
CAPÍTULO 2

X-ILAH K'OHA'AN (PARTERAS) Y PERSONAL MÉDICO ALÓPATA EN LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO Y EL PARTO DE MUJERES MAYAS DE YUCATÁN Y QUINTANA ROO

Adriana Leona Rosales Mendoza

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se argumenta la necesidad de generar diálogos interculturales entre mujeres mayas, parteras (*x-ilah k'oha'an*) y personal médico institucional (del sector salud) dedicado a la atención del embarazo y el parto en el sur de Yucatán. Se subraya la pertinencia de recuperar los saberes comunitarios para el cuidado de la salud reproductiva de las mujeres, en particular los que provienen de las parteras, quienes continúan atendiendo embarazos y partos en numerosas comunidades indígenas, entre ellas, las mayas peninsulares. Se describen elementos de la práctica de partería, algunos de los intentos por institucionalizarla, así como los esfuerzos recientes para colocarla de nuevo en la agenda nacional de salud pública.

Entre los esfuerzos para incentivar la práctica de la partería, existen instituciones de educación superior, como la Universidad Intercultural Maya de Quintana Roo (UIMQROO) que han integrado en el plan de estudios de la licenciatura en Salud Comunitaria,

temáticas relacionadas con esta práctica. El capítulo presenta resultados de una investigación de corte cualitativo, basada en trabajo etnográfico, observación participante, seis entrevistas semiestructuradas (tres de las cuales se realizaron con personal de salud institucional, dos con profesoras universitarias, y otra, con una mujer maya), y finalmente, dos conversaciones informales con parteras, para explorar acerca de la atención que proporcionan a las mujeres en edad reproductiva y aquella que suministran los servicios médicos institucionales (alópatas).

Los testimonios fueron recabados en Tahdziú, una población de la zona maya del sur de Yucatán, donde predominan mayahablantes, así como en la UIMQROO, ubicada a unos 100 kilómetros del municipio yucateco. El estudio se sitúa en el medio ambiente social en el cual se indagó la relación que existe entre saberes y prácticas para la atención del embarazo y el parto en dos sistemas de salud: el tradicional y el institucional.

Cabe mencionar que hubo una producción importante de textos sobre el tema de la partería desde mediados de los años setenta hasta el 2000; sin embargo, en los últimos 15 años el interés por la temática decreció. En 2014 se empezó a escribir sobre la necesidad evaluar las condiciones en que se realizan las prácticas de partería, así como de regular y certificar las capacidades de las parteras (Alonso y Castañeda, 2014). El Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (2014) realizó un estudio, con proyección hacia 2030, sobre el estado de las parteras en el mundo, haciendo énfasis en las parteras certificadas y en determinadas acciones sugeridas para certificar a las parteras técnicas profesionales en México.

El perfil de las parteras está bien definido ya que efectúan un trabajo no lucrativo, la mayoría son mujeres de edad avanzada, de escasos recursos económicos y con bajos niveles de alfabetización. Poseen habilidades técnicas y manuales para la atención del embarazo, el parto y el posparto (Güémez, 1997, p. 120), y a pesar de que han aumentado los nacimientos en hospitales, ellas siguen

ocupando un lugar distinguido en las comunidades indígenas y rurales.

El nivel educativo es un factor que incide en la tasa de fecundidad y en los problemas de salud materna. En Yucatán hacia el año 2000, una mujer con educación media superior tenía en promedio 1.7 hijos(as), mientras que una sin instrucción tenía cuatro. En el municipio de Tahdziú se observa una relación inversamente proporcional entre el nivel de escolaridad de las mujeres y su primer embarazo; es decir, a menor escolaridad se tienen más hijos(as). De la misma manera, las mujeres con mayor escolaridad acuden más frecuentemente a solicitar atención ginecoobstétrica en el hospital comunitario del municipio aledaño de Peto.

La reproducción y el sistema tradicional de atención a la salud de las mujeres

En la cosmovisión de los pueblos mayas, la reproducción biológica de los seres humanos tiene una profunda relación con la reproducción de la tierra. El significado de la matriz está vinculado con la fecundidad de la naturaleza; el útero es una metáfora de la tierra madre, portadora de las semillas que se convertirán en frutos (Nájera, 2000, p. 43). Al inicio del embarazo, la población maya yucateca lo nombra *t'su chíikpajal u na'k*, que quiere decir que una mujer “ya echó barriga”, aunque el término *na'k* también hace alusión al estómago. El dolor de parto se conoce como *mukul k'i'inan* que significa dolor intenso, enterrado, escondido; una dolencia que cambia de intensidad (Güémez, 2000, p. 317). A la placenta y el cordón umbilical se les describe como una sola parte del cuerpo o *u paares* y al ombligo como *tuuch*. La placenta representa un órgano íntimo por lo que la forma en que es manipulada en los hospitales se considera impropia, ya que se cree que influye en el destino de la o el bebé y en la futura fecundidad de la madre (Güémez, 2000, p. 311).

El papel de la mujer en la atención del embarazo y el parto ha sido predominante a lo largo de la historia, no obstante, durante la Colonia existieron en el área maya parteros o *aj-alansajo'ob*. “En la actualidad son muy pocos los varones dedicados a este oficio y son casos aislados en los pueblos de Kimbilá y Tzucacab” (Güémez, 2000, p. 323). Si hoy en día las mujeres de Tahdziú acuden al sector salud se debe a que los programas gubernamentales de ayuda social les exigen ser atendidas en dichos centros sanitarios. Sin embargo, el problema principal consiste en que el personal médico no conoce el idioma maya y mucho menos el entramado cultural del cuerpo y la enfermedad que persiste en los pueblos mayas. Esta situación ha sido ya señalada por quienes estudian la relación entre la salud tradicional y la salud institucional o alopática, en el sentido de mostrar que las diferencias lingüísticas dificultan la relación entre el personal médico y las pacientes. En el caso de las mujeres que se atienden por embarazo, parto y puerperio en hospitales del sector salud, el problema se agrava ya que quienes laboran ahí son incapaces de entender la concepción indígena sobre el dolor corporal.

Durante la observación etnográfica efectuada en Tahdziú se encontró que muchas mujeres no quieren asistir al centro de salud debido a los siguientes motivos: a) el personal médico y de enfermería no conoce ni respeta las prácticas prenatales y postnatales de la población indígena (costumbres alimenticias, masajes durante el embarazo, disposición de la placenta, y cuidados postnatales); b) el personal de salud no toma en cuenta las opiniones de las mujeres al aplicar ciertas prácticas de la medicina institucional, como las cesáreas, episiotomías, utilización del dispositivo intrauterino (DIU), salpingoclasia y la administración de medicamentos; c) en este contexto cultural, las mujeres embarazadas y parturientas sienten incomodidad y vergüenza si son atendidas por médicos varones; d) la mayoría de las mujeres de la comunidad son mayahablantes que no encuentran interlocutores, ya que son atendidas por residentes en Medicina monolingües (que se expresan solo en español) procedentes de otros estados del país.

Hay un programa dentro de las políticas de salud que ha influido: Prospera; también está el Seguro Popular, se inscriben al programa, en donde todas las mujeres que están embarazadas deben de inscribirse, y al estar inscritas a este servicio médico, tienen que ir a pláticas que les dan sobre su embarazo, sobre su alimentación, sobre varios temas (Profesora asociada de la licenciatura en Salud Comunitaria, UIMQROO).

Pues sí, a veces las mujeres dicen que les dan un mal trato, o cuando es una persona que habla maya y se ve humilde, a veces son humilladas por los doctores, en cambio hay más comunicación con una partera porque desde que llega le pregunta cómo se siente, le habla como si fuera un familiar, con confianza, le brindan mucha atención y más afecto que en un hospital (Profesora titular de la licenciatura en Salud Comunitaria, UIMQROO).

En Tahdziú existen alrededor de seis parteras e innumerables sobadoras. La “sobada” o páats’ es el procedimiento mediante el cual —durante todo el embarazo— la x-jeet (sobadora) o la partera x-k’am chaampal (mujer que atiende a las enfermas) va “acomodando al niño” para proporcionar alivio a la futura madre (Güémez, 2000, pp. 323-324). En Tahdziú y en otras comunidades mayences del sur de Yucatán la nombran x-aalansajo’ob, y en otras comunidades mayences se le llama x-ilah-kohan “ella que visita a la mujer enferma”, y a la sobadora: x-hii’ k’ab o yoq’ omam (Nájera, 2000, p. 125). La páats’ o sobada se considera importante ya que, en la concepción indígena del cuerpo, los distintos órganos y partes se alinean en un “centro simbólico” o tip’te que mantiene el equilibrio y la salud; la sobada genera ese equilibrio corporal. Villa Rojas documentó que en Yucatán se concibe que el centro corporal se desequilibra cuando “la persona se siente totalmente desajustada, pierde el sueño, el apetito, el deseo sexual, se hace pálida y va enflaqueciendo poco a poco. Durante el embarazo se rompe el orden interno, dado que la matriz se expande (...) para evitarlo, es preciso que la mujer se someta a los consabidos masajes” (Villa Rojas citado por Nájera, 2000, 129). De acuerdo con una informante:

Se le dice *cirro* en español, en maya se le llama *tip'te*, y cuando la persona comienza a tener malestares, y esto no es solo en embarazadas, sino en cualquier persona, pueden ser niños, a veces se caen (...) y al caerse se sacude; es una arteria que pasa en medio de nosotros, que viene siendo el ombligo, es el *cirro*. Cuando se llega a mover de lugar, usted puede sumir en el ombligo los dedos y va a sentir los latidos que están brincando cuando el *cirro* no está en su lugar. Entonces hay que hacer una sobada para localizar el sitio en donde se encuentra y poder regresarlo a su lugar, porque si no, la persona comienza a tener malestares como diarrea, vómito, náuseas, les da diarrea, a veces no les da apetito (Profesora titular de la licenciatura en Salud Comunitaria, UIMQROO).

El enfoque de la medicina institucional sobre la atención del embarazo y el parto se centra en los avances tecnológicos, y resta reconocimiento a los sistemas tradicionales de salud, con el argumento de que “representan barreras para el desarrollo del capitalismo nacional y progresista” (Good, 1997, p. 23). En la actualidad persiste una concepción médica que desestima la enorme sabiduría de la medicina tradicional y del conocimiento empírico. Se concibe la partería como una “costumbre antigua”, que debe preservarse solo hasta que la medicina moderna logre cubrir todo el territorio mexicano, “es vista como una situación que se tiene que tolerar en el proceso de modernización, mientras se llega al punto en que la cobertura de servicios de la medicina biomédica y la tecnología sea total y ya no se necesite de ellas. La atención del parto por comadronas es sinónimo de procedimientos arcaicos” (Good, 1997, p. 24).

Otros enfoques, como la etnomedicina, pretenden rescatar el valor de las prácticas tradicionales, defendiendo la importancia y las ventajas de experiencias tales como el nacimiento en hamaca. Aunque, Marcia Good (1997) ya advertía sobre la “romantización” y el elogio acrítico de las prácticas tradicionales, ya que en aras de lamentar la desaparición de las parteras (representadas siempre como ancianas indígenas) reducen el análisis a conceptos tales como lo antiguo y lo nuevo; lo tradicional y lo moderno, “contribuyendo a formar una imagen de desintegración [al hablar]

de aculturación, de asimilación y de pérdida de valores culturales” (Good, 1997, p. 24), con lo que reproducen un discurso idealizado sobre el mundo indígena.

Fue en 1974 cuando se consideró integrar a las parteras rurales de todo el país en el sistema de salud institucional. “Para 1985 se había creado ya el IMSS-Coplamar, una división de estudios de la Medicina Tradicional que contempla una instrucción formal de las parteras empíricas (...) [que consiste en capacitarlas en] tres actividades: la instrucción inicial a nuevas aceptantes, curso de capacitación inicial y una reunión anual para evaluar actividades y reforzar conocimientos” (Güémez, 1997, p. 129).

De acuerdo con este autor, la formación de las parteras llevada a cabo en la década de los ochenta, favoreció la comunicación entre el personal médico alópata y las parteras, y permitió que se incrementara el respeto hacia las prácticas de la medicina tradicional. El éxito del programa se debió en buena parte a la capacidad de liderazgo de las parteras, quienes lo ejercieron tanto en las capacitaciones, como en sus comunidades. Esas habilidades les permitieron jugar el papel de enlace entre las instituciones de salud y las mujeres embarazadas. Aunque se logró una efectiva comunicación, muchas parteras continuaron renuentes a utilizar cierto instrumental médico durante el parto, y se empezó a gestar la posibilidad de construir posadas de nacimientos, en las cuales, las parteras serían las responsables directas (Güémez, 1997), cuestión que se retomaría en la propuesta de 2014, como se verá a continuación.

A pesar de que el modelo resultó exitoso, generó confrontaciones entre las parteras rurales y el personal médico institucional. Este último consideraba (y muchos aún lo piensan) que la partería es antihigiénica, no científica y que pone en riesgo la salud de las madres y sus hijas o hijos. Por su parte, las parteras argumentaban que en la medicina general y en la ginecología se emplean medicamentos de alto riesgo con el fin de inducir el parto, y sus prácticas no favorecen el contacto familiar en el momento del alumbramiento (Güémez, 1997). Por otro lado, existen tensiones entre las parteras certificadas

y las que no lo están, ya que en la actualidad las primeras consideran que la atención que proporcionan es mejor que la que otorgan aquellas que no se han capacitado. Una partera certificada comentó que las no certificadas no tienen habilidades para resolver un parto complicado, mientras que ella sí sabía qué hacer, además de tener los instrumentos médicos necesarios y esterilizados.

Aunque, en ciertos sentidos, se reconoce el valor y la importancia de la partería, su práctica se ha reducido considerablemente debido a la hegemonía del modelo biomédico; no obstante, en 2014 se llevó a cabo un estudio diagnóstico con el fin de evaluar las condiciones de las prácticas de las parteras en el país. Con ello, se pretende reiniciar el proceso de regulación y certificación, a través de la creación de un documento que evalúe las competencias, en el cual se especifique la definición de partera y se determinen los conocimientos y habilidades que debe poseer. La creación de este documento dará pie a la instauración de mecanismos de certificación, de modelos de atención en los diferentes sistemas de salud, y sentará las bases para la conformación de un Colegio Mexicano de Partería, cuya finalidad es la de adecuar las normas de salud vigentes, así como permitir la creación de casas de parto, en las cuales, las parteras sean responsables sanitarias sin necesidad de acudir a personal médico institucional (Alonso y Castañeda, 2014, p. 4).

Actualmente funcionan en el país cuatro escuelas de partería: Casa A. C., Luna Llena A. C., Mujeres Aliadas, y Escuela de Partería de Guerrero. Aunque cabe subrayar que la enseñanza escolarizada no es dominante en cuanto a la transmisión de conocimientos en el campo, pues la mayoría de las parteras expertas aceptan aprendices, y aquellas que están certificadas imparten cursos y talleres no formales tanto a mujeres como a hombres (Alonso y Castañeda, 2014, p. 10).

Otras instituciones han evaluado la relevancia de esta práctica de medicina tradicional, entre ellas, la Universidad Intercultural Maya de Quintana Roo, en donde se imparten programas educativos vinculados con la realidad social y cultural de la península de

Yucatán. La licenciatura en Salud Comunitaria considera en su plan de estudios la materia “Partería”:

En esa asignatura vemos desde el inicio del parto, enseñamos a las y los alumnos a sobar. Ven los cuidados que se le da a la madre y al recién nacido con remedios tradicionales, qué plantas pueden utilizar en el momento del parto, cómo es el calentamiento que se le da al ombligo del recién nacido. De igual forma también aprenden a hacer la sobada que se hace después del parto para que el cuerpo de la mujer vuelva a cerrar todos sus huesos, ya ve que después del parto se abre todo el sistema óseo desde la cabeza hasta los pies (...) Como no hay mucha teoría, pues yo les digo que pueden investigar con parteras, con médicos tradicionales, gente adulta, gente mayor, que son los que saben de esos conocimientos y pues vemos la parte teórica y la práctica, a veces invitamos a una partera para que ella venga a ver a los muchachos (Profesora titular de la licenciatura en Salud Comunitaria, UIMQROO).

En México, la Asociación Mexicana de Partería (AMP) ha definido un plan estratégico para el periodo 2014-2017, que comprende “impulsar la partería como modelo autónomo para la atención materno-infantil accesible en México, regida por la Asociación como ente experta en el desarrollo de la profesión” (Alonso y Castañeda, 2014, p. 15).

Dado que se identificaron distintas problemáticas asociadas con la práctica de partería, entre las que destacan la escasez de estudios científicos sobre el tema, la carencia de escuelas suficientes que brinden la certificación, así como la persistencia de opiniones negativas sobre las parteras mexicanas, que es urgente erradicar, la AMP propone entre otras cosas:

En investigación: identificar los elementos que componen el modelo general de partería para visibilizar la necesidad de reconocer, profesionalizar y legitimar la partería en México. En difusión: fortalecer la presencia de la Asociación Mexicana de Partería entre actores sociales. En certificación: crear un

mecanismo de certificación legal representativa de la partería mexicana. En Pluriculturalidad: integrar a las parteras tradicionales en el proceso de certificación nacional (Alonso y Castañeda, 2014, p. 15).

En el ámbito mundial:

Los organismos internacionales han impulsado la integración de las competencias mínimas de la ICM [Confederación Internacional de Parteras, por sus siglas en inglés] como un marco internacional para poder definir que “una partera es una partera”. Esta frase implica que, a pesar de diferencias culturales, históricas, de práctica, ámbito y población, la ICM plantea que todas las parteras del mundo deben tener unas competencias mínimas de práctica. [Aunque] reconocen que cada país, región y ámbito clínico tendrá sus variantes y especificidades (Alonso y Castañeda, 2014: 15).

Partería comunitaria y medicina institucional

Como se ha dicho, la práctica de la partería sigue siendo común en Tahdziú. Muchas mujeres sienten mayor confianza al tener a sus bebés con la *x-ilah k’oha’an* que acudiendo al Hospital Comunitario de Peto. Entre otras cosas, refieren la imposibilidad de expresarse en español, y consideran que el gobierno las obliga a asistir a las clínicas y hospitales institucionales mediante los apoyos que les brindan vía los programas de ayuda social. Una mujer, entrevistada a través de una intérprete, comentó lo siguiente:

Es que las señoras de la actualidad, es como obligatorio que tienen que ir al Seguro, ya sea por el ultrasonido o por el laboratorio de sangre y tienen que ir; en cambio en aquel tiempo [cuando nació su último hijo] no era obligatorio, una vez que te daban la vacuna ya, en tu casa pasabas los nueve meses y así (Mujer maya de Tahdziú, entrevistada a través de Noemí, intérprete maya-español).

Esta mujer ha sido atendida por una de las parteras no certificadas de la comunidad, doña Digna,¹ quien atiende muchos de los partos en Tahdziú.

Dice que solamente cuando siente dolor de espalda, o algo así, le habla a Doña Digna. Que le parece muy bien en su casa, porque en la casa te atiende la partera bien, en cambio en el hospital pues no; te ponen suero y después te dan de alta. En el Seguro hay veces que solo ven que no nace el bebé y los doctores buscan lo rápido, y buscan hacer cesárea. Ella nunca tuvo ningún bebé en el hospital, nunca; tuvo cuatro partos, el primera (sic) parto fue un niño especial y falleció desgraciadamente, tres años vivió el bebé y falleció, era un varón, pero le tenían una válvula, y a los tres años falleció el bebé. Dice que cuando se enferma no va al Seguro, va con el doctor particular porque él sí habla la maya (Mujer maya de Tahdziú, entrevistada a través de Noemí, interprete maya-español).

La labor de la partera comienza cuando ya se nota el crecimiento del vientre de la mujer. A partir de entonces acudirá semanal, quincenal o mensualmente a casa de la embarazada a brindarle los masajes necesarios para su bienestar y para el sano crecimiento del feto. Durante la sobada, de alrededor de 45 minutos, la partera transmite información sobre el cuerpo, el embarazo y el parto. Cuando la partera ha sido capacitada por el sector salud también proporciona conocimientos sobre anticoncepción, uso de medicamentos y material de curación (Alfaro, 2009). La sobada que se brinda durante el embarazo es distinta a la que se da en el momento del parto y en el posparto. De acuerdo con una maestra de la UIMQROO:

La partera no hace como en los hospitales que hacen el tacto; ella simplemente toca la parte de la pelvis y siente si el hueso de la pelvis se está abriendo. Al momento de hacer eso, si siente que ya se empezó a abrir, empieza a calentar

¹ El nombre fue cambiado para garantizar, en la medida de lo posible, el anonimato.

su agua, soba a la persona, toca para ver si el bebé ya está en posición para que nazca. Si ya está en posición, prepara un té para que haga el mismo efecto que la oxitocina, el té de *pichoi*, y se lo da a la parturienta. También le hace un té de canela; la canela hace que le entre calor al cuerpo y sea más fácil expulsar al bebé, se lo da a la mujer para que sea más rápido el parto (Profesora asociada de la licenciatura en Salud Comunitaria, UIMQROO).

Después que la o el bebé ha nacido, la partera lo coloca en el pecho de su madre con la finalidad de que lo alimente e inicien su interacción; solo después la comadrona cortará el cordón umbilical con un filo o navaja, y le dará más *pichoi* a la mujer, al tiempo que proporciona otro masaje en el vientre para que la placenta sea expulsada de manera natural, y no como ocurre con la medicina institucional, en la cual se realiza una segunda manipulación dentro del útero a fin de extraer la placenta.

La partera tiene la función de atenderla hasta que nazca el bebé, hasta quemar el ombligo, lavar la ropa del bebé y de la señora, cocinar, la alimentación sana, con gallina de patio. Después, la placenta la coloca, si es niña, dicen que lo ponen debajo de la piedra donde está el fogón para que aprenda todas las labores que hace una mujer, desde trapear hasta cocinar. Cuando es niño se tira en el monte para que no tenga miedo de nada y para que trabaje en el monte (Profesora titular de la licenciatura en Salud Comunitaria, UIMQROO).

Muy distinta es la atención del embarazo y el parto en las clínicas y hospitales del sector salud, pues a las condiciones ya señaladas sobre el manejo del idioma, el pudor de las mujeres y la falta de conocimientos sobre la cultura maya por parte del personal médico, se suma la idea de que la medicina institucional siempre es mejor que la tradicional, y que a través de programas como Prospera o el Seguro Popular habrá salud para los pobres. Aunado a lo anterior, la formación médica en materia de derechos humanos, perspectiva de género y enfoque intercultural en salud es deficiente. Si bien es cierto que el embarazo temprano es hoy en día un problema social

y de salud en México, también lo es que los programas y estrategias gubernamentales deben considerar las enormes diferencias culturales existentes en nuestro país. En culturas indígenas las uniones entre personas muy jóvenes y el consecuente nacimiento de las y los hijos son sumamente valorados, muchas veces porque no existen condiciones para que las personas continúen en la escuela, y mucho menos en las universidades, y otras porque siguen haciendo falta manos para el trabajo en el campo o en la casa. Dicho sea de paso –pues no es el objetivo de este capítulo–, los elementos arriba mencionados son raramente tomados en cuenta al momento de definir una estrategia de acción para desalentar las uniones y los embarazos tempranos, y en ese sentido, tales propuestas están condenadas al fracaso. Mientras quienes atienden en el sector salud no comprendan a cabalidad qué factores culturales inciden en las decisiones de las mujeres para ser madres jóvenes, o no valoren ciertas prácticas, como la partería y sus contextos, poco será lo que se pueda hacer para lograr un mayor desarrollo humano en las personas.

Volviendo a las prácticas alopáticas, para el médico institucional de Tahdziú, el problema de la salud de las mujeres radica en que se casan muy jóvenes y tienen mucha descendencia:

Prácticamente de 15, 16 años, no le podría decir; supongo que robársela significa que se va con él un día, se va, según la muchacha se va a vivir con él y ya con eso basta para que el día siguiente ya se hagan los preparativos de la boda (Médico del centro de salud de Tahdziú; no hablante de maya).

Sobre el mismo tema, el médico que otorga consulta privada dijo:

Hay casos que, este eh, hasta con el registro civil se complica un poquito. A veces el esposo tiene 16 años y la esposa 14 o 15 años, es que la cultura aquí es que ya si aprendes a hacer la comida, ya sabes hacer tortillas a mano, y ya sabes las labores de la casa, ya, ya te puedes casar. Entonces aquí las niñas desde pequeñitas, trabajan con la mamá, van a moler, hacen tortillas, aprendiendo como se debe. Ya cuando aquí, si cumples 18 años y no te has casado,

ya te está dejando el tren y luego los varones en su caso también, por eso muchos truncan en la secundaria (Médico particular de Tahdziú; bilingüe, mayahablante).

Una trabajadora social del Hospital Comunitario de Peto, se refirió también a las uniones tempranas en el municipio de Tahdziú:

Se casan jóvenes, como a los 16, en cambio aquí [en Peto] hay muchas mujeres que no se quieren casar y mejor prefieren estudiar, ir a la universidad. Aquí es un poco diferente que en Tahdziú porque una mujer puede trabajar; aunque también hay mucho machismo (Trabajadora Social del Hospital Comunitario de Peto; no hablante de maya).

La tasa global de fecundidad, entendida como el promedio de hijas(os) nacidos vivos que tendría una mujer en su vida reproductiva, es 2.0 en el Estado de Yucatán y 3.1 en Tahdziú (INEGI, 2008). Aunque de acuerdo con un médico de la comunidad:

El promedio de hijos es como seis o siete hijos, o sea siguen teniendo muchos hijos, siguen teniendo muchos hijos; de hecho, personas jóvenes eh, las personas que han terminado su secundaria hace cinco años, por ejemplo, son las personas que dicen que quieren planificar, pero después de que tengan sus cinco hijos (Médico del centro de salud de Tahdziú; no hablante de maya).

Según el INEGI (2010) la Secretaría de Salud ofrecía servicios al 94% de la población y el 4.09% se atendía con el médico privado de Tahdziú. En una visita, en 2014, al centro de salud, el médico informó que auscultaba a un promedio de diez mujeres al día, quienes acudían a consulta como beneficiarias del programa Prospera, pero la mayoría se atendía con alguna de las seis parteras que trabajaban en el municipio. El personal médico institucional solo interviene cuando el parto se complica y las parteras los llaman. En esos casos, las mujeres son trasladadas al hospital de Peto.

Hay todavía hay un poquito de restricción en ese aspecto, cuando se embarazan solo llegan a la clínica cuando algo se complica, que hay un sangrado, por ejemplo en los tres meses, o que haya algún otro problema que no pueda atender la partera. Vamos, a veces, creo que hay muchas embarazadas que ni siquiera se han registrado en el centro de salud (Médico particular de Tahdziú; bilingüe, mayahablante).

En Tahdziú no es generalizada la utilización de métodos anticonceptivos; muchas parejas utilizan el llamado “método del ritmo”, y otras se esconden de sus esposos para utilizar, sobre todo, los inyectables. El médico del centro de salud comentó que se imparten pláticas y se entregan métodos a quienes lo solicitan, en virtud de que se deben cubrir las metas del programa Prospera para disminuir la tasa de fecundidad:

Aquí es muy fuerte el tabú a los métodos de planificación familiar, la gente se esconde, los utilizan, pero a escondidas. Bueno, tal vez ya no tanto, pero recuerdo que hace cinco años, cuando llegué, era a escondidas. Nos decían empieza a buscar en mi ámpula, así le llaman, mi ámpula, cuando estaban solicitando su método de planificación familiar. Algo curioso de acá es que las suegras se oponían, entonces las mujeres a escondidas de las suegras solían llevar los métodos. Dentro de las pláticas que forman parte del programa, se les trata de inculcar, se les trata de dar la educación, la información. La información exactamente en cuanto a métodos de planificación, y de hecho ha aumentado mucho la población que utiliza los métodos de planeación (Médico del centro de salud de Tahdziú, no hablante de maya).

El médico que otorga consulta privada aseguró que muchas mujeres prefieren ir con la partera y con las o los médicos tradicionales. Reconoce que la medicina tradicional tiene gran peso en la comunidad, pues además del tratamiento con hierbas, el yerbatero comparte los códigos culturales, el idioma y las costumbres de la gente. En cuanto a la renuencia de las mujeres para acudir al centro de salud, el médico institucional dijo:

Son muy arraigadas las costumbres que hay aquí en Tahdziú. Había una enfermera que conocía a muchas personas del municipio, y es ella quien me ayudó a ir poco a poco con ellas. No podía llegar ahí y hablarles de salud reproductiva, mencionando eh mm métodos de planificación familiar, si no, más bien, iniciando con los beneficios que trae esta, y después ofertando los métodos, es un ejemplo ¿no? (Médico del centro de salud comunitario).

Coexisten dos concepciones de la salud muy diferentes. Por un lado, el sistema de salud institucional preocupado por las metas numéricas de atención de la salud, es decir, por el porcentaje de personas que reciben tratamientos médicos y por la cobertura a nivel nacional, independientemente de la calidad que se otorgue. Con personal de salud poco calificado en cuanto al idioma y la cultura maya, con escasa sensibilidad para escuchar a sus pacientes y, en general, con la premura de terminar con una residencia impuesta por el sistema para poderse establecer en alguna ciudad del país. Por otra parte, un sistema tradicional de salud, para el cual lo que importa es el cuerpo-persona y su equilibrio, en función de mantener o recuperar la salud. Con parteras –muchas de las cuales no han sido certificadas institucionalmente– que han recibido conocimientos de manera empírica de parte de sus ancestros y brindan consejos, atención más humana y personalizada, preparan alimentos, lavan la ropa de la parturienta y disponen de la placenta de la manera en que fueron enseñadas.

En el fondo, no parecen ser sistemas irreconciliables, lo que hace falta es construir puentes que vinculen estos dos tipos de prácticas médicas. El enfoque intercultural de la salud es relevante, pero no basta con capacitar técnicamente a las parteras, sino también al personal médico institucional para que logre establecer diálogos con personas pertenecientes a las diversas culturas que conviven en México. Esta formación debería iniciar por la sensibilización para el aprendizaje de un idioma indígena, además de las prácticas culturales de la región, localidad, municipio o comunidad para comprender los mitos, rituales, valores y costumbres que prevalecen en el

lugar en el que ejercen su profesión, ya que ello resulta imprescindible si se quieren generar propuestas de intervención para disminuir el embarazo temprano y la mortalidad materna. La práctica de la partería deberá reconocerse –con todas sus implicaciones, usos y costumbres– pues de otra manera no se está acudiendo a un verdadero diálogo entre culturas, es decir, a una propuesta de salud intercultural. Al hablar de “integrar” a las parteras al sistema de salud institucional, no debemos pensar en una suerte de “asimilación”, por el contrario, habrá que resignificar la palabra para entenderla como la acción de unir, de sumar, a la manera de un encuentro entre sistemas de salud distintos. La partería debe ser reivindicada, valorada, apreciada y respetada, pues es una práctica ancestral que conlleva múltiples conocimientos sobre el ser humano, el funcionamiento de las partes y órganos corporales, y comprende una concepción del equilibrio persona-cuerpo anclada en el universo y la naturaleza. En esta visión holística de la medicina tradicional y de la partería, el ser humano no podría existir sin el equilibrio del cosmos y la biodiversidad.

La perspectiva de género es importante, pues nos permite comprender la manera en que los cuerpos adquieren significados culturales basados en la anatomía y fisiología. Si bien es cierto que el embarazo, el parto, el posparto y la lactancia implican procesos biológicos que ocurren solo en las mujeres, la crianza, cuidado y atención de las otras y los otros, atraviesan por condicionamientos de género; en ese sentido, los papeles sociales se hallan definidos por lo que se considera propio que realicen las mujeres, por un lado, y los hombres, por otro. Aunque se comentó que en la época de la Colonia existían parteros, y que en algunas localidades del sur de Yucatán todavía es posible encontrarlos, la partería ha sido una tarea básicamente femenina, y lo es no solamente porque el embarazo y el parto les sucede a las mujeres, sino, sobre todo, porque es un trabajo dedicado al cuidado (actividad considerada femenina), pero que además, por el contexto en que se practica (la casa) es una profesión muy mal pagada, a diferencia de la carrera

de medicina que se ejerce en una institución y con un salario, lo que implica un pago mucho mayor. La formación en perspectiva de género (que debería brindarse de manera permanente al personal de salud) es necesaria también para comprender por qué, en ciertos espacios culturales, las mujeres son confinadas a ámbitos domésticos y al cuidado de la familia, y para entender también cómo el “eterno binario” (mujer-hombre, femenino-masculino, privado-público, adentro-afuera, pasiva-activo, maternal-no maternal, etcétera) construye sujetos definidos de acuerdo con el sexo biológico, en virtud de la concepción de la dualidad complementaria, sin la cual no sería posible la existencia humana. Esa representación de complementariedad vigente en culturas indígenas, y presente en el universo (Sol-Luna), la naturaleza (día-noche), el ser humano (hombre-mujer), e inclusive en las deidades prehispánicas, en las cuales existía, muchas veces, un principio femenino y otro masculino, justifican la distinción jerárquica entre las mujeres y los hombres, sus diferentes lugares de actuación y la sumisión de unas a otros. Explica también el ejercicio de la sexualidad solo para la procreación, pues esta es vista como un regalo de las deidades desde tiempos ancestrales. En ese sentido, no es de extrañar que las niñas esperen a tener 15 años para casarse y ser madres. Ello no significa que no se deba hacer algo al respecto; quienes diseñan políticas públicas podrían ver un poco más allá de su escritorio y proponer estrategias de acción acordes a las condiciones sociales, económicas y, sobre todo, culturales de cada sector de la población mexicana.

Por otro lado, es pertinente incorporar un enfoque desde los derechos humanos en el abordaje de la práctica de la partería, pues las mujeres que ejercen esta actividad son personas con derechos que deben ser respetados. En ese sentido, se vuelve a ubicar en el primer sitio al idioma materno, en este caso maya yucateco, pues resulta de vital importancia que quienes ofrezcan formación y capacitación sobre técnicas occidentales de salud reproductiva a las parteras de la región, se desenvuelvan en maya. Este debería ser el primer

derecho humano a enarbolar. Por otra parte, si se pretende que la partería recupere fuerza en el país, con miras a atender a innumerales mujeres que no son cubiertas por el sector salud, y dado que el Estado invertirá menos en salarios de personal médico y enfermeras, e inclusive en infraestructura, se debería considerar un pago gubernamental a las parteras, independientemente de la cantidad simbólica que reciben de parte de las familias de las parturientas, a saber, entre 300 y 1000 pesos por alrededor de seis meses de trabajo. Segundo derecho humano: un pago digno por un trabajo igual de digno que el del personal médico institucional. Es pertinente abordar un derecho más –aunque sin duda podríamos hablar de otros– el derecho a la integridad de la persona, el cual atraviesa por el respeto y el reconocimiento que se debe conferir a las mujeres que ejercen la partería, y dejar de considerarlas como personas que utilizan brebajes, inciensos, tecitos y trapos en ambientes insalubres, para así dignificar esta práctica médica tradicional.

CONCLUSIONES

Como se ha visto en este capítulo, la práctica de la partería ha obedecido a las estrategias de política pública en salud planteadas en diferentes momentos históricos. La crisis por la que atraviesa la prestación de servicios de salud institucionales, ha vuelto de nueva cuenta la mirada hacia las parteras, pues ellas podrían representar un alivio en términos de la cobertura nacional de atención del embarazo y el parto; no obstante, hay mucho trabajo por realizar. Si bien es relevante capacitar a las parteras para mejorar la calidad técnica de la atención que brindan y fortalecer sus competencias, e identificar los elementos del modelo con la finalidad de reconocer, profesionalizar y legitimar la partería (Confederación Internacional de Parteras y la Asociación Mexicana de Partería, 2014), también es necesario crear las condiciones para la integración de las parteras tradicionales en un sistema de salud que las tome en cuenta, y que

tenga como principios rectores la interculturalidad, el enfoque de derechos humanos y la perspectiva de género.

Habría que estimar el liderazgo y el papel de las parteras rurales, ya que podrían representar un enorme apoyo en los programas de acción del gobierno federal, como la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (Enapea, 2015) y la Agenda Sectorial para la Educación Integral de la Sexualidad, promovidas por el poder ejecutivo (2012-2018).

Su certificación podría incluir sensibilización en perspectiva de género y enfoque de derechos humanos, capacitación sobre el uso de tecnologías anticonceptivas y de prevención de ITS en jóvenes, y gestión de un modelo de planeación educativa para niños, niñas y jóvenes, a través del cual se pudiera acompañar la toma de decisiones informadas con relación a la vida futura: qué se quiere, en qué momento, cómo lograrlo; qué y por qué estudiar; cómo manejar la violencia, por ejemplo en el noviazgo; promoción del liderazgo en las niñas y las jóvenes, etcétera. Con esta formación, las parteras podrían erigirse como figuras de autoridad moral frente a madres, padres, familia en general, comunidad en su conjunto y, sobre todo, ante las y los jóvenes indígenas, teniendo la seguridad de que se respetarían las ideas, valores, usos, costumbres y entramado sociocultural de las comunidades en las cuales se llevara a cabo este tipo de intervenciones, pues quienes impartirían los cursos-talleres serían las mismas mujeres de la comunidad, es decir, las parteras.

Cabe aclarar que con “respeto al entramado cultural de las comunidades indígenas” no se pretende comunicar visiones idealizadas de las concepciones culturales ancestrales; las indígenas padecen desigualdades de género de maneras diferenciadas –en relación con mujeres de otros contextos étnicos, regionales y de clase social– que las llevan a casarse a corta edad, con hombres que, por lo regular, son mayores que ellas. Muchas veces, no toman decisiones propias sobre el número y espaciamiento de sus vástagos; la familia de ascendencia y por afinidad (sobre todo, suegras) controlan sus acciones, movimientos e ideas, y los varones (padres, hermanos,

esposos e hijos) deciden por ellas. Además, en general, poseen una escolaridad menor y aunque trabajan fuera de casa, en numerosas ocasiones no reciben un salario. Por todo esto, sería oportuno brindar formación y capacitación a parteras en temas de igualdad de género y derechos humanos, para que a su vez los hicieran llegar a las mujeres de sus comunidades.

Finalmente, también habría que considerar las necesidades de las mujeres durante el parto, ya que siguiendo los procedimientos institucionalizados, la parturienta es acostada en una camilla, teniendo más en cuenta “la comodidad” de quien la atiende que la de ella; cuando es sabido y mencionado por mujeres que han tenido hijas(os), que es más efectivo dar a luz en cuclillas o, incluso, de pie. Estas prácticas de parto son comunes en muchas comunidades indígenas del país, aunque tienden a desaparecer debido al predominio de la medicina institucional. Ojalá que la capacitación de las parteras rurales no contribuya a anular sus sabios procedimientos y, en cambio, propicie: que se revalorice la partería tradicional en beneficio de los alumbramientos, y los nuevos conocimientos adquiridos apunten a mejorar la salud reproductiva y la igualdad entre las mujeres y los hombres en contextos indígenas.

REFERENCIAS

- Alfaro, A. (julio, 2009). Embarazo y parto en las mujeres mayas. *Revista Gaceta Bengala* 47. Recuperado el 21 de agosto de 2015 de http://saladeprensa.uqroo.mx/gaceta/47/pag_52_a55.pdf
- Alonso, C. y Castañeda, A. (junio, 2014). Análisis y recomendaciones para el fortalecimiento de la partería en México, *Asociación Mexicana de Partería A. C.* Recuperado el 21 de julio de 2016 de http://www.asociacionmexicanadeparteria.dreamhosters.com/wp-content/uploads/2015/03/analisis_de_la_situacion_de_la_parteria_en_mexico.pdf
- Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (2014). *El estado de las parteras en el mundo: oportunidades y retos para México*, OPS, OMS, UNFPA y Comité Promotor por una Maternidad Segura en México. Recuperado el 21

de julio de 2016 de http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/Las_parteras_del_mundo.pdf

- Enapea (enero, 2015). Estrategia Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes. Gobierno de la República. Recuperado el 12 de septiembre de 2016 de http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/55979/ENAPEA_0215.pdf
- Good, M. (junio, 1997). Parteras en Mérida. Una alternativa a la cesárea innecesaria. En *Revista Salud Problema, Nueva Época, No. 2*. Recuperado el 15 de julio de 2016 de http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=6&tipo=ARTICULO&id=1452&archivo=4-103-1452rrh.pdf&titulo=Parteras%20en%20M%C3%A9rida.%20Una%20alternativa%20a%20la%20ces%C3%A1rea%20innecesaria
- Güémez, M. (1997) De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar: el proceso de incorporación de las parteras empíricas yucatecas al sistema institucional de salud. *Cambio cultural y resocialización en Yucatán*. Recuperado el 20 de junio de 2016 en <http://www.mayas.uady.mx/articulos/comadronaspromotoras.html>
- Güémez, M. (junio, 2000). La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas. *Revista Mesoamericana*. Recuperado el 2 de julio de 2016 de <http://www.mayas.uady.mx/articulos/concepcion.html>
- INEGI, (2008). Estadísticas a Propósito del Día Mundial de la Población. *Datos de Yucatán*. Recuperado el 20 de agosto de 2015 en <http://www.inegi.org.mx/>
- INEGI, (2010). Tabulados básicos. Censo Nacional de Población. Recuperado el 20 de agosto de 2015 de <http://www.inegi.org.mx/>
- Nájera, M. (2000). La procreación y el desarrollo embrionario. En M. Nájera, *El umbral hacia la vida. El nacimiento entre los mayas contemporáneos* (p. 35-46). México: Programa de Maestría y Doctorado en Estudios Mesoamericanos, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México.