



Partería y medicina alopática en Yucatán:
Hacia un modelo intercultural de
atención a la salud reproductiva

Miguel A. Güémez Pineda

INTRODUCCIÓN

Este artículo fue realizado expresamente para los fines didácticos de este cuaderno y constituye una síntesis revisada y actualizada de tres trabajos que sobre el tema he publicado.¹ Por una parte destaca las maneras de pensar y actuar de las parteras y mujeres mayas con relación al ciclo reproductivo, es decir cómo recrean las prácticas en torno al cuerpo, la maternidad, la enfermedad y el dolor; por otra parte propone a los grupos y profesionales que trabajan para y con ellas nuevas formas de integración y colaboración con los sistemas alopáticos y tradicionales de atención a la salud buscando atenuar las desigualdades sociales en un marco de respeto y solidaridad.

Nuestro enfoque privilegia un modelo social de nacimiento en donde el embarazo y el parto son entendidos como eventos eminentemente bioculturales y la ginecología, de manera particular, pueda desempeñar de manera eficaz su papel de apoyo, antes que uno dominante. De hecho, no han sido pocos los investigadores (antropólogos, sociólogos, psicólogos, incluso médicos), que han estudiado las limitaciones del conocimiento obstétrico en cuanto a saber cómo apoyar de manera óptima a la mujer durante el trabajo de parto, debido a que el aparato médico estatal depende considerablemente de intervenciones tecnologizadas cuyos resultados no son comprobables o bien a veces resultan ineficaces en el proceso de embarazo-parto (Murphy, 1999:5). Para el caso yucateco pueden verse los trabajos hechos por Favier, 1984; Jordan, 1993; Richardson, 1995; Good Maust, 1995; Güémez; 1997.

Nuestra perspectiva proviene de la antropología médica y la etnolingüística y se centra en los aspectos bioculturales y lingüísticos del ciclo vital del maya yucateco, aún poco entendidos por los practicantes de los sistemas modernos, biomédicos, alopáticos y/o hegemónicos de salud. Se destacan algunas diferencias entre dos sistemas de salud que han originado choques culturales y barreras lingüísticas y de comunicación que sistemáticamente afectan a las mujeres de los sectores rurales y que son vistos como prejuicios a su modo de ser. Existe, como señalan Arnold y Yapita, una incompreensión mutua en cuanto a las ideas sobre la concepción, el desarrollo del feto, la anatomía del cuerpo humano y del cuerpo espiritual del paciente (1999: 23).

Tanto la historia natural como la social conciben al cuerpo humano y al proceso de salud-enfermedad y atención como campos en permanente transformación y existen claras evidencias de los cambios ocurridos en las prácticas médicas denominadas

¹ “De comadronas a promotoras de salud y planificación familiar: el proceso de incorporación de las parteras empíricas al sistema institucional de salud” publicado en 1997; “La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor (2000); y “De la hegemonía a la subordinación obligatoria: visiones del pasado y el futuro de la partería en Yucatán, México” (2002).

tradicionales (métodos terapéuticos, medicamentos y material de curación). Sin embargo lo que no parece alterarse significativamente son las explicaciones ideológicas que los mayas yucatecos dan a sus padecimientos, a la manera de concebir el cuerpo y su funcionamiento, al dolor y a la muerte, y aunque sus interpretaciones sean variadas, aún corresponden a la lógica de sus valores culturales. Este trabajo constituye una pequeña muestra del vasto saber que los mayas yucatecos poseen en torno al nacimiento y la corporalidad, de suma importancia para aquellos que crean y dirigen las políticas de salud materno infantil en contextos indígenas.

ÁMBITO DE ESTUDIO

La información aquí contenida proviene principalmente de un proyecto de investigación realizado en la comunidad rural de Tzucacab al sur del estado, en el centro de la Península, donde habitan 9,242 personas, la mayoría de los cuales (63.5%) es hablante de lengua indígena (INEGI, 2001). A pesar de la expansión de las prácticas médicas hegemónicas (oficial, privada y farmacológica) estimamos que cerca del 80% de las mujeres de esta localidad son atendidas por la partera o comadrona durante el embarazo y aproximadamente el 40% durante el nacimiento, aunque esta cifra tiende disminuir. En las comisarías y parajes más alejados los porcentajes son más altos (Güémez, 2000). Y, al igual que otras localidades de la región, los curadores locales aún son demandados por los pobladores e interactúan de manera dinámica con los médicos alópatas y el personal de salud: enfermeras y promotores.

Hoy día en la cabecera municipal existe un Centro de Salud de la Secretaría de Salud (SSA) que teóricamente cubre a población rural marginal no contemplada en el IMSS o ISSSTE; una Unidad Médica de Hospitalización del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que atiende a población asegurada y derechohabiente y tres consultorios médicos privados. La atención médica de segundo nivel se ofrece en el Hospital Regional del IMSS-Oportunidades en la localidad de Oxkutzcab, situada a 45 kms. de Tzucacab. Asimismo, existen diez parteras activas: ocho controladas por el sector salud y dos independientes (un partero y una partera), dos reconocidos sobadores y tres curanderos. Uno de estos últimos es el responsable del Centro Local de Desarrollo de la Medicina Indígena Maya, dependiente del Consejo Regional “Jacinto Pat” de la Organización de Médicos Indígenas Mayas de la Península de Yucatán (OMIMPY).

“ENFERMEDAD” Y CICLO REPRODUCTIVO

Hasta hace algunos años los embarazos de las mujeres mayas se sucedían con intervalos intergenésicos cortos. Existían –y aún existen– mujeres que “no veían su regla” por muchos años, es decir que gran parte de su vida transitaba entre el embarazo, el puerperio y la lactancia. Conocimos mujeres que durante su vida reproductiva tuvieron experiencias diversas: partos normales, autoatendidos o con la ayuda de la partera; abortos accidentales y complicaciones puerperales; cesáreas y/o que ahora utilizan un dispositivo intrauterino o están ligadas.

Las formas de enfrentar el embarazo y el parto varían según la historia, el contexto socioeconómico y la ubicación geográfica. En el campo solas, con la ayuda de otra mujer, del esposo, de la partera y/o del médico. Si profundizamos en el estudio del embarazo y del nacimiento en las comunidades indígenas, es posible concluir que se está en presencia de un tema de amplio dominio popular, lleno de connotaciones de diverso tipo, pero especificado y coherente.

Algunos de los riesgos y complicaciones percibidos por la población durante el embarazo y el parto en la zona de estudio fueron, desde aquellos denominados

factores biomédicos, condicionados por los antecedentes biológicos, hereditarios, que privilegia la práctica médica: estrechez, hemorragias, flujos, amenazas de aborto, preeclampsia, eclampsia, la edad por sí misma como factor de riesgo, placenta previa; determinados riesgos asociados a *factores sociales*: el maltrato, la conducta del varón como factor de riesgo, la desnutrición materna, la debilidad, el trabajo excesivo y los accidentes domésticos, entre otros, hasta aquellos riesgos atribuidos a *factores culturales* como el consumo de determinados alimentos de calidad “fría”, las aves de mal agüero, los sueños y “el mal aire”, entre otros. Es importante señalar que tanto los factores sociales como los culturales son prácticamente secundarizados o ignorados por la medicina alopática y que, sin duda, aumentan la probabilidad de resultados adversos para la madre y/o el niño. (Güemez, 2003).

En décadas pasadas, cuando los índices de mortalidad por parto o por complicaciones puerperales eran altos² era común cuando se aproximaba la fecha del nacimiento que las mujeres dijeran de otras o pensaran de sí mismas: *Ay Dyos, óotsil le xch'úupala' junts'iit yooke' yaan yóok'ol kaab, junts'iit yaan ti' muuknal*. “Ay Dios, pobre mujer, está con un pie aquí en la tierra y con el otro en la tumba”. Esta expresión aún tiene vigencia en algunas comunidades rurales aisladas. El embarazo en sí mismo y la proximidad del parto constituye un riesgo de muerte, es decir para una mujer maya embarazarse puede significar morir, por lo que han construido un conjunto de representaciones y prácticas para enfrentarla. Su saber es dinámico, se transforma y se apropia del saber que la biomedicina ha puesto a su alcance a través de sus representantes, pues resuelve algunos de los problemas de salud que aquejan a la población. Las mujeres y hombres mayas reconocen que las mujeres que morían durante el embarazo o el parto, ahora tienen probabilidades de sobrevivir, sobre todo si los centros de salud están al alcance; en donde, aunque se les violente en sus pudores, les pueden salvar la vida y evitarles largas horas de sufrimiento.

No podemos negar que las circunstancias bajo las cuales se da la reproducción biológica de las mujeres campesinas en el medio rural yucateco, más aún en localidades aisladas, no son siempre las mejores y más apropiadas (bajos ingresos, baja escolaridad, malas condiciones de vivienda, elevada fecundidad, y desnutrición de la madre que pueden provocar complicaciones y bajo peso al nacer, entre otros). Muchas veces, las condiciones del traslado o derivaciones de emergencia se demoran, situación que prolonga la agonía de los enfermos y parturientas que presentan complicaciones.

CICLO REPRODUCTIVO Y USO DE EUFEMISMOS

Las concepciones del cuerpo humano y su funcionamiento se transforman o se van perdiendo. Así, las que Villa Rojas (1980) halló en Yucatán a fines de los años cincuenta no son las que operan hoy día. Para los mayas yucatecos contemporáneos (*maaya wiinko'ob*) el cuerpo o *wiinkil* esta formado por *bak'* o carne, *baak* o hueso y *óol* o energía moral, estado de ánimo, “corazón” no material.³ Los conceptos acerca de los órganos internos son a menudo difusos y en ocasiones rebasan en mucho lo que nosotros inicialmente considerábamos. Una idea arraigada en la población maya yucateca es la idea de la movilidad de los órganos internos del cuerpo, los cuales,

² Según los Servicios de Salud de Yucatán, la tasa de mortalidad materna ha disminuido de 9.5 (por mil nacidos vivos) en 1980 a una de 5.3 para 1995. En el 2004 esta cifra descendió a 3.8 por ciento. Yucatán se ubica actualmente como una entidad con mediana mortalidad materna.

³ La importancia atribuida al “corazón” no material *óol* se percibe en la terminología que cubre los campos de vitalidad, afección, memoria, voluntad, emoción, etc. A raíz de este vocablo se derivan innumerables estados físicos y emocionales: *ki'imak óol*, alegría, regocijo; *yaj óol*, preocupación o depresión; *jáak' óol*, susto o sobresalto; *sa'atal óol*, pérdida de la memoria; *ok'om óol* para denotar tristeza, melancolía; *ma' óol*, desgano, decaimiento; *ko' óol*, excitación; *lep' óol*, ánimo, animación; etcétera.

pueden salirse de su lugar ocasionando diversas molestias y enfermedades por lo que necesitan reposicionarse (Véase Quattrocchi, 2005). Un claro ejemplo de esto es la dislocación del *cirro* o de los órganos de la reproducción que se desencajan después del nacimiento y que requieren ser regresados a su lugar mediante sobadas.

En el ambiente rural yucateco de la actualidad se emplean un conjunto de eufemismos o terminología indirecta para designar los órganos de la reproducción humana, las relaciones sexuales y las diferentes etapas del ciclo reproductivo. Por ejemplo, aunque conocen la terminología para denominar el periodo menstrual (*éemel k'i'ik'el* o “bajada de la sangre”) usan la expresión *ts'o'ok u yéem u k'oja'anil* “ya le bajó la enfermedad” o en su defecto dicen *ts'o'ok u yilik u nook'* “ella ya vio su trapo”. Asimismo en vez de valerse de expresiones que describen lo que en realidad está ocurriendo: *yo'om* (embarazo, embarazada) utilizan *k'oja'an ti' chaampal* “ella está enferma de un niño”. Para la etapa inmediata al nacimiento se emplea la expresión *ts'o'ok u tóojtal u yóol* “ella ya se alivió”, en el sentido de haber adquirido una enfermedad, ideas muy similares a los conceptos europeos. No obstante, aún se conoce y emplea la expresión *síjil* “nacer”. Así, para expresar que un niño está naciendo se dice: *tun síj le paalo'* “está naciendo el niño” o la expresión *tun yaantal u yaal* “está teniendo a su hijo”; si ya nació se dice: *ts'o'ok u síj le paalo'*, pero ya no utilizan el verbo *aalankil* para denominar la acción de parir, sino más bien para calificar a las mujeres parideras *leti'e' x-aalankil* “ella es añera” o “mujer que pare cada año”. Es clara la diferencia que se establece para el proceso nacer-parir: la mujer pare, el niño nace.

Probablemente la condición de estar embarazada, con la suspensión del flujo menstrual y los cambios fisiológicos (presencia de náuseas y vómitos, abultamiento del vientre y de los senos, percepción de movimientos fetales, así como el comienzo de la secreción de leche materna) experimentados por la mujer en las diferentes etapas de la gestación, sea concebido en términos de una “enfermedad”. Pero también podríamos preguntarnos si históricamente las mujeres mayas experimentaban sus embarazos y nacimientos como una suerte de enfermedad como sus contrapartes europeas. Casi podemos afirmar que el uso de dichos eufemismos se deba a influencia occidental, ya que ni las fuentes coloniales y diccionarios mayas reportan las expresiones eufemísticas usadas hoy día, sino otros términos casi en desuso y aplicados casi exclusivamente a los animales. Por ejemplo *yo'om* para denotar el embarazo de un animal hembra *yo'om le peek'a'* “la perra está embarazada”. Sin embargo alguna vez hemos escuchado la expresión *ts'o'ok u yo'omta in páamilia* “mi esposa se embarazó”. Aquí se emplea el término *in páamilia* “mi familia” para referir a la esposa, en vez de la voz maya *in watan* “mi esposa”. Muy común en toda la península yucateca. Es frecuente aún escuchar la expresión maya *ts'o'ok u chíikpajal u nak'* “ya asomó la barriga” para denotar el inicio del embarazo. Por un lado se puede traducir la palabra *nak'* como “barriga” o *chuun nak'* como “tronco de la barriga”; pero el mismo término tiene los significados de “vientre” en el sentido de la ubicación del feto (*la paalo' tu nak' u na' yaan*) y de “estómago”. Es decir, el término maya parece no distinguir la diferencia anatómica entre el sistema digestivo y reproductivo del cuerpo humano.

Las predicciones para determinar el sexo del bebé son frecuentes y universales y son realizadas por las comadronas o por algunas mujeres de la familia. En Yucatán estas predicciones están mayormente relacionadas con las actividades y la apariencia de la embarazada: que la mujer tenga un vientre grande y acentuado; que su vientre se abulte más hacia la derecha que hacia la izquierda. Se piensa en un hijo varón si la barriga de la embarazada es más sobresaliente y es cónica, es decir “de punta”; y en una niña cuando la barriga es chica y redondeada. En algunos lugares se cree que la luna influye en el sexo, etcétera.

Aunque en la actualidad se emplean dichos eufemismos, con connotaciones patológicas, para las mujeres campesinas el embarazo y el nacimiento son eventos que se dan como algo normal y como parte de su cotidianidad. Así, el embarazo no

rompe el esquema de su vida diaria, pues sus labores domésticas y otras actividades laborales no se interrumpen. El parto se da en un ambiente familiar y transcurre sin cambios importantes y muchas asumen el dolor como algo normal, pasajero y como parte inherente de los eventos cíclicos de su vida.

En el contexto del uso de eufemismos resulta pertinente destacar las nociones de privacidad y respeto de la gente maya yucateca. Así cuando se refieren a las partes íntimas del cuerpo humano y las relaciones sexuales emplean términos indirectos y metáforas para salvaguardar el pudor femenino. Dicen, por ejemplo, *u ba'al* "su parte", *u táan* "su frente" para designar a los genitales femeninos en vez de *peel* "vagina" o usan locuciones reflexivas para dar por entendido a qué se refiere: *k'abéet a p'o'kabaj* "Necesitas asearte [los genitales]". En lo que toca al acto sexual, coito o *ts'iis* también emplean un conjunto de metáforas, sobre todo para referirse a las relaciones sexuales extramaritales: *yaan ba'al u yil yéetel*, es decir "tiene algo que ver con él/ella". Algunas personas señalan que "sólo la gente vulgar usa los términos directos".

En la etnoanatomía maya los órganos reproductores reciben una diversidad de nombres, por lo general, metafóricos. Denominan *peel* a la parte externa del aparato reproductor de la mujer. No hemos encontrado en ninguna región de Yucatán, ni en ninguna fuente, vocablos para matriz, ovarios, trompas y útero, se denominan con voces prestadas del español. La placenta (*ibinil*, en maya yucateco colonial) junto con el cordón umbilical (*táab*) se conoce hoy día como *paares*.⁴ Algo similar ocurre con el aparato reproductor masculino: se conocen los órganos externos: *keep* o sus sinónimos *toon* o *xiibil* para denominar al pene y *ye'el keep* para los testículos. Sin embargo se desconocen los órganos internos. Como puede observarse, los órganos de la reproducción humana, los temas referidos a la sexualidad, las partes íntimas del cuerpo, el periodo menstrual, y las diferentes etapas del ciclo reproductivo son referidos con un lenguaje metafórico, sobre todo por las mujeres, a menos que se quiera expresar de una manera vulgar, faltando al pudor. Según Richardson el concepto de vergüenza, literalmente entendido como pudor, determina lo vivido por las mujeres en el dominio de la sexualidad y de todo lo que la atañe. En América Latina tener vergüenza es de importancia capital. Las palabras y el comportamiento deben testimoniar el pudor en todos los niveles y las actividades femeninas están en gran parte influenciadas por la necesidad de conformarse a esta norma (1995:199).

LAS PARTERAS... EXPERTAS LOCALES

En los diferentes momentos históricos el embarazo y el nacimiento han sido atendidos predominantemente por mujeres, es decir por parteras o comadronas. La participación de varones parteros ha sido mínima.

⁴ La voz "paares" se define como "Término anatómico. Masa carnosa y esponjosa, que se forma y congela en vientre de la mujer preñada, de donde nace la cuerda umbilical, por la cual está unida y atada al feto. Se divide en dos partes iguales por cuyo motivo en el uso común de hablar se llaman paares". Diccionario de Autoridades, 1990:116, 286.



Actualmente el rango de especialización de los expertos locales en salud materno infantil son: *xyeet'* o *xyoot'*, términos empleados para denominar a las sobadoras y *jpaats'* para los sobadores que atienden problemas óseos, traumatismos y torceduras. Para la partera se usan las expresiones *x-k'am chaampal* (mujer que recibe al niño) o *x-ilaj k'oja'an* (mujer que atiende a la "enfermas"), expresiones que más bien describen la práctica. Asimismo emplean neologismos como *x-páartera* o *koomadrona* comúnmente empleados en el área mesoamericana. El vocablo *x-alansaj* para denominar a las parteras indígenas perdió vigencia a fines del periodo colonial. Good Maust (1997:21-33) prefiere designarla como "partera yucateca", porque si bien es indudable que la mayoría habla maya y son "mestizas" –en el sentido yucateco de nombrar como mestiza a la mujer maya–, hay un porcentaje significativo de parteras que no habla maya y tampoco se consideran "mestizas". Hablen una, otra o ambas lenguas, todas son yucatecas... aunque en la mayoría de los trabajos antropológicos se hable de la "partera maya".

En el ambiente rural yucateco, incluso en algunas zonas urbanas, pueden existir distintos tipos de parteras: desde aquellas que únicamente atienden los partos que ocurren en el ámbito familiar o vecinal hasta las que han alcanzado un prestigio más allá de su localidad y son solicitadas para atender partos de inmigrantes en grandes ciudades y en la costa. A su vez, pueden tener distintas especializaciones: *partera-curandera* o yerbatera (que cura diversos síndromes de filiación cultural: el mal de ojo, caída de mollera, susto, malos aires); *partera-sobadora* (que aplica sobadas pre y postnatales o para componer el *cirro*); designaciones que aluden a la pluralidad de actividades de un mismo terapeuta. En contraste con esta imagen, los programas de planificación familiar y, en general, el adiestramiento oficial otorgado a las parteras, ha

dado lugar al surgimiento de otros tipos de terapeutas populares: la *partera-pastillera* (que designa a la partera que promueve la planificación familiar y distribuye a las usuarias pastillas anticonceptivas); la *partera-boticaria* (que emplea medicamentos de patente en el proceso curativo); o la *partera-rural*, *partera-adiestrada*, *partera-líder*, etc. adjetivos que aluden al entrenamiento institucional. (Véase Mellado, Zolla y Castañeda, 1989). Para reconocer el trabajo de las parteras, el sector salud instituyó el 18 de junio como el *Día Nacional de la Partera Rural*, fecha en que se llevan a cabo diversas actividades sociales: convivios, sorteos y entrega de reconocimientos. Aunque ha descendido el número de parteras, los Servicios de Salud en Yucatán reportaron en enero de 2006 la existencia de 735 parteras adiestradas en todo el Estado (SSY, 2006).

LA ATENCIÓN TRADICIONAL DEL EMBARAZO O YO'OM

A diferencia de las sociedades urbanas, el embarazo no constituye, por el solo hecho de manifestarse, un motivo de consulta médica, al menos durante los tres primeros meses. El diagnóstico del embarazo se lleva a cabo casi siempre en el ámbito doméstico con la intervención de las mujeres adultas. La partera o el médico solamente lo confirman. La preñez es vista como algo natural, cotidiano, coherente con la lógica de la reproducción que anima la vida alrededor del hombre; además de que gran parte de los cuidados los brinda la medicina doméstica con técnicas y recursos caseros.

Los síntomas y molestias que presentan las embarazadas dependen de la etapa de la gestación. Durante el primer trimestre los problemas más comunes son las náuseas y los vómitos o *xéej*. Luego aparece la hinchazón de los pies (*chuup ook*) y pérdida de apetito e incluso el dolor de cabeza (*chi'ibal pool*), de estómago (*ch'otnak'*), fatiga y somnolencia. No obstante, ninguno de los malestares anteriores, ni el dolor de espalda (*kanpaach*) del que se quejan con frecuencia les impide trabajar, a pesar de las recomendaciones hechas por las parteras. Incluso los dolores de espalda o dolores de cabeza pueden considerarse como inherentes al proceso, a menos que se tornen graves o se agudicen que es cuando demandan la ayuda del médico y/o la partera.

Para aliviar dichos malestares las mujeres acuden con las parteras locales para ser sobadas. La costumbre de sobar o *yeet'* es una práctica terapéutica ancestral muy valorada y de vital importancia para prevenir complicaciones y establecer la posición fetal. Sea que controlen su embarazo o planeen el parto con los médicos institucionales o privados, sean católicas, presbiterianas o mormonas, casi todas las mujeres acuden a la partera prácticamente desde el tercer mes de embarazo. Las mujeres de los estratos medios y altos lo hacen más esporádicamente, pero lo hacen al menos dos veces (Güémez, 1998: 56). Las sobadas se aplican por todo el cuerpo con la finalidad de relajar los músculos, aliviar la incomodidad y los dolores de espalda. En la sesión de masaje, la embarazada se tiende boca arriba sobre un cobertor colocado en el piso con una almohadilla en la nuca y otra en la espalda. Para tallar la espalda, la embarazada se pone boca abajo si está en los primeros meses, pero si está en la etapa final de la gestación se acuesta de lado para que la partera pueda sobar. La partera palpa el vientre para localizar la cabeza del niño y determinar su posición. Si esta posición no es la correcta, con movimientos precisos y firmes y ayudada por ambas manos, trata de desplazarlo mediante un movimiento giratorio en dirección de la posición adecuada. Una partera experta es capaz de subir, mediante sobadas, al niño cuya posición es demasiado baja y causa a la madre presión sobre la vejiga y dificultades para caminar. Es importante señalar que, además del efecto relajador y alivante de la sobada, toda la actuación de la partera, su presencia, discurso y técnica encierran una connotación de tranquilidad, de apoyo y de afecto que contiene una eficacia en términos de disminuir la angustia que el embarazo y la

proximidad del parto encierran, especialmente en las primerizas (Aguirre B., 1980 citado por Módena, 1987:199).

Aunque la mayoría de las mujeres entrevistadas en Tzucacab afirmó sentirse bien después de la sesión de la sobada, de no sentir molestias en el vientre y en la espalda y de estar más relajadas y satisfechas, algunas mujeres jóvenes primerizas opinaron que la sobada es dolorosa, especialmente en los primeros meses. Otras señalaron que lo hacían más “por costumbre” o por insistencia de sus mamás y abuelas.

A fines del embarazo la sobada permite a la comadrona establecer la fecha probable del nacimiento y detectar la posición fetal. La posición adecuada al nacer es de cabeza hacia abajo (*chiinchin pool*), aunque suelen presentarse partos en que el bebé viene sentado (*kulukbaj*); atravesado (*k'atak baj*) o en el que la mano (*k'ab*) o los pies (*ook*) son los primeros en salir aumentando las dificultades. Una partera experimentada de Tzucacab recomienda, en caso de que venga de pie, introducir el dedo índice en el canal vaginal para bajar (acomodar) la barbilla y dar paso a la cabeza. Así, se evita que el bebé se desnude al momento de nacer. En la actualidad, a pesar de las recomendaciones hechas por los médicos, las parteras aún proceden a corregir la posición fetal dentro del útero en la etapa final del embarazo. Algunas parteras controladas por la Secretaría de Salud (SSA), derivan los embarazos y partos considerados de alto riesgo a las unidades médicas para ser atendidas.

La mujer maya cada vez acude con mayor frecuencia al médico para el control de su embarazo, como condición para ser atendida por la partera. En Tzucacab se estima que el 90% de las mujeres recurre al médico durante el embarazo. Este requisito representa un dilema, pues muchas se resisten a enfrentar la consulta y la auscultación médica. El pudor les hace vacilar para recurrir al médico, aunque cada vez más mujeres mayas lo aceptan. Con la comadrona no enfrentan tal incomodidad; pues como mujer, puede palpar y sobar sin sentirse ofendidas. La ruptura de los valores indígenas es real. Hay formas de resistir la atención del embarazo y el parto en el hospital, pero difícilmente se resisten para atenderse de otros padecimientos. Es decir, en la actualidad a muchas les puede inspirar más confianza el parto hospitalario, pero no dejan de recibir atención pre y postnatal por parte de la partera. De hecho, como señalaba Elmendorf (1973), las mujeres no sólo aceptan los cambios sino que los intensifican y un ejemplo es su deseo de poder regular los nacimientos.

Existen un conjunto de prácticas y creencias referidas al embarazo y al nacimiento como el fenómeno de los antojos o deseos de consumir determinados alimentos por parte de la embarazada; las predicciones del sexo del bebé; la influencia que ejercen ciertos fenómenos naturales como los eclipses de sol y de luna. Dichas prácticas son más de carácter preventivo que curativo, dirigidas a que la gestación desemboque en un alumbramiento normal y sin complicaciones. Así, se cree que la insatisfacción de los antojos puede acarrear desgracias a la mujer embarazada: abortos o que el feto nazca muerto con la boca abierta o bien deformidades físicas del bebé. Del mismo modo se cree que el consumo de determinados alimentos puede derivar en partos más complicados y dolorosos. Parecen ser universales los deseos incontenibles de comer algo en todas las mujeres embarazadas. Sin embargo, la tipología de los antojos de la embarazada no siempre es coincidente, también puede tratarse de aborrecimientos tanto de personas como de alimentos, olores, bebidas u otros objetos.

EL NACIMIENTO A DOMICILIO O SÍJIL

Cuando los dolores del parto inician se avisa a la partera. Al llegar a la casa de la mujer pregunta acerca del inicio de las contracciones para determinar el tiempo de nacimiento. Además, realiza el tacto para conocer la dilatación del cuello uterino y estimar el tiempo de dar a luz. Puede, si lo considera necesario, masajear el vientre para estimular a la parturienta. Cuando los dolores arrecian y son más frecuentes, durante el periodo expulsivo, la parturienta se recuesta en la hamaca (*k'áan*) de

manera perpendicular con las piernas encogidas y extendidas en los extremos para apoyar al momento de la expulsión. Muchas veces ayudada por algún adulto de la familia quien la sostiene por la espalda mientras la mujer se sujeta de su nuca para poder pujar. La expresión *tun k'i'inam le chaampala'* que literalmente significa "está doliendo este niño" hace clara referencia al bebé como apoyo que da el dolor, y que la parturienta requiere para el nacimiento. En esta fase la partera trata de incrementar las contracciones con la ayuda de una infusión hecha con la corteza de *pixoy* (*Guazuma ulmifolia*, Lam) y otras yerbas, pues el dolor debe arreciar para facilitar la expulsión.⁵ La comadrona comúnmente utiliza aceite verde caliente como lubricante del conducto vaginal con el fin de que la cabeza haga su aparición. Asimismo, reza y prende velas a algún santo benefactor cristiano, como Santa Rita de Casia, para el buen logro del parto.

La bolsa del líquido amniótico debe reventar espontáneamente como señal de que ya se va a producir el nacimiento. *Ts'o'ok u wáak'al u ja'* dicen las parteras cuando la fuente se rompe. Cuando esto no ocurre, algunas la hacen reventar rasgando la punta de la placenta. El dolor experimentado durante "la coronación" y expulsión del bebé se denomina comúnmente con la expresión *jach yaj u k'i'inam*. Nótese como en este caso se emplea tanto el vocablo *yaj* –genérico de dolor– y *k'i'inam* que significa "latir con dolor". Se antepone el adjetivo *jach* para denotar la intensidad.

Muchas mujeres mayas piensan que acostadas no pueden parir, pues les resulta más difícil hacer fuerza. Aunque la posición supina en la mesa de parto, con las piernas sostenidas en los porta-muslos, empleada en los hospitales facilita el accionar del médico puede resultar más trabajosa para la parturienta, pues contrarresta la fuerza de gravedad y la obliga a ejercer un esfuerzo mayor para expulsar al niño y es más doloroso. Por el contrario, el nacimiento en la hamaca en posición semi-vertical –comúnmente practicada en Yucatán con la ayuda del esposo– con la partera sentada al frente para recibir a la criatura, permite a la parturienta una amplia libertad de movimiento, ya que puede contorsionarse, pujar y agarrar fuerza de los extremos para el momento de la expulsión.

Aunque con menos frecuencia, también se emplean otras posiciones verticales adoptadas de manera instintiva por la mujer o a petición de la partera: de pie apoyándose de una soga o rebozo amarrado de un *okom*⁶ de la casa, en una silla o en cuclillas. Posiciones que van acompañadas de una distensión progresiva de los tejidos que facilita el parto, pues favorece la apertura de la pelvis, la motilidad del útero y el ensanchamiento del orificio vaginal hasta en un 30 por ciento, aparte de aminorar el dolor. Estas posturas, practicadas eficazmente por indígenas y campesinas en distintas partes del mundo, son consideradas por las comadronas yucatecas como las más adecuadas para facilitar la llegada rápida de la criatura.⁷ No obstante sus beneficios, el parto vertical es ignorado en las facultades de medicina de nuestro continente y pocos médicos lo consideran (Bernardo, 2004: 5).

Las posiciones para dar a luz han sido motivo de controversias entre médicos y parteras. La postura defendida por los médicos desde el siglo XIX era la horizontal, pues consideraban que las otras eran producto de la ignorancia. "Parir en cuclillas era una costumbre deleznable entre las indias del pueblo mexicano y del parto en silla opinaban que era una postura falsa, inconveniente y peligrosa" (Véase Dávalos, 1998:117-147). Controversia que aún continúa entre médicos alópatas y comadronas quienes todavía se resisten a la atención del parto horizontal y otras prácticas sugeridas por los médicos (Véase Güemez, 1997).

⁵ El uso de yerbas con contenido de oxitocina natural ha sido fuertemente cuestionado por el personal de salud en los cursos de capacitación; consideran que sus propiedades útero-evacuantes pueden ocasionar hemorragias y abortos.

⁶ Se refiere a los troncos de madera ahorquetados que soportan la estructura de los techos de las casas de paja en la península yucateca.

⁷ Para ampliar estos aspectos véase el Capítulo 2 "Buscando la forma" en Jordan, 1993.



La presencia y/o participación del esposo durante el nacimiento obedece tanto para testificar el trabajo de la comadrona como para dar apoyo físico y psicológico a su mujer. Su presencia, aunque cada vez menor, no es una cuestión de elección sino un deber y una obligación, pues se considera que no sólo ella debe de hacer todo el trabajo para el nacimiento del hijo. Además es importante que vea cómo sufre su mujer y será más apreciado por la ayuda que proporcionará (Favier, 1984: 249). Aunque algunas parturientas, incluso la misma partera, a veces prefieren que el marido permanezca fuera de la vivienda, pues su presencia puede inhibir los dolores y evitar el nacimiento por vía vaginal. Otras aseguran que esta misma situación experimentan algunas parturientas en el hospital, especialmente ante la presencia del médico varón y sin la compañía de parientes. De hecho, no son pocas las mujeres que durante el trabajo de parto sienten angustia, ansiedad y temor de ser trasladadas a un hospital. El valor que tiene el dolor es altamente estimado y muchas confiesan su temor a que se vaya y tengan que acabar siendo operadas o, al menos, con una episiotomía. N. Vinaver (1998:23), experimentada partera profesional veracruzana, señala a este respecto que:

“... los doctores no esperan que la naturaleza actúe. Ellos intervienen, ponen anestesia, hacen cesáreas y, en el mejor de los casos hacen episiotomías para que todo sea rápido y eficaz. Pareciera que el parto es un mal paso y hay que darlo rápido. Pero no es así, dice que “el dolor [para las parturientas] no es un castigo de Dios, sino la manera de subrayar algo muy importante que te hará crecer como ser humano, como mujer... El dolor de parto es constructivo, va y viene, te da la oportunidad de descansar y dormir entre una y otra contracción. Te prepara, te abre para el hecho. Sin embargo, en la actualidad existen técnicas médicas para evitar el dolor del parto, es decir para bloquear el dolor producido por las contracciones uterinas y la expulsión del bebé y durante el cual la madre es capaz de asistir despierta y sin dolor el nacimiento de su hijo”.

En síntesis, el parto como un evento biológico resulta ser un dolor universalmente sentido, pero como producto social adquiere significados diferentes y formas distintas de asumirlo, según el proceso de socialización por el cual las mujeres hayan pasado desde su infancia. Las mujeres entrevistadas admitieron haber experimentado dolor en el parto, sin embargo, son pocas las que se quejan y gritan aún siendo primerizas. Algunas señalaron que su madre o la suegra les piden que no lo hagan, exaltando la naturalidad del proceso; lo que nos hace suponer que el dolor del parto se concibe como algo inevitable y necesario, por lo que la mujer, si realmente está preparada,

debe ser capaz de soportar los dolores y cooperar con la partera y con su hijo (Quiñones, 1990: 69). Esta educación para el parto, aunque no elimina el dolor, es una manera de controlarlo y de aliviar la tensión y quizá esté también ligada a la idea cristiana de soportar el dolor del parto con nobleza. En la *Biblia*, por ejemplo, Eva fue la responsable del pecado original que ha de pesar hasta el día del juicio final, donde se puede ver cómo este mito bíblico está relacionado con la explicación del dolor del parto (López Sánchez, 1998:135).

Hemos observado cómo la gente del medio rural como Tzucacab aprende estas pautas desde la niñez, así como el conocimiento de la farmacología local y otros remedios relacionados con el parto y el puerperio. A diferencia de los ambientes urbanos, los niños y las niñas del medio rural se socializan de manera más temprana en vista de su futuro rol de madre y esposa en temas vinculados a la concepción, el embarazo, el nacimiento, el posparto y los cuidados del recién nacido. Por lo general en el campo yucateco conviven familias extensas, espacio donde los hijos ven a la madre, tías y vecinas embarazadas. Además como la casa es muchas veces el recinto para las sobadas o para dar a luz, se enteran de lo que ocurre, del trabajo de parto. Aprenden que las mujeres son sobadas para acomodar al bebé y otras pautas culturales sobre el puerperio y la lactancia. Debe subrayarse que las recién casadas, por lo general menores de 20 años, al quedarse a vivir en la casa del esposo, es la suegra la responsable de continuar la transmisión de los conocimientos y experiencias en torno a la gestación y el nacimiento (Máas Collí, 1983: 141).

Las intervenciones quirúrgicas asociadas al parto como la cesárea, la ligadura o salpingotomía, la episiotomía o picadura y las inserciones de DIUs representan dificultades a muchos niveles. En regiones rurales de Yucatán donde las mujeres habían parido sólo con la ayuda de una comadrona, en la actualidad la tasa de cesáreas parece muy elevada. Algunas mujeres de la zona de estudio habían tenido hasta tres cesáreas. En este sentido, en el ambiente rural yucateco de la península se ha incorporado una nueva gama de términos referidos a “las operaciones del hospital” o a los métodos de control natal, algunas veces con su equivalente en maya y otras veces como préstamos del español: *letí'e' tun pláanificar* “ella está planificando”; *ligaarta'abij* “ella fue ligada”; *tu meentaj legraado tí* “a ella le hicieron legrado”. Debido al incremento paulatino de las intervenciones quirúrgicas practicadas en mujeres de diferentes estratos, es ya común escuchar referir a la cesárea como *xoot nak'* o “corte de la barriga”, *xo'oten*, *ts'o'okole' tu yéele k'i'nam* “me cortaron o me picaron y ahora me duele con ardor”; *xota'abij* “fue cortada” para referir a una intervención quirúrgica; *tu meentaj sesaarea tí* (le hicieron cesárea). *Yaan u xo'otol u nak' ku p'áatal u jo'sal u chaampal* que literalmente significa “le van a cortar la barriga para sacarle al niño”, etc.

Las operaciones practicadas en la mujer han tenido en los últimos años un marcado crecimiento. En Tzucacab, las tasas de cesáreas se han ido incrementando año con año. Ya desde 1993 la tasa ascendió a 27.7% y la tendencia en los siguientes años es al incremento, cuando la Organización Mundial de la Salud estima que lo “normal” debe fluctuar entre un 10 y 15%. En el 31.1% de los casos se practicó la episiotomía para facilitar el paso del bebé por el canal vaginal;⁸ el 25.8% correspondió a las ligaduras de trompas (OTB) y el 26.7% a las inserciones de dispositivos intrauterinos (DIU). Aunque en mucho menor proporción las vasectomías también van en aumento en Tzucacab. (Güémez, 1998).

LA ATENCIÓN DEL PUERPERIO O CUARENTENA

Como característica general se observa en esta etapa un sentido de protección y consideración hacia la recién parida. Sobre la duración del reposo existe la regla

⁸ Ahora la “picadura” o episiotomía es una indicación médica en los hospitales del sector público que se hace a todas las primerizas.

popular conocida como la “cuarentena” que prescribe un descanso de cuarenta días, aunque en la actualidad, y dependiendo del estado físico de la parturienta, puede ser de 10 días o de menos tiempo si el parto fue normal. Cuando fue por cesárea y existen algunas complicaciones, el reposo puede prolongarse varias semanas. En lengua maya no existe ningún término para denominar esta etapa por lo que emplean el neologismo *kuareentena* (tiempo biológicamente estimado para la involución del organismo materno). En esta etapa, la comadrona cumple también funciones médicas inmediatas al nacimiento como el control de las hemorragias del posparto, la reparación de desgarros perineales; curaciones a las episiotomías y cesáreas; asimismo da consejos a la puérpera para su restablecimiento e inicio de la lactancia y cuidados del recién nacido. La atención de la puérpera queda luego en manos de las mujeres de la familia y, por supuesto, del médico.

La expresión *yaj u yóol* literalmente se entiende como la persona que tiene el “estado de ánimo lastimado” y denota dolor en todo el cuerpo, el vacío doloroso personal como el dolor que experimenta la mujer cuando sufre un aborto (*éemel chaampal*) o la muerte del feto. La expresión *mina’an u yóol, jach t’ona’an* se usa para denominar el desgano vital o el estado de agotamiento físico que se manifiesta en muchas mujeres después de un parto complicado y laborioso.

Las parteras emplean una amplia gama de tratamientos adicionales que contribuyen a la recuperación de la madre, incluso para aquellas que dan a luz en los hospitales. Algunas recomiendan a las puérperas el uso de fajas elásticas para coadyuvar a que la matriz alcance su nivel anterior. Una terapia extendida en Yucatán es el *k’axyeeet’* (de *k’ax*, atar, atadura y *yeet’* sobar) que se lleva a cabo a los ocho o diez días después del parto, si fue normal. El *k’axyeeet’* inicia en la frente que, según las parteras, también se abre durante el nacimiento y finaliza en los pies. Consiste en atar vigorosamente con un rebose o sábana por partes el cuerpo de la puérpera, especialmente la región abdominal, con la finalidad de coadyuvar a la involución del organismo materno: reubicar la matriz, cerrar la espalda que se abre por el nacimiento, desinflamar el vientre y aliviar el dolor de espalda (Güémez, 1997:57). Un partero vecinal de Tzucacab opina que también “ayuda a reubicar el útero y los ovarios que bajan durante el embarazo; de lo contrario en el próximo embarazo la mujer puede sentirse mal y evitar el crecimiento del niño”. Cuando la mujer da a luz por cesárea, se espera tres meses y las ataduras se realizan suavemente para evitar lastimar a la mujer. En esta práctica, la partera generalmente solicita la intervención de otra persona adulta para que la ayude a atar el cuerpo de la puérpera con más facilidad. Las diferencias encontradas en el *k’axyeeet’* que las parteras hacen en Tzucacab, en la región sur, y el *k’axyoot’* en Kaua, en el oriente, son mínimas. (Véase Quattrocchi, P. en este mismo cuaderno).

LAS PARTERAS Y LOS CURSOS OFICIALES DE CAPACITACIÓN

Las parteras son las únicas especialistas de la medicina tradicional que han sido convocadas por los servicios oficiales de salud para participar en cursos de capacitación con enfoques biomédicos.⁹ Los demás especialistas (curanderos, yerbateros, *jmeeno’ob*) luchan actualmente por el reconocimiento institucional y legal de su práctica dentro de organizaciones como la OMIMPY (Véase Güémez, 2005). El proceso de capacitación a parteras se ha dirigido principalmente a la promoción, distribución y canalización de nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos y, de forma más reciente, a la detección de cáncer cérvico-uterino en los sectores rurales, entre otras funciones. En esas actividades no se ha tenido en cuenta el intercambio real de experiencias con los médicos académicos en lo que se refiere a la atención del

⁹ Actualmente la capacitación de cerca de 1000 parteras indígenas yucatecas está en manos del sector salud: IMSS, IMSS-Oportunidades y la Secretaría de Salud (Güémez, 2002:12).

embarazo, el parto y el puerperio, así como a la detección y el control de las complicaciones más frecuentes en la mujer y el recién nacido.



Aunque la partera yucateca está aún integrada a los patrones ancestrales de vida, va en camino a convertirse en una agente de salud comunitario cada vez más afín al modelo médico

académico y a una de sus políticas más importantes: la del control de la natalidad.

Con la introducción del enfoque de riesgo¹⁰ y con los compromisos “adquiridos” en los cursos de capacitación un porcentaje cada vez mayor de parteras está derivando a las instituciones aquellos embarazos y partos de riesgo quedándoseles únicamente los considerados de “bajo riesgo”.¹¹ El resultado de este enfoque, si bien ha contribuido a la disminución de la morbilidad infantil y materna, el costo social pagado por las comunidades rurales e indígenas ha sido alto, pues se han incrementado sensiblemente las intervenciones quirúrgicas vinculadas al ciclo reproductivo (episiotomías, cesáreas injustificadas, ligaduras de trompas, inserciones de dispositivos intrauterinos y vasectomías). En algunas zonas del estado, se condicionan los apoyos (becas escolares para sus hijos, suplementos alimenticios y otros servicios) a mujeres adscritas a programas de asistencia social como el IMSS-Oportunidades¹² a cambio de realizarse la prueba de papanicolau, violando sistemáticamente los derechos sexuales y reproductivos de mujeres de origen indígena. Del mismo modo, las parteras, como parte integral de los servicios oficiales de salud, cuentan con muy poca autoridad para denunciar estas prácticas que atentan contra los derechos reproductivos (Güemez, 2000:330).

¹⁰ Este enfoque y su aplicación al cuidado de la salud reproductiva, fue adoptado en México a mediados de los ochenta para sus programas oficiales de salud en los que se incluye a los programas de capacitación a parteras. De acuerdo al sector salud, los factores de riesgo reproductivo (del embarazo) y obstétrico (del parto) más importante se presentan en aquellas mujeres multiparas que comienzan a tener hijos muy jóvenes y hasta edades avanzadas, y que se enfrentan a las secuelas de embarazos, partos y lactancias numerosos y separados por intervalos cortos. (Martínez, 1990: 3-4).

¹¹ La Ley General de Salud establece que los Parteros Empíricos Capacitados no podrán atender los partos y puerperios patológicos, salvo cuando la falta de atención en forma inmediata o el traslado de la enferma a un centro de salud, pongan en peligro la vida de la madre o del producto. De lo contrario deberán canalizarla a un centro de salud, solicitando la prestación de servicios por parte de profesionales de la medicina. (1976: 15-16).

¹² Es un programa federal en el que participan la Secretaría de Educación Pública, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Desarrollo Social, y los gobiernos estatales y municipales para el desarrollo humano de la población en pobreza extrema. Brinda apoyos en educación, salud, nutrición e ingreso.



En una relación de ‘resistencia-poder’ la práctica de las parteras empíricas ha sufrido intensas modificaciones. Sus viejos códigos culturales son puestos en entredicho por la biomedicina. Para los médicos alópatas la partera es vista como esa “otra”, un ejemplo de lo que no son. Así, una partera que puede simbolizar prestigio y autoridad en su comunidad puede, al mismo tiempo, ser símbolo de supersticiones y antihigiene para personas de la misma comunidad que pretenden renunciar a un pasado “indígena”. La búsqueda de modernidad y progreso implica el rechazo de símbolos “tradicionales” como la partería, considerada como una costumbre antigua, como algo que se tiene que tolerar en el proceso de modernización, mientras se llega al punto en que la cobertura de servicios de salud y la tecnología en la biomedicina sea total y no se necesite más de las parteras (Good Maust; 1997:19). Mientras tanto, son empleadas en los programas de control natal. En otras palabras, el sector salud ha conseguido “manejarlas en el aspecto materno-infantil” para cumplir las metas de las instituciones de salud y así lograr el control reproductivo de la población rural como un objetivo político prioritario del Estado mexicano. De hecho, algunas parteras de reconocido prestigio en sus comunidades han pasado a ser “promotoras de salud”, como parte de los programas de extensión de cobertura. Situación que ha conducido a un despojo de los contenidos simbólicos y culturales de su práctica. (Véase Güémez, 1997).

También debemos señalar que algunas parteras adiestradas perciben su práctica como más legítima respecto de parteras que, aunque de más edad y experiencia, no cuentan con un diploma o constancia institucional que las acredite. La mayoría tiene más de una constancia de cursos de capacitación, encuentros y otras reuniones promovidas y financiadas por instituciones del gobierno federal como el INI, el IMSS, el IMSS-Solidaridad o la SSA¹³ que guardan con recelo, a tal grado que muchas le confieren un valor equivalente al título profesional que ostentan los médicos académicos. En los últimos años las parteras también han recibido un carnet de identificación que las avala como “parteras rurales”. En otras palabras, el significado atribuido a las constancias estriba en el reconocimiento gubernamental implícito en sus actividades (Véase también Campos, 1996). Esto genera en las parteras una sensación de seguridad y confianza en lo que ellas están haciendo. Se constituye en - un instrumento de poder para muchas, a tal grado que las otras que se resisten a los

¹³ Otras parteras, como medida para legitimar su práctica han optado por afiliarse a organizaciones indígenas como la OMIMPY que opera desde hace más de 15 años en la Península de Yucatán. De hecho la mayoría de los médicos tradicionales que integra esta organización son parteras con distintas especialidades.

curiosos temen ser perseguidas por no estar acreditadas, y abandonan la práctica o la ejercen de manera clandestina mientras tienen demanda. Otras parteras jóvenes capacitadas han aceptado de buen agrado este rol que las exime de la responsabilidad de atender un parto. No obstante, en las zonas urbanas y en poblaciones de la franja costero-henequenera, algunas comadronas han sucumbido ante las presiones de la medicina moderna, limitando su espacio de acción al de sobadora o yerbatera. En estas zonas, la presencia de la partera es cada vez menor, y su papel está tan desvalorizado que les hace desanimar a otras a que se dediquen al oficio.



Cabe señalar que aunque formalmente los funcionarios de salud argumenten que hay respeto a la cultura médica popular existe una evidente contradicción entre lo que plantean, lo que dicen hacer los doctores que lo aplican y lo que realmente sucede en la interacción. Se habla del respeto a las tradiciones: “tratamos de no influir y que no abandonen sus prácticas”, pero en los cursos de capacitación, seminarios y otros eventos, los médicos insisten en la invalidez parcial o total de algunos recursos y tratamientos de las parteras, en vez de construir nuevas y positivas formas de interacción caracterizadas por un acercamiento mutuo (Véase Campos, 1996). En los hechos concretos proponen, mediante la capacitación y adiestramiento, a una “reorientación” en la forma y contenido de su praxis y sus conocimientos. El objetivo implícito es la modificación de sus saberes y prácticas sobre todo cuando los médicos tradicionales están enfrentados al conocimiento considerado como único y verdadero de la ciencia médica occidental.

**CONSIDERACIONES FINALES:
HACIA UN MODELO DE ATENCIÓN INTERCULTURAL A LA SALUD**

A pesar del desarrollo y expansión de la medicina alopática (oficial y privada), un gran porcentaje de la población rural yucateca –difícil de contabilizar dada la forma en la que se realiza– sigue recurriendo a la medicina doméstica y a los médicos tradicionales como la partera que, a diferencia de los sectores urbanos, son muchas veces la única medicina alternativa con que disponen las comunidades rurales y/o indígenas. En muchos casos los pacientes buscan ayuda bajo condiciones que se adaptan mejor a su entorno social y cultural acudiendo a los especialistas de la medicina tradicional para tratar desórdenes psicosomáticos, síndromes de filiación cultural, el embarazo y el nacimiento, entre otros.

No obstante, consideramos que los saberes populares y de las parteras no han sido bien aprovechados como un puente entre la población y los servicios médicos para llevar a cabo los diversos programas oficiales de salud, es más, históricamente éstas prácticas se han mirado con desdén y como meras supersticiones y, en el mejor de los casos, como saberes empíricos sin sustento científico. Desde fines de los 50's, y dentro de la corriente indigenista, antropólogos como Gonzalo Aguirre Beltrán y Manuel Gamio proponían que, en vez de hostilizar a los curanderos y parteras indígenas, se les atrajera, estudiara y enseñara paulatinamente prácticas sanitarias en sus propios métodos, sin tratar imponerles una ciencia radicalmente extraña. En cierta medida, esta propuesta se formalizó cuando, en 1974, se oficializaron los cursos de capacitación a parteras (dentro del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar con Parteras Rurales) para todo el país con la finalidad de "mejorar su práctica" e integrarlas al sistema de atención primaria de salud, facilitando, así, a las instituciones el acceso a las comunidades rurales y marginadas y la aplicación de sus programas de salud (materno infantil y planificación familiar) a bajo costo (Gallástegui, 1993:122). El problema es que nunca se ha considerado la opinión y experiencia de las parteras en el diseño de los programas que las involucran.

Investigadores como Kelly (1956) ha insistido en que los programas de capacitación en obstetricia deben enfocarse desde un ángulo antropológico, incluyendo como puntos de referencia fundamentales las creencias y las prácticas locales relacionadas con la atención del embarazo, el parto y el puerperio, así como la función que corresponde al especialista o partera de la localidad. Además otros antropólogos (Cosminsky, 1992: y otros) con la finalidad de integrar el saber médico tradicional con los recursos de la medicina alopática han sugerido, desde hace más de tres décadas, la necesidad de estructurar el análisis de las creencias y prácticas referentes a la salud reproductiva u obstétrica de acuerdo a las categorías siguientes: *beneficiosas* (elementos valiosos para la salud en el ambiente local y que se deben fomentar y "adoptar en el campo de la educación para la salud"); *inofensivas* o *neutras* (prácticas que no ejercen un efecto evidente sobre la salud y que pueden ignorarse¹⁴); *perjudiciales* (procedimientos que ejercen efectos nocivos y que, por consiguiente, deben modificarse) e *Inciertas* o *neutras* (prácticas cuyos efectos se desconocen o que pueden ser beneficiosos o perjudiciales) lo que dificulta su clasificación. En el caso de esta última categoría es necesario realizar investigaciones más profundas, pero mientras tanto no hay que oponerse a las prácticas que incluye (Cosminsky, 1992: 140-141). A fines de los noventa la escritora y partera Susan Klein (2000) escribe y publica su obra *Un libro para parteras*, de la serie "Donde no hay doctor", dirigido a trabajadore/as de la salud para mejorar sus habilidades y ayudar a las personas cómo atender partos, especialmente de las personas que viven lejos de los centros de maternidad o en lugares donde es difícil encontrar atención médica. No obstante, estas recomendaciones no han sido seguidas en los programas de capacitación en obstetricia; por el contrario, en la práctica, han sido subestimadas, negadas y rechazadas sin conocer su verdadero contenido.

A principios de 2000, y desde el enfoque intercultural en salud, se busca atenuar las desigualdad social respetando la dignidad de las personas, la recuperación de los valores de los pueblos indios, sus interpretaciones y valoraciones del fenómeno de la salud y la enfermedad. Igualmente pretende modificaciones importantes convocando a que se tomen en cuenta los diferentes aspectos biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales y de género de los pueblos indígenas, así como sus modalidades de organización social, factores todos ellos importantes en el mantenimiento o pérdida de la salud (SSA, Programa Nacional de Salud 2001-2006). Bajo esta perspectiva, las concepciones indígenas en torno a la salud y la enfermedad,

¹⁴ Es importante subrayar que dentro de esta categorización existen algunas prácticas que a pesar de no tener beneficios de acuerdo a los parámetros biomédicos, sí los tienen para los individuos que las practican, como por ejemplo las formas de disponer de la placenta y el muñón umbilical.

así como las prácticas populares de atención y su relación conflictiva, contradictoria y, a veces, de síntesis, con la medicina occidental son objeto de una orientación intercultural en materia de salud (Lerín, 2004:113).

La interculturalidad¹⁵ es un proceso que acontece entre usuarios y prestadores de servicios en zonas indígenas que obliga a plantear estrategias que coadyuven a la modificación de las relaciones negativas entre institución-usuarios, entre saberes y prácticas institucionales y populares de atención. Entonces, la capacitación es una estrategia que implica un ejercicio de profesionalización que reconozca y califique el trabajo, las personas, los grupos y las acciones que desarrollan. Según Lerín (2004), entre las principales razones y motivos por los que es necesario modificar las conductas del personal de salud en el contexto indígena sobresalen: a) El conocimiento técnico de la salud-enfermedad generalmente ignora el contexto sociocultural de la población indígena; b) El personal de salud que trabaja en zonas indígenas mayormente desconoce la conceptualización local del proceso salud-enfermedad, así como de sus prácticas de atención; c) La falta de comunicación, empatía y confianza en la relación médico paciente en zonas indígenas es muy común; d) El personal de salud suele descalificar las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud y la enfermedad. (116-117). Desde la perspectiva anterior, los grandes retos de la capacitación intercultural son: a) Que el enfoque intercultural sea incorporado en los programas normales de capacitación del personal de salud destacado en zonas indígenas para el mejoramiento cualitativo de la relación médico-paciente; b) Impulsar la adecuación intercultural de la gestión de los servicios, en lo físico y técnico; c) Que los valores sociales y culturales del proceso salud-enfermedad-atención en contextos pluriétnicos sean reconocidos como potencialmente útiles por el personal de salud; d) Sentar las bases para brindar servicios de salud según las necesidades de los pueblos indígenas para abatir la inequidad en salud y combatir la discriminación; e) Lograr que el enfoque intercultural adquiera el rango de política de salud; f) Formar recursos humanos de excelencia que aspiren al logro de la equidad en salud (Lerín, 2004: 121). En otras palabras, la capacitación intercultural de los trabajadores de la salud no sólo es necesaria, sino obligatoria. Debe asumirse como un compromiso primero personal, y luego institucional. Es el convencimiento propio del respeto, la tolerancia y la comprensión que se debe tener hacia la persona que sufre, y esto no depende de horarios, contratos y demás aspectos institucionales (Campos, 2006: 6,8).

En materia de atención gineco-obstétrica deberían tomarse en cuenta, además de los problemas de lenguaje y comunicación –que dificultan la relación así como la empatía y confianza con el paciente– las barreras específicas como el pudor y la preferencia de la población femenina de atender sus embarazos y partos ayudadas por otras mujeres o parteras. Médico y paciente no sólo hablan idiomas distintos, sino que manejan visiones del mundo a menudo contrapuestas. La mayoría de las veces no hay puntos de contacto intercultural impulsados por el personal de salud. Así, por ejemplo, la manera de concebir el cuerpo y su funcionamiento, el proceso de embarazo-parto-puerperio y las complicaciones y riesgos asociados son distintos a los conceptos que el médico maneja. Éste descalifica muchas de las prácticas tradicionales y populares de atención a la salud. La población indígena lleva, además, el estigma de la marginación y la pobreza resultado de una histórica y persistente enajenación social. Evitar este desencuentro entre culturas, en particular en los servicios de salud que se proporcionan a la población indígena depende en gran parte de la profesionalización y competencia técnica del personal de salud.

¹⁵ Aunque puede ser interpretada de distintas maneras dependiendo de las posiciones que se asuman, entenderemos por interculturalidad en salud las distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención que operan, se ponen en juego, se articulan y se sintetizan, no sin contradicciones, en las estrategias de cuidado y las acciones de prevención y solución a la enfermedad, al accidente y a la muerte en contextos pluriétnicos (Lerín, 2004: 118).

BIBLIOGRAFÍA

Aguirre Beltrán, Gonzalo (1980) *Los programas de salud en la situación intercultural*. Instituto Mexicano del Seguro Social, México.

Arnold, Denise y Juan de Dios Yapita (1999) *Vocabulario aymara del parto y la vida reproductiva de la mujer*, Bolivia: Instituto de Lengua y Cultura Aymara y Family Care International.

Bernardo, Analía (2004) "Parir como las diosas: recuperando el parto vertical". Triple Jornada, Suplemento Cultural de *La Jornada*, 3 de mayo de 2004, México.

Campos Navarro, Roberto (1996) "Legitimidad social y proceso de legalización de la medicina indígena en América Latina, estudio de México y Bolivia". Tesis de Doctorado en Antropología. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México.

___ (2006) "La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud", en *Salud e Interculturalidad*. Grupo de Estudios sobre la Mujer "Rosario Castellanos, A.C". México, Julio de 2006: 4-16.

Cosminsky, Sheila (1992) "La atención del parto y la antropología médica" en Campos, R. (Ed.). *La antropología médica en México*, Tomo II. Instituto Mora-UAM, México.

Dávalos, Marcela (1998) "Párrocos y médicos en torno a las parturientas: un siglo en contra de las comadronas", en *Dimensión Antropológica* 5: 13.

Diccionario de Autoridades (1990), 3 tomos, Madrid: Ediciones Gredos, II.

Elmendorf, Mary L. (1973) *La mujer maya y el cambio*, México: SepSetentas.

Favier, Annelise (1984) "Parto y tradición", en *Capitalismo y vida rural en Yucatán*, Universidad Autónoma de Yucatán: 245-252;

Good Maust, Marcia (1995). "Childbirth and Conversations in Mérida, Yucatán". Tesis de maestría en antropología, University of Florida.

___ (1997) "Parteras en Mérida. Una alternativa a la cesárea innecesaria" en *Revista Salud Problema* 2:2: 21-33.

Güémez Pineda, Miguel (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*. Ediciones de la Universidad Autónoma de Yucatán: 117-147.

___ (1998) "Informe de investigación", Unidad de Ciencias Sociales, Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi" de la UADY.

___ (2000) "La concepción del cuerpo humano, la maternidad y el dolor entre mujeres mayas yucatecas". *Revista Mesoamérica*, Año 21, Número 39, junio de 2000. Plumsock Mesoamerican Studies. CIRMA, La Antigua, Guatemala: 305-332.

___ (2002) "De la hegemonía a la subordinación obligatoria: visiones del pasado y el futuro de la partería en Yucatán, México". *Temas Antropológicos* Revista Científica de

Estudios Regionales, Facultad de Ciencias Antropológicas de la Universidad Autónoma de Yucatán. Septiembre de 2003. vol 24 Núm.2: 117-143.

___ (2003) "Nacimiento, riesgo y cultura en Yucatán", Ponencia presentada en el *Congreso Regional de Investigación, Salud y Sociedad*. Centro de Investigaciones Regionales de la Universidad Autónoma de Yucatán, 8 al 10 de octubre.

___ (2005) "Entre la duda y la esperanza: La Organización de Médicos Indígenas Mayas de la Península de Yucatán" *Temas Antropológicos*. Revista Científica de Estudios Regionales. Facultad de Ciencias Antropológicas de la Universidad Autónoma de Yucatán, Vol. 27, núms. 1 y 2, México: 31-65.

INEGI (1996) *Conteo General de Población y Vivienda. Yucatán, 1995*, (México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.

INEGI (2001) *Censo General de Población y Vivienda. Yucatán, 2000*, (México: Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática.

Jordan, Brigitte (1993) *Birth in Four Cultures: A Cross-cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. USA: Waveland Press, Inc.

Kelly, Isabel (1956) "An Anthropological Approach to Midwifery Training in Mexico", en *J. Trop. Pediat.*, núm. 1: 200-205.

Klein, Susan (2000) *Un libro para parteras*. De la serie Donde no hay doctor. Editorial Pax México.

León P., Sergio (2004) "Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta" en *Desacatos*, núm. 15-16, Otoño-Invierno: 111-125.

López Sánchez, Oliva (1998) *Enfermas, mentirosas y temperamentales. La concepción médica del cuerpo femenino durante la segunda mitad del siglo XIX en México*. Ed. Plaza y Valdés.

Máas Collí, Hilaria (1983) "Transmisión cultural, Chemax, Yucatán. Un enfoque etnográfico" Tesis de licenciatura, Facultad de Ciencias Antropológicas, Universidad de Yucatán.

Martínez, Jorge (editor) (1990) *Temas de salud rural y planificación familiar*. Cuaderno de ejercicios, academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, México.

Mellado V., Zolla C. y Castañeda X. (1989). *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*. CIESA, México.

Módena, Ma. Eugenia (1990) *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, México, CIESAS, Ediciones de la Casa Chata.

Murphy-Lawless, Jo (1999) "La responsabilidad ante el parto: Una diversidad de respuestas", en Arnold, Denise y Juan de Dios Yapita *Vocabulario aymara del parto y la vida reproductiva de la mujer*, Bolivia: Instituto de Lengua y Cultura Aymara y Family Care International.

Quattrocchi, Patrizia (2005) "Donne e salute riproduttiva in un villaggio maya dello Yucatán (Messico): il caso della *sobada*" Tesis de doctorado Etno-Antropología, Facultad de Letras y Filosofía, Universidad "La Sapienza", Roma, Italia.

Quiñones, María Teresa (1990) "Maternidad y vida cotidiana en las mujeres campesinas" Tesis de licenciatura en Ciencias Antropológicas, Universidad Autónoma de Yucatán.

Richardson, Mary R. (1995). "Concebir, alumbrar, educar: algunos aspectos de la vida reproductiva de las mujeres del Yucatán rural" en *Género y cambio social en Yucatán*, Ramírez Carrillo, Luis (editor). Universidad Autónoma de Yucatán: 183-234.

SSA (1976) "Reglamento de parteros empíricos capacitados", *Diario Oficial*, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 25 de octubre de 1976.

Secretaría de Salud (2001) Programa Nacional de Salud 2001-2006, Secretaría de salud, México.

Villa Rojas, Alfonso (1980) "La imagen del cuerpo humano según los mayas de Yucatán" en *Anales de Antropología*, Universidad Nacional Autónoma de México: 31-46..

Vinaver, Naolí, (1998) "Una partera mexicana: mi pasión por la vida y el trabajo" *La Jornada*, 13 de junio de 1998, Suplemento cultural.