

Las parterías tradicionales en América Latina

Cambios y continuidades ante un etnocidio programado



Rafael Alarcón Lavín • Toci Alejandra Alarcón Salazar • Diana Álvarez Romo
• Valentina Arana Miranda • María José Araya Morales • Thais Brandão
• Sylvia M. Casillas Olivieri • Mounia El Kotni • Irazú Gómez
• Amaranta Moral Sosa • Judith Ortega Canto
• Patrizia Quattrocchi • Veronika Sieglin

Luscinia C.E.

Las parterías tradicionales en América Latina

Cambios y continuidades ante un etnocidio programado



Rafael Alarcón Lavín • Toci Alejandra Alarcón Salazar • Diana Álvarez Romo
• Valentina Arana Miranda • María José Araya Morales • Thais Brandão
• Sylvia M. Casillas Olivieri • Mounia El Kotni • Irazú Gómez
• Amaranta Moral Sosa • Judith Ortega Canto
• Patrizia Quattrocchi • Veronika Sieglin

Luscinia C.E.

**Las parterías tradicionales en América Latina:
cambios y continuidades ante un etnocidio programado**

© Rafael Alarcón Lavín, Toci Alejandra Alarcón Salazar, Diana Álvarez Romo, Valentina Aranda Miranda, María José Araya Morales, Thais Brandão, Sylvia M. Casillas Olivieri, Mounia El Kotni, Irazú Gómez, Amaranta Moral Sosa, Judith Ortega Canto, Patrizia Quattrocchi, Veronika Sieglin y Editorial Luscinia C.E.

Editorial Luscinia C.E.
San Juan, Puerto Rico

Primera edición: abril 2021

✉ lusciniace@gmail.com
📌 <https://www.facebook.com/luscinia.ce>

Revisión editorial: Paulina Torres
Corrección de estilo: Ana María Carrillo Farga, Hugo Rodas Moreno y Sylvia Casillas Olivieri
Diseño y diagramación: Cactus Design, Inc.
Foto de portada: Diana Álvarez Romo y Litay Ortega Hueso

ISBN: 978-1-944352-29-5

Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-
NoComercial-CompartirIgual 4.0. Las y los autores conservan sus derechos
autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y
cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines
comerciales.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a todas las parteras tradicionales que con sus pensamientos, palabras y acciones participaron en el parto de este libro colectivo.

A Ana María Carrillo Farga, Hugo Rodas Moreno y Sylvia Casillas Olivieri por la corrección de estilo

A Paulina Torres por la revisión editorial

A Mario Espinosa González por el diseño de portada y diagramación del libro

A Diana Álvarez Romo y Litay Ortega Hueso por la foto de portada

A la editorial Luscinia C.E., de Puerto Rico, por creer en la lucha de las parteras tradicionales de América Latina e involucrarse en la edición de esta obra

Índice

Prólogo	7
Introducción	9
I. Mecanismos del etnocidio	21
El etnocidio de la partería tradicional indígena tseltal-tsotsil ¿Maquinación de una profecía autocumplida?	23
<i>Rafael Alarcón Lavín</i>	
De un sistema de transmisión matrilineal de los conocimientos de la partería tradicional indígena a la cooptación institucional de sus saberes y su trabajo	69
<i>Valentina Arana Miranda</i>	
De la partería tradicional a la partería moderna: Sobre continuación y ruptura en un oficio tradicionalmente femenino en el noreste de México	95
<i>Veronika Sieglin</i>	
El desplazamiento de las comadronas en la atención del parto en Puerto Rico, 1930-1970	119
<i>Sylvia M. Casillas Olivieri</i>	
Políticas modeladoras hacia la partería indígena en el surestemexicano	145
<i>María José Araya Morales</i>	
Las parterías tradicionales indígenas de México: Una aproximación a su exclusión social y desaparición desde la ética y la bioética	165
<i>Toci Alejandra Alarcón Salazar y Rafael Alarcón Lavín</i>	
Dispositivos de saber-poder. Parteras tradicionales y el proceso medicalizador en el sureste de México.....	185
<i>Irazú Gómez</i>	

La capacitación de parteras tradicionales en Chiapas: un mecanismo de gobernanza reproductiva	203
<i>Mounia El Kotni</i>	
Nacer en la mitad del mundo. Partería y saberes para el cuidado reproductivo en la provincia de Pichincha, Ecuador	235
<i>Diana Álvarez Romo</i>	
II. Validación de las parterías tradicionales	257
El saber de las parteras mayas de Yucatán: eje de cultura a favor de la prevención de los riesgos obstétricos y las muertes maternas	259
<i>Judith Ortega Canto</i>	
Resistir a la medicalización innecesaria: La experiencia de las parteras mayas de Yucatán (México)	285
<i>Patrizia Quattrocchi</i>	
La atención prenatal de la partería tsotsil/tseltal ante los riesgos de muerte materna	323
<i>Rafael Alarcón Lavín</i>	
III. Legislación y parterías tradicionales	357
Diálogos alrededor de las leyes y las prácticas de inclusión de la partería en el Sistema Nacional de Salud Pública del Ecuador	359
<i>Thais Brandão y Amaranta Moral</i>	
Semblanza de autoras.....	381

Resistir a la medicalización innecesaria. La experiencia de las parteras mayas de Yucatán (México)

Patrizia Quattrocchi

Antecedentes, objetivos y contexto

A partir de los “Objetivos del Milenio” en adelante, las parteras indígenas en todo el mundo han visto cuestionado su papel y saber en la atención del embarazo, del parto y del puerperio, por no cumplir con la definición de “profesional calificado” –que ha sido empleada por la Organización Mundial de la Salud– y por no ofrecer, por lo tanto, un parto considerado “de calidad” (WHO, 2004).

Este trabajo pretende mostrar que la *sobada* prenatal efectuada por las parteras mayas yucatecas a las mujeres embarazadas –práctica muchas veces devaluada o considerada una simple “creencia” por el observador externo (sea el médico, el funcionario u otra persona que desconoce la concepción local del cuerpo, del proceso reproductivo, y de la salud y la enfermedad)– expresa, al contrario, múltiples significados. Estos tienen que ver tanto con la elaboración y transmisión de los saberes locales sobre el cuerpo y la reproducción como con la capacidad de resistencia cultural de estos saberes frente a conocimientos cada vez más globalizados y hegemónicos, como son los de la biomedicina.¹

¹ Parte del presente capítulo se ha publicado en italiano, con el título *I mille volti della sobada*.

La refuncionalización de la sobada frente a la medicalización del proceso reproductivo que se analiza en el trabajo permite reconducir el tema de la “calidad” del parto y de la partera que lo atiende desde múltiples dimensiones (bio-psico-sociales y culturales) que caracterizan este proceso. Estas dimensiones no son contempladas en una definición de “profesional calificado”, ajena a la comunidad, y enfocada desde una visión técnica y reduccionista.

La reflexión surge a partir de las experiencias de investigación antropológica y de investigación-acción participativa desarrolladas en Yucatán entre los años 2000 y 2009. En una primera etapa (2000-2005), trabajé en la comunidad de Kaua, en el oriente del estado de Yucatán, empleando una metodología cualitativa de corte etnográfico. En el transcurso de la investigación, realicé entrevistas abiertas y en profundidad a parteras, mujeres, hombres, profesionales de salud, funcionarios y académicos; observación y observación participante; y recopilación de un diario de campo. El resultado de esta investigación fue el trabajo titulado *Mujeres y salud reproductiva en un pueblo maya de Yucatán: el caso de la sobada*, que se presentó como tesis doctoral en Etno-Antropología en la Universidad de Roma La Sapienza en 2005.

En una segunda etapa (2005-2009), traduje los resultados de la investigación académica² en un proyecto de investigación-acción-formación, coordinado por la autora y por el antropólogo yucateco Miguel Güemez Pineda. El proyecto de cooperación internacional Italia-México titulado *El tiempo de la sobada. Saberes y prácticas del parto en un pueblo maya de Yucatán*³ tuvo como ob-

Saperi riproduttivi e pratiche di resistenza nello Yucatán contemporaneo (Quattrocchi, 2010).

² Otro producto, además de la tesis doctoral de la autora, fue la tesis del co-coordinador del proyecto, Miguel Güemez Pineda, que se titula *Representaciones y prácticas sociales ante las complicaciones del ciclo reproductivo en una comunidad del sur de Yucatán*.

³ El proyecto ha sido apoyado por cuatro instituciones mexicanas situadas en Mérida, así como por once instituciones italianas: la Unidad de Ciencias Sociales (UCS) del Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY); el Centro Peninsular en Humanidades y Ciencias Sociales (CEPHCIS) de la Universidad Autónoma de México (UNAM); el Instituto para el Desarrollo de la Cultura Maya del Estado de Yucatán (Indemaya); la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI)

jetivo contribuir a mejorar la comunicación entre personal de salud, parteras y mujeres indígenas a través de estrategias innovadoras de matriz intercultural. Como parte del proyecto se produjeron distintos materiales didácticos, surgidos de las investigaciones previas y de las investigaciones realizadas durante la primera etapa del proyecto: el libro *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy* (Quattrocchi & Güémez Pineda, 2007), con resultados de investigaciones; el video-documental *Sobada: el don de las parteras* (Vidoemante, 2007), que se editó en español-maya e italiano; y la exposición fotográfica itinerante *La casa y la cura. Las experiencias de las parteras de Kaua, Yucatán*, que incluye 25 fotografías con textos en español, maya e italiano. Los materiales se realizaron para ser empleados en talleres de sensibilización y seminarios dirigidos a trabajadores de la salud (médicos, pasantes, enfermeras y trabajadores sociales), parteras y curanderos. Durante la tercera etapa del proyecto, se diseñó y realizó el curso-taller *Hacia un enfoque intercultural de atención a la salud reproductiva* (2008), dirigido a profesionales de la salud, parteras y terapeutas locales. El curso-taller se realizó en trece ocasiones en Mérida y en otros lugares del estado de Yucatán, con la colaboración de los Servicios de Salud de Yucatán.

Cabe destacar que a partir de 2008, los Servicios de Salud de Yucatán decidieron utilizar el libro y el documental en los programas institucionales de capacitación del personal de salud. El volumen se ha difundido en los centros de salud del estado y hasta la fecha ha sido utilizado, junto con el video, en distintas actividades formativas (Quattrocchi & Güémez Pineda, 2014).

Una década de trabajo con las parteras, las mujeres mayas y los profesionales yucatecos de la salud suscita preguntas, más que ofrece

Delegación Yucatán; Associazione di Ricerche Etno-Antropologiche e Sociali (AREAS), Vidoemante onlus, IRCCSBurlo Garofolo, Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia dell'Università di Trieste, Corso di Laurea in Ostetricia dell'Università di Trieste, Collegio Ostetriche Professioniste di Udine e Pordenone, Associazione Culturale Togunà, Trieste, Istituto Superiore di Sanità, Roma, Scuola Elementale di Arte Ostetrica, Firenze, Centro Studi Americanistici "Circolo Amerindiano", Perugia, Istituto di Sociologia dell'Università di Urbino y con el apoyo del Gobierno de la Región Friuli Venezia Giulia.

respuestas. ¿Hasta qué punto es posible el diálogo y el intercambio entre visiones y prácticas distintas? ¿Quién tiene el poder de legitimar y deslegitimar saberes, prácticas y conocimientos? ¿Y a través de cuáles dispositivos es posible resistir contra procesos hegemónicos de desvalorización o de desplazamiento de un saber hacia el otro? Estas preguntas guiarán las reflexiones que siguen. El fin es destacar, a través del discurso y de la práctica de las parteras con respeto a la sobada, un interesante ejemplo de elaboración de un dispositivo de resistencia cultural y profesional, capaz de defender una visión propia del embarazo, del parto y del nacimiento, y de mostrar que la sobada desempeña un papel social insustituible en las comunidades mayas de Yucatán.

Kaua se encuentra en el oriente de Yucatán, a una distancia de 125 km de la ciudad de Mérida, capital del estado. Cuenta con 3 119 habitantes. Más de 90% de la población es mayahablante y la mayoría es bilingüe (INEGI, 2010). Se considera un municipio de alta marginalidad; ocupa el octavo lugar en marginalidad entre los 106 municipios yucatecos.

Kaua pertenece a la zona milpera, un área tradicionalmente agrícola en la que los frijoles, el maíz y la calabaza representan los productos principales de la agricultura de subsistencia y los ingredientes en los que se basa la dieta local. La cercanía al sitio arqueológico de Chichén Itzá y los rápidos procesos de cambio que se están produciendo en todo el estado han ido dejando el trabajo en el campo cada vez más en manos de la generación de los padres y abuelos, mientras los jóvenes se dedican de manera creciente al sector terciario, al turismo y a las oportunidades que ofrece la migración hacia la costa caribeña o Estados Unidos.

El extremado dinamismo de la sociedad yucateca en su conjunto es un elemento fundamental cuya importancia debe tenerse en cuenta para comprender los complejos procesos sociales que afectan —entre otros ámbitos— también a la salud, y en los que cuestiones como la identidad, las jerarquías, las relaciones de poder entre géneros, generaciones y saberes se reelaboran y renegocian continuamen-

te (Ortega Canto, 2010).

La oferta de salud pública está representada por el centro de salud abierto por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1979, gracias al programa “Solidaridad”, puesto en marcha a nivel nacional a mediados de los años setenta para prestar servicios sanitarios en zonas rurales y asistir a la población desfavorecida.

La clínica consiste en un pequeño edificio situado en la plaza principal del pueblo y consta de una sala de espera, dos estancias destinadas a las consultas o las urgencias y una habitación donde se aloja el denominado “médico pasante”, que ha terminado sus estudios, pero antes de obtener su título tiene la obligación de prestar un año de servicio social en algún lugar del país, incluyendo las áreas rurales. Al término de ese año, deja la comunidad, por lo que la enfermera local queda a la espera de un nuevo médico pasante.

De la resolución de los problemas de salud se encargan otros diversos especialistas, entre los que se cuentan parteras, hueseros, yerbateros y *jmeen*.⁴ Son profesionales a los que se recurre en caso de enfermedades concretas para las que se considera que la biomedicina es ineficaz; o se les consulta de manera complementaria, dando así pie a una situación de intenso pluralismo médico, en el que el paciente y su familia eligen de manera pragmática y consciente la vía que en ese momento les resulta más eficaz (Zolla et al., 1992; Menéndez, 1992).

La atención combinada (o asistencia mixta) que caracteriza en general los itinerarios terapéuticos afecta también las trayectorias reproductivas. Para ocuparse de la salud reproductiva de las mujeres del pueblo están los trabajadores del centro de salud, los puntos de referencia sanitaria de los hospitales cercanos (el hospital de Valladolid se encuentra a unos 30 minutos de Kaua y el hospital de Ixamal a una hora aproximadamente) y las parteras.

Durante el embarazo, el papel de los hospitales es secundario y la

⁴ Los *jmeen* son los especialistas vinculados al orden simbólico-ritual. Se recurre a ellos ya sea para un tratamiento terapéutico (por ejemplo, para alejar a los entes negativos) o en las celebraciones del calendario agrícola (como la del *cha' chaak* para invocar a la lluvia y la de la recolección de la cosecha).

mayoría de las mujeres no entra en contacto con estas instituciones, a menos que tenga un problema concreto. El hospital se convierte en un elemento presente en el itinerario de las mujeres embarazadas solo en el momento de elegir el lugar en el que dar a luz, que normalmente sucede cuando se acerca el momento del nacimiento. El papel del centro de salud y de las parteras está, en cambio, mucho más definido. La confirmación del embarazo, por ejemplo, generalmente se hace a través de la partera, a quien la mujer acude cuando observa un retraso del ciclo menstrual. La terapeuta efectúa su diagnóstico palpando el vientre con las manos y localizando una *bolita* que indica el inicio de la gestación. Al mismo tiempo, la mujer informa de la aparición de síntomas (náuseas, falta de apetito, cansancio inusual y palidez) que pueden ser indicativos del nuevo estado. En caso de que se confirme el embarazo, a menudo es la misma partera la que invita a la mujer a someterse a consulta médica, y en algunos casos la acompaña. La desnutrición y la anemia son los problemas más comunes que pueden afectar a la mujer embarazada. En la clínica la pesan y analizan su sangre y orina. Muchas veces durante la primera visita el doctor receta unas vitaminas, habla con la mujer sobre sus costumbres alimenticias, y la invita a comer fruta y verdura.

Según los programas institucionales, lo ideal es que la relación con el centro de salud continúe con visitas mensuales. Sin embargo, en la práctica la mayoría de las mujeres no visitan la clínica con esa regularidad, sino solo dos o tres veces durante los nueve meses. También hay algunas mujeres que no tienen ningún contacto con las estructuras sanitarias durante el embarazo, y cuyo seguimiento antes, durante y después del parto lo realizan exclusivamente las parteras. Sin embargo, se trata de un número exiguo: en Yucatán, como en los demás estados mexicanos, la creciente medicalización del parto es evidente. Lo anterior se deduce no solo de las continuas iniciativas de las instituciones sanitarias para “poner al día” a las parteras indígenas con respecto a la fisiología y los riesgos del parto⁵, sino también de

⁵ Los cursos de capacitación dirigidos a las parteras se iniciaron de manera masiva en México a partir de los años setenta. Se trata de jornadas de formación (cuya media es de 3-4 días), en las

los comportamientos comunes al *establishment* médico yucateco que, en general, no considera a las parteras locales capaces de asistir a las mujeres de manera “segura” y, por tanto, trata de disuadir a las mujeres de que recurran a ellas. Por otra parte, el énfasis en el “parto seguro” y la deslegitimación del personal considerado “no cualificado” (como las parteras tradicionales) son temas ampliamente estudiados también por parte de las instituciones internacionales. En numerosos documentos relativos a la Declaración del Milenio –sobre todo del Objetivo del Milenio número 5, que se ocupa de la salud reproductiva– se subraya que el parto debe ponerse en manos de “personal cualificado” (WHO, 2004). La cualificación se reconoce y se calibra, pero se hace exclusivamente desde el punto de vista biomédico, sin preguntarse qué significan realmente “calidad” y “seguridad” en contextos sociales y culturales totalmente distintos a aquellos en los que se han acuñado los parámetros y directrices (Quattrocchi, 2007). El caso yucateco muestra, por ejemplo, cómo en la práctica cotidiana de las mujeres mayas esos términos no solo se asocian a aspectos técnicos (entornos higiénicos adecuados o tecnología disponible, por ejemplo), sino también a aspectos pertenecientes al ámbito social y cultural (como ser asistida por una mujer que habla el mismo idioma y que comparte la misma concepción del cuerpo y de la reproducción, la presencia de los familiares, el ambiente cómodo del propio hogar, la posibilidad de enterrar la placenta de acuerdo con la costumbre, etc.). Todos estos elementos son a veces infravalorados desde una perspectiva puramente biológica y organicista, en la que a menudo el cuerpo de la mujer (y no la mujer) es *el objeto* de interés y de intervención (Davis-Floyd, 1992; Davis-Floyd & Sargent, 1997).

Durante mi trabajo con las nueve parteras de Kaua⁶ he podi-

que se da información a las parteras sobre los protocolos higiénico-sanitarios, la fisiología del parto y los riesgos reproductivos. Los elementos positivos y negativos (entre estos últimos, la escasa eficacia de metodologías didácticas, a menudo ajenas a la formación empírica a la que están habituadas las parteras, y la insuficiente utilización de las lenguas indígenas) de dichos cursos han sido ampliamente estudiados tanto en México como en otros países (Véanse Kelly, 1956; Cosminsky, 1982; Jordan, 1983, 1987; Sesia, 1996; y Güémez Pineda, 1997, entre otros).

⁶ Después de entrevistar a todas las parteras, a lo largo de los años de investigación se profundizó la relación con cuatro parteras: doña Socorro, doña Sofía, doña Anita y doña Evangelina, a

do darme cuenta, al contrario, de cómo mediante sus saberes y sus prácticas –sobre todo a través de la sobada– las mujeres mayas consiguen todavía hoy defender y reafirmar un enfoque más integral y fisiológico acerca del proceso del nacimiento, en consonancia con sus propios valores de referencia. Al mismo tiempo, he comprendido hasta qué punto sus saberes están arraigados y cómo son capaces de revisarlos continuamente según las nuevas exigencias y expectativas del sistema médico, de las mujeres embarazadas o de su comunidad.

La sobada: función y sentido

En lengua española el verbo “sobar” indica la acción de manipular, manejar, palpar (Real Academia Española, 1992). En Yucatán el término es usado para indicar una manipulación peculiar del cuerpo, práctica que requiere de un largo aprendizaje y un conocimiento profundo del uso de las manos. Para indicar tal manipulación también se utiliza, aunque con menos frecuencia, el término “tallar”, que literalmente indica la acción de esculpir, labrar, hacer incisiones (Real Academia Española, 1992), pero no se usa nunca el vocablo genérico “masajear”.

La distinción entre “sobada” y “masaje” parece estar presente también en la lengua maya yucateca, en la que el término *yoot'* (o *yeet'*, según una variante regional del sur del estado) se utiliza para indicar la sobada, mientras el término *páats'* indica un masaje ligero (Cordemex, 1980). Esto confirma que la sobada no es un masaje cualquiera ni siquiera desde el punto de vista terminológico. Para comprender mejor la peculiaridad de esta práctica es necesario examinar otros dos términos ampliamente usados para referirse al cuerpo o a sus partes; se trata de los verbos “componer” (*utskinaj*) y “descomponer” (*k'askunaj*). El primero indica la acción de poner varias cosas o personas juntas adaptándolas; formar, arreglar, ordenar, acomodar, ajustar. El segundo, por el contrario, se refiere a acciones

quienes agradezco de corazón por su tiempo, paciencia y afecto.

opuestas como desarmar, desordenar, deshacer, separar (Real Academia Española, 1992).

Ambos términos se utilizan a menudo en relación con la localización de los órganos internos. De un órgano se puede afirmar que está “compuesto”, es decir en su lugar, en orden o bien o, por el contrario, decir que está descompuesto. En la representación que los habitantes de Kaua tienen de su cuerpo, la idea de orden aparece fuertemente referida y se expresa en la necesidad de posicionamiento y alineación de las partes internas del cuerpo con respecto a coordenadas precisas. La idea fundamental es que el cuerpo se presenta como un sistema integrado en el que cada órgano tiene una posición propia que debe ser mantenida; de este modo se preserva el estado de salud. El orden interno remite no solo al posicionamiento correcto de los órganos, sino también a su alineación con el *tip'te'* (en lengua maya yucateca) o “cirro” (en español) un órgano que, según los habitantes de Kaua, se encuentra debajo del ombligo y cuya vitalidad puede ser percibida hundiendo los dedos en el ombligo para saber “si brinca” (Villa Rojas, 1980; Cooper, 1993; Quattrocchi, 2004). Se trata de un órgano muy importante que, cuando se desplaza, provoca un desequilibrio general del cuerpo, además de una enfermedad específica a la que se hace referencia con la expresión “tener el cirro”.

La representación ideal de un estado de equilibrio del cuerpo no encuentra un equivalente en el cuerpo vivido cada día pues sucede que, en la vida cotidiana, por diferentes motivos, los órganos “se mueven”. En palabras de una de las parteras de Kaua, doña Sofía, “todo lo que está dentro el cuerpo se gira, todo por dentro se gira”. La movilidad de los órganos (concebida como un “desorden” que hay que restaurar) está siempre relacionada con un evento concreto. En la mayoría de los casos se trata de una caída brusca o de un sobreesfuerzo físico importante que no permite que el cuerpo se mantenga en equilibrio. Por ejemplo, un órgano se mueve mientras se alzan cosas pesadas, como una cubeta llena de agua o de maíz, por una caída de la hamaca, mientras se trabaja la milpa o se hacen esfuerzos durante el parto. El desplazamiento de un órgano no incide solo en

la percepción de la conformación del cuerpo, que se desordena o descompone, sino que provoca malestares y enfermedades de distinta naturaleza, que desaparecen solamente cuando el mismo órgano es regresado nuevamente a la posición considerada correcta, a través de una sobada.

En Kaua se efectúan distintos tipos de sobadas: algunas ligadas al ciclo reproductivo y efectuadas exclusivamente por las parteras (sobada durante el embarazo, sobada durante el puerperio, sobada para tratar el “pasma”, sobada para componer el útero o “fallo de matriz”, sobada ante un aborto espontáneo); otras componen otras partes del cuerpo y son efectuadas ya por las parteras, ya por los sobadores (sobada para componer el “cirro”, sobada para componer otros órganos: barriga, intestinos, tendones, sobada para el empacho). En este caso, los pacientes y pueden ser mujeres, hombres y niño/as (Quattrocchi, 2006).

En este trabajo me enfocaré en la sobada durante el embarazo, que es uno de los cuidados más importantes a los que la mujer embarazada debe someterse.⁷ La práctica casi no se pone a discusión en Kaua, ni siquiera entre las mujeres más jóvenes o por quienes dan a luz en el hospital.

A partir del tercer o cuarto mes de embarazo, las mujeres acuden una vez al mes a la partera para asegurarse que su bebé se encuentre en la “posición correcta”, es decir, en el centro del vientre y con orientación cefálica.⁸ La idea de que durante el embarazo el niño se mueve en el vientre materno es un dato fisiológico del que las parteras y las mujeres son conscientes, pero esta movilidad asume una relevancia particular pues se relaciona con la idea general de la movilidad de los órganos y de las partes del cuerpo, que caracteriza

⁷ Varios autores mencionan la sobada, presente en distintas áreas de México (Cosminsky, 1982; Jordan, 1983; Paul, 1974; Villa Rojas, 1977, 1980; Elmendorf, 1973; Redfield & Villa Rojas, 1962; Redfield, 1977; Modena, 1990; Sesia, 1998; Appel Kunow, 2003). Sin embargo, en la mayoría de los estudios no se analiza esta práctica en sus distintas tipologías y funciones.

⁸ Las parteras no distinguen entre “posición” y “presentación cefálica” en las últimas semanas del embarazo. Con el término “posición correcta” ellas suelen indicar tanto la orientación de la cabecita “por abajo” durante el embarazo, como la presentación cefálica hacia el canal del parto en las últimas semanas antes del parto.

la visión local. Igual que los órganos internos, también el niño se mueve, principalmente por exceso de trabajo de la madre durante el embarazo, sobreesfuerzos o caídas bruscas.

Para determinar la posición del bebé, las parteras presionan el vientre de la mujer y detectan la cabecita. Si esta está “afuera de su lugar” es necesario componer al bebé, es decir, llevarlo hacia el centro del vientre con la cabeza hacia abajo. El reposicionamiento se produce a través de la manipulación y arrastre del bebé, y puede durar 40-60 minutos o más.

Al igual que las otras sobadas, la que se efectúa para componer al bebé se hace en el suelo, sobre un cobertor o una sábana. La mujer se recuesta en posición supina y la partera se ubica a su lado, sentada sobre un banquillo. Esta se unge las manos con un poco de aceite e inicia diagnosticando la posición de la cabeza. La sesión comprende también un masaje en otras zonas. La partera levanta las piernas de la mujer para poder masajearlas de abajo arriba. Luego siguen los brazos, los hombros, la espalda y la cabeza, que se hace rotar hacia la derecha y la izquierda. Se trata de una especie de *stretching* de los músculos, que las mujeres encuentran relajante.

En general, la sobada mensual tiene un carácter preventivo. Las mujeres se someten a la palpación del vientre para saber cómo está el bebé, sin que necesariamente este se encuentre “fuera de lugar”. En realidad, la mayoría de las veces las parteras encuentran una posición que consideran “incorrecta”, que se explica por los esfuerzos habituales que la mujer realiza durante sus labores cotidianas. Si la partera localiza al niño en posición central, procede de todos modos a sobar, con la intención de mantener la posición del bebé. El masaje entonces puede durar menos. En algunos casos, la partera detecta malas presentaciones del bebé como, por ejemplo, la podálica o “sentado” y transversal o “atravesado”. En estos casos, también se efectúa la sobada, con el fin de reubicar poco a poco (de mes a mes) al bebé, hasta que sea colocado en la presentación adecuada para nacer de manera natural. La palpación del vientre tiene, en este sentido, una importante función diagnóstica y de sostén emotivo para la mujer,

pues por una parte hay un control orgánico sobre la posición de su bebé y, por otra, la seguridad del buen desarrollo de su embarazo.

Durante la sobada, la mujer y la partera tienen la oportunidad de hablar del parto y de la gestación en curso. Se trata de un momento absolutamente íntimo, en el que los saberes ligados al cuerpo y a la salud reproductiva son transmitidos, reelaborados y comparados. Uno de los temas más comentados es el de la cesárea. El mantenimiento de la posición y de la presentación correctas, que en la percepción de las mujeres están estrechamente ligados a la ejecución de la sobada, significa una alta probabilidad de parir de manera natural, sin tener que recurrir a la intervención quirúrgica, que representa uno de los temores más difundidos entre las mujeres yucatecas. Generalmente, las parteras afirman que pueden detectar la presentación cefálica del niño desde el cuarto o quinto mes del embarazo y, por lo común, garantizan un parto vaginal a la mayoría de las pacientes. En los últimos meses, en caso de que la presentación sea normal, se considera que la sobada sirve solo para preservarla. En caso contrario, las parteras proceden de manera diferente, según su propia experiencia. La mayor parte de ellas se declaran impotentes ante un bebé que viene “atravesado” o “sentado”. Avisan entonces a los parientes que será necesario que el parto se realice en el hospital. Algunas parteras más ancianas, en cambio, sostienen que tienen la capacidad de volver al niño a la presentación cefálica o de lograr la expulsión, incluso si su presentación no es cefálica. Afirman que, antes de que llegaran los médicos al pueblo, la partera tenía que enfrentar cualquier emergencia; que sus madres y abuelas eran capaces de proceder, aun en casos difíciles. Pero agregan que ahora la mujer en esas circunstancias es llevada al hospital.

Se considera que someterse a la sobada regularmente trae ventajas a la mujer no solo durante el embarazo, sino también en el momento del parto; que así será rápido y menos doloroso. Además, no habrá riesgo de que la salida de la placenta se demore o que esta “se pegue” a cualquier otro órgano o parte del cuerpo, poniendo en peligro la vida misma de la mujer. Someterse de modo frecuente a la

sobada también ayuda a evitar las amenazas de aborto. La eficacia de la sobada es valorada también a posteriori: algunas dificultades durante el parto se atribuyen a que la mujer no se sometió regularmente al masaje. La sobada para componer al niño es, por lo tanto, una práctica compleja que cumple distintas funciones: la de “posicionar”, la de “mantener” y la de “prevenir”. Es una forma de vigilancia física y al mismo tiempo de control simbólico de la salud de la mujer y del bebé.

Al someterse con regularidad a la sobada, las mujeres permiten efectivamente que el ojo experto de las parteras vigile el desarrollo del embarazo y al mismo tiempo se mitiguen psicológicamente temores difundidos como el de la cesárea, el del aborto o el de un parto con complicaciones. La sobada es, desde esta perspectiva, un mecanismo importante de sostén emotivo que evita que las mujeres tengan que afrontar situaciones de angustia individual y social, que todos los “eventos elementales” (nacimiento, muerte, enfermedad, etc.) conlleven (Augé, 1986).

La percepción de que se está constantemente expuesto al “desorden” hace que sea necesaria la creación de dispositivos de control que puedan “aportar un orden” y al mismo tiempo oponerse al orden existente (Foucault, 1975). En este sentido, mediante las prácticas y los conocimientos que atañen al ciclo reproductivo, sobre todo la sobada, las mujeres de Kaua se adueñan de manera cotidiana de sus cuerpos y su salud. Este es un aspecto fundamental que me hace considerar la sobada como una forma de resistencia, de género y cultural al mismo tiempo, como tendré ocasión de mostrar en las páginas subsiguientes. En absoluto espectadoras pasivas de un control del cuerpo que se produce a través de mecanismos ajenos a ellas, las mujeres han creado, al contrario, una modalidad propia de pensamiento y gestión de sus cuerpos, sobre la que vuelcan e incorporan (Csordas, 1990) –embarazo tras embarazo– su propia historia personal y social.

En una sociedad como la yucateca, en la que se observa una creciente medicalización del parto, que en otros países ha significado

arrebatar a las mujeres la gestión de la reproducción para otorgársela al personal médico, la práctica de la sobada todavía representa para las mujeres mayas una posibilidad real de que la gestión de la salud reproductiva recaiga también en manos femeninas. Con esta última definición, que menciono para llamar la atención sobre lo dispuesto en las distintas conferencias internacionales (Nazioni Unite, 1996, 1997), se alude no solo a lo que tiene que ver con el parto y el nacimiento, sino también con el bienestar físico, psicológico, sexual y reproductivo, en un sentido amplio que comprende toda la vida de la mujer. Se trata, por tanto, de que las mujeres, sobre todo aquellas que se disponen a afrontar un parto medicalizado, tengan la posibilidad de opinar sobre los conocimientos y prácticas que afectan a su cuerpo y el de los hijos que engendran. En este sentido, la sobada representa un momento ligado a la salud que todavía pertenece a las mujeres: pacientes y parteras viven los tiempos del parto y del masaje como espacios individuales, pero al mismo tiempo colectivo. A mi juicio, la mayoría de las especialistas de Kaua y también las mujeres son conscientes del hecho de que perder el “tiempo de la sobada” significaría perder una parte importante del poder de gestionar la propia salud. Por tanto, cada vez que se ejecuta una sobada en una casa de Kaua se pone en práctica un mecanismo que es, al mismo tiempo, conocimiento y defensa del propio cuerpo. Una modalidad de gestión de este último que es, en síntesis, el control sobre una misma y sobre la capacidad de procrear, y el ejercicio de un derecho fundamental: el de gestionar la propia salud reproductiva del modo que se considere más coherente con los valores y la manera de ver las cosas de cada uno.

Si analizamos la relación entre el cuerpo individual, social y político (Scheper-Hughes & Lock, 1987; Lock & Kaufert, 1998) y el papel de las fuerzas sociales, políticas y económicas en la construcción de los procesos del cuerpo, la idea de “movilidad” del cuerpo femenino a la que se enfrentan continuamente las mujeres de Kaua podría llevarnos a interesantes reflexiones. Pandolfi (1991), en su estudio sobre las mujeres de la región del Samnio, sugiere que la idea

de movilidad del cuerpo femenino podría interpretarse como una representación metafórica de procesos emocionales: las mujeres incorporan el sufrimiento social –provocado por ejemplo por un suceso extraordinario que afecta a la comunidad o la familia– y lo expresan a través de una sintomatología de desorden del cuerpo. El tema de la movilidad del cuerpo femenino y su relación con la dimensión social y existencial de las mujeres también se ha puesto de manifiesto en otras investigaciones realizadas en la zona mediterránea como, por ejemplo, en las llevadas a cabo por Guggino in Sicilia (1986) o Pizza en Campania (1998). También Charuty –en su estudio sobre las mujeres francesas– observó una relación muy estrecha entre el desorden social y el desorden del cuerpo. Las suyas eran mujeres en busca de afirmación, cuya vida interior estaba en movimiento continuo, y en las que los “males del cuerpo” (manifestados en la movilidad de los órganos internos, entre ellos el útero) eran en realidad “males del espíritu”, malestares psíquicos que expresaban un “sentirse fuera de lugar” en el plano social y moral (Charuty, 1987). Esto nos lleva a preguntarnos –en caso de que aceptemos esos argumentos– las relaciones entre el cuerpo social y el cuerpo individual en el caso de las mujeres mayas de Yucatán, y si se expresan mediante el lenguaje del cuerpo.

Los cambios sociales derivados de los procesos de modernización que afrontan las comunidades indígenas podrían desempeñar un papel importante. Las mujeres que se convierten en cabezas de familia a causa de la migración masculina, las que asumen un mayor control sobre su propia sexualidad o las que tienen cada vez mayor presencia en la escena pública son símbolo de roles sociales profundamente “móviles”, de identidades de género en constante renegociación. ¿Podría expresarse esta movilidad mediante la idea de un cuerpo constantemente en desorden, y sobre el que sería necesario intervenir para volver a adueñarse de un “orden” y de un “equilibrio” necesarios para la supervivencia individual y social?

Me parece una lectura plausible en el contexto maya actual, como expresión al mismo tiempo de desigualdad y de reivindicación

de género. Existe un elemento importante, en efecto, todavía no explorado, que me lleva a interpretar la idea de movilidad como parte constituyente de la identidad femenina reivindicada (y no simplemente padecida) por las mujeres. Me refiero al hecho de que, si bien las mujeres se ven a sí mismas como en continuo desorden durante toda su vida, dicho desorden se restablece continuamente a través de la sobada. La movilidad del cuerpo, por tanto, se controla, se resuelve, se reordena de manera constante a través de la manipulación que una mujer ejerce sobre el cuerpo de otra mujer. En mi opinión, reconocer este aspecto permite comprender los procedimientos de construcción de la feminidad, no solo como expresiones de sufrimiento social, sino también como reafirmación de la propia identidad de género y como defensa del control sobre el propio cuerpo y sobre el proceso reproductivo. Se trata, por tanto, de una resistencia frente a los procesos de subordinación a los que las mujeres mayas han estado sometidas desde siempre. La idea de la movilidad, de hecho, no es reciente: fuentes de la época colonial acreditan la práctica de la sobada y, por lo tanto, esta cuestión no puede atribuirse solo a los cambios sociales contemporáneos. Más bien creo que las mujeres mayas construyen y controlan el desorden simbólico ligado a su identidad de género desde hace siglos, como proceso de resistencia frente al control masculino sobre su propia feminidad, que se manifiesta en la actitud machista de los hombres yucatecos y en el estado de dependencia ideológica que las mujeres deben soportar dentro y fuera del ambiente doméstico. Esto sucede hoy también, como proceso de resistencia a otro tipo de control: el de la “domesticación del cuerpo” por parte de la medicina (Foucault, 1969, 1975), dado su carácter de “máquina reproductora de vida” (Martin, 1987, 2007).

El concepto de resistencia a la movilidad está presente en estudios como el de Ong (2007) sobre las operarias malayas poseídas por espíritus, o el de las mujeres griegas empleadas en fábricas canadienses (Lock, 1990), como metáfora que expresa una crítica social: una forma de rebelión incorporada y un acto de desacuerdo en el que el cuerpo es el escenario sobre el que se representan y actúan las fuerzas

sociales y un terreno de resistencia personal y de género (Scheper Hughes, 1997). En este sentido podría destacarse el potencial subversivo de la sobada (mediante la cual se controla la movilidad), y la defensa que ejercen hoy las mujeres mayas para que la medicalización no haga desaparecer esta práctica. En este proceso, las parteras desempeñan un papel importante.

La sobada es uno de los baluartes utilizados por las parteras en defensa de su propio papel y saber. Las parteras que saben “componer” reivindican explícitamente la superioridad técnica y cognoscitiva derivada de esta capacidad con respecto al personal médico hospitalario que, a menudo, no comprende o no conoce esta práctica. De este saber “exclusivo” las parteras de Kaua son muy conscientes. Los doctores, ciertamente, “saben otras cosas”, con las cuales las primeras no entran en competencia o en pugna. Lo hacen, al contrario, donde el saber médico-científico no es capaz de ofrecer una alternativa terapéutica que responda de manera eficaz a las expectativas de las mujeres. El caso más emblemático de esta especie de estrategia de defensa que las parteras llevan a cabo –sea en el plano del discurso o en el del trabajo práctico– es el de la afirmación recurrente de que la sobada evita la cesárea.

Sin duda, hoy en día la mayoría de las mujeres yucatecas dan a luz en el hospital. En general, el parto hospitalario es preferible para algunas mujeres porque se dispone de instrumentos tecnológicos que pueden ser de ayuda en caso de urgencia, por la posibilidad de dar a luz de manera gratuita cuando las parteras por el contrario demandan el pago de sus honorarios,⁹ por la posibilidad de descansar y no tener que preocuparse de los asuntos domésticos, y por la posibilidad de beneficiarse de una ligadura de trompas gratuita.¹⁰ Muchas mu-

⁹ El parto hospitalario es gratuito en los hospitales públicos cuando la mujer ha cumplido el seguimiento previsto (por ejemplo, un número de visitas mínimas durante el embarazo). Las parteras piden actualmente entre 800 y 1200 pesos por un parto, y entre 50 y 80 pesos por una sobada.

¹⁰ La ligadura de trompas se practica principalmente a mujeres que ya han tenido varios hijos, con su consentimiento previo. Sin embargo, se conocen al menos tres casos de parejas que se han quejado de no haber sido informadas de la operación. Lamentablemente, en otras zonas indígenas mexicanas se han dado casos de ligaduras de trompas como “método de planificación forzosa”

jeros, sobre todo las indígenas de las áreas rurales, siguen prefiriendo el parto en casa y la asistencia de la partera. Los motivos que llevan a las mujeres y a sus familias a esta elección son de distintos órdenes: desde las dificultades prácticas, como el transporte o los costos, y las lingüísticas y culturales, como que el personal de salud no hable maya, sea de sexo masculino, no conozca o respete las prácticas indígenas, prohíba la presencia de parientes durante el parto u obligue a la posición supina. En los casos en los que se prefiere un parto en casa se destacan los siguientes aspectos citados a continuación. “La partera te cuida, te da consejos”. “La partera hace un trabajo completo”. “La partera no te desnuda”. “En el hospital no te dan enseguida el bebé; no lo puede atender rápido la mamá”. “Con la partera puedes aliviarte en tu hamaca y puede agarrarse uno para empujar, en cambio en la cama no”. “En el hospital no dejan entrar a tu esposo”. “Las parteras atienden a la mujer y al niño hasta los ocho días”. “Los doctores no hablan la maya, a veces no te entienden”. “Los doctores son hombres; en cambio la partera es mujer”. Pero las motivaciones más citadas por las mujeres con respecto a la preferencia por una partera están ligadas al hecho de que “las parteras no te cortan ni te *pican*”. La “*picada*” se refiere a la episiotomía, mientras que la “*cortada*” se refiere a la cesárea. Ambas prácticas remiten a un contexto medicalizado del parto, y constituyen los temores más fuertes expresados por las mujeres con relación al parto hospitalario. De acuerdo con el sentido común, parir en el hospital significa necesariamente someterse a una “*picada*” y, no raramente, también a una “*cortada*”. Se trata, en efecto, de un temor real. Según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010), el porcentaje de cesáreas practicadas en los hospitales públicos (más del 40%) y en las clínicas privadas yucatecas (más del 70%) es superior al promedio nacional y a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (10-15%) (OMS, 2015).

En opinión del personal médico, esto se debe a las condiciones

y, en ocasiones, así lo han denunciado los medios de comunicación.

de emergencia en que las mujeres indígenas llegan al hospital, en muchos casos, después de la intervención infructuosa de la partera. Sostienen también que la conformación física de las mujeres (pelvis estrecha) hace que a veces el parto vaginal sea difícil. Las parteras, a su vez, se lamentan del abuso de esta práctica por parte de los médicos. Ellas creen que los médicos prefieren cortar por motivos de tiempo, pues la espera de un parto natural es más larga; de dinero, ya que el parto por cesárea cuesta más; y, en el caso de los jóvenes médicos practicantes o pasantes, por el miedo o la incapacidad para afrontar el acontecimiento.

Por otra parte, el conocimiento que tienen los médicos y los profesionales sanitarios sobre la sobada y otras prácticas a menudo es superficial¹¹ y, en general consideran que es una práctica ineficaz o perjudicial. En los cursos de capacitación, por ejemplo, se desaconseja a las parteras sobar a las embarazadas, ya que se considera que la manipulación del feto y la fuerte presión de las manos podrían causar daños a la salud de la madre y del niño. Como ya he mencionado, los médicos yucatecos no tienen, por lo demás, muchas oportunidades de formarse en estos temas, ni en la universidad ni durante el ejercicio de la profesión y, por lo tanto, aunque trabajen en contextos de pluralismo médico, no siempre son capaces de aceptar la idea de la “culturalidad” de cada sistema de salud y de la importancia de conocer “desde dentro” los valores, las prácticas y los comportamientos que los rigen y legitiman (Kleinman, 1980; Good, 1994; Gaines Atwood & Davis-Floyd, 2003).

Más allá de las opiniones contrastantes de los diversos terapeutas, lo que parece importante es que actualmente “cortar” o “no cortar” representa el límite, real y simbólico, en el que los diferentes saberes referidos al parto dejan de comunicarse, y donde lo que está en juego no es solo un modo diferente de venir al mundo o de ejercer una profesión, sino la supervivencia ideológica de la propia visión de las cosas. El elemento interesante en esta suerte de diálogo/no diálogo-

¹¹ La doctora que trabajaba en el centro de salud durante mi primera estancia en el año 2001 no había oído hablar del *cirro* hasta que yo lo mencioné.

go y de ataques mutuos es que las parteras –para usar una metáfora futbolística– juegan con un cierto sentido de anticipación. Al parto normal, en efecto, no se llega solo optando por la asistencia domiciliaria, sino sometándose constantemente a la sobada durante el embarazo. Las sobadas mensuales, en las que se reposiciona al niño, se han convertido por tanto en la modalidad a través de la que las mujeres pueden llegar al momento del parto sin complicaciones que hagan necesaria una intervención quirúrgica.

La convicción común es que el parto en el hospital está estrictamente asociado con una intervención “externa” (los instrumentos quirúrgicos), que incide sobre el desarrollo natural del proceso del nacimiento. Los términos usados para la cesárea y la episiotomía son emblemáticos de esta actitud: “cortar” y “picar” presuponen instrumentos que intervienen sobre el cuerpo de la mujer. Por el contrario, en un parto en casa, la partera interviene solo con la “naturalidad” de sus manos. En este sentido, componer, es decir “poner en su lugar”, “recomponer”, es justamente la acción inversa a cortar, o sea a “separar” y a “dividir”.

La verdadera elección que emerge escuchando las narraciones de las parteras y de sus pacientes no es, entonces, tanto entre dar a luz en la propia hamaca o en la camilla de un hospital, sino entre decidir por un parto “natural” o uno “intervenido quirúrgicamente”, con todas las implicaciones ideológicas y culturales que dos modos tan distintos de actuar sobre el cuerpo implican. En lo concreto tales discursos obran a través de relatos en los que se subraya la capacidad de las parteras de actuar sin necesidad de “cortar” o “picar”, como hacen los médicos. Ellas laboran solo con sus manos y poniendo en práctica conocimientos transmitidos a través de generaciones, no solo durante el parto, sino durante todo el curso del embarazo pues, según las mujeres de Kaua, al parto normal se llega, como hemos visto, sometándose a sobadas regulares que controlan constantemente la posición y la presentación del bebé.

La manualidad de la sobada es puesta en estrecha relación con la manualidad del parto, en la que no se utilizan instrumentos extraños

que puedan “incidir” –metafórica, pero también físicamente– en el curso natural de las cosas. Se entiende el dar a luz como un “evento natural” de la vida femenina y no un “evento médico”, donde el cuerpo está integrado en una vivencia social y cultural, expresada por los saberes locales sobre la reproducción. La intervención “externa” (y extraña) no parece necesaria en la modalidad de afrontar el parto, sino en casos de emergencia.

Es en el espíritu de esta diversidad, entonces, que la sobada encuentra los motivos de su función actual, como práctica física y como discurso ideológico. La manipulación “innatural” que la cesárea provoca no está prevista dentro de una relación con el cuerpo que aún no ha elaborado completamente el proceso de medicalización y que, tal vez, rechaza sus aspectos extremos, que por otra parte han emergido fuertemente y han sido criticados en las sociedades occidentales. Al contrario, la manipulación “natural” del cuerpo, identificada con la sobada, sigue siendo fundamental dado que cuadra con una concepción general del organismo que subraya otros aspectos, como el equilibrio de sus partes, el orden interno y la normalidad (entendida como no patológica) de procesos fisiológicos complejos, como el parto.

Se trata de un discurso coherente, que las parteras proponen hoy a sus pacientes no tanto como alternativa al parto hospitalario, sino como una alternativa a la cesárea. El primer caso significaría tal vez tener que competir con demasiados elementos, como la mayor seguridad en caso de riesgo o complicaciones, un menor costo si la pareja posee un seguro médico y, en general, un modelo de vida “urbano” que se está difundiendo rápidamente, sobre todo entre las jóvenes generaciones. El haber centrado la atención en un miedo difundido (la cesárea), a nivel de sentido común, ha sido una estrategia ganadora que ha llevado a la refuncionalización de una práctica antigua en el contexto de la creciente medicalización del proceso reproductivo, y a una posibilidad para las parteras de no sucumbir ante las presiones de la práctica médica.

Es en esta compleja intersección de discursos, estrategias y con-

cepciones que debe ser comprendida y contextualizada la práctica de la sobada y su importancia para las mujeres de Kaua. La sobada no es solo una técnica de masaje, es sobre todo un saber acerca del cuerpo, que está relacionado directamente con las ideas de la movilidad de los órganos y de las partes del cuerpo, con el orden, la temperatura, la apertura, entre otros elementos. También es una modalidad de acción a través de la cual ese saber, incorporado en las manos de las parteras, es transmitido generacionalmente de mujer a mujer. Es, además, un discurso político sobre el control del cuerpo como posibilidad de las mujeres de crearse un espacio propio (que consiste en el tiempo y el lugar de las sobadas), en el cual expresan sus propios puntos de vista fuera del poder hegemónico (médico, pero también masculino). Es, asimismo, un instrumento de defensa del saber de las parteras en materia reproductiva y una afirmación del saber local, en sentido lato, con respecto a un saber cada vez más globalizado.

Se trata de un proceso de reelaboración de los discursos sobre las prácticas tradicionales ligadas al parto, ciertamente no surgido de la noche a la mañana o por elección personal de algunas parteras. Probablemente, se han utilizado distintas “estrategias de defensa” de la propia profesión en las últimas décadas, pero quizá esta en particular haya adquirido cada vez mayor importancia y se haya revelado como la más eficaz de entre las muchas posibles. Entre las diversas prácticas que las parteras de Kaua habrían podido “elegir” como contraposición al trabajo desarrollado por los médicos en los hospitales, la sobada parece en efecto idónea por distintos motivos, algunos de ellos ya ampliamente analizados: a) la sobada es una de las prácticas terapéuticas más extendidas en Yucatán y por tanto bien arraigada a nivel popular; b) es la práctica preventiva más importante realizada durante el embarazo para proteger la salud de la madre y del niño; c) es una práctica que los médicos no conocen y, por tanto, expresa un rasgo de la superioridad de las parteras frente al saber biomédico; d) es un saber “incorporado” que se vincula directamente a la esencia misma de ser mujer, de acuerdo con una representación general del cuerpo femenino como “móvil”; e) es una práctica ejercida sobre las

mujeres por otras mujeres; y f) es una práctica manual que no prevé la utilización de elementos “externos” o “ajenos”, aparte del uso de las manos por parte de la partera.

La cortada/picada (cesárea/episiotomía) y la sobada son por tanto modalidades de intervención que expresan visiones médicas muy diferentes. Una está ligada principalmente a una concepción mecanicista del cuerpo, en la que cada órgano desarrolla sus propias funciones y el cuerpo-máquina funciona cuando las distintas piezas, sumadas la una a la otra, funcionan también. La otra es la visión de un cuerpo total, en el que el buen funcionamiento se consigue por las relaciones mutuas de las distintas partes que componen el todo, y en la que mente y cuerpo no son conceptos que se oponen el uno al otro.

Esta es otra de las cuestiones en las que cada vez es mayor la diferencia entre el enfoque biomédico y el de las medicinas indígenas o tradicionales. En lo que respecta a la salud reproductiva, la creciente medicalización del parto y la consiguiente transformación de la mujer de parturienta a paciente han llevado a que las mujeres ingresen cada vez más a los hospitales, lugares públicos por excelencia. La transformación del parto de evento privado (tradicionalmente llevado a cabo en casa, con la asistencia de una partera y de la familia) a evento público (en el hospital, en presencia de extraños) es de hecho la consecuencia de la concepción del parto como “enfermedad”, ya no gestionado por una red de mujeres más o menos cercanas a la paciente, sino por un equipo de expertos pendientes del desarrollo del embarazo, exactamente igual que si se tratara de una patología.

En el contexto biomédico, como ha puesto de relieve Barbara Duden, el cuerpo de la mujer embarazada es un cuerpo cada vez más expuesto a la mirada pública, donde el carácter privado del embarazo (por ejemplo la sensación que tiene la madre al notar el primer movimiento del niño) ha sido sustituido por un aspecto público, en el que es necesario que a las mujeres se las “declare” embarazadas, y en el que el reconocimiento del embarazo ya no se deposita en la intimidad de la relación entre madre e hijo, sino en la realización de un test químico (Duden, 1994). La medicalización del parto ha restado

importancia, tanto en lo que respecta a la madre como al personal sanitario, a la experiencia sensorial que se produce en el interior del cuerpo femenino (tal como las sensaciones al percibir una nueva vida en su interior), en favor de aquello que es visible desde el exterior, tal vez a través de una ecografía. Hoy cada vez se echa más en falta una percepción de tipo táctil del embarazo, que favorezca precisamente esa perspectiva (Duden, 1994). En cuanto a la importancia de sentir y tocar el embarazo con las manos, las mujeres de Kaua lamentan que en el hospital no se pueda cuidar del niño de manera inmediata, mientras que en su propia casa el recién nacido, una vez que está limpio y vestido, se coloca enseguida junto a la madre y permanece ahí de manera ininterrumpida. Se trata, en este segundo caso, de un modelo de cuidado que ha sido definido como:

‘De alto contacto’, y que se caracteriza por la estrecha e intensa relación física entre la madre y el niño, que se inicia desde el nacimiento (y que es típico de la mayor parte de la historia de la humanidad), en contraposición a ‘un modelo de bajo contacto’, que es una invención de las sociedades industrializadas. (Balsamo, 2002, p.102)

Conceptos como los ahora analizados, a propósito del parto hospitalario, difieren mucho de la idea del nacimiento como evento natural en la vida de la mujer, que todavía se observa en aquellos contextos culturales donde el modelo biomédico no es el predominante. Así sucede en el municipio de Kaua, en el que más de tres décadas de presencia concreta de la medicina científica (mediante la apertura del centro de salud) y el cada vez mayor interés del sistema sanitario nacional sobre temas de salud reproductiva no han bastado para introducir totalmente un modelo medicalizado del parto. Las mujeres de Kaua, a pesar del aumento de los partos hospitalarios y al contrario de lo que observa Duden sobre las mujeres europeas y norteamericanas, todavía se aferran con fuerza a la experiencia sensorial del embarazo, que se manifiesta en una relación de conocimiento mutuo entre la madre y el niño, posible justamente a través de las sobadas.

Los movimientos del pequeño, los cambios en el cuerpo de la madre, las sensaciones y también las molestias que conlleva un embarazo son todavía elementos importantes en la experiencia personal de estas mujeres. Estos eventos, como hemos visto, no se interpretan en sentido patológico, sino que se resuelven a través de mecanismos de control del cuerpo transmitidos desde hace generaciones, tal como las sobadas o la prohibición de ciertos alimentos y comportamientos de los que se hace eco la partera.

Tampoco en el momento del parto consideran las parteras el cuerpo de sus pacientes como una máquina con capacidad de desarrollar por sí sola la función de expulsar al niño, sino que afirman que las parturientas deben estar activas, es decir, que deben esforzarse, participar y no estar inactivas. Es una participación física y emocional al mismo tiempo, que hace de cada parto concreto un momento único y excepcional, y que involucra emocionalmente no solo a la mujer y su familia, sino también a la terapeuta. Estamos muy lejos de una relación médico-paciente en la que el primero es solo un prestador de servicios sanitarios (Taussig, 1980, p. 10) y en el que el evento del parto queda “objetivado” y desnaturalizado por quien ejerce principalmente el poder médico. En el evento del parto vivido en Kaua, el dolor, el sufrimiento, el esfuerzo físico, las emociones y las sensaciones no se dirigen de manera artificial (con fármacos sintéticos), sino que se les da libertad para aflorar según las circunstancias, convirtiendo el cuerpo de las parturientas en un *mindful body* (Scheper-Hughes & Lock, 1987), un cuerpo consciente en el que mente y cuerpo se convierten en un todo al vivir la misma experiencia y la dicotomía cartesiana que todavía arrastra la biomedicina desaparece finalmente.

La asunción de los nuevos significados de una práctica antigua como es la sobada, es decir, su reconversión y resignificación en un contexto social, cultural y también médico que ha cambiado totalmente durante las dos últimas generaciones plantea una reflexión sobre la “apertura de las medicinas indígenas” (Landy, 1974; Press, 1980; Schirripa & Vulpiani, 2000), o sea, sobre su capacidad para

enfrentarse a la presencia cada vez más sólida del conocimiento médico-científico de origen occidental. Al mismo tiempo, es la expresión de una “eficaz experiencia híbrida” (Escobar, 2001, p. 304) que también ha permitido la recreación de elementos culturales propios en lo que se refiere a la preservación de las diversidades culturales como acontecimientos sociales y políticos.

En este sentido, el caso de la sobada es ilustrativo. Una práctica sobre la que ha sido posible “canalizar” las preocupaciones, pensamientos y temores ligados a la pérdida de control sobre el propio cuerpo y, en el caso de las parteras, sobre su propia profesión es la confirmación de lo extremadamente dúctiles y flexibles que son los saberes tradicionales, que se muestran capaces de responder a nuevas situaciones y exigencias. No solo está en juego el saber de las parteras frente al del médico, sino evidentemente también el saber indígena en un sentido más amplio, frente a un saber cada vez más globalizado.

A la luz de estas reflexiones parecen estar más claros los motivos que me llevan a atribuir tanta importancia a la práctica de la sobada. Mediante su utilización se expresan y se entrelazan diversos discursos, si bien de distinto orden. Es una práctica que en este sentido confirma la necesidad de un enfoque integral sobre el estudio de los sistemas médicos, ya que muestra cómo están siempre ligados a otros aspectos de la vida social, y no solo a aquellos relativos a un cuerpo enfermo (Bibeau, 1982). Al mismo tiempo, la complejidad de los significados que ha adoptado es indicativa de la cada vez mayor “impureza” de las tradiciones médicas y del inevitable “cruce” entre las prácticas que los expresan (Ayora Díaz, 2002; Schirripa, 2012). En el municipio de Kaua, la sobada es una práctica ejecutada (por las parteras), una práctica vivida (por las pacientes) o una práctica transmitida (por ambas), y en la que los distintos niveles se entrelazan y se influyen mutuamente. Esta polivalencia la hace “atractiva”, pues se presta a diversos discursos y significados. Resumiendo, la sobada, según el caso, es una expresión de: a) un discurso “cognitivo e indagatorio” sobre el cuerpo femenino; b) un discurso “político”

sobre el derecho a gestionarlo; c) un discurso “de género” sobre la reproducción humana; d) un discurso “pragmático” sobre la defensa de una profesión y un papel social; y e) un discurso “médico” sobre el parto y el nacimiento.

La aparición de tantos discursos a partir de la ejecución de algo que, a los ojos de muchos médicos, no es más que una “técnica de masaje” ineficaz o perjudicial, ha sido posible por al menos tres motivos. En primer lugar, por la extrema versatilidad de la práctica misma, que como muchas prácticas y conceptos indígenas parece ser flexible y adaptable al contexto con el que se relaciona. En segundo lugar, por la sorprendente capacidad de las mujeres de Kaua (terapeutas y no terapeutas) de readaptar elementos externos a su cultura de manera que les funcionen de cara a sus propias necesidades. En tercer lugar, por la gran habilidad de las parteras a la hora de reconvertir sus propias competencias y ponerlas a disposición de todas las mujeres, adecuándolas a los cambios que sobrevienen a lo largo del tiempo.

Se trata de competencias que, sin duda, expresan un saber circunscrito (a la salud reproductiva) y específico de un área geográfica y cultural concreta (un municipio maya de Yucatán), pero que pueden relacionarse de cierta manera con otras situaciones y contextos. Desde esta perspectiva, me interesa comprender si la sobada puede contener en sí misma un discurso adicional que ya no tiene que ver con el saber médico o reproductivo, las cuestiones de género o la conservación de una profesión. O mejor aún, si reúne todos estos discursos juntos y los coloca dentro de un metadiscurso que afecta a las relaciones entre los saberes globales y los saberes locales.

Si la reflexión posmoderna ha contribuido notablemente a la deconstrucción de conceptos como cultura, etnia e identidad, proponiendo la idea de culturas humanas desde siempre mestizas, híbridas o criollas (García Canclini, 1999; Clifford, 1999; Amselle, 2001; Hannerz, 2001; Appadurai, 2001;), la metáfora del “tráfico cultural” (Fabiatti et al., 2000, p. 166) puede resultar útil para explicar las múltiples dimensiones que caracterizan estos fenómenos. En

concreto me refiero a la comprensión de que “el tráfico de bienes, símbolos, ideas, valores etc., no se resuelve con una serie de ‘préstamos’ y ‘adquisiciones’, sino que implica una continua reformulación o ‘reposicionamiento del significado’ según el contexto en el que se adquieran o cedan”. Hay un intercambio continuo entre el significado que tienen dichos fenómenos culturales en el plano global y el que adoptan en el plano local, y habida cuenta del origen híbrido de ambas partes que impide reducir el discurso a una mera oposición de “tradicición” frente a “modernidad” (Escobar, 2001).

En este contexto podemos situar la interacción entre la creciente medicalización del parto que se observa desde hace algunas décadas en el municipio de Kaua (como consecuencia de la introducción de conceptos, valores y prácticas biomédicas que se postulan como saberes globales) y los conocimientos indígenas que constituyen precisamente el ámbito local. ¿Cuál es la relación, por tanto, entre una y otros? Antes de responder es necesario retomar algunas consideraciones de carácter general, que explican las relaciones entre las distintas partes.

En Yucatán las relaciones de fuerza entre distintos saberes médicos son también una expresión de las relaciones desiguales entre la población indígena y la población mestiza (los médicos y el personal sanitario normalmente provienen de las áreas urbanas donde se concentra principalmente la población mexicana que no se considera indígena), y entre la población mexicana (como país emergente) y Occidente (Menéndez, 1981). Hablamos en México de la preocupante marginalidad económica, social y cultural en la que se encuentran las numerosas etnias existentes en el país, en muchos casos víctimas de una violencia estructural (Farmer, 2003), y en la que —como han recalado otros estudios— la persecución de modelos y estilos de vida occidentales conduce a muchos jóvenes a abandonar las labores del campo y a trabajar en los centros turísticos de la costa. Esto desata mecanismos de conflicto generacional y de menosprecio hacia la cultura de origen, como la vergüenza que supone hablar la lengua materna.

Sin dejar de estar consciente de estas dinámicas, considero que mi trabajo muestra cómo –en ciertos casos– los saberes locales son capaces de renegociar su propio papel con respecto a los saberes globales, e incluso competir con ellos. Hablamos ciertamente de procesos que no son fáciles, que a menudo conducen a un enfrentamiento y a veces a un conflicto, pero que nos muestran cómo las culturas son capaces de reaccionar y responder adecuadamente a los cambios, y sin perder necesariamente su propia identidad.

Las innovaciones y las técnicas importadas del exterior de vez en cuando se reelaboran y readaptan al contexto local –de por sí híbrido– en una suerte de selección que las rechaza o las asume como propias dependiendo del caso. Eso es exactamente lo que sucede en el municipio de Kaua en cuanto a los recursos puestos a disposición de la medicina científica. Las mujeres mayas no rechazan el parto por cesárea *per se* (porque son conscientes de que a veces están en juego su propia vida y la de sus hijos), pero se oponen al alto número de cesáreas injustificadas (o justificadas por motivos que no comparten) y eligen mantener la práctica de la sobada para evitarlas. Del mismo modo, las parteras no rechazan totalmente el empleo de los instrumentos que contiene el maletín que se les entrega durante los cursos de capacitación. Desde hace tiempo, por ejemplo, las tijeras han sustituido a las plantas afiladas o el machete con el que en el pasado se cortaba el cordón umbilical. Rechazan, en cambio, aquello que desde su punto de vista no resulta necesario como: la utilización de los tapabocas (las mascarillas de plástico que deberían llevar durante el parto, cuando uno de sus cometidos es hablar constantemente con la mujer, instándola a que puje) o la de los guantes, que les impiden sentir al niño.

Se trata de procesos que obviamente no se producen en una sola dirección: lo mismo sucede con los saberes globales que, una vez en contacto con los locales, pueden introducir y desarrollar elementos nuevos, o readaptar los ya conocidos. El término clave en esta relación es, por tanto, la “interacción”: un proceso que implica una influencia mutua y un intercambio continuo entre las partes impli-

cadas (Fabietti et al., 2000) y que, en el campo de la salud, provoca un proceso de indigenización de la biomedicina y de globalización de las tradiciones terapéuticas locales (Kleinman, 1995).

En este contexto, me parece que la gran oportunidad en este momento es precisamente la toma de conciencia de que el proceso de globalización económica y cultural no significa tanto una homogeneización (como se afirma a veces) sino una dialéctica entre las diversidades de nuestro planeta. Si bien se trata de una relación a veces asimétrica (por ejemplo, entre el hemisferio norte y el hemisferio sur, por usar categorías manidas), este “toma y daca” continuo entre lógicas distintas es la clave para comparar distintas visiones del mundo, que representan en estos términos posibilidades alternativas de ser. Es justo en esta relación continua entre lo local y lo global (en la que global a menudo significa “occidental”), donde se sitúa actualmente la yuxtaposición con la diversidad cultural, entendida “como un depósito de conocimiento sedimentado sobre distintas maneras de hacer las cosas” (Hannerz, 2001, p. 91).

Es en este sentido que los saberes reproductivos de las mujeres de Kaua aparecen como “necesarios”, ya que ofrecen la posibilidad de enfrentarse a idénticos problemas (la medicalización excesiva del parto, el control sobre el proceso reproductivo, la salud reproductiva) y de contribuir quizás a resolverlos (aunque solo sea en parte), o por lo menos de analizarlos a partir de otros puntos de vista.

La medicina científica se ha mostrado, a lo largo del tiempo, bastante receptiva en cuanto a un debate crítico sobre las propias convicciones y hacia la posibilidad de admitir perspectivas de interpretación, diagnóstico y cura de los eventos fisiológicos provenientes de otros contextos culturales. Eso ha sucedido también en el ámbito de la salud reproductiva, aunque con distintas modalidades en los diversos países. En Europa, los países escandinavos o los Países Bajos han mostrado, por ejemplo, una mayor resistencia al parto medicalizado y han mantenido, en conformidad con el sistema sanitario nacional, modalidades de intervención que implican una menor hospitalización (por ejemplo, con el fomento del parto en casa). En

Italia muchos hospitales, sobre todo en las últimas dos décadas, se han preparado para hacer del parto un acontecimiento más personal, proponiendo a las mujeres la posibilidad de tratamientos alternativos (el parto en el agua o el parto en casa seguido por una tocóloga) o tratando de que el ambiente hospitalario sea menos “deshumanizado”. También la presencia de un familiar en el paritorio es ahora frecuente, como la posibilidad de rechazar (cuando no haya riesgos para la salud de la madre o del niño) el uso de aditivos químicos durante las fases del trabajo de parto o del parto en sí. A pesar de ello, en la cultura italiana y en la occidental en general, dar a luz sigue siendo en la mayoría de los casos un evento hospitalario rutinario, en el cual la dimensión psicológica, afectiva y emocional de la mujer y sus familiares a menudo se infravalora y en el que, al contrario, se da más importancia al aspecto puramente fisiológico de la expulsión del niño.

Así es, en última instancia, como la experiencia de las mujeres mayas puede ser útil a las mujeres italianas, francesas o americanas al representar una modalidad distinta –una de las alternativas posibles– de posicionarse frente a un parto excesivamente medicalizado. Obviamente, no se trata de proponer a estas mujeres un modelo de parto “tradicional”, que desde un principio resultaría alejado del contexto cultural en el que viven, sino de repensar el parto como un momento fundamentalmente privado, en el que la madre y el niño no siempre necesitan mediaciones externas (por parte del personal médico, de la tecnología, etc.) para desarrollar su relación de manera adecuada. Es necesario repensar, asimismo, el conocimiento que surge entre la madre y el hijo a través de las sobadas (sentir al niño, manipularlo, posicionarlo en el lugar en el que se considere que está mejor, y no principalmente verlo a través de la pantalla de monitorización fetal). Significa no tanto rechazar los útiles avances de la medicina científica como dirigir la atención sobre el hecho de que el riesgo es la excepción y no la regla. Recuperar la dimensión privada del parto significa entonces, tanto en Yucatán como en otros países, dar a las mujeres el espacio y el tiempo para poder abordar el emba-

razo de manera más íntima, sin la necesidad de que otros (el médico, el ginecólogo, etc.) legitimen continuamente la relación con su hijo. Pero, sobre todo, significa restituir a los profesionales sanitarios el cometido que les corresponde: supervisar el embarazo para verificar que no presenta aspectos patológicos, lo que es muy distinto de actuar sobre el cuerpo de la embarazada como si siempre se tratase de una patología.

Las mujeres de Kaua que rechazan la cesárea cuando no es necesaria y que recurren a las prácticas tradicionales para expresar sus propias convicciones han entendido quizá la importancia de preservar (de aquello que es ajeno) un evento que pertenece ante todo a las mujeres. De este modo no solo se defienden a sí mismas, sino a una parte importante del patrimonio cultural del que disponen.

El hecho de que la sobada se haya vuelto tan importante y com- porte también un marcado componente étnico (se percibe como propia y opuesta a las prácticas de los “otros”) es, para concluir, la consecuencia de las continuas interacciones entre los saberes globales y los saberes locales, y del esfuerzo de estos últimos por no sucumbir. Un saber local, que todavía se considera eficaz, muestra la capacidad excepcional de “reinventarse” y de resistir a los saberes globales, mucho más poderosos en el plano económico, social y también cultural.

Pero no se trata solo de una confrontación. El potencial crea- tivo y expresivo de la sobada, que se carga de significados inéditos y funciones según la necesidad, obliga al saber médico consolidado y globalizado a cuestionarse, a repensar los propios paradigmas y convicciones y a reconocer, al menos en parte, “otras maneras de ser y de pensar”.

En cualquier caso, se podría decir que se está avanzando en el camino de la hibridación cultural que es inherente a un diálogo cada vez más horizontal entre los distintos saberes, y que tal vez sea el verdadero valor añadido de la tan compleja y debatida globalización.

Bibliografia

- Amselle, J.L. (2001). *Connessioni. Antropologia dell'universalità delle culture*. Bollati Boringhieri.
- Appadurai, A. (2001). *Modernità in polvere*. Meltemi.
- Appel-Kunow, M. (2003) *Maya Medicine. Traditional Healing in Yucatan*. University Press of New México.
- Augé, M., & Herzlich, C. (1986). *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*. Il saggiatore.
- Ayora Díaz, I.S. (2002). *Globalización, conocimiento y poder. Médicos locales y sus luchas por el reconocimiento en Chiapas*. Plaza y Valdés.
- Balsamo, E. (2002). Bambini immigrati e bisogni insoddisfatti: la via dell'etnopediatria. En E. Balsamo (Ed.), *Mille modi di crescere. Bambini immigrati e modi di cura* (pp. 99-158). Franco Angeli.
- Barbiani, E., & Tomasin, E.V. (Dir.). (2007). *Sobada: El don de las parteras mayas*. Video-Documental [DVD]. Videomante Onlus.
- Barrera, V., Bastarrachea, J., & Brito, S. (1980). *Diccionario maya Cordemex: maya-español, español-maya*. Ediciones Cordemex.
- Bibeau, G. (1982). A systems approach to Ngbandi medicine. En P.S. Yoder (Ed.), *African health and healing systems: Proceedings of a symposium* (pp. 43-84). Crossroads.
- Charuty, G. (1987) Le mal d'amour. *L'Homme*, XXVII(103), 45-72.
- Clifford, J. (1999). *I frutti puri impazziscono. Etnografia, letteratura e arte nel XX secolo*. Bollati Boringhieri.
- Cooper, M.L. (1993). *The role of massage healing in Cenotillo* [Tesis de maestría]. University of Florida.
- Cosminsky, S. (1982). Childbirth and change: A Guatemalan study. En P. C. Mac Cormack (Ed.), *The ethnography of fertility and birth* (pp. 205-229). London Press.
- Csordas, T. (1990). Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos*, 18(1), 5-47.
- Davis-Floyd, R. (1992). *Birth as an American rite of passage*. University of California Press.
- Davis-Floyd, R., & Sargent, C. (1997). *Childbirth and authoritative knowledge. Cross-cultural perspectives*. University of California Press.
- Duden, B. (1994). *Il corpo della donna come luogo pubblico. Sull'abuso del concetto di vita*. Bollati Boringhieri.
- Elmendorf, M. (1973). *La mujer maya y el cambio*. SepSetentas.
- Escobar, A. (2001). Immaginando un'era di post-sviluppo. En R. Mali-

- ghetti (Ed.), *Antropologia applicata. Dal nativo che cambia al mondo ibrido* (pp. 293-308). Unicopli.
- Fabietti, U., Malighetti, R., & Matera, V. (2000). *Dal tribale al globale. Introduzione all'antropologia*. Mondadori.
- Farmer, P. (2003). *Pathologies of power. Health, human rights, and the new war on the poor*. University of California Press.
- Foucault, M. (1969). *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*. Einaudi.
- _____. (1975). *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*. Einaudi.
- Gaines-Atwood, D., & Davis-Floyd, R. (2003). On biomedicine. En Carol y Melvin Ember (Eds.), *The encyclopedia of medical anthropology*. Human Relations Area Files.
- García-Canclini, N. (1999). *La globalización imaginada*. Paidós.
- Good-Byron, J. (1994). *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge University Press.
- Guggino, E. (1986). *Un pezzo di terra e di cielo. L'esperienza magica della malattia in Sicilia*. Sellerio.
- Güemez Pineda, M. A. (1997). De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar: el proceso de incorporación de las parteras empíricas yucatecas al sistema institucional de salud. En E. Krotz (Ed.), *Cambio cultural y resocialización en Yucatán* (pp. 117-147). Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán.
- Hannerz, U. (2001). *La diversità culturale*. Il Mulino.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2010). *XII Censo general de población y vivienda*. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- Servicios de Salud de Yucatán. (2010). *Base de mortalidad*. Servicios de Salud de Yucatán.
- Jordan, B. (1983). *Birth in four cultures*. Eden Press.
- _____. (1989). Cosmopolitan obstetrics: Some insights from the training of traditional midwives. *Social Science and Medicine* 28(9), 925-944.
- Kelly, I. (1956). An anthropological approach to midwifery training in Mexico. *Journal of Tropical Pediatrics*, (1), 200-205.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.
- _____. (1995). *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. University of California Press.
- Landy, D. (1974). Role adaptation: Traditional curers under the impact of

- Western medicine. *American Ethnologist*, (1), 103-127.
- Lock, M. (1990). On being ethnic: The politics of identity breaking and making in Canada, or Nevra on Sunday. *Culture, Medicine and Psychiatry*, (14), 237-54.
- Lock, M., & Kaufert, P. (1998). *Pragmatic women and body politics*. Cambridge University Press.
- Martin, E. (1987). *The woman in the body. A cultural analysis of reproduction*. Beacon Press.
- _____. (2007). The egg and the sperm: How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. En M. Lock y J. Farquhar (Ed.), *Beyond the body proper. Reading the anthropology of material life* (pp. 417-426). Duke University Press.
- Menéndez, L. (1981). *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Ediciones de la Casa Chata.
- _____. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En R. Campos Navarro (Ed.), *La antropología médica en México* (pp. 97-111). Universidad Autónoma Metropolitana.
- Modena, M. (1990). *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. Ediciones de la Casa Chata.
- Nazioni Unite. (1994). *Dichiarazione e programma d'azione della Conferenza Internazionale su Popolazione e Sviluppo – Il Cairo*. Commissione Nazionale per le Pari Opportunità.
- _____. (1996). *Pechino 1995: dichiarazione e programma d'azione*. Commissione Nazionale per le Pari Opportunità.
- Ong, A. (2007). The production of possession: Spirits and the multinational corporation in Malaysia. En M. Lock y J. Farquhar (Ed.), *Beyond the body proper. Reading the anthropology of material life* (pp. 512-530). Duke University Press.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas. Organización Mundial de la Salud.
- Ortega, C. (2010). *Género, generaciones y transacciones. Reproducción y sexualidad en maya de Yucatán*. El Colegio de Michoacán.
- Pandolfi, M. (1991). *Itinerari delle emozioni. Corpo e identità femminile nel Sannio campano*. Franco Angeli.
- Paul, L. (1974). *The mastery of work and the mystery of sex in a Guatemalan village*. En Rosaldo y Lamphere (Eds.), *Woman, culture and society* (pp. 281-299). Stanford University Press.

- Pizza, G. (1998). Così siamo composte noi... Figure della corporeità femminile in un'area appenninica della Campania. En G. Pizza (Ed.), *Figure della corporeità in Europa* (pp. 73-93). *Etnosistemi*, 5.
- Press, I. (1980). Problems in the definition and classification of medical systems. *Social Science and Medicine*, 14(b), 45-57.
- Redfield, R., & Villa, R. (1962), *Chan Kom. A Maya village*. The University of Chicago Press.
- Quattrocchi P. (2004). L'ombelico del mondo. Rappresentazioni e pratiche relative al *ti'pté* in un villaggio maya dello Yucatan, Messico. *La Ricerca Folklorica*, 50, 35-43.
- _____. (2006). ¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán. *Península*, I(2), 143-170.
- _____. (2007). Obiettivo del Millennio e salute riproduttiva. Quale ruolo per le levatrici? Il caso dello Yucatan. *I Fogli di Oriss*, 27/28, pp.11-36.
- _____. (2010). I mille volti della sobada. Saperi riproduttivi e pratiche di resistenza nello Yucatan contemporaneo (Messico). En I. Maffi (Ed.), *Annuario Antropologia "Nascita"*, IX(12), 83-118. Ledizioni.
- Quattrocchi, P., & Güemez Pineda, M. (2007). *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*. Cepsa.
- Real Academia Española (1992). *Diccionario de la Lengua Española*. Editorial Espasa-Calpe.
- Scheper H., & Lock, M. (1987). The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, I, 6-41.
- Scheper H. (1997). *La muerte sin llanto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Ariel Editorial.
- Schirripa, P. (2012). Sistema médico. Campo politico, istituzioni sanitarie e processi di medicalizzazione tra egemonia e resistenza. En D. Cozzi (Ed.), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario* (pp. 269-284). Morlacchi.
- Schirripa, P., & Vulpiani, P. (2000). *L'ambulatorio del guaritore. Forme e pratiche di confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e Americhe*. Argo.
- Sesia, P. (1996). Women come here on their own when they need to: Prenatal care, authoritative knowledge, and maternal health in Oaxaca. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2), 121-40.
- Taussig, M. (1980). Reification and the consciousness of the patient. *Social Science and Medicine*. XIV(b), 3-13.
- Villa, R. (1977) Los mayas del actual territorio de Quintana Roo. *Enci-*

- clopedia yucateca*, 6. Edición oficial del Gobierno de Yucatán, México, pp. 31-61.
- _____. (1980). La imagen del cuerpo humano según los mayas de Yucatán. *Anales de Antropología*, XVII, 31-46.
- World Health Organization. (2004). *Making pregnancy safer. The critical role of the skilled attendant*. World Health Organization.
- Zolla, C., Del Bosque, S., Mellado, S., Tascón, A., & Maqueo, C. (1992). Medicina tradicional y enfermedad. En R. Campos Navarro (Ed.), *La antropología médica en México*, I (pp. 71-104). Universidad Autónoma Metropolitana.