El parto en casa atendido por una partera tradicional y un médico particular en Yucatán

Aracelly María Pereira Patrón

El parto en casa atendido por una partera tradicional y un médico particular en Yucatán

Aracelly María Pereira Patrón

Introducción

Este estudio forma parte del proyecto proyecto La Partería en México desde el Punto de Vista de las Usuarias,[1] llevado a cabo en diferentes estados del país. En Yucatán la investigación de campo se realizó durante el período de enero a mayo de 2016; en total se efectuaron 22 entrevistas a mujeres en Mérida, Sudzal, Valladolid y Chichimilá. El objetivo específico de este documento es describir y analizar las circunstancias que influyeron en la realización del parto en casa de cinco mujeres atendidas por un médico particular y cuatro con una partera tradicional; este trabajo se enfoca en nueve casos.

[1] 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).

Antecedentes

Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos.[2] Sin embargo, México se sitúa en el cuarto lugar (después de China, Brasil y EUA) con el mayor número de cesáreas innecesarias.[3] La cesárea representa uno de los temores más difundidos entre las mujeres yucatecas,[4] ya que la operación implica reposo y, en consecuencia, deben dejar de realizar sus actividades como madres de familia. La alternativa para este tipo de prácticas es el parto humanizado, el cual se basa en tres planteamientos nodales: 1) el embarazo y el parto son procesos fisiológicos para los que el cuerpo femenino se encuentra preparado y capacitado, en ambos las mujeres deben tener un papel protagónico; 2) las herramientas médicas de atención al embarazo y el parto son útiles para salvar vidas, siempre y cuando se apliquen al evaluar los casos particulares y sólo en situación de emergencia obstétrica que lo requiera; 3) la experiencia del parto debe ser satisfactoria para todas las personas involucradas; por ello, se capacita a las mujeres y a sus familias para crear vínculos de apoyo y solidaridad.[5]

[2] Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015, *Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas*, Ginebra, consultado el 15 de julio de 2016, disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf>.

[3] Suárez, Leticia *et al.*, s. f., *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto*, México: Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, consultado el 2 de agosto de 2016, disponible en <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf>.

[4] Quattrocchi, Patrizia, 2007, "¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán", en Patrizia Quattrocchi y Miguel Güémez Pineda (coord.), *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, México, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, CIR-UADY, CEPHCIS-UNAM, INDEMAYA.

[5] Alonso, Cristina y Gerard, Tania, 2009, "El parto humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno-infantil", en Graciela Freyermuth y Paola Sesia (coordinadoras), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, consultado el 29 de noviembre de 2016, disponible en > http://informe.gire.org.mx/rec/muerte_materna_ciesas.pdf>.

Las mujeres participantes

Todas las mujeres son yucatecas a excepción de una que es originaria de Chihuahua. La edad de las entrevistadas oscila entre los 16 y los 36 años. Dos de las nueve participantes refirieron vivir en unión libre, las demás son casadas. En cuanto a la escolaridad, cuatro cuentan con estudios de primaria, tres terminaron la secundaria, una la preparatoria y una la licenciatura. Respecto a la práctica de la lengua indígena, ocho de ellas hablan o entienden el idioma maya yucateco. Todas las entrevistadas acudieron, durante su embarazo, de manera alternada y complementaria con distintos prestadores de servicios de salud (público, privado y tradicionales).[6] Su parto en casa fue una alternativa a la cesárea,[7] y fue atendido por prestadores de servicios de salud que aseguraban el nacimiento en forma natural.

Resultados

Todas las entrevistadas acudieron con una partera tradicional durante su control prenatal. Por medio de la sobada[8] las expertas locales posicionaron a los bebés para que pudieran nacer por vía vaginal; esta práctica garantizó que los nacimientos ocurrieran sin la necesidad de una cesárea. Las mujeres perciben su hogar como un lugar adecuado para parir, en contraposición con un hospital en el cual se medicaliza este evento natural.[9] Sólo la mujer de Chihuahua se ha apropiado de la conceptualización del parto humanizado

[6] Las mujeres expresaron que algunos médicos/as de los servicios públicos las juzgaron y pusieron en duda su capacidad para tomar decisiones relacionadas con su salud reproductiva.

[7] Al inicio del control prenatal a todas las entrevistadas les dijeron que su parto terminaría en cesárea, esta recomendación terapéutica les resultó insatisfactoria y encontraron alternativas que cubrieron sus necesidades y expectativas.

[8] Práctica terapéutica que consiste en palpar el vientre de la mujer embarazada para saber cómo se encuentra el bebé y, en caso necesario hacer maniobras para acomodarlo con el fin de que nazca en posición cefálica.

[9] Además piensan que en estos establecimientos sus bebés recién nacidos están inseguros, ya sea porque no reciben los cuidados necesarios o porque pueden cambiarlos por otros.

y aunque las demás desconocen este principio consideran que el nacimiento de su bebé debe ocurrir en un lugar cómodo y acogedor, compartiendo en familia y recibiendo la atención de una persona capacitada y de su confianza que respete sus procesos naturales. Tanto la partera tradicional como el médico particular se encuentran en la mejor disposición de atender en casa a las mujeres que requieren de sus servicios. El uso de la lengua maya yucateca representa un aspecto fundamental para la relación empática y de confianza con las mujeres indígenas. Las demandas de las entrevistadas con respecto a lo que ellas consideran un trato adecuado por parte de los prestadores de servicios de salud son específicas: atención brindada con amabilidad y paciencia, información oportuna y de calidad en el momento preciso y, respeto a su forma de vida así como a sus decisiones reproductivas.

Recomendaciones de política pública

- Entregar a cada mujer embarazada, que transite en cualquiera de las instituciones de salud, una guía de las implicaciones del embarazo. Este manual será redactado en un lenguaje accesible y entendible para cualquier mujer y deberá contener imágenes o dibujos que ilustren las explicaciones. El documento contendrá la siguiente información: molestias que no necesiten atención médica inmediata; signos de alarma que requieren atención médica inmediata; lista de medicamentos que una mujer embarazada no debe ingerir por ningún motivo; consejos para una alimentación saludable; cambios físicos y psicológicos provocados por el embarazo y; lista de asociaciones civiles y gubernamentales que den apoyo (de cualquier tipo) a las mujeres embarazadas.
- Es indispensable que tanto en las instituciones públicas como en las privadas exista una asesora de lactancia materna que ayude a las mujeres en la etapa del puerperio con la alimentación de sus recién nacidos.
- Que los médicos/as y enfermeros/as, trabajadores en establecimientos públicos y privados, consideren a las mujeres como personas que sienten, piensan y poseen autonomía.

- Que los médicos/as miren a las mujeres a los ojos durante las consultas prenatales y que les ofrezcan un trato empático y amable.
- Provisión de insumos y calidad en los servicios.

El parto en casa atendido por una partera tradicional y un médico particular en Yucatán

Aracelly María Pereira Patrón

Introducción

Este trabajo forma parte del proyecto La Partería en México desde el Punto de Vista de las Usuarias (Freyermuth, 2015), llevado a cabo en Yucatán. Se presentan los resultados de entrevistas-cuestionarios realizadas a nueve mujeres cuyo último parto ocurrió en casa: cuatro que fueron atendidas por una partera tradicional y cinco que fueron atendidas por un médico particular. Uno de los propósitos de este artículo es examinar las razones por las que dichas mujeres decidieron parir en casa. La importancia del tema está en que se trata del modelo de atención utilizado por un conjunto de mujeres que decidieron tener un parto humanizado, y que garantizara su seguridad.

Según el enfoque médico institucional, los partos deben ser atendidos por personal calificado que cuente con una infraestructura y un ambiente determinados. Se espera que de haber complicaciones, dicho personal tenga acceso a equipo, medicamentos y, dado el caso, transporte para referir a la mujer a un nivel de atención apropiado a la situación (APV y PC, 2009). La atención médica institucional implica la hospitalización de la mujer, el uso indiscriminado de medicamentos y tecnología, y prácticas rutinarias tales como la litotomía, el rasurado del vello púbico, la episiotomía, el enema

evacuante y la aplicación de anestesia epidural y perineal (García *et al*., 2012).

De acuerdo con la perspectiva del llamado parto humanizado, "el parto es un proceso normal dentro de nuestra biología, algo natural y no una patología" (Saz Peiró *et al.,* 2008:14). La naturaleza del cuerpo de una mujer permite el crecimiento del niño en su vientre y lo prepara para que nazca de manera segura y sin trauma. Las ventajas de parir en casa para la mujer son que se encuentra en un ambiente habitual y relajado, en el seno de la familia; el lazo con el recién nacido se establece más fácilmente gracias al apego inmediato; el médico o la partera son conocidos y le brindan una atención exclusiva; no hay gérmenes hospitalarios, y el costo de la atención es menor (Saz Peiró *et al.,* 2008). En este estudio se presentan las razones señaladas por mujeres en Yucatán para evitar la atención hospitalaria y preferir el parto en casa.

Metodología
Contexto

Yucatán consta de 106 municipios y la ciudad de Mérida es su capital. En 2015, la población de Yucatán era de 2 097 175 habitantes, lo que representa 1.8 por ciento del total del país. Con respecto a la distribución de la población en el estado, 84 por ciento está clasificada como urbana y 16 por ciento como rural. Estos datos son, a nivel nacional, de 78 y 22 por ciento respectivamente (Inegi, s/f).

Hice 22 entrevistas en los siguientes municipios: Ixil (dos), Tahmek (una), Halachó (una), Tekax (una), Temozón (una), Mérida (siete), Valladolid (tres), Sudzal (tres) y Chichimilá (tres). Sudzal es el único municipio considerado rural porque tiene 1 710 habitantes (Inegi, 2016) y cuenta con servicios básicos. Por su cercanía geográfica con Mérida, de Ixil y de Tahmek sale diariamente mano de obra a esa ciudad y sus habitantes están familiarizados con la vida urbana. Halachó colinda con el estado de Campeche y sus pobladores tienen influencia de ambos estados. Tekax es una localidad urbana que forma parte, con Peto, Tzucacab y Oxkutzcab, del Cono Sur de Yucatán. A la ciudad de Valladolid (cabecera del municipio homónimo) se le otorgó la

categoría de "Pueblo Mágico".[10] Por su proximidad con Chichen Itzá (sitio arqueológico denominado una de las siete maravillas del mundo) y por ser paso necesario si se viaja de Mérida a Chichén Itzá o a Cancún, Quintana Roo, tiene una gran afluencia de turistas nacionales y extranjeros. Sin embargo, la mayoría de las localidades del municipio de Valladolid son rurales y su población habla maya y utiliza la vestimenta tradicional yucateca. Chichimilá tiene 8 371 habitantes (Inegi, 2016) pero su infraestructura se asemeja a la de una localidad rural. En este trabajo examino las entrevistas realizadas en Mérida, Sudzal, Valladolid y Chichimilá.

En cuanto a la clasificación de las localidades con población hablante de lengua indígena (HLI) Mérida tiene 10.20 por ciento; Sudzal, 62.79 por ciento; Valladolid, 55.64 por ciento, y Chichimilá, 88.35 por ciento (Inegi, 2016). A excepción de Mérida, los municipios implicados en este estudio tienen un alto grado de marginación (Conapo, 2015).[11] Por las características estructurales de los municipios de Chichimilá, Sudzal y Valladolid, sus habitantes tienen una posición de desventaja o de vulnerabilidad con respecto al resto de la población, que limita su acceso a servicios de salud de calidad.

Trabajo de campo

Entrevisté a las mujeres participantes en este estudio de enero a mayo de 2016. Apliqué un cuestionario tipo entrevista de 43 páginas para explorar temas relativos a su historia reproductiva y sus cuidados en el último episodio de embarazo, parto y puerperio. Mi objetivo inicial (luego la realidad me llevó por un camino diferente) era entrevistar a cinco mujeres que cum-

[10] Los pueblos mágicos son: "localidades con atributos simbólicos, leyendas, historia, hechos trascendentes, cotidianidad, magia que te emanan en cada una de sus manifestaciones socio-culturales, y que significan hoy día un (sic) gran oportunidad para el aprovechamiento turístico" (Sectur, 2016).

[11] La marginación es un "fenómeno estructural múltiple que valora dimensiones, formas e intensidades de exclusión en el proceso de desarrollo y disfrute de sus beneficios" (Conapo, 2011: 14). Los indicadores socioeconómicos de la marginación son: la educación, la vivienda, la distribución de la población y los ingresos monetarios.

plieran con los criterios de inclusión[12] para cada uno de los dos principales modelos de atención empleados con mayor frecuencia en Yucatán: el parto/cesárea en el contexto institucional público y el parto/cesárea en el contexto institucional privado. Tenía que entrevistar también a cinco mujeres que hubieran atendido su último parto con una partera tradicional. Para encontrar a mis entrevistadas utilicé mis redes sociales en prácticamente 90 por ciento de los casos, y a partir de ahí apliqué la estrategia de bola de nieve.

Entrevisté a veintidós mujeres, de las que sólo diecinueve cumplieron con los criterios de elegibilidad; las otras tres (Amairani, Raquel y Julia de 22, 23 y 27 años respectivamente) eran primigestas. La justificación para incluirlas en el estudio es que sus experiencias durante el cuidado de su embarazo y la atención del parto (en una institución pública, en casa con partera y en un hospital privado) no podían pasar inadvertidas. Por ejemplo, Amairani sufrió maltrato en un hospital público porque su bebé nació en la sala de valoración. A pesar de que Raquel es enfermera y tenía derecho de atender su parto en un hospital público, rechazó esa posibilidad porque conocía de cerca los procedimientos que ahí se realizan en la atención del parto. En su decisión influyó el hecho de ser hija y nieta de parteras tradicionales y su preferencia por atenderse en un contexto culturalmente más cercano al suyo. Julia quería tener un parto humanizado atendido por su partera profesional de confianza, pero las condiciones de su trabajo de parto se lo impidieron y tuvo que acudir a un hospital privado que no cumplió con sus expectativas.

Grabé en audio todas las entrevistas con previo consentimiento de las participantes. Hice hincapié en que dieran su nombre sin apellidos para proteger su confidencialidad. Las entrevistas duraron de 52 minutos a dos horas; el promedio fue de una hora con 18 minutos. El tiempo de las entrevistas dependió sobre todo de la personalidad de las mujeres; hubo quienes convirtieron las preguntas cerradas en abiertas, y las que se limitaron a responder con un "sí" o un "no". Antes de comenzar cada entrevista, aclaré

[12] Los criterios de inclusión eran: a) haber tenido más de un parto o aborto o, en su defecto, ser primigestas menores de 17 años o mayores de 35; b) haber parido en los últimos 23 meses y, c) estar embarazadas.

que iba a durar de una hora a hora y media aproximadamente. Les dije que podíamos darle pausa a la grabación cuando lo necesitaran. Durante la entrevista, unas mujeres comenzaron muy participativas y luego fueron acotando sus respuestas porque se les agotaba el tiempo. Otras mujeres, en cambio, conforme avanzaba la entrevista iban sintiéndose más seguras y desarrollaban más sus respuestas. Traté de ser amable con cada una de las mujeres, aunque con algunas sentí más empatía y familiaridad que con otras. Al comenzar algunas entrevistas me sentí un poco nerviosa porque las personalidades se impusieron; sin embargo, al final nos acoplábamos y lográbamos el objetivo.

Las entrevistas se llevaron a cabo en diferentes lugares: 19 en el hogar de las participantes, dos en su lugar de trabajo y una en un café ubicado en una plaza comercial en el norte de la ciudad de Mérida. Las mujeres eligieron la fecha y el horario de las entrevistas. Me dedicaron los momentos que pudieron librar entre sus actividades cotidianas o hicieron un espacio para atenderme. Muchas veces me dieron la entrevista mientras cuidaban a sus hijos, lo que se evidencia en las grabaciones.

De cómo llegué a las mujeres y a los prestadores de servicios

En un lapso de dos meses pude encontrar a las mujeres del primero y el segundo modelos de atención (parto/cesárea institucional público y parto/cesárea institucional privado). Para abordar la partería tradicional fui a Valladolid pensando que ahí encontraría a las posibles participantes porque se trata de un municipio de localidades rurales que se caracterizan por el arraigo de las costumbres mayas. En el municipio oí a las mujeres hablar de un médico particular que atendía partos a domicilio, por lo que empecé a explorar el campo de un modelo de atención distinto del hospitalario y del atendido por una mujer reconocida por su labor como partera. Me interesaba saber quién era ese prestador de servicios que atendía partos en casa y saber por qué las mujeres confiaban en él, de modo que hice dos entrevistas a mujeres indígenas que se atendieron con él.

En la ciudad de Mérida dialogué con Julia, mujer primigesta de 27 años, quien me platicó de Micaela –partera yucateca de larga trayectoria– y me recomendó que la buscara en *Facebook*. Seguí el consejo de Julia. Entré en contacto a la partera y le expliqué el motivo de mi irrupción en su vida. Doña Mica, como normalmente la llaman, se mostró muy interesada en mi trabajo y me invitó a conocer su lugar de residencia: Sudzal. Estando en la localidad, la partera me llevó a casa de tres mujeres para que las entrevistara. Una de ellas es Raquel (su nieta), quien se está preparando para ejercer como partera. Doña Mica también me llevó a que observara un "cierre de caderas", práctica de atención terapéutica que se les hace a algunas mujeres a los cuarenta días del parto. Hice tres entrevistas ahí, en presencia de la partera. Luego, entrevisté a doña Mica y durante nuestra charla resaltó su convicción respecto de su trabajo. Me explicó que aprendió el arte de la partería en sueños. En el transcurso de la plática tocamos el tema de sus honorarios y supe que su labor no tiene expresamente fines de lucro, pues hay mujeres que le pagan en abonos y ella no las presiona. Doña Mica atiende partos en las poblaciones contiguas de Sudzal, en Mérida y en algunos municipios de Quintana Roo.[13] Entonces le pedí que me proporcionara el contacto de una mujer a la que hubiera atendido recientemente en la capital yucateca. Fue así como di con a Daniela, a quien también entrevisté.

Regresé a Valladolid y me comuniqué por teléfono con el médico particular (conocido popularmente como doctor Ek) para entrevistarlo. En el diálogo que sostuvimos relató que adaptó sus servicios a las necesidades de las mujeres de Valladolid y Chichimilá, que parían en casa. El médico me dio el nombre y la dirección de varias mujeres a las que había atendido, de las que escogí a siete que cumplían con los criterios de inclusión del proyecto. Entrevisté a las primeras tres que encontré (*véase la tabla 1*).

Las preguntas del cuestionario-entrevista que corresponden con los objetivos planteados con anterioridad, y que exploré para la presentación de este trabajo, son las siguientes:

[13] Doña Mica representa un tipo de partera que además de cumplir con las funciones de promotora de salud comunitaria y practicar las sobadas a las mujeres embarazadas de su comunidad y de localidades circunvecinas, ha "alcanzado un prestigio más allá de su localidad" (Güémez, 2007: 26) por atender partos en otros lugares.

TABLA I. CARACTERÍSTICAS DE LAS ENTREVISTAS A MUJERES EN YUCATÁN

MODELO DE ATENCIÓN DEL ÚLTIMO PARTO	NOMBRE	SITIO DE LA ENTREVISTA	LOCALIDAD DONDE SE LLEVÓ A CABO LA ENTREVISTA	FORMA DE CONTACTO
En casa con médico particular	Adriana	Hogar	Valladolid	Amistad
En casa con médico particular	Cristina	Hogar	Valladolid	Amistad
En casa con médico particular	Reina Noemí	Hogar	Chichimilá	Recomendación del médico particular que la atendió
En casa con médico particular	Addy	Hogar	Chichimilá	Recomendación del médico particular que la atendió
En casa con médico particular	Mariana	Hogar	Chichimilá	Recomendación del médico particular que la atendió
En casa con partera tradicional	Raquel	Hogar	Sudzal	Parentesco cercano con la partera tradicional que la atendió
En casa con partera tradicional	Nilda	Hogar	Sudzal	La partera tradicional que la atendió me llevó a su casa
En casa con partera traicional	María Bernarda	Hogar	Sudzal	La partera tradicional que la atendió me llevó a su casa
En casa con partera tradicional	Daniela	Otro, Starbucks Coffee	Mérida	Parentesco cercano con la partera tradicional que la atendió

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

- En cuanto a la atención del parto, ¿por qué decidiste atenderte donde te atendiste?
- ¿Cómo consideras que debe ser un trato adecuado durante el embarazo por parte de los prestadores de servicios?
- ¿Cuáles fueron las ocasiones en las que te sentiste regañada, maltratada y humillada en cualquiera de los modelos de atención por los que transitaste (público, privado o partera) en los distintos momentos del control de tu embarazo?

Resultados[14]

Presento los resultados de las entrevistas en dos apartados. El de las características de las mujeres entrevistadas; datos sociodemográficos, historia reproductiva, cuidados que recibieron durante el control de su último embarazo y la atención en su penúltimo y su último parto/cesárea. Y el de los testimonios más esclarecedores y significativos de las entrevistadas, es decir, aquellos que ilustran cómo se sintieron en su tránsito por los servicios de salud durante el embarazo, y lo que piensan sobre sus vivencias pasadas. La experiencia de estas mujeres se va construyendo y moldeando a través de los sucesos y situaciones que conlleva el proceso reproductivo. En este sentido: "no tenemos acceso directo a la experiencia de otros. Podemos preguntar directa y explícitamente, pero solemos saber más acerca de la experiencia a través de las historias que nos cuentan sobre lo ocurrido a otros o a su alrededor" (Good, 2003: 255). Las mujeres encontraron en las entrevistas un espacio para contar sus anécdotas en su movimiento por los distintos modelos de atención y en diferentes momentos de su historia reproductiva, y pusieron énfasis en los episodios de maltrato en los servicios de salud públicos.

Características de las mujeres entrevistadas por modelo de atención

Para comprender las *tablas 2, 3* y *4* es necesario tener en cuenta que las primeras cinco mujeres, Adriana, Cristina, Reina Noemí, Addy y Mariana, atendieron su último parto con el médico privado (el doctor Ek). Las siguientes cuatro mujeres, Raquel, Nilda, María Bernarda y Daniela, se atendieron con una partera tradicional (doña Mica). Las mujeres primigestas son Reina Noemí y Raquel.

[14] Reconozco la participación de la antropóloga social Yesenia Estefania Castillo Puc en la sistematización y el análisis de los testimonios presentados en este trabajo.

Mujeres atendidas por el médico privado

Las edades de las mujeres que se atendieron con el médico particular van de los 16 a los 34 años. Dos de ellas son originarias de Valladolid y las otras tres, de Chichimilá. Todas ellas residen actualmente en el lugar donde nacieron. Con relación a su estado civil, sólo una de las mujeres entrevistadas expresó vivir en unión libre; las demás dijeron ser casadas. Una mujer es católica y cuatro no profesan ninguna religión.

En cuanto a la escolaridad de las mujeres entrevistadas, dos de ellas tienen estudios de primaria y tres completaron la secundaria. Respecto a la práctica de la lengua indígena, de las cinco mujeres solo Reina Noemí indicó que no habla maya pero pude percatarme de que lo entiende. De igual forma, sólo Mariana negó su pertenencia étnica. En lo que refiere al servicio de salud que utilizan, cuatro acuden a servicios privados y solo una al Seguro Popular (*véase la tabla* 2).

De acuerdo con el testimonio de las mujeres atendidas por el médico particular, tienen de dos a cuatro hijos y ninguna ha abortado. Su historia reproductiva es la siguiente: la mayor (Mariana, de 34 años) tuvo su primer embarazo en 1997, mientras que la menor (Reina, de 16 años) lo tuvo en 2015. Adriana tuvo dos partos vaginales. Cristina tuvo dos cesáreas y luego un parto vaginal. El único parto de Reina Noemí fue normal. Los cuatro partos de Mariana fueron vaginales. Addy se ha embarazado tres veces: dos de sus partos fueron normales y el penúltimo terminó en cesárea con unas gemelas nacidas sin vida (*véase la tabla* 3).

Mujeres atendidas por la partera

Las edades de las mujeres que se atendieron en casa con ayuda de la partera empírica van de los 23 a los 36 años. Dos de ellas son originarias y residentes de Sudzal. Otra nació en Sudzal y después de casada migró a Chumbec. Daniela nació en Chihuahua y reside en Mérida. En lo que toca a su estado civil, sólo Raquel dijo vivir en unión libre y las otras tres mujeres están casadas. Respecto a la religión, María Bernarda y Daniela señalaron no profesar

ninguna, mientras que de las otras, una indicó ser pentecostal y la otra presbiteriana. Con relación a su escolaridad, Nilda y María Bernarda terminaron la primaria y Raquel la preparatoria. Daniela cursó la licenciatura.

De las cuatro mujeres entrevistadas, sólo María Bernarda habla y entiende maya, Raquel y Nilda lo entienden pero no lo practican, y Daniela sólo habla español. De todas ellas sólo Daniela, nacida en Chihuahua, no se adscribe a un grupo indígena; las demás se consideran mayas yucatecas. El servicio de salud que utilizaron estas mujeres varía. Raquel está afiliada al Seguro Popular pero también utiliza la medicina tradicional; Nilda y María Bernarda reciben atención en la Caravana de la Salud[15], y esta última también usa el servicio médico privado. Daniela cuenta con un seguro privado de salud (*véase la tabla 2*).

La historia reproductiva de las mujeres que se atendieron con la partera empírica es la siguiente: Raquel se embarazó en 2014 y su único parto fue vaginal. Nilda tuvo tres partos vaginales. Los cuatro partos de María Bernarda también fueron vaginales. Ninguna de estas tres mujeres refirió haber tenido un aborto. Daniela ha tenido cuatro embarazos, de los que uno terminó en aborto; los otros tres partos fueron vaginales y sus hijos están con vida (*véase la tabla 3*).

Durante el embarazo, todas las mujeres entrevistadas acudieron de manera alternada y complementaria con distintos proveedores de salud. Las mujeres que se atendieron con el doctor Ek, a excepción de Reina Noemí, tuvieron el control de su último embarazo en los servicios públicos, en los privados y con la partera empírica. Cristina y Addy prefirieron cambiar el lugar de la atención de su último parto, puesto que el penúltimo evento de las dos ocurrió en hospital, con práctica de cesárea. Adriana y Mariana siempre han atendido sus partos en casa con la ayuda del médico particular (*véase la tabla 4*).

[15] La Ssa puso en marcha desde 2007 el Programa Caravanas de la Salud (hoy Unidades Médicas Móviles), clave presupuestaria S200, que implanta un esquema de transferencia de recursos hacia las entidades y centra sus actividades en la atención de personas sin acceso a la atención médica en municipios de todo el país.

TABLA II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN YUCATÁN

NOMBRE	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	LUGAR DE RESIDENCIA	ESTADO CIVIL	RELIGIÓN	ESCOLA-RIDAD	LENGUA INDÍGE-NA	ADSCRIPCIÓN A UN GRUPO INDÍGENA CIVIL	SERVICIO DE SALUD QUE UTILIZA
Adriana	26	Xocén, Valladolid	Xocén, Valladolid	Casada	Católica	Secun-daria	Sí	Sí	Privado
Cristina	33	Xocén, Valladolid	Xocén, Valladolid	Casada	Ninguna	Secun-daria	Sí	Sí	Privado
Reina Noemí	16	Chichimilá	Chichimilá	Unión libre	Ninguna	Secun-daria	No	Sí	Seguro Popular
Addy	26	Chichimilá	Chichimilá	Casada	Ninguna	Primaria	Sí	Sí	Privado
Mariana	34	Chichimilá	Chichimilá	Casada	Ninguna	Primaria	Sí	No	Privado
Raquel	23	Chumbec, Sudzal	Chumbec, Sudzal	Unión libre	Presbi-teriana	Prepa-ratoria	Entien-de pero no habla	Sí	Seguro Popular/ Medicina tradicional
Nilda	25	Chumbec, Sudzal	Chumbec, Sudzal	Casada	Pente-costal	Primaria	Entien-de pero no habla	Sí	Seguro Popular
María Bernarda	32	Sudzal	Chumbec, Sudzal	Casada	Ninguna	Primaria	Sí	Sí	Seguro Popular/ Privado
Daniela	36	Chihuahua	Mérida	Casada	Ninguna	Licen-ciatura	No	No	Privado

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

El papel de la partera tradicional en el control pre y posnatal

En su estudio realizado en Mérida, Yucatán, a mediados de la década de los noventa, Good (1997) documentó que las mujeres acudían con la partera

TABLA III. HISTORIA REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN YUCATÁN

NOMBRE	AÑO DEL PRIMER EMBARAZO	NÚMERO DE EMBARAZOS	ABORTOS	PARTOS NORMALES-VAGINALES	CESÁREAS	NÚM. DE HIJOS VIVOS
Adriana	2010	2	0	2	0	2
Cristina	2008	3	0	1	2	3
Reina Noemí	2015	1	0	1	0	1
Addy	2006	3	0	2	1	2
Mariana	1997	4	0	4	0	4
Raquel	2014	1	0	1	0	1
Nilda	2005	3	0	3	0	3
María Bernarda	2000	4	0	4	0	4
Daniela	2010	4	1	3	0	3

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

para ser sobadas durante el embarazo. Una década después, Güémez demostró que las mujeres yucatecas "no dejan de recibir atención pre y posnatal por parte de la partera" (Güémez, 2007: 29). Cuando Quattrochi hizo trabajo de campo en un municipio rural del oriente de Yucatán, registró que "la sobada durante el embarazo es uno de los cuidados más importantes a los que la mujer embarazada debe someterse […] y constituye una de las convicciones más firme en todas las mujeres" (Quattrochi, 2007: 86).

Casi diez años después (2016), puedo afirmar –como hallazgo de esta investigación– que el papel de partera en localidades rurales, e incluso en el

TABLA IV. ATENCIÓN Y CONTROL DE LOS EMBARAZOS DE LAS MUJERES ENTREVISTADAS EN YUCATÁN

NOMBRE	LUGAR DE LA ATENCIÓN DEL PENÚLTIMO PARTO/ CESÁREA	NÚMERO DE EMBARAZOS	ABORTOS	PARTOS NORMALES-VAGINALES	LUGAR DE LA ATENCIÓN DEL ÚLTIMO PARTO
		SERVICIO PÚBLICO	SERVICIO PRIVADO	PARTERA TRADICIONAL	
Adriana	Casa	X	X	X	Casa
Cristina	Hospital-cesárea	X	X	X	Casa
Reina Noemí	Primigesta	X		X	Casa
Addy	Hospital-cesárea	X	X	X	Casa
Mariana	Casa	X	X	X	Casa
Raquel	Primigesta	X	X	X	Casa
Nilda	Hospital-vaginal	X		X	Casa
María Bernarda	Casa	X		X	Casa
Daniela	Casa		X	X	Casa

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

medio urbano en Yucatán, sigue siendo importante. De hecho, las nueve mujeres entrevistadas para este estudio acudieron con una partera tradicional para llevar el control del embarazo. *Véase* la *tabla 4*. Daniela, nacida en Chihuahua, y con una situación sociocultural distinta de la de sus pares yucatecas, explica, desde su punto de vista, la función de una partera como doña Mica:

> Lo que hace la partera es una sobada, donde pone todos los órganos en su lugar. Entonces [acudí con ella] por interés, o sea, para recibir la atención de la partera tanto yo como el bebé. Porque desde la panza ellas los van acomodando y va haciendo que el bebé haga ejercicio y se mueva, y tenga la posición correcta, entonces, todo eso ayuda a que tu parto se desarrolle de una manera correcta. [Le tengo] confianza por el conocimiento que tiene, por el trato humano y el respeto que te da al no interferir en el proceso.[16]

El testimonio de Daniela introduce un tema que tocaré más adelante: la conceptualización del parto humanizado. Esta entrevistada precisa que la sobada de la partera ayuda a acomodar al bebé para que pueda nacer por la vía vaginal. Por consiguiente, esta práctica terapéutica "además de reposicionar al niño […] tiene la función de controlar el mantenimiento de la posición cefálica" (Quattrochi, 2007: 87). La sobada puede garantizar que el nacimiento ocurra sin la necesidad de una cesárea. Andrea, por ejemplo, acudió con la partera de su localidad para que le acomodara a su bebé y ella piensa que gracias a eso pudo tener un parto normal.

Otra de las funciones importantes de las expertas locales es la atención de la mujer durante el puerperio. En algunos casos "el trabajo de la partera no termina con el nacimiento del bebé, continúa durante los ocho días sucesivos al parto y, a veces, hasta cuarenta días después" (Quattrochi, 2007: 90). María Bernarda cuenta, refiriéndose a doña Mica: "al recibir a mi bebé después de…creo que dos horas, la bañó, la arregló, todo. Estuvo pendiente de nosotros por una semana, venía e iba, venía e iba".[17] Pero, la labor más importante de la partera es la atención del parto porque se trata de una situación especial tanto para la madre como para la familia. Todas las mujeres señalaron tener la certeza de que sus bebés no serían maltratados por la partera. Esta afirmación la hicieron cuando les pregunté por qué habían decidido atenderse con esta prestadora de servicios.

[16] Daniela [entrevista por AMPP], ama de casa, Modelo de atención al parto, 2016, 13 de abril, Mérida, Yucatán.

[17] María Bernarda [entrevista por AMPP], ama de casa, Modelo de atención al parto, 2016, 9 de abril, Sudzal, 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
Tixcacaltuyub	2	Yaxcabá	Izamal
Tahdzibichén	3	Tahdzibichén	Izamal

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

El parto humanizado

Las mujeres entrevistadas decidieron tener su último parto en casa porque ellas conciben ese espacio como cotidiano y confortable. En él estuvieron rodeadas y apoyadas por la familia, y durante el parto las atendió una persona capacitada. El hogar representa un lugar adecuado para parir en contraposición con un hospital. Así lo explica María Bernarda**:** "pues acá en mi casa es más confiable, más cómodo. Y pues [la partera] tiene más experiencia en cuidados".[18]

Si bien Adriana (oriunda de Valladolid, Yucatán) y Daniela (nacida en Chihuahua, Chihuahua) tienen una posición socioeconómica y un contexto cultural muy distintos de los de las demás mujeres entrevistadas, es interesante ver cómo ambas evitaron a toda costa dar a luz en un hospital. Nilda refuerza la afirmación anterior: "[en el hospital] no me sentí bien, no me sentí cómoda".[19] En la opinión de Adriana se manifiesta la representación positiva

[18] María Bernarda [entrevista por AMPP], ama de casa, Modelo de atención al parto, 2016, 9 de abril, Sudzal, Yucatán.

[19] Nilda [entrevista por AMPP], ama de casa, Modelo de atención al parto, 2016, 8 de abril, Sudzal, Yucatán.

de parir en casa: "como que había más seguridad, más confianza [en mi casa]. Estás más cómoda en tu casa. [Al doctor le tengo confianza] porque ya lo conocemos muy bien, ya tenemos años de tratarlo y es muy amable ese doctor. Quería estar en mi casa con mi familia porque así, pues uno se siente más en confianza, y el médico particular, pues deja que entre tu marido y así te sientes más apoyada. Y [los familiares] te ayudan bastante".[20]

Las mujeres entrevistadas que se atendieron con la partera coinciden en que en el hospital se medicaliza un evento natural como el parto. Así lo expresa Daniela: "creo que [el parto] no debería de ser en un hospital. O sea, deberían de separar el hospital de enfermedades de las mujeres parturientas, no se debería de tratar como enfermedad".[21] Nilda, por su parte, opina: "[después del parto] allá en el seguro, te sientes muy cansada, como que estés enferma."[22] Uno de los efectos de la atención del parto en un hospital es que las mujeres se encuentran solas en un lugar ajeno a su entorno cotidiano, al margen del apoyo de sus familiares y de sus parejas (Ortega, 2006). De todas las mujeres entrevistadas, sólo Daniela se ha apropiado del concepto del parto humanizado, y aunque las demás mujeres lo desconocen, entienden que el nacimiento de su bebé debe ocurrir en un lugar cómodo, con una atención adecuada y en familia. De acuerdo con Alonso y Gerard (2009), el parto humanizado se basa en tres planteamientos nodales:

1. El embarazo y el parto son procesos fisiológicos para los que el cuerpo femenino está preparado y capacitado; en ellos las mujeres deben tener un papel protagónico.
2. Las herramientas médicas para la atención del embarazo y el parto son útiles para salvar vidas, siempre y cuando se apliquen tras evaluar los casos particulares y sólo en la situación de urgencia obstétrica que lo requiera.

[20] Adriana [entrevista por AMPP] ama de casa, Modelo de atención al parto, 2016, 15 de marzo, Valladolid, Yucatán.

[21] Daniela [entrevista por AMPP], ama de casa, Modelo de atención al parto, 2016, 13 de abril, Mérida, Yucatán.

[22] Nilda [entrevista por AMPP], ama de casa, Modelo de atención al parto, 2016, 8 de abril, Sudzal, Yucatán.

3. La experiencia del parto debe ser satisfactoria para todas las personas involucradas; por ello, se capacita a las mujeres para ser madres más conscientes y seguras, para que los bebés crezcan y se desarrollen de manera óptima, y para que las familias establezcan vínculos de apoyo y solidaridad (Alonso y Gerard, 2009).

El parto humanizado se basa en la idea de que la mujer embarazada debe estar informada de su proceso, y tiene el derecho a decidir sobre su propio cuerpo y a ser protagonista en el parto. Daniela explica al respecto:

> La partera no interviene en tu proceso natural, no te presiona a inducirlo. Está ahí ayudándote y acompañándote, pero no decidiendo por ti. Te presenta las opciones y te informa pero, no está diciéndote qué tienes que hacer. Y por comodidad, para tener la libertad de escoger la posición y para asegurarme que no se iba a intervenir el proceso. Y evitar que tomaran decisiones por mí, o que me quitaran a mi bebé. El trato debe ser humano, se le debe de otorgar a la mujer… bueno… dar la información correcta para que la mujer tome las decisiones libremente.[23]

Las expectativas de las mujeres de la atención del proceso del embarazo, el parto y el puerperio por los prestadores institucionales de servicios es que las traten como personas que sienten, piensan y tienen autonomía. En el *Informe sobre la salud en el mundo 2000* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se señala que en los sistemas de salud, los proveedores de servicios de salud (PPS) tienen la función de respetar y fomentar la dignidad de sus usuarios. Por consiguiente, en esta relación es necesario reconocer la autonomía y la "capacidad de respuesta" (OMS, 2000: 58) del beneficiario del servicio, y no concebirlo simplemente como un paciente.

Las mujeres entrevistadas especificaron que la relación con los PPSdebería darse en un contexto de armonía, sensibilidad y profesionalismo. Expresaron también que esperan ser tratadas con amabilidad y paciencia. Les

[23] Daniela [entrevista por AMPP], ama de casa, Modelo de atención al parto, 2016, 13 de abril, Mérida, Yucatán.

gustaría, además, recibir explicaciones detalladas sobre el embarazo, el parto y el puerperio. Y que los PPS las miraran a los ojos o repararan en ellas, y les dieran un buen trato. Una de sus quejas fue que en las consultas prenatales el personal está más preocupado por llenar los formatos en las computadoras que por establecer relaciones socialmente adecuadas con ellas. Así lo explica Raquel: "en el seguro social hasta miedo te da vacilar con ellos, hablarles porque sólo están concentrados en su computadora".[24] Una de sus demandas, relativa a la provisión de insumos y la calidad de los servicios, es que la farmacia esté surtida y puedan brindárseles los medicamentos que requieran en el momento preciso

Los derechos reproductivos de la mujer

wAlgunas de las mujeres entrevistadas fueron maltratadas por los proveedores públicos de servicios de salud durante el control prenatal, con regaños y actitudes que violaban de manera contundente los derechos reproductivos de las usuarias indígenas. En el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se fundamentan los derechos reproductivos, que "provienen del derecho a elegir libremente el número y espaciamiento de los hijos y a contar con métodos anticonceptivos [e incluye] el derecho a tener la información necesaria para estar en verdaderas condiciones de decidir libremente sobre la reproducción" (Ávalos, 2013: 2277). Cristina presenta un claro ejemplo de cómo las mujeres son víctimas de maltratos por mantener su autonomía en sus decisiones reproductivas: "y te regañan cuando te dicen que te tienes que cuidar, que no te embaraces, y que no sé qué…pero es una decisión que tomé yo. Y cuando, por ejemplo, un año de cesárea que te tengan hecho, y estás embarazada, te dicen, te dicen. O cuando te descuidas y tienes un hijo con menos de un año, y estás embarazada otra vez, ahí te dicen también".[25]

[24] Raquel [entrevista por AMPP], ama de casa, Modelo de atención al parto, 2016, 8 de abril, Sudzal, Yucatán.

[25] Cristina [entrevista por AMPP] ama de casa, Modelo de atención al parto, 2016, 20 de marzo, Valladolid, Yucatán.

En algunas ocasiones los PPS también expresan juicios contra la actuación de las usuarias, sin limitarse a hacer su trabajo con profesionalismo. Adriana comparte la siguiente vivencia en una consulta prenatal en el centro de salud de su localidad: "[me sentí humillada] porque la doctora estaba diciendo que cómo va ser que no puedas razonar, que permitas que tu marido sólo venga, te embarace y te deje botada, que no se quede contigo. Pero, ¿cómo se va a quedar si tiene que trabajar? Acá, pues no hay recursos para que uno se mantenga, y si vas allá con él, no va a servir de nada porque todo se va en renta, en comida, en todo".[26] Con comentarios como el anterior, algunos proveedores de servicios ponen en duda la capacidad de las mujeres indígenas de tomar decisiones y las hacen sentir juzgadas por responsabilidades que son únicamente de ellas, de sus parejas y sus familias.

El parto en casa, una alternativa a la cesárea innecesaria

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que las cesáreas "son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos" (OMS, 2015a:1). México "se sitúa en el cuarto lugar (después de China, Brasil y EUA) con el mayor número de cesáreas innecesarias" (Suárez *et al.*, s/f: 1). En 2013, el porcentaje nacional de partos por cesárea fue de 46.2 por ciento, San Luis Potosí fue la entidad federativa con menor proporción de esta práctica clínica (29.4 por ciento) y Nuevo León tuvo el mayor número de cesáreas (53.4 por ciento); estados como la Ciudad de México, Yucatán y Sinaloa presentaron 53.1, 51.9 y 51.4 por ciento respectivamente (Freyermuth *et al.*, 2017). En Yucatán, la cesárea es la intervención quirúrgica más realizada en los hospitales y la justificación médica para efectuarla es que las mujeres son primigestas o se sometieron previamente a una cesárea (Rosado Gorocica *et al.*, 2013).

[26] Adriana [entrevista por AMPP] ama de casa, Modelo de atención al parto, 2016, 15 de marzo, Valladolid, Yucatán.

En esta investigación encontré que a las cinco mujeres indígenas, cuyo parto atendió el doctor Ek, les dijeron en los servicios públicos de salud que su embarazo terminaría en cesárea. Las razones que apoyan la práctica de las cesáreas innecesarias suelen ser errores difundidos como verdades, como "el concepto erróneo que prevalece entre los médicos sobre el hecho de que una cesárea forzosamente predice una cesárea subsecuente" (Suárez *et al.*, s/f: 1). Los PPS les transmiten estas creencias a las usuarias, quienes las adoptan, como lo señala Good cuando habla de las mujeres embarazadas meridanas: "compartían la idea de que una vez que se les ha practicado una cesárea estaban destinadas a repetirla" (Good, 1997: 25). Este motivo se encuentra en las entrevistadas; por ejemplo, a Cristina le aseguraron que por haber tenido dos cesáreas, su último evento terminaría en cesárea. A Addy le sucedió algo similar. Aunque el penúltimo parto de Adriana y Mariana habían sido vaginales, en el centro de salud de sus localidades la indicación terapéutica fue la cesárea. A Reina Noemí, por ser menor de edad y primigesta, también le dijeron que sería sometida a la operación en el hospital. Concuerdo con que la cesárea "representa uno de los temores más difundidos de las mujeres yucatecas" (Quattrochi, 2007: 88).

Las mujeres no quieren someterse a la cesárea porque la operación implica un tiempo de reposo en que tienen que dejar de realizar sus actividades cotidianas. Muchas de las mujeres entrevistadas ya eran madres cuando se embarazaron por última vez, y les preocupaba que la cirugía les impidiera atender a sus otros hijos. Cristina me dijo: "como le digo, yo ya tengo dos hijas. Mi responsabilidad, como yo ya lo estoy viendo, es llevar a mi otra niña a la escuela, y como ella es más especial porque la tienes que llevar y traer…y digo: 'si voy a dejar esa responsabilidad'… por eso dije yo quiero dar a luz para que así, al momento, yo pueda levantarme porque son mí responsabilidad, mis hijas [son mi responsabilidad]".[27]

Las mujeres entrevistadas encontraron insatisfactoria la indicación terapéutica de los servicios médicos gubernamentales de hacerse cesárea y buscaron soluciones que cubrieran sus necesidades y sus expectativas. Por

[27] Cristina [entrevista por AMPP] ama de casa, Modelo de atención al parto, 2016, 20 de marzo, Valladolid, Yucatán.

ejemplo, a Adriana la sobada de la partera le acomodó a su creatura; Cristina se sometió a diversos estudios que le demostraron que su bebé podía nacer por la vía vaginal, y Reina Noemí (mujer primigesta de 16 años) acudió directamente con el médico particular para pedirle que atendiera su parto en casa. Finalmente, todas estas mujeres pudieron parir con ayuda del doctor Ek por la vía vaginal sin ninguna complicación.

Por otro lado, las mujeres expresan razones contundentes para negarse a atender su parto en el hospital, como el miedo por la seguridad de sus recién nacidos. En la década de los 90, Good señaló que las meridanas "tenían miedo de que les cambiaran a su hijo por otro en la confusión del hospital" (Good, 1997: 25). En la actualidad, Cristina apuntó: "¡qué tal que me cambian a mi bebé! por eso fue que no quise ir al hospital, por eso".[28] De acuerdo con el siguiente testimonio de Nilda (atendida por la partera doña Mica), para las mujeres tampoco hay en el hospital una atención adecuada y de calidad para los recién nacidos:

> [Cuando] nació mi hijo [en el hospital] me vino a buscar la doctora. Yo tenía 14 años cuando nació mi hijo, y me llevó para que yo lo bañe, y eso para bañar es una cosa alta así. Y sólo cuando vi que viró mi hijo la doctora, ¡yo vi cómo golpeó su cabecita!, y empezó a llorar el nené, y le digo, así, a mi esposo, le digo: "¡ay no!, a mí me da miedo", le digo. Por eso muchos bebés se mueren. Pero yo a veces digo que no por enfermedad o por algo, porque ellos lo matan. Como no son sus hijos, no los tratan bien, ellos los tratan como animalitos así, mejor dicho.[29]

Conclusiones

Las mujeres de este estudio acudieron con distintos proveedores de atención de la salud para el control del embarazo. Para su mayor seguridad, utilizaron

[28] Cristina [entrevista por AMPP] ama de casa, Modelo de atención al parto, 2016, 20 de marzo, Valladolid, Yucatán.

[20] Nilda [entrevista por AMPP], ama de casa, Modelo de atención al parto, 2016, 8 de abril, Sudzal, Yucatán.

al mismo tiempo dos o tres modelos de atención,[30] tales como el hegemónico y el alternativo subordinado (*véase la tabla 4*). Cuando las mujeres están embarazadas, transitan de un modelo a otro; no los perciben como excluyentes entre sí, sino al contrario, les parecen complementarios, siempre y cuando garanticen su bienestar y el de sus bebés. Concuerdo con Good (1997) cuando, refiriéndose a las mujeres yucatecas en la etapa de control prenatal, afirma que: "tenemos que reconocer su creatividad en el diseño de estrategias que integran un sinnúmero de prácticas distintas" (Good, 1997: 29).

Las mujeres entrevistadas opinan que en el parto hospitalario no se garantiza su seguridad ni la de sus bebés. En contraposición, el parto en casa atendido por personal calificado es una opción aceptable y de calidad cuando no se presentan complicaciones. Es necesario que se revisen y se justifiquen las causas de las cesáreas que se practican en los servicios de salud para evitarlas cuando no sean necesarias. La práctica de cesáreas innecesarias desalienta a la mujer indígena para optar por el parto intrahospitalario.

En el análisis de la atención de la mujer destaca la disposición de los trabajadores de la salud. El médico, por ejemplo, les da su número de celular a todas las mujeres a las que les lleva el control prenatal por si llegaran a presentar una complicación. La partera,[31] por su parte, programa citas terapéuticas para las mujeres que atiende, y mientras esté en la localidad, resuelve los problemas que se presenten. Por consiguiente, las mujeres se sienten seguras con su atención.

[30] Menéndez (1984) reconoce tres modelos básicos de atención de los padecimientos: el modelo médico hegemónico (MMH), el modelo médico alternativo subordinado (MMAS) y el modelo médico basado en la autoatención (MMAA). El MMH hace referencia a la medicina institucionalizada, a la alópata, a la biomedicina. Su hegemonía está basada en el uso del método científico para diagnosticar, explicar y atender las enfermedades; por ello, este modelo subordina a los demás. En el MMAS se incluyen las prácticas de atención a la salud que han sido estigmatizadas y excluidas por el MMH, aunque estas prácticas constituyan alternativas importantes para los conjuntos sociales. En este modelo se incluye la medicina tradicional, la herbolaria, la acupuntura y la medicina ayurvédica, y a sus especialistas. El MMAA se refiera a las acciones que una persona realiza ante en una situación de enfermedad o padecimiento, sin que el curador profesional intervenga directamente (Menéndez, 1984).

[31] Doña Mica está capacitando a otras mujeres; incluso a Raquel, su nieta, en el arte de la partería.

Como resulta evidente en los casos presentados, que los PPS hablen maya es fundamental para el trato adecuado de las mujeres indígenas. Este es un punto clave para resolver el problema de la comunicación y crear vínculos de confianza. La partera tradicional y el médico particular comparten códigos culturales con la mayoría de las mujeres a las que atienden. Esto facilita que les den una atención apropiada durante el parto. Aceptan, por ejemplo, que el parto sea en hamaca, o que los familiares estén presentes durante el nacimiento.

Una diferencia importante entre las mujeres que se atendieron con el médico particular y las que lo hicieron con la partera es que las primeras tenían el dinero en efectivo necesario para el pago inmediato de los servicios y las segundas podían retribuir en "abonos" a la experta local.

Las demandas de las mujeres entrevistadas con respecto a lo que ellas consideran un trato adecuado son específicas: atención brindada con amabilidad y paciencia, información oportuna y de calidad en el momento preciso, y respeto a su forma de vida y a sus decisiones reproductivas. Las mujeres entienden que tienen derecho a ser tratadas de manera digna durante su tránsito por las distintas instituciones de salud en el proceso del embarazo, el parto y el puerperio. El trato de los PPS a las usuarias, ya sea que laboren en instituciones públicas o privadas, debe adecuarse a su cultura, sus creencias y sus costumbres, y debe ser respetuoso de su autonomía y sus decisiones en el tema de la salud reproductiva.

Recomendaciones de política pública

Sería conveniente que a toda mujer embarazada, se le entregara una breve guía de las implicaciones del embarazo, con independencia de dónde lleve su control. Esta guía estaría redactada en un lenguaje accesible y contendría imágenes o dibujos para ilustrar las explicaciones. Tendría que elaborarse con material económico para que pudieran tirarse millones de ejemplares. Esta guía contendría los siguientes temas:

- Molestias que no necesitan atención médica inmediata.
- Signos de alarma que requieren atención médica inmediata.
- Lista de medicamentos que una mujer embarazada no debe ingerir por ningún motivo.
- Consejos para tener una alimentación balanceada
- Cambios físicos y psicológicos comunes debidos al embarazo
- Directorio de asociaciones civiles y gubernamentales regionales que apoyan (de múltiples maneras) a la mujer embarazada

Es indispensable que tanto en las instituciones públicas como en las privadas haya una asesora de lactancia materna que ayude a las mujeres en la etapa del puerperio con la alimentación de sus recién nacidos.

A las mujeres, en general, les gustaría que:

- se les brinde un servicio de calidad
- haya insumos
- los médicos/as, los enfermeros/as y demás trabajadores de los establecimientos públicos y privados, las traten como personas que sienten, piensan y son autónomas
- los médicos/as las miren a los ojos durante las consultas prenatales y que les ofrezcan un trato empático y amable

Bibliografía

Alonso, Cristina y Tania Gerard

2009 "El parto humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno-infantil", en Graciela Freyermuth y Paola Sesia (Coordinadoras), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, consultado el 29 de noviembre de 2016, disponible en <http://informe.gire.org.mx/rec/muerte_materna_ciesas.pdf>.

Arranque Parejo en la Vida (APV) y Population Council (PC)

2009 "Atención del parto por personal calificado", en Graciela Freyermuth y Paola Sesia (Coordinadoras), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, consultado el 29 de noviembre de 2016, disponible en <http://informe.gire.org.mx/rec/muerte_materna_ciesas.pdf>.

Ávalos Capín, Jimena

2013 *Derechos reproductivos y sexuales*. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, Suprema Corte de Justicia de la Nación. Fundación Konrad Adenauer, consultado el 25 de septiembre de 2016, disponible en <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3568/38.pdf>.

Consejo Nacional de Población (Conapo)

2011 Índice de marginación por entid*ad federativa y municipio 2010*, México, Secretaría de Gobernación, consultado el 30 de octubre de 2016, disponible en <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/mf2010/CapitulosPDF/1_4.pdf>.

2015 *Datos abiertos del índice de marginación*, México, Secretaría de Gobernación, consultado el 30 de octubre de 2016, disponible en <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Datos_Abiertos_del_Indice_de_Margi-nación>.

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).

Freyermuth Enciso, Graciela *et al.*

2017 Factores asociados al incremento de la cesárea en México (artículo en preparación).

García Vázquez, Iskra *et al.*

2012 "El parto en México, reflexiones para su atención integral", *Ide@s CONCYTEG*, vol. 7, no. 84, pp. 811-844, consultado el 12 de agosto de 2017, disponible en <http://concyteg.gob.mx/ideasConcyteg/Archivos/84_4_GARCIA_VAZQUEZ_ET_AL.pdf>.

Good, Bayron

2003 *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica.* España: Ediciones Bellaterra, Serie General Universitaria.

Good, Marcia

1997 "Parteras en Mérida. Una alternativa a la cesárea innecesaria", *Nueva Época/ Salud Problema*, vol. 2, no. 2, pp. 21-33, consultado el 24 de noviembre de 2016, disponible en <http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/4-103-1452rrh.pdf>.

Güémez Pineda, Miguel

2007 "Partería y medicina alopática en Yucatán: hacia un modelo intercultural de atención a la salud reproductiva", en Patrizia Quattrocchi y Miguel Güémez Pineda (coord.), *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, México, Comisión Nacional para

el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, CIRUADY, CEPHCIS-UNAM, INDEMAYA.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA (INEGI)

s/f "Información por entidad", *Cuéntame*, consultado el 15 de julio de 2016, disponible en <http://cuentame.inegi.org.mx/mapas/pdf/entidades/div_municipal/yucatan.pdf>.

2016 *Encuesta Intercensal*, México, consultado el 12 de julio de 2016, disponible en <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladobasicos/default.aspx?c=33725&s=est>

MENÉNDEZ, EDUARDO

1984 *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, México, CIESAS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

2000 *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra.

2015a *Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas*, Ginebra, consultado el 15 de julio de 2016, disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf>.

ORTEGA CANTO, JUDITH

2006 Géneros y generaciones: conducta reproductiva de los mayas de Yucatán, México. *Salud Colectiva*, vol. 2, no. 1, pp. 75-89, consultado el 20 de agosto de 2016, disponible en <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v2n1/v2n1a07.pdf>.

QUATTROCCHI, PATRIZIA

2007 "¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán", en Patrizia Quattrocchi y Miguel Güémez Pineda (coord.), *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, México, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, CIRUADY, CEPHCIS-UNAM, INDEMAYA.

ROSADO GOROCICA, JOSUÉ *ET AL.*

2013 "Frecuencia, indicaciones y conocimiento de embarazadas sobre la cesárea: el caso de un hospital de la ciudad de Mérida, Yucatán", *Rev. Biomed*. vol. 24, no. 3, pp. 100-108, consultado el 20 de mayo de 2017, disponible en <http://revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/62/74>.

Saz Peiró, Pablo *et al.*

2008 "Asistencia al parto en casa", *Medicina Naturista*, 2008, vol. 2, no 1, cosultado el 15 de mayo de 2017, disponible en <https://www.researchgate.net/profile/Pablo_Saz_peiro/publication/28203675_Asistencia_al_parto_en_casa/links/0912f509be753c3b09000000.pdf>.

Secretaría de Turismo (sectur)

2016 *Pueblos Mágicos, herencia que impulsan Turismo*, consultado el 30 de julio de 2017, disponible en <https://www.gob.mx/sectur/articulos/pueblos-magicos-herencia-que-impulsan-turismo>.

Suárez, Leticia *et al.*

s/f *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto*, México: Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud, consultado el 2 de agosto de 2016, disponible en <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf>.

Referencias entrevistas

Adriana [entrevista por AMPP] ama de casa, Modelo de atención al parto, 2016, 15 de marzo, Valladolid, Yucatán.

Cristina [entrevista por AMPP] ama de casa, Modelo de atención al parto, 2016, 20 de marzo, Valladolid, Yucatán.

Daniela [entrevista por AMPP], ama de casa, Modelo de atención al parto, 2016, 13 de abril, Mérida, Yucatán.

María Bernarda [entrevista por AMPP], ama de casa, Modelo de atención al parto, 2016, 9 de abril, Sudzal, Yucatán.

Nilda [entrevista por AMPP], ama de casa, Modelo de atención al parto, 2016, 8 de abril, Sudzal, Yucatán.

Raquel [entrevista por AMPP], ama de casa, Modelo de atención al parto, 2016, 8 de abril, Sudzal, Yucatán.

ACAS A.C.
Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud

OMM observatorio de mortalidad materna en México

CPMS México COMITÉ PROMOTOR POR UNA MATERNIDAD SEGURA

DIVULGACIÓN CIESAS