



Modelos de partería en Jalisco

Gabriela Gil Veloz

01

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

◆ Introducción

Esta investigación se desarrolló como parte del proyecto “La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias” llevado a cabo en diferentes estados del país. En Jalisco el trabajo de campo se realizó de febrero a julio de 2016. Se aplicaron 42 entrevistas a mujeres, de las cuales diez atendieron su parto en hospitales públicos, diez en privados, once con parteras profesionales, diez más en modalidad mixta (en casa con partera y en hospital con partera y/o doula) y, una por ella misma. Se entrevistó a un médico del servicio privado, a una médica/partera y a una partera profesional. El objetivo específico es describir las virtudes y las deficiencias de cada modelo de partería desde la perspectiva de las usuarias.

◆ Antecedentes

Se han realizado estudios sobre los tipos de violencia ejercida hacia las mujeres que reciben atención obstétrica dentro de las instituciones públicas de salud. Rostangol y Viera (2006) describen los tipos de violencia como “mecanismos inhabilitantes para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres”¹ y los clasifican retomando conceptos como: violencia institucional (que causa daños físicos y psicológicos a las personas, como resultado de condiciones inadecuadas, largas esperas, intimidación, maltrato verbal, amenazas, falta de medicamentos, costos excesivos por los servicios);² violencia de la espacialidad (estructura de los espacios);³ la violencia de la no intimidad; la violencia del manejo del tiempo (limitar la autonomía de la persona imponiéndole los ritmos institucionales);⁴ la violencia de la palabra (agresiones verbales, infantilización, gritos o retos) y la violencia del castigo.⁵

◆ Las mujeres participantes

La mayoría de las mujeres son originarias de Jalisco aunque, el 40.4% del total proceden de estados como Baja California Norte, Zacatecas, Nayarit, Sinaloa, Sonora, Durango, Michoacán, Ciudad de México y Tabasco.⁶ Las entrevistadas que se atendieron en hospitales públicos viven en la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG)⁷ y pertenecen a la clase media o media baja; las participantes de la sierra huichola residen en Mezquic, son wixaritari y viven en una región donde los servicios de salud son escasos. Las mujeres cuyo parto ocurrió en hospitales privados viven en la ZMG, en los Altos de Jalisco y son de clase media y media alta. Las entrevistadas que se atendieron con parteras profesionales cuentan con estudios profesionales y algunas con posgrado en Ciencias Sociales y Biología.

◆ Resultados

Las mujeres reportaron que en las instituciones públicas ocurren las siguientes situaciones: la no continuidad con el mismo prestador de servicios de salud, la ausencia de contacto visual durante las interacciones, la no resolución de dudas ni la apertura para preguntar, los regañones (ya sea por el sobrepeso de la mujer, por no haber llevado algún papel o por llegar con un poco de retraso a la cita prenatal) y negar la entrada de familiares o personas de confianza al parto. Se registraron amenazas: “si no vienes a tus citas, no se te dará la incapacidad” o intimidaciones (responsabilizarlas de cualquier riesgo, por tener embarazos después de los 35 años o por no utilizar los métodos anticonceptivos). Los espacios del posparto se describen como oscuros y/o sin privacidad. Se reporta que en algunos hospitales de la ZMG faltan servicios básicos tales como el agua potable y el agua para beber.

En la zona rural del norte de Jalisco, ni los centros de salud ni los hospitales cuentan con personal que hable la lengua indígena de la región. A las mujeres de la sierra huichola les cuesta trabajo asistir a la cita si quien las atenderá es un hombre, mencionan el sentimiento de vergüenza al tener que desnudarse frente al médico. En cambio, describen que durante el control prenatal el curandero tradicional o mara'kame las revisa encima de la ropa y lo hace con mucho respeto.

1. Rostagnol, Susana y Viera, Mariana, 2006, “Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. Estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay”, en Susana Checa (comp.), *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*, Buenos Aires, Paidós, consultado el 26 de agosto de 2016, disponible en <http://www.fhuce.edu.uy/images/genero_cuerpo_sexualidad/Publicaciones/derechos%20sexuales-rostagnol_viera.pdf>.

2. De Bruyn, María, 2003, *La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos de la mujer y de salud pública. Un estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción*, Chapel Hill, Carolina del Norte, Estados Unidos, IPAS.

3. Rostangol y Montealegre, citado por Rostangol y Viera, 2006.

4. Ferrero, citado por Rostangol y Viera, 2006.

5. Sanseviero, citado por Rostangol y Viera, 2006.

6. Una mujer de Estados Unidos acudió exclusivamente a Jalisco para que una partera pudiera atender su parto.

7. Compuesta por ocho municipios: San Pedro Tlaquepaque, Tonalá, Zapopan, Tlajomulco de Zúñiga, El Salto, Juanacatlán, Ixtlahuacán de los Membrillos y Guadalajara.

“*Que el parto sea lo más natural posible, sensible y humanizado; que dejen a la mujer decidir de qué manera quiere parir y que se le brinde apoyo emocional y físico.*”

02

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

Las mujeres que atendieron su parto en hospitales privados confían en el médico/a, no cuestionan su trabajo y respetan su autoridad; prefieren el uso de la epidural y no discuten prácticas como la venoclisis, el suero, los enemas, las cesáreas o las episiotomías. Lo que les disgustó de este servicio fue que no les entregaron inmediatamente a sus bebés y les dieron fórmula sin su consentimiento con el argumento de que “son políticas del hospital”. Algunas de estas entrevistadas asistieron a su control del embarazo en los hospitales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) “sólo por cumplir con el trámite” y obtener su incapacidad; todas reportan demasiado tiempo de espera y malos tratos por parte de los doctores/as, enfermeras/os y recepcionistas. En el servicio público y en el privado los trabajadores de la salud promueven una política de esterilización a las mujeres, con la cual las usuarias están en desacuerdo. La ZMG cuenta con tres hospitales privados que rentan un espacio con jacuzzi para que las mujeres tengan su parto en agua y con partera, y al mismo tiempo estén seguras por si se les presenta alguna emergencia obstétrica.

La postura de consentir una cesárea, anestesia extra y aceptar como verdadero todo lo que dice el médico, se contraponen a la opinión y a la práctica de las mujeres que prefieren atenderse con parteras. El discurso de las entrevistadas que atendieron su parto con parteras profesionales apela a la información y a la seguridad de que la argumentación médica siempre invoca al miedo como medio para convencerlas de dejarse realizar una cesárea o episiotomía innecesaria.

Las mujeres que tuvieron la atención en modalidad mixta expresan su satisfacción de haber tenido un parto poco intervenido, con la compañía ya sea de sus doulas o parteras, aprecian el acompañamiento emocional, la presencia y el apoyo de sus parejas y familiares. Buscan una manera alternativa de parir, pero con la precaución de estar en un hospital privado en caso de que se presentara cualquier complicación.

◆ Recomendaciones de política pública

- Que el parto sea lo más natural posible, sensible y humanizado; la mujer tiene derecho a decidir cómo parir y se le debe brindar apoyo emocional y físico en las instituciones de salud.
- Durante el posparto las mujeres esperan sensibilidad y apoyo por parte del personal de salud.
- Es necesario repensar los espacios hospitalarios para crear ambientes cómodos y amigables en los que se pueda parir con privacidad y armonía.
- Que en los hospitales (públicos y privados) se fomente la lactancia materna y existan batas diseñadas para que la madre pueda amamantar con facilidad y se respete su intimidad.
- Que en cualquier servicio de salud el trato sea amable, humano y cálido.
- Suspensión de prácticas de rutina como episiotomía, tactos y litotomía. Y prohibir el rasurado perineal.
- No infantilizar a las usuarias.
- Que las mujeres jóvenes y la población indígena sean atendidas por mujeres prestadoras de servicios de salud durante el control del embarazo, el parto y el puerperio.
- Integración de programas de partería en los hospitales públicos.
- La creación de una Escuela Nacional de Partería con sedes estatales. Que las parteras formen parte, de manera regulada y remunerada, del sistema de salud pública.
- Que las mujeres derechohabientes del IMSS o del ISSSTE, que atenderán su parto en servicios privados, no tengan que realizar los trámites de su incapacidad por maternidad. Ésta deberá ser de seis meses para garantizar la lactancia (si es que la madre quiere amamantar). Los tiempos de incapacidad serán flexibles y las madres o embarazadas podrán tomarlos cuando les convenga. Que la seguridad social pague la asesoría en lactancia materna.
- Que los programas de estudio para la formación de profesionales en salud incorporen los estatutos de la Organización Mundial de la Salud (OMS).