENCIAS

- Carpenter, William Benjamin. 1842. *Principles of Human Physiology: With their Chief Applications to Pathology, Hygiene, and Forensic Medicine*. Philadelphia: Lea and Blanchard.
- Chawla, Janet. 2013. The Life-Bearing Body in Dais' Birth Imagery. En Samuel, Geoffrey y Johnston, Jay (eds.) *Religion and the Subtle Body in Asia and the West: Between Mind and Body*, 8-48. New York: Routledge.
- Chevers, Norman. 1856. *A Manual of Medical Jurisprudence for Bengal and the North-Western Provinces*. Calcuta: F. Carbery, Bengal Military Orphan Press.
- Daly, Mary. 1978. *Gyn/Ecology: The Metaethics of Radical Feminism*. Boston: Beacon Press.
- Foucault, Michel. 1980. *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings* (Gordon, C. ed. y traduc.). New York: Pantheon Books.
- Guha, Ranajit. 1998. *Dominance without Hegemony: History and Power in Colonial India*. Cambridge: Harvard University Press.
- Guha, Surpiya. 1996. The Nature of Woman: Medical Ideas in Colonial Bengal. *Indian Journal of Gender Studies*, 3(1): 23-37.
- Guha, Supriya. 1998. From Dais to Doctors: The Medicalisation of Childbirth in Colonial India. En Lingam, Lakshmi (ed.) *Understanding Women's Health Issues: A Reader*, 145-61. New Delhi: Kali for Women.
- International Institute for Population Sciences (IIPS) and Macro International. 2007. *National Family Health Survey (NFHS-3), 2005-06: India: Volume I*. Mumbai: IIPS.
- Jayawardena, Kumari. 1986. *Feminism and Nationalism in the Third World*. New Delhi: Kali for Women.
- Macaulay, Thomas Babington. 1967. Indian Education: Minute of the 2nd of February, 1835. En Young, G.M. (ed.) *Macaulay: Prose and Poetry*, 719-30. Cambridge: Harvard University Press.
- Malhotra, Anshu. 2006. Of Dais and Midwives: 'Middle Class' Interventions in the Management of Women's Reproductive Health in Colonial Punjab. En Hodges, Sarah (ed.) *Reproductive Health in India: History, Politics, Controversies*, 168-199. Hyderabad: Orient Longman.
- Mayo, Katherine. 1927. *Mother India*. Edición de 1977. Delhi: Low Price Publications.
- Mehrotra, Deepti Priya. 2006. Birth Rights, Experiences and Knowledge Claims. En Chawla, Janet (ed.) *Birth and Birthgivers: The Power Behind the Shame*, 172-202. New Delhi: Har-Anand Publications.
- Mohanty, Chandra Talpade. 1985. Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses. *Boundary* 12(3)-13(1): 333-359.
- Mukherjee, Sujaya. 2001. Disciplining the Body? Health Care for Women and Children in Early Twentieth-Century Bengal. En Kumar, Deepak (ed.) *Disease & Medicine in India: A Historical Overview*, 198-214. New Delhi: Tulika Books.
- Nandy, Ashis y Visvanathan, Shiv. 1990. Modern Medicine and its Non-Modern Critics: A Study in Discourse. En Apffel Marglin, Frederique y Apffel Marglin, Stephen (eds.) *Dominating Knowledge: Development, Culture, and Resistance*, 145-84. Oxford: Clarendon Press.
- Narayanan, Vasudha. 1999. Brimming with *Bhakti*, Embodiments of *Shakti*: Devotees, Deities, Performers, Reformers, and Other Women of Power in the Hindu Tradition. En Sharma, Arvind y Young, Katherine K. (eds.) *Feminism and World Religions*, 25-77. New York: State University of New York Press.
- Navarro Tejero, Antonia. 2007. Voces que hablan, oídos que no escuchan: mujeres dalits en India. *Identidades: revista interdisciplinaria de estudios de las mujeres y el género*, 4: 101-115.
- Ortner, Sherry B. 1974. Is Female to Male as Nature is to Culture? En Zimbalist Rosaldo, Michelle y Lamphere, Louise (eds.) *Woman, Culture, and Society*, 68-87. Stanford: Stanford University Press.
- Ruiz Vélez-Frías, Consuelo. 2012. *Parir sin miedo: el legado de Consuelo Ruiz*. Tenerife: Obstare.
- Spivak, Gayatri. 1988. Can the Subaltern Speak? En Nelson, Cary y Grossberg, Larry (eds.) *Marxism and the Interpretation of Culture*, 271-313. Chicago: University of Illinois Press.
- Val Cubero, Alejandra. 2010. La educación femenina en la India durante la época colonial. *Educación XXI*, 13(2): 185-197.