



Factores que determinan que las mujeres embarazadas de bajos recursos seleccionen el modelo de partería tradicional para la atención de su parto en zonas rurales del estado de Yucatán

Gloria Uicab / Mercedes Juárez

01

La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias

◆ Introducción

Este estudio se desarrolló como parte de la investigación “La partería en México desde el punto de vista de las usuarias”, llevada a cabo en diferentes estados del país. En Yucatán el trabajo de campo se realizó de febrero a mayo de 2016. Se entrevistó a siete mujeres. El objetivo específico es identificar, desde la percepción de las mujeres embarazadas de bajos recursos, los factores que determinan la selección del modelo de partería tradicional para la atención del parto. Se registran cuáles son las prácticas de la partera tradicional que la mujer embarazada valora como importantes y que al mismo tiempo hacen confiarle su vida y la de su bebé aun cuando el médico de los servicios institucionales de salud le ha indicado una cesárea. Se contrasta la distancia que existe entre lo que viven día a día las mujeres mayas en los servicios de salud frente a lo que necesitan para poder ejercer la salud como un derecho.

◆ Antecedentes

Yucatán se encuentra entre los tres primeros estados de la república mexicana cuyos servicios de salud, dirigidos a la población rural, están basados principalmente en la atención de pasantes de medicina y enfermería. Reciben como recursos humanos a estudiantes para tratar a la población vulnerable,¹ (mujeres indígenas embarazadas de las zonas rurales).² El sistema de salud funciona de manera centralizada y por eso los establecimientos del tercer nivel de atención se encuentran en Mérida, capital del estado. Como el número de unidades médicas disminuye al pasar del primer nivel de atención a otro más complejo, la saturación de los servicios provoca que la mujer embarazada compita con otro tipo de pacientes para ser atendida.

◆ Las mujeres participantes

Las localidades de residencia de las entrevistadas son: Planchac (Maní), Sabacché (Tixméhuac), Tixcaltuyub (Yaxcabá) y Tadzibichén (Yaxcabá). Las edades de las entrevistadas oscilan entre los 20 y los 31 años; han tenido dos o más embarazos; cuatro de ellas están casadas y tres viven en unión libre y seis son bilingües en maya/español. Cuatro completaron la secundaria, una la primaria y dos son analfabetas. Viven en municipios clasificados como de alta marginación.

◆ Resultados

Los médicos y médicas que atienden a las entrevistadas, y a la población en general, son estudiantes que realizan su servicio social. Se documentó que su desconocimiento en el campo de la competencia cultural y de la lengua maya agrava la relación de discriminación que se establece con la mujer embarazada, afectando así la calidad de la atención proporcionada. La falta de medicamentos y complementos vitamínicos durante el control prenatal, los horarios de atención (incompatibles con las necesidades de las usuarias), la carencia de recursos humanos y de personal calificado, tanto en el primero como en el segundo nivel de atención, y el sistema de referencia ineficiente (así como el de transporte) se presentan como una serie de barreras que, combinadas con una mala atención, influyen para que una mujer embarazada de bajos recursos desista de tener el parto en los servicios de salud, aunque tenga derecho a hacerlo.

1. Generalmente, a los estudiantes con promedios bajos se les asignan plazas en los centros de salud ubicados en poblaciones en condiciones de marginación.

2. Nigenda, Gustavo, 2013, “Servicio social en medicina en México: una reforma urgente y posible”, *Salud pública de México*, vol. 55, no. 5, pp. 519-527.

“Sensibilizar al personal de salud sobre los aspectos de interculturalidad para que sepan respetar y aprender de otros marcos culturales de referencia distintos a los suyos.”

02

La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias

Las mujeres expresaron su temor a ser regañadas y maltratadas por el personal de salud. Mencionaron su miedo a que “las corten” (operación de cesárea) y están en desacuerdo con el exceso de valoraciones ginecológicas (tactos vaginales) durante el monitoreo para el parto. Se documentó que el personal de salud sanciona a las mujeres cuando sus bebés nacen en un contexto distinto al hospitalario.³ Esta falta de respeto y arbitrariedad hacia la mujer recién parida va erosionando la confianza en el sistema de salud.

A las entrevistadas el modelo de partería tradicional les resulta más económico y accesible porque resuelve necesidades básicas durante el embarazo, parto y postparto que el sistema de salud tiende a ignorar. La práctica de las parteras es valorada y las mujeres mantienen la conexión con ellas durante varios partos y embarazos. Se establece una relación de confianza donde la partera cuida de la mujer (sobándola, dándole consejos, animándola y brindándole confianza) y deshace los miedos que experimenta al enfrentarse por primera vez al parto o a un parto con riesgo. La partera logra atender un parto vía vaginal aun si el médico/a indicó un parto por cesárea.⁴

◆ Recomendaciones de política pública

- Que el personal contratado para laborar en las unidades de salud destinadas a dar cobertura a la población indígena de Yucatán tenga conocimiento de la lengua maya; además, sería de utilidad contar con una traductora que asista en la interacción prestador de servicios-mujer embarazada y que acompañara a la usuaria durante el parto así como en las referencias al primer, segundo y/o tercer nivel de atención. Se requiere personal que se comunique con empatía y respeto a la cosmovisión religiosa y cultural de las mujeres mayas.
- Sensibilizar al personal de salud sobre los aspectos de interculturalidad para que sepan respetar y aprender de otros marcos culturales de referencia distintos a los suyos. La cultura de las instituciones de salud necesita desarrollar una conciencia de servicio ya que su personal no se percibe como un servidor público cuyo salario es pagado con los impuestos de la población sino como una élite que hace el favor de atender a la población. Si lo hace cuando se le proporcionan alicientes y cuando lo vigila una burocracia administrativa, entonces es necesario establecer mecanismos de monitoreo y un sistema de incentivos que ayude a los pasantes de medicina a prestar un servicio lo más cercano posible al de un profesional técnicamente preparado y humanamente comprometido.
- Los pasantes del servicio social requieren ser entrenados desde un “enfoque de riesgo” para detectar claramente un embarazo de riesgoso.
- El tercer nivel de atención necesita contratar personal con competencia cultural para hacer la conexión con los servicios de primer nivel para que estos se encarguen de dar apoyo y seguimiento a las mujeres que requieren cuidados médicos después de que han sido dadas de alta.
- Las parteras necesitan ser entrenadas de forma sistemática para identificar los casos de partos con riesgo y poderlos referir oportunamente a las instituciones de salud.
- Que las mujeres embarazadas sean atendidas por el mismo personal médico durante el control prenatal, el parto y el puerperio.

3. Retrasan la entrega del certificado de nacimiento obligando a la madre, recién parida y con su bebé, a acudir día tras día a la clínica para suplicar por este documento.

4. Algunas de las mujeres refirieron estar programadas para cesárea y por miedo a que las cortaran se fueron a atender con la partera, su parto fue normal, su bebé nació sano y sin complicaciones.