
Parteras en Mérida. Una alternativa a la cesárea innecesaria^a

Marcia Good

RESUMEN

En estudios de partería, hay una tendencia de dicotomizar las prácticas de las parteras a la modernidad. Hay mucha ambivalencia en la forma de enfrentar a la modernidad, y en la literatura sobre partería podemos ver por lo menos dos: Por un lado, los estudios con enfoque en sistemas de salud demuestran la manera cómo la práctica de las parteras puede ser mejorada por medio de cursos de capacitación. Por otro lado, estudios con un enfoque culturalista tienden a romantizar y elogiar la sabiduría de las parteras y tienen como meta rescatar y valorar ciertas prácticas consideradas en peligro de desaparecer. En este artículo se trata de confrontar una cuestión de modernidad en el alumbramiento —los altos niveles de cesáreas— y demostrar que las prácticas actuales de partería en Mérida, están colocadas dentro de procesos sociales que contienden con la conceptualización moderna del alumbramiento como un proceso médico/tecnológico.

Palabras clave: Salud reproductiva, cesáreas, género

ABSTRACT

Studies of midwifery tend to counterpose the practices of midwives against an idea of modernity. There is much ambivalence in how to confront modernity, and in the literature on midwifery this happens in at least two ways. First of all, studies with a health system focus seek to show how midwifery practices can be improved to meet the needs of the health system through training courses. In contrast, studies with a cultural focus tend to applaud and extol the midwife's indigenous knowledge and argue for preservation of traditional ways of knowing and healing practices. In this article, I confront an issues of modernity in childbirth—the high rates of cesarean—and show that the current practice of midwifery in Mérida, Yucatán is imbedded within social processes which contend with the modern conceptualization of childbirth as a medical/technological procedure.

Key word: Reproductive health, caesarean section, gender

^aTraducción del inglés de Florencia Peña Saint Martin

Introducción

En este trabajo se pretende abordar el tema de cómo enfrentar la modernidad en estudios sobre la atención de partos. Actualmente, la tendencia es dicotomizar la atención de los partos en: el trabajo "tradicional" de la partera y el "moderno" de la medicina; los nacimientos atendidos en casa y los atendidos en la clínica; el conocimiento "empírico" de la partera y el "científico" de los médicos; la etnomedicina y la medicina alopática hegemónica. De esta manera, las prácticas de las parteras pertenecen a las zonas marginadas, al pasado, a un rasgo "cultural" o "tradicional". Aquí se pretende confrontar la modernidad en el alumbramiento, es decir, se cuestionan los altos niveles de cesárea para demostrar que las prácticas actuales de atención de los partos en Mérida están colocadas dentro de procesos sociales que contienden con la conceptualización moderna de alumbramiento como proceso médico-tecnológico.

Desde un principio fue evidente que la práctica de las parteras y los servicios de las clínicas y hospitales, aunque son diferentes formas de atención, no son excluyentes ni opuestas. Las clientes de las parteras y las parteras mismas narraban sus experiencias con las cesáreas intrahospitalarias y las pacientes en los hospitales públicos hablaban de sus experiencias con parteras.

Tomando como punto de partida que la experiencia de la cesárea cruza la categoría de clase y etnicidad, se hace evidente que no existe una línea sucesiva y continua que conduzca de los partos tradicionales en el hogar a los modernos en la clínica. Por lo tanto, resulta necesario investigar la conexión e interrelación que se establece entre el campo de acción de la partera y los niveles de cobertura del sector salud. Este tipo de trabajo tiene antecedentes de parte de investigadores mexicanos, Castro, Bronfman y Loya (1991) estudiaron cómo las mujeres en una comunidad en Morelos llevan a cabo una síntesis entre dos modelos de atención. Pero en las investigaciones sobre parteras mayas existe aún la tendencia a buscar el pasado en el presente, en lugar de investigar la interacción entre el alumbramiento en barrios pobres y zonas alejadas y el alumbramiento de las clases privilegiadas.

Se propone que en el estudio de las cesáreas basado en la experiencia de las mujeres que la viven pueda entenderse mejor el papel de la partera en la sociedad yucateca.

Hace mucho tiempo, Eric Wolf (1956:1075) recomendó estudiar las relaciones entre personajes importantes en las comunidades, como las parteras, y los sistemas más amplios, como el sector salud.

El estudio de estos "intermediarios" va a resultar provechoso en cuanto los antropólogos cambien su enfoque de la organización interna de comunidades hacia la manera en que éstas se integran a sistemas más extensos. Los intermediarios juegan un papel muy importante en las coyunturas críticas, los enlaces o las relaciones entre sistemas locales y complejos más abarcativos (traducción de la autora).

La antropología médica en las últimas décadas ha tenido que ampliar su enfoque para incluir no sólo la cultura, sino también el análisis de las relaciones existentes entre distintas esferas dentro de las cuales ocurren los procesos de salud enfermedad (económicas, políticas, ideológicas o sociales). De esta manera, se pretende crear una disciplina con mayor potencial y utilidad práctica, que tenga relevancia para la problemática social (Singer & Baer, 1995).

La mayoría de los trabajos que retoman esta temática la vislumbran en forma vertical, por ejemplo, desde las nuevas corrientes de la antropología médica un estudio sobre parteras tendría que llevarse a cabo dentro de un marco teórico que incluyera los costos sociales de la reproducción de la sociedad y la posición de la partera dentro del sistema de subordinación de la medicina alternativa entre las clases subalternas. Pero aquí se pretende dar un enfoque etnográfico, horizontal y fenomenológico en el estudio de las parteras y sus clientes, que rescate la interacción entre personas e instituciones con las experiencias cotidianas actuales en Mérida.

Estudios sobre "la partera maya"

Es necesario señalar que el estudio de los partos se inscribe en el campo de análisis etnográfico donde ha prevalecido una visión dicotomizada que ha impedido considerar a los mismos como procesos dinámicos, transformadores no sólo de los partos, sino también de las parturientas y las parteras en la sociedad yucateca. Para poder comprender mejor este proceso, primero se hará referencia a los trabajos académicos sobre la llamada "partera maya".¹

¹ Desde mi punto de vista es más correcto designarla como "partera yucateca" porque si bien es indudable que la mayoría de las parteras hablan maya y son "mestizas"—en el sentido yucateco de nombrar lo indígena como "mestizo"—(Burns, 1993), hay un porcentaje significativo de parteras que no hablan maya y que no se consideran mestizas. Sin embargo, hablen maya, español o ambos, todas son yucatecas. Por lo tanto, considero este término más apropiado aunque en la mayoría de los trabajos académicos se hable de la "partera maya".

Desde la época prehispánica la vocación de la partera ha sido respetada en la región. En Mesoamérica, el deceso de una mujer en el alumbramiento tenía las mismas características que el de un soldado en batalla (Vargas & Matos, 1973:304; Sullivan, 1980:46; Carillo, 1988b:20). En el discurso de la historia sobre las parteras en México, en palabras de Sahagún, la partera ha sido también “médica” (1985:374 citada en Mellado, Zolla y Castañeda). Por lo tanto existe continuidad en los términos de partera-curandera, partera-curandera-hierbera, partera-hierbera-huesera, partera-hierbera-sobadora, partera-pastillera, partera-boticaria, partera-adiestrada (Mellado, Zolla y Castañeda, 1989:131-133). Incluso se ha dicho que el calendario maya de 260 días fue diseñado sobre el modelo del ciclo de 260 días de la gestación humana (Tedlock, 1992). También se han encontrado referencias sobre las parteras en las escrituras mayas, por ejemplo el Popul Vuh de los mayas Quiché que narra el caso de una diosa, partera a la vez, que fue la que molió maíz hasta el noveno grado de fineza para elaborar a los primeros seres humanos (Tedlock, 1993). En Yucatán se tiene a Ixchel, la diosa maya de los partos, la procreación y la medicina, que fue conocida con muchos nombres, uno de los cuales fue “Sinahal”, señora de los partos (Thompson, 1970:241-249).

Para sus partos acudían a las hechiceras, las cuáles les hacían creer sus mentiras y les ponían debajo de la cama un ídolo de un demonio llamado Ixchel, que decían era la diosa de hacer las criaturas (de Landa, 1985:100).

Varias investigaciones han mostrado la importancia que tiene el parto entre los indígenas mayas de Mesoamérica, en Guatemala; en Yucatán y Chiapas, México; en Belice y Florida, Estados Unidos, entre los refugiados mayas que proceden de Guatemala (Bataille, 1970; Beyenne, 1989; Cosminsky, 1976, 1977, 1980, 1982a, 1982b; Cosminsky & Scrimshaw, 1980; Faust, 1988; Favier, 1984; Güemez, 1988; Hansen & Bastarachea, 1984; Jordan, 1979a, 1979b, 1980, 1984, 1987, 1989, 1990, 1993; Parra, 1991, 1993; Paul, 1974, 1978; Paul & Paul, 1975; Redfield y Villa Rojas, 1934; Rocha, 1991; Sibley, 1994; Sargeant & Bascopé, 1996).

En general, los estudios mencionados son descripciones etnográficas y recomendaciones para programas de capacitación para las parteras. Las parteras mayas han tenido una trayectoria histórica importante por su presencia en sus comunidades como comadronas y curanderas, por esta razón han llamado la atención de investigaciones etnomédicas. Por el status social elevado que conservan en sus comunidades

y que muchas parteras no poseen en otras poblaciones del mundo,² ellas también han sido objeto de atención de investigadoras feministas. Diversos estudios las han descrito como curanderas, hierberas, sobadoras, agentes de cambio social y expertas en etnomedicina; alaban sus contribuciones potenciales a programas de planificación familiar y como auxiliares en el Sector Salud, promoviendo una política de articulación con el sistema médico académico (Mellado *et al.*, 1989).

Las parteras mayas no solamente han sido objeto de una serie de investigaciones, sino también han tenido impacto en estudios sobre el alumbramiento como un tema con potencial teórico en antropología. Su influencia ha llegado a movimientos que promueven el parto natural en los Estados Unidos, especialmente por medio del trabajo de Jordan (1993) sobre las parteras yucatecas. Este trabajo, además de ser una de las obras más citadas en el campo de la “antropología de parto”, es un texto ampliamente leído por académicas y activistas en salud de la mujer y por parteras norteamericanas y europeas. Este libro ha llegado a la prensa popular y es consultado por personas interesadas en aspectos culturales del parto, lo cual le da mucho valor.

Estudios con enfoque “moderno”

La mayoría de los estudios llevados a cabo dentro del marco de la modernidad, enfatizan los avances tecnológicos globales a la vez que denigran los sistemas tradicionales y locales con el pretexto de que representan barreras para el desarrollo del capitalismo nacional y progresista (Newman, 1981; Schwartz, 1981; Velimirovic and Velimirovic, 1981). Estas investigaciones hacen evidente el descenso de los partos atendidos por parteras y las facilidades biomédicas. En el mejor de los casos, señalan la necesidad de entrenamiento e incorporación de las parteras al sector salud como auxiliares o como promotoras de salud, pero no prestan atención seria al valor de sus conocimientos empíricos. La partera es vista como una persona con necesidad de adiestramiento, se considera necesaria solamente para asistir partos de mujeres en zonas alejadas y no privilegiadas.

² Por ejemplo, la partera en la India llamada *dai* procede de la casta más baja y su trabajo es denigrado y poco respetado (Jeffrey & Jeffrey, 1993). En México también existen diferencias étnicas entre parteras, por ejemplo, en una comunidad de Oaxaca estudiada por Browner (1989) no hay parteras porque el conocimiento de cómo atender un parto es parte de la sabiduría de la comunidad.

Así, la atención tradicional de los partos es considerada como una costumbre antigua; es vista como una situación que se tiene que tolerar en el proceso de modernización, mientras se llega al punto en que la cobertura de servicios de la medicina biomédica y la tecnología sea total y ya no se necesite de ellas. La atención del parto por comadronas es sinónimo de procedimientos arcaicos, producto de tradiciones viejas e inútiles, de la ignorancia y pobreza. La intervención tecnológica es elogiada como moderna, vital para salvar vidas. Un ejemplo de las ventajas de la tecnología en la medicina biomédica y quirúrgica se sintetizan en las palabras de un doctor yucateco.

Los partos de hoy son por su esencia actos semiquirúrgicos en los que nunca falta, por lo menos, un suero por vía intravenosa. Cuando se entra en una sala de trabajo obstétrico se ven juntos tantos porta sueros y frascos colgantes a la vera de los pacientes, que aquello semeja un puerto oriental con su amontonamiento de barcas ancladas con las velas arriadas (Urzaiz, 1995).

Es indudable que la atención médica de los partos ha contribuido a bajar las tasas de mortalidad y morbilidad materno/infantil y que el acceso a servicios de urgencia es imprescindible en los partos complicados. Se ha estimado que una región debe tener un nivel de intervención quirúrgica aproximada del cinco por ciento para prevenir muertes materno/infantiles (Danel, 1994). Las parteras entrevistadas en Mérida, Yucatán, mostraron con orgullo sus certificados de asistencia a los cursillos de adiestramiento y las clientas potenciales se esfuerzan en buscar a las que tienen el apoyo del sector salud. Sin embargo, la utilización de tecnología en los partos está asociada a los sistemas jerárquicos de poder, debido a que la información necesaria para el uso de la tecnología está sometida a la tecnología misma donde solamente los expertos tienen acceso y control sobre ésta (Jordan, 1987). Mientras las parteras en Yucatán tienen cifras de baja mortalidad materno/infantil (Balám, 1992), sus conocimientos y estrategias exitosas están subordinados al modelo médico con tecnología y el cuidado en las clínicas. Esta situación ocasiona muchas veces que las mujeres marginadas económica y geográficamente tengan menos acceso al cuidado prenatal y posnatal que en el pasado.

Estudios con enfoque de rescate de sabiduría etnomédica

Otros estudios sobre partos en Mesoamérica pueden ser considerados etnomédicos. Generalmente estas investigaciones tienen como meta el rescatar y valorar ciertas prácticas consideradas en peligro de desaparecer. Desde mi punto de vista, estos estudios son producto de la "modernidad" y sufren un proceso de polarización, dicotomizando el problema entre lo tradicional y lo moderno. Por ejemplo, estos estudios se refieren a las virtudes de dar a luz en hamaca, de las ventajas de ciertas técnicas como "tostar" el ombligo usando una vela para quemar el cordón umbilical, escriben sobre conceptos etnoanatómicos del cuerpo, como el tipté, prácticas curativas y cómo las sobadas pueden prevenir la frecuencia de las cesáreas. No cabe duda de que estas investigaciones han contribuido a mejorar y humanizar el parto; tanto para hacer descender las tasas de mortalidad y morbilidad, como para garantizar una experiencia digna y con calidad humana para la madre y su hijo.

El parto en hamaca realmente tiene ventajas físicas comprobadas, comparado con el parto en posición horizontal utilizado en las clínicas (Jordan, 1993). Estudios científicos rigurosos han demostrado que no hay peor posición que la de litotomía, desarrollada únicamente para la comodidad del obstetra, que no atiende la fuerza de gravedad, el flujo de sangre al feto y la flexibilidad de la estructura de la pelvis (Davis, 1992). En términos sanitarios "tostar" el ombligo es preferible a las recomendaciones del Sector Salud de hervir las tijeras y aplicar merthiolate y alcohol en zonas donde es difícil conseguir agua limpia (Cosminsky, 1982). En Guatemala, se reportó un incremento en la frecuencia de tétanos después de que enseñaron a las parteras a hervir las tijeras y a usar alcohol (Hopkinson, 1991).

Indiscutiblemente, estos trabajos han hecho aportaciones valiosas, pero una de sus consecuencias ha sido la romantización y el elogio acrítico de las prácticas tradicionales a la vez que lamentan la desaparición de la sabiduría de las parteras (simbolizadas como ancianas indígenas). Irónicamente, estos estudios tienden a historizar las prácticas o dibujarlas como socialmente marginadas. De esta manera, polarizan lo viejo y lo nuevo, lo tradicional y lo moderno, contribuyendo a formar una imagen de desintegración hablando de aculturación, de asimilación y de pérdida de valores culturales. En otras palabras, metafóricamente imaginan las estrategias culturales y el conocimiento "tradicional" del parto como mercancía que pierde valor o como alimento que pierde sabor. Finalmente, ambos tipos de estudios, los clínicos y los etnomédicos caen en el marco de la modernización, donde "lo viejo" es alabado o denigrado, según sea el caso.

Viviendo la realidad. Modernidad y etnomedicina en la vida cotidiana

Para recabar los datos de esta investigación pasé muchos días en la casa de una partera en el sur de Mérida, participando activamente en las conversaciones que surgían durante las sobadas y los partos que atendía en su domicilio. También entrevisté a varias parteras registradas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en la Secretaría de Salud (SSA). Asimismo, tuve la oportunidad de observar partos en dos hospitales y en la clínica materno/infantil de la misma ciudad. Para las mujeres que conocí en este contexto las parteras y los hospitales no eran alternativas distintas, excluyentes, ni opuestas. Transcribo algunas de las conversaciones y las experiencias que compartí con mujeres en dos hospitales de tercer nivel: la T-1 del IMSS y el O'Horán de la SSA, así como en la casa de Doña Delia, una partera quien trabaja en el sur de Mérida desde hace 40 años.

La mayoría de las mujeres que entrevisté en los hospitales habían ido con la partera para las sobadas durante su embarazo. La partera les daba consejos sobre dietas y ejercicios y les recomendaba los servicios de la clínica para pruebas de sangre y diagnósticos de diabetes prenatal. Al preguntarle a la partera ¿por qué piensa usted que es importante referir a sus clientas a los servicios de la clínica?, ella contestó,

que vayan a que las vacunen, que les tomen la presión o que les chequen la sangre ¿qué tal si están propensas a otra enfermedad? Nosotros no lo sabemos, si a la hora se le presenta ¿qué vamos hacer nosotros? ¿no? Que vayan a que las vigile un médico primero, y que vengan después, pues nosotras estamos confiadas de que ellas están bien para que nosotras podamos atenderlas. Pero muchas aunque se les diga no hacen eso, nosotros no podemos entrar en los asuntos de ellas, porque se les dice y no lo quieren hacer...

También hay mujeres que optan por ir a la partera después que les avisan en la clínica que tienen una cesárea programada. En un periodo de tres meses encontré varias mujeres que iban con la partera sólo para ser sobadas y luego recurrían al hospital para ser atendidas en el parto. Durante el tiempo que estuve presente en las sobadas pude darme cuenta que a algunas mujeres ya se les había practicado una cesárea. Al preguntarles sobre sus experiencias algunas de ellas señalaban que estaban decididas a no volver al hospital, pero otras compartían la idea de que una vez que se les ha practicado una cesárea estaban destinadas a repetirla.

En las conversaciones en la casa de la partera salieron a luz varios factores importantes que explican por qué en algunas circunstancias las mujeres escogen a la partera a la hora del parto: 1) desconfiaban de los conocimientos del personal de practicantes en los hospitales, por su calidad de principiantes, 2) tenían miedo de que les cambiaran a su hijo por otro en la confusión del hospital, 3) no querían correr el riesgo de recibir un dispositivo intrauterino o una salpingoclasia que no solicitaron, 4) no contaban con recursos económicos y legales en caso de que algún procedimiento médico fallara y 5) preferían no correr el peligro de una cesárea innecesaria.

No hay tiempo ni espacio para desarrollar aquí estos temas con mayor profundidad, que, además, han sido el objeto de otro trabajo (Good, 1995). Aquí enfatizo la existencia de conductas aparentemente contradictorias, por ejemplo, que las mujeres que tienen confianza en la partera para las sobadas recurran al hospital en el momento del parto e, incluso, soliciten que se les practique una cesárea, o que las mujeres que han pasado por la experiencia de una cesárea o la amenaza de esta práctica, pidan consejos y apoyo a la partera. Situaciones como éstas son las que llevan a la conclusión de que ver los dos sistemas de atención como una dicotomía, es una simplificación extrema e incorrecta.

Las sobadas

Cuando es hora de dar a luz las mujeres embarazadas tienen que seleccionar entre recurrir a la partera o a la clínica, es aquí donde no es posible combinar estrategias. Sin embargo, de las 14 mujeres entrevistadas en el hospital, 11 habían ido a la partera para ser sobadas, algunas me hablaron de la presión que sintieron por parte del esposo y/o de la suegra, quienes habían insistido en que fueran al hospital. Siendo las razones varias, se encontró que el parto atendido en un hospital tiene un status social mayor. Sin embargo, pocos esposos o suegras ponían objeción a los cuidados prena-tales de las parteras. En las oficinas de la Secretaría de Salud de Mérida, se obtuvieron las cifras (cuadro 1) que muestran la importancia que tienen las parteras en la atención prenatal.

Esto llama la atención sobre la necesidad de reevaluar las estadísticas que parecen mostrar que las parteras están desapareciendo. Según información proporcionada por la supervisora de parteras del IMSS, Departamento de Salud Reproductiva, en 1993 había registradas cerca de 700 en la SSA y el IMSS en Yucatán. A la supervisora se le preguntó ¿están las parteras siendo reemplazadas? ¿hay menos que antes? contestó, "no, al contrario, han aumentado, las nuevas parteras generalmente son hijas de las anteriores..."

Cuadro 1
CUIDADO PRE Y POSNATAL, YUCATÁN 1993

	PARTERA	INSTITUCIONAL
Nacimientos	2 543	37 854
Visitas prenatales	9 769	5 359
Visitas posnatales	5 241	3 232

FUENTE: SSA 1993.

Los datos del registro civil de 1985, 1992 y 1994 indican que había un descenso en el número de nacimientos que quedaban bajo responsabilidad de las parteras. Sin embargo, se debe tener en cuenta que estos datos no proporcionan información sobre la utilización de ellas en los cuidados prenatales, consideran solamente el lugar físico del nacimiento.

Cuadro 2
PORCENTAJE DE PARTOS EN EL HOGAR POR AÑO

PUEBLOS EN YUCATÁN	1985	1992	1994
Chemax	99	68	99
Izamal	44	41	20
Motul	50	30	16
Oxkutzcab	52	27	20
Tekax	73	63	52
Ticul	90	76	83
Tizimin	75	62	57
Valladolid	96	58	53

FUENTE: nacidos vivos registrados por entidad federativa y municipio de nacimiento, según lugar donde se atendió el parto.

La cesárea

Como se ha señalado anteriormente, algunas mujeres que viven al sur de Mérida optan por ir a la partera, cuando en la clínica les informan que les han programado una cesárea. Otras, a pesar de haber sido sometidas a cesárea en su primer parto, en un siguiente embarazo vuelven con la partera para ser sobadas.

Las entrevistadas se refirieron a “la cortada” y a “la picada” como las principales razones para evitar el parto en los hospitales —“la cortada” es el nombre popular que se da a la cesárea y “la picada” a la episiotomía—. Tanto las mujeres de los barrios del sur como las instructoras del centro psicoprofiláctico del norte de la ciudad, donde se ubican las colonias de la clase media, manifestaron que es muy difícil evitar “el cuchillo” del médico en el hospital.

Hay doctores que piensan que tienen que cortar, a una señora no la picaron antes de que naciera su bebé, entonces la picaron después (partera).

Muchos doctores lo único que hacen en el parto es cortar para justificar su presencia y a veces ni siquiera llegan a tiempo para hacer eso (instructora psicoprofiláctica).

Los porcentajes de cesáreas en Yucatán son parecidos a los registrados en otros países de Latinoamérica, pero han llegado a sobrepasar el 30 por ciento y en algunas clínicas privadas llegan al 80 por ciento de los partos atendidos (Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, 1989; Notzon, 1990; Notzon *et al.*, 1994; Uribarren & Evangelista, 1993). En esta investigación se registraron datos de 1993 de algunos hospitales de Mérida. Para referencia y comparación se recabaron cifras estatales promedio de 25 a 30 por ciento. Los porcentajes para los hospitales públicos de Mérida fueron entre el 32 y 43 por ciento y en las clínicas privadas se encontraron cifras más elevadas.

La directora del centro psicoprofiláctico informó que en 1995 de 10 mujeres que entraron a la sala de partos en las clínicas privadas, entre ocho y nueve se les practicó una cesárea. Urzaiz (1995) reporta que de cuatro mujeres que entran al hospital público, dos nacimientos terminaron en cesárea. De cuatro mujeres que ingresaron a las clínicas privadas a tres se les realizan cesárea. Las usuarias del centro psicoprofiláctico son mujeres con más recursos económicos en comparación con las que acuden a los hospitales públicos.

La estratificación social respecto a la incidencia de cesáreas parece ser un fenómeno internacional (Barros, 1985:322-24, 1991:168; Gould *et al.*, 1989; Hurst & Sumney, 1984:623, Janowitz *et al.*, 1982). Se considera que entre 10 y 15 por ciento de cesáreas practicadas son suficientes para hacerle frente al nivel de riesgo obstétrico en la población. La Organización Mundial de Salud ha establecido que:

países con las cifras más bajas de mortalidad perinatal en el mundo tienen porcentajes de cesáreas de menos 10. No hay justificación alguna para que existan regiones con valores más elevados al 10 ó 15 por ciento (Gómez, 1993:34).

CUADRO 3
PORCENTAJE DE CESÁREAS EN YUCATÁN

HOSPITAL/REGIÓN	AÑOS				
	1991	1992	1993	1994	1995
SSA O'Horán ^a	38.8	43.1			
IMSS T-1 ^b		32.5 ^c	39.9 ^d		
estatal- público ^e		22.3	25.2	29.0	
estatal privada ^f					54.2

FUENTES:

- a SSA, Dirección General de Atención Materno Infantil, Dirección de Programas Especiales, Comités de Estudio de la Mortalidad Materna. Concentrado Anual de Mortalidad materno-hospitalaria.
- b Informe Mensual de los Servicios Médicos, Parte II: [1992—Unidad 3301011C2153]; [1993—Unidad 330115142153], H.E.C.M.N.1 el Fénix 33, Yucatán.
- c Datos calculados mensualmente—marzo
- d Datos calculados mensualmente—julio
- e "Partos atendidos y nacidos vivos, según entidad federativa" 1992, p. 485, 1993, p.485, 1994, p.485, SSA Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación.
- f "Atención obstétrica por entidad federativa", 1995. Sistema Nacional de Salud, Dirección General de Estadística e Informática.

El Dr. Gilberto Balám Pereira (1989), médico investigador del Centro de Investigación y Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional (CINVESTAV), evalúa los factores de riesgo para las mujeres que proceden de regiones marginadas de la ciudad de Mérida.

Analizó tres meses de archivos del Hospital O'Horán, institución de tercer nivel de la SSA, en los últimos años de la década de los ochenta, y determinó que más del 50 por ciento de las cesáreas fueron probablemente mal indicadas, enfatizando que los actuales niveles de cesáreas son un lujo innecesario para los pacientes y los médicos.

Cuadro 4
FRECUENCIA DE CESÁREAS CON Y SIN JUSTIFICACIÓN

JUSTIFICACIÓN	NÚM.	
	DE CESÁREA	% TOTAL
Con indicación quirúrgica	65	48.5
No necesariamente quirúrgica	67	51.5
Total	132	100.0

FUENTE: Balám Pereira, 1989:101.

Como comentario colateral debe destacarse que en los últimos años, las cesáreas han tenido un marcado incremento. Siendo una medida indicada cuando se aplica en situaciones de emergencia, se ha convertido en moda o comodidad programada que va adquiriendo carta de naturalización cultural o comercial. Sobre esta base, sería recomendable revalorar la conducta quirúrgica en el servicio del Hospital O'Horán (Balám, 1989:101).

La presentación pelviana, la preeclampsia y la ruptura precoz de membranas, por ejemplo, debidamente vigiladas deben resolverse por vía vaginal. La falta de personal especializado, la paciencia del partero y la tendencia preferente por la cirugía son algunas de las razones que explican el 50 por ciento de las cesáreas efectuadas en las complicaciones obstétricas no necesariamente quirúrgicas (Balám, 1989:101)

Conversaciones y experiencias

Relatos de parteras

Las parteras cuentan los alumbramientos en una forma muy similar a la que los doctores usan en los estudios de caso, siendo el relato de los partos atendidos con éxito una forma culturalmente aceptada para reafirmar su autoridad (Jordan, 1993:196). Doña Delia en varias ocasiones hizo referencia a dos casos que muestran su habilidad para salvar a las mujeres de la experiencia de ser "picadas" o "cortadas", aunque también ilustran la tragedia de la práctica de cesáreas innecesarias.

El primer relato es sobre una pareja, Severiana Caamal y Rodolfo Águila, que cuentan con recursos, son dueños de una tienda en un pueblo cerca de Mérida. Ella estaba embarazada de mellizos y su médico particular ya le había dado cita para realizar una cesárea programada. En la clínica privada a la que acudían la cesárea les hubiera costado mucho, sin embargo, como muchas yucatecas que tienen los recursos para escoger dónde dar a luz, Severiana no consideraba al hospital público como alternativa porque allí las mujeres son atendidas por practicantes. Doña Delia le dijo a Severiana que si era "valiente" podría trabajar con ella. Los niños nacieron sanos en la casa de la partera, pesando más de tres kilos. Severiana y Rodolfo quedaron muy agradecidos y pagaron a la partera diez veces más de lo que cobra normalmente, además de darle también obsequios ocasionales.

Una experiencia triste para Doña Delia ocurrió cuando su hija Teresa iba a dar a luz. Su esposo insistió en que fuera atendida en un hospital. Resulta que su bebé venía en posición podálica y ya la habían programado para cesárea. Se llegó la hora del alumbramiento mientras esperaba su turno para el quirófano, la niña nació muerta mediante una cesárea practicada intempestivamente. El comentario de su abuela partera fue:

Ay, es que quería salir, es un pecado eso, es un pecado, porque quería salir la criatura. Si se hubiera quedado aquí, cómo la hubiera atendido yo. Acá, así, (indica con las manos), que salga. Yo he visto estos partos. ... ay, me dio más pena, no se me va olvidar, bonita que estaba, fue una niña, lo que quería ella. Y tuvo hasta cuatro cesáreas para tener su niña, los tres primeros fueron varones, esta era su primera hija, cómo la adoraba, cómo quiere las niñas. Va esta chiquita...

A partir de los relatos de Doña Delia se puede ver que es importante para las parteras actuales de los barrios suburbanos de Mérida mostrar su competencia en un mundo donde la cesárea intrahospitalaria es cada vez más frecuente y se convierte en parte de la cultura de los partos en la región. Ella enfrenta la realidad del hospital y aprovecha los recursos, proporciona un servicio de control prenatal buscado por las mujeres porque no consideran suficiente lo que encuentran en las clínicas, de esta manera aprovecha sus conocimientos del parto natural para apoyar a las mujeres que están convencidas que la cesárea en su propio caso es innecesaria.

Conversaciones en el hospital

Tuve la oportunidad de observar y acompañar a algunas pacientes en la sala de partos. En *El Fénix*, un hospital del IMSS de tercer nivel, varias mujeres me platicaron sus experiencias, entre otras, con las sobadas de las parteras. Se quejaron también de los constantes tactos que les hacían en el hospital los médicos y los practicantes. Esther Pérez, una mujer que aguantó el trabajo de parto de sus mellizos en silencio y sin quejarse, llamó a dos médicos y en mi presencia pidió una cesárea, le dijeron que no era necesario y que su trabajo de parto estaba avanzando bien, pero como ella iba a tener cuates, podrían justificar la cesárea si ella quería. Después de que salieron los médicos le pregunté porque había solicitado la cesárea, me contestó que estaba cansada de tantos tactos,

Estando acá a cada rato te están jugueteando, que me lo saquen de una vez.

En este mismo sentido se expresó otra paciente:

Que te valoren y te valoren, lastiman mucho (Ana Luisa Rojas, Hospital T-1).

Otro caso fue el de una cesárea no deseada. Sucedió en el hospital O'Horán; una señora en trabajo de parto había sido referida allí por la partera que la había atendido de sus cuatro hijos. Marcelina Cimé hablaba poco español, sentía temor y angustia por estar en el hospital, se tapaba la cara de vergüenza cuando le hicieron la evaluación. Estaba presente cuando su esposo tocó la puerta para corroborar si estaban en el hospital correcto y la enfermera le indicó dónde debía preguntar. Mientras tanto, el practicante encargado del turno trató de romper las membranas (amniotomía),³ procedimiento que supuestamente tiene como fin acelerar el trabajo de parto.⁴ El practicante comentó que el útero "estaba atrás", lo que asustó a la paciente y preguntó si la iban a "cortar". Nadie le dijo nada, pero después de un rato el practicante indicó a la enfermera que la preparara para cesárea. Nadie le explicó a la futura madre que le iban a practicar una cirugía, ni tampoco las razones por lo que ésta era necesaria, pero sí le preguntaron si quería que la ligaran después del nacimiento de su hijo, a lo que contestó desesperada que tenía que consultar con su marido. Más tarde la enfermera le dijo que su esposo ya había firmado la autorización para la cesárea y la ligadura, ella volteó la cara hacia la pared y lloró, nadie se preocupó de sus lágrimas, solamente una enfermera le dijo, "tranquila seño" cuando le colocó un catéter.

Ya estaba en cirugía cuando el esposo volvió para decirles que se habían equivocado de hospital, les tocaba el ISSSTE. El médico en turno revisó el expediente y se dio cuenta de que la razón por la cual la partera la había canalizado a un

³ Las membranas, también conocidas como saco vitelino o bolsa de líquido amniótico, protegen al producto durante el embarazo y se rompen antes del alumbramiento. Las instituciones médicas no permiten que un trabajo de parto avance por más de 24 horas a partir del rompimiento de las membranas, por peligro de infección (Williams Obstetrics, 1993:373).

⁴ Algunos autores señalan que este procedimiento no es efectivo (Williams Obstetrics, 1993:487).

hospital era porque las membranas se habían roto y no iniciaba el trabajo de parto, preguntó al practicante si esa era la razón para haber recomendado la cesárea. El practicante contestó que no, puesto que él había tratado de romper las membranas y le había sido imposible, que había mandado a Marcelina a cirugía porque el latido del corazón de su hijo era rápido y ella tenía un embarazo de cuarenta y dos semanas.

Estos relatos ilustran cómo las parturientas y las parteras enfrentan la hegemonía del parto hospitalario. Por ejemplo, el caso de la madre que pidió que le fuera practicada la cesárea se debió a que no soportó la indignidad de un parto atendido por una multitud de desconocidos. En el otro caso es claro que la institucionalización del parto en el hospital tiene su propia trayectoria y las mujeres no sólo dan a luz por medio de cesáreas innecesarias, sino que terminan siendo ligadas sin dar ellas mismas una respuesta afirmativa. Ante esta situación el cuidado hospitalario es evitado en la medida de lo posible y las mujeres que lo aguantan van acumulando experiencias que después comentan en el barrio.

Conclusión

Aquí se ha tratado de analizar el papel de las parteras en la sociedad yucateca en una forma dinámica, con énfasis en sus interacciones con las pacientes y el sector salud. Este enfoque rescata las contribuciones de las parteras a la sociedad yucateca. Las interacciones entre los distintos sistemas de salud resultan evidentes cuando se toma el punto de vista de las usuarias y se examina la pluralidad de estrategias que utilizan durante el cuidado prenatal y posnatal, el embarazo y el nacimiento. Esto no quiere decir que los nacimientos en el hogar se lleven a cabo en condiciones ideales de higiene, comodidad y bajo riesgo. Las parteras realizan su trabajo en condiciones difíciles por su situación socioeconómica de pocos recursos. Por otro lado, los nacimientos en el hospital tienen un alto riesgo de terminar en cesáreas. Los peligros de la cesárea son varios: un incremento de cinco a diez por ciento en las tasas de morbilidad, un incremento entre dos y once por ciento en tasas de mortalidad (Shearer, 1993), una estancia más larga en el hospital y un periodo más prolongado y más doloroso para la recuperación. Los beneficios médicos de las cesáreas para los recién nacidos son también dudables, un estudio realizado en 1984, en el Distrito Federal, mostró que los niños nacidos con peso normal por cesárea tienen un riesgo de muerte neonatal 2.5 veces más alto que los niños nacidos por vía vaginal (Bobadilla & Walker, 1991).

El análisis de las interacciones entre las parteras y el sector salud permite esbozar algunas recomendaciones: a) que el sector salud brinde un mayor apoyo a las parteras en su trabajo de proporcionar a las mujeres cuidados prenatales y posnatales y b) sugerir que el sector salud busque reducir los altos niveles de cesáreas en las instituciones públicas. Tal vez sea un pensamiento idealista, pero los fondos ahorrados pudieran invertirse en mejorar las condiciones de trabajo de las parteras y abrir escuelas de capacitación para ellas. Los países con los niveles más bajos en cesáreas y mortalidad materna e infantil, cuentan con parteras capacitadas que atienden todos los nacimientos normales (Wagner, 1988). Es importante indicar que este apoyo no debe limitarse a cursillos de adiestramiento (los cuales pueden reforzar la idea de que las parteras carecen de los conocimientos necesarios), sino proveer de recursos a las parteras para ampliar su cobertura, por lo menos para la población marginada rural y la de los barrios suburbanos del estado.

Se ha demostrado la dicotomía socialmente establecida entre las perspectivas etnomédicas y clínicas así como la importancia de contextualizar las prácticas de salud dentro del contexto social, político y cultural, aunque ello se ha convertido ya en una verdad de Perogrullo. Pero, como demuestra Abu Lughod (1990), también es necesario evitar el atribuir a un grupo de personas un sentido u orientación política cuando no necesariamente ellas interpretan así sus propias acciones. Tampoco puede asumirse que existe resistencia hacia la medicina hegemónica cuando la práctica cotidiana demuestra que la gente usa una multitud de estrategias y recursos en forma eficaz.

El enfoque en las estrategias cotidianas conduce a un punto donde las dicotomías de los discursos académicos tienen que unirse; las mujeres de Mérida recurren a parteras, a hospitales y a clínicas. Van con la partera para los cuidados prenatales y posnatales y tratan de evitar las "cortadas", pero usan fármacos y hablan de anatomía en términos que entienden los médicos. Las parteras muestran con orgullo sus certificados de adiestramiento y registro y el personal de la Secretaría de Salud se refiere a ellas como "el brazo fuerte" del sector salud. El punto de vista de las embarazadas en el uso de los servicios muestra un cuadro que no se agota en listas y descripciones de conocimientos etno-médicos. El enfoque en las estrategias cotidianas destaca la creatividad de la gente en la búsqueda de condiciones óptimas que, además, siempre están en proceso de transformación. Así, en lugar de ver a las mujeres embarazadas como seres pasivos atendidas por el sector salud y/o las parteras, tenemos que reconocer su creatividad en el diseño de estrategias que integran un sinnúmero de prácticas distintas.

Es imposible que el sector salud cubra a toda la población yucateca; por tanto, resulta una política muy efectiva captar a las parteras y convertirlas en sus auxiliares. Es una ironía tecnológica que los pocos recursos estatales disponibles se gasten en cesáreas y en equipar a los hospitales en lugar de mejorar la infraestructura para el cuidado prenatal y posnatal y privilegiar los procesos normales y sin riesgo relacionados con el parto.

Pero como nos estamos refiriendo a poblaciones de bajos recursos económicos, los partos tienen que ser contextualizados dentro de la inequidad del mercado de trabajo, la distribución de los servicios, el acceso a los recursos y las trampas de la tecnología. Es precisamente esta escasez de

servicios lo que conforma el contexto que hace posible y necesaria una manipulación creativa de los pocos recursos disponibles. Es muy importante recordar que las condiciones de pobreza y los cambios sociales cambian no solamente la forma y el alcance en las maneras de atender los partos, sino también los servicios en la clínica. El sector salud quisiera captar a las parteras como actores secundarios y subordinados para trabajar con las usuarias de pocos recursos y mantenerlas en una posición marginada. Sin embargo, es posible ver que las parteras siguen siendo un elemento esencial, dinámico y transformador de los nacimientos en Yucatán, si uno busca la información en los ojos y en los corazones de las mujeres que dan a luz. \square

Bibliografía

- ABU-LUGHOD, Lila (1990). "The romance of resistance: Tracing transformations of power through Bedouin women", *American Ethnologist*, vol 17, pp. 41-55.
- BALÁM PEREIRA, Gilberto (1989). "Los problemas sociales de la embarazada en áreas marginadas de Yucatán", *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*, Mérida Yucatán, Universidad Autónoma de Yucatán, núm 168, pp. 97-103.
- BARROS, F.C., J. P. Vaughan, C.G. Victora, & S.R.A. Huttly (1991). "Epidemic of caesarean sections in Brazil", *The Lancet*, Baltimore, MD: Williams and Wilkins, pp. 167-169.
- BATAILLE, Marie-Claire (1970). *Les rites de naissance chez les indiens Maya des Chuchumatanes Guatemala et le professionalisme des sages femmes*, París, Institute d'Ethnologie.
- BEYENNE, Yewoubdar (1989). *From menarche to menopause. Reproductive lives of peasant women in two cultures*, Albany, New York, State University of New York Press.
- BOBADILLA, J. & G. Walker (1991). "Early neonatal mortality and cesarean delivery in Mexico City", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, núm. 161, pp. 22-28.
- BROWNER, Carole (1989). "The management of reproduction in an egalitarian society." *Women as healers cross-cultural perspectives*, Carol McClain, London, Great Britain, Rutgers University Press, pp. 58-71
- BURNS, Allan (1993). "La ciudad de Mérida, Yucatán: adaptación y transformación de los Mayas contemporáneos en el espacio urbano". *Actas Latinoamericanas de Varsovia*, Warszawa, Universidad de Varsovia. t.15, pp.71-84

- CARRILLO, Ana María (1988). "Embarazo y parto en el México prehispánico: un canto a la vida", en *FEM*, núm. 64, pp.20 y s.
- CASTRO, R., M. Bronfman, M. Loya (1991). "Embarazo y parto entre la tradición y la modernidad: el caso de Ocuilco", *Estudios Sociológicos*, vol. 9, núm. 27, pp. 583-606.
- COSMINSKY, Sheila; M. Scrimshaw (1980). "Medical pluralism on a Guatemalan plantation", *Social Science and Medicine*, vol. 14B, pp. 267-278.
- COSMINSKY, Sheila (1982). "Knowledge and body concepts of Guatemalan midwives", *Anthropology of Human Birth*, Artschwager Kay, Philadelphia, PA. Davis Company, pp. 233-252.
- (1982). "Childbirth and change, a Guatemalan study", *Ethnography of Fertility and Birth*, New York, Carol P. MacCormack, Academic Press, Inc., pp. 205-229.
- (1977a). "Childbirth and midwifery on a Guatemalan finca", *Medical Anthropology*, Pleasantville, Nueva York, vol. 6, núm. 3, Docent Corporation, pp. 69-103.
- (1977b). "El papel de la comadrona en Mesoamérica", *América Indígena*, vol. XXXVII, núm. 2, pp. 305-351
- (1976). "Birth rituals and symbolism: A Quiche Maya-Black carib comparison", *Ritual and symbol in Native Central America*, Young, P. Howe, J. (eds). Eugene, University of Oregon, pp. 107-123.
- DE LANDA, Diego (1985). *Relación de las cosas de Yucatán*, Madrid, Raycar, S. A., Edición de Miguel Rivera Dorado.
- FAUST, Betty (1989). "When is a midwife a witch?", *Women and health, cross-cultural perspectives*, Patricia Whelehan and contributors, Massachussets, Bergin and Garvery Publishers, Inc., pp. 21-38
- FAVIER, Annelise (1984). "Parto y tradición", *Capitalismo y vida rural en Yucatán*, Mérida, Yucatán, Departamento de Estudios Económicos y Sociales, Centro de Investigaciones Regionales, Dr. Hideyo Noguchi, pp. 245-252.
- GOULD, J., B. Davey & R. Stafford (1989). "Socioeconomic differences in rates of cesarean section", *New England Journal of Medicine*, vol. 321, núm.4 pp. 233-239.
- GÜEMES PINEDA, Miguel (1989). "Las parteras empíricas de Pustunich, Yucatán", *Boletín de la Escuela de Ciencias Antropológicas de la Universidad de Yucatán*, núm. 91, pp. 3-13.
- HANSEN, A., et al. (1984). *Mérida, su transformación de capital colonial a naciente metrópoli en 1985*, México, Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- HOPKINSON, Amanda (1991). "Midwifery and rural health care in Guatemala", *The midwife challenge*, Hammersmith, London, Pandora Press, pp. 155-174.
- HURST, Marsha & Pamela Summey (1984). "Childbirth and social class: The case of cesarean delivery", *Social Science and Medicine*, vol. 18, núm. 8 pp. 621-631.
- JANOWITS, B., M. Nakamura, Lins, F., (1982). "Cesarean section in Brazil", *Social Science & Medicine*, núm. 16, pp. 19-25.
- JEFFERY, R. & P. M. Jeffrey (1993). "Traditional birth attendants in rural North India, the social organization of childbearing", *Knowledge, power and practice: The anthropology of medicine and everyday life*, Berkeley, University of California Press, Shirley Lindenbaum and Margaret Lock (eds), pp. 7-31.
- JORDAN, Brigitte (1993). *Birth in four cultures. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatán, Holland, Sweden and the United States*, Fourth Edition. Prospect Heights, Waveland Press, Inc.
- (1990). "Technology and the social distribution of knowledge: Issues for primary health care in developing countries", *Anthropology and primary health care*, Boulder, CO: Westview Press, Jeannine Coreil and J. Dennis Mull (eds.), pp. 98-120.
- (1989). "Cosmopolitical obstetrics: Some insights from the training of traditional midwives", *Social Science and Medicine*, vol. 28, núm. 9, pp. 925-944.
- (1987). "High technology, the case of obstetrics", *World Health Forum*, núm. 8, pp. 312-338.
- (1984). "External cephalic version as an alternative to breech delivery and cesarean section", *Social Science and Medicine*, vol. 18, núm. 8, pp. 637-651.
- (1980). "Margaret Mead award 1980: Some thoughts on birthing studies, applied anthropology and anthropology", *Practicing Anthropology*, vol. 3 núm. 1 pp. 29 y s, 81-83.

- (1979a). "Report on field research in Yucatán with recommendations for incorporating traditional birth attendants in family planning programs", unpublished report written for submission to the Research Institute for the Study of Man, Nueva York, Elmendorf fieldnotes: The Mary Elmendorf Papers, Department of Special Collections, George A. Smathers Library, University of Florida.
- (1979b). "Training courses for traditional midwives in Yucatán, México", unpublished report written for the American Public Health Association under agreement with US AID, Elmendorf fieldnotes: The Mary Elmendorf Papers, Department of Special Collections, George A. Smathers Library, University of Florida.
- MELLADO, V., C. Zolla, X. Castañeda (1989). *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), México.
- MENÉNDEZ, Eduardo (1984). *Hacia una práctica médica alternativa hegemónica y autoatención (gestión) en salud*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- (1981). *Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- NEWMAN, Lucile (1981). "Midwives and modernization", *Medical Anthropology*, núm. 5, pp. 1-11.
- PARRA, Pilar (1993). "Midwives in the Mexican health system", *Social Science and Medicine*, vol. 37, núm. 11 pp. 1321-1329.
- (1991). "La mujer rural, las comadronas y el sistema mexicano de salud", *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 166, núm.1, pp. 69-88.
- PAUL, Lois (1978). "Careers of midwives in a Mayan community", *Women in ritual and symbolic roles*, Nueva York, Plenum Press, Judith Hoch-Smith and Anita Spring (eds), pp. 129-149.
- (1974). "The mastery of work and the mystery of sex in a Guatemalan village", *Woman, culture and society*, Stanford, CA, Stanford University Press, Michelle Rosaldo and Louise Lamphere (eds), pp. 281-299
- PAUL, Lois, & Benjamin D. PAUL, (1975). "The Maya midwife as sacred specialist: A Guatemalan case", *American Ethnologist*, núm. 2, pp. 707-726.
- REDFIELD, Robert & Alfonso VILLA ROJAS, (1934). *Chan Kom, a Mayá village*, Appendix D, "Notes on Maya midwifery" by Kathryn Mackay, Carnegie Institute of Washington.
- ROCHA, María Cecilia, (1991). *An ethnography of reproduction and health of Maya women in Indiantown*, University of Florida, M.A. Thesis.
- SCHWARTZ, Ronald (1981). "The midwife in contemporary Latin América", *Medical Anthropology*, núm. 5, pp.51-71.
- SHEARER, E. (1993). "Cesarean section: Medical benefits and costs", *Social Science and Medicine*, vol. 30 núm. 10, pp. 1223-1231.
- SINGER, Merrill & Hans Baer (1995). *Critical medical anthropology*, Amityville, VY, Baywood Publishing Company.
- SIBLEY, Lyn (1993). *Traditional birth attendants, their training, and maternal health in Belize*, PhD Dissertation, University of Colorado.
- SULLIVAN, Thelma (1980). "O precious necklace o quetzal feather" *Alcheringa Ethnopoetics*, vol. 4, núm. 2, pp.38
- TEDLOCK, Barbara (1992). *Time and the highland Maya*, Albuquerque, University of New Mexico Press.
- TEDLOCK, Dennis (1993). *Breath on the mirror: Mythic voices and visions of the living Maya*, San Francisco, California, Harper.
- URZAIZ, Carlos (1995). "Evolución de la práctica obstétrica", *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*, vol. 10, núm. 195, Mérida, Yucatán, Universidad Autónoma de Yucatán, pp.62-68.
- VARGAS, Luis Alberto, Eduardo Matos (1973). "El embarazo y el parto en el México prehispánico", *Anales de Antropología X*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 297-310.
- VELIMIROVIC, H. & B. Velimirovic (1981). "The role of traditional birth attendants in health services", *Medical Anthropology*, núm. 5 pp. 89-105.
- WAGNER, Marston (1988). "Testimony before the US Commission to prevent infant mortality", *The Birth Gazette* vol. 4, núm. 3, pp. 12-17

-
- WOLF, Eric (1990). "Distinguished lecture: Facing power old insights, new questions", *American Anthropologist*, vol. 92, núm. 3, pp. 586-596.
- (1956) "Aspects of group relations in a complex society: México", *American Anthropologist*, núm. 58, pp. 1065-1078.

▼
**Familia, salud
y sociedad**

Experiencias de investigación en México

Coordinadores:
FRANCISCO JAVIER MERCADO Y OTROS



**HAMBRE, DESNUTRICIÓN
Y SOCIEDAD**

