

LAS PARTERAS INDÍGENAS EN LA COSTA CHICA DE GUERRERO, UN RECURSO DE SALUD TRADICIONAL

*Alba Meneses Rentería¹
Ascencio Villegas Arrizón²
Dulce María Quintero Romero³*

INTRODUCCIÓN

La búsqueda del bienestar físico es una de las prioridades de todos los pueblos ya que de éste depende la trascendencia de su sociedad. Para responder a esta necesidad cada cultura ha desarrollado diferentes sistemas de salud que le permitan mantener el bienestar y crecimiento de sus pueblos y por lo tanto asegurar su desarrollo. Los sistemas de salud de las distintas sociedades se han ido transformando de acuerdo a la influencia de su entorno geográfico, económico y social. Entre los pueblos originarios de América existen, con un mayor o menor arraigo entre la población, vestigios de los sistemas tradicionales de salud que coadyuvan con el sistema de salud oficial a mantener la salud de la población.¹ En las zonas indígenas del país la figura más importante, o al menos la más visible, del sistema de salud tradicional es sin duda la partera, la cual sigue siendo una figura destacada en el cuidado de la salud materno infantil. El papel que representa la partera dentro del desarrollo de los pueblos indígenas, como muchos de los valores culturales de los pueblos originarios, se encuentra en desventaja ante los reconocidos símbolos del desarrollo que muestran a la medicina oficial como la mejor. En la zona indígena de la Costa Chica de Guerrero, las parteras representan muchas veces el único recurso asequible para atender a embarazadas y recién nacidos. Ante la evidente dificultad para alcanzar una cobertura total de los servicios de salud es necesario caracterizar este recurso e identificar acciones que permitan fortalecer su trabajo.

¹ Maestra en Ciencias Médicas. Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales, Universidad Autónoma de Guerrero. (744) 488 00 12 alba_meneses@hotmail.com

² Doctor en Ciencias Médicas. Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales, Universidad Autónoma de Guerrero. (744) 488 00 12 villegasarrizon@hotmail.com

³ Doctora en Ciencias del Desarrollo Regional. Unidad de Ciencias de Desarrollo Regional, Universidad Autónoma de Guerrero. dulcenic@yahoo.com.mx

ANTECEDENTES

Según estimaciones de la OMS a nivel mundial fallecen más de 500 000 mujeres al año por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio.² La muerte de una mujer durante el proceso de gestación de una nueva vida es un tema que se encuentra considerado dentro de las prioridades internacionales. Se considera a la mortalidad materna como una cuestión de derechos humanos y no sólo de salud. La desigual distribución de las muertes maternas muestra una relación inversamente proporcional al desarrollo de los países; en los países pobres una de cada 48 mujeres tiene riesgo de morir, muy por arriba de las mujeres en los países desarrollados donde el riesgo es de una entre 1800.³

La muerte materna repercute negativamente en el desarrollo económico y social de un país es por esto que se ha incluido prioritario en la agenda política internacional y forma parte de los objetivos de desarrollo plasmados en la Declaración del Milenio. El número de partos atendidos por personal sanitario capacitado es uno de los indicadores propuestos para medir el progreso del objetivo de mejorar la salud materna.⁴ Sin embargo, según la Organización Panamericana de la Salud, en América Latina el 79% de los partos se atienden en alguna institución de salud, pero el incremento en la cobertura de atención de partos institucionales no se ha visto reflejada en una reducción importante de la mortalidad materna y perinatal, según la fuente esto puede estar influido por un limitado acceso a los servicios de salud, tanto geográfica como culturalmente.⁵

En México, según datos de CONAPO (1997), durante el periodo de 1994 a 1997 en promedio el 81.5% de los partos eran atendidos por médicos, 1.7% por enfermera, auxiliar o promotor de salud, 13.6% por partera y 3.3% de las mujeres se atendieron solas; estas proporciones cambiaron cuando se analizan por tipo de comunidad, encontrándose que en comunidades rurales el 58.9% se alivio con el médico, 2.9% con enfermera, auxiliar o promotora de salud, 31% con partera y 7.2% sola. Esta diferencia es todavía mayor si se considera la población que habla un idioma indígena: 41.3% se atendió con médico, 3.4% con enfermera, auxiliar o promotora, 42.5% con partera y 12.8% sola.

De las muertes maternas registradas en México durante el año 2000, el 67.3% ocurrió en los estados del sureste que son los estados más pobres del país, entre los que se encuentra el estado de Guerrero a pesar de que en ese mismo año fue certificado por la OMS y la OPS con un 96.6% de cobertura en el otorgamiento del paquete básico de salud.

En las comunidades de Guerrero con predominio de población indígena el parto es atendido en centros de salud y hospitales de la Secretaría de Salud a los que toda mujer debería tener acceso; una proporción de ellas prefiere la asistencia de la partera o la familia y algunas se enfrentan al transe de dar a luz solas. Aproximadamente cuatro de cada diez mujeres presentan complicaciones que ponen en riesgo su vida o la del producto, la sobrevivencia de estas mujeres esta relacionada con el acceso a la atención oportuna de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio.⁶

En el informe sobre mortalidad materna del 2003 se relatan experiencias de más de 200 mujeres de varios grupos étnicos, mujeres indígenas que han vivido la experiencia del embarazo. Las mujeres coinciden en afirmar que el embarazo para ellas transcurre sin contratiempos y que el uso de los servicios de salud solo es necesario cuando la mujer se siente enferma y considera que esta en riesgo. Mencionan que no consultan al médico o la partera en el primer trimestre por que no consideran que el embarazo sea una enfermedad que necesite de la atención médica.⁷

La secretaría de salud en México ha implementado varios programas con la finalidad de elevar las coberturas de atención y disminuir las tasas de mortalidad materna, sin embargo estos programas se enfrentan a distintos problemas entre los que destacan: la falta de recursos humanos que se refleja en una deficiente calidad de atención por que los médicos tienen que atender a una población muy grande además de una saturación de programas que deben cumplir, los centros de salud, que son el primer contacto de atención a la población no cuentan con los recursos necesarios para resolver una situación de emergencia ni medios para un traslado rápido a un nivel hospitalario que pueda resolver la emergencia de forma adecuada. Otra de las limitantes es la dispersión de las localidades lo que hace muy difícil el acceso al servicio de salud, especialmente en los casos graves cuando el tiempo es un factor decisivo y juega en contra para la vida de la mujer y / o su hijo. En las comunidades indígenas, por ser de las más marginadas, los servicios de salud tienen una baja capacidad de resolución de las emergencias médicas, muchas veces los servicios que ofrece la secretaria de salud se limitan a una casa de salud (construida por la comunidad), donde dan asistencia los auxiliares de salud que son personal voluntario entrenado para manejar los medicamentos primarios del esquema básico de medicamentos, los cuales solo tienen la posibilidad de ofrecer a la comunidad algunos tratamientos sintomáticos y

preventivos, esto hace que la gente no los identifique como una alternativa eficaz en la solución de sus problemas de salud.³

En Guerrero la Secretaría de Salud tiene entre sus prioridades elevar la cobertura de partos atendidos por personal calificado sin embargo, los recursos con que cuenta son insuficientes, los Indicadores Básicos de Salud para el 2006 muestran que había un médico por cada 1000 habitantes y una cama de hospital por cada 2000.⁸ En este contexto los sistemas de salud tradicionales representan, en algunos casos, la única oportunidad que tiene una mujer embarazada de recibir atención durante el proceso reproductivo.

OBJETIVOS: Caracterizar a las parteras indígenas de los municipios de Tlacoachistlahuaca y Xochistlahuaca. Describir los procesos de formación de las parteras tradicionales. Identificar acciones viables y culturalmente aceptables para fortalecer el trabajo de las parteras indígenas.

METODOLOGÍA

En Tlacoachistlahuaca y Xochistlahuaca se realizó un estudio transversal en 20 comunidades representativas de cada municipio. La selección de comunidades se realizó en dos etapas, en la primera etapa se estratificó por grupo étnico y acceso a los servicios y en la segunda se realizó una selección aleatoria de las comunidades mediante un sorteo.

Para diseñar los instrumentos de recolección de datos se realizaron entrevistas a mujeres, esposos, abuelas, parteras y personal de salud, los datos recabados sirvieron para elaborar los reactivos relacionados con el embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido.

La población incluida en el estudio fueron mujeres en edad fértil que cursaron con un evento obstétrico en los últimos tres años y las parteras reconocidas por la comunidad. El estudio se realizó entre los meses de abril y mayo del 2008, la aplicación de la encuesta se realizó durante un día por cada comunidad.

En las localidades seleccionadas se explicó a las autoridades los objetivos del proyecto y se solicitó autorización para realizar el estudio. En cada comunidad se realizó un barrido casa por casa para encuestar a las mujeres con antecedentes de embarazo. De la encuesta a los hogares se obtuvo una lista de las mujeres que estaban o estuvieron atendiendo a las

embarazadas, de este listado se seleccionaron únicamente aquellas que la comunidad reconocía como parteras, dejando de lado las que estuvieran referidas como parteras ocasionales como es el caso de los familiares que ante la falta de otra persona ayudan a la mujer durante el parto.

La encuesta a las parteras se realizó en una segunda visita, se busco a las parteras en su localidad de residencia, aún cuando no fuera una comunidad incluida en la muestra. Se encuestaron todas las parteras referidas, con excepción de aquellas que no se pudieron ubicar en la localidad referida como de origen, una que no quiso participar y una que había fallecido. Se realizaron entrevistas estructuradas a un grupo de parteras las cuales fueron seleccionadas tomando en cuenta los años de experiencia y el grupo étnico.

A todas las participantes se les informó de los objetivos del estudio y se les solicitó de manera verbal su consentimiento. La participación fue voluntaria. Tanto las encuestas como las entrevistas fueron realizadas en la lengua materna de las participantes. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente traducidas y transcritas al español.

Para asegurar la calidad de la información se realizó una doble captura y limpieza de datos cuantitativos utilizando el paquete estadístico Epi-Data. El análisis se realizó con CIETmap. Para responder los objetivos se realizaron frecuencias simples por municipio.

RESULTADOS

Encuesta de mujeres

Se realizaron 66 encuestas; 31 mujeres y 3 hombres en el municipio de Tlacoachistlahuaca y 32 mujeres en Xochistlahuaca. Del total de parteras 62% son mayores de 60 años. El promedio de edad general fue de 62 años con un rango de 32 a 89 años.

Idioma en el que se comunican en la casa

El 89% de las parteras dijo que en su casa hablan un idioma distinto al español. En Tlacoachistlahuaca el 23.5% (8/34) hablan amuzgo, 56% (19/34) hablan mixteco, 17.6% (6/34) hablan español y una no respondió a la pregunta; En Xochistlahuaca el 84.4% (27/32) hablan amuzgo, 12.5% (4/32) habla mixteco, y 3% (1/32) habla español.

Comunicación en español

Para el 44% (15/34) de las parteras de Tlacoachis es fácil entender el español, mientras que en Xochistlahuaca sólo el 28% (9/32) lo entiende. Un número menor de parteras puede hablar el español; en Tlacoachistlahuaca 38% (13/34) habla español, mientras que en Xochistlahuaca solo el 12.5% (4/32) puede comunicarse en español. Seis de las parteras de Tlacoachistlahuaca saben leer y de Xochistlahuaca únicamente una partera puede hacerlo.

Experiencia y formación.

En la pregunta de cuántos años llevan trabajando como parteras, se encontró un rango de uno a sesenta, 9% (6/66) no saben o no recuerdan. El promedio general de años de experiencia fue de 23; para Tlacoachistlahuaca el promedio fue de 20 con un mínimo de tres y un máximo de sesenta; en Xochistlahuaca el mínimo fue de un año y el máximo de 55 con un promedio de 26 años de experiencia.

En relación a su formación como parteras, 47% (31/66) aprendió sola el oficio, 19.7% (13/66) aprendió de su mamá, 12% (8/66) aprendió de otra partera, 9% (6/66) aprendió de otras personas (tía, amiga, papá, suegro, esposo), 7.6% (5/66) con el médico y solo una aprendió con su abuela. Entre las que fueron capacitadas por el médico, el 80% (4/5) son del municipio de Tlacoachistlahuaca. La capacitación de las parteras, aún las que fueron entrenadas por médicos ha sido de manera informal, todas aprendieron el oficio en la práctica, ya sea de su propia experiencia cuando tuvieron sus hijos o asistiendo a alguna partera o médico.

Cuando iniciaron su labor

52.6% de las encuestadas comenzaron a trabajar como parteras entre los veinte y treinta años, 42% inicio después de los cuarenta años y sólo 5% empezó antes de los veinte años.

A cuántos cursos ha asistido

El 60% de las parteras ha asistido a cursos de capacitación, solo una partera de Xochistlahuaca no respondió la pregunta y una de Tlacoachistlahuaca no recuerda a cuantos cursos ha ido. Entre las parteras de Xochistlahuaca el 35.5% (11/31) no ha ido a cursos, este porcentaje se incrementa a 42.4% (14/33) en Tlacoachistlahuaca. Tomando en cuenta únicamente a las que han asistido a cursos, el promedio de cursos recibidos en

Tlacoachistlahuaca fue de 2.9 y en Xochistlahuaca de ocho. Los cursos de capacitación fueron posteriores a su formación práctica.

La mayoría de las parteras que han asistido a cursos no identifican la institución que las capacitó, solo mencionaron que fueron impartidos por personal de salud como médico (15) y enfermera (2), en Xochistlahuaca seis parteras mencionaron a los médicos tradicionales. Entre las instituciones mencionadas se encuentra el Instituto Nacional Indigenista, la Secretaría de Salud y la Secretaría de la Mujer.

Práctica profesional

Para identificar la demanda que tienen las parteras se cuantificó el número de veces que fueron identificadas, en la encuesta a los hogares, como la persona que había atendido a la mujer durante su embarazo. El promedio general de partos atendidos por partera en los últimos tres años fue de 6.5 con un intervalo de uno a 56. Se identificaron tres grupos: parteras que fueron mencionadas de una a dos veces (48.4%), parteras que atendieron entre tres y nueve mujeres (25.8%) y las que atendieron más de diez (25.8%).

Colaboración con el personal de salud

El 80% de las parteras (71% en Tlacoachistlahuaca y 91% en Xochistlahuaca) dijeron que estarían dispuestas a colaborar con el personal de salud para que las mujeres embarazadas tuvieran mejor atención. En contraste, según la apreciación de las parteras, el personal de salud no tendría ese nivel de aceptación; sólo el 53% de las parteras en ambos municipios, considera que el personal de salud aceptaría trabajar en colaboración con ellas, 20% consideran que no y 21% no sabe si el personal de salud colaboraría con ellas. A pesar de esto, 76% de las parteras (65% en Tlacoachistlahuaca y 88% en Xochistlahuaca) estarían dispuestas a atender los partos en el centro de salud, pero no están muy convencidas de que las mujeres aceptarían que las atendiera en el centro de salud. Sólo 58% (47% en Tlacoachistlahuaca y 69% en Xochistlahuaca) piensan que las mujeres de su comunidad aceptarían que ella las atendiera de su parto en el centro de salud.

Transferencia de conocimientos

Solo el 27% de las parteras le ha enseñado a alguien lo que sabe sobre la atención de las mujeres embarazadas (29% en Tlacoachistlahuaca y 25% en Xochistlahuaca), sin embargo el 85% (71% en Tlacoachistlahuaca y todas las de Xochistlahuaca) refirieron están

dispuestas a transmitir sus conocimientos a alguna persona que muestre interés por continuar con la labor que ellas desempeñan.

RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

“Cuando nacieron nuestros hijos, nuestras madres buscaron quien nos acompañara, y así aprendimos”

Partera mixteca, Tlacoachistlahuaca

“Antes no había problema con que la mujer diera a luz en la casa ahora es más peligroso porque piden papeles con huellas de los pies del bebé”

Partera amuzga, Xochistlahuaca

“toda la noche me mantengo despierta hasta que de a luz a veces hasta en la mañana del día o el medio día. Nosotras dejamos a la mujer cuando estamos seguras que esta a salvo”

Partera amuzga, Xochistlahuaca.

Se realizaron 30 entrevistas a las parteras, 17 en el municipio de Tlacoachistlahuaca y 13 en Xochistlahuaca.

¿Como aprendieron el oficio de partera?

Todas las entrevistadas coinciden en que no tuvieron una capacitación formal para desempeñar su oficio como parteras. De la revisión de las entrevistas se desprenden tres formas de aprendizaje, las que aprendieron de otra partera, las que aprendieron de su propia experiencia y las que aprendieron asistiendo a algún médico. En un primer grupo se encuentran las mujeres que aprendieron el oficio al observar la forma en que otra partera, por lo general la madre o abuela atendían a las mujeres embarazadas; en este grupo se encuentran algunas mujeres que fueron capacitadas por su partera para prender el oficio, enseñándoles en su propio cuerpo lo necesario para ayudar a una mujer durante el embarazo y el parto. Como el caso de una mujer que tuvo 15 hijos y era atendida por una partera de Xochistlahuaca: *“era la única partera en la región, antes no era como ahora, se tardaban medio día para llegar caminando, mis dos últimos hijos yo los tuve sola, ella me dijo que yo debería aprender por que ella ya estaba cansada”* En otro grupo se encuentran aquellas mujeres que por necesidad tuvieron que atender sus propios partos, fueron adquiriendo experiencia y aprendiendo de sus vivencias lo cual les dio confianza para asistir

a otras mujeres de su familia o de la comunidad. Hay un tercer grupo muy reducido que se capacitó en un servicio de salud ayudando como asistente en las labores del médico.

Todas las parteras entrevistadas iniciaron su oficio poniendo al servicio de la necesidad de otras mujeres su experiencia particular y así llegaron a obtener la anuencia de la comunidad ganándose el respeto de la población que las reconoce como mujeres que no tienen miedo a enfrentarse al trance del alumbramiento. El valor para enfrentar los diversos problemas que puede presentar una embarazada durante la gestación, el parto y el puerperio es una de las principales características que una mujer necesita para dedicarse a la partería como lo manifiesta una partera amuzga de Huehuetonoc en el municipio de Tlacoachistlahuaca *“Mi difunta madre trabajaba de esto me decía que tenía que tener decisión, no tener miedo, la persona que tiene miedo nunca podrá atender un parto”*.

Cursos de capacitación

Entre las entrevistadas la asistencia a cursos de capacitación es similar a la encuesta. Los cursos de capacitación son ofertados por diversos organismos y el sector salud, en su gran mayoría son impartidos por médicos o enfermeras y orientados al aspecto biomédico de la atención del parto y al reconocimiento de las principales señales de alarma de un embarazo. Sin embargo da la impresión de que estos cursos no son fundamentales para el ejercicio profesional de la partera debido a que el reconocimiento a su trabajo lo otorga la propia comunidad al solicitar sus servicios y su prestigio se basa en las mujeres que ha atendido de manera exitosa. Sería importante identificar aspectos relevantes de la forma de impartir estos cursos ya que hay diferentes experiencias vertidas en las entrevistas, llama la atención el testimonio de una partera que habla de cómo los médicos dudaban de sus capacidades para atender un parto *“Buscaban a la persona embarazada para que nosotros la atendiéramos, ellos que impartían los cursos ...llegaban embarazadas ellos no entendían, creían que nosotros no entendíamos como atender un parto. Nosotros ya entendimos todo”* (Partera amuzga, Mpio. De Xochistlahuaca, Gro.), o la experiencia de una partera muy reconocida que menciona un intercambio de conocimientos entre el médico y ella *“Les decía cómo asistía un parto y ellos me decían cómo trabajaban ellos. Es diferente entre nosotros los amuzgos”* (partera amuzga, Mpio. De Xochistlahuaca), es también importante la experiencia de un partero formado en los servicios de salud que se muestra satisfecho por haber logrado nuevas capacidades en los cursos que ha recibido *“por ese curso de que*

estamos recibiendo de partera aprendí de cómo checar dilatación y todo eso” (partero, Tlacoachistlahuca).

De la revisión de las entrevistas en relación a la formación de las parteras se pueden desprender algunas reflexiones. Una partera indígena es la mujer que acompaña a otra durante el trance del alumbramiento. Es aquella que aprendió con la experiencia propia, la que por su necesidad y la falta de otra persona capacitada tuvo que atender sola sus partos o los de otras mujeres y que a raíz de esta experiencia fue ganando la confianza de sus vecinas, amigas y familiares para que atendiera sus partos o los de sus hijas.

El conocimiento de las parteras se ha ido enriqueciendo con la experiencia de muchos años asistiendo a las mujeres de su comunidad. Estas parteras se han formado en una tradición de atención personalizada y con una visión de salud arraigada a las creencias de los pueblos originarios, en donde la salud es producto del equilibrio entre las fuerzas naturales. En este contexto la importancia de lo “frio” o “caliente” es prioritario, como se demuestra entre las parteras mixtecas que tienen dentro de su método de atención a la embarazada al temazcal como un pilar fundamental y entre las parteras amuzgas que privilegian los baños con agua tibia acompañados de tés y plantas medicinales.

En los municipios estudiados solo hay dos parteras y un partero, que fueron capacitadas(os) por personal de salud, no como parte de un programa sino más bien por la necesidad de tener un asistente calificado. Estas mujeres fueron entrenadas en una visión de la salud distinta a la de su pueblo, están capacitadas como una especie de técnico en atención de parto, saben reconocer las señales de alarma que nos preocupan dentro del esquema de atención de los servicios de salud sin embargo, este conocimiento ha propiciado que desconozcan o no le den importancia al tratamiento de los síndromes más comunes que se manejan en la medicina tradicional de su grupo étnico, como el espanto, antojo y el nahual entre otros. Un ejemplo de este tipo de personajes es Amadeo que fue formado completamente en el modelo de atención occidental y que ante el cuestionamiento de si él ha recibido esta capacidad de sus “abuelos” como un don él responde categóricamente que no, que esto lo aprendió.

La principal diferencia entre la atención que brinda la partera ya sea tradicional o capacitada es esa identificación con la mujer embarazada, no solo por que habla su idioma y la conoce

sino por que ella sabe lo que la otra esta sintiendo, entiende su dolor, su realidad, su miedo y su preocupación.

DISCUSIÓN

Las parteras tradicionales son, en algunos casos, la primera opción de atención de las mujeres en las comunidades con predominio de población indígena. En los municipios estudiados la partera es un recurso de salud necesario para disminuir la frecuencia de mujeres que tienen su parto sin la atención de personal capacitado.

Las parteras en los municipios estudiados son un recurso valioso que puede llegar a perderse por la falta de un relevo generacional. La mayoría de ellas tienen por arriba de 60 años y pocas han capacitado a otra mujer para que continúe con su labor. Entre las entrevistadas solo 12 tienen menos de 10 años trabajando como parteras lo que nos habla de una formación limitada de nuevas parteras. Otro de los factores que contribuye a este fenómeno puede estar relacionado con la campaña sistemática que realizan los medios de comunicación en relación a la importancia de un control del embarazo con un médico y el control que ejercen sobre las usuarias el programa de Oportunidades que sanciona a la mujer que no acude a sus citas médicas.

La capacitación de las parteras, aún las que fueron entrenadas por médicos ha sido de manera informal. Aún cuando en los servicios de salud se imparten cursos de capacitación para parteras, la asistencia a los mismos está limitada a la oferta de los mismos, a la difusión, la disponibilidad de recursos para asistir y solo están enfocados a capacitar a las parteras que se encuentran en función no se ofertan para formación de nuevas parteras.

El conocimiento de las parteras se ha ido enriqueciendo con la experiencia de muchos años asistiendo a las mujeres de su comunidad. La principal diferencia entre la atención que brinda la partera en las comunidades es esa identificación con la mujer embarazada, no solo por que habla su idioma y la conoce sino por que ella sabe lo que la otra está sintiendo, entiende su dolor, su realidad, su miedo y su preocupación.

Las parteras tradicionales de las zonas indígenas constituyen un recurso local muy valioso que brinda atención a las mujeres embarazadas donde hay una menor cobertura de los servicios estatales de salud y una mayor incidencia de morbilidad y mortalidad materna.

Formadas en una tradición de atención personalizada y con una visión de salud arraigada a las creencias de su pueblo, las parteras son un recurso valioso que no se debe perder. Ante las evidentes necesidades de atención en las zonas indígenas es necesario incentivar el proceso de formación de nuevas parteras para evitar que el recurso se pierda.

BIBLIOGRAFÍA

1. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS, OMS. Fortalecimiento y Desarrollo de los Sistemas de Salud Tradicionales: *Organización y Provisión de Servicios de Salud en Poblaciones Multiculturales*. Washington, D.C. 1997.
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Mortalidad materna - actualización 2004. *El parto en buenas manos*.
3. Daniela Díaz, Dora Sánchez-Hidalgo, Graciela Freyermuth, Martha Aída Castañeda. *La mortalidad materna: un problema sin resolver*. México, 2002
4. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del milenio. Una mirada desde América Latina y El Caribe. Santiago de Chile, 2005.
5. Organización Panamericana de la Salud. Dicen que miles de muertes maternas podrían prevenirse. Comunicado de prensa. <http://www.paho.org/Spanish/DPI/ps030124.htm>
6. Daniela Díaz, Dora Sánchez-Hidalgo, Graciela Freyermuth, Martha Aída Castañeda. *Mortalidad materna: un problema sin resolver*. México, 2002.
7. Gisela Espinosa Damián. Doscientas trece voces contra la muerte. Mortalidad materna en zonas indígenas. En: Daniela Díaz, Martha Castañeda, Gisela Espinosa, Graciela Freyermuth y Dora Sánchez. *Mortalidad materna en México: cuatro visiones críticas*, Fundar Centro de Análisis, UAM-Xochimilco, K'inál Anzetik y Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas. 2003.
8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía . Indicadores seleccionados de los servicios médicos, 2006.