

Un abordaje cualitativo de las defunciones maternas en Tizimín, Yucatán, México*

ELSA RODRÍGUEZ ANGULO
GUADALUPE ANDUEZA PECH
LANDY MONTERO CERVANTES**

Abstract

A QUALITATIVE APPROACH ON MATERNITY DEATHS IN THE TIZIMIN MUNICIPALITY IN YUCATAN, MEXICO. *We present in this article the main qualitative results collected in our interviews with mothers undergoing maternal care and about women that died by maternity causes in the municipality of Tizimin in Yucatan (Mexico). The objective was to identify some socio-cultural causes of mothers dying that could be modified through intervention. This study was focused on three thematic axes: a) maternal health needs; b) knowledge and practices on maternal health; and c) knowledge of maternal risk. In the conclusions we draw some recommendations for improving intervention, diminishing the socio-cultural inequality and reducing maternity deaths in Tizimin.*

Key words: *maternal mortality, socio-cultural causes*

Resumen

En este trabajo se presentan los principales resultados cualitativos de entrevistas a personas involucradas en el proceso salud-enfermedad-atención de mujeres fallecidas por causa materna en el municipio de Tizimín, Yucatán (México). El objetivo fue identificar algunos elementos socioculturales condicionantes de la mortalidad materna que podrían modificarse mediante intervenciones concretas. Este estudio se enfocó en tres ejes temáticos: a) necesidades sobre salud materna; b) conocimientos y prácticas sobre salud materna, y c) conocimientos sobre riesgo materno. Al final, se hacen recomendaciones sobre prácticas concretas para disminuir la inequidad sociocultural y así reducir las muertes maternas en Tizimín.

Palabras clave: *mortalidad materna, elementos socioculturales condicionantes*

Introducción

Hoy en día, las complicaciones del embarazo, parto y posparto aún son causa de muerte de mujeres en edad reproductiva en el mundo, sobre todo en los países en vías de desarrollo. Cuando una mujer fallece por estas razones dentro de un periodo de 42 días posteriores al parto, la defunción se clasifica como muerte materna (ops, 1995: 134). En México, la mayoría de los estudios sobre mortalidad materna demuestra un descenso de ésta durante la última década, el cual, sin embargo, es poco significativo, a pesar de los avances que en materia de ciencia y tecnología han desarrollado los servicios de atención a la salud en el país (DGEI-SSA, 1990 y 1995).

El problema de la mortalidad materna va más allá de lo biológico: trasciende al plano social, porque, si bien es importante conocer el número y las causas de defunciones maternas en una determinada región o país,

* Artículo recibido el 10/11/10 y aceptado el 17/05/11.

** Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi, Universidad Autónoma de Yucatán. Calle 59 núm. 490 x Av. Itzáes, 97000, Mérida, Yuc. <rangulo@tunku.uady.mx>; <andueza@uady.mx>; <mcervant@uady.mx>.

también es necesario investigar el ambiente sociocultural donde se desenvuelven los actores sociales, ya que éste determina las concepciones de la población respecto al embarazo, parto y posparto. Existen factores socioculturales condicionantes como la marginalidad, la inequidad de género, la accesibilidad a los servicios de salud de calidad, el lenguaje, entre otros, que participan en el proceso salud-enfermedad-atención de las mujeres en etapa reproductiva, y, aunque éstos no pasan desapercibidos para los encargados de tomar decisiones, no son estudiados con el fin de encontrar alternativas que incidan en ellos, pues sólo se explora la parte biológica del problema. Otro aspecto significativo es que cuando ocurre una muerte materna ésta va acompañada casi siempre del fallecimiento del recién nacido, y si éste no sucede disminuye la probabilidad de sobrevivencia antes de cumplir el primer año de vida.

Se han realizado estudios cualitativos de las defunciones maternas en diferentes áreas del país. Todos ellos reflejan el decir y sentir de la gente en cuanto a conocimientos, hábitos y costumbres de las mujeres en materia de maternidad y salud reproductiva (Castañeda, García y Langer, 1996). Este tipo de estudios ha motivado a otros investigadores a profundizar sobre la relevancia de continuar con trabajos que transmitan de manera sistematizada la mirada de la población sobre lo que la ciencia llama el proceso salud-enfermedad.

La identidad y cultura maya en Yucatán permanece arraigada sobre todo en el área rural, donde predominan saberes y prácticas culturales relacionadas con el proceso salud-enfermedad-atención. En el campo de la salud se da una desequilibrada interacción entre la cultura maya y los trabajadores de la salud, debido a que no se logra un entendimiento entre los saberes mayas y la medicina biomédica. Estudios efectuados al respecto en Yucatán hacen referencia a las creencias y prácticas en torno al embarazo, parto y puerperio, mismas que están influenciadas por elementos culturales que caracterizan a la cultura maya y que los trabajadores de la salud muchas veces no consideran para explicar la mortalidad materna (Duarte-Gómez *et al.*, 2004).

Datos oficiales confirman que una mortalidad materna relativamente temprana y una elevada morbilidad suelen ir de la mano de la pobreza y la marginalidad (INEGI, 2000). La metodología del gobierno para medir la pobreza en México identifica tres tipos, de acuerdo con el nivel de ingresos, la educación, el acceso a servicios básicos y de salud, la alimentación y la vivienda de la población: pobreza alimentaria, de capacidades y patrimonial (Presidencia de la Repú-

ca, 2007). La marginación o exclusión puede definirse como la segregación social incluso en términos espaciales o geográficos; se aplica comúnmente para planteamientos políticos de discriminación e intolerancia de tipo racial, sexual, étnico (discriminación cultural), religioso o ideológico. Aunque la pobreza puede ser un estado de marginación, el hecho de que exista no necesariamente implica que haya marginación (Ribotta, 2010).

En Yucatán, ocurren defunciones maternas tanto en zonas de alta como de baja marginalidad (Rodríguez y Ordóñez, 2006: 237). Para fines de este estudio, entendemos por marginalidad el fenómeno estructural que permite diferenciar entidades federativas y municipios según el impacto global de las carencias que padece la población, como resultado de la falta de acceso a la educación, percepción de ingresos monetarios insuficientes y, por lo tanto, viviendas inadecuadas. La marginalidad se clasifica en muy alta, alta, media, baja y muy baja (Conapo, 2005). Los índices de marginalidad para Tizimín durante el periodo en que ocurrieron las defunciones eran altos (Ávila, Fuentes y Tuirán, 2000: 14). Sin embargo, según el último reporte oficial, desde 2005 tiene un nivel de marginalidad medio (Conapo, 2005).

El municipio de Tizimín se localiza en la región litoral norte del estado de Yucatán, a una altura de 17 metros sobre el nivel del mar. Su cabecera municipal se ubica a 143 kilómetros de la ciudad de Mérida, capital del estado; cuenta con 45 486 habitantes distribuidos en 78 localidades, de las cuales sólo seis tienen más de 500 habitantes; 49.38% de la población total son mujeres.

Entre 2003 y 2006 se llevó a cabo una investigación en el estado de Yucatán para conocer los factores socioculturales condicionantes de la mortalidad materna, y los principales fueron la juventud de las mujeres, la situación de pobreza, la baja escolaridad y las limitaciones en el acceso y la toma de decisiones para la atención médica, así como en la capacidad para comunicarse, debido a que la mayoría hablaba lengua maya. Otros elementos del perfil de estas mujeres fueron el desconocimiento de los riesgos relacionados con el embarazo, parto y puerperio y el retraso en su atención cuando se presentó la complicación. Asimismo, los mitos y la falta de planificación de los hijos también aparecieron al caracterizar a las mujeres fallecidas. Empero, en Tizimín predominó además la búsqueda de la partera en el momento del parto, la falta de atención obstétrica en las clínicas de primer nivel por políticas de salud establecidas, y la carencia de servicios de emergencia obstétrica en estas clínicas. Esto último fue más evidente en el caso de quienes vivieron

alejadas de la cabecera municipal, ya que cuando tuvieron complicaciones y requirieron la atención de urgencia, fueron enviadas a un hospital de Mérida, cuya distancia fue un factor que influyó en su deceso (Rodríguez, 2010).

En un estudio realizado en Yucatán en 2001 se señaló una gran brecha en el acceso a la salud entre las mujeres del área urbana y las del área rural, es decir, que con 42% de la población estatal Mérida tuvo mayor cobertura en servicios de salud que el resto del estado: 75% de los habitantes tuvo cobertura de servicios de salud, mientras que en el resto del estado sólo contó con ella 35% de los yucatecos (Ramírez, 2001: 202).

En este trabajo se presentan los resultados correspondientes al municipio de Tizimín, Yucatán, que podrían modificarse mediante intervenciones concretas para reducir las muertes maternas en ese municipio.

Este supuesto se tomó con base en el planteamiento de González, Oñate y Solloa (2000: 11) acerca de que la realidad no puede ser abordada de manera objetiva y distante, sino que siempre hay que estudiarla en relación con los individuos que la viven, ya que los registros de la misma son en gran parte creaciones del propio observador: "la realidad que importa es lo que las personas perciben como importante". Esto conlleva aceptar que existen múltiples interpretaciones de la experiencia, producto del procesamiento mental de los individuos, y que cada una de ellas es igualmente valiosa. Autores como Jáidar y Perrés (1999: 13) y García Souza (1999: 82) sostienen que el cuerpo tiene un papel importante sobre la vida de los seres humanos; es una realidad que está ahí y es necesario considerar su vinculación con la cultura, dado que el cuerpo es esencialmente significaciones que se van construyendo influidas por ella; de este modo, determinan una serie de prácticas sociales, simbólicas y discursivas que pueden traducirse en cuidados o en actos de riesgo para la salud materna, porque "el cuerpo adquiere sentido en la medida en que éste es simbolizado, es decir, en la medida en que el hombre o la mujer lo integran a su universo de significación" (García Souza, 1999: 82).

De 1997 a 2001 se registraron 14 defunciones maternas en el municipio de Tizimín, pero sólo 11 domicilios de los familiares fueron localizados. Estas defunciones fueron de mujeres originarias de la cabecera municipal y de comunidades pertenecientes al municipio, algunas de las cuales se encuentran muy alejadas de la cabecera municipal, cercanas a los límites del estado de Quintana Roo, por lo que el acceso a ellas es difícil, a través de carreteras no pavimentadas. La mayoría de la población es hablante de lengua maya.

Se revisaron actas y certificados de defunción de mujeres fallecidas; las actas fueron proporcionadas por el Registro Civil del municipio y los certificados por los Servicios de Salud de Yucatán (ssy).

De enero a julio de 2004 se visitaron en sus domicilios a los familiares más cercanos en parentesco a las mujeres fallecidas. La edad de éstas fue de entre 21 y 42 años. También se entrevistó a mujeres en edad fértil (15-49 años) que sobrevivieron al embarazo, parto y posparto. Después de solicitar su autorización, se realizó una entrevista semiestructurada para dar respuesta a tres ejes temáticos: 1) necesidades de las mujeres en materia de salud materna; 2) conocimientos y prácticas de las mujeres sobre salud materna, y 3) conocimientos sobre riesgo materno. De tal suerte se efectuaron 11 entrevistas a familiares de mujeres fallecidas de 1997 a 2001 y 11 a mujeres en edad fértil, las cuales llevaron a cabo médicos, antropólogos, personal de trabajo social y psicólogos; estos últimos ayudaron a los familiares a restablecerse a la normalidad cuando se presentó alguna crisis emocional por remembranzas del suceso doloroso.

Asimismo, se entrevistó a informantes clave que estuvieron involucrados en el proceso salud-enfermedad-atención de la embarazada, como el personal de salud de la comunidad (dos médicos, dos enfermeras y un promotor de salud), las parteras (nueve) y un sacerdote, con el propósito de complementar la información obtenida de los familiares.

Los datos recabados en este estudio sirvieron de base para realizar una descripción etnográfica interpretativa y microscópica; y lo que se interpretó fluyó de un discurso social (Geertz, 1990: 26). Mediante la conversación con los participantes e informantes clave se pudo describir el significado que tienen para ellos las necesidades de las mujeres durante la etapa reproductiva: la vida en familia, las relaciones de género y la atención recibida por parte de los servicios de salud; los conocimientos y acciones durante las etapas de embarazo, parto y posparto respecto al entorno familiar y las prácticas reproductivas, así como, desde la visión de los entrevistados, quiénes son las que tienen más riesgo de morir por causa materna, la percepción del riesgo y sus diferentes interpretaciones.

Necesidades de atención a la salud materna

Se presenta el punto de vista de los familiares sobre las necesidades de atención materna, la forma como se llevan a cabo las relaciones de género, y la atención que reciben de los servicios de salud. Los entrevistados

fueron los esposos, las hijas, las hermanas, las sobrinas, las cuñadas y las madres de las mujeres fallecidas, que radicaban en las localidades de Tesoco Nuevo, Dzonot Aké, Popolnah, Tixcancal y en la cabecera municipal, Tizimín. A pesar de la diversidad de respuestas de estas personas para expresar las necesidades de atención y mejorar la salud materna, éstas estuvieron relacionadas con la falta de personal médico permanente, un centro de salud en la comunidad e infraestructura. Hay comunidades que están a unas horas de camino y la comunicación es por medio de camino blanco, por lo que las parturientas salen de sus hogares con dos semanas de antelación y se desplazan hacia una localidad más cercana a la cabecera, para prevenir los riesgos que podría traer un parto prematuro complicado:

Que haya un doctor que se quede todo el día (hija, Dzonot Aké).

Que manden doctores especialistas para atender a las mujeres cuando tengan a sus hijos, medicamentos, un lugar donde la mujer pueda tener a su bebé y pueda recuperarse dentro de la clínica; que manden camas, o al menos ambulancias que puedan trasladar a las mujeres que tengan que trasladarse a otro lugar (esposo, Popolnah).

Que haya un centro de salud propio (sobrina, Tesoco Nuevo).

Empero, algunos comentarios dejan ver la necesidad de que las mujeres se interesen más por su salud y su alimentación; algunos esposos reconocen la escasa o nula presencia del varón durante las pláticas informativas en torno al proceso reproductivo y, sobre todo, durante las consultas prenatales. En términos generales, los esposos se preocupan poco por la salud de su mujer y son escasos los que están al pendiente de ella. En cuanto a las mujeres, al parecer hay una demanda para que los esposos dediquen más atención a sus esposas y participen con ellas en los programas que promueve el sector salud; en los relatos también aparece la violencia a la que las mujeres son sometidas por parte del esposo:

Que coman bien, que se alimenten, que su marido las atiendan bien, que tengan todo en su casa, yo cuando me acuerdo de cómo vivía mi hija no lo aguanto, me pongo a llorar (madre, Tixcancal).

Pues yo creo que lo que sería mejor es que tuviéramos un centro de salud propio, porque así sería mejor, aunque

el doctor está trabajando muy bien; y como dice el doctor, tienen que tomar interés y no estarse durmiendo (esposo, Tesoco Nuevo).

Todavía existe la influencia del marido hacia la esposa para que no les realicen análisis o exámenes como el Papanicolaou; hace falta que a los hombres les den pláticas de enseñanza como se les otorga a las señoras y más los maridos que tienen el programa de Oportunidades, que vayan para que a ellos también se les haga sus análisis y a la vez acompañen a sus esposas para que no se molesten. Además, también siguen influyendo los golpes que les dan los maridos a sus esposas para que aborten, y ellas no dicen nada a la familia por pena o porque el marido les vuelve a pegar (cuñada y hermanas, Tizimín).

Otros aspectos observados en el discurso refieren al trato que se le da a la gente al acudir a solicitar consulta y a la limitada relación que se establece entre las mujeres y el personal de la clínica; sin embargo, esta actitud no sólo salió a relucir en la atención hospitalaria, sino también en la de la partera:

No sé qué pasa, a veces vas a buscar tu ficha y no te la dan, por culpa de la enfermera, creo que por falta de doctor, creo que a las embarazadas las atienden un poco mejor (mamá, Popolnah).

Debería haber un familiar cuando la atiendan la partera, porque mi mamá no sé de qué murió, no nos dejó entrar la partera (hija, Dzonot Aké).

Que sean honestos, me engañaron; honestidad para la familia y para ellas, que les avisen de su estado (esposo, Tizimín).

Encontramos el caso de una mujer de la comisaría de Popolnah a quien el esposo animó a planificar después del tercer hijo; otro en el que el esposo acompañaba a su esposa a las consultas prenatales; y un caso aislado de uso de preservativo por un hombre de la comisaría de Tesoco Nuevo.

Las mujeres en edad fértil que sobrevivieron al embarazo, parto y posparto manifestaron en su discurso cuestiones similares a las de los familiares de las fallecidas: las necesidades de atención para mejorar la salud materna tienen que ver con la falta de una clínica y personal de salud en su comunidad, si se trata de comisarías alejadas de la cabecera municipal; y en cuanto a las mujeres que radican en Tizimín, sus comentarios fueron sobre el horario de servicio y el instrumental para la atención del parto, así como el trato recibido:

Lo que pienso que debemos de tener es una clínica propia y que el camino para irnos esté mejor, ya que es un problema porque está muy malo y tarda uno mucho en llegar, aunque no es mucha la distancia, pero por el tipo de camino se tarda uno mucho (Tesoco Nuevo).

Se necesita una sala para operar a las mujeres que están embarazadas, medicinas, especialistas, para que no tengamos que trasladarnos a otros lugares y corramos el riesgo de que nos pase algo en el camino, porque mientras nos llevan cobran de flete a Tizimín 300 pesos sólo de ida, y cuando te dan de alta son otros 300 (Tixcancal).

Sí se necesita más atención, por ejemplo, en el hospital de San Carlos dan atención hasta después de la una de la tarde, pero la mera verdad, quién sabe qué está pasando (Tizimín).

En el centro de salud urbano no hay todo para atender un parto y te mandan al San Carlos, y en el San Carlos no te hacen caso, las enfermeras no te atienden, están platicando o sólo se están pintando. Hay preferencia a la gente rica y a los pobres los hacen a un lado (Tizimín).

Otro de los actores entrevistados fue el personal del centro de salud de Tizimín, adonde las mujeres acuden a control prenatal pero no se atienden los partos. A la pregunta de qué haría falta para mejorar la salud reproductiva y disminuir el riesgo de muerte materna en la localidad, el director afirmó que se necesita “una sala de atención de partos y de urgencias, un especialista para no trasladar a la embarazada a otro lugar y en el trayecto a otra clínica no le pase nada”; otros actores del mismo centro vislumbran aspectos como la falta de información por parte de las mujeres, las condiciones en las que viven y la manera en que se les transmite la información:

Que las mujeres sean más conscientes de los riesgos que corren cuando se embarazan menores de 19 años y mayores de 35 años; el medio en el que se desarrollan, su ignorancia respecto a la información, su religión, el machismo, la tradicionalidad de la mujer; la falta de responsabilidad como padre o madre (enfermera).

Falta educación, no capacitación, porque es una descapacitación: les das unos días pláticas y ya está; ni siquiera saben si lo hizo como debe ser, nunca vienen a ver si realmente entendió; desde las escuelas debe empezar, desde la primaria [...] Saber educar a los muchachos y las muchachas. Nosotros no podemos hacer nada, mire cómo estamos acá, en un lugar súper chico, no tenemos ni por dónde movernos; tenemos como 30 o 40 consul-



tas..., y, en cambio, los altos mandos felices de la vida; ellos sí la pasan bien en sus oficinas grandes con las secretarías atendiéndolos, y la verdad hay que reconocer que cuando se le pide a la paciente un ultrasonido, se va al segundo nivel [de atención] y regresa y no se lo han hecho; hay que reconocer que hay deficiencias y a la paciente le hacen estar dando vueltas y no le resuelven su problema (médico de consulta).

Los líderes comunitarios entrevistados fueron las parteras de la comunidad y un sacerdote católico. Desde hace ya varios años, las parteras del municipio de Tizimín reciben por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y los SSY información médica relacionada con los cuidados del embarazo y la atención del parto. Asimismo, se les proporciona periódicamente material básico para la atención del parto. Cabe mencionar que un grupo de parteras recibe información del IMSS y otro de los SSY. La información del presente estudio proviene sólo de las parteras de los SSY. Las parteras son actoras importantes tanto en la etapa del embarazo como en el parto y el posparto, durante el cual aplican los conocimientos transmitidos generacionalmente, porque es cuando las mujeres evitan los cambios de temperatura y comer ciertos alimentos que consideran riesgosos; en el posparto ya no se busca la atención del médico, sino únicamente la ayuda de la partera y de los familiares, a pesar de los procedimientos establecidos para asegurar un parto y posparto seguros (SSA, 2002: 41).

Estas prácticas mayas durante la etapa reproductiva han sido exploradas por Ortega Canto (1999: 28), Rodríguez, Andueza y Kú (2006: 69) y Quattrocchi (2007: 86); la primera, en su tesis "Proceso reproductivo femenino: saberes, géneros y generaciones en una comunidad maya de Yucatán", señala las transacciones que algunas mujeres realizan al recurrir a la medicina alópata, a la medicina tradicional o a ambas, en un afán de asegurar su bienestar y el del bebé; las segundas, en su artículo "Cuidados, hábitos y riesgos de las mujeres de Chemax, Yucatán, durante el proceso reproductivo", mencionan los factores constitutivos del riesgo como producto de la situación social de la mujer de áreas marginadas; la tercera, en su texto "¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán", ilustra la sobada para componer al bebé.

Durante un taller participativo y entrevistas individuales en este grupo de líderes, cuya mayoría habla lengua maya, aunque entiende bien el español, con el apoyo de nuestra traductora pudimos observar que las acciones para mejorar la salud de las mujeres están asociadas a la alimentación durante el embarazo, el control prenatal, la ingesta de vitaminas y el reposo; en los relatos de las parteras se deja ver la pluralidad en el cuidado y atención de las mujeres embarazadas, y la legitimación de su práctica y la de los médicos, al establecer puntos de contacto en el proceso del embarazo:

Las mujeres deben alimentarse adecuadamente y de acuerdo con sus posibilidades, decir cuando se sientan mal, no quedarse calladas; que las cuiden en casa y que tomen todo lo que se les diga, porque están cuidando a su hijo; en el parto hacer lo que se les dice, ayudar a su cuerpo para que sea más fácil [a la hora del parto]. Y en la cuarentena tener higiene con su persona y avisar si se siente mal (partera con 41 años de experiencia).

Pues que lleve un control en el hospital, porque les dan vitaminas y que se cuide durante su embarazo, para que a la hora del parto no tenga peligro tanto el bebé como ella; y durante su recuperación que esté en reposo, para que se recupere pronto (partera con 20 años de experiencia).

Los comentarios del representante religioso de la comunidad coincidieron con lo referido por los familiares y el personal de salud acerca de la información

y el personal especializado necesarios para mejorar la salud de la mujer tizimileña:

Hace falta un poquito más de información sobre cómo cuidar su embarazo. Hacen falta más médicos; hay que hacer esfuerzos para crear más centros de salud. Hace falta un mayor número de personal profesional, especialistas, ginecólogos, etcétera (sacerdote católico).

Conocimientos y prácticas sobre salud materna

En cuanto al entorno familiar y las prácticas reproductivas se exploraron las prácticas de las mujeres durante las tres etapas del periodo reproductivo: embarazo, parto y posparto. La información obtenida de los familiares demuestra que durante este tiempo las mujeres asumen prácticas complementarias al asistir a dos sistemas de salud. Por una parte, acuden con la partera para que les diga si están embarazadas, para saber cuál es la posición del bebé en el vientre materno y para la sobada;¹ pero también reciben atención por parte del médico, quien en ocasiones visita comunidades alejadas de la cabecera municipal donde no hay centro de salud.

Iba a la partera para que la sobaran, para los dolores de espalda y acomodar al bebé. Iba a la clínica. Iba a control, vacunas, análisis, pláticas y se supone que les toman su presión. ¿Y por qué nunca le avisaron que se le subía? (esposo, Tizimín).

Nunca consultaba, cuando se iba a aliviar dos o tres veces le talló la partera (hermana, Tizimín).

Ella iba a su control cada mes al centro de salud (cuñada, Tizimín).

Ella iba al centro de salud o con la partera que es su comadre; ella prefería ir con la partera porque en el hospital San Carlos sí atienden pero sólo a los más graves (esposo, Tizimín).

En la narrativa de las mujeres en edad fértil también aparece la atención simultánea de la partera y el médico durante su embarazo. La diversidad de respuestas de las mujeres respecto a la reproductividad e incluso el antagonismo observado en algunas

¹ "Masaje terapéutico particular realizado por las parteras [...] con el fin de reposicionar un órgano o partes del cuerpo consideradas momentáneamente 'fuera de lugar'" (Quattrocchi, 2007: 79).

expresiones reflejan de algún modo cambios importantes en la manera de percibir y entender el proceso reproductivo dentro de la comunidad. Los procesos de diferenciación entre ellas se han acentuado, posiblemente como consecuencia de que las mujeres han modificado su forma de vivir y, sobre todo, de atenderse durante el embarazo, parto y posparto. Para algunas, las estrategias de cuidado después del parto obedecen más a las indicaciones de la partera, quien proporciona atenciones al bebé y a la madre, y le recomienda a ésta una alimentación a base de frijol, huevo, verduras, caldo de pollo y res, que complementa con las vitaminas que recibe del médico del centro de salud. Durante los 40 días después del parto las mujeres tienen más cuidados, en especial con la alimentación, el reposo y la exposición al frío. En estos casos es fundamental la ayuda que reciben de sus madres y suegras, e incluso de las parteras, que bañan al niño los primeros días y lavan la ropa para que la nueva madre descanse adecuadamente:

Debe alimentarse, acudir al doctor cada mes; aquí muchas de las mujeres van con la partera para que las soben; yo, como tenía Seguro [IMSS], iba al Seguro con el doctor (Dzonot).

Voy al DIF y al módulo [de salud] también, ahí me atiende el doctor, él me checa cada mes y me da mi cita; voy a juntas de embarazadas, me dan mis vitaminas; ya cuando tengo mis dolores de parto me llevan a San Carlos, me ingresan; mi último parto fue cesárea, porque se me subió la presión y terminando de nacer mi hijo rápidamente me ligaron (Tizimín).

Yo, además de ir a la clínica del Seguro Social, iba con la partera sólo para que me sobe todos los meses. Y a la hora de dar a luz, la partera es la que recibe a mis hijos, se le va a buscar y la llevan a la casa; entonces espera a que el dolor esté más fuerte y se prepara para recibir a tu bebé; y cuando yo tuve a mis bebés siempre estaba a un lado mi esposo y mi mamá. Luego que nace mi bebé, me limpia bien y me amarra para que después no tenga complicaciones, dolores de cabeza; también me dice que durante los 40 días no salga al sereno, o que no me junte con el humo, porque se le seca a una mujer la leche (Tixcancal).

Por su parte, al personal de salud se le interrogó sobre cómo percibía la salud de las mujeres en edad fértil de la comunidad, y las ideas referidas muestran una postura dentro de un sistema de valores que le permite asumir parámetros que evalúan las formas, los contenidos y los valores de otras culturas, así como

afirmar que la salud de las mujeres es buena, por el elevado número de nacimientos; pero a la vez la calificó también como regular debido a la ignorancia e irresponsabilidad de las mujeres:

La salud de la mujer es buena, porque me doy cuenta que hay muchos nacimientos y eso significa que está bien; las mujeres viven una sexualidad libremente, sean de bajos recursos o no. En Tizimín la mayoría de las mujeres, y dentro de todas las familias, el número promedio de hijos es cinco. Hay que considerar que tiene que ver mucho la educación de la mujer, sin importar el nivel socioeconómico en el que se encuentre (enfermero).

Las embarazadas son en su mayoría menores de edad; no hay interés por parte de las mujeres (no todas) en el cuidado de su salud; hay quienes no tienen su control. En general, la salud de la mujer se encuentra regular, por su ignorancia (enfermera).

La salud de la mujer está muy descuidada, totalmente; las mujeres son muy irresponsables (médico).

A las parteras se les preguntó en qué consistía el cuidado que ofrecían a las mujeres cuando éstas solicitaban su ayuda. En su narrativa se deja ver el conocimiento que tienen del cuerpo para la salud materna y su relación con lo frío y lo caliente, no sólo para poder embarazarse sino para que después del parto no se presenten complicaciones. En el reconocimiento de estos elementos culturales y su vínculo con el cuerpo se muestra una integración del cuerpo en su dimensión individual y social:

Pues a algunas que nos les baja bien su mes se los regularizo con un preparado que ellas deben tomar. Cuando ya están embarazadas, estar pendiente de que tomen sus vitaminas y las pastillas que les da el médico; su alimentación es importante, que sean limpias, las sobo, toco para sentir cómo está el bebé; si está atravesado se le coloca en buena posición para que sea parto normal, cuando llega el momento las acompaño si van a la clínica, o las atiendo a la hora de dar a luz, les digo que es natural, que su cuerpo ya sabe lo que debe hacer, que estén tranquilas. Después les recomiendo que se cuiden por un tiempo, para que se recupere su cuerpo. Yo les aconsejo que no deben de estar con su marido de tres a cuatro meses, aunque no todos esperan ese tiempo; que utilicen pastillas (partera, Tizimín).

Si la mujer se siente mal, porque ya tiene dos o tres años de casada y no se ha podido embarazar, las tallo [sobo] tres veces cada ocho días, por tres semanas, y les hago

su medicina con aguardiente. Utilizo el x'tabentún² con hierbas, y esta bebida hace que la sangre de la mujer se limpie, porque la mayoría de las mujeres que no se han podido embarazar es porque están pasmadas, su sangre no sirve porque comen cosas con chile, o se bañan con agua fría; por eso no pegan los bebés. Entonces, tenemos que limpiar primero la sangre, para que luego ella pueda quedar embarazada (partera, Tizimín).

Durante el embarazo llegan a que las talle y a ver si están embarazadas; muchas llegan a que les acomode el bebé para que a la hora del parto no se complique y todo salga normal. También les recomiendo que se cuiden y que coman muchas verduras porque es vitamina, que no hagan mucho esfuerzo y que no tomen hielo y Coca. Cuando llega la hora del parto, voy a su casa para el alumbramiento, y ellas escogen dónde quieren que nazca el bebé, si en la cama o en la hamaca, en donde ellas se sientan cómodas. Una vez que nace el bebé, esperan dos horas para que puedan comer caldo de gallina sin condimento (partera, Tizimín).

Al sacerdote se le preguntó qué ha aconsejado a las mujeres que se han acercado a él sobre los cuidados a la salud en el embarazo, parto y posparto, y respondió: “el mejor consejo es orientarlas hacia quien pueda ayudarlas en su proceso, a ir con el médico, a encauzarlas”.

Conocimientos sobre riesgo materno

Respecto al mayor riesgo de las mujeres de la comunidad a enfermarse y sufrir alguna complicación durante el embarazo, parto o posparto, y que pone en peligro su vida, los familiares señalaron aspectos como la edad extrema en la vida reproductiva, la mala atención en la clínica, el padecimiento de otras enfermedades, la falta de interés por el autocuidado, la alimentación e incluso la brujería:

Pienso que las que tienen más riesgo son las que ya están en la edad de los 30 a 35 años, ya que pueden tener su presión alta o porque ya tienen edad (sobrina, Tesoco Nuevo).

Por negligencia de la clínica, todas (esposo, Tizimín).

Correría más riesgo de morir si está enferma y se embaraza (hija, Dzonot Aké).



Para que las señoras no mueran, deben de tener más empeño en que las chequen los doctores cada mes, les tomen su presión y cuiden los alimentos que consumen [...] En el programa Oportunidades, por ley, tienen que ir a tomar sus pláticas (cuñada y hermanas, Tizimín).

Para mí creo que todas, a mi hija le hicieron daño, por eso ese nené no iba a nacer; hagas lo que hagas no iba a nacer. Su suegra la odiaba porque estaba celosa (madre, Tixcancal).

Algunos de los familiares entrevistados sólo hablaban maya y no sabían leer ni escribir, como la madre de una mujer fallecida en Popolnah, quien tuvo que ser auxiliada por su nieto y el hermano de la fallecida, que ayudaron con la traducción. Esta mujer comentó que no sabe quiénes están más en riesgo de morir en el embarazo, parto y posparto en su comunidad.

² “Licor de origen maya, originario de Yucatán, elaborado con miel fermentada de abejas que se alimentan de la flor de xtabentún y anís” <[http://www.es.wikipedia.org/wiki/Xtabentún_\(bebida\)](http://www.es.wikipedia.org/wiki/Xtabentún_(bebida))>.

A algunas mujeres en edad fértil la experiencia dada por embarazos anteriores les permite vislumbrar aspectos que pueden poner en peligro su vida; en otros casos hay que considerar la lejanía de sus comunidades respecto a algún hospital o clínica para la atención del parto, además de la alimentación, el trabajo fuerte, la presencia de otras enfermedades, las edades extremas y la exposición al frío:

En mi primer niño no sabía, pero después cuando estuve embarazada sí; yo ya sé por qué me dolía la cabeza porque el doctor que viene nos explicaba. Después del parto, si no dejas de sangrar algo está mal (Tesoco Nuevo).

Pues las que no se preparan para la atención de su parto, porque acá ¿quién las va a atender?, tienen que irse a la colonia para que sean atendidas, porque si no les puede pasar como a mi tía que murió hace ocho años; pienso que murió porque se desangró, la partera no la atendió bien y su esposo no hizo nada para llevarla a otro lugar. Ahora ya no tenemos ni partera porque se fue a vivir a otro lado, la única era la que atendió a mi tía (Tesoco Nuevo).

Las desnutridas, las que no comen bien, las que no se alimentan bien, no toman sus vitaminas y a veces no van al doctor (Tizimín).

Hay muchas que están malas de la presión, entonces si se quieren embarazar tienen que ir a que las chequen mucho para que estén bien, igual las que no comen bien; y si tienes azúcar es peligroso que te embaraces (Tixcancal).

Las mujeres mayores de edad, no sé, por su edad, creo; no es lo mismo que se embarace una muchacha a que se embarace una señora, la señora se puede enfermar de la presión, se le puede subir la presión; si ya tuvo muchos hijos, pues también, los doctores dicen que su matriz de uno se cansa (Dzonot Aké).

Las mujeres jóvenes, porque no han terminado de desarrollar su cuerpo y le empiezan a dar vida a otro ser humano, y no termina de desarrollar su cuerpo (Tizimín).

Hay algunas que dan a luz y salen al fresco, no deben de mojarse, ni abanicarse con el viento de lluvia, y no consumir cosas frías, tampoco bañarnos con agua fría (Tizimín).

Otro tema abordado en este grupo de mujeres fue si tener determinado tipo de cuerpo podría influir en el embarazo, parto o posparto. Al respecto, hubo respuestas en favor pero también en contra de la relevancia de la complejidad del cuerpo en el desarrollo

del embarazo para que éste llegue en buenos términos. Aquí aparecen algunas ideas sobre el cuerpo como un esquema de referencia para la salud durante la etapa reproductiva que las mujeres han construido de acuerdo con su propia experiencia:

La mujer debe ser delgada para tener un buen embarazo (Tesoco Nuevo).

Sí influye, debe tener caderas amplias para que no sea cesárea, no estar gordita, dicen que no estar chaparrita (Tizimín).

No creo, que se le vea sana, que la mujer se vea bien es lo importante, que no se vea enferma. De qué sirve que tenga un cuerpo bonito si está pálida o está enferma, su cuerpo no la va a ayudar (Dzonot Aké).

Sí tiene que ver, porque a veces si eres muy llenita, nos da trabajo a la hora de embarazarnos; y las que son muy flaquitas y siempre están a dieta no se alimentan bien, y cuando quedan embarazadas, comienzan a tener problemas y enfermedades (Tizimín).

No, porque a veces las gordas llegan a tener un bebé bien, pero el doctor dice que no debes excederte porque acumulas mucha grasa (Tizimín).

No, porque lo importante es que la mujer esté bien de salud y que vaya al doctor antes de tener un bebé (Tixcancal).

Debe de estar gordita para que no se lastime (Dzonot Carretero).

Con el personal de salud se indagó cómo perciben el riesgo materno de las mujeres del municipio de Tizimín, al preguntarle a qué atribuye las muertes maternas en la comunidad, a lo cual contestó que, principalmente, a los cuidados brindados por la partera, el retraso en buscar atención médica, la falta de un vehículo para el traslado, pero también al trato recibido en el hospital:

Se muere la mamá porque primero van con la partera y son casos difíciles, y la partera manipula mucho a su paciente. Antiguamente las inyectaban, ahora no; antes forzaban a la paciente, aunque no estuviera completamente dilatada, y se rompía el útero. Esto ocasionaba que se muriera la señora; entonces la partera mandaba a la señora cuando ya no tenía remedio (enfermero, Tizimín).

Recuerdo un caso de preeclampsia hace tres años: vino la paciente, se le detectó, se le comentó que tenía que

ingresar y no quiso en ese momento, pero comentó que sí lo iba a hacer, se le comentó que era urgente; en vez de eso se fue al kínder a buscar a su hija y hasta la noche fue a hospitalizarse. Esa señora falleció, por eso es importante un vehículo que sirva exclusivamente para estos casos (médico, Tizimín).

Lo que percibo es que a veces empiezan a ser atendidas por parteras y de ahí surge la complicación y las mandan al hospital, y ya es poco lo que se puede hacer por ellas, aunque hay casos que son ingresados al hospital y ahí viene la complicación. Por el momento no recuerdo algún caso específico, pero tiene que ver un 80% con la actitud de las personas, ya que a veces no siguen las indicaciones que se les da y no toman las debidas precauciones (promotor de salud).

En el grupo de líderes comunitarios, a las parteras se les cuestionó sobre lo que les había pasado a las mujeres que fallecieron en Tizimín, para explorar las referencias en torno al riesgo. Para ellas, las principales causas de complicación del embarazo y de muerte son la lejanía respecto a los centros de salud, por la cual las mujeres no reciben atención prenatal; su alimentación y la demora en solicitar ayuda por parte de ellas y de sus familiares, así como las maniobras de estos últimos para ayudar a nacer al bebé:

Son las que vienen del monte, no se atienden al principio, esperan que estén ya muy mal para venir; además su alimentación es muy mala y no las atienden en su casa (partera con 41 años de práctica, Tizimín).

Hace años una mujer estaba a punto de tener a su hijo; mi suegra, que es partera, la atendió. El marido de la mujer la fajó con un cinturón grueso y le apretó su barriga, porque la mujer se comenzó a poner mal; tenía las contracciones y al apretarle su barriga obligó a nacer al bebé. A los cuatro días se le presentó una infección que le dio fiebre. A los seis días falleció. Los familiares dijeron que se había quedado un pedazo de placenta, pero mi suegra dijo que estaba completa cuando la enterraron al lado de la batea; que todo se debió porque le empezó la fiebre y no la llevaron al médico, y también porque el esposo la forzó y la lastimó en el momento en el que le apretó la barriga (partera con 20 años de experiencia, Tizimín).

Los comentarios del sacerdote acerca del riesgo aluden al problema de los embarazos en las adolescentes, el embarazo fuera del contrato matrimonial, los cambios en las expectativas del matrimonio por la Iglesia, y las desigualdades de unas comunidades respecto de otras en el acceso al control prenatal:

Se nota mucho su actividad [sexual] por tantos niños que bautizo, y en el embarazo en adolescentes como fenómeno mundial. Se embarazan sin casarse, son niñas entre los 14 y los 17 años. En el nivel medio, algunas se casan y otras no; en el de pobreza y en el nivel alto sucede lo mismo. Prefieren esperarse para ver cómo suceden las cosas. La mayoría se casa por lo civil [...] Hay poca cultura respecto al control prenatal, no sabe la gente que se debe llevar un control para llegar a feliz término. Se está creando una cultura del conocimiento, pero no es lo mismo en las zonas marginadas que no tienen esta oportunidad.

Algunas reflexiones finales

El tema de la mortalidad materna forma parte hoy en día de la agenda de organismos internacionales, nacionales y locales. La Organización Mundial de la Salud, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, promueve mejorar la salud de las mujeres para reducir la morbilidad y mortalidad maternas. Por otro lado, gran parte de la literatura mundial sobre temas relacionados con las defunciones de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto, se ha interesado sólo en el abordaje cuantitativo del problema. Sin embargo, la necesidad de complementar los estudios cuantitativos en el análisis del proceso salud-enfermedad-atención de la embarazada ha hecho que la investigación cualitativa recobre fuerza en este nuevo milenio, con conocimientos generados mundialmente que examinan magnitud y procesos en la búsqueda de alternativas que contribuyan a disminuir la mortalidad materna (Szasz, 1998: 313).

En los países desarrollados, las defunciones maternas han dejado de ser un problema de salud pública; pero en los países catalogados como pobres, como los de Latinoamérica y el Caribe, el asunto es grave no sólo por el número de muertes sino por la trascendencia social que conlleva el fallecimiento de la mujer y que muchas veces implica el del recién nacido. Cabe mencionar que de las 14 defunciones de mujeres de 1997 a 2001, únicamente en 11 casos el recién nacido sobrevivió al parto, y de éstos, sólo cuatro de los doce (un parto gemelar) lograron sobrevivir.

En relación con los ejes temáticos explorados en este estudio, queremos señalar algunas consideraciones.

Necesidades en salud materna. Sobre esto aún hay mucho por hacer: principalmente a través de pláticas de sensibilización con las mujeres y sus esposos pueden darse cuenta de que existen derechos reproductivos esenciales para lograr una maternidad segura,

algunos de ellos relacionados con el hecho de que tanto mujeres como hombres sean conscientes de que el trabajo en exceso durante el embarazo afecta la salud de ellas y que es necesario el reposo y el respeto de sí mismas. Debemos considerar que las actividades de las mujeres mayas son más rudas y requieren mayor esfuerzo físico que las que realizan las mestizas. Sus múltiples tareas en el hogar y la falta de recursos económicos para obtener mejores bienes y servicios complican su existencia y limitan el tiempo libre para el descanso durante el embarazo, aun cuando hayan escuchado en las pláticas de orientación sobre la importancia de hacer reposo durante esta etapa.

En varios trabajos publicados se exploran las condiciones sociales de las mujeres mexicanas y la salud materna, y se menciona, entre otras cosas, la carga de trabajo a la que se encuentran sometidas, incluyendo las tareas domésticas, como uno de los factores sociales determinantes de la desigualdad de género (Szasz, 1998: 313). Las condiciones sociales de las mujeres frente a las de los varones son de desventaja. Genéricamente, se ha conferido a la mujer el cuidado de su salud y la de sus hijos. Esta concepción de la salud maternoinfantil ha desvalorizado el papel del esposo en el cuidado de la mujer durante el embarazo, parto y posparto, como lo refleja el discurso de las mujeres que acudieron solas a la consulta prenatal, o el de aquellas a quienes les pidieron tener relaciones sexuales sin importar su estado de salud. La falta de autocuidado, la poca atención que las mujeres se atreven a darse, aceptando condiciones exigentes de trabajo, e incluso de violencia doméstica, constituyen un aspecto en el que será necesario profundizar para tener elementos actualizados que evidencien el tema de la violencia doméstica en esta región de Yucatán. Promover la participación masculina en el cuidado de la salud de su esposa es un asunto que en estos tiempos ha cobrado mayor fuerza, debido a que la manera de concebir la perspectiva de género ha dejado de limitarse al plano de la mujer y ahora se busca tanto la equidad entre hombres y mujeres como fomentar la importancia del apoyo social no sólo del esposo, sino también de los familiares de las embarazadas (Figueroa Perea, 1993: 201).

El acceso a los servicios de salud de calidad para la mujer embarazada y durante el parto y el puerperio está todavía lejos de alcanzar los estándares internacionales. En México, por medio del programa Arranque Parejo en la Vida, implementado por el gobierno federal en 2001, se ha estimulado la atención de calidad a mujeres y niños para que tengan las mismas oportunidades de atención a la salud. Empero, en las áreas más pobres, la falta de capacidad resolutive en la

atención de los partos complicados continúa siendo un factor significativo relacionado con las muertes maternas. En Tizimín, a pesar de contar con servicios médicos especializados para la atención de partos complicados, los fallecimientos maternos ocurren por la lejanía de la cabecera municipal; en la mayoría de las localidades no hay transporte permanente, y aunque una unidad móvil de salud las visita cada determinado tiempo, no es suficiente para resolver una complicación obstétrica. Algunos autores han señalado que las muertes maternas suceden por tres retrasos: 1) en la ayuda de los familiares a la embarazada para detectar signos de alarma; 2) en la búsqueda de ayuda de un servicio médico, y 3) en la atención y tratamientos oportunos (Reyes, 1994: 4).

Conocimientos y prácticas sobre la salud materna. Las mujeres asumen una visión plural y mezclan conocimientos sobre la reproductividad (adquiridos en las pláticas en los centros de salud) con los conocimientos populares transmitidos de madres a hijas, de abuelas a nietas. Los consejos médicos inciden más en el embarazo, porque en ocasiones acuden a consulta prenatal y a que les den vitaminas. No obstante, las parteras transmiten conocimientos a las mujeres no sólo durante el embarazo, sino también en el puerperio, por lo que la capacitación debe ser permanente. A pesar de que el sector salud ha establecido procedimientos para asegurar un parto y puerperio seguros, las muertes de las mujeres durante esta última etapa son más frecuentes, y si bien ellas conocen algunos peligros que pueden presentarse en el posparto, no asisten a control médico porque los cuidados se centran en el recién nacido y se descuida a las madres. Lo anterior se refleja en la baja asistencia a consulta posparto en los centros de atención a la salud, y en la poca importancia que se le da a los cuidados maternos, como se pudo observar en el caso de algunas de las mujeres fallecidas, quienes desde el segundo día posparto se vieron obligadas a reanudar sus tareas cotidianas, sin derecho a descansar.

En cuanto a las prácticas de las parteras en la atención a la embarazada, la sobada o masaje es una práctica polémica que requiere ser comentada. A este elemento cultural que reivindica el saber de las parteras el personal de salud le ha atribuido la causa de distocias y manipulaciones que complican los partos. La sobada es el tiempo en el que la embarazada y la partera intercambian información sobre el embarazo y el parto; la partera "acomoda" bien al bebé y reconforta a la mujer. Aunque esta práctica es reconocida culturalmente en el área rural de Yucatán y en

otras culturas (Hirsch, 2007; Fleischer, 2008), no es bien aceptada por la biomedicina, que realiza el masaje uterino únicamente en la tercera etapa del parto, después de que se ha expulsado la placenta, para prevenir el sangrado (Chelmow, 2008; Hofmeyr, Abdel-Aleem y Abdel-Aleem, 2008).

Conocimientos sobre riesgo materno. Las mujeres tizimileñas conciben como un factor de riesgo embarazarse en edades extremas de la vida. Aun así, este conocimiento no ha sido adoptado como propio, ya que las mujeres se embarazan muy jóvenes y lo siguen haciendo después de los 40 años de edad. El poder de decisión femenino para la atención del parto en caso de complicación, está lejos de ser adquirido. En varios estudios se discute si la falta de apoyo social condiciona la mala salud materna (Villar *et al.*, 1992: 1266), y se nos dice que la maternidad y todo lo que se desarrolla y sucede a su alrededor sigue siendo responsabilidad de la mujer, aunque en el discurso se reconoce que la participación masculina es necesaria para prevenir las muertes. Se ha descrito que los hombres de generaciones más jóvenes, con mayor experiencia urbana y mejor escolaridad, no sienten la necesidad de participar en el momento del parto, en contraste con algunos varones del área rural, en los que todavía prevalece la tradición cultural de ayudar a la mujer y a la partera durante el nacimiento (Ortega Canto, 2006). Sin embargo, el varón debe participar más en el proceso de salud-enfermedad-atención de las mujeres y no dejarlas solas ante la responsabilidad de los cuidados que requieren ellas y los recién nacidos (Rodríguez, Manrique y Santana, 2010: 254).

En las comunidades alejadas de la cabecera municipal de Tizimín se pudo observar la falta de acceso a una atención de calidad, aunque los servicios de salud intentan prevenir los embarazos prematuros. Los comentarios de los entrevistados acerca del riesgo del cuerpo estuvieron relacionados con el estado de ánimo y el sentir de las mujeres, más que con la complejidad física. Así, la representación social del cuerpo ligada a la mente con una fuerte carga afectiva y una estructura propia (Wagner, Elejabarrieta y Valencia, 1994: 124) es compartida por la gente entrevistada de Tizimín.

En conclusión, las muertes maternas de mujeres tizimileñas reflejan la falta de acceso a los servicios de salud para recibir una atención de calidad durante el embarazo, parto y posparto. Las comunidades más alejadas de la cabecera municipal deben ser atendidas con mayor cautela, porque en ellas están las mujeres más vulnerables y en riesgo de morir por falta



de recursos y de control prenatal. En sitios estratégicos cercanos a las comunidades apartadas debe haber unidades de atención preparadas para las emergencias obstétricas, que cuenten con sistemas de comunicación con enlace a hospitales para que, en caso de emergencia, tengan apoyo y asesoría de especialistas que ayuden a tratar la emergencia mientras las mujeres son trasladadas a otro nivel de atención. Los esfuerzos deben enfocarse a invertir más recursos para los programas que mejoren la salud materna, con el fin de reducir las muertes maternas en Tizimín.

Por último, cabe señalar algunas dicotomías enunciadas en los discursos del personal experto sobre las mujeres embarazadas: ignorancia-conocimiento, irresponsabilidad-responsabilidad, inconsciencia-conciencia, falta de educación-educación, falta de moralidad-moralidad. Es preciso modificar estas percepciones y conocimientos de algunos expertos sobre las condiciones reales en las que viven las mujeres de las comunidades rurales; una estrategia para ello es la interculturalidad, entendida como “el proceso relacional que se establece entre dos o más culturas al interior de una sociedad, que de por sí es heterogénea en cuanto a sus orígenes y características económicas, políticas y sociales” (Campos Navarro, 2004: 644). De esta manera se logrará un mejor entendimiento de la salud-enfermedad-atención de las mujeres en la etapa reproductiva, entre lo médico y lo sociocultural, y aunque los conocimientos puedan ser contrapuestos deben ser respetados, tolerados y comprendidos.

Bibliografía

- ÁVILA, JOSÉ LUIS, CARLOS FUENTES
Y RODOLFO TUIRÁN
2000 *Índice de marginación*, Consejo Nacional de Población/Secretaría de Gobernación, México.

- CAMPOS NAVARRO, ROBERTO
2004 "La interculturalidad en la práctica del doctor Albert Schweitzer", en *Gaceta Médica*, vol. 140, núm. 6, México, pp. 643-652.
- CASTAÑEDA, XÓCHITL, CECILIA GARCÍA Y ANA LANGER
1996 "Ethnography of fertility and menstruation in rural Mexico", en *Social Science & Medicine*, vol. 42, núm. 1, pp. 133-140.
- CHELMOW, DAVID
2008 "Postpartum Haemorrhage: Prevention", en *Clinical Evidence*, núm. 1410, 15 de diciembre <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907937>> [20 de abril de 2011].
- CONAPO
2005 "Yucatán: Grado de marginación por municipio, 2005", anexo de *Índices de marginación 2005*, Consejo Nacional de Población, México <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/margina2005/anexoB/mapas/b_3100.pdf> [11 de mayo de 2011].
- DGEI-SSA
1990 *Mortalidad 1990-1997*, Dirección General de Estadística e Informática-Secretaría de Salud, México.
1995 *Programa de Reforma del Sector Salud/Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000*, Dirección General de Estadística e Informática-Secretaría de Salud, México.
- DUARTE-GÓMEZ, MARÍA BEATRIZ, ET AL.
2004 "Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla", en *Salud Pública de México*, vol. 46, núm. 5, pp. 388-398.
- FIGUEROA PEREA, JUAN GUILLERMO
1993 *El enfoque de género y la representación de la sexualidad: algunas reflexiones*, Dirección General de Planificación Familiar-Secretaría de Salud (Cuadernos de Capacitación en Investigación sobre Planificación Familiar, 1), México.
- FLEISCHER, SORAYA
2008 "Come on my Child, Let's Have Some Massage? 'Puxacao', Midwives and Reproduction in Melgaco, Pará, Brazil", en *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 13, núm. 3, pp. 889-898.
- GARCÍA SOUZA, PAOLA PALOMA
1999 "Cuerpo e identidad. Reflexiones sobre el simbolismo huave", en Silvia Carrizosa Hernández (comp.), *Cuerpo: significaciones e imaginarios*, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X), México, pp. 79-93.
- GEERTZ, CLIFFORD
1990 *La interpretación de las culturas*, Gedisa, Barcelona.
- GONZÁLEZ, J. J., R. OÑATE Y L. M. SOLLOA
2000 "Investigación cualitativa", en *Aletheia*, núm. 20, Instituto de Investigación en Psicología Clínica y Social, México, pp. 11-28.
- HIRSCH, ANNE
2007 "A Modern Midwife's Experience with Ancient Maya Techniques of Abdominal/Uterine Massage", en *Midwifery Today*, núm. 84, pp. 56-69.
- HOFMEYR, JUSTUS, HANY ABDEL-ALEEM Y MAHMOUD ABDEL-ALEEM
2008 *Uterine Massage for Preventing Postpartum Haemorrhage. (Review)*, The Cochrane Collaboration, John Wiley & Sons <<http://www.who.int/rhl/reviews/CD006431.pdf>>.
- INEGI
2000 *XII Censo General de Población y Vivienda*, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México.
- JÁIDAR, ISABEL Y JOSÉ PERRÉS
1999 "Mitología, sincretismo y cuerpo del dolor", en Silvia Carrizosa Hernández (comp.), *Cuerpo: significaciones e imaginarios*, UAM-X, México, pp. 11-24.
- OPS
1995 *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*, 10ª revisión, Organización Panamericana de la Salud, Washington.
- ORTEGA CANTO, JUDITH
1999 "Proceso reproductivo femenino: saberes, géneros y generaciones en una comunidad maya de Yucatán", tesis doctoral en Ciencias Sociales, El Colegio de Michoacán, Michoacán.
2006 "Género y generaciones: Conducta reproductiva de los mayas de Yucatán", en *Salud Colectiva*, vol. 2, núm. 1, pp. 75-89.
- PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA
2007 "Pobreza. 3.1 Superación de la pobreza", en *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*, Presidencia de la República, México <<http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/igualdad-de-oportunidades/superacion-de-la-pobreza.html>> [11 de mayo de 2011].
- QUATTROCCHI, PATRIZIA
2007 "¿Qué es la sobada? Elementos para conocer y entender una práctica terapéutica en Yucatán", en Patrizia Quattrocchi y Miguel Guémez Pineda (coords.), *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy*, Compañía Editorial de la Península, Mérida, pp. 77-114.
- RAMÍREZ, LUIS
2001 *Mujeres de Yucatán y Mérida*, Ayuntamiento de Mérida/Universidad Autónoma de Yucatán (UADY), Mérida.
- REYES, S.
1994 "La mortalidad materna en el Instituto Mexicano del Seguro Social", en *Revista del Instituto Mexicano del Seguro Social*, México, pp. 1-4.
- RIBOTTA, SILVINA
2010 "Pobreza, hambre y justicia en América Latina y el Caribe. Debatido sobre la justicia mientras 53 millones de latinoamericanos sufren hambre", en *Revista Electrónica Iberoamericana*, vol. 4, núm. 1, pp. 144-180 <http://www.urjc.es/ceib/investigacion/publicaciones/REIB_04_10_Silvina.pdf> [13 de marzo de 2011].
- RODRÍGUEZ, ELSA
2010 "Epidemiología sociocultural de las defunciones maternas en Yucatán", en G. Rosado (ed.), *Voces entretajidas*, Instituto para la Equidad de Género en Yucatán, México, pp. 275-292.
- RODRÍGUEZ, ELSA Y MARISA ORDÓÑEZ
2006 "Mortalidad materna y marginalidad en Yucatán, México", en *Revista Biomédica*, vol. 17, núm. 4, pp. 237-242.
- RODRÍGUEZ, ELSA, GUADALUPE ANDUEZA Y LORENA KÚ
2006 "Cuidados, hábitos y riesgos de las mujeres de Chemax, Yucatán, durante el proceso reproductivo", en *Temas Antropológicos. Revista Científica de Investigaciones Regionales*, vol. 28, núm. 1, pp. 69-98.

RODRÍGUEZ, ELSA, WILLIAM MANRIQUE
Y ANDRÉS SANTANA

- 2010 "Las interacciones sociales en el saber masculino para el cuidado de la salud de la mujer embarazada. Una propuesta de cambio a través de la educación", en Gina Villagómez Valdés, Elia María Escoffé y Ligia Vera (coords.), *Varones y masculinidades en transformación*, UADY, Mérida, pp. 245-256.

SSA

- 2002 *Programa Arranque Parejo en la Vida*, Secretaría de Salud, México.

SZASZ, IVONNE

- 1998 "Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno-infantil", en Juan Guillermo Figueroa

Perea (ed.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, El Colegio de México, México, pp. 313-331.

VILLAR, JOSÉ, ET AL.

- 1992 "A Randomized Trial of Psychosocial Support During High-Risk Pregnancies", en *The New England Journal of Medicine*, vol. 327, núm. 18, 29 de octubre, pp. 1266-1271 <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1303639>>.

WAGNER, WOLFGANG, FRAN ELEJABARRIETA

Y JOSÉ VALENCIA

- 1994 "La estabilidad en las representaciones sociales de paz y guerra en dos países", en *Revista de Psicología Social y Personalidad*, vol. 10, núm. 2, Madrid, pp. 123-143.