"PROGRAMA UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS DE GENERO" U.N.A.M.
3184
000004227

396
C745

La condición de la mujer en el espacio de la salud / Juan Guillermo Figueroa Perea, compilador; con la colaboración de Ivonne Szasz Pianta. – México : El Colegio de México, Programa de salud reproductiva y sociedad del Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, 1998.
336 p.; 22 cm.

ISBN 968-12-0816-1

1. Mujeres-Salud e higiene. 2. Niños-Cuidado e higiene. 3. Mujeres-Problemas sociales y morales. I. Figueroa Perea, Juan Guillermo, comp. II. Szasz Pianta, Ivonne, comp.

25.27
C745
4227

El Colegio de México agradece el apoyo económico proporcionado por la Fundación Ford para hacer posible esta publicación, así como el financiamiento del Fondo de Población de las Naciones Unidas para la realización de la mayor parte de los capítulos de este volumen.

Portada de Mónica Diez-Martínez
Fotografía de Daniel Correa

Primera edición, 1998

D.R. © El Colegio de México
Camino al Ajusco 20
Pedregal de Santa Teresa
10740 México, D. F.

ISBN 968-12-0816-1

Impreso en México

I. MUJERES, SABERES MÉDICOS E INSTITUCIONALIZACIÓN

CARLOS ZOLLA*
ANA MARÍA CARRILLO**

LAS MUJERES CURADORAS EN MÉXICO

Cuando se analiza el papel de la mujer como depositaria de saberes médicos en el marco específico de la sociedad mexicana, se observa que los testimonios sobre sus funciones terapéuticas se remontan hasta el momento en que el tiempo histórico se confunde con el de los mitos de origen. Entre los mayas, Ixchel es diosa de la medicina (Landa, 1986), y para los nahuas, Cipactónal, patrona de la medicina herbolaria y de los procedimientos mágicos y terapéuticos ancestrales (López Austin, 1984).

Se comprueba también que la mujer ha desempeñado históricamente en el mundo médico una función pública y una privada; es decir, que ha sido, y es, terapeuta socialmente reconocida y agente anónima de la medicina doméstica. Dicen a Sahagún sus informantes que en la época prehispánica, la *tícitl* o partera era llamada "maestra y médica", "persona honrada y digna de veneración", "muy amada señora y madre nuestra espiritual" (Sahagún, 1985). Motolinía por su parte comenta: "Si alguna de estas indias está de parto, tiene muy cerca a la partera, porque todas lo son; y si es primeriza va a la primera vecina o parienta que la ayude, y esperando con paciencia a que la naturaleza obre, paren con menos trabajo y dolor que nuestras españolas" (Motolinía, 1990).

* Dirección de Investigación y Promoción Cultural, Insituto Nacional Indigenista.
** Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Pero casi desde el inicio de la colonia, los médicos universitarios pretendieron tener un control total de las actividades sanitarias, y acusaron de hechicería a los saberes médicos indígenas –lo mismo que a los saberes médicos populares, españoles, negros o mestizos–, en particular a los de las mujeres.

Aun antes de su establecimiento formal en 1571, la Inquisición juzgó y aplicó castigos públicos a estas médicas del pueblo, por delitos como echar suertes con granos de maíz para hacer el pronóstico de una enfermedad o rezar en el parto oraciones prohibidas (Greenleaf, 1988; Aguirre Beltrán, 1980a; Quezada, 1977). También en 1571, se fundó la cátedra de medicina en la Real y Pontificia Universidad a la que los indígenas –ni hablar de las mujeres– tuvieron vedado el acceso. Sólo eran aceptados "[...] españoles, hijos legítimos, de origen noble, y cristianos limpios de toda mala raza de moros, judíos u otra mala casta".[1]

Ante la reacción por los abusos cometidos contra los indios, y dentro de las medidas para protegerlos contra el exterminio, se les dejó fuera de la jurisdicción de la Inquisición (Aguirre Beltrán, 1980a), y se les excluyó, asimismo, de la ley de 1621 dictada por Felipe IV, que prohibía curar sin grados (*Recopilación...*, 1681).

Esto no impidió que los médicos y médicas indígenas fueran censurados por el Real Protomedicato. Creado en la primera mitad del siglo XVII, el Protomedicato se encargó del ejercicio de la medicina hasta 1831 (Carrillo y Zolla, 1993). Este organismo elaboraba las listas de los médicos y otros profesionistas habilitados por él para dar atención médica. En su lista del año 1764, por citar alguna, había dos médicos, seis cirujanos, un flebotomiano y un farmacéutico, y aunque no había parteras tituladas se amenazaba con castigar a las que "[...] sin examen ni inteligencia se dan a ese ejercicio".[2]

Tampoco evitó que los médicos indígenas fueran juzgados y castigados por el clero regular y secular. Ya había comenzado la guerra de Independencia, cuando el cura de Yaxcabá, Yucatán, rindió un informe al Ministerio de Ultramar. En él aseguraba que los indios ya casi no recurrían a la superstición para interpretar o tratar la enfermedad "[...] después de los ejemplares castigos de

[1] Archivo General de la Nación (AGN), México, *Consejo Superior de Salubridad*, leg. 11, exp. 3, 1773, 8 f.

[2] Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA), México, *Salubridad pública*, ejercicio de la medicina, leg. 1, exp. 1, 1764, 1 f., y leg. 14, exp. 31, s/f, 1f.

azotes y penitencias que ejecuté en los delincuentes con arreglo a los superiores mandatos" (Granado Baeza, 1941: 228).

Esta política de monopolización de la profesión médica tenía fundamentos sexistas pero, sobre todo, clasistas y racistas: mostrar la superioridad de la medicina europea era un elemento más que justificaba la conquista.

Por lo que toca a las mujeres, muchas de las médicas del pueblo —las que conocían de plantas medicinales o de anatomía, por ejemplo—, fueron descalificadas por completo. Lo mismo sucedió con las madres de familia que, en su hogar, cumplían el papel de médicas.

Entre los coras de la sierra de Nayarit, que en la segunda mitad del siglo XVIII estaban bastante aislados, las mujeres tenían una importante actuación en la religión y la medicina: bautizaban a los párvulos y curaban a los enfermos, confesándolos, papel que fue después restringido por influencia de la religión católica.[3]

También, durante el siglo XVIII, el Protomedicato atribuía las epidemias, en parte, a la poca disposición de los pobladores para solicitar cuidados en hospitales, sus vicios en comidas y bebidas, su desnudez y su uso de remedios caseros. Se seguía, contra su voluntad, a las personas con manifestaciones de enfermedades, y se investigaba a los que compraban medicamentos en las boticas, para obligar a los enfermos a recibir atención médica.[4]

A la "negligencia de la población en acudir al médico" achacaron la alta mortalidad general e infantil algunos facultativos decimononos, y se dictaron leyes que legalizaron la intromisión de las autoridades sanitarias en los hogares, el "secuestro" de los enfermos y su "reclusión forzosa" en lazaretos (*Código...*, 1881; Carrillo, en prensa). Se establecía con esto una distancia emocional entre el enfermo y los responsables de su cuidado, y un cambio de las mujeres a los hombres como figuras principales en la atención de la enfermedad. Todo ello era parte de un proceso en que la salud se convertía en mercancía.[5]

Hay muchísimas muestras de que el proceso de profesionalización de la medicina, por el que el poder político concedió a los médicos el derecho a determinar quiénes podían legítimamente

[3] Información del comandante Ponce de León (1768) citada en Hers, 1977.
[4] AGN, *Epidemias*, citado en Cooper, 1980.
[5] Para un análisis de este fenómeno en Estados Unidos véase Starr, 1991.

ejercer esa actividad y el modo de realizarla (Freidson, 1978), no se dio siempre por convicción de la población, sino muchas veces por sometimiento de ésta.[6] En dicho proceso, la contradicción fundamental ha sido, y es, la que se da entre el saber médico académico y los saberes médicos populares, aunque en diferentes momentos de la historia del país los médicos universitarios han tenido también contradicciones con las instituciones religiosas, otras profesiones sanitarias reconocidas, médicos extranjeros o de provincia y el mismo Estado.

Una contradicción constante entre los médicos y el Estado se dio porque la Constitución liberal de 1857 planteaba, en su artículo 3, que el trabajo era libre y la ley determinaría qué profesiones necesitaban título para su ejercicio, pero ni durante el periodo de la república restaurada ni durante el porfiriato se expidió la ley orgánica de dicho artículo, lo que en opinión de los médicos dejaba "[...] al charlatán y al científico [...] cobijados por la misma ley [...] con perjuicio de los que no saben discurrir entre el verdadero y el falso saber" (Patiño, 1879: 7).

La Constitución de 1917 dejó a cada estado en libertad para determinar qué profesiones necesitaban título para su ejercicio, las condiciones que debían llenarse para obtenerlo y las autoridades que debían expedirlo (Constitución..., 1917). Hubo estados que legislaron y otros que no lo hicieron, pero en 1945 se publicó la ley reglamentaria de los artículos 4º y 5º constitucionales, relativos al ejercicio de profesiones, y se estableció que, entre otras, las de médico, enfermera, enfermera-partera y farmacéutico necesitaban estudios universitarios y título para su ejercicio, y que quienes ofrecieran públicamente sus servicios como profesionistas, sin serlo, incurrirían en delito; además, se concedió acción pública para denunciar a individuos sin título que ejercieran cualesquiera de esas profesiones,[7] lo cual efectivamente sucedió.

[6] El periódico veracruzano *El Reproductor*, del 24 de diciembre de 1903, por ejemplo, decía durante una epidemia de fiebre amarilla, que había que fiarse poco de la política de aislamiento, pues no bastaría un ejército para lograrla, ya que los enfermos se ocultaban de las autoridades sanitarias y de los médicos (p. 2). En el mismo periódico, el 31 de diciembre de ese año se propuso aislar a las personas pero no en hospitales, porque éstos eran aborrecibles a la población.

[7] "Ley reglamentaria de los artículos 4º y 5º constitucionales, relativos al ejercicio de las profesiones en el Distrito y territorios federales", *Diario Oficial*, México, 26 de mayo de 1945, pp. 1-9.

Actualmente, al artículo 4º constitucional se le ha adicionado el derecho de los pueblos indígenas a conservar su cultura, usos, costumbres y recursos, y existe una propuesta presidencial de incluir en la ley reglamentaria del artículo respectivo, el derecho de los médicos tradicionales a ejercer su profesión,[8] con lo cual vuelve a abrirse un debate que tiene ya 500 años.

En el caso de la partería, que mostraba y muestra una gran capacidad de permanencia, el saber médico femenino ha sido sujeto a presiones institucionalizadoras que aún continúan. Durante la colonia se pretendió regular su práctica; en el siglo XIX y también en el presente siglo, sustituirlas por personal capacitado, en tanto se formaban en el país suficientes médicos; hoy se busca capacitar a las parteras tradicionales, limitando el tipo de embarazos que pueden atender, y despojando su práctica de los aspectos sociales y culturales.

Desde que en 1833 se creó el Establecimiento de Ciencias Médicas en lugar de la Antigua Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad, hubo una cátedra de obstetricia, pero los médicos no recibían en ella enseñanza práctica alguna. No fue sino a partir de 1867 que se inauguró la primera clínica de obstetricia (Flores, 1980). Es decir, que antes de esa época los médicos no tuvieron ninguna enseñanza práctica en la atención a embarazadas, parturientas y puérperas; sin embargo, se consideraron siempre superiores a las parteras, que si algo tenían era experiencia.

En el último tercio del siglo pasado se reconocía la poca experiencia práctica de los médicos en algunas materias relacionadas con la ginecología (Fenelon, 1882); la multitud de accidentes que provocaban, aun en manos de médicos de prestigio, la anestesia quirúrgica y la anestesia obstétrica, siendo esta última causa de muerte en algunos pacientes (Lobato, 1879), y la recurrencia a prácticas nocivas e irracionales para la madre y su producto, como oprimirles el vientre (Ramos, M., 1880a) o hacer exploraciones imprudentes y repetidas que llevaban a inutilizar las contracciones (Ramos, J., 1880).

Conforme fue creciendo la participación de los médicos en el embarazo y el parto, la obstetricia primero y la ginecología después

[8] "Decreto que adiciona el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos", *Perspectivas para el desarrollo de los pueblos indígenas de México*, México, INI/Sedesol, 1992, pp. 99-106.

llegaron a ser especialidades de la medicina académica,[9] la cual seguía estando reservada a los hombres. Con la finalidad de despojar a la mujer de su saber sobre la reproducción, ellos empezaron a tratar el embarazo y el parto como asuntos técnicos y especializados que, por lo tanto, eran propiedad exclusiva de los médicos. En sus manos, estos eventos se transformaron de fenómenos sociales en fenómenos biológicos –normales– primero, y médicos –patológicos– después (Oackley, 1984; Arms, 1975).

En el siglo XIX destacó el uso metódico y regular del fórceps. Decían los médicos que con él vencían las resistencias vulvo-vaginales, para ensanchar el cuello de la matriz, romper la bolsa de las aguas y tomar la cabeza del feto (León, 1910). También que: "Las ramas del fórceps son las manos del partero [...] Esto hace que se emplee diariamente. El fórceps nunca morirá; la preciosa pinza es inmortal".[10]

Por esta época, se informaba del desarrollo casi cotidiano de casos de fiebre puerperal, con muertes, en la Casa de Maternidad de la ciudad de México, debido a que la ropa de cama que se entregaba a las enfermas estaba llena de manchas loquiales "[...] portadoras del miasma puerperal" (Ramos, M., 1880b), y de la escasez de camas, por lo que a veces dormían dos pacientes en una. Reconocían los médicos mexicanos –como sus colegas europeos– que las epidemias de fiebre puerperal no existieron en el mundo sino a partir de la fundación de las maternidades o de secciones en los hospitales dedicadas a ellas. En 1881 se propuso cerrar la Casa de Maternidad, debido a que todas las pacientes internadas en ella la padecían.[11]

A pesar de lo anterior, en 1880 se decía que desde hacía 11 o 12 años, en México, el ramo de la obstetricia ostentaba el sello de la originalidad: "Su cuerpo de doctrina es *completo* y *perfecto*." Esto se debía a que se había sacado a "[...] aquel nobilísimo arte del humillante polvo en que yacía, relegado como estaba entre *mujeres incapaces*" (Ramos, M., 1880a: 25).

[9] Junto con la oftalmología y la bacteriología, la ginecología surgió como especialidad en México en 1888, y en 1893 se convirtió en materia obligatoria para todos los estudiantes de medicina. Archivo Histórico de la UNAM (AHUNAM), México, *Escuela Nacional de Medicina*, Dirección, Secretaría, programas de estudio, leg. 18, exps. 4 y 7, 1887 y 1893, ff. 13-23 y 31-275.

[10] Juan María Rodríguez, citado en J. Ramos, 1880, p. 60.

[11] Isidro Díaz y otros; Juan María Rodríguez; Ignacio Capetillo y Eduardo Liceaga, citados en León, 1910.

Para estas mujeres, los médicos del XVI habían escrito una cartilla, y se elaboraron posteriormente otros reglamentos, para indicarles la forma en que debían realizar su trabajo.[12] Desde 1833 se les dictaron cursos teóricos, y a partir de 1867, también cursos prácticos. En 1874 se graduó una; en 1901, cinco; en 1905, dos.[13] Se insistía siempre en demarcar las actividades que les eran permitidas a las parteras capacitadas.

A fines de los años setenta del siglo pasado, se aseguraba en una revista médica que las mujeres que estudiaban para parteras en escuelas superiores podían ser capaces hasta cierto punto, pero que en la prescripción y aplicación de medicamentos y en los trastornos dinámicos del parto, sólo debía intervenir el médico, pues: "La medicina[...] dígase lo que se quiera, siempre estará interdicta a la mujer."[14]

Sin embargo, las mujeres comenzaron a solicitar su ingreso a las escuelas de medicina. Se enfrentaron entonces las posiciones de quienes opinaban que la medicina no iba de acuerdo con las inclinaciones naturales de su sexo, y que la débil organización femenina no podía dejar de quebrantarse ante profesión tan ardua, y los que consideraban que las ciencias eran también para ellas.[15]

En 1877, Matilde Montoya –partera titulada– se convirtió en la primera mujer que obtuvo en México título para ejercer la medicina, la cirugía y la obstetricia.[16] Esto marcó el inicio de una inclusión creciente –aunque lenta al principio– de las mujeres en la medicina.

En 1905, precisamente cuando las mujeres tocaban a la puerta de las escuelas de medicina, a imitación de Inglaterra y Estados

[12] Véase por ejemplo, lo relativo a parteras en el "Reglamento de estudios médicos, de exámenes y del Consejo de Salubridad del Departamento de México", Archivo Histórico del Ayuntamiento de México (AHAM), México, *Consejo de Salubridad*, leg. 3890, exp. 2, 1841. También, SSA "Reglamento de parteros empíricos capacitados", *Diario Oficial*, México, 25 de octubre de 1976, pp. 15-16.

[13] AHUNAM. *Escuela Nacional de Medicina*, Dirección, Secretaría, informes y memorias, leg. 30, exps. 1 y 3, 1874 y 1902, ff. 1-9 y 12-13; y alumnos, leg. 12, exp. 3, 1906, ff. 10-14.

[14] Von-Siebold, citado en M. Ramos, 1879, p. 6.

[15] José Ma. Vigil, citado en Rocha, 1991.

[16] Archivo Histórico de la Escuela de Medicina (AHEM), México, "Expediente académico de Matilde Montoya", leg. 8, exp. 47, f. 56. El hecho era tan inusitado, que a su examen asistieron el presidente de la República y el secretario de Gobernación, y aunque para la sociedad no pasó inadvertido (*Monitor Republicano*, 27 de agosto de 1887), la prensa médica (*Gaceta Médica de México, La Escuela de Medicina...*) lo ignoró, a pesar de que era costumbre anunciar los exámenes aprobados por los nuevos médicos.

Unidos (Ehrendreich y English, 1984), se creó en México la carrera de enfermería. En 1911 ésta se unió con la de partera.[17] Dicen Martínez Benítez *et al.* (1985) que la profesión de enfermera, al igual que la de partera profesional, nació con el doble carácter de práctica represora del trabajo de las parteras tradicionales, y actividad necesaria a la profesión médica y controlada por ella.

En 1912 se reportaba que la asistencia media anual en la Escuela de Medicina de la ciudad de México había sido de: 214 hombres y 4 mujeres en medicina, 2 hombres en farmacia, 18 hombres en especialidades médicas y 60 mujeres en enfermería.[18] A las mujeres, que durante siglos habían ejercido la medicina como un trabajo autónomo y a las que la profesionalización les daba la oportunidad de hacerlo sin ser reprimidas, se les limitaba así a estas actividades subordinadas y de baja paga.

En las maternidades construidas a partir de la Revolución, aunque vigiladas por los médicos, las parteras profesionales y las enfermeras-parteras estaban encargadas del control del embarazo, el parto y la atención del recién nacido. La carrera de partera profesional se suspendió en la década de los cincuenta, y el ginecólogo, el pediatra y el anestesiólogo empezaron a desempeñar actividades que antes realizaban enfermeras y parteras (*ibid.*). Con frecuencia cada vez mayor, los obstetras fueron redefiniendo los procesos del embarazo y el parto como no naturales, y promoviendo, por lo mismo, interferencias en todos los nacimientos.

Más allá de los progresos de las mujeres para insertarse en el mundo médico profesional —actualmente representan la tercera parte de los médicos en México—, se mantiene hacia ellas una actitud discriminatoria, producto de "[...]la persistencia de mitos [como] el de que la forma de pensar y razonar es específica del sexo e inferior en la mujer" (OPS, 1991). Entre ellas, es mayor el desempleo; los 350 integrantes de la Academia Mexicana de Cirugía son hombres; las mujeres están prácticamente ausentes de las especialidades a las que se atribuye mayor prestigio social y que son mejor remuneradas, como neurocirugía (5% de residentes en 1986) o cardiología (8%), y son minoría en los puestos directivos (González de León, 1990). Su participación en ginecobstetricia es mayor (28%

[17] AHUNAM, *Escuela Nacional de Medicina*, Dirección, Secretaría, hospitales, leg. 34, exps. 8 y 10, 1912, ff. 25-28 y 34-36.

[18] AHUNAM, *Escuela Nacional de Medicina*, Dirección, Secretaría, informes y memorias, leg. 30, exp. 11, 1912, ff. 61-62.

en ese año), pero en la atención al embarazo y el parto, ellas reproducen el comportamiento de la medicina hegemónica.

Los modelos doméstico y tradicional, en los que la mujer asume un papel fundamental, no son institucionales pero sí estructurados; tienen contradicciones con la medicina hegemónica, pero también interactúan con ella. Desconocer su existencia o no investigarlos sólo dificulta los propósitos democratizadores de la planificación, al punto de convertirse en obstáculo para el mejoramiento de la salud.

En las páginas que siguen intentaremos reflexionar sobre estos temas, apoyándonos en el examen del papel de la mujer en estos dos modelos de atención: el de la medicina doméstica y el de la medicina tradicional. Conscientes del grado de conocimiento que existe hoy sobre uno y otro, concederemos al estudio de la medicina doméstica un carácter mucho más exploratorio; al analizar la situación de la institucionalización del saber médico tradicional, ceñiremos casi exclusivamente nuestros ejemplos a las parteras tradicionales, apoyándonos en dos investigaciones en las que nos ha tocado participar (Mellado *et al.*, 1989; Carrillo, 1988).

Es preciso aclarar que, en buena medida, los ejemplos escogidos se refieren a las áreas rurales de México, a las parteras tradicionales de estas regiones y a la población campesina e indígena.

Sistema de salud y modelos médicos

En trabajos anteriores (Zolla *et al.*, 1988) hemos sostenido la existencia en México de un *sistema real de salud* –en contraste con el sistema formal, autodenominado nacional–, integrado por tres subsistemas o modelos: el de la medicina académica (MA), el de la medicina tradicional (MT) y el de la medicina doméstica o casera (MD). Hemos tratado también de probar que los agentes de la MA y la MT tienen en común, al menos, lo siguiente: *1)* son terapeutas socialmente reconocidos (independientemente del estatus de ese reconocimiento), y *2)* constituyen ofertas públicas de servicio. Quisiéramos destacar ahora –a propósito de las relaciones entre mujeres, saberes médicos e institucionalización– algunas de las características del modelo de la medicina doméstica, a sabiendas de que es un tema poco investigado. La razón para intentar su análisis aquí es, también, doble: *1)* constituye la primera forma de

respuesta social estructurada ante la amenaza del desequilibrio, la enfermedad, el accidente o la muerte, y *2)* la mujer desempeña en él un papel de primer orden, a tal grado que podría hablarse del saber médico doméstico como un saber esencialmente femenino.

El primer obstáculo que se encuentra en el camino del análisis de la medicina doméstica tiene que ver con la densidad de las imágenes inerciales que se han forjado, tanto sobre "lo femenino" como sobre "la salud en el hogar", imágenes que es preciso desnaturalizar –en el sentido antropológico y no ético del término–, recuperando la densidad de sus contenidos culturales, su nada desdeñable eficacia y su función estructurante de comportamientos sociales. Estas imágenes hacen aparecer, así sea intuitivamente, a la medicina doméstica como una "respuesta natural al daño", obviando los siglos de trabajo acumulado que han sido necesarios para generar una cultura médica casera, familiar y, predominantemente, femenina. Eduardo Menéndez –quien ha estudiado lo que él denomina el "modelo de la autoatención"– señala que este campo de conocimientos y de prácticas es consustancial a todo sistema de salud y, por extensión, a toda sociedad (Menéndez, 1990). En México se han registrado ejemplos de pueblos que no cuentan con médicos tradicionales –como figuras públicas reconocidas–, y en los que la respuesta a la amenaza de la enfermedad corre únicamente por cuenta de la medicina doméstica. Este es el caso de los lacandones de Chiapas, en los que todo adulto es depositario del saber médico ancestral, al punto de que no puede organizar una familia si previamente no conoce las formas de prevenir y tratar el mal. Pero, exceptuando estos ejemplos fronterizos, es posible afirmar que la medicina doméstica establece siempre relaciones complejas, asimétricas y sostenidas con los subsistemas académico y tradicional.

Medicina doméstica

Antes de abordar el análisis más detallado del modelo, quisiéramos señalar que una tipología de las actuales unidades domésticas resulta de gran interés para guiar el estudio de la medicina doméstica, teniendo en cuenta que "[...] la estructura de los hogares, definida por las relaciones sociales y los lazos que existen entre sus miembros, es dinámica y experimenta cambios a lo largo del desarrollo del ciclo doméstico", siendo también "propensa al cam-

bio como una respuesta a transformaciones externas al hogar" (González de la Rocha, 1993, p. 328). Es posible encontrar en el México actual "[...] hogares nucleares, formados por una pareja y su descendencia; hogares extensos, integrados por un hogar nuclear y algún o algunos miembros que no son parte del núcleo conyugal pero que no forman entre sí otro núcleo conyugal; hogares compuestos, integrados por más de un núcleo conyugal; hogares encabezados por mujeres, formados por una mujer y sus hijos, y hogares unipersonales" (*ibid.*, p. 329). Es posible que las diferencias en la configuración de los hogares –extensos, nucleares, etc.– den lugar a variaciones en algunos de los rasgos del modelo médico doméstico. Al menos, esto lo hemos observado en el caso de Morelos, en donde la migración ha propiciado la formación de hogares nucleares de parejas jóvenes, desapareciendo o atenuándose la función de asistencia y consejo que las mujeres maduras brindaban a las primigestas en las etapas del embarazo, el parto, el puerperio y las enfermedades de la madre y del niño (Mellado *et al.*, 1989). Naturalmente, la tipología de las unidades domésticas no permite agotar –ni explicar– las particularidades de las respuestas médicas; ayuda a situar la investigación que deberá, por fuerza, atender a la situación de los conjuntos sociales (como estratos o clases, en contextos económico-sociales, políticos y culturales específicos), en donde se dan procesos patológicos, respuestas curativas y daños a la salud de carácter diferencial.

Intentaremos ahora despejar algunos de los rasgos que nos parecen característicos de la medicina doméstica:

1) La unidad doméstica –y no los sistemas médicos especializados, se llamen tradicional o académico– constituye el primer ámbito social de percepción y evaluación del daño a la salud y, en general, de los niveles de bienestar. Como han señalado varios autores, la medicina que se forja en el seno de la unidad doméstica opera como un "primer nivel de atención" –valor que el modelo médico académico restringe a la medicina general– o como una suerte de "atención primaria de salud" (despojando a esta expresión del contenido técnico con que se la emplea en el nivel mundial desde 1978).[19]

[19] "Es desde esta perspectiva estructural –dice Menéndez– que considero que la autoatención centrada en la mujer constituye el primer nivel real de atención" (Menéndez, 1990, pp. 178-179).

2) Como todo modelo de atención a la salud, el de la medicina doméstica está estructurado como un sistema de conceptos, creencias y prácticas relativos a los estados de desequilibrio, en general, y al proceso salud/enfermedad/curación, en particular. Una tipología de las unidades domésticas actuales permitiría apreciar las peculiaridades del modelo, así como los tipos y funciones de: *a)* los recursos humanos; *b)* los procedimientos y métodos diagnósticos y terapéuticos; *c)* las clasificaciones de las causas de demanda de atención (y, en particular, la nosotaxia doméstica); *d)* los recursos terapéuticos (materiales y simbólicos), y *e)* las relaciones con los otros modelos de atención y con otros ámbitos de la vida social: educativo, ecológico, laboral, religioso, recreativo, etcétera.

3) A diferencia de las medicinas tradicional y académica, el modelo doméstico no constituye una oferta pública de servicio, y sus agentes no son terapeutas socialmente reconocidos. Sus actividades se extienden al núcleo parental y, en ocasiones, vecinal.

4) La medicina doméstica es, simultáneamente, una estructura de servicios y un espacio para la toma de decisiones relativas a la atención casera o a la canalización del enfermo hacia los otros sistemas médicos. Estas decisiones reposan sobre estimaciones fundadas de carácter clínico, pero también sobre nociones de oferta y prestigio, respuesta a estímulos comunicativos (sea de las instituciones, de las empresas o de otros miembros del grupo doméstico), esquemas de percepción de los servicios y, naturalmente, necesidades de diversa índole.

5) En tanto modelo de atención, su quehacer no se constriñe al área médica (preventiva o curativa), sino que incluye y reelabora conceptos y prácticas relativas a la alimentación y la nutrición, la higiene y el saneamiento básico, la educación y la recreación, la sexualidad y la reproducción, la religiosidad y las normas sociales, el trabajo y la vivienda, etcétera.

6) Sus relaciones con los otros modelos de atención, y el hecho fundamental de atender y remitir a los miembros del grupo doméstico –incluidos los propios curadores domésticos en su calidad de demandantes de servicios–, lo sitúan como un agente de vinculación y de síntesis. Esto explica, en buena medida, la hibridez de muchos de sus conocimientos y prácticas, mayor que la apreciada en los sistemas académico y tradicional.

La estructuración de los saberes y las prácticas médicas domésticas presenta una doble complejidad relativa tanto a los sujetos y

sus redes de relaciones, como al contexto, dotado él también de funciones estructurantes: desde hace años, la sociología y la antropología han mostrado la complejidad de las relaciones de parentesco, la inserción femenina en distintos esquemas productivos (incluido, naturalmente, el trabajo doméstico), la naturaleza y jerarquía de papeles y funciones, e, incluso, la distribución del espacio físico doméstico, los mecanismos comunicativos, los ritos, mitos y tabúes que pautan la vida familiar y la conducta "normal" o "desviada" de los sujetos. Cada uno de estos aspectos repercute de modo diferente sobre las estrategias de supervivencia y, naturalmente, sobre los saberes y las prácticas médicas domésticas. En las últimas décadas se han desarrollado vigorosamente las historias de las mentalidades, de la familia, de la vida privada, de la mujer, de la niñez, de la alimentación, de la cocina e, incluso, de las prácticas anticonceptivas. El estudio de la medicina doméstica –sea sincrónico o diacrónico– constituye una empresa que confluye con esos esfuerzos.

Antes de analizar el papel de la mujer dentro del modelo de la medicina doméstica, quisiéramos mencionar que el sistema oficial de salud no se ha mostrado proclive a impulsar estudios que profundicen en el conocimiento de las estructuras de los modelos tradicional y doméstico. De allí que reine confusión en su percepción del papel de los médicos tradicionales, los promotores de salud y los agentes de la medicina doméstica, sumado esto a los mecanismos de control que el modelo impone –o pretende imponer– a los terapeutas de los otros modelos. La Ley de Salud del Estado de Chiapas, sancionada en la presente administración, y que reconoce a los terapeutas tradicionales como auxiliares de fomento a la salud y no como curanderos (*h'iloletik*), parteras o hueseros, constituye un ejemplo paradigmático de esta cuestión. Más aún, en México, sólo en fechas muy recientes (finales de 1992) se produjo el primer estudio sobre la salud de los indígenas aprovechando los datos del sector (Sepúlveda, 1993). La iniciativa del Instituto Mexicano del Seguro Social, para mantener una unidad dedicada al estudio de la medicina tradicional y sus recursos, cesó prácticamente en 1987, conservándose únicamente algunas áreas de estudios experimentales enfocadas a la química y la farmacología de las plantas medicinales. El libro sobre la investigación de la herbolaria medicinal de México, publicado en 1993 por la Secretaría de Salud, sólo constituyó un acto aislado, más ligado

a la celebración de sus 50 años de vida que a programas de investigación u operación en la materia (Juan *et al.*, 1993). Los principales trabajos sobre la medicina doméstica y, dentro de ella, la función de la mujer, son producidos fuera del sector.

Como tendremos ocasión de ver en el caso de las parteras, frente a la medicina doméstica, el sistema oficial de salud oscila constantemente entre una postura de desconocimiento y negación, y otra de institucionalización y control. Quisiéramos insistir en el hecho de que el modelo oficial no reconoce a la medicina doméstica como un conjunto estructurado, sino como un ámbito en el que acaece la enfermedad; en su boca, "salud en el hogar" es una expresión sociológicamente vacía, formulada desde una concepción que no reconoce roles ni reglas. ¿Cómo explicar, si no, la "sorpresa" producida por una investigación como la de Álvarez Cordero al comprobar en dos unidades de medicina familiar del IMSS del Distrito Federal que más de 50% de los derechohabientes —madres, en su gran mayoría— mantenía contacto permanente con terapeutas de la medicina tradicional para la atención de ciertas dolencias que los usuarios del servicio reconocían? Es decir, éstos poseían un saber sobre la mayor parte de los padecimientos que incluyó la encuesta: aire, susto, mal de ojo, caída de la mollera, empacho, etc., y consideraban que el servicio oficial no sabía tratarlas o las trataba incorrectamente. Se encontró también que estos usuarios operaban como un puente entre el modelo académico y el modelo tradicional (Álvarez Cordero *et al.*, 1984). Agreguemos, de paso, que este trabajo no ha tenido continuación.

Un reflejo de este desconocimiento o negación de los sistemas doméstico y tradicional lo constituye la estadística epidemiológica oficial, que, como es bien sabido, sólo registra la morbilidad padecida por aquellos que efectivamente han demandado el servicio. ¿Cuántos acontecimientos de enfermedad y curación tienen lugar fuera de los hospitales, clínicas, unidades médicas rurales y centros de salud oficiales o privados?

La afirmación de que la mujer constituye el eje de las actividades estructurantes del sistema de la medicina doméstica no es nueva. Una gran cantidad de textos etnográficos, antropológico-médicos, históricos, etnobotánicos e, incluso, de salud pública, ofrecen pruebas directas o indirectas de la existencia de este personaje y de este subsector. "La atención a la enfermedad constituye un trabajo que nunca se acaba, que opera en todos los

estratos sociales, que hace poner en juego los mecanismos de autoayuda y que está delegado básicamente en la mujer. Esta asunción de la mujer no ha sido modificada estructuralmente, aun en sociedades donde existe un estatus femenino elevado y movimientos feministas combativos" (Menéndez, 1990, p. 179).

El ámbito doméstico no sólo constituye la primera respuesta social organizada ante la enfermedad, con la mujer como motor de las acciones. También opera como productor de recursos humanos para la salud, ya sea del mismo hogar de origen, de los nuevos hogares que impulsa la reproducción o de la propia comunidad. Es el hogar, en la mayoría de los casos, el espacio germinal de los terapeutas tradicionales, y las redes de autoayuda el mecanismo básico que propicia el desarrollo del terapeuta. En la mayor encuesta realizada hasta el momento para determinar la existencia de recursos humanos no institucionales para la salud en zonas rurales, se pudo establecer la existencia de 13 034 terapeutas tradicionales en 3 025 sitios en donde se ubicaban, hacia 1983-1984, otras tantas unidades del Programa IMSS-Coplamar. De ese total, 66.4% era personal femenino (48%, parteras) (Zolla, 1986). Es bien sabido que, en la mayoría de los casos, ese recurso comienza a forjarse en el ámbito doméstico, en tareas como la asistencia ginecobstétrica parental e, incluso, en la autoatención del parto, y que luego desborda los límites de la atención casera para proyectarse como terapeuta comunitario.

Aunque importante, el saber médico de la mujer no se limita al ámbito de la ginecología, la obstetricia o la pediatría, por mucho que se haya enfatizado –con razón, por lo demás– en ello. La mujer organiza las labores médicas como parte de una estrategia más amplia de supervivencia, y es en ese marco donde se asocian la nutrición, la educación y la transmisión de las pautas de crianza, la higiene personal, el saneamiento básico, la religión, el trabajo, el comercio, la política y la medicina. Los reclamos de salud de las mujeres –cada vez más intensos y frecuentes– rara vez se constriñen al servicio médico, aunque se haya demostrado que ellas son grandes demandantes de consulta médica institucional y privada (Meerhoff y Rigoli, 1992). En el caso particular de la mujer campesina, un sinnúmero de tareas –desde la búsqueda de agua hasta el tratamiento de una enfermedad gastrointestinal– se inscriben directamente en la esfera de la salud, y es allí donde se estructuran los conocimientos y las prácticas. Por ejemplo, la arquitectura de

ciertas unidades domésticas rurales muestra aún la impronta de esta estructuración: en San Rafael Tepatlaxco, Puebla, la mayor parte de las viviendas cuenta con temazcal. Usado con fines terapéuticos, rituales e higiénicos, el temazcal revela esas asociaciones que la medicina doméstica traba con otras esferas de la vida social. Agreguemos, de paso, que el temazcal ha estado siempre bajo la advocación de deidades femeninas, tanto en tiempos prehispánicos y coloniales como en la actualidad.

La atención que las parteras brindan a las parturientas, asistiéndolas en el cuidado del hogar, el lavado de la ropa y la atención de los niños, constituye una prueba de esa "domesticación" del parto, opuesta a la "medicalización" persistente que impone el modelo académico.

Sería erróneo sostener que sólo el modelo médico académico instaura relaciones hegemónicas; existen numerosas evidencias del ejercicio de mecanismos de control social por parte de los curanderos, tanto sobre la población como sobre los terapeutas que emergen del ámbito doméstico. Pero es indudable que ha sido la medicina académica la que ha dado una forma más acabada y determinante a este proceso de exclusión, vigilancia o dominio de los otros sistemas y de medicalización de la vida cotidiana.

Al proponer formas de participación comunitaria y ampliar las políticas de salud hacia estrategias como las de la atención primaria, el sistema oficial de salud se enfrenta a nuevas y constantes contradicciones, visibles claramente en la situación de los estratos más bajos de la población. El Consejo Nacional para el Control de las Enfermedades Diarreicas (Conaced), instancia de coordinación interinstitucional de reciente creación, se ha propuesto disminuir en 50% las muertes por padecimientos hídricos. El centro del programa es la educación para la salud y el uso de los sobres de suero oral (Sro). Sin embargo, a pesar de la importancia indudable de la iniciativa, la carencia de agua entubada y de drenaje y la contaminación de las fuentes de aprovisionamiento siguen siendo los determinantes principales de la persistencia de los cuadros diarreicos en las comunidades de menores recursos. En el nivel nacional, sólo 38.1% de los hogares indígenas cuenta con agua entubada y 15.7% posee drenaje (Sepúlveda, 1993). ¿Cómo alentar el desarrollo de la higiene personal y la de los alimentos, y la rehidratación oral ante una población aquejada por las carencias de agua y drenaje? ¿Cómo pretender el cumplimiento de la meta de

siete consultas profesionales de control del embarazo, de los esquemas completos de inmunización, de la atención profesional oportuna en casos de cólera, en poblaciones que carecen del servicio médico? –para 1992, de las 1 135 localidades en las que había albergues escolares del INI, es decir, en sitios de concentración mayores que los poblados de origen de los niños, 50% de aquéllas no coincidía con ningún servicio médico. ¿Cómo impedir que las parteras capacitadas –como ocurrió en el IMSS del estado de Morelos en 1986– no aspiren a atender sus partos en el hospital, cuando gran parte de su entrenamiento fue desarrollado en ese ámbito? ¿Cómo impulsar el uso de la cartilla de salud oral –que se propone actualmente, y que pretende no sólo el control de las piezas dentales, sino la curación odontológica– cuando el servicio estomatológico es prácticamente inaccesible para millones de mexicanos? ¿Cómo lograr la vuelta a la práctica del amamantamiento después de tantos años de impulsar el uso del biberón y de las leches integrales, y, sobre todo, ante la evidente inserción de las mujeres en un mercado de trabajo que las aleja del hogar? ¿Cómo impedir regular o moderar el consumo de alimentos de bajo valor nutricional, cuando se propone y se prestigia su ingesta a partir de una poderosa estructura industrial y publicitaria, y en donde la inserción de los mensajes institucionales de salud constituye una caricatura comunicativa? Es frente a estos hechos que la medicina doméstica responde –no siempre positivamente– como una estructura peculiar a las propuestas de institucionalización del sector. Mientras se mantengan ciertas condiciones que hacen que amplios sectores sociales (campesinos, indígenas, marginados urbanos, principalmente) presenten los más altos índices de marginación, la medicina doméstica seguirá cubriendo una amplia gama de necesidades de salud, viviendo contradictoriamente sus relaciones con un sistema que, hasta el momento, no se ha mostrado generoso, y apelando a aquellas modalidades de atención, como la medicina tradicional, con la que es mayor su cercanía cultural y material.

Medicina tradicional

El segundo subsistema de atención a la salud es el de la medicina tradicional. Trescientos años de persecución por supersticiosos, y doscientos más de acoso por irracionales y acientíficos, no han

logrado aniquilar los saberes médicos indígenas. Si bien, por un lado, sí fueron tasajeados, lo que impidió que fueran sistematizados teóricamente, y, por otro, se sincretizaron en un proceso que aún continúa, con otros saberes médicos académicos y no académicos.

Los médicos tradicionales se ocupan de síndromes de filiación cultural –que desde luego no están en los libros de medicina– como cáncer de muerto, corazón apretado, susto, espanto de agua, herida de ojo, empacho, caída de la mollera, mal de viento, pega triste, tiricia o quebradura de espíritu. En éstas y otras enfermedades –algunas no tradicionales–, no solamente conciben, sino también previenen, diagnostican, realizan el tratamiento y hacen el pronóstico de las enfermedades, de acuerdo con claves profundas de la cultura del grupo (Zolla, 1986).

Con respecto a las mujeres, si bien, como dijimos, destaca su papel en la atención al embarazo, el parto, el puerperio y los cuidados del recién nacido, del total de médicos tradicionales, 18.4% está representado por mujeres que cumplen otras funciones médicas: curanderas, adivinas, rezanderas, sobadoras, tizanteras, chanequeras y hueseras, cuya contribución a la salud de los pueblos indios aún no ha sido evaluada.[20] Estas médicas atienden, en ocasiones, a pacientes de ambos sexos y de todas las edades del mismo modo que las mujeres son atendidas tanto por médicas como por médicos tradicionales.

Numerosos estudios explican la persistencia de la medicina tradicional por el hecho, antes mencionado, de la existencia de una estructura común de pensamiento entre el terapeuta tradicional y la población a la que atiende; además de que aquél da importancia a aspectos psíquicos, y suele ver, no órganos enfermos, sino al paciente como un todo, interrelacionado con el cuerpo social y con el universo (Galinier, 1990; Anzures y Bolaños 1989; Aguirre Beltrán, 1980b; OMS, 1978).

Hay también un buen número de trabajos que muestran que la medicina académica ha accedido hasta las comunidades más alejadas, y que es bien recibida por su eficacia y mayor cantidad de recursos (Antochiv, 1986), así como porque en las comunidades aparecen como resultado de la introducción de nuevas formas de trabajo y de vida, enfermedades contra las que no hay inmunidad

[20] Acerca de síndromes de filiación cultural y recursos materiales y humanos tradicionales, consultar Zolla (dir.) 1994a y b.

natural o que la medicina tradicional no sólo no puede curar, sino ni siquiera explicar (Menéndez, 1986). Afecciones cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades reumáticas y trastornos psicosociales, aparecen con frecuencia creciente en las comunidades, con diferencias por clase social y por género. La mortalidad femenina es menor, pero la mujer se enferma más y presenta más incapacidades (Restrepo, 1993).

Estos riesgos, sin embargo, son poco atendidos en las mujeres pobres, que casi nunca tienen acceso a servicios médicos especializados, debido a que "[...] se ha abordado la atención de salud de la mujer adulta en compartimentos determinados [...] por intereses médicos [donde] su relación o no con la función reproductiva es lo que ha primado" (*ibid.*, p. 87).

Esta atención a las mujeres, restringida prácticamente al marco de la reproducción –aunque como dicen ellas: "[...] obviamente nos enfermamos de mucha otras cosas" (INI, 1993)–, sin duda ha favorecido que el único terapeuta tradicional tolerado en la práctica por el Estado y la medicina académica sea la partera, a la que se considera indispensable capacitar.

En México hay muchísimas mujeres que prefieren a las parteras empíricas aun cuando cuentan con seguridad social o, por diferentes razones, han sido atendidas en alguna ocasión por profesionales de la salud. Coplamar reportaba en los años ochenta que 70% de los partos del país no era atendido por instituciones de salud (Coplamar, 1983). En 1993, de los 105 246 partos atendidos en unidades médicas y hospitales rurales del IMSS-Solidaridad en toda la República, 55 597 fueron atendidos por parteras (este dato no incluye los partos atendidos en casa de las parteras o las parturientas).[21] Por otro lado, el Programa Nacional de Parteras Tradicionales tenía registradas entre 1990 y 1991, 23 976 de estas terapeutas, y 23 845 para 1994;[22] y las que habían sido encuestadas –que eran aproximadamente la mitad–[23] atendían, en promedio, tres partos al mes.[24] La cifra de parteras censadas es notable,

[21] Coordinación general del Programa IMSS-Solidaridad, SUI, Población y servicios otorgados, anual, 1993.

[22] Directorio interinstitucional nacional de parteras (1990-1991), IMSS, Directorio Nacional de Parteras Rurales IMSS/SSA, México, 1994.

[23] Encuesta nacional de parteras, SSA, (1990-1993).

[24] "Los índices de mortalidad materno-infantil disminuyen", *Excélsior*, 16 de mayo de 1994.

máxime considerando que el número de unidades médicas de primer nivel en toda la República no sobrepasaba las 15 000.

Para algunos esto puede explicarse porque, como ha revelado un buen número de estudios etnográficos, los métodos tradicionales de atención al parto y al recién nacido poseen valores sociales, religiosos, psicológicos y culturales para los grupos donde se practican; las parteras empíricas cumplen funciones de control de la ansiedad psicológica, que provocan ciertos miedos relacionados con la posibilidad de que nazcan niños hechizados; siguen preceptos mágicos y religiosos que se piensa facilitan el parto, son consultadas en cuanto a la crianza del niño más allá del mes de vida, se ocupan de rituales, oraciones y obligaciones sociales y, en general, reflejan en su trabajo las costumbres y creencias de la comunidad donde realizan su práctica.

Pero otros pensamos que también puede entenderse como una resistencia de las mujeres indígenas y campesinas al creciente proceso de medicalización del parto en los hospitales. Entendemos que gracias a los avances de la ginecobstetricia moderna —registro del ritmo cardíaco fetal, ultrasonografía, amniocentesis, entre otros—, en nuestros días es posible detectar anomalías morfológicas y cromosómicas en el feto, evaluar la maduración pulmonar y controlar la integridad anatómica de cualquier órgano, lograr que sobrevivan recién nacidos de un kilo y medio, prevenir problemas por incompatibilidad sanguínea, hacer mucho más seguros el embarazo y el parto para las mujeres con diabetes o hipertensión arterial y, en general, disminuir la mortalidad materna y perinatal.

Sin embargo, hay una contradicción entre esta seguridad y el carácter natural y familiar del nacimiento. Como el método científico da valor a lo que puede reproducirse en condiciones iguales o similares, a lo que puede ser medido, a lo generalizable, la asistencia materno-infantil fundada en el saber científico lleva a cabo rutinas que en ocasiones provocan iatrogenias, entre ellas: inducción del parto, tricotomía, tactos continuos, separación de madre e hijo y alimentación de éste con sucedáneos de leche materna.[25] Así, los ginecobstetras convierten el proceso del nacimiento en un procedimiento en el que, al parecer, el niño no nace por el trabajo

[25] Si bien se han promovido los hospitales "amigos del niño y de la madre", que favorecen la lactancia natural, existen 706 de ellos, de los cuales 450 están consolidados; es decir, cumplen todos los requisitos.

de parto sino por la asistencia médica, y a las parturientas las convierte en pacientes enfermas.

Hay choques, también, entre la confiscación de la maternidad por parte de la profesión médica –que ejerce un control rígido, como si el embarazo y el parto fueran anomalías–, y la tradición de las mujeres de enseñarse generación tras generación las unas a las otras.

Las parteras han conservado al parto como un acto natural y familiar, donde padre y madre tienen un papel activo en el nacimiento de su hijo, aunque están imposibilitadas para salvar la vida de madre o niño en partos con complicaciones graves, y, con frecuencia, no hacen uso de todos los recursos –como la higiene– que aun en sus contextos podrían emplear.

En los cursos para ellas se busca combatir prácticas nocivas, así como la utilización de instrumental no esterilizado para cortar el cordón umbilical o el vendaje del mismo con material sucio. Se pretende, asimismo, enseñar a las parteras a identificar los partos complicados y referirlos a centros de salud u hospitales, y convertirlas en promotoras de los métodos modernos de planificación familiar.

Los objetivos manifiestos de la capacitación son reducir la morbimortalidad materno-infantil, lograr el descenso de las tasas de crecimiento de la población e incorporarlas a los servicios sanitario asistenciales (Du Gas *et al.*, 1979).

En cuanto al objetivo de reducir la mortalidad materno-infantil, es importante aclarar que no existe ningún estudio que pruebe que hay una relación causal entre la práctica de las parteras empíricas y la mortalidad materna y perinatal. En cambio, la anemia sí se considera como una de sus principales causas. La desnutrición materna durante el embarazo tiene como resultado, entre otros, el bajo peso al nacer de su producto. La investigación latinoamericana sobre el bajo peso al nacer, conducida por el CLAP, encontró que 78% de las muertes neonatales precoces se asoció con los nacidos de bajo peso (2 500 g), y de éste, 47% –casi la mitad–, con los de muy bajo peso (1 550 g) (CLAP, 1983).

Acorde con lo anterior, una investigación interamericana de mortalidad en la niñez encontró que la partera tradicional sería impotente para luchar, en una notable proporción de defunciones, contra la causa subyacente de la muerte, a saber: el retardo en el crecimiento fetal, la inmadurez y la deficiencia nutricional. Sostuvo

que incluso los servicios médicos modernos de salud estarían incapacitados para evitar la muerte en la mayoría de dichos casos, y encontró que de los niños que murieron en el periodo neonatal, 67% nació y falleció en el hospital, y otro 18.5% recibió tratamiento hospitalario (Puffer y Serrano, 1973).

En 1992, en México, las deficiencias en la nutrición y las anemias aparecían dentro de las primeras 15 causas de muerte en todos los grupos de edad. Esta situación es especialmente grave en las mujeres. En un estudio realizado en 1992 en albergues escolares indígenas, se encontró que al egreso escolar la normalidad nutricional entre las niñas –las futuras madres indígenas– era igual a cero (Hernández Murillo y Thacker, 1992).

Por otro lado, y al parecer por influencia de los cursos de capacitación de parteras, en los últimos años ha venido descendiendo el número de casos y la tasa de tétanos neonatal (135 casos por 10 000 nacidos vivos registrados, con una tasa de 0.27 en 1992; y 92 casos por los mismos 10 000, con una tasa de 0.19 en 1993). Aun así, todavía se presentan episodios (21 con una tasa de 0.03 hasta la semana epidemiológica 17 de 1994), de los que en 43.5%, el parto fue atendido por parteras tradicionales; en 8.7%, por parteras capacitadas, y en 17.4%, por médicos (el resto fue atendido por familiar, otros o se ignora) (Dirección General de Epidemiología, 1994a y 1994b). No hay un estudio que muestre qué papel desempeñó la atención y cuál es el peso de los cuidados en el hogar.

Por lo que toca a la referencia de pacientes, tanto a las parteras como a las madres les da tranquilidad saber que pueden acudir a un centro de salud o a un hospital en caso de complicaciones. Se presentan, sin embargo, tres problemas principales: el rechazo de los médicos hacia las mujeres que envían las parteras tradicionales (Zittle Ferro y Camarena García, 1985); la falta de carreteras, ambulancias y medios de transporte que comuniquen a las zonas aisladas con los centros de salud, y la poca capacidad institucional para atender los casos que se les envían (Townsend, 1985).

La mayoría de los programas de capacitación de parteras incluyen contenidos sobre anticoncepción, con lo que se busca que esta terapeuta tradicional, con prestigio en la comunidad, promueva métodos de planificación familiar entre las mujeres que no tienen acceso a otros programas (Chávez Cernas, 1985; Reyes Castillo y González, 1985).

Figueroa-Perea ha cuestionado lo que él denomina la expropiación de la reproducción por parte de los programas institucionales de planificación familiar. Señala que es contradictorio que dichos programas se justifiquen por la salud materno-infantil y se basen en el concepto de paternidad responsable, y, sin embargo, se fijen metas demográficas y de cobertura, con base en las cuales se evalúa su eficacia. Proporciona los resultados de una encuesta sobre riesgo y efectos colaterales asociados con el uso de métodos anticonceptivos, que muestran que las usuarias no habían sido seleccionadas de acuerdo con las normas institucionales establecidas. Sugiere que el programa se encargó a los médicos para que fuese aceptado por la población, y alerta contra el posible desajuste que esto puede causar en dicha población (Figueroa-Perea, 1991).

Estos mismos cuestionamientos surgen en el caso de las parteras. A partir de 1960, la Federación Internacional de Planificación Familiar comenzó a estudiar el uso de las parteras tradicionales en los programas de control natal. Se realizaron reuniones regionales en varios países, México entre ellos (World Health Organization Secretariat, 1979) y, a partir de entonces, la Agencia Estadunidense para el Desarrollo Internacional y otras instituciones han colaborado en proyectos de planificación familiar que incluyen a las parteras (Population Information Program, 1980). Es decir, se ha cambiado el énfasis de programas que se apoyaban en hospitales o clínicas a otros con base en la comunidad, en los que las parteras capacitadas envían a los centros de salud a mujeres dispuestas a emplear algún método de anticoncepción, realizan varios procedimientos ellas mismas y venden o distribuyen gratuitamente anticonceptivos (*ibid.*).

En el Estado de México se realizó un programa piloto de planificación familiar con parteras y otros promotores de salud que regalaban píldoras y preservativos, y aplicaban métodos anticonceptivos inyectables. Los promotores, además, colocaban dispositivos, y todos referían a mujeres a esterilización voluntaria. El uso de anticonceptivos entre las mujeres casadas de entre 15 y 19 años aumentó de 6.6 a 34%.[26]

Así, las parteras tradicionales no sólo permiten que los programas de control de la población lleguen a sectores de otro modo

[26] United States Agency for International Development, citado en *Population Information Program*, 1980.

difícilmente accesibles, sino, además, lo hacen con un bajo costo. Se calculaba que cuando reclutar a un nuevo usuario de anticonceptivos costaba 8.50 dólares estadunidenses si se hacía a través del programa nacional, y requería sólo 0.60 centavos si lo lograba una partera.[27]

Esta política conlleva problemas para las parteras, porque la comunidad no siempre acepta los métodos modernos de planificación familiar como parte de la atención tradicional que ellas proporcionan, y, además, porque han tenido que enfrentarse a quejas, tanto por la inefectividad de los mismos, algunas veces, como por los efectos colaterales de los dispositivos intrauterinos, los anticonceptivos orales y los inyectables (Population Information Program, 1980). Y es que se promueven más aquellos anticonceptivos que requieren menor conciencia de la mujer y poca o nula participación de su pareja (Cardaci y Álvarez, 1980), independientemente de sus posibles efectos secundarios. Las parteras tradicionales debieran ser informadas de los riesgos de las elevadas tasas de fecundidad, pero también de los posibles efectos colaterales de los anticonceptivos que van a distribuir. Las usuarias tienen, igualmente, derecho a esa información.

De cualquier manera, no es posible ignorar que la alta tasa de nacimientos es una manera que tienen las clases populares de mantener o acrecentar la población, frente a los, también altos, niveles de mortalidad, sobre todo infantil. Por eso UNICEF afirma que las mujeres recurrirán con más confianza a los métodos modernos de planificación familiar sólo cuando sepan que sus hijos tienen más posibilidades de sobrevivir.

Por último, con los cursos se busca evitar algunas prácticas de las parteras como poner hierbas en la vagina de la parturienta o presionar su vientre, pero un problema ha sido que por influencia de los cursos de capacitación de parteras, muchas de ellas recurren hoy a prácticas que se ha demostrado que son dañinas y, en cambio, han abandonado otras benéficas.

Actualmente hay estudios que muestran que la asistencia, durante el parto, del compañero o de otras personas conocidas de la madre, hace que disminuyan la tensión y el dolor,[28] cuando en

[27] D. E. Morisky *et al.*, citado en Population Information Program, 1980.
[28] J. J. Poseiro *et al.*, citados en Caldeyro-Barcia, 1979.

los hospitales esto se permite sólo en un pequeño número de casos. En cambio, en la atención tradicional al parto, el hombre continúa participando como lo hacía en la época prehispánica. Por ejemplo, entre los tzotziles, la partera se coloca de pie por detrás de la mujer, mientras su esposo está sentado en una silla baja, frente a ella, reconfortándola. Incluso, si la partera no está, el marido toma su lugar (Guiteras Holmes, 1983); entre los lacandones, la parturienta y su esposo van con la partera a algún lugar privado de la selva donde puede realizarse el nacimiento (Villa Rojas, 1985), y para los triquis el nacimiento es un acontecimiento importante al que acuden familiares de la mujer y del marido para apoyar moralmente a la madre (Huerta Ríos, 1981).

La posición supina o de decúbito dorsal quizás se llama ginecológica porque es la más adecuada para la vigilancia y la intervención médica en el proceso del parto, pero no es natural. Por ello, los músculos perineales pueden ser forzados y desgarrarse, además de tener otros efectos como inefectividad de contracciones y palpitaciones por hipertensión, debidos a la opresión de la vena cava inferior, lo que también puede ocasionar hipoxia fetal (Husson y Yanotti, 1980).

Estudios hechos en hospitales de América Latina, en 324 partos de bajo riesgo, mostraron que en posición vertical la duración del periodo de dilatación se reducía en 25%, en la totalidad de las mujeres, y en 36% en el caso de las primíparas (Caldeyro-Barcia, 1979).

Las posiciones verticales o inclinadas que favorecen las parteras son más efectivas pues, entre otras muchas consecuencias, tienen un efecto ocitócico que aumenta de manera natural la intensidad de las contracciones uterinas, y también más lógicas pues aprovechan la ley de la gravedad. Entre los tlapanecas, la mujer pare de rodillas sosteniéndose del respaldo de una silla, o el marido la sostiene tomándole por debajo de los brazos (Oettinger, 1980); las mujeres kiliwas y las huicholas paren en cuclillas (Mata Torres, 1982; Ochoa Zazueta, 1978), y las mujeres tzotziles se agarran a una cuerda que cuelga de una viga para no desperdiciar sus esfuerzos (Guiteras Holmes, 1983).

Con estas posiciones que la mujer toma instintivamente, ella puede pujar de manera adecuada, el feto tiene la posibilidad de rotar más fácilmente, y su cabeza, con la ayuda de la ley de la gravedad ya mencionada, distiende mejor los músculos perineales

y evita la necesidad de muchas episiotomías, que en la medicina oficial también se hacen en casi 100% de los casos. Además, la partera suele detener con sus manos la coronilla, lo que le da fuerza al tejido y evita que el niño salga demasiado de prisa.

En forma rutinaria también se emplean en el hospital ocitócicos que, ciertamente, pueden ser muy útiles cuando el útero de la mujer no responde porque la cantidad de ocitocina en la sangre es pequeña o no la produce en cantidad adecuada, pero que, muchas veces, si bien se dice que se les emplea para "conducir" el parto, en realidad cumplen la función de inducirlo y acelerarlo.

La inducción puede ser peligrosa porque reduce la cantidad de oxígeno disponible para el feto, y provoca desaceleración del ritmo cardiaco fetal. Es posible que esto cause lesiones cerebrales y deje secuelas neurológicas. Es importante notar que no hay una dosis de ocitocina estándar segura, pues la única manera de saber la cantidad de ella que un útero o un feto es capaz de tolerar es administrándola. Unas mujeres requieren 2 miliunidades, otras 30 (Kitzinger y Davis, 1978). El encarcelamiento de placenta o placenta retenida es otra de las posibles consecuencias de la inducción, pues la contracción no es natural (*ibid.*).

El desencadenamiento y desarrollo del parto son casi siempre espontáneos, pues éste es un proceso natural e ininterrumpido. El útero mismo libera prostaglandinas que inducen y mantienen las contracciones, de modo que el niño nace, no por la intervención médica, sino por el trabajo de parto (Dick-Read, 1972). La inducción del parto, en algunos casos, estará indicada, pero si éste no es el caso podrá provocar contracciones a tal velocidad que dejen de ser útiles.

Cualquier intervención obstétrica, a menos de ser inteligente y moderada, tiende a producir una situación en que se requerirá otra intervención posterior; por eso, la norma oficial vigente de atención a la mujer en embarazo, parto y puerperio, determina limitarlas a las estrictamente necesarias.[29] A pesar de esto, las instituciones de salud siguen recurriendo a ellas, y muchas parteras en la actualidad emplean ocitócicos, acuestan a la mujer o no

[29] "Norma oficial mexicana de emergencia. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido", *Diario Oficial*, México, 23 de octubre de 1993, pp. 92-109.

la dejan caminar, como resultado de su contacto con la obstetricia occidental que nunca tomó en cuenta lo que ellas podrían enseñar, por lo que es necesaria una revisión de ambos saberes médicos.

Conclusiones

A lo largo de estas páginas hemos tratado de aportar datos que pueden ordenarse al menos en dos conjuntos: uno, el que trata de mostrar que, independientemente de las orientaciones políticas dominantes en materia de salud en cualquier momento de la historia de México, existen saberes y prácticas dotados de una estructuración propia, que cumplen una función esencial en materia de servicios de salud, y que en esas actividades –muchas veces consideradas subalternas– la mujer ha jugado un papel fundamental, sea como agente público (partera o curandera), o como agente doméstico; el otro, indicativo de contradicciones y de disputas por el poder médico, visible en nuestro país al menos desde el momento de la conquista, y en el que los aparatos institucionales han actuado y actúan con criterios de hegemonía, suplencia o exclusión de otras prácticas. En ambos casos, la tríada mujeres, saberes médicos e institucionalización constituye un referente básico, no sólo para hacer inteligible el campo general de la atención a la salud, sino para acentuar o atenuar el predominio de un modelo sobre los otros. Es claro que los datos acumulados por las investigaciones resultan mucho más abundantes para el modelo médico tradicional que para el doméstico, y que nuevos estudios deberán aportar elementos para la comprensión del fenómeno. Pero, independientemente de la situación actual de los conocimientos y prácticas, la perspectiva de la institucionalización de los saberes es un campo en el que se confrontan y se deciden los mecanismos básicos de una nueva –y, confiamos, más democrática– relación entre los sujetos y entre los modelos que los sujetos animan.

Bibliografía

Aguirre Beltrán, G. (1980a), *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*, México, SEP/INI.

—— (1980b), *Programas de salud en la situación intercultural*, México, IMSS.

Álvarez Cordero, R. *et al.* (1984), "Estudio sobre uso y conocimiento de medicina herbolaria en población derechohabiente del IMSS en el DF", *Cuestión Social*, México, IMSS, vol. II, núm. 7, junio-agosto, pp. 49-56.

Antochiw, M. (1986), "La medicina indígena", *México Indígena*, núm. 9, marzo-abril, pp. 8-9.

Anzures y Bolaños, Ma. del C. (1989), *La medicina tradicional en México. Proceso histórico, sincretismos y conflictos*, México, IIA-UNAM.

Arms, S. (1975), *Inmaculate Deception*, Nueva York, Benton Books.

Caldeyro Barcia (1979), *Bases fisiológicas para el manejo humanizado del parto normal*, Montevideo, OPS/OMS/CLAP (publicación científica núm. 858).

Cardaci, D. y L. Álvarez (1980), "Introducción", en D. Cardaci y L. Álvarez (comps.), *De cómo fuimos perdiendo nuestros cuerpos*, México, UAM-X, pp. i-xxxii.

Carrillo, A. María (1988), *Parirás con alegría... Un estudio sobre la persistencia de las parteras tradicionales en México*, México, Ciencias Políticas-UNAM (tesis).

——, "Regiamentarismo y vida cotidiana. La salud pública en el Porfiriato", en Viesca (comp.), *Historia general de la medicina en México. Siglo XIX*, México, UNAM/Academia Nacional de Medicina (en prensa).

—— y C. Zolla (1993), "Del Tribunal del Protomedicato al Consejo de Salubridad General", *Boletín del Consejo de Salubridad General*, vol. III, núm. 4, julio-agosto, pp. 8-10.

CLAP (1983), *El bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal*, Montevideo, CLAP (publicación científica núm. 75).

Código..., (1881), *Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos*, México, Imprenta del Gobierno Federal.

Constitución... (1917), "Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos" (1917), en Felipe Tena Ramírez (comp.), *Leyes fundamentales de México 1808-1885*, México, Porrúa.

Cooper, D. B. (1980), *Las epidemias en la ciudad de México 1761-1913*, México, IMSS.

Coplamar (1983), *Necesidades esenciales de México. Salud, situación y perspectivas al año 2000*, México, Siglo XXI.

Chávez Cernas, T. (1985), "Incorporación de la partera empírica al programa de salud rural en el estado de Guerrero", en SSA/UNICEF, *La partera empírica y su participación en la atención primaria de salud*, Tepoztlán, noviembre 6-9, pp. 7-10.

Dick-Read, G. (1972), *Childbirth without Fear*, Nueva York, Harper Colophon.

Dirección General de Epidemiología (1994a), *Vigilancia epidemiológica de tétanos neonatal 1993*, hasta la semana 1 de 1994, México, SSA.

—— (1994b), *Vigilancia epidemiológica de tétanos neonatal 1994*, hasta la semana 17 de 1994, México, SSA.

Du Gas, B. *et al.* (1979), *Parteras tradicionales*, Suiza, OMS (publicación en offset núm. 44).

Ehrendreich, B. y D. English (1984), *Witches, Midwives and Nurses. A History of Women Healers*, Nueva York, Writers and Readers.

Fenelon, J. (1882), "Apuntes sobre ginecología", *Gaceta Médica de México*, vol. XVII, núm. 5, primero de marzo, pp. 70-72.

Figueroa-Perea, J. G. (1991), "Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios", *Salud Pública de México*, vol. XXXIII, núm. 6, noviembre-diciembre, pp. 590-601.

Flores, F. (1980), *Historia de la medicina en México, desde la época de los indios hasta la presente*, primera edición 1886-1888, 3 vols., México, IMSS, vol. III.

Freidson, E. (1978), *La profesión médica*, Barcelona, Península.

Galinier, J. (1990), *La mitad del mundo. Cuerpo y cosmos en los rituales otomíes*, México, UNAM/CEMC/INI.

González de la Rocha, M. (1993), "Respuestas domésticas, respuestas femeninas: la organización social de la pobreza y la reproducción", en L. Arizpe (coord.), *Antropología breve de México*, México, Academia de la Investigación Científica, pp. 328-329.

González de León, D. (1990), "Las mujeres médicas", *Las profesiones en México. Medicina*, núm. 3, pp. 107-115.

Granado Baeza, B. de (1941), "Los indios de Yucatán", informe de 1813, *Boletín del Archivo General de la Nación*, vol. XII, pp. 223-230.

Greenleaf, R. E. (1988), *Zumárraga y la Inquisición mexicana, 1536-1543*, México, FCE.

Guiteras Holmes, C. (1983), "El ciclo de la vida", en Lozoya y Zolla (comps.), *La medicina invisible*, México, Folios, pp. 223-233.

Hernández Murillo, R. y M. Thacker (1992), *Diagnóstico de salud y nutrición en albergues escolares para niños indígenas. Primer reporte, indicadores nutricionales*, México, Fisanim.

Hers, M. A. (1977), "Los coras en la época de la expulsión jesuita", *Historia Mexicana*, vol. XXVII, núm. 1, julio-septiembre, pp. 17-48.

Huerta Ríos, C. (1981), *Organización sociopolítica de una minoría nacional. Los triquis de Oaxaca*, México, INI (Serie de antropología social núm. 62).

Husson, J. F. y S. Yanotti (1980), "Y a-t-il un obstétricien dans la salle?", en Rapport (comp.), *Corps de mère. Corps d'enfant*, Francia, Stock, pp. 31-35.

INI (1993), *La mujer y los derechos fundamentales de los pueblos indígenas* (memoria), Oaxaca, julio, INI.

Juan, M. *et al.* (comps.) (1993), *La investigación científica de la herbolaria medicinal mexicana*, México, SSA.

Kitzinger, S. y J. Davis (eds.) (1978), *The Place of Birth*, Gran Bretaña, Oxford University Press.

Landa, fray D. de (1986), *Relación de las cosas de Yucatán*, primera edición 1864, México, Porrúa.

León, N. (1910), *La obstetricia en México*, México, Vda. de F. Díaz de León.

Lobato, (1879), "Los anestésicos en la República Mexicana y en el extranjero", *La Escuela de Medicina*, vol. I, núm. 9, 15 de noviembre, pp. 4-7.

López Austin, A. (1984), *Cuerpo humano e ideología*, México, UNAM.

Martínez Benítez, María M. *et al.* (1985), *Sociología de una profesión. El caso de la enfermería*, México, Nuevomar.

Mata Torres, R. (1982), *Matrimonio huichol. Integración y cultura*, México, Universidad de Guadalajara.

Meerhoff, R. y F. Rigoli (1992), "Demanda y costos de atención médica según edad y sexo en los asegurados del centro de asistencia del sindicato médico del Uruguay", *Boletín de la Organización Panamericana de Salud*, vol. CXII, núm. 4, abril, pp. 306-318.

Mellado, V. *et al.* (1989), *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*, México, CIESS.

Menéndez, E. L. (1990), "Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes", *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 179, México, CIESAS.

——(1986), *Clases subalternas y el problema de la medicina denominada tradicional*, México, CIESAS.

Motolinía o Benavente, fray T. de (1990), *Historia de los indios de la Nueva España*, primera edición 1858, México, Porrúa.

Oackley, A. (1984), *The Captured Womb*, Londres, Blackwell.

Ochoa Zazueta, J. A. (1978), *Los kiliwa y el mundo se hizo así*, México, INI (Serie de antropología social núm. 57).

Oettinger, M. (1980), *Una comunidad tlapaneca. Sus linderos sociales y territoriales*, México, INI (Serie de antropología social núm. 61).

OMS (1978), *Promoción y desarrollo de la medicina tradicional*, Ginebra, OMS (Documento de trabajo núm. 622).

OPS (1991), "La situación de la mujer en el campo de la medicina", *Boletín de la Organización Panamericana de Salud*, vol. CXI, núm. 4, octubre, pp. 354-355.

Patiño, F. (1879), "La libertad de profesiones", *La Escuela de Medicina*, vol. I, núm. 11, 15 de diciembre, pp. 6-7.

Population Information Program (1980), "Traditional Midwives and Family Planning", *Population Reports*, series J, 22 de noviembre, Maryland, The Johns Hopkins University.

Poseiro, J. J. *et al.* (1979), citados en Caldeyro-Barcia, *Bases fisiológicas para el manejo humanizado del parto normal*, Montevideo, OPS/OMS/CLAP (publicación científica núm. 858).

Puffer, R. R. y C. V. Serrano (1973), *Características de la mortalidad en la niñez*, Washington, OPS (publicación científica núm. 262).

Quezada, N. (1977), "Creencias tradicionales sobre embarazo y parto", *Anales de Antropología*, vol. XIV, pp. 307-326.

Ramos, J. (1880), "Indicaciones del fórceps", *La Escuela de Medicina*, vol. II, núm.1, primero de julio, pp. 6-8.

Ramos, M. (1880a), "Brevísimas consideraciones sobre el parto por la extremidad pelviana", *La Escuela de Medicina*, vol. I, núm. 17, 15 de marzo, pp. 25-31.

—— (1880b), "Clínica de obstetricia" (última parte), *La Escuela de Medicina*, vol. I, núm. 21, primero de junio, pp. 5-9.

—— (1879), "De las relaciones que deben mediar entre el médico y las parteras", *La Escuela de Medicina*, vol. I, núm. 5, primero de septiembre, pp. 4-6.

Recopilación... (1681), *Recopilación de las leyes de los reynos de Indias*, Madrid, Julián de Paredes.

Restrepo, H. E. (1993), "Notas para la discusión sobre la atención y la promoción a la salud de la mujer adulta en las Américas", en Elsa Gómez Gómez (ed.), *Género, mujer y salud en las Américas*, Washington, OPS, pp. 87-88.

Reyes Castillo, M. y L. R. González (1985), "El modelo de atención integral a la salud del Programa IMSS-Coplamar y la partera empírica (IMSS)", en SSA/UNICEF, *La partera tradicional y su participación en la atención primaria de salud*, Tepoztlán, noviembre 6-9, pp. 20-23.

Rocha, M. E. (1991), *El álbum de la mujer. El Porfiriato y la Revolución*, 4 volúmenes, México, INAH, vol. IV. pp. 137-139.

Sahagún, fray B. de (1985), *Historia general de las cosas de la Nueva España*, México, Porrúa.

Sepúlveda, J. (coord.) (1993), *La salud de los pueblos indígenas de México*, México, SSA/INI.

Starr, P. (1991), *La transformación social de la medicina en Estados Unidos*, México, FCE.

Townsend, J. (relator) (1985), "Conclusiones de la reunión técnica", en SSA/UNICEF, *La partera empírica y su participación en la atención primaria de salud*, Tepoztlán, noviembre 6-9, pp. 52-72.

Villa Rojas, A. (1985), *Estudio etnológico: los mayas*, México, Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM.

World Health Organization Secretariat (1979), *Traditional Birth Attendants: Activities, Problems and Prospects for the Future*, México, diciembre, pp. 10-14.

Zittle Ferro, E. y R. Camarena García (1985), "Incorporación de la partera empírica al programa de salud rural a nivel nacional", en SSA/UNICEF, *La partera empírica y su participación en la atención primaria de salud*, Tepoztlán, noviembre 6-9, pp. 11-12.

Zolla, C. (dir.) (1994a), *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*, 2 vols., México, INI.

—— (1994b), *La medicina tradicional de los pueblos indígenas de México*, 3 vols., México, INI.

—— *et al.* (1988), *Medicina tradicional y enfermedad*, México, CIESS.

—— (1986), "Terapeutas, enfermedades y recursos vegetales", *México Indígena*, núm. 9, marzo-abril, pp. 16-19.