



Barreras en los servicios de salud de Yucatán que determinan que las mujeres embarazadas de bajos recursos seleccionen el modelo de partería tradicional para la atención de su parto

*Dra. Gloria de los Ángeles Uicab Pool
Mtra. Mercedes María Margarita Juárez*

Barreras en los servicios de salud de Yucatán que determinan que las mujeres embarazadas de bajos recursos seleccionen el modelo de partería tradicional para la atención de su parto

Dra. Gloria de los Ángeles Uicab Pool
Mtra. Mercedes María Margarita Juárez

Introducción

Este estudio se desarrolló como parte de la investigación La Partería en México desde el Punto de Vista de las Usuarias,¹ 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.

¹Freyermuth Enciso, Graciela, 2015, La Partería en México desde el Punto de Vista de las Usuarias, Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C., Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología social (texto no publicado).

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,² (mujeres indígenas embarazadas de las zonas rurales).³ 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

² Generalmente, a los estudiantes con promedios bajos se les asignan plazas en los centros de salud ubicados en poblaciones en condiciones de marginación.

³ 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.

mayor 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.

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.⁴ 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.⁵

⁴Retrasan 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.

⁵Algunas 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.

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.

Barreras en los servicios de salud de Yucatán que determinan que las mujeres embarazadas de bajos recursos seleccionen el modelo de partería tradicional para la atención de su parto

Dra. Gloria de los Ángeles Uicab Pool
Mtra. Mercedes María Margarita Juárez

Introducción *Las mujeres participantes*

Este estudio forma parte del proyecto La Partería en México desde el Punto de Vista de las Usuarias, que se llevó a cabo en diferentes estados de la República Mexicana. La información aquí presentada es resultado del trabajo de campo realizado en zonas rurales del sur del estado de Yucatán, en donde las mujeres se encuentran en una situación crítica por su etnia, su lengua y su sexo. Y en donde a las consecuencias de la discriminación, se suman las de la pobreza extrema. Esta investigación se propuso identificar, desde la percepción de las mujeres embarazadas de comunidades rurales de Yucatán, las barreras que se presentan en los elementos esenciales del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.⁶

Las siete mujeres de esta muestra habían tenido dos embarazos o más y fueron seleccionadas por haber elegido el modelo de partería tradicional (PT) para atender su parto, a pesar de tener la opción institucional. Estas

⁶Los elementos esenciales del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad son los que señala el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH, 2000).

mujeres residen en cuatro localidades de Yucatán: Planchac (Maní), Sabacché (Tixméhuac), Tixcacaltuyub (Yaxcabá) y Tadzibichén (Yaxcabá), de población maya que vive por debajo de la media del índice de pobreza nacional (Coneval, 2015), lo que condiciona su acceso a los servicios de salud en general, y a la atención institucional del parto, en particular.

El sistema de salud en Yucatán rural

En estas localidades, los médicos que atienden a las mujeres indígenas son en su mayoría pasantes⁷ que están cumpliendo su servicio social⁸ de seis meses o un año. Las plazas⁹ les son concedidas conforme a sus méritos académicos. Los estudiantes con promedio bajo suelen ser asignados a centros de salud ubicados en poblaciones marginales. Los estados de la República Mexicana donde el índice de pasantes en formación a cargo de los servicios de salud públicos para la población rural es más alto son: Tlaxcala (100%), Oaxaca (97.9%) y Yucatán (96.2%) (Nigenda, 2013).

Yucatán tiene, como otros estados de la República, un sistema de salud centralizado, es decir que los servicios del tercer nivel de atención se ubican en la capital del estado, y los hospitales del segundo nivel, ya sea del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o de la Secretaría de Salud (Ssa), están distribuidos en las siete regiones en que se divide el estado, y extienden sus servicios a la población de los municipios más próximos.

En sus localidades, las mujeres reciben atención del embarazo en las unidades del primer nivel. Cuando están próximas a parir, son referidas al segundo nivel. Las unidades del primer nivel de atención, relevantes para las mujeres que participaron en este estudio pertenecen a las regiones Sur y

⁷ Pasante es el estudiante de una institución de educación superior que cumple con los requisitos académicos, administrativos y jurídicos para prestar el servicio social en un campo clínico (Ssa, 2013).

⁸ El Servicio Social es el trabajo temporal y retribuido de los pasantes de de la carrera de Medicina, en interés de la sociedad y del Estado (Ssa, 2013).

⁹ Plaza es la figura de carácter temporal, unipersonal e impersonal que tiene presupuestal y administrativamente una adscripción en un campo clínico, sin que ello implique relación laboral alguna para los efectos de la prestación del servicio social (Ssa, 2013).

Oriente del estado, aunque pueden ser referidas a la región central. Las mujeres embarazadas que reciben hojas de referencia para el segundo nivel suelen acudir directamente al tercero para evitar una referencia más.

Los tres niveles de atención del sistema de salud se diferencian por el grado de especialización de los servicios. El primer nivel presta atención médica ambulatoria y servicios de prevención de enfermedades, educación en salud y vigilancia epidemiológica, saneamiento básico y protección. En este nivel se valora a los pacientes y, de ser necesario, se canalizan al segundo nivel. El segundo nivel brinda consulta externa y hospitalización en las cuatro especialidades básicas: cirugía general, medicina interna, gineco-obstetricia y pediatría. Si ahí no se resuelve el problema de salud del paciente, se valora su traslado al tercer nivel de atención, que dispone de personal especializado y tecnología avanzada para realizar acciones de mayor complejidad. Éstas incluyen la atención de complicaciones en el parto y de emergencias obstétricas.

La red de referencia permite canalizar a los pacientes de una unidad a otra cuando necesitan atención especializada, por ejemplo, en las complicaciones del parto. No obstante, la saturación de los servicios obliga a que los pacientes –incluyendo a las mujeres embarazadas– compitan para ser atendidos. El sistema de referencia de las mujeres embarazadas del primer nivel al segundo es deficiente e implica la discontinuidad del tratamiento, además de prolongadas esperas para recibir una consulta prenatal. “Pero si llegas, a veces tienes que esperar como cuatro horas de tu cita y si te está doliendo algo no te atienden. Cuando me fui allá en Peto, como vino una compañera así, estaba doliendo a la pobre señora y no la atendieron y ahí nació su bebé, afuera del hospital, sí”.¹⁰

Cuando una mujer es canalizada al tercer nivel (ubicado en Mérida), el evento se vuelve demasiado costoso por los gastos que implica trasladarse a –y permanecer en– una localidad distante.

En este estudio se buscó identificar las barreras del sistema de salud que afrontan las mujeres mayas de estas zonas, y que influyen para que recurran a la atención de la partería tradicional (PT). Se trata, asimismo, de reconocer

¹⁰ Rita [entrevista por GUP], ama de casa, Modelo de partería tradicional, 2016, 15 de febrero, Tixméhuac, Yucatán.

las prácticas de la partera tradicional que la mujer embarazada valora, y por las que le confía su vida y la de su bebé, aun cuando el médico le sugiera parto por cesárea.

Metodología

Esta investigación se realizó mediante entrevistas a profundidad a siete mujeres mayas de cuatro localidades del sur de Yucatán: Planchac (Maní), Sabacché (Tixméhuac), Tixcaltuyub (Yaxcabá) y Tadzibichén (Yaxcabá). Estas mujeres habían tenido dos embarazos o más y optaron por el modelo de PT para atender su último parto, a pesar de tener acceso a la atención institucional. Las entrevistas se aplicaron entre febrero y mayo de 2016, mediante un cuestionario prediseñado y tuvieron una duración promedio de 120 minutos.

La investigación se apegó a las disposiciones establecidas en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, con respecto al principio a la dignidad humana, el derecho a ser informado acerca de la naturaleza del estudio, el derecho de no participar, las responsabilidades del investigador y los riesgos y beneficios del estudio. Se les garantizó total confidencialidad a las mujeres.

Contexto

Los municipios de Maní, Tixméhuac y Yaxcabá, del sur de Yucatán, son todos de alta marginación. La población vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema; es decir que el ingreso es inferior al valor de la línea de bienestar mínimo. Las carencias sociales incluyen: rezago educativo, falta de acceso a los servicios de salud y la seguridad social, una alimentación deficiente, mala calidad de la vivienda y falta de acceso a los servicios básicos en la vivienda (Coneval, 2015). El servicio de transporte es precario y las carreteras se encuentran en mal estado y son inseguras.

La atención de la salud

Las mujeres indígenas dependen para el cuidado de su salud de un personal que desconoce su lengua y su cultura. Yucatán tiene la mayor concentración de personas, después de Oaxaca, que hablan una lengua indígena. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), en 2015 los hablantes de maya en Yucatán eran 28 900 (Inegi, 2016).

Las localidades donde viven las mujeres entrevistadas pertenecen a municipios en los que hay unidades de salud de primer nivel que ofrecen sus servicios en el turno matutino. Para sacar una ficha para hacer cita con el médico, se tienen que formar antes de las siete de la mañana. Las fichas se reparten a las ocho, en el orden de llegada. Si se acaban, las personas que no alcanzaron ficha tienen que volver a formarse al siguiente día. La demanda rebasa la oferta del servicio y la mujer embarazada tiene que competir por las fichas con personas de la tercera edad, niños y enfermos crónicos, entre otros. Esto las lleva a desistir, pues por lo general no disponen del tiempo suficiente para alcanzar ficha, sobre todo si deben trasladarse, cuando no hay un centro de salud en su comunidad.

En algunos poblados, el programa de Unidades Médicas Móviles¹¹ acude cada 15 días o una vez al mes para dar servicio de las 9 a las 14 horas. Las mujeres cuyo embarazo es atendido en estas unidades, atienden el parto en unidades de segundo nivel, en las cabeceras municipales. Esto supone una serie de trámites administrativos para reservar lugar, y el traslado en ambulancia, lo que funciona bien de día y entre semana. Si el trabajo de parto ocurre en la noche o en fin de semana, la situación se complica, pues los servicios de salud están disponibles solo de lunes a viernes. En algunas ocasiones, las mujeres tienen que pagar 50 por ciento de la gasolina que consume la ambulancia, o un flete (servicio de taxi foráneo), lo que les sale aún más caro. Los caminos que van de los poblados a las cabeceras municipales suelen

¹¹ El programa Caravanas de la Salud se puso en marcha en 2007. Hoy, Unidades Médicas Móviles consiste en la operación de unidades móviles y su equipo, de diferente capacidad resolutoria, que complementan la red de servicios de salud en zonas de población vulnerable (Ssa, 2016).

estar en pésimas condiciones, por lo que el traslado es lento y riesgoso. Si el vehículo llega a descomponerse, las deja a medio camino y ahí nace el niño.

Información socio-económica de las mujeres participantes

Las siete mujeres entrevistadas son amas de casa y dependen económicamente de su esposo, quien por lo general migra a la ciudad o a otros municipios en busca de trabajo, dada la escasa producción agrícola de las milpas. Los hombres que se dedican a la labor agrícola enfrentan las adversidades propias del campo: sequía, plagas, roedores y bajo volumen de la cosecha, por lo que dependen de subsidios del gobierno para solventar sus necesidades básicas.

Debido al bajo ingreso de los hombres y a las largas temporadas que pasan desempleados, las mujeres apoyan el sustento de la casa con actividades redituables como: la costura de hilo cortado, la venta de antojitos y el urdido de hamacas, aunque su ingreso es precario y no corresponde al tiempo invertido. Su nivel máximo de escolaridad es el de secundaria completa, pero predomina la baja escolaridad e incluso es común encontrar mujeres analfabetas. La calidad de la educación es deficiente, pues aun las mujeres con secundaria hablan, por ejemplo, de kilos sangre y no de litros. Su nivel de información también es precario, y por sus condiciones de vida se mantiene en un atraso que le impide captar información básica para proteger su salud y la de sus hijos.

Información demográfica, escolar y reproductiva de las mujeres participantes

La edad de las mujeres entrevistadas oscila entre los 20 y los 31 años. Cuatro de las siete mujeres participantes están casadas y tres viven en unión libre. Seis hablan maya y español básico, y una solo habla maya. Dos son analfabetas, una completó la primaria y cuatro la secundaria. Las dos mujeres

TABLA I. HISTORIA REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES MAYAS YUCATECAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

EDAD	INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	EDAD DEL PRIMER EMBARAZO	NÚMERO DE HIJOS	TIPO DE PARTO
20	13	14	4	4 naturales
22	16	16	2	1 cesárea 1 natural
24	16	17	4	4 naturales
24	20	22	2	2 naturales
25	22	22	2	2 naturales
28	19	20	4	1 cesárea 3 naturales
31	18	18	7	7 naturales

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario CIESAS-ACAS A.C.

analfabetas viven en unión libre; son tímidas, reservadas y tienden a ser sumisas. No externalan sus necesidades o las molestias del embarazo o el trabajo de parto, y hacen lo que su pareja o sus familiares les sugieren. En contraste, las mujeres casadas participan con sus esposos en la toma de decisiones, y sus opiniones y sus planes son tomados en cuenta, sobre todo en los momentos decisivos de la atención del parto. La historia reproductiva de las siete mujeres participantes se presenta en la *Tabla 1*.

Resultados

Se analizaron los cuatro elementos señalados en la Observación General No. 14, aprobada en 2000 por el Alto Comisionado para los Derechos Humanos:

1) disponibilidad, 2) accesibilidad, 3) aceptabilidad, y 4) calidad. Se incluyen testimonios de las mujeres entrevistadas para ilustrar la práctica de las propuestas del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce el derecho a la salud.

1. Disponibilidad: se debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

Los servicios para las mujeres embarazadas incluyen la atención del parto y el posparto, cesáreas y urgencias obstétricas, entre otros. Cuando una mujer embarazada necesita ser trasladada desde su localidad a una unidad de segundo o de tercer nivel, se reserva una ambulancia en horarios de oficina. Varios factores, además del horario, dificultan el uso de la ambulancia y de otros medios de transporte, entre los que sobresale el costo.

Las unidades de salud de los municipios de Yucatán atienden solo durante el turno matutino de los días hábiles, por lo que si una mujer embarazada tiene una emergencia en fin de semana o fuera del horario atención, no hay quien la atienda:

[Fui a Tixmehuac cuando sentí dolor] como sí hay un seguro acá en Tixméhuac, pero no estaban los doctores, estaban saliendo así...como era día sábado, no estaba así de trabajo y como pasé con la partera, me fui...esté...ahita, agarré el carro así y se hecho a perder el carro también en la carretera. Llegué con la partera, porque cualquier hora que llegues, sí está allá, rápido te atiende.¹²

La ausencia del personal en los establecimientos de salud no es un problema aislado; la atención limitada a cierto número de personas es una deficiencia grave del servicio; así lo expresa una de las mujeres entrevistadas:

Si no alcanzaste la ficha, ya el doctor no te atiende...Si hay dinero...pues más mejor lo llevo con doctor [particular] así. En Yaxcabá así pero pagado. Porque

¹²Rita [entrevista por GUP], ama de casa, Modelo de partería tradicional, 2016, 15 de febrero, Tixméhuac, Yucatán.

aquí a veces ya te mueres, no hacen de cuenta. Como dice mi suegra, “aquí aunque te estés muriendo no te hacen caso”. De verdad, cuando salió un doctor que estaba así: “si no tienes ficha no te atiende”. Más que la verdad es que cuando vayas ahí, no te atienden, como los llevo en particular en Yaxcabá, ahí me los atienden. El doctor que está es buena gente pero tienes que sacar tu ficha pa’ que te pueda atender. Si no sacas tu ficha ya estuvo, no te atiende. Así es, espera mañana o tres días. Para mañana si se va a morir tu bebé o tú te vas a morir, te vas a morir. Y a veces no tiene trabajo su esposo de uno, “¿dónde va a agarrar el dinero?”. Aquí está complicada la vida porque a veces hay dinero, a veces no hay. [En el servicio de salud me tratan] regular porque aquí si sacas ficha, te atienden; si no, no te atienden, llegas a las siete de la mañana y a las ocho empieza la consulta...si no alcanzas fichas no te atienden”.¹³

La gestión deficiente de la atención de las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto es evidente también en la falta de medicamentos y complementos vitamínicos. Si en la unidad de afiliación de la usuaria no hay alguna medicina o vitamina, la refieren a otra unidad de salud en donde tiene que volver a sacar una ficha para ver a un médico que desconoce su historia clínica. Una mujer explica que:

A veces...lo malo, es que no hay medicina. Si tu hijo necesita la medicina, te dice el doctor: “no hay”. Tienes que ir en Yaxcabá a buscarlo. Y si te vas en Yaxcabá a buscarlo, cuando llegas te está regañando la enfermera. Dice “¿no hay clínica en tu pueblo?”. ¿No se supone que si está uno enfermo, lo van a atender? Eso creen y nos regañan. Te dicen: “¿te tienen dado un papel para que puedas venir aquí?”, “No”. Y no te atienden. Dicen: “te tienes que esperar a sacar tu ficha”. Y otra cosa, si tienes que pagar tu pasaje, tienes, todo. Tienes que ir a sacar tu ficha allá a Yaxcabá; si no sacas tu ficha, pus no te atiende. Te dicen: “vente mañana y sacas tu ficha”. Como te lo hacen aquí, es lo mismo allá en Yaxcabá. ¡No se puede! Donde sea que te quieres ir, pues si no tienes el dinero, así...no puedes, si no hay dinero. [Pasando a otro tema] a veces hay [métodos de] planificación aquí y a veces no hay, y para ir a buscarla en otro ¿cómo lo vamos a hacer? [El

¹³María [entrevista por GUP], ama de casa, Modelo de partería tradicional, 2016, 16 de febrero, Yaxcabá, Yucatán.

método de planificación que utilizo] es de dos meses [y cuando me embaracé no estaba usando un método] porque no había.¹⁴

Las mujeres de las zonas rurales afrontan las consecuencias de la mala gestión del centro de salud de diferentes formas, según se trate del embarazo, el parto o el posparto. Para obtener el acta de nacimiento del niño recién nacido, por ejemplo, deben llevar al Registro Civil el certificado de nacimiento¹⁵ emitido por el médico del Centro de Salud. Si la madre lo lleva después del primer mes, tiene que pagar una multa. El bebé de una de las mujeres entrevistadas nació camino al hospital. Su testimonio da cuenta de lo que tuvo que pasar para que le dieran el certificado de nacimiento de su hijo:

Le dije: “está bien doctor, lo voy a traer también”. Necesito los papeles de mi hijo, no importa que pierda acá mi tiempo, pero necesito los papeles. Y me iba cada dos días, cada dos días me iba a la clínica que porque hasta que cumpla un mes el bebé que me deja de dar, que me deja de decir que yo vaya a la clínica y cumplió un mes y le dieron a mi bebé los papeles. [Cuando iba a la clínica] dice la enfermera: “no, no se va a hacer nada, mañana que vuelva le vamos a dar su vacuna”. Y lo llevo: “no, no nos trajeron la vacuna”, nos dice y así nos dice: “mañana lo traes para ver si ya trajeron sus papeles” y vuelvo a ir a los dos días y dice: “pasado mañana regresas otra vez para ver si ya trajeron su papel” y está bien y otra vez, diario y así hasta que se le antojaron. Y un mes tenía mi bebé y me dieron sus papeles, me tuve que aguantar un mes y así aunque diario cada dos días estaba en la clínica, hasta le dije a la enfermera: “ya ves, ya me acostumbré a estar en la clínica”, le digo, “creo que ya me voy a inscribir para ser enfermera”, sí porque así cada dos días estaba ahí y tenía un mes y me entregaron sus papeles y fui al registro y me cobraron multa. Porque un mes tiene mi bebé y no lo he llevado para sacar su nombre y le dije, yo no

¹⁴ María [entrevista por GUP], ama de casa, Modelo de partería tradicional, 2016, 12 de marzo, Yaxcabá, Yucatán.

¹⁵ El certificado de nacimiento es el formato nacional único, individual e intransferible, establecido por la Ssa, de expedición gratuita y obligatoria, que hace constar el nacimiento de un nacido vivo y las circunstancias del hecho (Ssa, 2016).

tengo la culpa y dice: “pero tienes que pagarlo”, “ah está bien”, ni modos tuve que pagarlo.¹⁶

La mujer de bajos recursos es penalizada por su maternidad y se enfrenta a menudo a situaciones que la hacen ‘víctima culpable’.¹⁷ Las experiencias que describen las mujeres de este estudio relativas a la disponibilidad sugieren –además de una gestión ineficiente– la insuficiencia de unidades de salud en las comunidades rurales, pues las que hay suelen estar saturadas. Por ello, las consultas son breves y no se informa a las mujeres sobre los cuidados que deben tener durante el embarazo o sobre su preparación para el parto.

Los testimonios sobre la demora para referir al segundo nivel a las mujeres que presentan complicaciones en el embarazo sugieren negligencia del personal. Las unidades de segundo nivel también carecen muchas veces de recursos humanos y personal calificado suficiente, a lo que se suma la falta de equipo e instrumental médico. Esto obliga a trasladar a mujeres embarazadas a unidades de tercer nivel en Mérida. De modo que tanto el sistema de referencias como el transporte presentan barreras que, aunadas a la de la atención deficiente, influyen para que las mujeres de escasos recursos desistan de parir en las unidades de servicios de salud públicos, aunque sean derechohabientes y opten por los servicios de las PT.

2. Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos. La accesibilidad tiene cuatro dimensiones superpuestas: a) no discriminación, b) accesibilidad física, c) accesibilidad económica, y d) acceso a la información.

¹⁶Virginia [entrevista por GUP], ama de casa, Modelo de partería tradicional, 2016, 14 de marzo, Yaxcabá, Yucatán.

¹⁷ Con el término “víctima culpable” se alude a las mujeres que sufren maltrato en los servicios de salud porque sus características sociales las hacen vulnerables. Por ejemplo, si no acuden a la unidad de salud que se encuentra en otra localidad a hacerse estudios de laboratorio porque no tienen dónde dejar a sus hijos, son regañadas por los profesionales de salud, quienes las culpan si llegan a tener alguna complicación en el embarazo.

a) no discriminación

Las mujeres embarazadas de las comunidades rurales son discriminadas por los empleados de las instituciones de salud. Esto se observa, por ejemplo, en el trato que reciben cuando acuden a solicitar atención. Los prestadores de servicios desconocen su cultura, su lengua y su cosmovisión, y tienden a tratarlas como personas inferiores por su etnia, su pobreza y su sexo.

Checó al bebé...que está bien todo, que nació bien, así. Y después como el doctor quiere que yo me planifique, que me ligue, pero yo no acepté; porque yo no quiero que me ligue así, y le dije: "mi esposo tampoco no quiere". Me dice mi esposo: "no, no te van a ligar", me dice. Tomamos la decisión así, pero el doctor que ... como me quiere amenazar que me ligará así. Que ya estuvo de nacer los bebés. Me regañó así.¹⁸

[En el hospital de] Izamal estás ahí sufriendo. Le estás hablando a las doctoras... le estaba diciendo que ya va a nacer el bebé y no les importaba. Como que ya se acostumbraron a que sufra el bebé, me decían: "todavía, todavía [no]". Y cuando nació, estaba morado, estaba a punto de morir. Cuando escucharon que estaba yo pujando vienen todos corriendo, me dicen: "espérate te tenemos que llevar ahí donde se lleva para que nazca, ahí te tenemos que llevar para que nazca el bebé". Cuando me estaba llevando estaba naciendo el bebé, ya estaba morado, le daban oxígeno porque se estaba muriendo se estaba ahogando porque estaba pasando la hora, por eso ajá, dije no ir otra vez, por eso decidí [en este parto] quedarme en mi casa.¹⁹

b) accesibilidad física

La accesibilidad física se refiere a que los establecimientos, bienes y servi-

¹⁸Rita [entrevista por GUP], ama de casa, Modelo de partería tradicional, 2016, 15 de febrero, Tixméhuac, Yucatán.

¹⁹Virginia [entrevista por GUP], ama de casa, Modelo de partería tradicional, 2016, 14 de marzo, Yaxcabá, Yucatán.

cios de salud deben “estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres [...]” (ACNUDH, 2000). En las comunidades de menos de mil habitantes no hay unidades de salud, por lo que las personas tienen que trasladarse al municipio más cercano para recibir atención. Las localidades más apartadas dependen de la Unidad Móvil, que se presenta cada 15 días o más, si no tiene gasolina o se descompone.

El “alcance geográfico” depende de factores como el mal estado de las carreteras o el pésimo servicio de transporte. El tiempo de recorrido de Sabaché (Tixméhuac) a Peto que Google Maps²⁰ calcula entre 39 y 43 minutos puede convertirse en casi todo un día. La señora Rita, por ejemplo, salió de su casa antes de las ocho de la mañana y llegó a la clínica de Peto después de las seis de la tarde con su bebé que nació en el camino:

No estaban los doctores [en la clínica]. Como era día sábado, no estaba así de trabajo, y como pasé con la partera, me fui. Agarré el carro así y se echó a perder el carro también en la carretera. Ahita, pasó el tiempo, así. Llegué como a las seis de la tarde en Peto y me regañó el doctor. Estoy yendo con el doctor así, pero no alcancé al doctor y nació el bebé en el camino. Llegué en Peto y me regañó ese doctor y me dijo: “para qué me vienes a buscar si ya nació tu bebé, si no vienes antes ¿para qué vienes a buscar medicina?”. Le dije al doctor: “solo vine porque me tienen que dar los papeles, el papel” (refiriéndose al certificado de nacimiento que le tiene que dar la institución de salud). “Doctor ahorita gracias a Dios ya nació mi bebé y ustedes están diciendo que todo está bien...sí, porque Dios me regaló este bebé normal”, así le dije. Ahita, el doctor se molestó, así, porque tengo mi religión, así. El doctor me empezó a regañar y le dije: “¿voy a salir hoy?”, y me dijo: “si tienes que salir, firma tu conformidad y si se muere tu bebé, ya está todo, tú lo firmaste”. Pero el doctor como que me quiere amenazar así,

²⁰ Google Maps, consultado el 15 de julio de 2017, disponible en <

quería él que me ligaran, así...que ya estuvo de nacer los bebés. Me puso una inyección y cuando llegué acá me estaba doliendo, yo no sentí el dolor del bebé cuando nació, pero cuando me dio esa inyección me empezó el dolor y así me enfermé mucho.²¹

El personal de salud, lejos de compadecer a una mujer carente de los recursos, la humilla, la maltrata y la regaña. Rita tuvo que buscar la manera de regresar a su hogar esa misma noche:

Me revisaron, así. Terminaron de checarme, no me quisieron dar medicamento, solo un suero me dieron. Después me dieron de alta, y me salí. El certificado de nacimiento del bebé no me lo entregaron, dicen que no, que no nació de allá en Peto. “Después yo vine, acá en la Unidad Móvil”. En la Unidad Móvil me dieron el certificado del bebé, de nacimiento del bebé, ellos me ayudaron, así. Si no me lo entregaban ellos, no iba a salir el nombre del bebé. Sí porque, ¿qué más puedo hacer?, no alcancé a llegar al hospital, así.²²

Frente a tantos obstáculos, sus creencias le ayudaron a afrontar la situación: “de por sí, así dice Dios, ‘si quieres ser madre tienes que sufrir’, también Jesús...él sufrió por nosotros, sí. Pues gracias a él, me salvó de partos así, de las cuatro, así ya nacieron, todas están bien gracias a él”.²³

La centralización del sistema de salud implica gastos de bolsillo e inversión de tiempo para las mujeres embarazadas. Algunas informan que en ocasiones se van directamente a Mérida para atender el parto porque consideran, dada su experiencia o la de otras mujeres, que de haber alguna complicación (mientras los doctores deciden trasladarla a Mérida por falta de equipo o de personal especializado), ellas ganan tiempo ingresando en el Hospital General, que es el hospital de segundo nivel de mayor capacidad en la región.

²¹ Rita [entrevista por GUP], ama de casa, Modelo de partería tradicional, 2016, 15 de febrero, Tixméhuac, Yucatán.

²² Rita [entrevista por GUP], ama de casa, Modelo de partería tradicional, 2016, 15 de febrero, Tixméhuac, Yucatán.

²³ Rita [entrevista por GUP], ama de casa, Modelo de partería tradicional, 2016, 15 de febrero, Tixméhuac, Yucatán.

TABLA II. LOCALIDADES DE LAS QUE PROCEDEN LAS MUJERES ENTREVISTADAS, Y UBICACIÓN DE LAS UNIDADES DE SALUD DEL PRIMERO Y SEGUNDO NIVELES

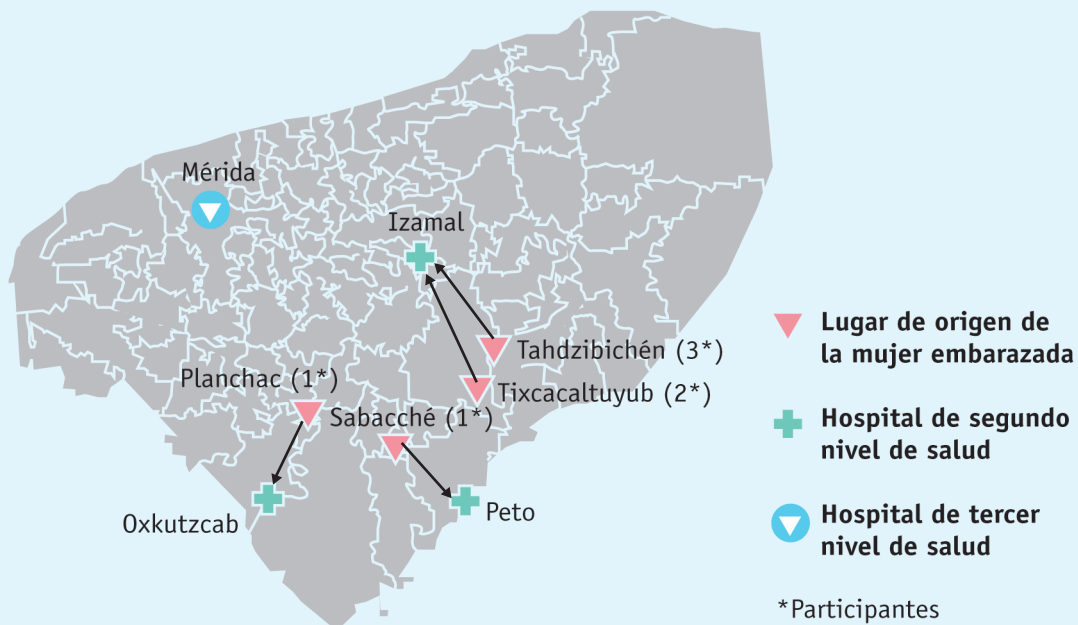
LOCALIDAD DE ORIGEN DE LA MUJER ENTREVISTADA	NO. MUJERES ENTREVISTADAS	PRIMER NIVEL CENTRO DE SALUD	SEGUNDO NIVEL HOSPITAL
Planchac	1	Maní	Oxkutzcab
Sabacché	1	Tixméhuac	Peto
Tixcaltuyub	2	Yaxcabá	Izamal
Tahdzibichén	3	Tahdzibichén	Izamal

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados del cuestionario CIESAS-ACAS A.C.

En la *Tabla 2* y la *Ilustración 1* se señalan las localidades de origen de las mujeres participantes en el estudio, y la distancia que deben recorrer para recibir atención en las unidades de segundo nivel, tanto para hacerse estudios de laboratorio o de ultrasonido, como para pasar a consulta con el especialista en ginecobstetricia.

c) accesibilidad económica (asequibilidad)

En la evaluación de la accesibilidad económica se considera la inversión de dinero y de tiempo que las mujeres deben hacer para trasladarse a las unidades del segundo nivel para hacerse estudios de laboratorios y de ultrasonido o para pasar a consulta prenatal. Por ejemplo, el flete (que va de \$130 a \$2,000) para trasladarse al hospital más cercano en caso de emergencia, o cuando no tienen acceso al servicio de la ambulancia. Se consideran también los gastos de alimentación y hospedaje, y los días (de uno a tres) de trabajo perdidos del acompañante, además de los gastos de manutención de los hijos pequeños que se dejan en casa:



Fuente: Elaboración propia

“[La atención en la clínica] estás más o menos...o regular así, porque del Seguro Popular vas a Peto y no hay...a veces si no tienes [dinero], no vas en la cita, así. Faltas y te regañan así, porque dicen que tienes que ir cada mes [por el control prenatal]. Pero para ir a Peto, pues tienes que agarrar carro hasta acá [Sabacché], tienes que pagar \$20 a Tixméhuac, y pues tienes que pagar otro pasaje para que vayas a Peto y después, cuando regrese, otro. Es otro dinero así, porque está lejos así. En Peto me sale más caro porque tengo que pagar mi pasaje desde acá. Como me fui para que hagan mis análisis...como tienes que llegar a pedir ficha, tienes que llegar allá temprano. Agarras taxi para llegar allá. En Peto tienes que pagar \$280. Durante mi embarazo fui tres veces a Peto y pague \$280 por viaje. Fueron \$860 más la comida. Si tiene urgencias, el señor no te espera. Si tiene urgencias, el señor [el chofer del transporte que la llevó] se va y tienes que conseguir quién

te va a buscar. Pero ahorita, como me fui porque estoy embarazada otra vez, le pedí al Presidente...como te dan apoyo, pedí carro y sólo pagué la mitad del pasaje, como que somos dos así \$100 pesos.²⁴

En que fui allá para que me hagan el ultrasonido a los Angelitos, en Mérida, pagué el pasaje. Son \$80 cuando te vas y \$80 cuando regresas. De antes estaba a \$50, pero ahorita, con eso de que la gasolina ya subió, pus tuvieron que subir el pasaje. Pagas una torta y un refresco, ahí está caro, las cosas que venden. Un refresco está a \$10, una torta creo que está a \$15 o a \$10. Están caras las cosas que venden, pues eso, si no tienes el dinero ¿cómo le vas a hacer? Y si voy con mi esposo, es doble el gasto.²⁵

d) acceso a la información

Las mujeres embarazadas no están informadas sobre el protocolo de los médicos para las consultas de control prenatal y para la atención del parto y el posparto, por lo que no pueden evaluar objetivamente la calidad de atención que reciben. Dada su escasa instrucción, no suelen informarse sobre los cuidados de la salud durante el periodo reproductivo. Por otro lado, los prejuicios, temores y tabúes en torno a la maternidad, así como sus restricciones económicas, atraviesan su elección de un determinado modelo de atención del parto.

El personal de salud que atiende a estas mujeres no habla su lengua, por lo que se limita a darles instrucciones rápidas y mínimas, que ellas difícilmente comprenden. Tampoco pueden expresar sus dudas e inquietudes. A manera de ejemplo, una de las entrevistadas que no ha permitido que le practiquen la oclusión tubaria bilateral (OTB) dijo haber entendido todas las explicaciones del personal de salud con respecto al parto: “si nace bien este bebé, no me van a ligar”.²⁶

²⁴ Rita [entrevista por GUP], ama de casa, Modelo de partería tradicional, 2016, 15 de febrero, Tixméhuac, Yucatán.

²⁵ María [entrevista por GUP], ama de casa, Modelo de partería tradicional, 2016, 12 de marzo, Yaxcabá, Yucatán.

²⁶ Rita [entrevista por GUP], ama de casa, Modelo de partería tradicional, 2016, 15 de febrero, Tixméhuac, Yucatán.

Cuando el médico les dice que van a parir por cesárea, ignoran la causa. Su miedo a que “las corten”, y la experiencia de haber recibido un mal trato en su parto anterior en los servicios de salud las llevan a optar por la atención de una partera tradicional. Enseguida se expone el testimonio de esta partera:

Los recibo bien, nacen bien. Este bebé nació acá. De cuatro kilos y medio. [A su mamá] la estaban mandando a Izamal, que para que le hagan cesárea. Pero ella no quiso, me dijo: “yo no me voy, tengo miedo”. ¿Pero por qué te asustas? “Porque me dijeron que me van a cortar” y yo le dije: “ni tengas miedo. Va nacer bien el bebé.” “¿De veras?” “Sí”. Y cuando empezó su dolor me vinieron a buscar. Aitá, nació el bebé. Si vieras ¡qué bonito el bebé! un chan [pequeño] gordito. Cuando nació, estaba grandote y nació bien, y nada tuvo, ni su mamá.²⁷

Para que las mujeres embarazadas más vulnerables puedan apropiarse de la información que necesitan para proteger y mejorar su salud, sería ideal que se las comuniquen en su lengua maya, pero si no es posible, al menos deberían hablar un lenguaje más humano para comunicarse, con respeto a sus creencias religiosas y a su cultura. Cuando la mujer maya no acepta las indicaciones del médico, éste la amenaza, la atemoriza y la hace sentir insegura y culpable; la castiga y la deja sola. Esta práctica médica intimidante expone a la mujer embarazada o recién parida a mayores riesgos de salud. Las cuatro dimensiones del derecho a la salud (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad) son variables que no operan independientemente. La debilidad de cualquiera de ellas interactúa con las demás y repercute en el acceso a los servicios como ocurre, por ejemplo, cuando una mujer embarazada llega a la unidad de salud y no alcanza una ficha.

3. Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiados, y sensibles a las necesidades propias de cada sexo y del ciclo vital. Al respecto se

²⁷Martha [entrevista por GUP], partera tradicional, Modelo de partería tradicional, 2016, 27 de julio, Yaxcabá, Yucatán.

registra en este apartado una serie de deficiencias en los servicios de atención del proceso reproductivo:

- La asistencia a las consultas de control prenatal y la atención del parto en las instituciones de salud son requerimientos obligatorios que tienen que cumplir las mujeres para recibir su pago como beneficiarias del programa Prospera, ya que en caso de no cumplir con alguno de los requisitos que señalen los servicios de salud, el pago puede ser postergado hasta más de un mes, como una forma de sancionarlas y presionarlas para ser atendidas por los servicios de salud, lo que es grave cuando se han tenido gastos excepcionales para la atención del parto.²⁸

Esta condición genera en la mujer frustración, ya que en ocasiones el motivo por el que no acude a los servicios de salud se debe al mal trato que reciben por parte del personal de salud y administrativo (regañones y largas horas de espera), lo que erosiona su confianza en el sistema de salud.

- El espacio hospitalario y la cultura institucional no están diseñados para tomar en cuenta las creencias y costumbres de las mujeres mayas, quienes tradicionalmente paren en hamaca y son celosas de su intimidad: “no hay privacidad en los servicios de salud, pues siempre te están viendo los demás”.²⁹
- La atención en las unidades de primer nivel suele ser deficiente por prestarla médicos pasantes cuyo conocimiento y habilidades

²⁸ Prospera es un programa gubernamental fundado en 2014 por la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol). Está dirigido a la población que sufre pobreza extrema y busca favorecer su inclusión social mediante transferencias condicionadas, en el esquema de coresponsabilidad, que permitan a las familias mejorar sus condiciones de vida. Busca, asimismo, propiciar el ejercicio de sus derechos sociales y el acceso al desarrollo social con igualdad de oportunidades. El apoyo en salud abarca: el acceso al Paquete Básico Garantizado de Salud; Talleres para el Autocuidado de la Salud, atención médica a todos los integrantes de la familia beneficiaria; prevención y atención de la mala nutrición; apoyo para adultos mayores; apoyo para integrantes de la familia de cero a nueve años; apoyo complementario para la alimentación; afiliación efectiva al Seguro Popular; incorporación de los niños menores de cinco años al Seguro Médico Siglo XXI (Gobierno de México, 2016).

²⁹ Rita [entrevista por GUP], ama de casa, Modelo de partería tradicional, 2016, 15 de febrero, Tixméhuac, Yucatán.

para el control del embarazo y sus posibles complicaciones son limitados. El que los servicios de salud para la población vulnerable sean campo de aprendizaje conlleva abusos que atentan contra la salud y la intimidad de la mujer indígena. Por ejemplo, diferentes personas les hacen tactos, una tras otra, durante el trabajo de parto.

- Durante el trabajo de parto no se establece una relación de confianza entre los prestadores de servicios y la mujer, a quien nadie le garantiza que vaya a recibir un buen trato. El temor a ser regañada y maltratada por el personal de salud le genera inseguridad, lo que se agrava al no permitírsele estar acompañada por un familiar: “un doctor que estaba regañaba cuando pasaba la hora de la cita de uno y no va. Dice: ‘ya pasó la hora de tu cita, ¿por qué no has venido?’. Solo es eso así, y dice: ‘no te voy a atender, te voy a dar otra cita’. Y cuando me fui a consultar con el doctor me sentía mal, me dolía mi cabeza, mi cuerpo, no busco qué me pasa”.³⁰

[Mi control prenatal lo llevaba] el doctor y doña Alejandra [partera] porque me viene a sobar, pues aquí en el pueblo eso se hace. [Decidí atenderme] con ella porque da un buen servicio, me queda cerca de mi casa, [su servicio] es económico y, pues, mayormente a mí ella de por sí me atiende de mis hijos. A ella le hablo para que me atienda si es parto normal pero si no, si me dice que me tiene que llevar al hospital pues me llevan pero si no, no. Aquí en mi casa y no [hubiera preferido atenderme en otro lugar] sino en mi casa. Dicen que los doctores de allá lejos son malos y no quiero [que me atiendan], no me gusta que me ingresen, más tengo miedo que me atiendan allí y prefiero que me atiendan aquí, que me atiendan en mi casa”.³¹

Aparte creo que tuve miedo porque no quería ir a Izamal, creo que del miedo se me subió así mi presión, pero bebé nació bien, este, me sentí cómoda en

³⁰María [entrevista por GUP], ama de casa, Modelo de partería tradicional, 2016, 16 de febrero, Yaxcabá, Yucatán.

³¹María [entrevista por GUP], ama de casa, Modelo de partería tradicional, 2016, 12 de marzo, Yaxcabá, Yucatán.

mi casa, me sentí tranquila, no me sentí preocupada, porque estando yo en Izamal, cuando me atendieron en mi parto anterior, sí me sentí preocupada por mis hijas que estaban acá y creo que por eso se me subió la presión”.³²

4. Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico, y ser de buena calidad.

La mayoría de las mujeres entrevistadas reportaron una práctica profesional deficiente y una actitud burocrática y descomprometida. No se encuentra el perfil del trabajador de la salud de trato humano y calidad técnica y profesional. En ocasiones los centros de salud carecen incluso de los servicios más básicos. Para otros grupos sociales, la salud de la mujer se confía solo a médicos con licencia debidamente autorizados por los servicios estatales de salud (Nigenda, 2013).

Debido al reciente incremento de egresados de las escuelas públicas y privadas de medicina, ha aumentado el número de pasantes en Yucatán. Por otro lado, el argumento de los servicios estatales de salud para basar la atención en pasantes, particularmente en unidades rurales, es que no existen suficientes recursos financieros para incorporar médicos graduados (Nigenda, 2013).

La distribución geográfica desigual de los médicos (Nigenda, 1997) se debe a que en las zonas urbanas encuentran mejores oportunidades profesionales y sociales, en detrimento de la atención médica en las zonas rurales (Dussault y Franceschini, 2006). La carencia de médicos preparados se revela en los testimonios de las mujeres participantes en este estudio.

Discusión

Analizamos los factores determinantes de la salud (OMS, 2009) en población en desventaja socio-económica. Para que la salud de la población que vive en

³²Virginia [entrevista por GUP], ama de casa, Modelo de partería tradicional, 2016, 14 de marzo, Yaxcabá, Yucatán.

condiciones de pobreza mejore, se requieren cambios estructurales (Marmot y Wilkinson, 2006).

De acuerdo con las cifras oficiales, 528 de las 960 mujeres que murieron en 2012 estaban afiliadas al Seguro Popular (55%). De ellas, 577 habían estado en contacto con los servicios de salud y tuvieron hasta cinco consultas de control prenatal. Estos datos indican una calidad deficiente de los servicios de salud, y también que el acceso a los servicios de salud en caso de urgencia no ocurre con la oportunidad necesaria. Ese mismo año (2012), 106 defunciones maternas ocurrieron en el hogar, y 76 en la vía pública u otro lugar; es decir, 20 por ciento murieron al margen de los servicios de salud. Algunas de estas mujeres acudieron a los servicios pero no regresaron; otras nunca acudieron al sistema de salud o murieron en el trayecto (Freyermuth y Luna, 2014).

El gobierno mexicano dispone de la evidencia y la información necesarias para corregir la distribución desigual de atención de la salud y acortar la brecha entre los que tienen y los que no tienen recursos para cuidar su salud. Enfocar las causas sociales determinantes es relevante para hacer cumplir el derecho a la salud sexual y reproductiva de toda la población. Por ahora, según se ubiquen las mujeres embarazadas en la jerarquía social, son sus posibilidades de tener un parto sano. Las mujeres indígenas están en mayor desventaja por depender para el cuidado de su salud de un personal que desconoce su lengua y su cultura. El estado de Yucatán, después del de Oaxaca, ocupa el quinto lugar en la concentración de personas que hablan una lengua indígena. Según datos de la Encuesta Intercensal 2015 del Inegi, 28.9 por ciento (28 900 personas) de la población yucateca hablan maya.

La cultura maya tiene costumbres, creencias y prácticas en torno a la maternidad que deberían ser conocidas y respetadas por los servidores públicos de esta población, pero son ignoradas debido al etnocentrismo de la medicina institucional (prevaliente en los servicios médicos rurales), por lo que las mujeres mayas atienden sus partos en condiciones ajenas a su cultura. Ni siquiera pueden comunicarse con el médico, pues este no habla su lengua (Güémez Pineda, 2000).

Así mismo, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el derecho de toda persona a disfrutar

del más alto nivel posible de salud física y mental, e indica diversas medidas que los estados parte deberán adoptar para asegurar la plena efectividad de este derecho. Es el artículo más exhaustivo del derecho internacional sobre el derecho a la salud. Reconoce “que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones por las que las personas pueden llevar una vida sana”, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas y un medio ambiente sano (ACNUDH, 2000).

En agosto de 2000, el Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH), en su sesión 22 del Comité sobre los derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobó dicho Pacto en la Observación General No. 14, donde se señalan los cuatro elementos esenciales para que todas las personas puedan disfrutar del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (ACNUDH, 2000).

En su calidad de Estado Parte, México está comprometido con la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12. Entre sus obligaciones como Estado, está el adoptar medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud. En cuanto a los servicios de atención a la salud de la mujer embarazada, las obligaciones del Estado Parte en la nota 12 son muy claras:

La salud genésica significa que la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud que, por ejemplo, permitirán a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto.

Sistema de salud de Yucatán

Debido a las condiciones de pobreza, la falta de acceso y de disponibilidad de los servicios de salud, (horarios limitados de atención, barreras culturales, entre otros) que viven las mujeres embarazadas en contextos rurales, aumentan las condiciones de vulnerabilidad y los riesgos a muerte materna. En este sentido, la partería representa una alternativa para su atención, tal vez, si el personal de salud estaría dispuesto a colaborar con la partera tradicional local, a apoyarla para que sepa detectar los riesgos³³ y motivarla para que refiera, los embarazos con complicaciones a los servicios de salud y mejore la atención del recién nacido.

Cuando el parto no es atendido en una institución de salud, el personal de salud, la regaña, maltrata y humilla realizando una práctica intimidante. Llama la atención los ejemplos antes mencionados de las barreras que enfrenta la mujer para que le otorguen el certificado de nacimiento en los servicios, si su bebé nació en el camino o si se atendió con una partera tradicional. Por lo que el personal de las instituciones de salud debe adquirir conciencia de servicio y brindar un trato más humano, ya que no se perciben como servidores públicos cuyo salario se paga con los impuestos de la población.

Las mujeres entrevistadas para este estudio que quedaron embarazadas por falta del suministro del método de planificación familiar adecuado para sus circunstancias reportan que a pesar de sus esfuerzos por conseguirlo, el personal de la clínica simplemente les dijo que no lo había. La falta de un determinado método puede durar semanas y hasta meses porque el abaste-

³³ El enfoque de riesgo está basado en la detección temprana de madres con factores de alto riesgo. El riesgo implica la probabilidad de que aumenten las consecuencias adversas debido a la presencia de una o más características o factores. Riesgo es una medida de la probabilidad estadística de que ocurra una enfermedad, un problema de salud, un accidente o la muerte. El enfoque de riesgo se utiliza cuando se actúa anticipadamente para prevenir, reducir o nulificar esta probabilidad de ocurrencia. Ejemplos de factores de riesgo para salud materna son: desnutrición de la madre, mal espaciamiento de embarazos, embarazo a muy temprana edad o a edad avanzada, pobreza, sobrepeso o enfermedades concurrentes, entre otros peligros. El conocimiento del riesgo de contraer una enfermedad permite evitar la exposición al factor de riesgo y así promover la salud (Backett et al., 1984) (Shrivastava et al., 2013).

cimiento no es regular, resultando que las mujeres se vuelvan a embarazar teniendo intervalos intergenésicos cortos.

Es evidente que el sistema de referencia para canalizar a las mujeres embarazadas y durante el parto al segundo nivel tiene fallas administrativas que pueden evitarse, ya que representa otra barrera en la atención de salud de las mujeres y las lleva a optar por los servicios de las PT, a pesar de ser derechohabientes de los servicios de salud.

Las mujeres que acuden a buscar medicamentos en las unidades de segundo nivel debido a que en su unidad de primer nivel, no hubo el medicamento recetado, describen que tienen que volver a sacar ficha para hacer cita, con todo el tiempo de espera que esto implica para poder ser recibidas por el médico del segundo nivel, por lo que muchas veces acaban dándose por vencidas.

Cuando una mujer embarazada proveniente de las comunidades rurales alejadas busca atención especializada (generalmente la refiere un médico del primer nivel), el personal que la recibe y le da acceso a ese servicio debe tener la competencia cultural necesaria para apoyarla, en lugar de maltratarla y entorpecer o retrasar su cita.

En el tercer nivel de atención también debe haber personal con competencia cultural que haga la conexión con el primer nivel para que éste apoye y dé seguimiento a las mujeres que necesiten cuidados médicos después del alta hospitalaria.

Las parteras tradicionales

Las parteras tradicionales de la zona sur de Yucatán son apreciadas por las mujeres porque les brindan un apoyo muy amplio: la relación es personal y dura lo que el embarazo, el parto y el posparto. La misma partera suele atender todos sus embarazos. Se establece una relación de confianza de largo plazo. Entre los cuidados que la partera brinda a la mujer embarazada son físicos y emocionales: la soba para acomodar al bebé y voltearlo de cabeza en el vientre, la aconseja, la anima y le infunde confianza convenciéndola de que todo va a salir bien. Desvanece el miedo de enfrentarse al parto por

primera vez, o a un parto con riesgo cuando ya ha tenido otros partos. Esto contrasta con la atención despersonalizada de los médicos que le dan seguimiento al embarazo, que no la asisten durante el parto y que, por lo que describen las mujeres aquí entrevistadas, les infunden miedo al decirle que las tienen que cortar.

La partera brinda su apoyo durante el embarazo, el parto y después del parto, lo que es clave para la recuperación de la madre y el cuidado del recién nacido. Los servicios de salud no les brindan la misma atención a las mujeres vulnerables y aún si una madre solicita ayuda, lejos de apoyarla, le imponen barreras para obtener cosas esenciales como el certificado de nacimiento, complementos vitamínicos o la valoración del recién nacido. Esto es más evidente cuando el bebé nace en camino al centro de salud o con la partera, ya que el personal de salud tiende a tomar represalias contra la madre por no tratarse de un parto institucional.

El gasto en un parto atendido por partera suele ser menor que el gasto en que incurren las mujeres que se atienden en los servicios del Seguro Popular. Esto se debe a que tienen que hacerse análisis y ultrasonidos en servicios privados de la capital. Los gastos de los servicios, el transporte, los alimentos y el alojamiento de su familiar (en el caso del parto), pueden implicar incluso su endeudamiento.

A veces la partera atiende con éxito partos en los que el médico recomendó cesárea. Algunas de las mujeres entrevistadas dijeron haber estado programadas para cesárea, y por miedo a que las cortaran se atendieron con la partera. El parto fue normal y el bebé nació sano. Para la mujer pobre, inhabilitarse por una cirugía significa no poder cuidar a sus hijos y dejar de ganar el dinero que complementa el gasto familiar. Aunque algunas reconocen el miedo que les dio que le fuera a pasar algo a su bebé, el atenderse con la partera les ahorró tiempo, dinero y esfuerzos de organización para conseguir ayuda para cuidar a los otros miembros de su familia.

En los poblados de las mujeres entrevistadas en este estudio, el vínculo de las parteras con los servicios institucionales ha dependido de la voluntad del médico. Por otro lado, al no tener identidad gremial, las parteras no se coordinan entre ellas, y llegan a verse como competencia y a rechazar a mujeres que antes se atendieron con otra partera.

Consideraciones relativas a las mujeres vulnerables

El acceso a la información de la población maya rural es muy limitado, por lo que las mujeres desconocen los criterios para valorar la calidad técnica y profesional de la atención que reciben de los prestadores de atención de salud. Sus juicios se fundan en el trato que reciben durante el embarazo y el parto. Puesto que por lo general las regañan y las intimidan, sienten miedo y desconfianza. Pero además, su concepto de salud es distinto; la mujer indígena tiende a concebir la salud más allá del mero bienestar físico o de la ausencia de enfermedad. La salud tiene que ver también con el estado emocional, mental y espiritual (King *et al.*, 2009).

El que se considere que pueden esperar horas o días para tener una consulta cuando en realidad no tienen tiempo libre, las aleja de los servicios.

Se cree que la falta de instrucción de estas mujeres les impide entender explicaciones básicas. Al discriminarlas por su pobreza, su sexo y su etnia, el personal de los centros de salud se limita a darles instrucciones autoritarias o paternalistas, en el mejor de los casos. Se trata superficialmente problemas de salud que ellas reportan a tiempo, y que pueden necesitar ser atendidos por un médico especialista del segundo o del tercer nivel; muchas veces o esto no sucede, o sucede demasiado tarde por la negligencia del médico que debía referirlas.

De acuerdo con el testimonio de las mujeres entrevistadas para este estudio sobre su experiencia en los servicios de salud:

- Prefieren tener el parto en casa atendido por una partera para evitar el maltrato del personal de salud, a pesar de las sanciones que esto conlleva.
- Atestiguan errores médicos (con ellas mismas o con otras mujeres) y se saben atendidas por personal no calificado profesionalmente. Tienen claro que la falta de continuidad del personal, que cambia semestral o anualmente, las afecta.
- Sufren el abuso de poder de los médicos y no se atreven a denunciarlo por temor a las represalias: si les ponen falta, por ejemplo, se les

retira o se les reduce la ayuda económica que reciben a través de programas como Prospera.

Conclusiones

Los testimonios de las mujeres entrevistadas para este estudio revelan que en la realidad dista se mucho de haber alcanzado las metas internacionales adoptadas por el gobierno mexicano relativas al desarrollo y la salud de las mujeres más vulnerables. Para asegurar que México alcance los Objetivo de Desarrollo Sostenible, y las metas para garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades para 2030, las políticas de salud tienen que priorizar la calidad de los servicios de atención de la salud que se prestan a las mujeres de la población rural en estados como Yucatán. En particular, los servicios para la atención de su salud sexual y reproductiva. Hace falta asegurar la voluntad política que haga llegar a la mujer indígena marginada servicios de salud de óptima calidad técnica y profesional.

Para que los derechos del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que define a la salud como un derecho humano, se aplique a la población maya de Yucatán, se necesita tener en consideración que los riesgos de mortalidad materna para estas mujeres son mayores que para el promedio de la mujer mexicana debido a sus condiciones de extrema pobreza y marginación. Los testimonios obtenidos en este estudio muestran que las actuales políticas de salud no garantizan que las mujeres más vulnerables tengan acceso a servicios de salud de calidad.

Al ratificar las leyes internacionales sobre el derecho a la salud, el gobierno mexicano contrajo un doble compromiso con estas mujeres, pues a su vulnerabilidad por su sexo y su pobreza, se suma la de su etnia. La población maya debe ser respetada y protegida, tiene que dejar de ser humillada por los servidores públicos en general, y los del sector salud en particular. Se debe garantizar su derecho a parir sin que ella o su bebé corran el riesgo de morir.

Recomendaciones

Propuesta de una política gubernamental para mejorar la atención

Es necesario que las autoridades federales y estatales del sector salud diseñen una política:

- que proponga incentivos para los médicos que presten servicios en las zonas rurales, tales como tener una vivienda e instalaciones laborales dignas y suficientes.
- que regule el servicio social de medicina, y defina metas de cobertura y objetivos específicos.
- que designe como población prioritaria para la atención de la salud a la rural y la indígena.
- que establezca mecanismos financieros para evitar que los gobiernos estatales dejen desprotegida la salud de las mujeres de la población más vulnerable.
- que regule la rendición de cuentas de los gobiernos estatales sobre el presupuesto designado para contratar médicos titulados en las localidades rurales más alejadas de las ciudades.
- que regule la rendición de cuentas de los gobiernos municipales sobre la designación de presupuesto para crear y mantener las unidades de salud en sus localidades, para que dispongan de una infraestructura que responda a las necesidades de la población rural.
- que identifique estrategias y soluciones para afrontar y corregir las desigualdades, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder que generan inequidad entre los diferentes grupos de la población del país, por la que las mujeres embarazadas en las áreas rurales enfrentan el riesgo de la muerte materna³⁴ y la muerte neonatal.

³⁴Muerte materna es la ocurrida a la mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con –o agravada por– el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (Ssa, 2016).

- que designe una defensora de los derechos de las mujeres en las instituciones de salud para que las ayude a resolver los trámites administrativos y a atravesar las barreras lingüísticas que les impiden ejercer su derecho a recibir una atención de la salud de la mejor calidad. La atención a la mujer embarazada debe reforzarse con agentes de la comunidad o promotoras de salud con competencia cultural que ayuden a las mujeres indígenas a vencer la barrera lingüística frente al médico y a decodificar el sistema de salud para poder usarlo a su favor.

Facilidades para la atención de la mujer embarazada

Se debe diseñar un programa de atención que dé prioridad a la mujer embarazada para que pase a consulta médica cuando lo solicite. Por ejemplo, que cuando acuda a sacar ficha para una consulta sea atendida entre los primeros pacientes del día; que se abastezcan los medicamentos y suplementos que necesitan las mujeres embarazadas para evitar referirlas a otra localidad y, de no poder evitarse, que se les dé un pase para que no tengan que reiniciar el proceso de sacar ficha.

- garantizar el acceso a una planificación familiar regular y sostenible.
- facilitar los trámites burocráticos para la mujer embarazada que es referida del primer al segundo nivel para que le den un medicamento, una vacuna, vitaminas, un método de planificación, etc. que no tienen en la unidad de salud que les corresponde.

Sobre los pasantes en servicio social

La calidad de la atención puede mejorarse sin grandes inversiones. Por ejemplo, se pueden diseñar programas de entrenamiento para los pasantes del servicio social antes de enviarlos a las unidades de salud de poblaciones

vulnerables, para que desarrollen las habilidades que garanticen la calidad de la atención.

Propuesta de un programa de formación para los pasantes

La formación de los médicos que hacen su servicio social en localidades rurales debe incluir su capacitación en:

- los factores determinantes locales del proceso salud-enfermedad.
- salud pública, interculturalidad y competencia cultural³⁵ para que aprendan a valorar, respetar e incorporar las necesidades de las mujeres embarazadas.
- la lectura epidemiológica de su zona de cobertura³⁶.
- la comunicación: el médico debe conocer un vocabulario maya mínimo y contar con una traductora maya que asista la interacción del médico y la mujer embarazada, la acompañe en el parto, y también cuando es referida a unidades de segundo o de tercer nivel.
- la salud sexual, reproductiva y materno-infantil: el médico debe ser capaz de establecer una relación eficaz con sus pacientes, en la que pueda transmitirles –en un ambiente de respeto– información sobre la salud sexual y reproductiva a las niñas, las adolescentes y las mujeres.

³⁵ La competencia cultural consiste en desarrollar una serie de aptitudes y habilidades que permiten entender las diferencias culturales entre el proveedor de servicios y las usuarias. El proveedor de salud culturalmente competente identifica las diferencias entre sus propias suposiciones, valores y prejuicios, y los de sus pacientes. Una vez entendida la cosmovisión de las pacientes, es necesario desarrollar habilidades apropiadas para brindar un servicio adecuado a los pacientes con un origen cultural diferente (Carrillo et al., 1999).

³⁶ Zona de cobertura se refiere a una región geográfica designada por el gobierno, a través de la Ssa, que se define por el mapa de la administración política, el número de habitantes y los recursos sanitarios, para planificar y desarrollar los servicios de salud. La zona de cobertura se define para asegurar el acceso universal a estos servicios (como clínicas, hospitales y ambulancias). El tipo de servicios que se proporcionan puede variar, y los gobiernos locales pueden modificar su alcance geográfico. Actualmente, sus límites se establecen con los sistemas geográficos de información, usando factores como la distancia a los servicios, el tiempo de transporte y la población de la zona. Cuando un servicio rebasa su capacidad, limita el acceso de la población y obliga, en este caso a la mujer embarazada, a buscar ayuda fuera de su zona de cobertura.

- el “enfoque en el riesgo” para detectar cuando un embarazo es complicado y distinguir las señales de alarma relevantes para la salud materna.

Propuesta de un sistema de transferencia al pasante de nuevo ingreso

Podría establecerse un sistema de transferencia al pasante de nuevo ingreso que incluya el contacto de al menos un mes para que el médico pasante que termina su servicio instruya al pasante de nuevo ingreso sobre los principales problemas de salud en su área de cobertura, compartiéndole su experiencia para apoyar eficazmente a estas mujeres, y compruebe que los expedientes clínicos de cada una de ellas (mujeres embarazadas y recién paridas) estén al día.

La supervisión es esencial al inicio y durante el servicio social y puede ser realizada o pagada por las diferentes universidades públicas y privadas que reciben dinero por la inscripción de estos estudiantes en cada ciclo escolar.

También establecer mecanismos de vigilancia y un sistema de incentivos que ayude a los pasantes de medicina a prestar sus servicios como profesionales técnicamente preparados y socialmente comprometidos.

Propuesta de un sistema de incentivos para los pasantes

Se propone establecer un sistema de incentivos para los médicos que trabajen en las zonas con población vulnerable, que los motive a esforzarse y a comprometerse con la salud de las comunidades en su área de cobertura. Los incentivos pueden ser económicos o académicos. Por ejemplo, la evaluación del servicio social podría incluir criterios como la reducción de las tasas de morbi-mortalidad materna e infantil en su área de cobertura.

Sobre el personal de salud

El personal de salud y administrativo de los tres niveles de atención de la salud debe:

- desarrollar una cultura de servicio; debe ser consciente de que los impuestos del ciudadano común pagan sus salarios, para evitar que prevalezca una actitud discriminatoria hacia la población vulnerable.
- adquirir competencia cultural para modificar su conducta discriminatoria y aprender a tratar con respeto a una mujer en desventaja social.
- capacitar sobre la interculturalidad para que sepan respetar las culturas distintas de la propia para que haya accesibilidad en los servicios de salud.
- hablar la lengua de las personas de la comunidad.
- interpretar y entender la conducta de las mujeres embarazadas en su búsqueda de atención sanitaria y en la utilización de los servicios de salud para la atención del parto.

Capacitación de las parteras

Puesto que las mujeres mayas continúan atendiéndose con las parteras tradicionales, se requiere capacitarlas sistemáticamente para que detecten oportunamente los riesgos del embarazo y del parto, y poderlos referir oportunamente a las mujeres a las instituciones adecuadas. Deben crearse redes de parteras de la zona para que intercambien experiencias, se apoyen entre ellas y sean supervisadas por los servicios de salud. Las parteras deben ser integradas a los servicios de salud para que formen parte del sistema de referencia. Es necesario motivarlas económicamente y con incentivos materiales como instrumentos útiles para su práctica.

De la infraestructura

Entre los cambios por considerar está el mejoramiento de las vías de comunicación y el servicio de transporte para las mujeres embarazadas. La administración de los servicios de salud debe garantizar el presupuesto de la

gasolina para la ambulancia que transporta a las mujeres embarazadas en el momento del parto.

Propuesta de un programa piloto de atención a la mujer embarazada

Los riesgos que corren estas mujeres pueden ser evitados con una serie de intervenciones para mejorar los servicios de salud materna. México se ha comprometido a adoptar metas relacionadas con el mejoramiento de los derechos y la salud de las mujeres indígenas, pero falta voluntad política para convertir esos acuerdos en realidad en los estados como Yucatán. Se podría considerar un programa piloto que introduzca algunas intervenciones que aseguren que las mujeres más vulnerables tengan acceso a servicios básicos de salud de calidad donde los riesgos sean detectados oportunamente y sean referidas al nivel del servicio correspondiente.

Yucatán podría ser considerado como estado piloto para explorar e implementar medidas con tendencia a mejorar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud del estado que atienden mujeres que pertenecen a la población rural e indígena.

Bibliografía

BACKETT, EDWARD ET AL.

- 1984 *The risk approach in health care: with special reference to maternal and child health, including family planning*, WHO.

CARRILLO, EMILIO ET AL.

- 1999 "Cross-cultural primary care: a patient-based approach", *Annals of Internal Medicine*, 1999, vol. 130, no. 10, pp. 829-834.

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL)

- 2012 Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna en México, consultado el 7 de septiembre de 2016, disponible en <http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf>.
- 2015 Medición de la pobreza en México y en las Entidades Federativas, consultado el 7 de septiembre de 2016, disponible en <http://www.coneval.org.mx/Medicion/Documents/Pobreza%202014_CONEVAL_web.pdf>.

COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS (ACNUDH)

- 2000 Observación General no. 14: El derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud, consultado el 20 de octubre de 2016, disponible en <<http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC14.pdf>>.

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (DOF)

- 1990 Convenio No 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, 1989, consultado el 15 junio de 2017, disponible en <http://www.senado.gob.mx/comisiones/desarrollo_social/docs/marco/Convenio_169_PI.pdf>.

DUSSAULT, GILLES Y MARIA CRISTINA FRANCESCHINI

- 2006 "Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce", *Human resources for health*, vol. 4, no. 1, p. 12.

FREYERMUTH-ENCISO, MARÍA GRACIELA Y MARISOL LUNA-CONTRERAS

- 2014 "Muerte materna y muertes evitables en exceso. Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. Realidad, datos y espacio", *Revista Internacional de Estadística y Geografía*, vol. 5, no. 3, pp. 44-61.

GOBIERNO DE MÉXICO

- Prospera. Programa de inclusión social, consultado en octubre de 2016, disponible en <http://www.gob.mx/prospera>.

GÜÉMEZ-PINEDA, MIGUEL

- 2000 "Imagen Social de la Partera Indígena Yucateca a través de la Historia", *Latin American Research Review, The journal of the Latin American Studies Association*, vol. 43, no 3, p. 93-111, consultado el 25 de octubre de 2016, disponible en <<http://lasa.international.pitt.edu/Lasa2000/Guemez.PDF>>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI)

- 2016 Población de 5 años y más, hablante de lengua indígena Nacional, consultado el 7 de septiembre de 2016, disponible en <<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=31>>.

KING MALCOM ET AL.

- 2009 "Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap", *The Lancet*, vol. 374, no. 9683, pp. 76-85.

MARMOT, MICHAEL Y RICHARD WILKINSON

- 2006 *Social Determinants of Health*, Oxford University Press. London.

NIGENDA, GUSTAVO

- 1997 "The regional distribution of doctors in Mexico, 1930-1990: a policy assessment", *Health policy*, vol. 39, no 2, pp. 107-122.
- 2013 "Servicio social en medicina en México: una reforma urgente y posible". *Salud Pública de México*, vol. 55, no 5, pp. 519-527.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

- 2009 *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*.
- 2015 Salud y derechos humanos, consultado el 15 de octubre de 2016, disponible en <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>>.
- 2016 Objetivos de Desarrollo Sostenible, consultado el 15 de octubre de 2016, disponible en ><http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>>.

SECRETARÍA DE SALUD (SSA)

- 2013 Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA3-2013, Educación en Salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para la prestación del servicio social de medicina y estomatología, consultado el 20 octubre de 2016, disponible en <http://www.uan.edu.mx/d/avisos/2015/NORMA_Oficial_Mexicana_NOM-009-SSA3-2013.pdf>.
- 2016 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, consultado el 20 octubre de 2016, disponible en <http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016>.

SHRIVASTAVA, SAURABH RAM ET AL.

- 2013 "Safe motherhood: Implementation of risk approach in developing nations", *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, vol. 6, no. 3, pp. 386.

Referencias entrevistas

María [entrevista por GUP], ama de casa, Modelo de partería tradicional, 2016, 16 de febrero, Yaxcabá, Yucatán.

María [entrevista por GUP], ama de casa, Modelo de partería tradicional, 2016, 12 de marzo, Yaxcabá, Yucatán.

Martha [entrevista por GUP], partera tradicional, Modelo de partería tradicional, 2016, 27 de julio, Yaxcabá, Yucatán.

Rita [entrevista por GUP], ama de casa, Modelo de partería tradicional, 2016, 15 de febrero, Tixméhuac, Yucatán.

Virginia [entrevista por GUP], ama de casa, Modelo de partería tradicional, 2016, 14 de marzo, Yaxcabá, Yucatán.

