



Razones de la elección del tipo de atención del embarazo, el parto y el puerperio: estudio en Sonora

*Patricia Aranda Gallegos, Claudia Figueroa Ibarra, Julio Alfredo
García Puga, María Olga Quintana Zavala, Francisca Martínez
de Jesús, Claudia Carrera Pérez*

Razones de la elección del tipo de atención del embarazo, el parto y el puerperio: estudio en Sonora

Patricia Aranda Gallegos

Claudia Figueroa Ibarra

Julio Alfredo García Puga

María Olga Quintana Zavala

Francisca Martínez de Jesús

Claudia Carrera Pérez

Introducción

Este estudio se desarrolló como parte de la investigación La Partería en México desde el Punto de Vista de las Usuarías,¹ llevada a cabo en diferentes estados del país. Este documento se enfoca en los resultados obtenidos durante el trabajo de campo en tres diferentes escenarios del estado de Sonora: Hermosillo, la comisaría Miguel Alemán y Nogales. Se efectuaron 22 entrevistas de las cuales diez fueron mujeres usuarias que se atendieron en servicios públicos, nueve en privado y tres en casa. El objetivo es describir y analizar, desde la mirada de las mujeres, las razones y los argumentos con los que explican algunas de sus prácticas de atención durante el embarazo, parto y posparto.

Antecedentes

De acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015, el 85.60% de los habitantes de Sonora se encontraban afiliados a alguna institución de salud pública o

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

privada y el 30.12% de la población total, contaba con seguro popular a través de los Servicios de Salud de Sonora (sss).² En cuanto a la proporción de partos con asistencia de personal sanitario capacitado en el año 2014, los datos muestran que el 99.5% de los partos en el estado contaron con esa característica, en contraste con el indicador de 96.3% a nivel nacional. El promedio de consultas prenatales por embarazadas atendidas en las Instituciones del Sistema Nacional de Salud en Sonora, durante 2014, fue de 5.5 y a nivel nacional de 5.4. En este estudio, los cuidados durante el embarazo incluyen los otorgados por varios grupos de prestadores de servicios de salud. En el control prenatal se encontraron descripciones de situaciones de maltrato, entendiendo por ello todas las formas de actuar que suponen alguna agresión o violencia hacia las usuarias, desde prácticas que impliquen hacerlas esperar sin justificación hasta diversas formas de humillación o regaño, este último como reprimenda, muestras de enfado o disgusto ya sea con palabras, gestos y acciones por parte de quien presta el servicio.

Las mujeres participantes

En este trabajo se incluyeron a dos grupos de mujeres: a) las pertenecientes a la clase media y residentes en una población urbana y b) migrantes de la etnia triqui que laboran como jornaleras agrícolas en Hermosillo, y viven en la zona rural. Las entrevistadas tuvieron entre 19 y 38 años y una edad media de 30.8. El 54.5% de las mujeres refirieron haber nacido en una comunidad diferente al lugar en donde se efectuó la entrevista y de éstas el 31.8% son originarias de estados correspondientes al sur y centro del país. Respecto al estado civil, el 68.2% manifestó estar casada, el 22.7% vivir en unión libre y el 9.1% ser solteras. El 95.5% cuenta con servicios de atención médica, principalmente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), seguido de los Servicios de Salud de Sonora (sss) por medio del Seguro Popular; respecto al servicio que más utilizan cuando presentan algún

² Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2016, *Encuesta Intercensal 2015*, consultado el 27 de junio de 2017, disponible en <<http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/>>.

problema de salud se encuentran las instituciones privadas (45.5%), luego los sss (31.8%) y por último el IMSS (13.6%). La mayoría de las mujeres utilizó los servicios de atención público para el cuidado de su embarazo, parto y puerperio.

Resultados

Cuando existe la posibilidad económica para acceder a hospitales privados, las mujeres prefieren esta opción. En el estudio, cuatro mujeres que tuvieron su penúltimo parto en algún servicio público decidieron tener a su último bebé en un hospital privado. Las entrevistadas que cambiaron el tipo de establecimiento señalaron que en los nosocomios públicos: las atiende personal desconocido que permuta de turno, la programación de ultrasonidos ocurre a destiempo, falta de privacidad en la atención del parto, saturación de los servicios y largos tiempos de espera para recibir la atención. Quienes utilizaron el servicio privado en sus dos últimos eventos obstétricos consideran que la atención ahí es mejor que en el público. Lo anterior se debe a que a) logran establecer una relación de mayor confianza con el personal médico que las atenderá en el momento del parto, b) valoran la práctica médica como adecuada, c) tienen un corto tiempo de espera para la atención y d) consideran que existe privacidad en los espacios hospitalarios. Las mujeres señalaron la importancia de que médicos/as de su confianza las atiendan en el control prenatal, parto y puerperio. La confianza con un prestador de servicios de salud es un elemento fundamental para escoger la atención en un hospital privado. Éstos en la zona urbana de Hermosillo, promocionan aspectos como el acompañamiento de la mujer con doulas para el control prenatal y durante el parto, el nacimiento en agua y, recientemente, la atención en casa con la participación de médicos especialistas. Nueve de las diez entrevistadas atendieron su penúltimo y último parto en un establecimiento público. Las mujeres refieren que en los hospitales públicos se les brindan datos importantes de lactancia materna, pero existe una sobresaturación de información en el momento del posparto; las convencen de la trascendencia de la lactancia materna, pero no encuentran empatía ni apoyo directo por parte del

personal de salud. Los estudiantes que colaboran en los centros públicos de salud son inexpertos en el seguimiento de la dilatación de las mujeres embarazadas y, en general, ellas sienten que se les realiza tactos innecesarios. Se establece una clara diferencia entre las mujeres de clase media que cuentan con los recursos necesarios para decidir en dónde atenderse y las jornaleras agrícolas indígenas que de manera limitada tienen acceso a programas como el Seguro Popular. Estas últimas refirieron que encuentran sumamente dolorosa la exploración uterina que se realiza en el posparto, de manera que pareciera rutinaria, y no sólo en eventos de sospecha como se señala en la Norma Oficial Mexicana.³ Ante los elevados costos que implica la atención en un hospital privado y las expectativas de un parto humanizado, se encontró una mujer de clase media, que tuvo su parto en casa. Por razones vinculadas a la situación de pobreza y a la cultura, tres mujeres indígenas triquis lo hicieron en su hogar.

Recomendaciones de política pública

- Mejorar el sistema de atención prenatal para las mujeres que viven en localidades lejanas a los servicios de atención, sobre todo en los embarazos de alto riesgo.
- Que las mujeres embarazadas de las zonas rurales tengan la oportunidad de ser atendidas por médicos especialistas.
- Realizar con rapidez los ultrasonidos para que no se conviertan en un elemento que encarece la atención.
- Capacitar al personal de salud para que conozcan lo que implica un parto humanizado y den la oportunidad a las mujeres de escoger la posición en la que desean parir.
- Capacitar al personal de salud para establecer relaciones de confianza con las usuarias en condiciones adversas.

³ Secretaría de Salud (SSA), 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 24 de mayo de 2017, disponible en <http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016>.

- Analizar y evaluar las formas de referencia y contra referencia para el parto con el fin de encontrar alternativas para que las mujeres cuenten personal de apoyo.
- Evitar la sobre saturación de información y llenado de formatos en el parto y posparto inmediato, y en particular a lo referente a la lactancia materna.
- Fortalecer el alojamiento conjunto de madres y bebés con mejores condiciones para ambos.
- Que haya privacidad en las salas de valoración, atención del parto y recuperación.
- Cuidar el número de tactos que se hace a las mujeres durante el trabajo de parto porque esta práctica repetitiva genera molestias o dolores innecesarios.
- Capacitar al personal de salud para que observe la placenta y revise la cavidad uterina de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana.
- Permitir el acompañamiento de algún familiar o persona de confianza durante el parto.
- Que el personal de salud se mantenga actualizado en aspectos técnicos, profesionales y también en el respeto a derechos y estrategias de manejo del estrés y construcción de confianza.

Razones de la elección del tipo de atención del embarazo, el parto y el puerperio: estudio en Sonora

Patricia Aranda Gallegos

Claudia Figueroa Ibarra

Julio Alfredo García Puga

María Olga Quintana Zavala

Francisca Martínez de Jesús

Claudia Carrera Pérez

Introducción

La investigación cuyos resultados presentamos en este trabajo, forma parte del proyecto nacional La Partería en México desde el Punto de Vista de las Usuarias (Freyermuth, 2015) coordinado por la doctora Graciela Freyermuth. El objetivo es analizar las necesidades expresadas por 22 mujeres de Sonora que recibieron en sus dos últimos embarazos atención prenatal y durante el parto y el puerperio. Este escrito enfoca su punto de vista, que da razón del cómo y el porqué de su elección del tipo de atención recibida.

Notas metodológicas

La selección de las 22 mujeres participantes en este estudio se hizo con base en el lugar en donde fueron atendidas en su último parto, y en el tipo de formación del personal de salud que lo atendió. En el estudio nacional, la agrupación se hizo por: a) instituciones de salud públicas o privadas; b) parteras tradicionales o profesionales, y c) en el hogar, solas o acompañadas por un familiar o una persona que les brindó algún tipo de atención.

El presente trabajo comprende una muestra cualitativa que revisa la inequidad⁴ en la atención a la salud desde el punto de vista de las usuarias. Las consideramos como agentes activas que eligen entre diversas opciones estructurales de atención, y analizamos las razones que explicitaron cuando les preguntamos por qué se habían atendido durante el parto, el embarazo y el puerperio en las instituciones en donde lo hicieron. Si bien las mujeres acudieron con diversos proveedores de atención, la clasificación de este estudio se basa en el lugar de la atención del parto: en hospital o en casa con partera o con el apoyo de algún familiar o vecino. Es decir, atención institucional u otra, incluyendo la auto-atención en casa.

En Sonora son pocos los partos apoyados por parteras o que ocurran en casa, en comparación con los partos atendidos en hospital, por lo que la muestra se compone de mujeres que parieron en hospitales públicos y privados. Para documentar otras formas de atención, incluimos cuatro partos en casa, tres de mujeres triquis, jornaleras agrícolas que viven en la zona rural y una persona de clase media que vive en la zona urbana, del municipio de Hermosillo.

El cuestionario comprendió 309 reactivos seleccionados de acuerdo con las variantes en la atención del ciclo reproductivo de las informantes. Su aplicación tomó más de una hora (75 min en promedio); excepto con las mujeres triquis, a quienes se entrevistó con la ayuda de un traductor en dos visitas de la misma duración. Los reactivos corresponden a cinco apartados:

1. Descripción del lugar y datos de la entrevista.
2. Datos generales de la mujer entrevistada.
3. Exploración del último embarazo, parto y puerperio (EPP).
4. Contraste de lo que la mujer y su familia realizaron en los dos últimos EPP.
5. Observaciones y recomendaciones.

Si bien el instrumento utilizado facilitó homogeneizar la información de los diferentes equipos y de los entrevistadores, también dificultó construir rela-

⁴ La expresión “inequidad en salud” se define como las desigualdades evitables en el acceso a la salud. Desigualdades que se consideran, además, injustas (Whitehead, 1991).

ciones de confianza, sobre todo cuando no había habido contacto previo con las personas. Las entrevistas fueron audio-grabadas, y se incluye la decisión informada de las mujeres de participar en el estudio, y este trabajo ofrece un primer análisis de la transcripción de los diálogos.

La atención de la salud reproductiva ***Sistema de salud y cobertura de servicios***

Si bien las instituciones de salud son un eje fundamental de la atención del EPP, la salud no se relaciona solo con el acceso a los hospitales. La prestación de servicios médicos afronta grandes retos relativos a las precarias condiciones de vida de amplios sectores de la población, a las que se asocia la desigualdad en el acceso (por la fragilidad del ingreso y la inseguridad laboral); condiciones de cuyas consecuencias en la salud nos advierten diversos autores (Gutiérrez y García Saisó, 2016; Juárez Ramírez *et al.*, 2014). La actual organización del sistema de salud está siendo cuestionada. Tanto en los medios de comunicación como en las instancias legislativas del país, se están diseñando propuestas para lograr la universalidad de la atención.

En el país la Secretaría de Salud (Ssa) es la instancia que regula a las instituciones de seguridad social: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Marina (SEMAR) y otras instancias que prestan servicios a los trabajadores del sector formal de la economía. La Ssa normaliza, asimismo, a las instituciones que protegen o proporcionan servicios a la población que carece de seguridad social: el Seguro Popular (SP), los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O).

El financiamiento de las instituciones de seguridad social en México proviene de tres fuentes: contribuciones del erario público, de los empleados y del empleador (que en el caso del ISSSTE, PEMEX, la SEDENA y la SEMAR es el mismo gobierno). Tanto la Ssa como los SESA se financian con recursos del gobierno federal y de los gobiernos estatales, y con una pequeña contri-

bución que los usuarios pagan al recibir la atención (cuotas de recuperación). Estas instituciones disponen de instalaciones y de personal propios.

El SP es una instancia financiera cuyos recursos provienen del gobierno federal, los gobiernos estatales y cuotas familiares. Compra servicios de salud para sus afiliados a la Ssa y a los SESA (y, en algunas ocasiones, a proveedores privados). Los servicios de salud privados, por su parte, brindan servicios a la población con capacidad económica, y se financian con el pago de los usuarios al momento de recibir la atención, y con las primas de los seguros médicos privados. Se ofrecen en consultorios, clínicas y hospitales privados (Gómez Dantés *et al.*, 2011).

El acceso a los servicios médicos depende del campo laboral y de programas sociales. Tres instituciones atienden a la mayor parte de la población: a) el IMSS es responsable de los trabajadores del sector privado y de la población jornalera agrícola; atiende también a los estudiantes y a las personas que se afilian de manera personal; b) el ISSSTE y sus réplicas estatales son responsables de los servidores públicos, y c) la Ssa trabajaba hasta hace dos décadas con la población que no tenía acceso a ningún servicio médico. A partir de 2003, el SP cubre cada vez más a una población que labora en el sector informal, eventuales y profesionistas, su cobertura va en aumento en relación a la precarización del empleo. En México, 27 por ciento de la población económicamente activa trabaja en el sector informal (Inegi, 2015a). Están, además, los desempleados y los subempleados.

La cobertura de los servicios hospitalarios en Sonora es alta. De acuerdo con la Encuesta Intercensal 2015, 85.60 por ciento de los habitantes de Sonora están afiliados a alguna institución de salud pública o privada y 30.12 por ciento están afiliados al SP a través de los Servicios de Salud de Sonora (SSS) (Inegi, 2016). El sistema de salud pública de Sonora registró 710 establecimientos en 2014, con 2 585 camas, 1 569 consultorios, 113 laboratorios de análisis clínicos y 215 equipos de rayos X. Y dispone de 25 651 trabajadores, de los cuales 4 853 son médicos generales y especialistas, 1 297 médicos en formación, 7 484 enfermeras, 1 766 paramédicos, 3 538 administrativos y 6 713 son personal de apoyo en otras actividades (Gobierno del Estado de Sonora, 2009).

Razón de mortalidad materna en Sonora

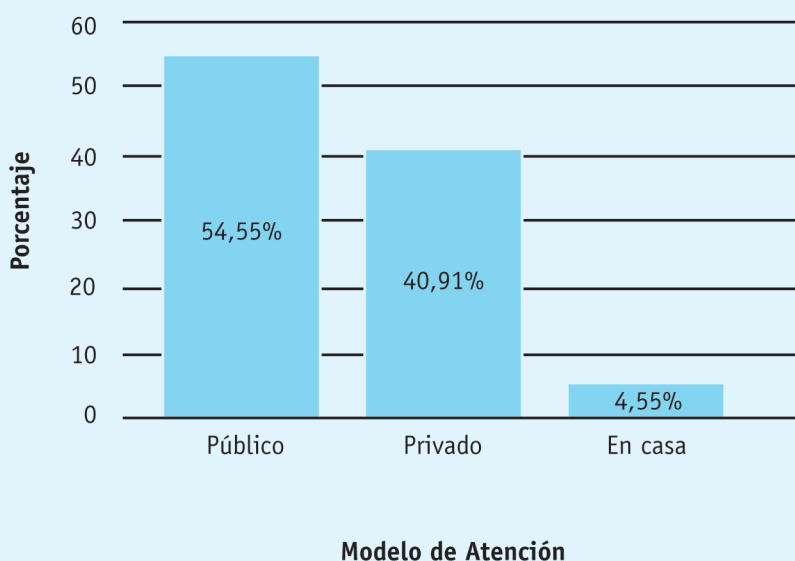
La razón de mortalidad materna (RMM) se define como el número de defunciones de mujeres embarazadas, en parto o dentro de los primeros 42 días del puerperio, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o con su atención (con exclusión de las muertes accidentales o incidentales), en un año determinado, por 100 000 nacidos vivos, y representa el riesgo obstétrico (OIG, s/f).

En el marco del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, el gobierno mexicano propuso a los estados reducir la mortalidad materna (MM) y para ello se han aplicado diversas estrategias. En 2010, el gobierno propuso disminuir la RMM –tomando como referencia 89 MM ocurridas en 1990– a 22 MM por cada 100 000 nacidos vivos para 2015 (Gamboa y Valdés, 2015). De acuerdo con el Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica, hasta la semana 20 de 2017, la RMM nacional era de 29.3 MM por cada 100 000 nacimientos estimados, lo que si bien representa una reducción de 19 por ciento con respecto a 2016 (Ssa, 2017), también indica que aún estamos lejos de la meta de 22 MM por 100 000 nacidos vivos.

El grupo de edad para el que la RMM es mayor es el de 50 a 54 años. Las principales causas de defunción son: hemorragia obstétrica (22.4%), enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el EPP (20.9%), y complicaciones del EPP (8.3%) (Ssa, 2017). Sonora es una de las entidades federativas con una RMM mayor a la nacional, que es de 29.5 MM. Puesto que este trabajo no incluye las MM tardías, el número registrado puede ser menor al real (Ssa, 2017).

Datos sociodemográficos de las mujeres entrevistadas

En esta sección se presentan los resultados de las entrevistas hechas a 22 mujeres en Sonora. Tres de ellas fueron entrevistadas en la ciudad de Nogales; cuatro en el poblado rural Miguel Alemán, y quince en la ciudad de Hermosillo. Nogales es una ciudad fronteriza que colinda con la ciudad del mismo nombre en Arizona. Hermosillo es la capital de Sonora, y la



GRÁFICA 1. ETIPO DE SERVICIO PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN SONORA. Fuente: Encuesta Modelo de Atención a la Partería. *n*.22

comisaría Miguel Alemán pertenece al mismo municipio y es también conocido como “La Doce”. Si bien administrativamente es una comisaría, sus más de treinta mil habitantes la hacen una ciudad multicultural: parte de su población es de trabajadores agrícolas temporales que terminaron asentándose allí.

La edad de las mujeres entrevistadas fluctuó entre los 19 y los 38 años, con una edad media de 30.8. En su mayoría utilizaron los servicios de atención públicos durante su EPP (*gráfica 1*).

TABLA I. OCUPACIÓN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN SONORA

	<i>f</i>	%
Ama de casa	8	36.4
Profesora	2	9.1
Maquila	2	9.1
Enfermera	2	9.1
Contadora	1	4.5
Cuenta propia	2	9.1
Empleada	4	18.2

Fuente: Encuesta Modelo de atención de la partería *n.22*

Respecto a su estado civil, 68.2 por ciento (15) manifestaron estar casadas; 22.7 por ciento, vivir en unión libre (5), y 9.1 por ciento (2), ser solteras. Respecto a la(s) persona(s) con quien(es) viven, 81.8 por ciento viven con su pareja (18); 13.6 por ciento (3), con sus hijos, y 4.5 por ciento (1), con su yerno. En cuanto al aporte económico, la pareja es el principal sustento en 72.7 por ciento de los casos, y la mujer es la segunda fuente de recursos (22.7 por ciento). De las mujeres entrevistadas, 59.1 por ciento se adscriben a la religión católica, 13.6 por ciento a la cristiana, 4.5 por ciento son testigos de Jehová, y 22.7 por ciento declararon no ser creyentes.

Con respecto a su ocupación, 63.6 por ciento tienen empleo formal mientras que el 36.4 por ciento realizan actividades como amas de casa (*tabla 1*).

TABLA II. GRADO ACADÉMICO DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN SONORA

	<i>f</i>	%
Ninguno	1	4.5
Primaria	3	13.6
Secundaria	3	13.6
Preparatoria	3	13.6
Licenciatura	7	31.8
Maestría	3	13.6
Doctorado	1	4.5
Estudios de secundaria	1	4.5

Fuente: Encuesta Modelo de atención de la partería *n.22*

Del total de mujeres, 54.5 por ciento refirieron no haber nacido en la comunidad donde se hizo la entrevista; de ellas, 31.8 por ciento nacieron en estados del sur y el centro del país. De la muestra, 31.8 por ciento tienen estudios de licenciatura, una persona no tiene grado académico, y una tiene un doctorado (*tabla 2*). Del total de mujeres, dos no saben leer ni escribir, son migrantes de Oaxaca multíparas que iniciaron su vida sexual a los 12 y 13 años, viven en unión libre, profesan la religión católica, no tienen empleo y se adscriben como indígenas.

TABLA III. NÚMERO DE EMBARAZOS Y DE PARTOS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN SONORA

EMBARAZOS			PARTOS		
CANTIDAD	<i>f</i>	%	CANTIDAD	<i>f</i>	%
1	1	4.5	0	9	40.9
2	8	36.4	1	3	13.6
3	6	27.3	2	5	22.7
4	3	13.6	3	2	9.1
5	2	9.1	4	1	4.5
6	1	4.5	6	1	4.5
10	1	4.5	9	1	4.5

Fuente: Encuesta Modelo de atención de la partería *n*.22

Antecedentes ginecoobstétricos

El inicio de la vida sexual activa de las mujeres, ocurrió, en promedio, a los 18.14 años, con una desviación estándar de 4. Del total de la muestra, 95,4 por ciento han tenido dos o más embarazos, Trece mujeres (59.1%) tuvieron su hijo por parto vaginal y 10 por cesárea⁵ (13.6%) (*tabla 3*).

⁵ La suma de partos y cesáreas corresponde a 23 mujeres, y puesto que la muestra fue de 22 la diferencia se debe a que una de las mujeres tuvo su primer parto vaginal y los posteriores por cesárea.

TABLA IV. AFILIACIÓN DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN SONORA

	<i>f</i>	%
IMSS	10	45.5
Ssa	7	31.8
Otro y privado	1	4.5
SS y privado	1	4.5
ISSSTESON	2	9.1

Fuente: Encuesta Modelo de atención de la partería *n*.22

Accesibilidad al sistema de salud

De las 22 mujeres entrevistadas, 95.5 por ciento cuentan con servicios de atención médica (*tabla 4*) principalmente del IMSS (45.5%), seguido de los servicios de la Ssa –a través del SP– (31.8%). Los servicios más utilizados son los de instituciones privadas (45.5%) seguidos de los de la Ssa (31.8%) y los del IMSS (13.6%).

Percibieron el trato que se les brindó en las diversas instituciones como bueno, 54.5 por ciento de las mujeres; como muy bueno, 27.3 por ciento, y como regular, 13.6 por ciento. Las mujeres entrevistadas expresaron que usan los servicios médicos públicos porque: es al que tienen derecho. No utilizan los servicios públicos principalmente porque: los horarios son poco accesibles o por su mal servicio. En las narrativas de las mujeres destacan algunas de sus necesidades de atención y la valoración de su experiencia. En el siguiente apartado ordenamos la información por tipo de servicio en

que se atendió el parto, en el entendido de que durante el embarazo y el posparto pudieron haber utilizado otros servicios.

Las entrevistas arrojaron información sobre el uso de ultrasonido en las consultas prenatales, la frecuencia de las cesáreas y la información que las mujeres reciben durante el parto y posparto, que sería importante documentar en estudios posteriores. Aquí priorizamos el análisis de las razones que subyacen en la selección de la atención del embarazo y el parto y de algunas apreciaciones sobre la atención recibida, contra sus expectativas.

Razones de la elección del tipo de atención del EPP

Los procesos de enfermedad y su atención no son únicamente prácticas médicas; se trata de procesos socioculturales de matices que difieren en el tiempo y el espacio. Los primeros cuidados del embarazo forman parte de la vida cotidiana de las poblaciones, que pueden tener o no acceso a los servicios hospitalarios.

Los saberes de las mujeres embarazadas que participaron en este estudio, derivados en gran parte de su sentido común, determinan su elección del tipo de atención del embarazo, el parto y el puerperio, y se evidencian en los argumentos con que los justifican. Son razones pragmáticas derivadas de experiencias propias y de familiares próximos. En ellas se entremezclan representaciones diversas, incluyendo las relativas a los servicios médicos.

Nuestro análisis apunta a las relaciones interpersonales, pues no podemos entender los servicios de atención materna sin considerar las relaciones de las mujeres con las personas de su confianza o con el personal de salud que las atiende. Las razones que justifican sus decisiones y sus prácticas son relevantes para comprender lo que se pone en juego en su proceso reproductivo. En este trabajo no buscamos reconstruir las prácticas, sino comprender aquello que subyace en sus decisiones y en las experiencias que relatan. El abanico de opciones de atención al que tienen acceso, ya sea amplio o estrecho, conlleva expectativas que habrá que detectar y confrontar con la

atención recibida. Una atención moderna y de calidad en el imaginario social puede no coincidir con las mejores opciones de política pública, pero conocerla puede apoyar la construcción de elementos que satisfagan las expectativas de las usuarias.

Entre los hospitales públicos y los privados

Entre las razones por las que las mujeres optaron por acudir a un hospital público se expresa, la desigualdad de oportunidades: mientras que las jornaleras migrantes que viven en Miguel Alemán acudieron a hospitales públicos debido a que por el SP tuvieron acceso sin costo, no tuvieron otra opción. Como lo señala una de ellas: “pues porque como le digo... ahí es donde lo mandan a uno ¿no? Siempre. Cuando uno no tiene recursos, pues ahí es donde lo mandan a uno”.⁶

En la zona urbana, en cambio, la población y sus condiciones son distintas: algunas de las mujeres entrevistadas eran trabajadoras del mismo hospital y en estos casos las relaciones con el personal de salud y su conocimiento sobre la institución y los servicios les permitieron mejores condiciones; llama la atención que las mujeres de la ciudad tuvieron la oportunidad y buscaron servicios de atención mixtos, pues acudieron a hospitales privados para hacerse estudios (tales como el ultrasonido) o para resolver sus dudas con personas de su confianza. Una mujer que no tenía recursos para atenderse en los servicios privados, pero que conocía a una persona de su confianza en el hospital público se atendió todo el embarazo en su consultorio privado y logró que la atendieran durante el parto en el servicio público. Otras mujeres –que sí tenían recursos– optaron por la atención privada, principalmente porque habían tenido experiencias negativas en los servicios públicos.

Las mujeres entrevistadas cuyos hijos nacieron en hospitales públicos evaluaron en un primer momento la atención del embarazo como adecuada,

⁶ Gloria [entrevista por CF], migrante zapoteca con estudios hasta sexto de primaria; parió en hospital público. Modelos de atención de la partería, 17 de febrero de 2016, Sonora, México.

pero después mencionaron: la saturación de los servicios, el prolongado tiempo de espera, la carencia de recursos en la consulta prenatal, y que les habían hecho pocos estudios de ultrasonido. Explicaron que ese estudio les daba la confianza de que su bebé está vivo y bien. Solo una de las mujeres entrevistadas relató una motivación asociada al cuidado de una condición de salud previa, mientras que las demás mujeres dijeron asociar el ultrasonido a esa confianza y a la percepción de modernidad en los servicios médicos.

El ultrasonido

La medicalización del embarazo conlleva el uso frecuente del ultrasonido. De acuerdo con la NOM-007,⁷ se recomienda hacer un ultrasonido trimestral del embarazo para determinar el bienestar del feto. La Ssa (2009) establece, por su parte, que “la utilización de ultrasonido abdominal en atención prenatal de rutina no ha mostrado evidencias de influir en el parto pre término, peso al nacer, morbilidad y mortalidad materna. Existe evidencia cuestionable de que su utilización disminuye las probabilidades de embarazo post término”.

Las mujeres entrevistadas manifestaron su deseo de comprobar el desarrollo de su bebé cuando asisten a la consulta prenatal. Esta aceptación de la tecnología también se manifiesta en la zona rural del municipio de Hermosillo, pero las mujeres indígenas refieren aspectos negativos, como que implica un gasto muy alto para su bolsillo. Incluso cuando lo aceptan, manifestaron la necesidad de que los médicos no lo soliciten con frecuencia. A pesar de la carga que implica para su economía, las mujeres acudieron a hacérselo en el mismo poblado o en Hermosillo, en instituciones que lo ofrecen a mejor precio.

Las expectativas de las mujeres de la atención médica que reciben incluyen estudios de ultrasonido, no tanto por razones clínicas, como por confirmar que el bebé está bien, que se vea bien, por la alegría que les produce

⁷ NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

verlo, o la emoción de conocerlo. Cuando se les preguntó por qué complementaron la atención en los servicios públicos con servicios privados, el ultrasonido fue uno de los motivos. Las mujeres que viven en condiciones de pobreza, en cambio, cuestionan su costo y la exigencia de algunos centros de primer nivel de atención:

[...] al principio muy impresionada de estar con el Seguro Social. De repente ¿no? Mucha atención a la embarazada, que pláticas, que esto, que te hablaban a tu casa si se te pasaba la cita... Claro que la revisión del doctor muy pobre porque no tienen las cosas que se necesitan para revisar pues. O sea, te revisa con el puro estetoscopio. Con una, así como un conito así para oír al bebé. Nada más te checan si tienes hinchados los pies. O sea, no tienen equipo para revisarte, pues, como debe de ser. Apenas que te pase a ginecología, pero no te revisan. A menos de que no sé... tengas algún problema. Entonces por eso te tienes que ir a un hospital privado a que te chequen pues ya con el ultrasonido y que te digan.⁸

Para las mujeres que tuvieron su último parto en instituciones públicas, el costo de la atención privada se elevó, en parte por la necesidad de hacerse el ultrasonido, en ocasiones por experiencias negativas o complicaciones en embarazos previos. La forma descortés con que el médico aclara esto en el siguiente ejemplo es otro tema por considerar en la relación médico paciente:

“Déjate de babosadas”, me dijo, “ya no quiero que vengas aquí”. No me hizo sentir humillada pero sí me sentí así como que...pues no sé...me sentí rara y luego con tantos, con mis hormonas a todo lo que daban, tenía sentimientos encontrados en el momento. Pero porque, aparte, él tenía razón, rascaba las paredes para poder juntar el dinero para ir a la consulta y él realmente me decía que no lo necesitaba. Pero yo por eso lo hacía, porque te digo, ver mes con mes el ultrasonido.⁹

⁸ Rosa [entrevista por MOQZ], cherokee con estudios profesionales; parió en hospital privado. Modelos de atención de la partería, 5 de abril de 2016, Sonora, México.

⁹ Claudia [entrevista por JAGP], enfermera sonoreNSE; parió en hospital público. Modelos de atención de la partería, 9 de febrero de 2016, Sonora, México.

Entre las mujeres que viven en condiciones de pobreza, el ultrasonido se cuestiona al igual que la forma en que se le exige y el costo que implica: “[Me sentí regañada] por el ultrasonido, porque me decían: ‘¿y por qué no se ha hecho ultrasonido?’, ‘no, porque no tengo dinero’. ‘Pero... ¿qué no le importa su bebé?’, ‘Sí me importa’ decía yo. Pero, o sea, estaban caros lo ultra sonidos allá”.¹⁰ En este caso, se trata de una mujer migrante que sufre maltrato en el cuestionamiento del vínculo con su bebé.

Rotación de personal-falta de confianza

Uno de los motivos por los que las mujeres entrevistadas manifestaron no querer atenderse en las instituciones públicas es que no haya seguimiento de un mismo médico. Durante el mismo parto, el personal de salud cambia en cada turno,¹¹ como lo explica una de las mujeres entrevistadas: “[...] pues nunca me ha gustado mucho ir ahí, pero pues la atención, o sea, pues es igual que en Chávez pues. O sea, vas a lo que vas. Sí te pesan, te toman la presión, pero no hay una relación así de confianza, pues. El médico está nada más ahí para hacer lo que tiene que hacer y no hay una relación, así, personal... un interés por alguna necesidad así real. No existe eso”.¹²

Las relaciones de confianza se construyen a lo largo de las consultas prenatales; la seguridad de las mujeres depende de que se le dé seguimiento, al embarazo y del conocimiento que tenga quien las atienda de sus condiciones de salud. En las instituciones públicas es difícil construir esta confianza, excepto cuando la usuaria conoce al personal médico con el que logra coincidir. Por otro lado, en los hospitales-escuela las prácticas (como el medir la dilatación) suelen ser excesivas y se hacen sin el consentimiento de las

¹⁰ Gloria [entrevista por CF], migrante zapoteca con estudios hasta sexto de primaria; parió en hospital público. Modelos de atención de la partería, 17 de febrero de 2016, Sonora, México.

¹¹ *En los Servicios de Salud de las instituciones públicas hay cinco turnos laborales, matutino, vespertino, nocturno 1 y 2, y jornada acumulada. Esta última se suele laborar los sábados, los domingos y los días festivos, 12 horas cada jornada.*

¹² Sandra [entrevista por CF], hermosillense con estudios profesionales; parió en hospital privado. Modelos de atención de la partería, 17 de febrero de 2016, Sonora, México.

mujeres. Las mujeres señalaron que si bien lo entienden, en ocasiones es excesivo, molesto o doloroso.

Las mujeres necesitan recibir información médica del embarazo, el parto o el puerperio, pero en las instituciones públicas la consulta se enfoca en el protocolo y, dada la sobresaturación, se cuenta con poco tiempo y no es factible dar un seguimiento personal. El siguiente relato es de una persona afiliada al IMSS que se atendió en servicios privados: “pues bueno, tengo Seguro Social desde que empecé a trabajar ahora en enero, antes ya tenía como dos años, desde que salí del doctorado hasta ahora en enero estaba sin Seguro Social, o sea no estaba registrada y yo bueno, tengo los medios para ir al privado y tengo la confianza para ir al privado y no sé”.¹³

Las mujeres saben de la saturación y la falta de recursos que hay en el IMSS, pero es –junto con el Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora– en donde les es posible atenderse. Si bien acuden a estas instancias por la necesidad de los servicios médicos, temen las consecuencias de su saturación y sus carencias:

A mí sí una vez me tocó con mi niño. Por eso yo casi... la verdad, yo nomás ocupo el Seguro cuando voy a dar a luz. Y ahorita, pues que yo sé que es necesario porque no cuento con una economía para consultar o para tratarme por fuera pues. Porque si yo pudiera yo lo trataría. Porque a veces el ambiente del Seguro es...es como muy frustrante, muy... pues no sabría cómo decirlo, pero sí, o sea como que te pone de nervios. Tal vez mucha gente. O hay enfermeras muy buena onda, que te toca muy buena onda. Pero así también hay enfermeras que te tocan medias margaritas y pues hay como de todo ¿no? Hay buenas y malas. Pero ni modo.¹⁴

¹³ Francisca [entrevista por CF], migrante francesa con estudios posgrado, parió en casa-Modelos de atención de la partería, 30 de enero de 2016, Sonora, México.

¹⁴ Sara [entrevista por JAGP], enfermera sonorensa con estudios de preparatoria; trabaja en fábrica, parió en hospital público. Modelos de atención de la partería, 20 de febrero de 2016, Sonora, México.

Falta de calidez

La falta de calidez en el trato del personal de salud es otro motivo por el que las mujeres no seleccionan los servicios públicos. Algunas de las malas prácticas se asocian a las condiciones de la atención, como la saturación y la falta de recursos:

Y como me sentí mal... me fui a urgencias y... se rió de mí el enfermero, se empezó a... O sea, '¿que pasó?', así... y yo, 'es que me siento súper mal, siento que se me baja la presión, me siento hinchada' no sé qué. Se empezó a reír y luego dijo, '¿ya viste toda la gente que hay?' así. Y yo, o sea yo me solté llorando de la desesperación. Y le dije a...mi esposo: '¿qué estamos haciendo aquí?'; le dije: '¡vámonos!, ¡vámonos a un privado!'. Y después yo estaba llorando por mí, estaba llorando por la pobre gente, que, decía yo: '¡qué feo no tener dinero para no poder irte a un privado!'... y que se rían de ti, y que te digan: 'hay 20 personas enfrente de ti'... o sea *sorry*, siéntate a esperar.¹⁵

Se asocian al maltrato las situaciones de estrés, como la del manejo del dolor durante el parto, cuyo control deriva en prácticas indeseables como lo refiere el siguiente testimonio: "sí, es que ese día que yo sané se le antojó sanar a todos también. Y estaba llena la sala... y pues unas...cada quién toma diferente el dolor, y una muchacha que estaba...de mi edad también, ella estaba gritando. Y le gritaba al doctor que la atendiera porque ya sentía que se le iba a salir. Y le dijo el doctor que no, que mientras estuviera gritando que no le iba a hacer caso".¹⁶ Al ver esto, la mujer entrevistada contuvo la expresión de su dolor por temor a que de otro modo no la atendieran bien. Narra que se le reventaron algunas venitas por el esfuerzo. El control médico en estos servicios es tema de estudio sobre la calidad, la calidez y la violencia, pero deben considerarse propuestas de formación del personal y de apoyo de personal especializado en el manejo del dolor, no solo con medicamentos sino mediante la construcción de relaciones de confianza.

¹⁵ Rosa [entrevista por MOQZ], cherokee, estudios profesionales, parió en hospital privado. Modelos de atención de la partería, 2016, 05 de abril, Sonora, México.

¹⁶ Teresa [entrevista por JAGP], sonorenses, estudios de secundaria, parió en hospital público. Modelos de atención de la partería, 2016, 02 de febrero, Sonora, México.

Cumplimiento de los programas públicos

La confianza se ve atravesada también por la interculturalidad. Las migrantes del grupo *triqui* entrevistadas expresaron que las parteras de la comunidad tienen otras formas de lidiar con el dolor, como el uso del temazcal, algunos tés e incluso la forma de hablar, y que la confianza se va construyendo en las revisiones previas al parto. Pero ante la necesidad de cumplir con los requisitos de los programas como Prospera, optaron por la atención de los servicios de salud públicos. De modo que la razón de su elección fue, en gran medida, la necesidad de conseguir las becas y de continuar con los programas de este tipo.

Confianza debida a la continuidad de la relación médico-paciente

Uno de los principales motivos por los que las mujeres eligen servicios médicos privados es la posibilidad de construir una relación de confianza con algún médico o médica de la que tienen referencias. En este vínculo se valora el seguimiento personal: “he encontrado una doctora de mucha confianza para la atención de ginecología, ya me quedé con ella aunque fuera privado y aunque...o sea la atención es más seguida, con más seguimiento, así lo siento yo. No es que no tenga confianza en los doctores del Seguro Social, sino que hay más seguimiento personal con el privado”.¹⁷

En la selección del lugar donde atender el parto influyen también otros factores como el deseo de mostrar cierto estatus, el contar con un seguro privado o las preferencias médicas: “como el ginecólogo trabaja en la clínica... pues para que no le quedara tan lejos. Y luego aparte ya me habían dicho que atendían bien ahí. Para que me atendieran con más ganas”.¹⁸ Puesto que algunos médicos pueden trabajar en varios hospitales, las mujeres que tienen

¹⁷ Francisca [entrevista por CF], migrante francesa con estudios posgrado, parió en casa. Modelos de atención de la partería, 30 de enero de 2016, Sonora, México.

¹⁸ María [entrevista por CF], sonorenses con estudios de secundaria, parió en hospital privado. Modelos de atención de la partería, 21 de abril de 2016, Sonora, México.

seguro privado, sus parejas o sus familiares eligen los servicios que les ofrezcan mejores condiciones para el manejo de las complicaciones, de haberlas, y por la comodidad de la mujer embarazada o incluso del médico.

Atención en casa

Los pocos casos de atención en casa que encontramos en Sonora fueron de dos tipos: los partos en el poblado Miguel Alemán de mujeres de la etnia triqui, conforme a sus usos y costumbres, y también por la falta de acceso a servicios de salud oportunos. Hubo entre ellas una mujer que acudió a todas sus citas prenatales porque tiene Prospera, y a la vez se atendió con parteras de su etnia; buscaba saber de su embarazo porque pensaba parir en casa si todo estaba bien. Tuvo a su bebé en casa.

No incluimos en este estudio casos documentamos de mujeres que parieron más de ocho hijos en casa y confían en la atención de las parteras, porque la mayor parte ocurrieron hace al menos cinco años. Entre las mujeres más jóvenes, con acceso a programas sociales que las presionan para que se atiendan en un hospital, la decisión de atenderse en casa no es frecuente.

Las mujeres triquis no desean asistir a los servicios médicos o lo hacen a su pesar, por las siguientes razones culturales: la posición del parto no es la que tradicionalmente conocen y aceptan; no hay quien haga las veces de intérprete para poder comunicarse con el personal de salud; están solas en el parto mientras que en casa reciben el apoyo de su pareja, de una partera o de ambos, entre otras cosas, para sostenerlas; en sus casas no se permite la presencia de personas desconocidas en ese momento de intimidad, ni tampoco la atención de varones. Desde su perspectiva, el personal de salud les exige que adopten una posición vergonzosa. Estas mujeres señalaron de manera consistente que la revisión de la matriz, posterior al parto, es un procedimiento rutinario muy doloroso que las avergüenza: “le meten a una la mano después del parto para revisar...duele”.¹⁹

¹⁹ Guadalupe [entrevista por CF], migrante procedente de Oaxaca, parió en hospital público. Modelos de atención de la partería, 21 de abril de 2016, Sonora, México.

Las mujeres triquis describieron condiciones de precariedad en el hogar que no les permiten reducir los riesgos del nacimiento en esta situación. Los bebés que nacieron sobre cartones, en piso de tierra y con poca higiene recibieron atención y apoyo de los servicios médicos al dar aviso a las instituciones de salud, cuando ya había pasado tiempo del nacimiento.

Entre las mujeres urbanas de clase media alta, ha surgido un movimiento creciente en favor del parto humanizado y del parto en agua, que ya ofrecen los hospitales más caros de Hermosillo. El proceso es acompañado por doulas²⁰ y grupos de preparación para el parto. Médicos especialistas inician la atención del parto en la casa de la mujer, acompañados de una doula. Las mujeres que tuvieron esta experiencia optaron por ella porque consideran que el parto no debe ser tan medicalizado, y buscan quienes las acompañen, les den seguridad y confianza, y por un costo menor:

El primer motivo por el que lo pensé fue por razones económicas porque ya no estábamos trabajando los dos, no teníamos el dinero para pagar un privado como con el primer embarazo. Eso fue lo primero. Después empecé a leer, a informarme y vi que muchas de las veces los embarazos sanos y saludables pues se puede... sin ninguna complicación es muy posible, sin ningún problema, tener parto en casa. Y me empezó a gustar la idea, con miedo, pero me empezó a gustar la idea de que estar en casa, en familia, en mi ambiente, me gustaba la idea y resultó ser... yo tengo un muy buen recuerdo de todo ese proceso que empezó a las diez de la mañana hasta que nació, o sea mi recuerdo es estar tranquila; y yo creo que eso era lo que buscaba más que... la primera razón fue económica, pero también lo de estar en familia y la tranquilidad de la casa fue [muy importante].²¹

Tenemos, entonces, dos extremos socioculturales que optan por parir en casa; en la narrativa de esta mujer destaca la necesidad de parir en espacios y con

²⁰ Las doulas son mujeres sin formación académica regulada, en su mayoría madres, que acompañan a otras mujeres dándoles apoyo físico y emocional, durante el embarazo, el parto y el puerperio.

²¹ Francisca [entrevista por CF], migrante francesa con estudios de posgrado, parió en casa. Modelos de atención de la partería, 30 de enero de 2016, Sonora, México.

personas que les brinden seguridad y confianza durante un proceso que no es una enfermedad.

Temas relevantes

Nos sorprendió que en la zona urbana se promoviera la atención en casa con la participación de médicos especialistas, lo que antes pudo haberse considerado como excluyente. Esto ha suscitado tensión entre el personal de salud; hay quienes lo apoyan, pero también quienes lo ven con reserva y señalan riesgos. En el 2016 se hicieron modificaciones a la 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 y es necesario dar seguimiento al impacto que pudiera tener en Sonora (Ssa, 2016a).

Quisiéramos resaltar ahora las desigualdades sociales. Escogimos poblaciones en donde el acceso a la atención revela grandes desigualdades patentes en las razones de la toma de decisiones, tanto entre las mujeres urbanas como entre las rurales. Desigualdad que se agravan por las diferencias culturales, la pertenencia a una etnia, sobre todo cuando hay dificultad para comprender el español o no se cuenta con traductor durante la atención médica, ni formación intercultural por parte del personal de salud, y por la condición migratoria de las mujeres más vulnerables.

Las mujeres rurales entrevistadas están afiliadas al SP y reciben los beneficios del programa Prospera, lo que conlleva una presión para que atiendan el embarazo y el parto en los servicios de salud públicos urbanos. Este apremio es uno de los motivos más importantes de la selección de la atención de los servicios públicos: conservar el derecho a los beneficios que las instituciones de salud y educación les ofrecen. Habrá de explorar el tema con una muestra más amplia que incluya a mujeres que no se hayan atendido en los servicios públicos o que se hayan atendido en casa a pesar de recibir los beneficios de los programas.

Habrá que investigar también, con mayor profundidad, esta política social que presiona a las mujeres para que se atiendan en hospitales saturados, con recursos materiales y humanos insuficientes, donde tienen muy

escasas posibilidades de negociar mejores condiciones de atención como por ejemplo: privacidad y respeto. El personal de salud afronta grandes retos ante la falta de recursos y presupuesto; necesita, además, capacitación continua en las relaciones interculturales y apoyo psicológico para brindar confianza y seguridad, y no limitarse a controlar las situaciones de estrés propias del parto.

El ultrasonido se ha convertido en sinónimo de calidad de la atención y se asocia a la atención privada, aunque ha permeado en el imaginario de las madres de escasos recursos. Su uso encarece la atención de manera innecesaria cuando no hay motivo que lo justifique.

Las mujeres entrevistadas refirieron historias reproductivas que incluyen la práctica de cesáreas. Llama la atención que el ISSSTESON, que ha optado por subrogar los servicios, tenga el mayor número de cesáreas entre las instituciones públicas de Sonora. Entre las mujeres entrevistadas hubo a quienes les habían hecho cesárea hacía más de dos años y aun así no se consideró factible que tuvieran un parto vaginal. Entre los motivos de la cesárea señalados por las mujeres, el primero fue el haber tenido una antes.

A pesar del costo de los servicios médicos privados, encontramos que en Sonora las mujeres los prefieren porque les inspiran más confianza, y les brindan una atención personalizada que les da seguridad en el parto, y una mayor privacidad. La falta de recursos económicos es la principal causa por la que las mujeres no acuden a estos servicios y buscan atención en los hospitales públicos.

El que el parto en casa no sea exclusivo de las mujeres que viven en condiciones de pobreza, sino la mejor opción de mujeres profesionistas y especialistas médicos es un hallazgo. Forma parte de una serie de cambios en los servicios de atención en los hospitales y en las casas. Estos cambios responden a la demanda de la sociedad de humanizar la atención y, en ese sentido, retomar los saberes ancestrales, aunque sin dar la espalda a la medicina institucional. Las mujeres buscan, así, servirse de la partería tradicional. Pero también de la psicología y la medicina modernas. En un contexto en que los médicos se sienten amenazados por este tipo de demandas, es apremiante evaluar las prácticas de la partería tradicional, e integrarlas a los cambios señalados en las normas del parto humanizado.

Consideraciones finales

La selección del tipo de atención que hicieron las mujeres participantes en este estudio en sus dos últimos partos está mediada por diversos factores, como: la capacidad económica, los requisitos de programas tales como Prospera, o el acceso al sistema de salud de acuerdo con las condiciones laborales. Las mujeres tienen también cierto grado de independencia en la elección de la atención, apoyada por las redes familiares; por ejemplo, hubo ocasiones en que la familia solventó los servicios privados.

Este estudio se centró en los servicios médicos más representativos para la atención del parto en Sonora; es decir, en los hospitales públicos y privados. Si bien el uso de los hospitales públicos es el más frecuente, debe tenerse en cuenta el deseo expresado por las usuarias –y sus acciones al respecto– de cambiar a los servicios privados, cosa que hacen cuando les es posible, tal como ocurrió entre mujeres que tenían acceso a los servicios públicos pero optaron por los privados. Las mujeres atendidas en hospitales públicos expresaron que no tenían otra opción.

Con respecto a la relación del personal de salud con las mujeres embarazadas, ofrece retos para mejorar la calidad de la atención percibida: la falta de confianza vinculada al trato; la rotación del personal de salud, que imposibilita personalizar la atención, y la poca calidez en las interacciones. Estos factores, entre otros, favorecen que las mujeres opten por las nuevas modalidades del parto en casa, asociadas al parto humanizado.

Es necesario profundizar en el análisis de la experiencia de las mujeres y sus parejas o las personas más cercanas. Y definir las mejores prácticas con que el personal de salud puede afrontar los retos que plantean las nuevas demandas en la atención, mejorar la calidad de los servicios y disminuir la mortalidad materna. Las políticas públicas deben buscar satisfacer la necesidad expresada por las usuarias de humanizar la atención del embarazo, el parto y el posparto. Para lograr disminuir la mortalidad materna, Sonora, como otras entidades federativas del país, debe mejorar los estándares de atención de la salud de la mujer.

Bibliografía

FREYERMUTH 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).

GAMBOA MONTEJANO, CLAUDIA Y SANDRA VALDÉS ROBLEDO

- 2015 *Mortalidad materna en México. Marco conceptual, derecho comparado, políticas públicas, tratados internacionales, estadísticas y opiniones especializadas*, México, Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis, Dirección de Servicios de Investigación y Análisis, Subdirección de Análisis de Política Interior, consultado el 11 de junio de 2017, disponible en <<http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-74-15.pdf>>.

GOBIERNO DEL ESTADO DE SONORA

- 2009 *Sonora Saludable*, México, Secretaría de Salud Pública, consultado el 15 de abril de 2012, disponible en <<http://issuu.com/gobierno-sonora/docs/sonorasaludable>>.

GÓMEZ DANTÉS, OCTAVIO, SERGIO SESMA, VÍCTOR BECERRIL ET AL.

- 2011 "Sistema de salud de México", *Salud pública de México*, vol. 53, pp. 220-232.

GUTIÉRREZ, JUAN PABLO Y SEBASTIÁN GARCÍA SAISÓ

- 2016 "Health inequalities: Mexico's greatest challenge", *The Lancet*, vol. 388, no. 10058, pp. 2330-2331.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI)

- 2015a "Resultados de la encuesta nacional de ocupación y empleo cifras durante el primer trimestre de 2015", *Boletín de prensa núm.198/15*, México, consultado el 11 de junio de 2017, disponible en <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/enoe_ie/enoe_ie2015_05.pdf>.
- 2016 *Encuesta Intercensal 2015*, consultado el 27 de junio de 2017, disponible en <<http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/intercensal/>>.

JUÁREZ RAMÍREZ, CLARA ET AL.

- 2014 "Health inequality among vulnerable groups in Mexico: older adults, indigenous people, and migrants", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 35, no. 4, pp. 284-290.

OBSERVATORIO DE IGUALDAD DE GÉNERO DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (OIG)

- s/f "*Mortalidad materna*", CEPAL, ONU, consultado el 11 junio 2017, disponible en <<http://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>>.

SECRETARÍA DE SALUD (SSA)

- 2009 *Guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo*, México, consultado el 18 de octubre de 2016, disponible en <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028_GPC_PrenatalRiesgo/IMSS_028_08_EyR.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 11 junio 2017, disponible en <http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016>.
- 2017 *Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica. Defunciones maternas*, México, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología, SINAVE, consultado el 11 de junio de 2017, disponible en <http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/224779/MMAT_2017_SE20.pdf>.

WHITEHEAD, MARGARET ET AL.

- 1991 *Los conceptos y principios de la equidad en la salud*, Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. Serie Traducciones, Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud, consultado el 11 junio de 2017, disponible en <https://cursos.campusvirtualsp.org/repository/coursefilearea/file.php/61/bibli/m1-Whitehead_M-conceptos_y_principios_de_equidad_en_salud__OPS_1991.pdf>.

Referencias entrevistas

Claudia [entrevista por JAGP], enfermera sonorense, parió en hospital público. Modelos de atención de la partería, 9 de febrero de 2016, Sonora, México.

Francisca [entrevista por CF], migrante francesa con estudios posgrado, parió en casa. Modelos de atención de la partería, 30 de enero de 2016, Sonora, México.

Gloria [entrevista por CF], migrante zapoteca con estudios hasta sexto de primaria. Modelos de atención de la partería, 17 de febrero de 2016, Sonora, México.

Guadalupe [entrevista por CF], migrante oaxaqueña, parto en hospital público. Modelos de atención de la partería, 21 de abril de 2016, Sonora, México.

María [entrevista por CF], sonorense con estudios de secundaria, parió en hospital privado. Modelos de atención de la partería, 21 de abril de 2016, Sonora, México.

Rosa [entrevista por MOQZ], cherokee con estudios profesionales, parió en hospital privado. Modelos de atención de la partería, 5 de abril de 2016, Sonora, México.

Sandra [entrevista por CF], hermosillense con estudios profesionales, parió en hospital privado. Modelos de atención de la partería, 17 de febrero de 2016, Sonora, México.

Sara [entrevista por JAGP], enfermera sonorense con estudios de preparatoria, trabaja en una fábrica, parió en hospital público. Modelos de atención de la partería, 20 de febrero de 2016, Sonora, México.

Teresa [entrevista por JAGP], sonorense con estudios de secundaria, parió en hospital público. Modelos de atención de la partería, 2 de febrero de 2016, Sonora, México.

