



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas,
Facultad de Medicina

Maestría en Ciencias Sociomédicas
Campo disciplinario de Antropología en Salud

**CONSTRUCCIÓN SOCIOCULTURAL DE LA MUERTE MATERNA EN LA
REGIÓN DE LA CUENCA DEL LAGO DE PÁTZCUARO, MICHOACÁN:
EXPERIENCIA, TRAYECTORIA DE ATENCIÓN-DESATENCIÓN Y
ESTRUCTURA FAMILIAR.**

TESIS

que para optar por el grado de

Maestra en Ciencias

PRESENTA

Bianca Fernanda Vargas Escamilla

TUTOR

Dr. Roberto Campos Navarro

Facultad de Medicina

Ciudad de México, junio de 2016.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“Hay gente que no se muere de enfermedad, sino de falta de dinero o de falta de palabras”

(Doña Rosita Ascencio, curandera de Puácuaro, Michoacán)

“...Algunas tienen que ver con los servicios de salud, pero otras con lo laboral o con la misma experiencia de ser mujer, de vivir ciertas cosas... Yo me pregunto ¿Realmente tenemos derechos? ¿Realmente somos dueñas de nuestros cuerpos como lo dicen en los talleres de equidad de género?”

(Voz de una mujer purépecha, líder comunitaria)

AGRADECIMIENTOS

*“Todo trabajo tiene muchos autores, y únicamente una añeja costumbre
hace que lo firmemos con un solo nombre”.*

(Ryszard Kapuściński)

Este trabajo constituye un proyecto personal, colectivo, académico, formativo y reflexivo que dista de haber concluido, sin embargo, representa la culminación de una de sus etapas. En él, están presentes un sinnúmero de voces y también de silencios; aparecen incontables personas, grupos, e instituciones que de manera directa o indirecta lo han hecho posible, a quienes espero poder reconocer, sin omisión alguna.

Agradezco al Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México, al mismo tiempo que reconozco el privilegio de pertenecer a este espacio de estudios, teniendo acceso a una educación gratuita, de calidad y con gran apoyo académico y administrativo. Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por el financiamiento que hizo posible este proyecto de investigación, pero también un proceso formativo.

Es imposible omitir que esta posibilidad es producto del trabajo de las personas en México –y reconozco que, a cambio de las oportunidades que yo tengo, muchos y muchas otras no la han tenido– y de las resistencias de académicos y estudiantes universitarios para defender la autonomía y posicionar a la UNAM como una entidad con el reconocimiento que ostenta.

Mi más sincero agradecimiento y admiración a mi tutor, el Dr. Roberto Campos Navarro, por acompañarme en este camino desde que decidí emprenderlo, por su enseñanza, su motivación, su compromiso, su respeto y su reciprocidad. A los integrantes de mi comité, lectores e interlocutores de este trabajo: el Dr. Alfredo Paulo Maya, por su

reflexividad incansable, por estar en todo momento, por su gran amistad; la Dra. Liz Hamui Sutton, por realimentar tantas veces mi trabajo con rigor y horizontalidad; la Dra. Lina Rosa Berrio Palomo, por ayudarme a reconocer cómo cada investigación o acción puede ser parte de un proyecto ético-político más amplio; la Dra. Blanca Estela Pelcastre Villafuerte, por su experiencia, disposición y compromiso, aun cuando teníamos poco tiempo de conocernos.

A cada uno de mis maestros en el posgrado, por ser parte de mi formación como antropóloga médica, sin poderlo separar de un crecimiento personal. A Ilario Rossi, Karina Romo-Medrano y Aída Castilleja, agradezco por haber coincidido, por su saber y experiencia como antropólogos(as) y por la motivación para 're-encontrarme' con mi trabajo. Haber compartido con personas y profesionales como todos los que me han acompañado en este proceso, me ha dejado retos muy grandes, cuestionamientos constantes, reflexiones imparables...una forma distinta de habitar este mundo.

A mis compañeras y compañeros del *Seminario Permanente de Narrativas del Padecer* y del posgrado, por su escucha y diálogo constante, por su amistad y todo lo que hemos compartido: Avelina, Jessica, Diana, Tomas, Graciela, Paula, Verónica. Al *Seminario Permanente sobre Género, Salud y Reproducción*, coordinado por la Dra. Ángeles Sánchez Bringas y la Dra. Lina Berrio, por recibirme en su espacio, casi al final de este trabajo, pero aun con mucho por hacer.

De manera muy importante, agradezco a las personas de cada una de las comunidades en donde estuve, a los amigos y familiares de Clara, Inés, Ariadna y Elena, por compartir conmigo sus vivencias, sus saberes, sus incertidumbres, sus resistencias, frente a un evento impredecible que marcó sus vidas. Gracias por su confianza, por su motivación, por su esperanza de que la muerte en el embarazo, parto o puerperio no suceda a más mujeres. En este genuino intento de comprender, de escuchar y plasmar sus historias, espero también, haberme mostrado agradecida y solidaria en todo momento

y haber podido devolver en cada encuentro un poco, de lo mucho que ustedes ponían en mí.

A las y los médicos de los centros de salud, clínicas, hospitales y autoridades de la región de la cuenca del Lago de Pátzcuaro y de Morelia, por haber contribuido a este trabajo, ayudándome a comprender la complejidad de este problema, confrontándome también a una serie de desigualdades, carencias e injusticias que alcanzan a todas las personas. Especialmente, agradezco a las parteras profesionales, estudiantes egresadas y promotoras comunitarias de Mujeres Aliadas, A.C., Amalia, Eluvia, Juany, Daniela, Verónica, Margarita, Anabel, Laura, Angélica, Ángeles, Danit, Celina, Rocío. A Richard Ferguson, co-fundador y a Ondine Rosenthal, directora ejecutiva de la organización, por abrirme las puertas, por su confianza y por la colaboración que hemos construido.

Más allá, agradezco a Ondine y Maureen, por su amistad, por compartir conmigo su casa y hogar, haciendo de mi trabajo de campo una experiencia distinta, ¡era imposible sentirme sola o sentirme lejos! Así también, esta experiencia de trabajo, la acompañan amigos y amigas, desde sus propios caminos, siempre con la posibilidad de voltear a un lado: Sol, Guillermo, Gala, Paolo, Jorge. Bernardo y Frida, no puedo dejar de mencionarlos; su inquietud, curiosidad y cuestionamientos, fueron un gran impulso y reflexión cuando escribía este trabajo.

Agradezco, hoy y cada día, a mi familia; mi abuela, mi abuelo, mi mamá, mis tíos Adriana y Oscar, mis primos Valeria y Leonardo, los quiero y admiro profundamente, no dejan de sorprenderme y me siento orgullosa de tener y ser tanto de lo que ustedes son. A Jeri, mi dualidad, por lo que hemos caminado, por permitirme aprender de ti y estar ahí cuando aprendo de mí, por ser parte de cada día en esta etapa.

Resumen

Se presenta este trabajo como resultado de la investigación realizada para optar por el grado de Maestría en Ciencias Sociomédicas, campo disciplinario de Antropología en Salud, del Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

El objetivo principal de esta investigación consistió en la descripción y análisis de la muerte materna en un contexto específico, privilegiando la perspectiva de los actores sociales, para dar cuenta de la manera en que se produce y reproduce la construcción sociocultural de la muerte materna, a partir de la experiencia de las personas vinculadas, la reconstrucción de las trayectorias de atención y procesos de desatención y la estructura familiar. A su vez, pretende dar cuenta de las implicaciones locales que tiene el abordaje de los problemas de salud desde una perspectiva global.

En los primeros apartados de esta tesis se muestra el desarrollo teórico y el proceso metodológico como hilos conductores de la investigación. Posteriormente, se presentan los resultados obtenidos y algunas consideraciones finales, mientras que la discusión y análisis se profundizan en los artículos “Abordaje local de la mortalidad materna como problema de salud global. Aproximación antropológica a cuatro casos, en la región del lago de Pátzcuaro, México” y “Trayectoria de atención, desatención y denuncia en un caso de mortalidad materna: perspectiva local-global”, incluidos en los anexos.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
1. Proceso metodológico	12
1.1 Planteamiento del problema	13
1.2 Hipótesis	15
1.3 Objetivos	16
1.4 Bases metodológicas	17
1.5 El trabajo de campo	20
1.6 Consideraciones éticas	25
2. Referentes teóricos	28
2.1 Ejes de investigación	31
2.2 Categorías de análisis	40
2.3 Aproximación teórico-metodológica	46
3. Mortalidad materna: múltiples dimensiones	50
3.1 Perspectivas biomédicas	50
3.1.1 Definiciones	50
3.1.2 Causalidad y factores asociados	52
3.1.3 Registro epidemiológico y panorama actual	55
3.2 Un problema de salud global	66
3.3 Acercamiento a la epidemiología crítica y sociocultural	87
4. Región de estudio: la cuenca del Lago de Pátzcuaro	92
4.1 Aspectos sociodemográficos	92
4.2 Situación epidemiológica	98
4.3 Programas de salud y recursos de atención: aproximación etnográfica.	102
4.3.1 Programas, políticas y estrategias para prevenir la muerte materna.	103
4.3.2 Recursos de atención a la salud reproductiva	110
4.4 Implicaciones locales: un breve análisis del contexto	117

5. Aproximación antropológica a cuatro muertes maternas	123
5.1 Clara. El sector privado, beneficios y omisiones	125
5.2 Inés. Posibilidades de elección, distanciamiento de las redes familiares	131
5.3 Elena. La heterogeneidad de la muerte y las formas de invisibilización	138
5.4 Ariadna. Una trayectoria vigente	144
6. Hacia un análisis local-global	154
6.1 Narrativas en torno a la mortalidad materna	154
6.2 Muerte materna como marcador múltiple	161
7. Consideraciones finales	170
7.1 Diálogos necesarios en torno a la mortalidad materna	170
7.2 Salud reproductiva y mortalidad materna después de 2015	172
7.3 Recomendaciones	177
REFERENCIAS	181
Anexo 1. Artículo:	200
<i>“Abordaje local de la mortalidad materna como problema de salud global. Aproximación antropológica a cuatro casos, en la región del lago de Pátzcuaro, México”</i>	
Anexo 2. Artículo:	223
<i>“Trayectoria de atención, desatención y denuncia en un caso de mortalidad materna: perspectiva local-global”</i>	
Apéndice A. Matriz de información	248
Apéndice B. Carta de consentimiento informado	254
Apéndice C. Cartas institucionales	256

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna como problema de salud, representa un indicador de desarrollo humano, debido a los determinantes económicos, políticos, sociales y culturales asociados. Sin embargo, estos elementos estructurales no son categorías estáticas, sino procesos que conllevan formas de desigualdad –dadas por el género, la clase social, la etnicidad, la pertenencia institucional, entre otras– y se vinculan a relaciones de poder asimétricas que pueden traducirse en formas de vulnerabilidad.

Por otra parte, cuando una mujer muere durante el embarazo, parto o puerperio, se evidencian procesos sociales, culturales, simbólicos y emocionales al interior de la familia y la comunidad. A través de las experiencias individuales y colectivas, se reconstruyen significados y representaciones en torno al proceso reproductivo, así como formas de explicar y dar sentido a la muerte, generalmente inesperada, de una mujer en esta etapa. Asimismo, se manifiesta la interacción entre diversos saberes, la integración de recursos de atención, las múltiples dimensiones que articulan los procesos de desatención y la relevancia de la estructura familiar, en la gestión de recursos para la atención, pero también en las transformaciones que surgen para hacer frente a este evento y sus consecuencias.

Dada su complejidad, este fenómeno ha sido abordado desde diversos ámbitos y, en las ciencias sociales, desde diferentes perspectivas teóricas. Uno de los elementos clave, es que se trata de un problema de salud global, inserto en un

contexto transnacional, cuya intervención local es un foco de mirada crítica para la biomedicina y las ciencias sociales en salud. Así, la mortalidad materna como problema de salud, ha ocupado uno de los intereses prioritarios para las instancias gubernamentales y para los servicios de salud, pues de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la comunidad internacional se comprometió a reducir entre 1990 y 2015 la razón de mortalidad materna (RMM) en un 75%. Esto se estableció como meta principal del objetivo 5.A referente a mejorar la salud materna (ONU, 2010). La RMM para México en 1990 fue de 89 (por 100 000 nacidos vivos), por lo que, de acuerdo con la meta planteada, para 2015 debería ser de 22 (OMMM, 2010).

Por ello, los esfuerzos para prevenir y reducir las cifras de mortalidad materna se concretizan en estrategias y directrices internacionales que demandan la participación de países desarrollados como aquellos susceptibles de intervención. Además, involucra la participación transversal de diversas agencias, nacionales e internacionales, gubernamentales y de la sociedad civil, así como la participación social de los individuos, en tanto ciudadanos, para incidir en dichos determinantes. No obstante, este abordaje tiene importantes consecuencias en los contextos nacionales y locales que requieren ser visibilizadas.

Para ello, el método etnográfico ocupa un lugar privilegiado para dar cuenta de las realidades locales desde una perspectiva relacional y procesual, así como las narrativas brindan una posibilidad de adentrarse en la experiencia de los actores sociales. Además, el análisis de lo global y de los procesos a través de los cuales

va inscribiéndose en el ámbito local, permite situar el problema en un marco contextual y articularlo con propuestas teóricas que contribuyan a este acercamiento. En este sentido, G. Pacileo (2005) considera que, cualquier cuestión sobre globalización y salud implica considerar cómo las fuerzas globales actúan sobre las determinantes en salud, sin embargo ésta relación está todavía poco dilucidada, pues se tiende a enumerar estas determinantes sin dar cuenta de su interrelación o de la manera en que operan desde el punto de vista de los actores sociales, por lo que parecen más bien alejar el problema del sujeto y restar valor a sus experiencias.

El presente trabajo de investigación pretende un acercamiento que problematice la relación local-global en torno a la mortalidad materna, es decir, que privilegie la perspectiva de los actores sociales vinculados, sin excluirlo del contexto meso y macro estructural en que se encuentra. Asimismo, busca ponderar el valor del diálogo entre diferentes disciplinas y paradigmas, lo cual tiene no sólo implicaciones prácticas, sino teóricas y metodológicas, alrededor del fenómeno estudiado.

Así, en el primer capítulo se detalla el proceso metodológico, desde el planteamiento del problema hasta el desarrollo del trabajo de campo. En el segundo capítulo, se desarrollan los referentes teóricos que guiaron la investigación y se plantea la necesidad de articulación teórico-metodológica como un eje para cada etapa del estudio, ya que implica un posicionamiento constante de la investigadora al interior de la disciplina, del contexto de estudio y frente a

cada uno de los interlocutores. En el siguiente capítulo, se presenta un marco de referencia para conceptualizar la mortalidad materna desde la perspectiva biomédica, pero también ubicarla como problema de salud global. Posteriormente, se exponen los resultados obtenidos en la investigación divididos en dos capítulos: en el cuarto, se presenta la descripción etnográfica de la región de estudio, resaltando el panorama sociodemográfico, epidemiológico y de recursos de atención y programas de salud, y en el quinto se abordan los cuatro casos de muerte materna seleccionados para esta investigación, a partir de las experiencias, trayectorias de atención-desatención y elementos de la estructura familiar, de los que dan cuenta los familiares y personas de la comunidad vinculados. En el capítulo seis se ahonda en la discusión de los resultados, en función de la propuesta teórico-metodológica y en el séptimo capítulo se encuentran las conclusiones y recomendaciones originadas del presente estudio.

Por último, en los anexos se encuentran dos artículos originales, producto de esta investigación, uno publicado en la revista de la *Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)* y otro en proceso de revisión por la revista *Global Health Promotion*, a los que se hará referencia a lo largo del documento.

1. PROCESO METODOLÓGICO

Todo conocimiento es situado, es decir, se encuentra vinculado estrechamente con el contexto histórico, social y cultural en que se inscribe y también tiene relación con los sujetos o grupos sociales que lo emiten. De acuerdo con esta premisa de D. Haraway (1991), la generación de conocimiento implica una serie de traducciones, conversiones y búsqueda de significados, que requiere de un posicionamiento teórico y metodológico como punto de partida, pues cuando se investiga un fenómeno en donde intervienen sujetos y objetos que son, en esencia, dinámicos y relacionales, no se puede pretender una visión fija y universal, sino que se necesita una perspectiva parcial, localizada, crítica y que reconozca las diferentes formas de interacción.

Este paradigma considera la subjetividad del/la investigador/a como un elemento necesario para acercarse a la subjetividad de sus interlocutores, y en contraste con la visión positivista que hace referencia a una postura neutral, requiere una *“flexibilidad metodológica* que facilita un proceso de investigación interactivo y dinámico; así como la *reflexividad epistemológica* que le permite construir una relación intersubjetiva” (Montes de Oca, 2016:14). Así, desde la definición del problema, hasta la redacción del trabajo, esta investigación busca un posicionamiento constante en función de la interacción entre la teoría como marco de referencia y los datos empíricos que surgen de la interacción con la realidad social, lo que se ha traducido en un proceso metodológico, más que en un diseño inamovible, como se abordará a continuación.

1.1 Planteamiento del problema

La mortalidad materna constituye un problema de salud de suma relevancia, cuyo abordaje está directamente relacionado con el ámbito de la medicina y de la salud pública, pero sus implicaciones sociales lo dotan de una complejidad que ha dado lugar a la intervención de otras disciplinas.

De manera que, son numerosos los trabajos de investigación realizados para identificar las causas, los factores de riesgo y las determinantes sociales que se asocian a la recurrencia de este fenómeno, todas ellas vinculadas de manera casi exclusiva a la mujer. Con la intervención de las ciencias sociales, el estudio de la mortalidad materna ha enfatizado las relaciones intergeneracionales desiguales, ampliando el enfoque de determinantes a la pareja, que expresa como eje principal, la opresión a la mujer y el ejercicio de las diversas formas de violencia o, como señala P. Bourdieu (2000), en las fuerzas simbólicas como formas de poder ejercidas directamente sobre los cuerpos que obedecen al enfoque androcéntrico de la reproducción biológica y de la reproducción social. Sin embargo, suele excluirse a la mujer y a la pareja de una estructura básica de organización, que aún en un contexto de crecientes transformaciones que la hace cada vez más dinámica y menos “universal”, constituye el espacio en que se articulan una serie de relaciones intergeneracionales, intrageneracionales, generacionales y de estatus que inciden en la mujer y en el proceso reproductivo de manera diferencial, además de ser un núcleo para la transmisión de saberes, intercambio de saberes y consolidación de redes de apoyo.

Al respecto, es importante reconocer el embarazo, parto y puerperio no sólo como un evento individual en el ciclo de vida de la mujer, sino como un proceso tan social y cultural como biológico. Por lo tanto, es indispensable profundizar en la variedad de representaciones que existen acerca de esta vivencia y las prácticas que se suscitan en torno a ella, pues independientemente de su curso -fisiológico o patológico- implica la movilización de recursos para su atención.

Además, la mortalidad materna se ha configurado como un problema de salud global, cuyo abordaje trasciende las fronteras, dando lugar a desarrollar estrategias y acuerdos internacionales como base para los programas de salud y a la participación de diversos agentes: organismos gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y fundaciones internacionales. Asimismo, se evidencia un creciente fomento a la participación de actores sociales clave en la comunidad, además de la intervención de los profesionales de salud, para contribuir a la prevención y reducción de las cifras de mortalidad materna.

Con base en lo anterior, se plantea la necesidad de un trabajo de investigación que pueda contribuir a comprender las manifestaciones de las estrategias globales en salud y su impacto en un contexto local, en el que las evidencias biomédicas constituyen sólo una parte del amplio conjunto de saberes y recursos a partir de los cuales se construye socialmente el problema de la muerte materna, para lo cual se utilizará como punto de partida la siguiente pregunta de investigación:

¿De qué manera las experiencias de los actores sociales, la trayectoria de atención-desatención y las dinámicas de organización familiar intervienen en la construcción sociocultural de la muerte materna y cómo ésta da cuenta de las implicaciones locales que tiene el abordaje de un problema de salud global?

A partir de este planteamiento, surgieron preguntas específicas con el propósito de explorar cada uno de los ejes propuestos: ¿Cómo es experimentada la muerte durante embarazo, parto o puerperio por la familia de la mujer y los actores sociales que la integran? ¿Cómo fue la trayectoria de atención de las mujeres fallecidas durante el embarazo, parto o puerperio identificadas en la región? ¿Qué eventos pueden considerarse como procesos de desatención a lo largo de la trayectoria y qué implicaciones tuvieron? ¿Cómo interviene la estructura familiar en la posibilidad de la mujer de decidir o acceder a los diferentes recursos de atención? ¿Cuáles fueron las dinámicas de organización familiar en torno al proceso reproductivo y cómo se transformaron ante la aparición de complicaciones y la muerte de la mujer? ¿Cómo se articula este contexto local con las implicaciones que conlleva el abordaje de un problema de salud global?

1.2 Hipótesis

La siguiente hipótesis de trabajo se planteó como un posible eje de articulación para las categorías propuestas en esta investigación:

La construcción sociocultural de la muerte materna está estrechamente vinculada con la del embarazo, parto y puerperio. Estas, a su vez, se producen y reproducen a partir de las experiencias de los actores sociales y de las familias, así como de las trayectorias de atención, procesos de desatención y la estructura familiar, por lo tanto, el análisis relacional de esta construcción permite dar cuenta de la manera en que operan y repercuten las estrategias globales de salud y cómo son aprehendidas en los saberes locales.

1.3 Objetivos

Objetivo general

Describir y analizar la construcción sociocultural del embarazo, parto, puerperio y de la muerte materna, a partir de la experiencia individual y familiar, la reconstrucción de la trayectoria de atención y los procesos de desatención, así como las dinámicas de organización al interior de la estructura familiar, para dar cuenta de la situación local en relación a un problema de salud global.

Objetivos específicos

1. Conocer las experiencias en torno al embarazo, parto y puerperio y la muerte durante este proceso, en familias de mujeres fallecidas por causas obstétricas.

2. Reconstruir la trayectoria de atención de la mujer fallecida, desde el comienzo de la búsqueda hasta el momento de la muerte.
3. Describir y analizar los procesos de desatención identificados a lo largo de la trayectoria y la manera en que se relacionan con la muerte de la mujer.
4. Explorar la manera en que la estructura familiar y las dinámicas de organización en torno al proceso reproductivo, influyen en la posibilidad de la mujer de acceder y decidir acerca de los recursos de atención.
5. Relacionar, en un primer acercamiento, la situación local con el contexto de salud global en que se inserta el problema de mortalidad materna.

1.4 Bases metodológicas

De acuerdo con los objetivos y preguntas planteadas, se propuso un estudio basado en el enfoque etnográfico que integra el análisis de narrativas y el método de caso extendido. Estas propuestas teórico-metodológicas permiten resaltar la importancia de la reflexividad a lo largo del proceso de investigación, privilegiar la voz de los actores sociales y en conjunto, posibilitan la articulación entre los elementos micro, meso y macro estructurales que caracterizan al problema de investigación.

En el análisis de narrativas confluyen perspectivas teóricas y elementos metodológicos que conforman un marco de referencia para acceder a un cierto

grado de comprensión acerca de algo que no se ha experimentado personalmente, a través de la posibilidad de vincular la experiencia subjetiva con los aspectos socioculturales al interior de los cuales, ésta cobra sentido (Hamui, 2011a).

Aunque, como han señalado algunos autores, la experiencia siempre excede a su descripción (Dilthey, 1976; en Turner, 1986), la estrategia narrativa, como propone B. Good (1994) es una forma de representar y relatar, en la que los acontecimientos tienen un orden significativo y los sucesos son descritos junto con experiencias asociadas, cuya significación aporta un sentido para quien lo cuenta. Así, podemos acercarnos a la experiencia ajena en cierta medida, por las experiencias afectivas, sensitivas o personificadas suscitadas en nosotros mismos a partir de escuchar, pero también por estar enmarcada en un contexto cultural y simbólico en donde hay estructuras narrativas socialmente compartidas.

Siguiendo a A. Hamui (2011a), la narrativa puede aludir también a la representación, pero no como elemento pasivo o neutral, sino como un proceso constructivo situado culturalmente, en interacciones concretas y en un tiempo preciso, por lo que el texto, el contexto y el significado están entretnejidos. Entonces, las narrativas permiten modelar y dar significado a la experiencia, al mismo tiempo que proveen un puente entre lo individual y lo social, a través de vincular la experiencia subjetiva con los saberes culturales. Así, la narrativa constituye tanto un proceso, como un producto; es un mecanismo para estructurar una serie de eventos, un método de colección de datos y un método para emplear

determinados criterios en el análisis interpretativo de narrativas existentes (Silverman y Baglia, 2015).

Si bien las narrativas permiten dar sentido a los sucesos toda vez que ponderan a la persona en tanto actor social, es relevante situar a los sujetos en relación, al interior de un contexto en donde sus experiencias se producen y adquieren significados, para lo cual, el método de caso extendido resulta una herramienta fundamental.

Esta propuesta consiste en conjuntar la ciencia reflexiva con la observación participante, para dotarla de un carácter situado, que además, reconoce las bases teóricas que dirigen la investigación y el acercamiento del investigador al diálogo y la interacción con los participantes. Así, su finalidad de generar un movimiento entre niveles “micro” y “macro”, entre el presente y los hechos sucedidos y entre lo general y lo particular (Burawoy, 1998). Por lo tanto, al igual que la narrativa, éste se convierte en un método para la recolección de datos, pero también para el análisis y para la construcción de conocimientos, es decir, consiste en una etnografía conducida teóricamente cuyo objetivo es modificar, explicar o desarrollar teorías existentes (Tavory y Timmermans, 2009).

En este sentido, el método de caso extendido propone una etnografía historizada, que contempla las fuerzas sociales, políticas y económicas por lo que permite la conexión entre procesos locales y macroestructuras, además se preocupa por enfatizar las diferencias, más que forzar las similitudes en los casos concretos

(Burawoy, 2009; en Forni, 2010), resaltando el carácter dinámico y relacional del problema de estudio.

Finalmente, el método de caso extendido incorpora a la entrevista narrativa, por lo que ambas resultan en propuestas teóricas que privilegian la co-construcción, el diálogo y la intersubjetividad entre el interlocutor y el investigador como su premisa básica, promoviendo un intercambio entre ambas partes. Por lo tanto, los efectos del contexto en la interacción –efecto de la entrevista, del entrevistado, del campo y de la situación– constituyen un elemento de reflexión (Burawoy, 1998) y un punto de partida para la generación del saber.

1.5 El trabajo de campo

El trabajo de investigación se realizó en la región de la cuenca del Lago de Pátzcuaro que abarca cuatro municipios: Pátzcuaro, Erongarícuaro, Quiroga y Tzintzuntzan, ubicados en la región centro-norte del estado de Michoacán, a aproximadamente 50 kilómetros de la capital del estado (**Figura 1**).

Cuando comenzó a plantearse esta investigación, en 2012, las cifras estatales señalaban que esta entidad federativa tenía uno de los Índices de Desarrollo Humano (IDH) más bajos del país, que se había mantenido prácticamente sin cambios desde el año 2000 (PNUD, 2007) y en concordancia, presentaba poca disminución e incluso un aumento en las cifras de mortalidad materna, durante el periodo de 2002 a 2011 (Freyermuth *et al*, 2013). Sin embargo, los indicadores sociodemográficos catalogaban a la zona lacustre como una región de media a

baja marginación, con un acceso relativamente bueno a los servicios básicos, si se compara con otras regiones del país o del mismo estado. No obstante, la jurisdicción sanitaria en donde se ubican dichos municipios oscilaba entre el primero y segundo lugar en defunciones maternas a nivel estatal (Martínez, 2012).

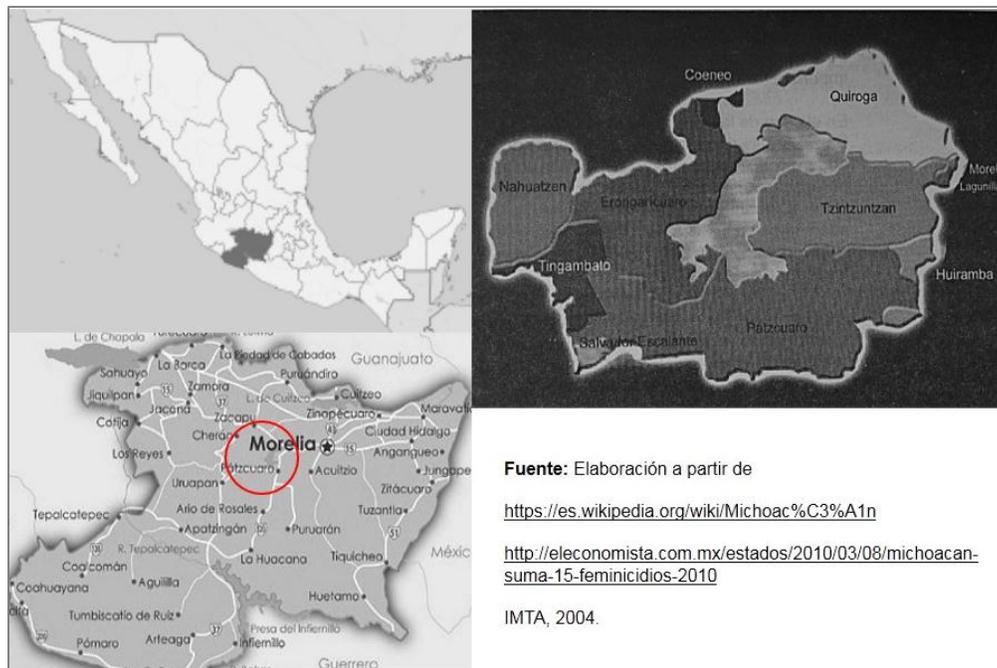


Figura 1. Mapas de ubicación de la región de estudio

Estos datos fundamentan la elección de la región para llevar a cabo la investigación, que además, se caracteriza por la coexistencia de diferentes modelos de atención a la salud reproductiva y de diferentes tipos de institución, entre los que se encuentran el sector público, privado y la participación de organizaciones de la sociedad civil. De hecho, una de estas asociaciones, Mujeres Aliadas, A.C. que trabaja en pro de los derechos sexuales y reproductivos y brinda

atención para la mujer desde el modelo de la partería profesional, fue un punto de partida y apoyo clave para poder establecer vínculos con la comunidad.

El comienzo del trabajo de campo y el acercamiento con los actores sociales relacionados con el problema de investigación, se facilitó por dos situaciones principales. En primer lugar, un conocimiento previo, aunque no muy profundo de la región y de algunas personas de la comunidad y la colaboración como consultora en dicha organización. Estas experiencias me permitieron conocer mujeres de diversas localidades y de distintas edades, con quienes pude compartir mi intención de llevar a cabo este proyecto y ofrecieron su apoyo; a través de sus relatos y pláticas frecuentes pude familiarizarme con la comunidad, e interactuar con distintos actores sociales (médicos, enfermeras, parteras, familias y personas en general), además de participar en actividades cotidianas o festividades que me fueron acercando al contexto.

Así, entre noviembre de 2013 y mayo de 2015 se llevaron a cabo cuatro periodos de trabajo de campo, manteniendo comunicación constante por diversos medios, entre ellos, algunas visitas cortas a la comunidad. La fase inicial consistió en identificar los casos de muerte materna sucedidos en el periodo 2012-2013, a partir de las referencias de la comunidad y confirmados por los reportes epidemiológicos jurisdiccionales. Para ello, fue sumamente importante presentarme y dar a conocer el proyecto de investigación en la Secretaría de Salud, en donde hubo interés en el mismo y, mediante un oficio, solicitaron a la Jurisdicción Sanitaria correspondiente que me brindara el apoyo necesario. Más

allá del trámite inicial, la comunicación con las autoridades del área de Salud Sexual y Reproductiva de la Jurisdicción se mantuvo a lo largo de toda la investigación.

De los seis casos sucedidos en el periodo y región de interés, se tuvo acceso a cuatro casos mediante una estrategia de avalancha (Glasser y Strauss, 1967) y la selección de informantes se sustentó en el muestreo teórico (Salamanca y Martin Crespo, 2007). Se realizaron entrevistas a profundidad con familiares y personas de la comunidad vinculadas con las mujeres fallecidas, y entrevistas semi-estructuradas a profesionales de salud, terapeutas, líderes comunitarios e integrantes de asociaciones civiles. Además, la información obtenida mediante la observación participante en diversos espacios familiares, comunitarios e instituciones de salud, fue registrada en el diario de campo. En una última etapa, se consultaron los expedientes de los casos como un elemento de triangulación, pero privilegiando la narrativa de los interlocutores para la reconstrucción de las trayectorias de atención.

El registro se llevó a cabo mediante grabación de voz y anotaciones que fueron transcritos y posteriormente codificados de acuerdo con un árbol de categorías basado en los objetivos, en concordancia con las guías de entrevista y observación que fueron integradas en una matriz de información a partir de la propuesta de F. Cisterna (2005), la cual puede consultarse en el **Apéndice A**, del presente documento. Esta estrategia permitió estrechar la congruencia entre los objetivos, la metodología y la información empírica ya que en ella se visualiza de

manera integral el abordaje planteado para el problema de investigación, en el que la categorización de los conceptos principales va arrojando las preguntas pertinentes.

La flexibilidad atribuida como característica al método etnográfico no implica la ausencia de sistematización. De acuerdo con L. Montes de Oca “mantener un registro escrito de lo documentado, observado y conversado – tanto en el diario de campo como en matrices analíticas–, es un elemento básico de rigurosidad científica” (2016:16). Asimismo, las técnicas utilizadas para esta investigación – entrevista, observación participante y la consulta de información documental– brindan la posibilidad de incorporar ciertos niveles de triangulación como forma de validación, pues, siguiendo a la misma autora:

“la etnografía (particularmente, con el trabajo de campo y la observación participante) hace que sea un método del presente (de las vivencias individuales), la triangulación de técnicas que la conforma (mediante la documentación y la entrevista) permite aprehender el pasado de los sujetos investigados (su experiencia colectiva); posible así reconstruir procesos, captando la ausencia impresa por la huella de los otros desde un presente etnográfico” (2016:27).

Y, finalmente, incorporar el carácter reflexivo aporta rigor al método etnográfico al exigir un análisis continuo de la reflexividad del investigador como miembro de un grupo social particular, del investigador en tanto investigador, es decir, de sus perspectivas teóricas y la reflexividad propia de sus interlocutores. En este sentido, el estudio de un fragmento de la realidad social, no sólo informa sobre

ella, sino que la constituye (Guber, 2001). En síntesis, la reflexividad está estrechamente relacionada con la teoría, es un componente central al diseño metodológico y constituye un marco de referencia para las consideraciones éticas en el proceso de investigación.

1.6 Consideraciones éticas

La investigación etnográfica implica conocer procesos, acciones, comportamientos y acontecimientos que tienen que ver directamente con las personas en una dimensión relacional, por lo que no son controlables. Entonces, es esperado que en esta interacción surjan cuestiones éticas, que se traducen en decisiones metodológicas y, en consecuencia, influyen en los resultados (Cerri, 2011). De acuerdo con L. Gazzotti (2008) la reflexión ética va más allá de la normatividad, de un posicionamiento político o de dilemas individuales y debe atravesar todo el proceso de producción de conocimiento, llevando al investigador a problematizar el tipo de relaciones que se establecen, las formas y mecanismos de construcción de los datos, y a la discusión constante en los entornos pertinentes (la comunidad, las instituciones vinculadas y los espacios académicos y formativos).

Por otra parte el desarrollo de un código ético en torno a la disciplina antropológica en México es incipiente, por lo que su regulación se ha basado principalmente en el consentimiento informado (Jacorzynski y Sánchez, 2013), el cual supone una especie de relación contractual en igualdad de condiciones, que no siempre resulta de esta manera, por el contrario, es indispensable contemplar la asimetría casi inherente a las relaciones investigador-interlocutor. Sin embargo, las

consideraciones éticas no permanecen alejadas de la disciplina, por el contrario, se ha privilegiado el espacio autorreflexivo y se reconoce la necesidad de establecer condiciones básicas para el ejercicio responsable de una antropología dialógica (Tedlock, 1983: 285-338; citado en: Jacorzynski y Sánchez, 2013:7-25).

Por ello, durante esta investigación y particularmente, para el consentimiento informado, se consideró pertinente retomar los códigos de asociaciones extranjeras como la Asociación Americana de Antropología y la Asociación Brasileña de Antropología, que hacen referencia a los deberes y obligaciones de los antropólogos, así como a los derechos de los informantes. Entre los primeros, señalan la importancia de consultar a los individuos o grupos de trabajo y del respeto a su privacidad, dignidad y seguridad. En concordancia, los interlocutores tienen derecho a ser informados ampliamente sobre la naturaleza de la investigación, a la preservación de su intimidad, a suspender su participación y a conocer los resultados de las investigaciones, entre otros elementos (Seda, 2007).

Durante el trabajo de investigación, en primera instancia, consideré importante el consentimiento verbal como forma de acercamiento, pues se basa en la posibilidad de establecer una relación interpersonal y en la voluntad para generar un diálogo, premisas esenciales en la investigación etnográfica. Posteriormente, expuse a los y las participantes la necesidad de tener su consentimiento por escrito, sin embargo, desde las primeras entrevistas, supe que este proceso tendría ciertas dificultades, pues en las trayectorias de atención que comenzaba a

reconstruir, la firma de un 'consentimiento informado' para ingresar o ser referida a un hospital era un evento que generaba un temor confirmado.

Sin duda, la interacción previa y la explicación cuidadosa del documento, aminoraron esta incertidumbre y se obtuvo el consentimiento por escrito de las y los participantes, entregando una copia a cada uno de ellos. Cabe mencionar que, no se requirió el apoyo de algún traductor durante la investigación, aun cuando se tenía contemplada la posibilidad.

Otro elemento a debatir durante este proceso fue el anonimato, pues, como señala M. Del Olmo (2010), si bien en algún momento surgió como una forma de protección, también deviene en una forma de invisibilización. De hecho, algunos participantes consideraban que su identidad podía ser revelada, sin embargo, esto podía afectar el derecho a la privacidad de otros interlocutores, por lo que se acordó utilizar seudónimos.

Por último, dado que este trabajo no se vinculó a ninguna institución de salud, se consideró necesario informar a las autoridades estatales y jurisdiccionales en materia de salud y a las autoridades municipales, acerca del proyecto realizado, sus objetivos y aval institucional. De manera que, además del consentimiento informado, cuyo formato se puede consultar en el **Apéndice B**, se incluyen las cartas de información y/o solicitud de apoyo institucional en el **Apéndice C**.

En síntesis, el estudio antropológico debe responder ante la comunidad académica pero también hacia sus interlocutores en el trabajo de campo, ante quienes tiene el deber de transparencia (Seda, 2007). Además, esta interacción investigador-informante exige reconocer el valor intangible del conocimiento y la información que se está obteniendo (Ruíz Llanos, 2014). Más aún, establecer un diálogo implica concienciarnos de la existencia del Otro en su totalidad, de la necesidad de sentirnos responsables de él y de asumir que esa responsabilidad es un importante deber ético (Kapuściński, 2007). Siguiendo la perspectiva dialógica y reflexiva, N. Bilbeny (1995) aborda la ética como un ejercicio de pensamiento que requiere la mirada hacia el otro y al interior de uno mismo, es decir, un diálogo alteridad-identidad.

2. REFERENTES TEÓRICOS

“Las mujeres no simplemente mueren por una patología obstétrica, sino por una configuración que articula una serie de variables discontinuas”. Las mujeres sufren de un sistema complejo que conjunta las causas médicas con las dimensiones sociales y las estructuras organizacionales, ancladas a un trasfondo de inequidad social, y la muerte encuentra sus orígenes en este “heterogéneo ensamblaje” de eventos y procesos, que no resulta sencillo aprehender (Jaffré, 2012:14).

Partiendo de esta premisa, que insta a reconocer la complejidad del fenómeno de estudio, esta investigación se inscribe en el campo de la antropología médica, que,

desde un abordaje inductivo, integra un conocimiento científico y un discurso antropológico, a través de métodos y técnicas que permiten resaltar la perspectiva del actor social inscrito en un contexto determinado. E. Menéndez (1988) señala que la producción antropológica en torno a los problemas de salud constituye un espacio privilegiado para evidenciar las contradicciones, así como las relaciones de dominación y de resistencia que se articulan en los procesos de salud/enfermedad/atención.

La antropología médica tiende a abordar problemas relacionados de la medicina como cultura y del contexto institucional en que se inscribe, a lo cual se aproxima desde diferentes enfoques. Para fines de este trabajo, dos de ellos interesan de forma particular: la antropología médica interpretativa y la antropología médica crítica. La primera de ellas propone, de acuerdo con A. Kleinman, el sistema médico como un sistema cultural y, derivado de ello, un análisis centrado en la relación entre cultura y enfermedad. Este paradigma interpretativo resalta una posición interaccionista en que la biología, las prácticas sociales y los significados, se interrelacionan en la organización de los problemas de salud como objeto social y como experiencia vivida. El segundo enfoque se interesa por la manera en que las fuerzas políticas y económicas de alcance global se hallan presentes en los estados de salud local así como en las instituciones médicas, por lo que los estudios relativos intentan incorporar el análisis del contexto histórico y otras estructuras macrosociales en los estudios etnográficos referentes a los procesos de salud/enfermedad/atención (Good, 1994).

Al interior de esta perspectiva resalto el interés en una investigación antropológica de la mortalidad materna que implique un abordaje “desde abajo”, retomando la propuesta de Y. Jaffré (2012) que implica moverse del «por qué», que alude a una respuesta carente de debilidad o incoherencia, al «cómo» que invita a buscar lo que los actores consideran relevante, aun cuando esto haya sido o no considerado por el investigador. En este sentido, la etnografía que busca estudiar las relaciones entre las y los ciudadanos, con los profesionales de salud y las instituciones para identificar la construcción de significados en un contexto, requiere comprender la complejidad de las identidades múltiples de las personas en la sociedad contemporánea (Comelles, 2004).

Para dar cuenta de la manera en que las interacciones y contradicciones entre diversos saberes -representaciones y prácticas- participan en la manera de entender, explicar y dar sentido a la muerte de una mujer vinculada al embarazo, parto y puerperio, esta investigación propone una aproximación a la construcción sociocultural de la muerte materna al interior de la comunidad y, principalmente de la familia, de mujeres que fallecieron por una causa obstétrica. Para ello, se consideraron tres ejes principales: las experiencias, las trayectorias de atención y procesos de desatención y la estructura familiar, a través de los cuales se privilegia la voz de los actores sociales, resaltando la heterogeneidad al interior de un contexto local. Así, la mortalidad materna no sólo constituye un problema de salud, sino un suceso disruptivo con importantes implicaciones sociales, así como con una gran carga emocional y simbólica.

2.1 Ejes de investigación

La construcción social hace referencia a la manera en que los miembros de la sociedad participan del conocimiento de la realidad. Esta realidad subjetiva se mantiene, se modifica y se reconstruye a partir del diálogo, que implica una relación inter-subjetiva. Así, una colectividad produce significados constantemente y es al interior del grupo que estos cobran realidad objetiva. Por lo tanto, la relación entre el conocimiento y su base social es dialéctica, pues el conocimiento es tanto un producto social como un factor de cambio social (Berger y Luckman, 1968).

Retomando esta propuesta, R.M. Osorio plantea la construcción sociocultural de los padecimientos como:

“aquellos modos de significación intersubjetiva –es decir, socialmente compartidos– por los cuales los procesos de salud/enfermedad son identificados, designados, tipificados, vivenciados y aprehendidos por los sujetos, a través de un cúmulo de representaciones y prácticas sociales en el marco de una dinámica de institucionalización y legitimación social”
(2001:31-32).

Al igual que el padecer, el proceso reproductivo articula diversas representaciones y se asocia a una amplia gama de prácticas de atención, aun cuando se considere un evento ‘normal’ en el ciclo de vida de la mujer. Siguiendo a la misma autora, las prácticas se refieren a conjuntos organizados de conductas rutinarias o eventuales, pautadas culturalmente expresadas en las acciones de los sujetos en

la realidad, mismas que no necesariamente corresponden con las representaciones, las cuales se definen como:

“el conjunto de nociones, conocimientos, creencias, actitudes, imágenes y valores, elaborados y compartidos socialmente, que estructuran la relación de los sujetos con la realidad (como totalidad significativa) a través de una determinada manera de designarla, aprehenderla e interpretarla, orientando sus modos de acción y moldeando sus experiencias con dichos significados” (2001:15).

Dada la naturaleza de la investigación, la posibilidad de observar las prácticas llevadas a cabo es limitada, sin embargo, los sistemas de representaciones, vinculados a la experiencia, desempeñan un papel central en la orientación y reorientación de las prácticas (Jodelet, 2008), sintetizándose ambos elementos en las trayectorias de atención. Así, la experiencia y la trayectoria de atención se integran en el proceso de construcción sociocultural de un fenómeno complejo que atraviesa por la salud, la enfermedad, el padecer y la muerte.

Conocer la experiencia en torno a la muerte materna, de los familiares y personas de la comunidad vinculados con las mujeres fallecidas, implica un primer acercamiento a la manera en que ésta es significada y construida de manera diferencial, dado que permite conocer cómo los hechos son aprehendidos por la consciencia a través de elementos cognitivos, sentimientos y expectativas (Dilthey, 1976; en Turner, 1986). Asimismo, la experiencia cuando es narrada, en una historia o trama significativa es uno de los procesos recíprocos primordiales de los esfuerzos personales y sociales para contrarrestar un evento disolutivo y

reconstituir el mundo (Good, 1994). Esta reorganización adquiere un lugar relevante cuando se da en torno a la muerte materna, que conlleva formas diversas de significación y resignificación al interior del grupo social y se convierte en un referente a partir del cual se construirán nuevas representaciones sociales, dando cuenta de cómo la experiencia, al inscribirse en el cuerpo, va generando una estructura de significado que antecede a la representación (Good, 1994).

La experiencia, entonces, es personal y hace referencia a un sujeto activo, un ser humano capaz de construir y moldear una acción, por lo tanto, la dificultad que conlleva explorar este ámbito radica en que sólo se puede experimentar la propia vida y el acceso a la experiencia ajena es siempre limitado; aun cuando exista disposición a compartirla, nunca podrá darse a conocer en su totalidad. Ante esto, W. Dilthey propone que la esfera reducida de la experiencia puede trascenderse a través de la interpretación, lo cual implica una comprensión y también una metodología. Para ahondar en dicha noción, E.M. Bruner (1986) plantea una distinción entre la vida como es vivida (realidad), la vida como es trasladada a la consciencia (experiencia) y la vida como es contada, siendo esta narración una vía para dar significado a una serie de acontecimientos.

El siguiente eje de investigación está centrado en la reconstrucción de la trayectoria de atención del evento obstétrico, desde la perspectiva de las personas vinculadas a las mujeres fallecidas. Ésta se define como la secuencia de decisiones y estrategias instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto (Osorio, 2001), que en este caso corresponde a la atención del

embarazo, parto y puerperio, así como las complicaciones sucedidas en alguna de estas etapas del proceso. El término acuñado hace referencia a la búsqueda e integración de recursos de atención, independientemente del carácter fisiológico o las condiciones patológicas vinculadas al proceso obstétrico. Para enfatizar estas diferencias, en las trayectorias se identifican tres momentos: 1) la atención del proceso fisiológico, desde la identificación del embarazo hasta antes de la aparición de complicaciones; 2) la aparición –sospechada o diagnosticada– de complicaciones y 3) los eventos inmediatos en torno al fallecimiento de la mujer.

En este sentido, las trayectorias de atención reflejan las condiciones materiales de existencia, las redes de apoyo y los procesos de toma de decisiones que se articulan en la diversidad de formas y recursos de atención empleados para dar respuesta a un problema de salud (Menéndez, 2003). Por lo tanto, es una estrategia privilegiada para visibilizar la coexistencia de diversos modelos de atención, así como sus formas de interacción, al interior de las cuales se generan relaciones de conflicto, de contradicción, pero también de complementariedad (Menéndez, 1990; 2003; Módena, 1990; Osorio, 2001; Freyermuth, 2003). Para dar cuenta de los recursos de atención obstétrica identificados en este trabajo, se retoma la propuesta de E. Menéndez (1992), que identifica tres modelos: el modelo médico hegemónico (MMH), el modelo médico alternativo subordinado (MMAS) y el modelo de autoatención (MA), los cuales se definen por ciertos caracteres estructurales.

El MMH se caracteriza por una concepción biologicista y evolucionista-positivista, ahistórica y asocial, cuya legitimación jurídica y académica intenta la exclusión de otros modelos, a la vez que tiende a normatizar los procesos de salud/enfermedad. Se basa en el individualismo, la eficacia pragmática y la relación asimétrica médico-paciente, entre otros caracteres. El MMAS, contempla las prácticas tradicionales y algunas otras desarrolladas al margen del sistema “occidental”, aunque comparte ciertos elementos con el modelo anterior como el pragmatismo, la ahistoricidad, la asimetría en la relación curador-paciente, la participación subordinada de los consumidores y la tendencia a excluir a otros de su saber, a diferencia del anterior, no se identifica con la racionalidad científica, sino con una racionalidad técnica y simbólica y las acciones terapéuticas aluden a la eficacia simbólica y a la sociabilidad.

Por último, el modelo de autoatención, se basa en el diagnóstico y atención que lleva a cabo la persona al interior de su grupo, en donde no actúa directamente un curador profesional; ésta incluye desde la acción de “no hacer nada”, hasta el uso de procedimientos de gran complejidad. Es estructural a toda sociedad y supone el primer nivel real de atención, toda vez que sintetiza prácticas relacionadas con los otros modelos y opera como el espacio en que se toman las decisiones sobre los recursos que se utilizarán. Para la recolección y análisis de la información, la correlación entre estos modelos teóricos y los recursos disponibles para la atención del proceso reproductivo se sintetizan en la **Figura 2**.

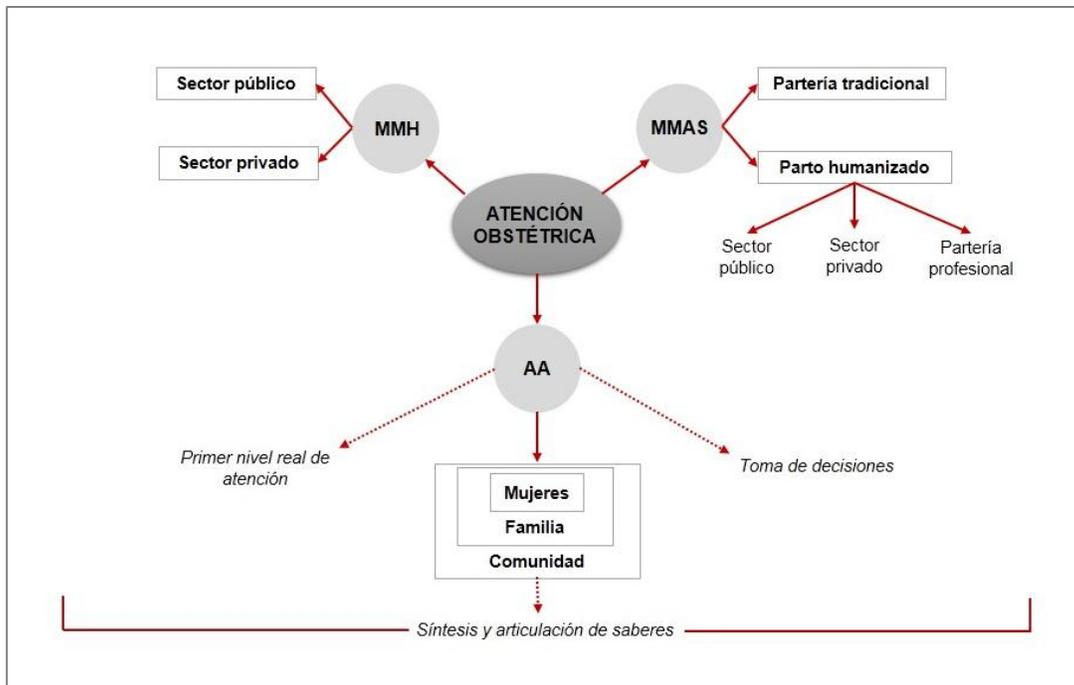


Figura 2. Modelos médicos y sistemas de atención en el embarazo, parto y puerperio.

De manera simultánea a la trayectoria de atención, identificar los procesos de desatención, es decir, aquellos obstáculos identificados en diferentes niveles – personal, familiar, comunitario y/o institucional–, orienta a comprender las interrelaciones causales de las complicaciones que culminaron en el fallecimiento de la mujer. Además, este elemento permite articular los saberes locales, los procesos de participación y los eslabones que imprimen en la mujer en edad reproductiva, una categoría de vulnerabilidad. Es importante reconocer que, la desatención, al igual que la búsqueda de atención, tiene componentes simbólicos, de significado, se construye culturalmente y se distribuye de manera diferencial al interior de un grupo social o en relación a un problema de salud específico (Hersch, 2013a).

Por último, la estructura familiar como un tercer eje de estudio, tiene la finalidad de situar las experiencias narradas y las trayectorias de atención-desatención, pero como categoría en sí, permite articular una serie de relaciones intergeneracionales, intrageneracionales, generacionales y de estatus que inciden en el proceso reproductivo, particularmente en el acceso a la atención, a partir de la gestión de recursos, la consolidación de redes, el intercambio de saberes y las posibilidades de toma de decisiones.

La estructura familiar se define como “el conjunto de modos de organización y de normas que regulan las relaciones entre individuos que tienen entre sí nexos de parentesco o de cohabitación” (Ecahri, 2003:76). El autor sostiene que para comprender el papel de las mujeres y de las familias en el proceso de toma de decisiones en materia de salud, es preciso dar cuenta de la interrelación de factores económicos, sociales, políticos y familiares en la organización y jerarquía familiar, que determinan las condiciones de equidad/inequidad. En este sentido, estas normas y patrones, al traducirse en jerarquías implican un acceso diferencial a recursos materiales y simbólicos (Córdova, 2002).

Las formas de discriminación vinculadas al sexo femenino y las desigualdades asociadas principalmente a las construcciones culturales de la reproducción constituyen la condición, posición o estatus de la mujer sobre el cual, la estructura familiar tiene una gran influencia. Ésta se da a partir de la restricción de las actividades de la mujer o del control ejercido por otros miembros de la familia – corresidentes o no–, pero también, por la manera en que las responsabilidades y

labores cotidianas pueden llegar a limitar las posibilidades de acción de las mujeres (Echarri, 2004). Sin embargo, es pertinente señalar que la maternidad, puede asociarse con una transformación en dicha posición, al adquirir mayor seguridad o, incluso, convertirse en un espacio para el ejercicio de poder de las mujeres (Elu, 1993).

Al hablar del proceso reproductivo, la posición o estatus que la mujer tenga dentro de la estructura familiar le dará la posibilidad de expresar sus malestares, de informarse y resolver sus dudas, de tomar decisiones con respecto a su atención, así como de involucrarse en las acciones a tomar en caso de sospechar alguna complicación. Dicho estatus se relaciona con ciertos elementos como la autonomía, el control de las propiedades, la educación, la movilidad, el parentesco, el trabajo extradoméstico y sus ingresos, el estatus social, el valor asignado a la vida de las mujeres y su trabajo, la separación ritualizada de los sexos, el control de la vida sexual de las mujeres o el nivel de participación conjunta en las actividades básicas (Caldwell y Caldwell, 1993; Ware 1984 y 1993, en: Echarri, 2003), procesos que pueden observarse en las dinámicas de organización familiar¹ habituales, así como en sus transformaciones derivadas de la necesidad de atender un problema de salud o de enfrentar la muerte de la mujer y sus consecuencias.

¹ C. Echarri (2004) enfatiza que las dinámicas o formas de organización familiar constituyen las expresiones concretas de la estructura familiar, es decir, son variaciones que una familia u hogar puede presentar en el marco de una estructura imperante, en un lugar y momento dados.

En un primer nivel, el estatus de una mujer podría compararse con el de otra, conferido mediante la conformidad con los valores culturales tradicionales y comportamientos reservados a las mujeres. Sin embargo, es necesario analizar el estatus de una mujer respecto a los hombres y a otros miembros de las instituciones patriarcales, como la relación suegra-nuera. En este sentido, algunos estudios han concluido que el nivel de educación en comparación con el del hombre, la edad al contraer matrimonio, la autonomía reproductiva y el grado de dependencia económica, constituyen los indicadores de estatus más vinculados con el riesgo de mortalidad materna (Shen y Williamson, 1999).

Por otra parte, G. Freyermuth (2000; 2003) propone un análisis del riesgo durante la maternidad en función de una triada que contempla relaciones étnicas, genéricas y generacionales. Estas operan en los espacios familiares, pero también se extienden al entorno comunitario y de los servicios de salud, entre otros, haciendo posible o limitando la resolución de los problemas de salud, por ende, constituyen mediadores para explicar el carácter diferencial de las formas de enfermar y de morir. Así, “la mortalidad materna, su génesis y sus consecuencias, no puede ser comprendida sino en su interacción con las formas de organización social y familiar” (Elu, 1993:16).

Dada la complejidad de estos sistemas de relaciones, esta aproximación sociocultural adquiere cierto sentido al estar dotada de un carácter situado a partir de la descripción etnográfica del contexto en que se inserta, la cual se abordará posteriormente. Asimismo, esta realidad empírica requiere articularse con

herramientas teóricas que posibiliten un análisis procesual, resaltando las interacciones entre los niveles micro, meso y macroestructurales.

2.2 Categorías de análisis

De acuerdo con R. Massé (2001), el abordaje de los problemas de salud a partir del análisis de la construcción social, permite dar sentido a la experiencia del padecer en un contexto determinado. La experiencia del padecer es ordenada por quienes la viven, a través de las narrativas personales, entonces, la narrativa del padecer constituye un proceso de co-construcción a partir del cual, el sujeto que narra desempeña un rol activo para dar coherencia a una serie de eventos y ordenar las experiencias en una trama significativa, mediante la cual, no sólo comunica una serie de experiencias, sino también las crea (Kleinman, 1988).

La experiencia del padecer en el ámbito de estudio de la muerte materna y el proceso reproductivo, requiere hacer explícitas algunas consideraciones. Al igual que la trayectoria de atención, la experiencia del padecer no sólo hace referencia a la sospecha o identificación de una complicación durante el embarazo, parto o puerperio, que implica el proceso para llegar al diagnóstico, la vivencia, la explicación y categorización de los síntomas -o de la ausencia de estos a pesar del diagnóstico clínico-, la angustia, la incertidumbre, la expectativa y la necesidad de tomar decisiones y llevar a cabo acciones. Mucho menos alude a la patologización y control médico exhaustivo, sino que considera hablar del proceso reproductivo como una serie de eventos fisiológicos, que caracterizan una etapa del ciclo vital de la mujer, pero que se asocia a cambios corporales, somáticos,

emocionales, cognitivos y emocionales en la mujer, y que desencadena múltiples formas y recursos de atención, además de relacionarse con diversas transformaciones al interior del grupo social.

Así, las experiencias no sólo son personales, sino también colectivas, al ser compartidas por los grupos de pertenencia (Turner, 1986) y ser expresadas en función de modelos explicativos, síndromes culturalmente definidos, sistemas simbólicos, y los contextos personales y sociales (Kleinman, 1988). De manera particular, la referencia a un contexto socialmente compartido, la memoria y el relato como forma de contrarrestar un evento disolutivo, son mediadores centrales en la construcción y análisis de las narrativas en torno a la muerte materna.

Por otra parte, contemplar los aspectos estructurales permite explorar las formas en que se relaciona el panorama local con el ámbito global en que se inserta la mortalidad materna como problema de salud y visibilizar las diferentes formas de relación y sus consecuencias. En este sentido, R. Massé (2001) enfatiza tres aspectos principales: a) la influencia de los sistemas políticos y económicos; b) las relaciones de poder asimétricas (género, etnia, clase) y c) las estrategias empleadas para confirmar la posición hegemónica de la biomedicina.

M. Foucault señala que el sujeto humano está situado en relaciones de producción y de significación, e igualmente, en relaciones de poder sumamente complejas (Dreyfus y Rabinow, 1991). El autor propone la noción de biopoder –poder sobre los cuerpos vivos– para referirse a la imposibilidad de separar el cuerpo del

aparato político (el Estado), y éste se consolida de dos maneras: a nivel individual y a nivel poblacional. El primero está vinculado a la noción del cuerpo como máquina, que busca el adiestramiento, la estandarización (normalización) y la optimización de sus funciones a través de disciplinas, como la medicina, que integran lo que denomina, la *anatomopolítica* del cuerpo humano. La segunda forma de biopoder es la *biopolítica* de la población, que se centra en el cuerpo-especie que sirve de soporte a los procesos biológicos, susceptibles de intervención mediante controles reguladores, es decir, requiere desarrollar los mecanismos necesarios para supervisar y gestionar la natalidad, la mortalidad, el nivel de salud, la esperanza de vida, entre otros (Fausto-Sterling, 2006).

El desarrollo de estos conceptos teóricos se asocia a la problematización de la influencia de los diferentes aparatos de poder, instituciones y disciplinas. Para M. Foucault, el término disciplina implica, por una parte, una forma de control y castigo y, por otro, se refiere a un campo de conocimiento académico, como fundamento para el control y la normalización (Fausto-Sterling, 2006). Por ejemplo en el ámbito de la medicina, el control ejercido sobre las estructuras sociales, no sólo se desarrolla en los espacios clínicos, a través de una “mirada médica” que vigila y normaliza, sino que penetra en el espacio social, influyendo en que todo individuo, como ciudadano, esté informado cuanto sea posible, de lo relacionado en la medicina y la salud (Foucault, 1966), repercutiendo en la producción de nuevas formas de poder/saber –jerarquizadas– sobre los cuerpos (Scheper-Hughes y Lock, 1987).

De manera que, hablar de biopoder conlleva profundas consecuencias en las representaciones del cuerpo; éste constituye el punto de partida para el ejercicio del poder y sobre el cual se ejerce, es decir, es objeto y blanco de poder. Por lo tanto, las nociones de normalización, vigilancia, inspección, análisis y evaluación del cuerpo, que atraviesan los discursos y prácticas de la biomedicina, resultan en la producción de un determinado tipo de cuerpos, o cuerpos dóciles (Armstrong, 1983).

Para N. Scheper-Hughes y M. Lock (1987), el cuerpo se conceptualiza como un elemento simultáneamente físico y simbólico, producido natural y culturalmente por igual y anclado en un momento histórico específico. Por ello, de acuerdo con su propuesta, el cuerpo puede convertirse en un dispositivo de control social, que se constituye a partir de “los tres cuerpos” –individual, social y político– como unidades de análisis.

El cuerpo individual expresa la experiencia vivida del cuerpo y del ser (*body-self*), es decir, el sentido intuitivo de un ser corporizado/encarnizado (*embodied*) que se manifiesta en contra del legado cartesiano de oposiciones dicotómicas (mente/cuerpo, natural/cultural, real/irreal), problematizando el reduccionismo biológico, que caracteriza estas separaciones. Dentro del cuerpo social, inscribe la relación entre naturaleza, sociedad y cultura, señalando sus interacciones y el constante intercambio de significados entre estas, por ejemplo, en las construcciones culturales acerca del cuerpo se sustentan puntos de vista de una sociedad y se estructuran relaciones sociales. Además, enfatiza el papel de la

biomedicina y de los modos de producción capitalistas en la transformación de las nociones y percepciones en torno al cuerpo y el ser. El cuerpo político se asocia a los mecanismos de regulación, vigilancia y control del cuerpo, borrando los límites del cuerpo individual. Plantea que la biomedicina se convierte en el gestor del cuerpo al servicio del estado, lo cual permite dilucidar cómo y por qué ciertos tipos de cuerpo son socialmente producidos, de acuerdo con las necesidades que imperan, convirtiéndose en cuerpos correctos, no sólo biológica, sino económica y políticamente.

En este sentido, se puede considerar a “los cuerpos” como un concepto heurístico útil para el estudio de culturas y sociedades, pero también de los significados y prácticas culturales vinculados con la salud y el padecer. Asimismo, el estudio relacional de los cuerpos, implica considerar las distintas formas de control y regulación de los individuos y las poblaciones –entre estas, sexualidad, género y reproducción– a las que Foucault (1982) se ha referido como biopoder.

En síntesis, el cuerpo es un elemento situado en un contexto social e histórico determinado y constituye un espacio multidimensional en que se concretizan los procesos bioculturales, como es el embarazo, parto y puerperio. Estas categorías permiten analizar el rol de la biomedicina como disciplina en la normalización y gestión del proceso reproductivo, a través de los conocimientos, las normas y las políticas que actúan tanto a nivel individual como colectivo, reconociendo que las relaciones de poder/saber van más allá de figura del personal de salud y del acto

médico en particular, sino que obedecen a una serie de relaciones y condiciones estructurales que merecen ser visibilizadas.

A partir de estas interacciones, Massé sugiere que el reto teórico consiste en lograr la complementariedad entre las perspectivas interpretativa y crítica, así como en la articulación entre el micro, meso y macroanálisis. Esta complementariedad en el estudio del campo de la salud y el padecer resalta la necesidad de comprender no sólo el contexto nacional e internacional que explica la exposición diferencial de los grupos sociales a condiciones de riesgo o de afección a la salud, sino también reconocer la experiencia del padecer como un campo de estudio para analizar el rol de las estructuras simbólicas y cognitivas en la construcción cultural de los significados y en la profunda intimidad de la experiencia humana (Massé, 2001).

Para el autor, uno de los posibles puntos de articulación de estas perspectivas se asienta en el concepto de sufrimiento social, el cual resalta las consecuencias en la historia individual, al mismo tiempo que es sensible al impacto local y se interesa por las relaciones de poder implicadas. Este concepto desarrollado por A. Kleinman, V. Das y M. Lock (1997), se refiere a la manera en que las fuerzas sociales –incluyendo la economía, la política, las instituciones, las relaciones sociales y la cultura– pueden contribuir a incrementar las condiciones de vulnerabilidad de las personas o incluso resultan causantes de enfermedad. Estas formas de poder se traducen en inequidades sociales y formas de violencia, que pueden ser perpetradas por las instituciones y sus agentes, en aras de la salud y

el bienestar, aspectos vinculados con el concepto de violencia estructural, acuñado por P. Farmer (Hanna y Kleinman, 2013).

Finalmente, P. Farmer y colaboradores (2013) proponen los conceptos de construcción social, biopoder, sufrimiento social y violencia estructural, como elementos centrales en el abordaje de los problemas de salud global. Es en este sentido que se han elegido como categorías de análisis en este estudio, constituyendo herramientas teóricas para integrar algunas de las dimensiones que abarca el complejo fenómeno de la mortalidad materna. En el siguiente apartado se presenta un sistema de relaciones conceptuales en el que se articulan estas propuestas con los aspectos metodológicos, para guiar el análisis, la discusión y la presentación de los resultados a lo largo del presente trabajo.

2.3 Aproximación teórico-metodológica

El sistema de relaciones que se presenta a continuación, tiene como punto de partida, las propuestas metodológicas seleccionadas –método de caso extendido y análisis de narrativas– como estrategias para la generación y para el análisis de la información. Dado que las dos comparten la premisa de incorporar explícitamente las herramientas teóricas que pretenden guiar el trabajo de investigación, estos conceptos se han integrado de tal manera que permitan resaltar los diferentes niveles teóricos y las posibles formas de articulación entre los mismos.

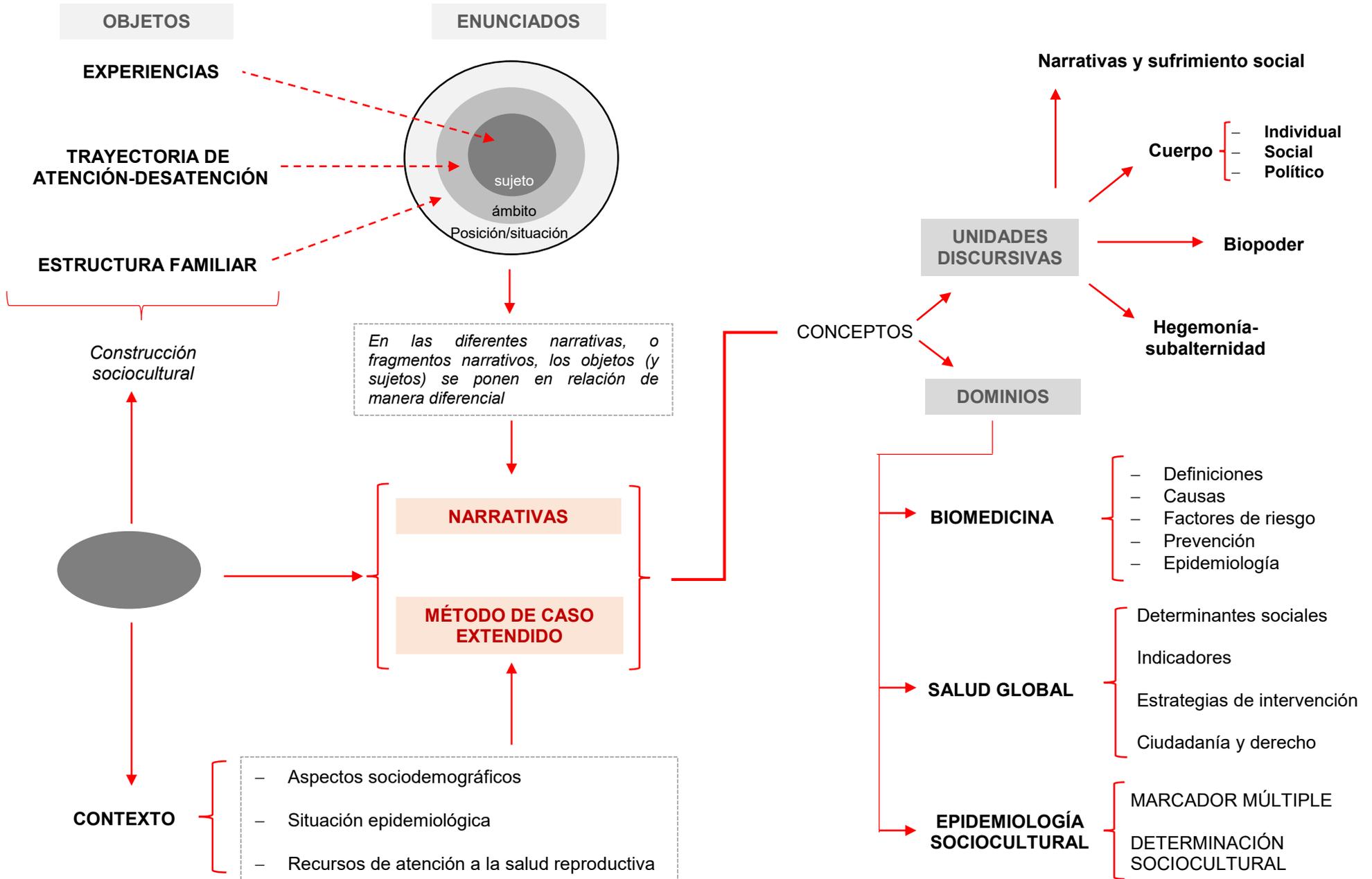
Para su desarrollo, retoma algunos conceptos propuestos por M. Foucault (2002), en el texto *La arqueología del saber* (editado por primera vez en 1969), que si bien

se enfoca en el ámbito discursivo, es posible articularlo con otros niveles. De acuerdo con el autor, el objeto –que se refiere también al sujeto individual o colectivo– es de lo que se habla, por lo que requiere de un posicionamiento temporal, espacial y contextual. Los objetos se ponen en relación a partir de acontecimientos, que constituyen ‘la realidad’ tal cual existe, pero se expresan en enunciados, es decir, ‘la realidad’ como es contada. Estas modalidades enunciativas señalan al sujeto que interviene, el ámbito en que se genera el discurso y las posiciones y situaciones que pueden ocuparse, por lo tanto, permite evidenciar cómo los objetos que integran el fenómeno de estudio establecen relaciones de manera diferencial.

Así, los diversos fragmentos narrativos, conducen a la generación o integración de conceptos que permiten describir las formas en que se ordenan o coexisten los objetos y enunciados, pero también dan lugar a procedimientos de intervención, que incluyen la reescritura, transcripción, traducción, delimitación y sistematización, que son elementos importantes en el análisis de las narrativas.

Estos conceptos permiten entrar al ámbito colectivo o público, correspondiente a un nivel meso o macro estructural, a partir de las denominadas unidades discursivas y los dominios. Las primeras se refieren a un campo del saber generalizado, o a un conjunto de elementos que articulan o proveen con cierta estructura. Los dominios se definen como un conjunto acotado de saberes construidos y compartidos al interior de un grupo, es decir, conlleva cierto grado de especialización.

Al evitar considerar los dominios y las unidades como objetos definitivos o absolutos, la propuesta de M. Foucault se basa en la posibilidad de hallar en el análisis las dispersiones y discontinuidades, a la vez que señala una gama de posibilidades generadas a partir de las relaciones entre objetos, enunciados y conceptos, las cuales no son agotadas por el análisis de las formaciones discursivas, permitiendo la incorporación de otras fuentes del saber y de otras herramientas teórico-metodológicas.



3. MORTALIDAD MATERNA: MÚLTIPLES DIMENSIONES

Para definir concretamente el problema de estudio, en este apartado se exploran diferentes perspectivas en torno a la mortalidad materna, de acuerdo con los dominios antes mencionados. En el ámbito de la biomedicina surgen las definiciones, clasificaciones, causas y factores de riesgo, así como un primer acercamiento a la situación epidemiológica. Sin embargo, la mortalidad materna constituye un problema de salud inserto en el campo de la salud global, lo cual implica ahondar en los determinantes sociales relacionados, los indicadores de salud y desarrollo, las estrategias de intervención y el ámbito de derecho como uno de los ejes transversales. A manera de complemento, se retoman algunas propuestas de la epidemiología crítica y sociocultural, como elementos para problematizar el abordaje desde la perspectiva de la salud global, y que constituyeron una guía importante en el análisis del contexto local.

3.1 Perspectivas biomédicas

3.1.1 Definiciones

De acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos de 1989 (CIE-10), la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la defunción materna como: “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su

atención, pero no por causas accidentales o incidentales”, y se agrega el concepto de defunción materna tardía como aquella que sucede por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo (OMS, 2008:4). Esta revisión a la definición, incluida en la CIE-10, responde a la necesidad de identificar la dimensión real de la mortalidad materna, pues no contempla las complicaciones sucedidas en el parto o puerperio que culminen en el deceso de la paciente después de los 42 días, o aquellos casos en que el empleo de procedimientos de soporte vital posibilite la sobrevivencia de las mujeres por un periodo más largo, presentándose la muerte en el periodo posterior.

Esta definición complementaria no se empleaba habitualmente en los sistemas de registro civil, aunque comienza a utilizarse en algunos países. En el caso de México, no está considerada en la terminología señalada por la Norma Oficial Mexicana vigente respecto a la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (NOM-007-SSA2-1993), aunque en el proyecto de modificación a esta norma ya se encuentra incluida, especificando que no será tomada en cuenta en el cálculo de la razón de mortalidad materna (SEGOB, 2012). Cabe señalar que, a pesar de que esta actualización fue aprobada en 2014, se encuentra detenida en la Secretaría de Salud federal, por lo que no ha sido publicada (GIRE, 2015)².

² La actualización a esta Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, fue aprobada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de abril de 2016, al concluir esta tesis.

Las defunciones maternas se clasifican, de acuerdo con su causa, en **muerte materna directa** (MMD), que se refiere a “aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas” y **muerte materna indirecta** (MMI), que son “las resultantes de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas, pero si agravada por los efectos fisiológicos del embarazo”. Además, se distingue de las **defunciones relacionadas con el embarazo** que implican la muerte de una mujer que está embarazada o en los 42 días siguientes a la terminación del mismo, independientemente de la causa de defunción (SS, 2012:15-16).

3.1.2 Causalidad y factores asociados

La OMS señala que las principales complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, causantes del 75% de las muertes maternas son: las hemorragias severas, las infecciones, las enfermedades hipertensivas en el embarazo (preeclampsia y eclampsia), las complicaciones durante el parto y los abortos no seguros (OMS, 2015). A estas causas directas, se agrega un incremento importante de la muerte materna indirecta, que representa alrededor del 20% del total, colocándose dentro de los primeros lugares. A nivel mundial, estas son consecuencias de enfermedades preexistentes o concomitantes como la malaria, la anemia, la infección por VIH/SIDA y las enfermedades cardiovasculares (OMS, 2005). En México, el panorama resulta similar, pues en los últimos años las

causas indirectas han ascendido hasta el primer lugar, aunque entre ellas, destacan las enfermedades crónico-degenerativas, el cáncer y algunas agudas como la neumonía o la influenza -en el año 2009-. Seguido de estas, las enfermedades hipertensivas en el embarazo y la hemorragia posparto, son las principales causas directas, a las que en conjunto, se asocian más del 40% de las defunciones (GIRE, 2013; 2015).

Dado que la mayoría de estas casusas se consideran prevenibles, su abordaje ha enfatizado, en primera instancia, aquellos factores que contribuyen a las elevadas cifras de mortalidad materna, en donde el acceso limitado o nulo a la atención sanitaria adecuada es uno de los principales a considerar. A su vez, la falta de acceso se asocia con barreras físicas, geográficas, económicas y culturales, así como la falta de acceso a la información y la falta de recursos humanos, materiales o de infraestructura en los servicios de salud, o incluso la inexistencia de los servicios. (OMS, 2012). Otros estudios mencionan como factores contribuyentes la inequidad de género a la que están sometidas las mujeres, es decir, la falta de poder para tomar decisiones en el cuidado de su salud, la falta de educación y el analfabetismo que aumentan el desconocimiento de los derechos y opciones que poseen en la atención a la salud. Por otra parte, la falta de acceso o la negativa al empleo de métodos de planificación familiar, el trabajo físico intenso asociado a una mala nutrición, e incluso se menciona la comunicación inadecuada que existe con los trabajadores de salud y la falta de aptitudes o conocimientos de los profesionales para resolver o dar tratamiento inicial adecuado durante una emergencia obstétrica (Gallego Vélez *et al*, 2005).

Aunque se hace énfasis en la importancia de la atención profesional durante el embarazo, parto y puerperio dentro de las instalaciones de los diferentes servicios de salud, es innegable el hecho de que la institucionalización del parto ha provocado un aumento significativo de procedimientos innecesarios y el abuso y/o mal uso de la tecnología. Al respecto, la OMS y algunos estudios comparativos entre diferentes modelos de atención obstétrica, han visibilizado un aumento de complicaciones asociadas al uso inapropiado de la tecnología y medicamentos que caracterizan a las prácticas de rutina en la atención biomédica (García Vázquez, *et al*, 2012).

Diversas investigaciones recientes en México, han enfatizado la distribución diferencial de las causas y factores relacionados con la muerte materna, señalando que en las zonas indígenas rurales, las hemorragias y las enfermedades hipertensivas causan la mayor parte de las defunciones. Además, se asocian a la falta de infraestructura y la incapacidad resolutoria de los servicios de salud, a las diversas barreras en el acceso y las demoras en la búsqueda de servicios médicos, todos estrechamente vinculados a los niveles de marginación y pobreza. Por otra parte, en las zonas urbanas-marginales, que cuentan con servicios de salud en los diferentes niveles de atención, uno de los mayores obstáculos se debe a la limitación de la capacidad resolutoria del primer nivel que conlleva una creciente demanda de las poblaciones circundantes, provocando saturación y rechazo hospitalario. A esto, se suma el diagnóstico tardío de complicaciones, el retraso en el tratamiento, e incluso, las deficiencias en los

procesos administrativos, aunado a las causas antes descritas (Romero Pérez, 2014).

Estos factores no pueden considerarse como una serie de variables aisladas, sino que se encuentran vinculados a una serie de determinantes sociales, por lo que las estrategias de prevención y disminución de las cifras de mortalidad materna, apuntan a incidir en estas determinantes, sobre lo cual se ahondará posteriormente.

3.1.3 Registro epidemiológico y panorama actual

El registro estadístico de la mortalidad materna se realiza, de acuerdo a las medidas establecidas por la OMS, en torno al producto de dos factores: el riesgo de mortalidad asociada a un único embarazo o a un único nacido vivo, y el número de embarazos o partos que experimentan las mujeres en edad fecunda, es decir, razón de muerte materna (RMM) y tasa de muerte materna (TMM), respectivamente. La RMM se define como el número de defunciones debidas a complicaciones del embarazo, parto o puerperio durante un año con el número total de nacidos vivos para el año o periodo de estudio. Este indicador era conocido como tasa de mortalidad materna; sin embargo su construcción corresponde a una razón al relacionar dos fenómenos independientes. El número de nacidos vivos ha sido utilizado como una aproximación al número de embarazos, ya que no es posible conocer el número total de estos debido, principalmente, a las pérdidas gestacionales que se presentan antes del diagnóstico (OMS, 2008). La TMM mide el riesgo obstétrico y la frecuencia con la

cual las mujeres están expuestas al riesgo, y se calcula con el número de muertes maternas por cien mil mujeres en edad reproductiva, usualmente de 15 a 49 años (Freyermuth, 2006).

Tanto las definiciones relacionadas como las medidas estadísticas utilizadas para la vigilancia epidemiológica de la muerte materna, cobran mayor relevancia cuando se operacionalizan en el registro estadístico y en análisis de las deficiencias que existen en el mismo, aspecto que demanda sostener una postura crítica en el manejo de las cifras y su empleo como referente en las investigaciones.

Al respecto, M.C. Elu (1993) retoma las consideraciones de organismos internacionales, como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que en 1986 señala que la subestimación de las cifras se deriva de una serie de factores, entre los que resaltan el subregistro de las muertes, la falta de claridad y precisión en la información asentada en los certificados de defunción y los distintos problemas conceptuales en la definición e identificación de las muertes maternas. El subregistro fue ampliamente descrito por G. Freyermuth (2003) en su estudio sobre muerte materna realizado en comunidades indígenas de Chiapas, en el cual, presenta un análisis del subregistro encontrado -desde 1988- a partir del seguimiento de casos de muertes de mujeres en edad reproductiva que no habían sido registrados como defunciones maternas, encontrando casos probables y confirmando varias más. De acuerdo con la autora, este fenómeno encuentra su explicación, en gran parte, por las diferencias en las concepciones de riesgo y en

las causas de muerte entre las prácticas y representaciones indígenas y la práctica médica occidental.

Años después, M. Eternod (2012) insiste en considerar la RMM como un indicador deficiente pues para tener indicadores de calidad hay que tener datos precisos y fiables, y dado que la información acerca de muertes maternas proviene de un registro administrativo integrado en la Secretaría de Salud basado en el certificado de defunción, ha surgido la necesidad de mejorar la calidad de este registro, pues muchas causas de defunción aun enmascaraban los casos, invisibilizando parte del problema. En este sentido, la autora coincide en que los tres problemas principales que condicionaban el subregistro son: lo que asentaban los médicos en el certificado, los aspectos técnicos durante el proceso de integración de los datos y los errores en clasificación de las causas de muerte y la ubicación de los casos.

Considerando entonces que la RMM se define como “el número de defunciones de mujeres embarazadas o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo y debida a cualquier causa relacionada con, o agravada por, el embarazo mismo o su atención (con exclusión de las muertes accidentales o incidentales), en un determinado año y por cada 100 mil nacidos vivos” (Freyermut *et al*, 2015), es necesario considerar que los problemas conceptuales y operativos no sólo se relacionan con las limitantes asociadas al numerador que se han descrito, sino también al denominador, que contempla únicamente a los recién nacidos vivos. Al respecto, se reconoce la dificultad para estimar las pérdidas gestacionales antes del diagnóstico de embarazo, sin embargo, excluir del

denominador las muertes fetales intrauterinas conlleva la exclusión de las muertes maternas asociadas a pérdidas gestacionales. Finalmente, estas limitantes se suman a las discrepancias que existen en las cifras manejadas por las diferentes instancias que condicionan un importante atraso en la obtención de la información y publicación de las cifras vigentes.

Los reportes epidemiológicos que se han considerado como principal referente para esta investigación provienen del Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMMM), organización de la sociedad civil que mediante la generación de convenios institucionales con organismo clave, ha integrado una base de datos completa y actualizada constantemente, emitiendo boletines semanales vía internet y desarrollando análisis de indicadores a partir de información de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO), que dan cuenta de la situación actual en relación a la muerte materna y las metas específicas del Objetivo 5 de los ODM (Freyermuth *et al*, 2013a, 2013b, 2015a, 2015b).

A continuación se presentan un panorama general de la situación epidemiológica al inicio de esta investigación y las correspondientes actualizaciones a partir de la fuente mencionada. Es pertinente recordar algunas consideraciones metodológicas y conceptuales señaladas por el OMMM para dicho análisis, entre las que especifica que para el cálculo de RMM se excluyen los casos diagnosticados como muerte materna tardía y por coriocarcinoma, además, desde

el 2007 se excluyen las defunciones con residencia en el extranjero y las extemporáneas –sucedidas antes de 2006-. Con respecto al denominador, se presentan dos análisis distintos, uno considerando los recién nacidos vivos de acuerdo con el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) de la Secretaría de Salud y otros con base en la estimación del CONAPO.

En 2013, el OMMM publica una gráfica que señala la evolución de la RMM desde el año 2002 al 2011, en relación a la meta establecida en los ODM para el año 2015 (**Figura 3**). A cuatro años de la fecha acordada, la cifra (43.2) era del doble de lo planteado y además, no presentaba un patrón de disminución constante. Para el 2012, la RMM habría disminuido a 42.7 y en 2013 a 38.3 (Freyermuth *et al*, 2013^a; 2015^a). De acuerdo con los informes semanales de vigilancia epidemiológica de la Dirección General de Epidemiología (DEG), el 2014 cerraba con una RMM de 38.6, que descendió a 31.7 al final del 2015 (DEG, 2016).

Como se mencionó anteriormente, la RMM puede tener variaciones, como las que derivan del registro de los recién nacidos vivos y el censo utilizado. Por lo tanto, para un acercamiento directo, se presenta en la **Tabla 1**, la evolución de las defunciones maternas a nivel nacional, de acuerdo con el número de defunciones totales.

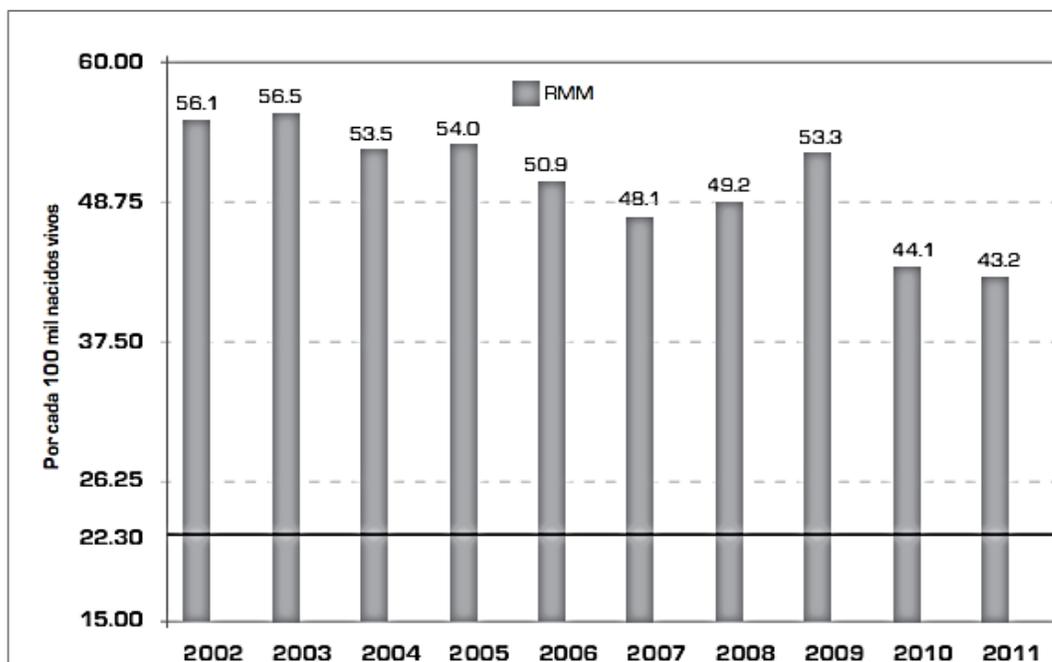


Figura 3. Evolución de la RMM en México 2002-2011, basado en el Censo 2010. Comparativo con la meta de los ODM.

Fuente: Información proporcionada por la DGIS, SSA y CONAPO (Freyermuth *et al*, 2013).

Tabla 1. Evolución de defunciones maternas. México (2002-2015)

AÑO	NÚMERO DE DEFUNCIONES MATERNAS
2002	1309
2003	1313
2004	1239
2005	1242
2006	1166
2007	1097
2008	1119
2009	1207
2010	992
2011	971
2012	960
2013	861
2014	902
2015	712

Fuente: Elaboración a partir de Freyermuth, 2015a y DGE, 2016.

A partir de las 861 muertes registradas en el 2013, fecha del informe más reciente, presentado por el OMMM a partir de datos definitivos que han sido validados por el INEGI y la Secretaría de Salud (2016), analiza la distribución de estas muertes en relación a determinados aspectos sociodemográficos, causas de defunción y acceso a los servicios de salud. En éste se identifica que la mayoría de las mujeres fallecidas eran casadas o vivían en unión libre y se dedicaban al hogar; 11.3% eran hablantes de lengua indígena y el 6.2% no tenía escolaridad.

En relación a la causa de muerte, el 28.2% se asoció a causas obstétricas indirectas, el 23.7% a enfermedad hipertensiva en el embarazo, el 17.5% a hemorragias en el embarazo, parto y puerperio y el 8.9% por aborto. Cabe señalar que, el 96.5% de los casos tuvo certificado de defunción otorgado por un médico y el 86% contó con asistencia médica, en general y el 64% tuvo esta asistencia también durante el parto. Estos datos son de suma relevancia para contemplar los determinantes sociales relacionados y contextualizar el fenómeno de la mortalidad materna en México, como se observa en la **Figura 4**.

Por último, en la **Figura 5**, se muestra gráficamente el avance que había tenido cada una de las entidades federativas en la reducción de sus cifras de Mortalidad materna, de acuerdo con la meta de los ODM, de acuerdo con las estadísticas validadas más recientes al inicio de esta investigación, que correspondían al 2011.

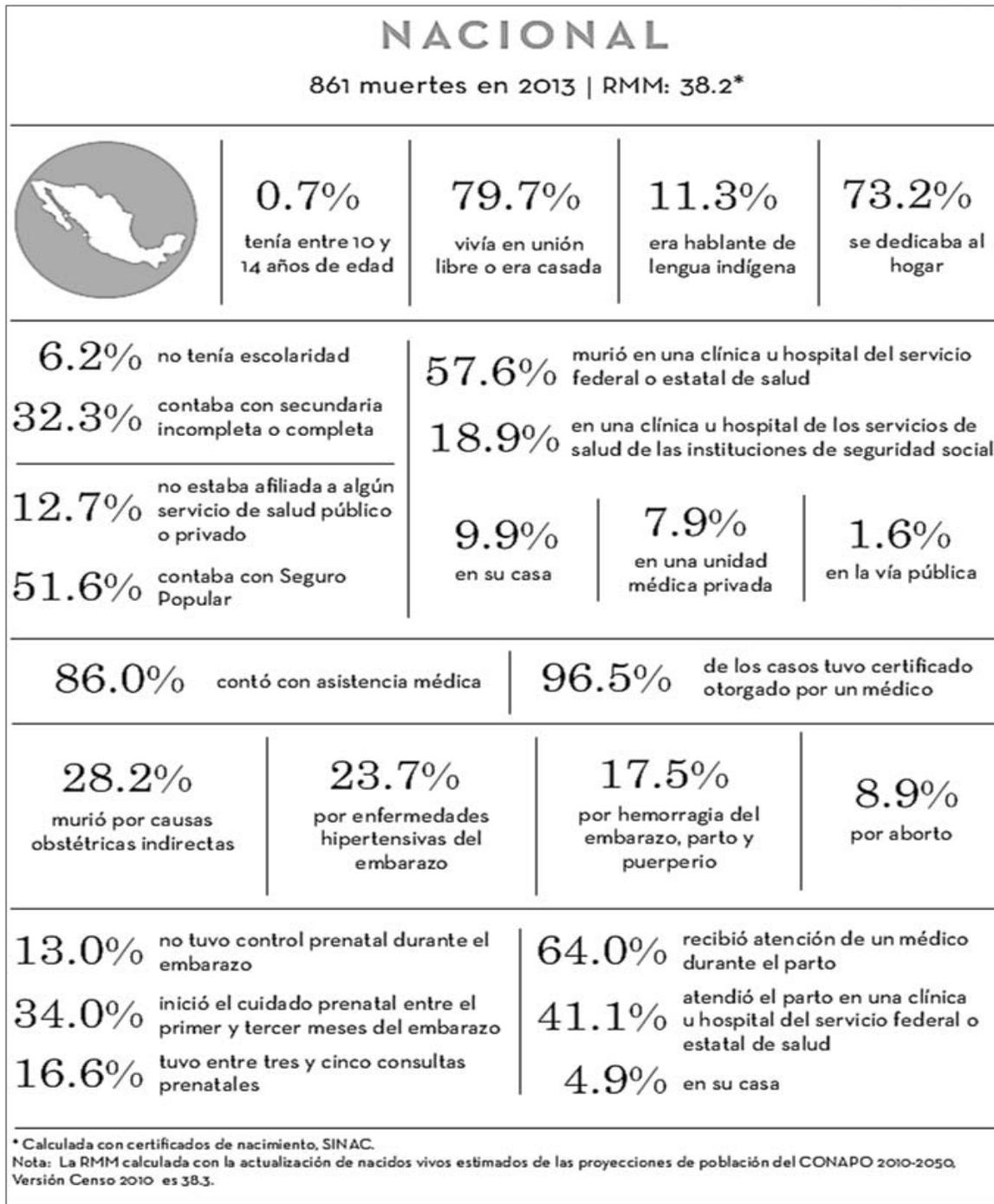


Figura 4. Distribución de muertes maternas en México (2013)

Fuente: Freyermuth *et al*, 2015b.

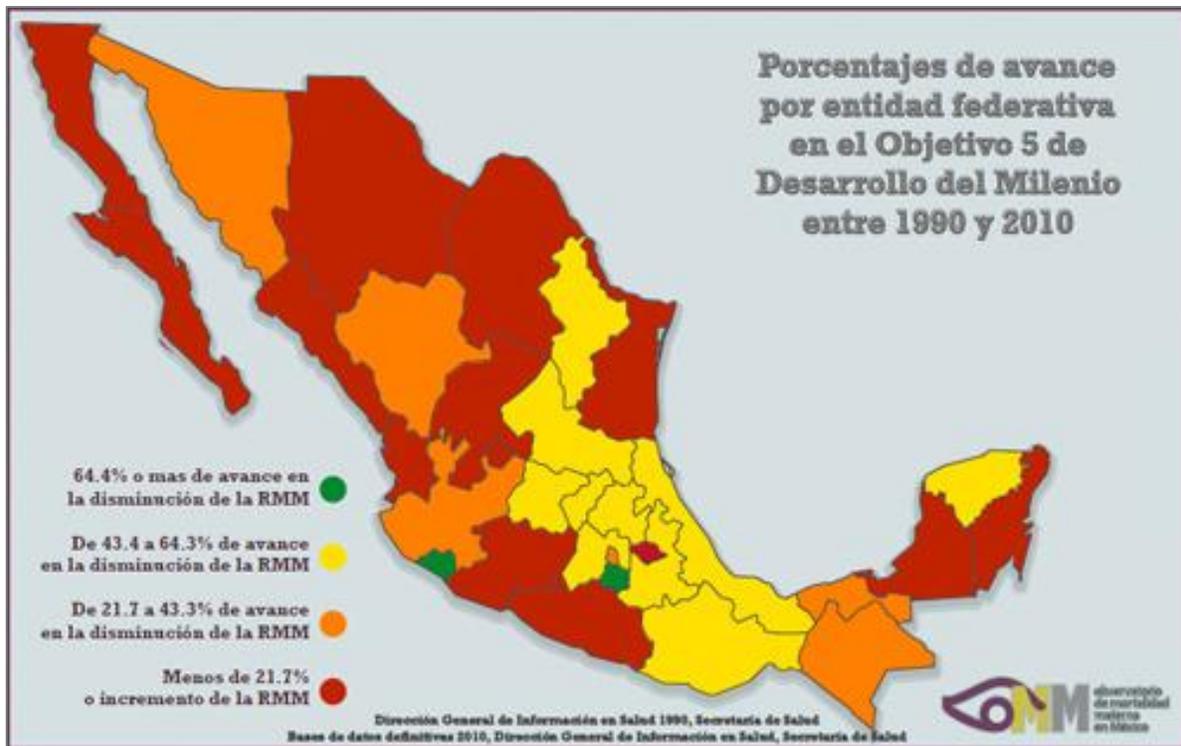


Figura 5. Porcentajes de avance por entidad federativa, en relación a los ODM (1990-2010).

Fuente: Observatorio de Mortalidad Materna en México, 2010. Disponible en: <http://www.omm.org.mx/index.php/indicadores-nacionales/avances-y-retrocesos-de-la-rmm-por-entidad-federativa?id=97>

Se puede observar que Michoacán era uno de los estados que se encontraba en situación alarmante, pues había incrementado la RMM a 58.5 (**Figura 6**). Esto lo colocaba como uno de los cinco estados con mayores cifras, sólo superado por Oaxaca (60.8), Campeche (61.4), Chihuahua (67.2) y Guerrero (91.4), y de las siete entidades que presentaban un incremento para el periodo comparativo 2002-2011, Michoacán se encontraba en la situación más desfavorable (**Figura 7**).

Esta situación fue uno de los aspectos más importantes en la selección de esta entidad para la realización del presente trabajo de investigación. No obstante, es pertinente señalar que, en los años siguientes, el estado logró importantes avances en la reducción de las cifras, a partir de la implementación de estrategias y políticas públicas, que se analizarán en el siguiente apartado. En este sentido, el periodo en que se llevó a cabo el estudio constituyó un momento y espacio privilegiado para explorar las formas de intervención derivadas de un panorama alarmante y sus resultados, así como sus limitantes, obstáculos e implicaciones en las realidades locales.

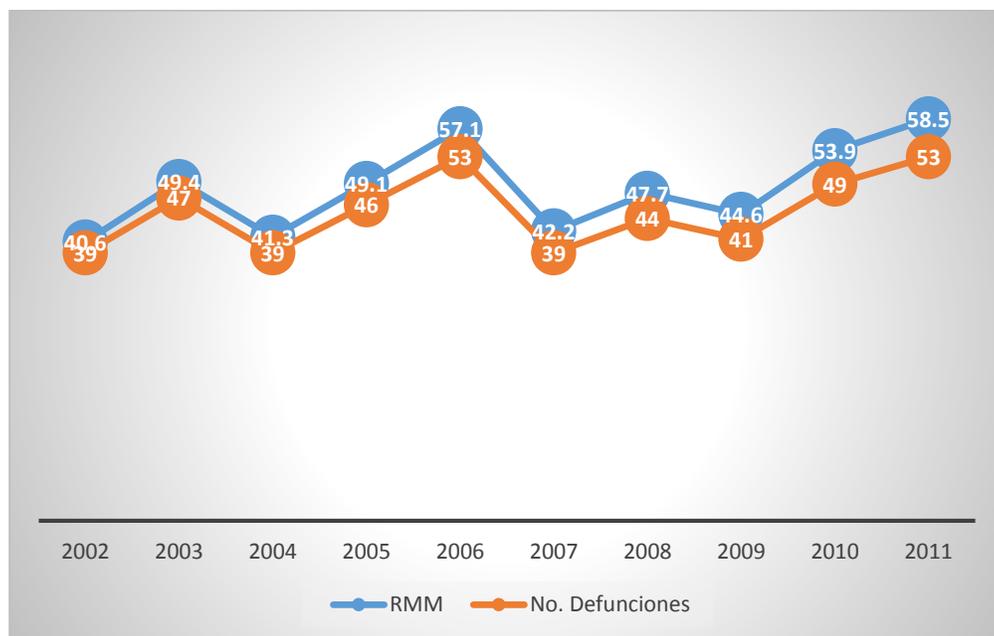


Figura 6. Evolución de las cifras de mortalidad materna en Michoacán (2002-2011)

Fuente: Elaborado a partir de Freyermuth *et al*, 2013a.

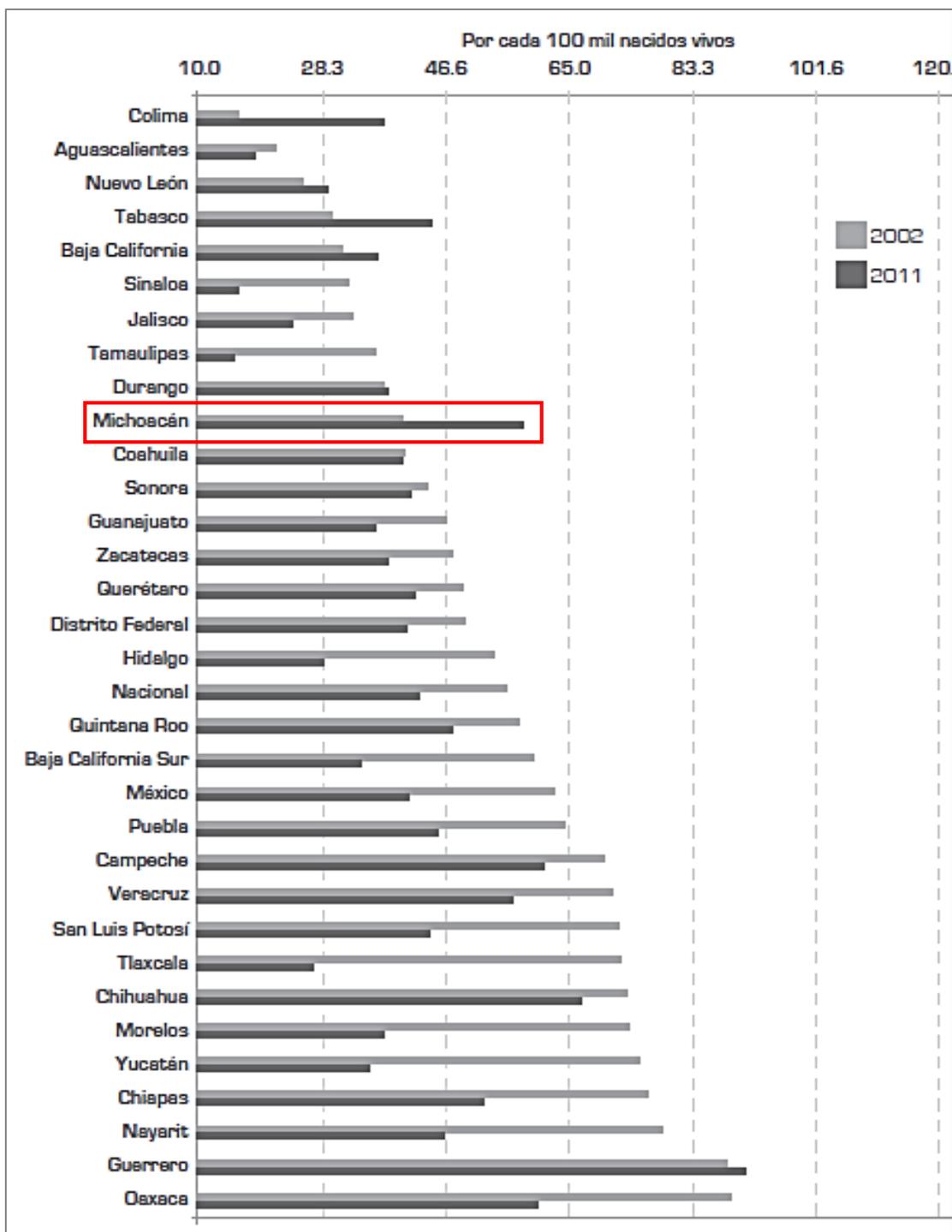


Figura 7. Comparación de la RMM por entidad federativa (2002-2011)

Fuente: Información proporcionada por la DGIS, SSA y CONAPO (Freyermuth *et al*, 2013a)

3.2 Un problema de salud global

La mortalidad materna se ha constituido como problema de salud a través de una compleja trayectoria que inicia con el reconocimiento de las condiciones de salud de las mujeres a partir de su mayor participación social y laboral, identificando que los factores vinculados a la reproducción ocupaban un lugar relevante en la morbilidad y mortalidad de las mujeres en edad productiva. Así, en la actualidad el estudio de este fenómeno contempla un referente histórico de más de cuarenta años de iniciativas, estrategias y acuerdos internacionales.

El dominio disciplinar de la salud global, se define como “la salud de las poblaciones, donde los problemas de interés trascienden las fronteras y sólo pueden ser abordados mediante acciones y soluciones multidisciplinarias y cooperativas” (Stephen y Daibes, 2010; en Sanjuán *et al*, 2011). En este campo, tanto los problemas, como las intervenciones aluden la participación de los países desarrollados y los que se encuentran en vías de desarrollo, en los cuales se concentra la mayor parte de la mortalidad por causas prevenibles, dentro de las que se ha incluido la muerte materna. De acuerdo con A. Franco y C. Álvarez (2009), las tendencias que influyen en el enfoque de salud global se sintetizan en tres aspectos: a) la creciente transferencia internacional de riesgos y oportunidades para la salud a partir de la liberación de los mercados; b) el mayor pluralismo de las agencias y los actores en la arena de la salud pública internacional; y c) el papel más crítico que ocupa la salud en la agenda de desarrollo económico, salud global y democracia. Entonces, un enfoque estratégico en el marco de la globalización es la colaboración de diversos actores:

gobiernos, agencias internacionales, organizaciones de la sociedad civil, corporaciones transnacionales, instituciones académicas y medios de comunicación, que muestra la manera en que se desdibujan los límites de las fronteras y también del estado-nación.

En el ámbito de la salud materna, la mayor participación de las mujeres en espacios públicos y el auge de los debates acerca de la interrelación entre la salud y el desarrollo se reconoció la ‘necesidad de integrar a las mujeres en el desarrollo’, por lo que en 1973 fue creado un fondo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en beneficio de las mujeres en situación de pobreza de las áreas rurales de países subdesarrollados y posteriormente el año 1975 fue designado como “año internacional de la mujer”, planteando el objetivo de reformar leyes y tradiciones discriminatorias e integrar medidas que promovieran la igualdad entre los sexos (Freyermuth, 2003). A partir de éste iniciaría el periodo denominado por la ONU, “la década de la mujer” que culminaría en 1985 con una conferencia en donde la OMS declaró que medio millón de mujeres moría cada año debido a complicaciones obstétricas, señalando también que los programas de salud materno-infantil se enfocaban en beneficio del niño prestando menor importancia a los factores que seguían contribuyendo a la muerte de las mujeres, ante lo cual diversos actores, tanto institucionales como individuales, en conjunto con el Fondo de Población para las Naciones Unidas (UNFPA), el Banco Mundial y la OMS llevaron a cabo la Conferencia sobre Maternidad sin Riesgo en Nairobi, Kenia en 1987. En ésta se creó el Grupo Interagencial para una Maternidad sin

Riesgos y se acordó la organización de conferencias nacionales y regionales en torno a la problemática en cuestión (Starrs, 2006).

De manera que, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994, la maternidad sin riesgo se constituyó como elemento central de la salud reproductiva. A ésta siguieron la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995) y la Consulta Técnica sobre la Maternidad sin Riesgos en Colombo, Sri Lanka (1997), celebrada con motivo del décimo aniversario de la *Iniciativa para una Maternidad sin Riesgo*, en la cual se pretendió llegar a un consenso sobre las medidas que habían dado resultado, así como su costo y las formas de aplicarlas eficazmente (OMS, 1999). Sin embargo, en este periodo destaca el énfasis en el estudio de la muerte materna como un problema multisectorial, resaltando que las defunciones maternas no sólo eran el resultado de una atención escasa o inaccesible, sino de una diversidad de aspectos como la falta de educación para las niñas, el matrimonio temprano, el limitado acceso a los métodos anticonceptivos, las deficiencias nutricionales y el bajo estatus social, económico y legal de las mujeres, los cuales contribuyen a un estado de salud antes y durante el embarazo y aumentan la situación de vulnerabilidad ante complicaciones, limitando su capacidad de buscar y recibir atención oportuna y de calidad, por lo que su abordaje, requería incidir de manera transversal en los contextos nacionales, involucrando la participación de múltiples agencias internacionales (Starrs, 2006).

Estas premisas, aunado al giro en el enfoque demográfico caracterizado por abordar el tema de población vinculado con el desarrollo humano, la protección del medio ambiente, la condición de las mujeres, la salud integral, el bienestar individual y colectivo, la igualdad y la equidad de género y el respeto a los derechos humanos, derivado de la III Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo, Egipto en 1994, constituyeron la base para la inclusión de la mortalidad materna como indicador específico de los ODM en el año 2000. De acuerdo con Iriarte (2005), este cambio en la manera de desarrollar las políticas de población tuvo ciertas implicaciones relevantes en el abordaje de las determinantes sociales y de la perspectiva de género en materia de salud, como son: a) un nuevo concepto de los derechos sexuales y reproductivos y la redefinición de obligaciones del sector salud; b) la legitimación de un discurso que enfatiza las relaciones entre desarrollo social y económico y la salud sexual y reproductiva, en el cual también se reconoce la existencia de la discriminación hacia la mujer, caracterizada por un menor poder de decisión y un acceso limitado a recursos sociales, comunitarios y familiares; y c) el reconocimiento del papel central de las relaciones entre hombres y mujeres en lo concerniente a la salud y los derechos de las mujeres.

Si bien, la década de los 70, se asocia con el creciente apoyo de la noción de que todas las personas merecen acceso equitativo a los servicios de salud como un derecho, en concordancia con la declaración de Alma-Ata, en 1978, los discursos de la salud global fueron prontamente transformados en función del paradigma emergente de “costo-efectividad”, caracterizado por la estandarización, la

eficiencia y la cooperación trasnacional, que dejaba poco espacio para la participación comunitaria u otras aportaciones sociales y económicas a nivel local (Green *et al*, 2013). Como resultado, se intensificó la producción de recomendaciones, lineamientos y directrices internacionales para apoyar a los distintos países en el logro de dicho objetivo.

En 2002, la OMS a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), emite la *Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas para América Latina y el Caribe* en donde se promovió un enfoque centrado en intervenciones eficaces en función de los costos a nivel de atención primaria de salud, teniendo como intervención principal la atención obstétrica esencial (AOE) accesible para todas las mujeres, que incluye la asistencia calificada (por médicos, enfermeras o parteras con adecuado nivel de capacitación), los suministros necesarios y la capacidad de transportar a la mujer a un centro de AOE integral en la que se agrega la posibilidad de intervención quirúrgica, el uso de anestesia y la transfusión sanguínea. Además, señala la relevancia de la calidad de la atención, mencionando que “una peculiaridad de América Latina y el Caribe es que la gran mayoría de los partos, cerca de 75%, tiene lugar en centros asistenciales, pero a pesar de estas cifras, en 17 países, la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal son mayores de lo previsto para la población en riesgo, de lo que se infiere una deficiente calidad de la atención de salud” (OPS, 2002).

Posteriormente, en 2004 se adopta la *Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo*, que constituyó la primera estrategia mundial sobre salud reproductiva presentada por la OMS. Ésta consiste principalmente en cinco aspectos fundamentales de la salud reproductiva y sexual: 1) mejorar la atención prenatal, perinatal, posparto y neonatal; 2) ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad; 3) eliminar los abortos peligrosos; 4) combatir las enfermedades de transmisión sexual, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervico-uterino y otras afecciones ginecológicas; y 5) promover la salud sexual. Todos ellos dentro del marco de los derechos humanos, lo cual implica el derecho de todas las personas a disfrutar del grado máximo de salud que se pueda lograr; el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos; el derecho de la mujer a tener control sobre su sexualidad y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia; el derecho de hombres y mujeres a elegir libremente cónyuge; el derecho a tener acceso a información pertinente sobre salud; y el derecho de toda persona a disfrutar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones (OMS, 2004).

Para el año 2010, a cinco años de la fecha límite establecida en los ODM, las cifras en muchas regiones continúan siendo alarmantes y en otras permanecen sin un cambio significativo, sin embargo, los esfuerzos por parte de la comunidad internacional se han intensificado, reflejándose en el documento *Estrategia*

Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños, en el cual se reconoce la necesidad de intervenir en aspectos esenciales como el apoyo a los planes de salud dirigidos por los países y apoyados mediante una inversión mayor, predecible y sostenible; mejorar el acceso a los servicios de prevención, tratamiento y asistencia; el fortalecimiento de los sistemas de salud para contar con personal suficiente y bien preparado; la introducción de innovaciones en las áreas de financiamiento, desarrollo de productos y prestación eficiente de servicios de salud; y la mejora en el monitoreo y la evaluación para lograr la responsabilización de todas las partes interesadas (ONU, 2010).

También en este mismo año, el departamento Reducir los Riesgos del Embarazo, elaboró el documento *Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal*, el cual reconoce la participación de este sector para la prevención de la mortalidad materna, por lo que su objetivo central es trabajar con los individuos, las familias y las comunidades para contribuir al empoderamiento de las mujeres, las familias y las comunidades para mejorar y aumentar el control de la salud materna y neonatal, así como para aumentar el acceso a servicios de salud de calidad y su utilización, proponiendo intervenciones en cuatro áreas: el desarrollo de capacidades para cuidar su salud, tomar decisiones y responder ante emergencias; generar mayor consciencia acerca de los derechos, las necesidades y los problemas potenciales relacionados con la salud materna y neonatal; el fortalecimiento de los vínculos para el apoyo social entre la comunidad y los servicios de atención a la salud; y, por último, el mejoramiento de la calidad de la atención (OMS, 2010).

Por último, en 2012, la ONU, pronunció el documento *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad*, que reivindica el problema de la mortalidad materna como un asunto estrechamente relacionado con los Derechos Humanos, retomando las siguientes orientaciones técnicas: la rendición de cuentas, la participación, la transparencia, el empoderamiento, la sostenibilidad, la asistencia internacional y la no discriminación. Estas se complementan con ciertas categorías relacionadas con las denominadas “buenas prácticas necesarias para combatir la mortalidad y morbilidad maternas en consonancia con las obligaciones de derechos humanos”: la mejora de la situación jurídica y social de la mujer, la garantía de los derechos a la salud sexual y reproductiva, el fortalecimiento de los sistemas de salud, el tratamiento del aborto practicado en condiciones de riesgo y la mejora del seguimiento y la evaluación. Asimismo presenta lineamientos para guiar la planeación de estrategias y políticas públicas nacionales en esta materia y las situaciones en las cuales se puede solicitar apoyo internacional (ONU, 2012).

De forma simultánea a estas directrices, han surgido diversos cuestionamientos sobre el tipo de vínculo entre globalización y salud, coincidiendo en que éste no es del todo favorable, sino la globalización tiene poco interés en una sociedad saludable, pues ha implicado una supremacía de los consumidores y accionistas por encima de los ciudadanos, una ruptura en las redes de protección social que tiende a la gestión privada de los servicios públicos, una mayor exclusión y una

creciente desigualdad (Palomo, 2005). Esta se relaciona estrechamente con las transformaciones de las representaciones y prácticas en torno a la salud a nivel individual y comunitario, mientras que en el ámbito de los sistemas sanitarios se evidencia una preocupación mayor por responder a las necesidades y problemas de salud específicos considerados relevantes a nivel global, con el consecuente debilitamiento de la satisfacción de las prioridades locales.

En este sentido, la intervención no sólo se consolida a través de las recomendaciones por parte de los organismos internacionales y la creación de fondos en apoyo a estas regiones, sino también en la generación de datos epidemiológicos a partir de diversas fuentes que proveen la justificación científica a la ideología neoliberal de cooperación a favor del desarrollo.

En concordancia con este panorama global, México intensificó sus estrategias para la reducción de la mortalidad materna a partir del año 2000, con la finalidad de alcanzar las metas propuestas en los ODN. En los primeros años del nuevo milenio, se impulsó una perspectiva inclusiva con tendencia a lograr el acceso universal a los servicios de salud en materia de reproducción, en concordancia con la perspectiva de los derechos humanos, a partir del programa Arranque parejo en la Vida (APV). Posteriormente, en 2003, se hace evidente el enfoque de género en salud reproductiva, con la creación de un instituto especializado en la materia, que descentralizaba la atención obstétrica del resto de los servicios. En una siguiente etapa, los esfuerzos se encaminan hacia la vigilancia epidemiológica y la búsqueda activa de casos de muerte materna, que incluso provocó una

necesidad de reajustar las cifras que se habían calculado. A partir de 2006, con un importante aumento de la atención obstétrica intrahospitalaria y en ausencia de resultados significativos en la reducción de las cifras, se observa un mayor énfasis en la calidad y eficiencia de la atención ofrecida por los servicios de salud, a través de guías clínicas y protocolos de acción que contemplaron tanto la prevención como la atención en caso de emergencias obstétricas (**Figura 8**).

El Convenio General de Colaboración entre la Secretaría de Salud (SS), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) para la Atención Universal de Emergencias Obstétricas, firmado en 2009 estableció como compromiso principal que se prestará atención a las mujeres que presenten una emergencia obstétrica y que sean referidas a una unidad médica con capacidad de atenderla sin importar su condición de derechohabiente (DGPLADES, 2009), sin embargo, no fue hasta el 2015 que se publicó en el Diario oficial de la Federación su adición en la Ley General de Salud, la Ley del Seguro Social y la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (SEGOB, 2015).

También en 2009, se implementó la *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México* que reconocía tres demoras en la atención obstétrica: 1) el retardo en tomar la decisión de búsqueda de atención; 2) el retardo en llegar a un establecimiento adecuado; y 3) el retardo en recibir un tratamiento adecuado. Asimismo, atribuye las cifras elevadas y sin tendencia sostenida a la baja como el resultado de: 1) condiciones de inequidad de género,

étnica, y ejercicio de los derechos disminuido; 2) inaccesibilidad física, financiera y cultural a los servicios de salud; y 3) baja calidad de la atención médica, sobresaturación de los servicios en segundo nivel y baja atención en el primer nivel (CNEGSR, 2009). En esta iniciativa, se observa uno de los esfuerzos explícitos para contemplar, de manera transversal, las determinantes sociales vinculadas con la mortalidad materna.

En 2010, se realizó la actualización y se ratificaron los objetivos del programa APV y se implementó la *Estrategia Prioritaria 2011-2012 para Reducir la Mortalidad Materna*, el cual menciona que “86% de las muertes ocurren en unidades hospitalarias, que hasta 82% de las defunciones maternas están asociadas a la mala calidad de la atención médica y que el riesgo de muerte materna es seis veces mayor en cesáreas además de condicionar el futuro reproductivo de la mujer y favorece las complicaciones en futuros embarazos”, por lo que propuso promover las campañas informativas, el fortalecimiento normativo, la transparencia y el fortalecimiento y réplica de buenas prácticas, y se establecieron las denominadas medidas obligatorias para la atención obstétrica en todas las unidades médicas (Córdova Villalobos, 2010).



Figura 8. Programas de salud y estrategias implementadas en México, 2000-2010.

Fuente: Elaboración propia.

Como una estrategia más, aunque ya se consideraba desde hace algunos años, algunas Secretarías de Salud estatales, en conjunto con las jurisdicciones sanitarias y los gobiernos municipales, intentan consolidar la propuesta de involucrar a personas de la comunidad que colaboraran con los programas de atención a la salud, solicitando no sólo la presencia de un promotor comunitario sino de varios voluntarios, como en el programa *Redes sociales en salud*, que propone la formación de comités de salud locales y municipales, además de madrinas y padrinos obstétricos que tengan a su cargo el censo y la vigilancia durante el embarazo de las mujeres de su comunidad, asimismo se encarguen de

fortalecer las redes comunitarias y los planes de acción en caso de una emergencia obstétrica. Además, se ha promovido la organización comunitaria para establecer *Posadas de Atención a la Mujer Embarazada (AME)*, instaladas en un sitio cercano a los hospitales para que las mujeres que requieran vigilancia antes o después del parto, pero que su sitio de residencia se encuentre alejado del hospital, impidiéndoles un acceso oportuno, puedan permanecer ahí, teniendo acceso a dormir, alimentarse y asearse, de igual manera en caso de que el recién nacido debiera permanecer hospitalizado, la madre puede recibir este alojamiento temporal (CNEGSR, 2007).

Por otra parte, en este contexto de salud global, resulta necesario enfatizar la participación de las organizaciones de la sociedad civil en contribuir a mejorar las condiciones de salud de las mujeres, fortalecer el ejercicio de los derechos y colaborar, mediante diversas propuestas, con la prevención de la mortalidad materna. Así, en México se han instituido diversas organizaciones no gubernamentales y asociaciones civiles con financiamientos nacionales e internacionales, dentro de las que resalta el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM), que desde su fundación, en 1993, busca informar y sensibilizar sobre las diferentes dimensiones de la mortalidad materna, incidir en políticas públicas, generar evidencia, brindar capacitación en la materia y promover estrategias de investigación-acción (CPMSM, 2015).

Asimismo, el Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMMM) se ha consolidado como una instancia independiente conformada por diferentes

organizaciones civiles nacionales e internacionales, fundaciones de cooperación técnica y financiera, instituciones académicas, de investigación y de gobierno con el objetivo de conjuntar esfuerzos para monitorear los avances para mejorar la salud materna. Éste se basa en un sistema de indicadores, un monitoreo de las políticas públicas implementadas y un medio de comunicación y difusión con la finalidad de evaluar e incidir en las políticas y procesos relacionados con la mortalidad materna en el país (OMMM, 2011). A estas, se suman un importante número de organizaciones locales, que han asumido roles importantes en la defensa de los derechos, la legitimación de prácticas complementarias – tradicionales o alternativas– de atención obstétrica, la promoción de la salud y la gestión de redes para mejorar el acceso a la atención oportuna y de calidad al interior de las comunidades.

Finalmente, tanto en México, como en América Latina, la perspectiva de salud global, se ha concretado en políticas públicas relacionadas con la atención a la salud reproductiva y la prevención de la mortalidad materna en las que permean dos enfoques principales, la interculturalidad y los derechos humanos. Estos se han consolidado, en gran parte, como reflejo de una situación relativamente compartida por los países de esta región, caracterizada por la heterogeneidad de su población a partir de la gran diversidad de grupos indígenas, pero también marcada por profundas desigualdades. De acuerdo con el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2011), en la región de América Latina se concentran 14 de los 20 países con mayor inequidad a nivel mundial, lo que se refleja de manera importante en sus condiciones de salud y de acceso a los

servicios, aspectos de los cuales, la mortalidad materna se ha erigido como un sensible indicador.

Como ejemplo de ello, se identifican algunos programas implementados en países latinoamericanos, cuyas cifras de mortalidad materna y avance en relación a las metas de los ODM, varían de manera importante. En el caso chileno, uno de los países que había logrado disminuir la RMM en un 50% en la década de los 90, insistía en la necesidad de contemplar la mortalidad materna como un asunto de derechos humanos y justicia social, haciendo importante énfasis en el acceso y calidad de los servicios de salud (Castro, 2009). Además, plantó algunos avances en cuanto a la pertinencia cultural de los servicios a través del proyecto *Salud Intercultural desde una Maternidad* y, posteriormente, el *Parto Integral con Enfoque Intercultural*, que fueron implementados en zonas aymaras, logrando un incremento en la atención intrahospitalaria y por personal calificado (Sáez, 2010). En Argentina, el modelo *Maternidades Seguras y Centradas en la Familia con enfoque Intercultural* integró diversas compilaciones y estudios de buenas prácticas, además de proponer una adecuación en la infraestructura y la normatividad, resaltando que la mayoría de las políticas derivadas de los ODM, se enfocaban en el equipo médico, los procedimientos terapéuticos y la bioseguridad, dejando de lado las necesidades subjetivas de las mujeres y sus familias (Larguía et al, 2012).

Por otra parte, Guatemala y Perú, dos de los países con mayores cifras de mortalidad materna, hicieron importantes cambios en sus leyes y normas técnicas,

relacionadas con la salud reproductiva, a partir del año 2000. En el caso guatemalteco, la *Ley para la Maternidad Saludable* (2010), fue reconocida por la OPS en el marco de la publicación *Salud Reproductiva y Maternidad Saludable*, en 2013, por ser una propuesta originada a nivel comunitario, a través de un grupo de mujeres indígenas y no indígenas que buscaban soluciones ante los altos índices de mortalidad materna y neonatal (OPS, 2013). Finalmente, Perú logró una reducción del 50% de la RMM en 2010 (INEI, 2013), a través de su *Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*, centrada en el mejoramiento de la calidad, el acceso a la atención, la respuesta ante emergencias obstétricas, la prevención de la violencia y la adecuación cultural, incluida a partir de la inclusión de lineamientos como la *Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural* y la *Adecuación de la Orientación / Consejería en Salud Sexual y Reproductiva* (MINSA, 2004; 2005; 2008; 2009), que entre otras cosas, lograron elevar la cobertura de atención intrahospitalaria en territorios indígenas de un 15%, en el año 2000, a un 56% en 2008 (Tavera, 2010).

El enfoque intercultural, en las políticas públicas, constituye uno de los ejes para lograr mayor equidad en el acceso a los servicios de salud reproductiva y atención obstétrica, a través de aminorar las barreras socioculturales que existen entre la población y las instituciones y profesionales de salud. En este sentido, R. Campos (2010) señala que el Estado está obligado a proteger la salud, en tanto derecho individual y colectivo, pero también, debe considerarse la pertinencia cultural, tanto en los aspectos humanos como materiales.

En los primeros intervienen las relaciones establecidas y la comunicación intercultural³, donde no sólo el idioma es importante, sino la comprensión y el entendimiento del otro, promoviendo un diálogo respecto de los saberes, prácticas, creencias y representaciones acerca de los procesos fisiológicos como de los padecimientos o eventos patológicos. Por otra parte, es importante considerar los recursos materiales y la infraestructura, pues las instalaciones hospitalarias se manejan bajo la lógica y funcionalidad arquitectónica y ergonómica occidental, que no siempre va acorde con las prácticas culturales de la región, o resulta un obstáculo para ciertas recomendaciones, como la posibilidad de estar acompañada, de elegir la posición durante el trabajo de parto y el nacimiento o de utilizar formas alternativas para la relajación y el manejo del dolor, que han demostrado ser favorables, no sólo en la satisfacción sino en el resultado perinatal. Además, el enfoque intercultural debe incluir no sólo la pertinencia de los recursos, sino el hecho de contemplar al actor, en este caso la mujer, como eje central en el proceso de toma de decisiones conscientes e informadas con respecto a su atención, aun al interior de los servicios de salud, promoviendo la autogestión del cuerpo y sus procesos vitales, así como del padecer y de la enfermedad.

En el ámbito de la salud global no puede apartarse del marco de los Derechos Humanos (DH), cuya característica fundamental es el cumplimiento paulatino del

³ La noción de interculturalidad en el ámbito de la salud alude a la “práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes” (Campos Navarro, 2004:129).

bienestar común de parte del poder público para superar la desigualdad, la pobreza y la discriminación, sólo posibles en una situación de justicia, paz y libertad. Entonces, la garantía de su cumplimiento se traduce en una responsabilidad tripartita: ciudadanos con participación activa; el Estado por medio de la expedición de leyes, políticas públicas y programas específicos, y los organismos que laboran en el ámbito jurídico internacional, a través de múltiples instrumentos, como pactos, convenios, tratados, protocolos y declaraciones (Ruíz Llanos, 2007).

Con base en lo anterior, resulta indispensable hacer énfasis en la interrelación entre Derechos Humanos y salud, lo cual implica una labor permanente, para lo cual Mann y Gruskin (2002) proponen una serie de relaciones necesarias. En primer lugar, la relación **Salud → Derechos humanos** implica reconocer el impacto potencial de las políticas, programas y prácticas de salud, sobre los DH, así como la complementariedad de objetivos de salud con normas de DH para propiciar políticas en salud y programas más efectivos. En segunda instancia, se encuentra la relación **Salud ← Derechos humanos**, que expresa la idea de que las violaciones o la falta de cumplimiento de alguno o todos los derechos humanos tienen efectos negativos en la salud. Y, por último, la relación bidireccional **Salud ↔ Derechos humanos**, resalta la idea de la conexión íntima entre ambos campos, es decir, la necesidad de actuar en sinergia (en Ruíz Llanos, 2007). Así, de acuerdo con la misma autora, “la promoción y protección a la salud requiere esfuerzos explícitos y conceptuales para promover y proteger los DH y por ende, la dignidad” (Ruiz Llanos, 2007:103).

Sin embargo, también es importante recordar que el ejercicio y la defensa de estos derechos, tiende a tomar como punto de partida una homogeneidad del ser humano que en la práctica es irreal o imposible, por lo que uno de los mayores desafíos consiste en considerar la diversidad desde el punto de vista de respeto a las diferencias, identificando el punto en común entre ellas (Mocellin *et al*, 2011), lo cual implica concentrarnos también en el individuo. Toda persona, en tanto actor central en el proceso salud/enfermedad/atención, no solamente es un paciente que busca ser atendido o requiere ser diagnosticado, sino un ciudadano que tiene derecho a la salud. Pero, sin duda alguna, es pertinente la reflexión de Castro (2010), al señalar que la investigación sobre ciudadanía debe diferenciar entre las cuestiones normativas, es decir, *lo que deben ser los ciudadanos y lo que en realidad son* a partir de sus condiciones materiales de existencia⁴. Asimismo, resulta imperante considerar las variaciones en la apropiación subjetiva de los derechos y de la posibilidad de hacerlos valer, diferencias que se encuentran vinculadas a las condiciones de desigualdad, dada por el género, la etnicidad y la clase social.

Alrededor del problema de la mortalidad materna, se ha ahondado en un sinnúmero de intervenciones, en conformidad con distintas perspectivas que pueden englobarse en los Derechos Humanos y cuya pretensión es ser plasmadas en las políticas públicas que permitan hacerle frente y cumplir con los imperativos globales. Sin embargo, como señala Buxo i Rey (2006) la salud global

⁴ Las cursivas se toman del texto original.

requiere una ética global que implica responsabilidad pública y políticas entendidas como ética en acción. Asimismo, propone una ética intercultural “orientada a trabajar desde la diversidad situacional y contextual como punto de partida para consolidar la discusión, la negociación y los acuerdos entre comunidades tecnocientíficas, culturales y morales”.

Estos planteamientos, invitan a considerar la necesidad de una mirada crítica a estos enfoques, pues si bien han permitido algunos consensos entre el contexto global y las diversas realidades locales, no son conceptos absolutos, sino procesos de construcción todavía inacabados. En primera instancia, habría que cuestionar el carácter universal de los derechos humanos, pues aunque se fundamentan de manera ideal en la humanidad y en la inclusión, una de sus críticas más elementales –y vigentes– es su falta de poder en ausencia de una ciudadanía individual (Arendt 1949, 1979; en Somers y Roberts, 2008), entonces siguiendo a estos autores, los derechos no emergen de la humanidad sino de la inclusión en una comunidad política, por lo que constituyen un puente entre el estado-nación –cuyos límites son cada vez más difusos– y las diversas formas de ciudadanía transnacional, ya que la ausencia del estado implicaría “perder el derecho a tener derechos”.

Asimismo, diversos autores proponen dejar de contemplar los derechos humanos como una cultura estática y comenzar a ahondar en su carácter procesual; J. Herrera Flores (2000; 2005) propone una perspectiva crítica al concepto de derechos humanos definiéndolos como “procesos de apertura y consolidación de

espacios de lucha por la dignidad humana” y para H. Gallardo (2000; 2005; 2006), estos hacen referencia, al menos, a cinco elementos: a) la lucha social; b) la reflexión filosófica o dimensión teórica y doctrinal; c) el reconocimiento jurídico positivo e institucional; d) la eficacia y efectividad jurídica; y e) la sensibilidad sociocultural. En este sentido, pueden ser concebidos como “el conjunto de prácticas sociales, simbólicas, culturales e institucionales que reaccionan contra los excesos de cualquier tipo de poder que impiden a los seres humanos constituirse como sujetos” (en Sánchez Rubio, 2010:225-226).

El enfoque intercultural –de cierta forma, opuesto a la universalidad– pugna por una consciencia de la diferencia y un reconocimiento de la diversidad, al mismo tiempo que provee herramientas que mejoren las relaciones entre individuos y grupos sociales para la construcción de una sociedad justa y equitativa. Sin embargo, también ha sido empleado con intereses sociales, económicos y políticos opuestos como denotan algunas perspectivas en torno a la interculturalidad. De acuerdo con C. Walsh (2010) la *interculturalidad relacional*, hace referencia al contacto e intercambio entre personas, prácticas, saberes, valores y/o tradiciones de diferentes culturas, asumiendo que es una interacción que siempre ha existido, sin hacer explícitas las relaciones de poder, subordinación y colonialidad que la permean. Por otra parte, señala la *interculturalidad funcional* como aquella que reconoce la diversidad al mismo tiempo que busca su inclusión en la estructura social establecida y responde a las necesidades de las instituciones dominantes, en concordancia con la lógica del modelo neoliberal. En contraste a la falta de problematización de la primera y la

verticalidad de la segunda, C. Walsh propone la *interculturalidad crítica* como un proceso y proyecto en construcción, que busque “el reconocimiento de que la diferencia se construye dentro de una estructura y matriz colonial de poder racializado y jerarquizado” (2010: 78), a partir de la transformación de las estructuras, instituciones y relaciones sociales, y la construcción de condiciones de estar, ser, pensar, conocer, aprender, sentir y vivir distintas.

3.3 Acercamiento a la epidemiología crítica y sociocultural

Las visiones críticas antes planteadas, originadas a partir propuestas latinoamericanas, surgen en respuesta a la hegemonía de ciertas categorías, tanto en la investigación académica, como el desarrollo de estrategias globales y la implementación de políticas públicas, que conllevan la subalternización de los procesos locales.

A manera de recuento, en el abordaje de la mortalidad materna como problema de salud global, imperan ciertas nociones, además del enfoque intercultural y de derechos humanos, como son la calidad de los servicios, el acceso a la atención obstétrica oportuna y eficaz, la promoción de la salud, y de manera transversal, los indicadores de desarrollo humano el enfoque de las determinantes sociales en salud. Dado que en el discurso global, la mayoría de las muertes maternas se consideran evitables, es decir, pueden ser impedidas si se recibe atención oportuna y efectiva, la RMM se ha convertido en un indicador de acceso y calidad de los servicios de salud (CNEGSR, 2009), al mismo tiempo, su estrecha relación con determinantes sociales, y otros aspectos económicos, políticos y culturales, lo

define también, como un indicador de desarrollo altamente sensible de las inequidades sociales (Sesia, 2009).

El abordaje de un problema de salud en términos de indicadores, permite resaltar aquellos determinantes desde un modelo que, aunque proyecta una crítica social, conlleva las limitaciones de reducir la interacción de lo biológico y lo social a factores causales o clasificarlas en niveles de variables (Breilh, 2013). Estos hacen referencia a la manera en que las condiciones de vida determinan la manera de enfermar y de morir de las personas, imprimiendo en los individuos, una vulnerabilidad diferencial, por lo que mejorar dichas condiciones es la vía para combatir las inequidades en salud (Morales e col, 2013). De acuerdo con J. Breilh:

“El paradigma de los determinantes sociales es la perspectiva del sujeto institucional, enrolado en el poder público o en las agencias internacionales y que tiene como meta el logro de realizaciones técnicas (tipo metas del milenio) y se propone mejorar una gobernanza, corrigiendo las distorsiones mayores, o estructurales, que amenazan la legitimidad del orden social.” (2013:21).

Así, este modelo de la epidemiología anglosajona pone énfasis en las políticas públicas y programas sociales desarrollados por el Estado sin problematizar los elementos estructurales, generando una política de salud en donde la equidad se pretende alcanzar mediante una justicia distributiva que contempla recursos provenientes del subsidio, la beneficencia y la cooperación, a la que las personas

pueden acceder a partir de ciertas condiciones de vulnerabilidad o incluso, de victimización (Morales *et al*, 2013).

Esta reflexión teórica permite analizar las estrategias generadas por los organismos internacionales para disminuir la mortalidad materna, mediante las que aseguran la participación de países desarrollados y de aquellos susceptibles de intervención, en la implementación de políticas nacionales, pero es insuficiente para dar cuenta de las consecuencias que este abordaje tiene en los contextos locales y en los sujetos a quienes van dirigidos. En este sentido, si los aspectos estructurales, dados por procesos históricos y fuerzas de poder, no son visibilizados como formas de violencia que constituyen la inequidad, la posibilidad de agencia de los individuos se sobreestima y los límites y restricciones se subestiman. Esto impide, en última instancia, observar cómo las formas de poder - político, económico e institucional- influyen en la manera en que las personas hacen frente a los problemas sociales –particularmente, en el ámbito de la salud– (Farmer *et al*, 2013).

Dado lo anterior, se propone recuperar otros referentes, no necesariamente opuestos, pero que aportan elementos para un acercamiento distinto, asentando en la complementariedad, la posibilidad de una visión relacional. Así, para contrastar el modelo de determinantes sociales, surge el paradigma de la determinación, propuesto por la epidemiología crítica latinoamericana que tiene su fundamento en el desarrollo de la medicina social y la salud colectiva. Ésta plantea

la posibilidad de diálogo entre las ciencias sociales y de la salud, manteniendo una postura conflictual que implica una relación dialéctica entre lo biológico y lo social.

Así, pretende identificar distintas formas y jerarquías de la determinación de los procesos de salud y enfermedad, en donde las relaciones de poder y las dinámicas de acumulación de capital son elementos esenciales. Esta determinación social pugna por analizar las fallas y debilidades de los soportes sociales y las formas de cultura que inciden en las maneras de padecer y de enfermar de los individuos (Morales *et al*, 2013) y enfatiza que las relaciones de poder y de dominación, que generan una vulnerabilidad diferencial o, en palabras de los mismos autores, que “enajenan al sujeto de sus posibilidades de realización vital”, se traducen en inequidades, como las dadas por el género, el grupo étnico y la clase social. En concordancia, para el caso de la mortalidad materna, Freyermuth (2000, 2003) propone un análisis del riesgo durante la maternidad en función de una triada similar que contempla relaciones étnicas, genéricas y generacionales. Estas operan en los espacios familiares, comunitarios y servicios de salud, entre otros, haciendo posible o limitando la resolución de los problemas de salud, brindando un acceso diferencial a los recursos de atención y, por ende, constituyen mediadores para explicar el carácter diferencial de las formas de enfermar y de morir.

Por otra parte, la epidemiología sociocultural, que busca conjuntar elementos de la epidemiología y la antropología médica con la finalidad de articular la aproximación estadística con la investigación cualitativa, así como de incluir los

aspectos sociales, económicos, políticos y culturales en el estudio de la salud/enfermedad/atención como procesos socioculturales y bio-ecológicos, más no como una serie de variables (Menéndez, 2008). Esta perspectiva comprensiva de los fenómenos vinculados con el proceso salud-enfermedad y atención-desatención, orienta, entre otras cosas, a reconocer un problema de salud como un marcador múltiple, contemplando diversas categorías e identificando “aquellas que han sido ignoradas o soslayadas por exclusión social o por exclusión epistemológica” (Hersch, 2013b; 125). Por ello, la entidad nosológica es entendida como un constructo social, que articula representaciones, prácticas y recursos, por lo que demanda un diálogo de saberes tanto a nivel epistemológico como práctico (Hersch, 2011). En síntesis, el carácter de marcador múltiple coloca al problema de salud como referente de diversos órdenes y dimensiones, que entran en juego cuando la salud del individuo es afectada (Hersch, 2013b).

De manera que, el estudio de la mortalidad materna como un marcador múltiple –y no sólo como un indicador– remite a considerar tanto los aspectos biológicos, como socioculturales, políticos, económicos, e incluso emocionales y simbólicos que se conjugan cuando una mujer muere por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio. También permite ahondar en la pluralidad de recursos empleados para la atención, así como en la identificación de procesos de desatención, ambos portadores de gran complejidad y diversidad. Esta perspectiva conlleva la necesidad de extender los límites de las dicotomías (biológico/social, naturaleza/cultura), a través de mediadores que posibiliten un

análisis relacional, además de sustentar el método etnográfico, como herramienta pertinente a incluir en los diagnósticos situacionales de salud (Haro, 2008).

A partir de estas propuestas se pretende extender los alcances de la perspectiva de salud global. Sin dejar de reconocer los avances a nivel mundial en el mejoramiento de la salud materna y la reducción de las cifras de mortalidad materna, estas perspectivas “otras”, buscan abrir un espacio para abordar el contexto local y dar cuenta de las implicaciones de las intervenciones globales, bajo la mirada de lo que R. Merton (1936) describió como consecuencias involuntarias o no anticipadas de la acción social, y que actualmente es retomado por la antropología médica para el estudio de la salud global (Farmer *et al*, 2013).

4. REGIÓN DE ESTUDIO: LA CUENCA DEL LAGO DE PÁTZCUARO

La región de la cuenca del lago de Pátzcuaro comprende cuatro cabeceras municipales –Pátzcuaro, Erongarícuaro, Quiroga y Tzintzuntzan– y alrededor de 86 localidades, 77 rurales y nueve urbanas, considerando las cuatro islas (**Figura 9**) (Durston y López, 2006).

4.1 Aspectos sociodemográficos

La región alberga por una población heterogénea, conformada por comunidades indígenas purépechas, personas originarias sin autoadscripción étnica e inmigrantes –temporales o permanentes– del interior de la República Mexicana o

de países extranjeros. El asentamiento de estos grupos muestra una distribución claramente diferencial, pues mientras las comunidades con mayor número de hablantes de lengua indígena (HLI) o que se autodenominan como purépechas se concentran principalmente en las localidades de los municipios de Quiroga y Tzintzuntzan, así como en las islas, mientras que en las cabeceras municipales de Pátzcuaro y Erongarícuaro reside la mayoría de los inmigrantes.

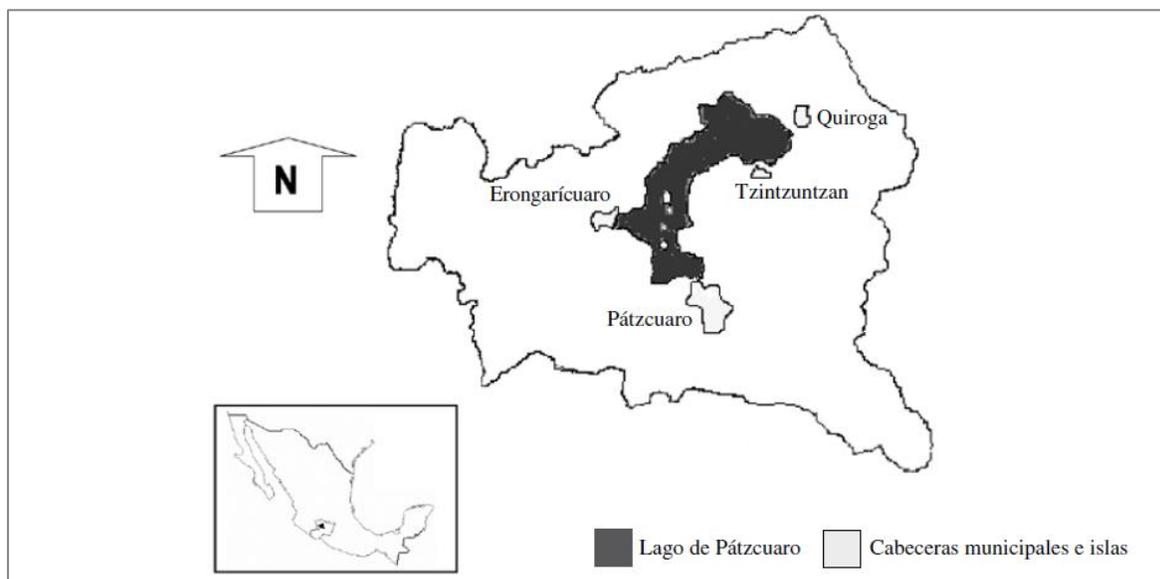


Figura 9. La cuenca del Lago de Pátzcuaro, Michoacán, México.

Fuente: Tomado de Durston y López, 2006.

De los grupos étnicos presentes en el estado de Michoacán, esta región corresponde a la zona purépecha, mientras que los grupos nahuas se encuentran en la sierra-costa y en la región oriente, colindando con el Estado de México se asienta la región mazahua-otomí. Según datos del año 2000, en la porción lacustre habita el 16.2 % del total de 102,195 hablantes de lengua purépecha que

se distribuyen en los 23 municipios de la región. (Castilleja, 2011). Así, la población HLI censada es de aproximadamente 12% en los cuatro municipios de la cuenca del lago.

El municipio de Pátzcuaro es el más extenso de la región, que concentra a la mayoría de las comunidades urbanas y el mayor número de población. Se encuentra a 46 km de la capital y es en donde se desarrollan gran parte de las actividades económicas comerciales y de turismo, estrechamente vinculados al establecimiento de los muelles principales que conectan, para ambos fines, con las islas Janitzio, La Pacanda, Yunuen y La Tecuena. Cuenta con acceso a niveles de educación hasta bachillerato y recientemente algunas opciones de licenciatura impulsadas por el sector privado y tiene la mayor oferta de servicios de salud, públicos, privados y de derechohabencia, así como la mayor concentración de servicios públicos y privados. De los municipios restantes, Erongarícuaro y Quiroga han tenido un importante crecimiento en cuanto a la disponibilidad de recursos y es Tzintzuntzan el que presenta, relativamente, un mayor rezago en este sentido, sin embargo, su cercanía con Pátzcuaro –aproximadamente 15 kilómetro– facilita el acceso a los principales servicios, como educación y salud. En la **Tabla 2**, se presentan los principales aspectos cuantitativos del perfil sociodemográfico de los cuatro municipios, teniendo como referencia el total estatal, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010.

Tabla 2. Indicadores sociodemográficos por municipio de interés y en el estado.

	Pátzcuaro	Erongarícuaro	Quiroga	Tzintzuntzan	Michoacán
Superficie continental	438.47 km ²	246.53 km ²	213.40 km ²	167.95 km ²	58,643.38 km ²
Población total	87,794	14,555	25,592	13,556	4,351,037
Población total hombres	41,827	7,005	12,109	6,344	2,102,109
Población total mujeres	45,967	7,550	13,483	7,212	2,248,928
Nacimientos (2012)	2,211	363	620	325	104,885
Defunciones (2012)	516	80	158	78	24,310
Hombres	287	45	83	38	13,608
Mujeres	229	35	75	40	10,690
Menores de un año	33	5	5	5	1,076
Hogares	20,422	3,442	6,168	3,162	1,066,630
Jefatura masculina	15,439	2,772	4,879	2,494	809,569
Jefatura femenina	4,983	670	1,289	668	257,061
Viviendas habitadas	20,466	3,448	6,213	3,173	1,082,384
Promedio de ocupantes	4.3	4.2	4.1	4.3	4.0
Piso diferente de tierra	16,846	2,866	4,894	2,585	952,840
Agua de la red pública	17,953	3,020	5,631	2,561	935,651
Drenaje	16,508	2,176	5,348	2,133	944,928
Energía eléctrica	20,161	3,396	6,060	3,095	1,044,515
Escolaridad promedio (>15)	7.8	6.6	6.5	6.8	7.4
Tasa de alfabetización (15-24 años)	98.4	98.4	97.5	98.1	97.9
Hombres	98.2	98.3	97.4	97.9	97.4
Mujeres	98.5	98.5	97.5	98.3	98.3
Derechohabientes	49,458	4,597	12,870	6,038	2,359,537
IMSS	15,404	986	3,767	897	944,255
ISSSTE	7,951	1,038	1,322	1,283	255,715
Sin derechohabiencia	38,015	9,921	12,556	7,449	1,930,320
Familias con seguro popular	10,557	1,422	4,134	1,561	558,252
Personal médico	137	7	23	12	6,742
Unidades médicas	22	3	9	4	1,194
IMSS	1	0	1	0	54
IMSS-Oportunidades	5	2	3	2	343
ISSSTE	2	0	1	0	75
Secretaría de Salud	11	1	1	2	543
Delitos por homicidio (MP)	55	3	15	4	2,029
Delitos por lesiones (MP)	118	4	20	13	4521
Delitos sexuales (MP)	31	2	3	0	789

Fuente: Elaboración a partir de INEGI, 2010.

En la región lacustre, las actividades económicas predominantes, están relacionadas principalmente con la agricultura, la ganadería, la artesanía, así como con la prestación de servicios relacionados con el turismo. Asimismo, una parte importante de los ingresos procede de las remesas enviadas por los migrantes y los programas productivos que contemplan su participación. Al respecto, es pertinente señalar también que la cuenca constituye un territorio sumamente intervenido mediante proyectos, obras, programas y análisis de diversa índole, promovidos por instancias gubernamentales, pero también por instituciones académicas, financiadoras y organizaciones de la sociedad civil (Durstón y López, 2006). Esta serie de intervenciones, cuyo auge data de finales del siglo XX deviene de la influencia del plan de desarrollo regional denominado en sus inicios, Plan Tarasco (1974-1975), que a pesar de su desmantelamiento y esfuerzos por borrar los conflictos derivados, aún permanece vigente en cierto sentido. De acuerdo con R. Díaz (2013), Pátzcuaro llegó a ser uno de los espacios con mayor intervención, es decir, un “laboratorio vivo” para la experimentación, implementación y socialización de conocimientos útiles para el desarrollo rural y los procesos de “modernización” en México, además señala que:

“la Región Lacustre de Pátzcuaro, durante la sangrienta colonización española, fue el centro de mayor importancia de pacificación y control indígena de occidente y del centro-norte. Ahí, Vasco de Quiroga ensayó la utopía de Tomas Moro, creando los sistemas de hospitales

(denominados huataperas⁵) y dando pie a la vigente organización comunitaria indígena purépecha” (Díaz, 2013:60).

En estos hechos históricos, aunado a los procesos de transformación vigentes, la región lacustre encuentra sus modos y formas de organización tradicionales, pero también nuevas formas comunitarias en donde las organizaciones de la sociedad civil, grupos académicos, gestores privados e incluso organizaciones religiosas, tienen un papel importante en la generación de estrategias más allá del ámbito de las actividades productivas, extendiéndose a la conservación de los recursos naturales, la defensa y ejercicio de los derechos, la promoción de la salud y recursos de atención, la educación, el ‘rescate’ de la lengua indígena, la situación migratoria y la equidad de género, por mencionar algunos.

Así, los indicadores recientes muestran a la región de la cuenca del Lago de Pátzcuaro como una zona de media marginación, al interior de uno de los estados de la República Mexicana con menores Índices de Desarrollo Humano (IDH), como se observa en la **Figura 10**. Profundizando lo ya mencionado, la región se encontraba en la posición relativa 7 de 10, con respecto al IDH, para el año 2005, considerando los índices de salud, educación e ingreso (PNUD, 2007).

⁵ El término **huatapera** proviene del purépecha y significa “lugar de diálogo”, fue la estructura principal de los hospitales pueblo concebidos por Vasco de Quiroga, inspirados en el texto *Utopía* (1516) de Tomás Moro, como ejemplo, el construido en Santa Fe de la Laguna, comunidad de la cuenca del Lago de Pátzcuaro. A. Rodríguez y M. E. Rodríguez señalan que “en la huatapera o sitio central del hospital pueblo, se separaban los enfermos contagiosos de los no contagiosos y, al igual que en los nosocomios españoles de la época, también existían espacios para los servicios, como la cocina y despenseros. Se ha pensado que la sencilla capilla que hoy permanece en medio del patio estuvo abierta por sus lados para que la misa pudiera ser escuchada por los enfermos” (2013:468).

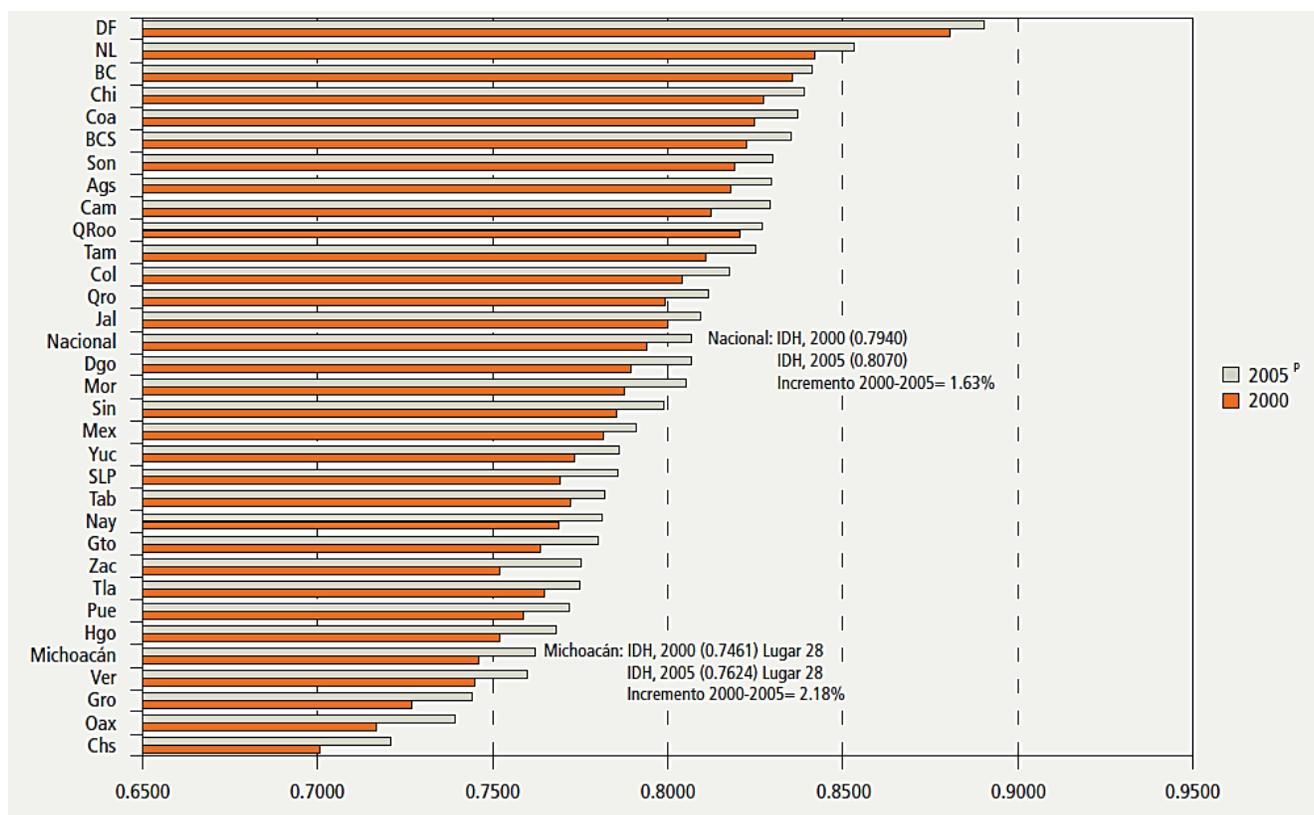


Figura 10. IDH por entidad federativa, comparativo Michoacán (2000 y 2005).

Fuente: PNUD, 2007.

4.2 Situación epidemiológica

Además del acercamiento planteado en el capítulo anterior, que sitúa a Michoacán en el contexto epidemiológico a nivel nacional, a continuación se abordará con mayor detenimiento la situación estatal y una aproximación a la región de estudio. En la **Tabla 3** se muestra una síntesis de los análisis presentados por el OMMM, con respecto a la distribución porcentual de las defunciones maternas con base en indicadores sociodemográficos y de acceso a la atención en los servicios de salud y por personal calificado. Cabe señalar que, las categorías se han ido añadiendo y los análisis más recientes tienen mayor especificidad que los primeros años.

En ésta se puede observar un progreso en los indicadores después del pico de mortalidad materna registrado en 2011, caracterizado por una disminución de las muertes, un mayor porcentaje de asistencia médica y un menor número de mujeres sin acceso a control prenatal, así como la ampliación de cobertura, pues el número de mujeres sin ningún tipo de seguridad social o seguro privado de protección a la salud ha disminuido de manera importante. También es relevante la consideración de los servicios privados en las estadísticas, dada la creciente oferta de clínicas particulares que se observa en la región y la demanda que tienen, como se verá posteriormente. Por último, llama la atención la marcada disminución del porcentaje de mujeres que recibieron atención médica durante el parto, pues habría que considerar si se relaciona con la búsqueda de otros modelos de atención o con la ausencia de médicos en las instituciones, pues más del 50% de la atención se registra en clínicas u hospitales de los diferentes sectores, así como la mayor parte de las defunciones, con un bajo porcentaje de atención en casa.

En la región de estudio, el acceso a la información detallada es limitado, por lo que la aproximación a la situación epidemiológica, se deriva principalmente del trabajo de campo, a partir algunos reportes jurisdiccionales y de pláticas ocasionales con los directivos de las instituciones. Al inicio de esta investigación, diversas fuentes periodísticas señalaban que la Jurisdicción Sanitaria (JS), integrada por 19 municipios en total, a la que pertenecen los cuatro de interés, se encontraba entre los dos primeros lugares con mayores cifras de mortalidad materna del estado,

refiriendo que en agosto de 2012 se registraban un total de seis decesos en el último año, lo que colocaba a esta jurisdicción en primer lugar (Martínez, 2012).

Tabla 3. Panorama epidemiológico Michoacán (2009-2013), indicadores seleccionados.

	2009	2010	2011	2012	2013
Número de defunciones maternas	41	49	53	40	35
RMM*	44.6	53.9	58.3	44.1	38.7
RMM**	44.6	53.9	57.9	41.7	36.7
INDICADORES	%	%	%	%	%
Sociodemográficos					
• Hablante de lengua indígena		6.1	9.4	5	2.9
• Unión libre o casada	87.8	83.7	94.3	87.5	82.9
• Dedicada al hogar	87.8	85.7	88.7	72.5	88.6
Lugar en que ocurrió la muerte					
• Clínica u hospital del servicio federal o estatal	n.e.	53.1	58.5	55	54.3
• Clínica u hospital de las instituciones de seguridad social	n.e.	20.4	15.1	20	22.9
• Unidad médica privada	n.e.	n.e.	18.9	7.5	8.6
• En casa	9.8	10.2	7.6	7.5	5.7
Acceso a servicios / asistencia médica					
• Contó con asistencia médica	90.2	91.8	94.3	82.5	94.3
• Certificado de defunción otorgado por un médico	97.6	91.8	98.1	100	100
• Sin control prenatal	n.e.	n.e.	9.4	n.e.	5.7
• Recibió atención de un médico durante el parto	n.e.	n.e.	75.5	75	54.3
• Parto atendido en una clínica u hospital del servicio federal o estatal	n.e.	n.e.	51	47.5	20
• Parto atendido en clínica u hospital de las instituciones de seguridad social	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.	17.1
• Parto atendido en unidad médica privada	n.e.	n.e.	n.e.	n.e.	14.3
• No tenía seguridad social ni protección a la salud	36.6	22.5	22.6	10	2.9

*Con base en las proyecciones de la población 2010-2050, censo 2010 (CONAPO)

**Calculada con base en certificados de nacimiento SINAC

Fuente: Elaborado a partir de Freyermuth *et al*, 2010; 2011; 2013b; 2014; 2015b

Por otra parte, las cifras registradas en la jurisdicción durante el periodo que abarcó la investigación, reportan nueve casos en el año 2012, siete en 2013 y 8 en 2014, de los cuales, cuatro, dos y dos, respectivamente, se inscriben en los municipios de interés. Cuatro de los sucedidos en 2012 y 2013 fueron considerados para este estudio, los del 2014 sólo se presentan como referencia general, por ser muy recientes al momento de realizar la investigación (**Tabla 4**).

Por último, se pretendió un acercamiento a las estadísticas de mortalidad materna a partir de la consulta de certificados en los registros civiles, considerando la posibilidad de subregistro, sin embargo, sólo la oficialía de uno de los municipios autorizó la búsqueda, mientras que los otros rechazaron la solicitud realizada mediante oficio formal, con la recomendación de consultar las bases de datos del INEGI o acudir directamente a la JS, quienes recababan dicha información y solicitaban cada cierto periodo de tiempo los certificados para su revisión, como se detallará en el apartado siguiente.

Tabla 4. Registro de casos de mortalidad materna por año (2012-2014)

AÑO	CASOS DE MUERTE MATERNA (JURISDICCIÓN SANITARIA)	CASOS DE MUERTE MATERNA (REGIÓN DE INTERÉS)	CASOS DE MUERTE MATERNA (SELECCIÓN)
2012	9	4	3
2013	7	2	1
2014	8	2	No incluidos

Fuente: Trabajo de campo (2013-2015).

Las causas de muerte registradas en la región corresponden principalmente a enfermedades hipertensivas en el embarazo, hemorragias en el embarazo, parto y puerperio y muertes maternas indirectas, en concordancia con la situación estatal que en 2013, reporta un 37.1% de muertes por enfermedades hipertensivas, un 25.7% por causas obstétricas indirectas, un 14.3% por hemorragias y un 8.6% por aborto (Freyermuth *et al*, 2015b).

Aunque en los últimos dos años, se ha observado una disminución importante de la RMM a nivel nacional, estatal y regional, es importante señalar que la cifra alcanzada dista aun de la meta planteada y que, a pesar de que al cierre del 2015, el estado de Michoacán presentaba una reducción de alrededor de 17% con respecto a los años anteriores, todavía se encuentra dentro de las diez entidades con mayor RMM del país, de acuerdo con el informe epidemiológico de la semana 52 del 2015 de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.

4.3 Programas de salud y recursos de atención: aproximación etnográfica

A partir de las directrices nacionales y las políticas públicas establecidas a nivel nacional, la implementación local ha seguido procesos diversos que evidencian algunos logros, pero también importantes limitantes y consecuencias. Las relaciones entre las autoridades, los profesionales de salud que participan en el nivel operativo y las mujeres de la comunidad y sus familias, dan cuenta de las tensiones que se presentan en torno a estas políticas y de la necesidad de una mirada crítica a los métodos de implementación –o, incluso, a la ausencia de un método–. Al mismo tiempo, la falta de articulación y de recursos humanos,

materiales y de infraestructura en el sistema de salud es un importante obstáculo para satisfacer los indicadores y metas en torno a la salud materna.

4.3.1 Programas, políticas y estrategias para prevenir la muerte materna

La situación estatal y regional constituyó el fundamento para la implementación de políticas públicas y estrategias directas para mejorar la salud materna y prevenir la mortalidad. Estas involucran principalmente la estrecha vigilancia epidemiológica y búsqueda intencionada de casos, el mejoramiento del acceso y calidad de la atención obstétrica y las estrategias que involucran la participación comunitaria.

La vigilancia epidemiológica es uno de los más difundidos y probablemente acatados en la jurisdicción sanitaria de la región. Éste consiste en la notificación inmediata de los casos sucedidos, por parte de los centros de salud a la JS, si la muerte ocurrió en el primer nivel de atención⁶, la notificación es directamente a esta entidad, pero, si ocurrió en hospitales de segundo nivel, la JS sólo actuará en el proceso si los centros de salud estuvieron involucrados durante la atención.

⁶ Para fines de la información presentada, se entenderá por **Primer Nivel de Atención a la Salud**, “las acciones y servicios enfocados básicamente a preservar la salud general mediante actividades de promoción, prevención, vigilancia epidemiológica, saneamiento básico, así como el diagnóstico y tratamiento oportuno. Representa el primer contacto del derechohabiente con el sistema a través de consultorios auxiliares y las unidades y clínicas de medicina familiar; por **Segundo Nivel de Atención a la Salud**, “los servicios de atención ambulatoria especializada y de hospitalización a pacientes referidos del primer nivel o los que se presenten con alguna urgencia médica-quirúrgica, cuya resolución demanda la conjunción de técnicas y servicios de mediana complejidad a cargo de personal especializado; así como acciones de vigilancia epidemiológica en apoyo a las realizadas en el primer nivel de atención a la salud. Lo integran las clínicas de especialidades, las clínicas hospital y los hospitales generales; y como **Tercer Nivel de Atención a la Salud** se incluyen “las actividades y servicios encaminados a restaurar la salud y rehabilitar a pacientes referidos por el primer y segundo nivel de atención, que requieren de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento a través de una o varias especialidades médicas, quirúrgicas o médico-quirúrgicas; así como funciones de apoyo especializado para la vigilancia epidemiológica, actividades de investigación y desarrollo de recursos humanos altamente capacitados (ISSSTE, 2011).

Esta notificación consiste en la entrega de certificado de defunción dentro de las primeras 24 horas y enviar la documentación clínica completa en un plazo no mayor a tres días. La JS debe integrar un equipo para el proceso de investigación del caso, que inicia con la revisión de documentos y la autopsia verbal para generar un informe que debe ser enviado antes de los quince días posteriores al fallecimiento, para ser evaluado por un comité que dictaminará la muerte, emitirá una clasificación, identificará áreas de responsabilidad, y una serie de recomendaciones o acciones de mejora, con base en indicadores, denominada “eslabones críticos” dirigida hacia cada una de las entidades involucradas en el proceso de atención. Por último, se da seguimiento a cada uno de los casos y avances en las recomendaciones, durante las sesiones estatales de mortalidad materna.

La autopsia verbal consiste en un cuestionario que se realiza durante una visita domiciliaria a algún familiar cercano de la mujer fallecida, que pueda dar cuenta de los eventos en torno a la muerte. Cabe señalar que, en ocasiones la persona que tenía mayor conocimiento del evento no se encuentra o no quiere responder la encuesta, por lo que se hace con quien esté disponible, ya que los tiempos no permiten una nueva visita. Un médico comenta que *“si se esperara al novenario para acudir con la familia [...], solo quedarían seis días para elaborar el reporte, por lo que solo se espera que pase el sepelio, el entierro y la misa, que serían los primeros tres días”*.

La autopsia verbal, impulsada en México para el estudio de las muertes maternas por M. C. Elu, es una estrategia que busca entrevistar a un familiar cercana a la persona fallecida para recabar información sobre los eventos asociados al padecimiento previo a la muerte para establecer su causa, pero también para indagar acerca de aspectos sociales, culturales o de atención a la salud (Cárdenas, 2000). En este sentido, se ha convertido en una estrategia importante de vigilancia epidemiológica para identificar áreas, poblaciones y factores de riesgo, así como fallas en el sistema de salud, permitiendo establecer medidas oportunas. Este consiste principalmente en un cuestionario con dos secciones, una de preguntas cerradas que buscan corroborar datos de la historia clínica y una parte de preguntas abiertas donde el entrevistado expresa su experiencia en torno al evento (Lalinde, 2005). A pesar de que la autopsia verbal busca evidenciar que los procesos en torno a la muerte exceden a la información oficial (Elu y Santos, 2004), se reconocen sus limitantes en los contextos institucionales; en este caso, el formato de entrevista se limita a un cuestionario extenso y escasas preguntas abiertas.

Estrechamente relacionado con la vigilancia epidemiológica, se lleva a cabo un procedimiento de búsqueda intencionada de muertes maternas por parte de la JS, organismo que solicita a los centros de salud los certificados y a los registros civiles las actas de defunción. En el departamento de estadística se seleccionan los de mujeres en edad reproductiva (12-49 años) y de estos, se identifican los que requieran revisión por tratarse de una probable muerte materna no especificada o por llenado incompleto, los cuales serán devueltos a la institución o

se hará una visita de revisión para confirmar la causa de muerte y descartar su vinculación al embarazo, parto o puerperio. Mediante este proceso, se han logrado identificar principalmente las muertes maternas tardías.

Si bien este mecanismo se basa en los lineamientos para la notificación inmediata de muertes maternas de la Dirección General de Epidemiología y la Secretaría de Salud, así como en el acuerdo para la búsqueda intencionada y reclasificación de las mismas, publicado en 2012 en el Diario Oficial de la Federación, una de las médicas de la JS, señala que las autoridades estatales no han establecido una metodología clara para llevar a cabo los operativos de campo y los registros, por lo que este proceso corresponde al que se ha implementado en esta región, pero puede haber variaciones en los protocolos y en la precisión de la información, con respecto a otras regiones o cuando hay cambios en los directivos de las instancias que intervienen.

En términos del acceso y calidad de los servicios de atención, uno de los principales lineamientos implementados corresponde al cese de la atención de partos en el primer nivel de atención, aun cuando no se encuentra explícito en algún manual, la información obtenida en la Secretaría de Salud del estado señala que fue un oficio emitido alrededor del periodo 2003-2004 a raíz de un incremento importante en las cifras de mortalidad y al no ser sustituido por otra indicación, permanece vigente. Esta indicación evidenciaba las limitantes que tenían los Centros de Salud (CS) y Unidades Médicas Rurales (UMR) que eran atendidas en

su mayoría por médicos pasantes y con faltantes de recursos materiales y de infraestructura para la atención en caso de complicaciones.

No obstante, esta política ha tenido como consecuencia un aumento creciente en la saturación del segundo nivel de atención, ante lo cual han surgido algunas iniciativas como las denominadas “unidades de medio camino”, que consiste en incrementar la infraestructura de los centros de salud ubicados a menos de media hora de los hospitales resolutivos para que puedan proveer esta atención, facilitando el traslado en caso necesario. En la región, esta propuesta ha tenido importantes limitantes debido a la falta de recursos, pues algunos se encuentran en “obra gris” y otros no han podido ser equipados en su totalidad para cumplir los requerimientos de la Dirección de Protección contra Riesgos Sanitarios (DIREPRIS).

En los hospitales resolutivos, una de las iniciativas retomadas para mejorar la calidad de la atención, así como la demanda y satisfacción de las mujeres es la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Niña (IHAN), que aunque su énfasis principal es la promoción de la lactancia, el apartado de atención amigable ha permitido ciertas adecuaciones para la atención obstétrica. Aunque un hospital de la jurisdicción logró esta acreditación, en la región de estudio y en los hospitales de referencia en la capital del estado, no ha habido interés suficiente por implementarlo en su totalidad.

A nivel institucional, se ha hecho un énfasis importante en promover el uso de métodos de planificación familiar como una estrategia indirecta para la disminución de la muerte materna, en concordancia con el paradigma de la salud pública que contempla la planificación familiar como un indicador de la eficacia, eficiencia y alcance de los programas en materia de salud sexual y reproductiva, considerando que esta estrategia tiene como beneficios la reducción significativa de las tasas de mortalidad y morbilidad materna e infantil y por aborto, sobre todo en los países de menores ingresos o en vías de desarrollo que mantienen las cifras más elevadas o donde ocurren el 99% de los casos de muertes maternas (Jacobstein *et al*, 2013).

Así, en los centros de salud, hospitales y unidades médicas rurales, la estrategia para fomentar el uso de métodos de planificación familiar, *“inicia con información desde el control prenatal, si la mujer no acepta, entonces hacerlo en el momento del parto y continuar insistiendo en el puerperio hasta que acepte”*, como comenta un médico de la región. Por otra parte, en los hospitales resolutivos, el porcentaje de aceptación de métodos post evento obstétrico (APEO) es uno de los indicadores más relevantes y es obtenido a partir de las siguientes categorías: 1) inserción de dispositivo intrauterino (método temporal): posparto, trans-cesárea, postaborto; y 2) oclusión tubárica bilateral (método definitivo): posparto, trans-cesárea, postaborto; 3) solo hormonal; 4) implante subdérmico; y 5) otro.

También el programa de desarrollo social IMSS-Prospera (antes IMSS-Oportunidades) ha tenido un papel relevante en la implementación de esta política,

a través de tener censos de mujeres en edad reproductiva, promover el uso de métodos por medio de pláticas e incluso se mencionan, entre las mujeres, el condicionamiento de los apoyos a la aceptación de los métodos. Por ello, es pertinente señalar que el aumento en el porcentaje de aceptación de métodos anticonceptivos en mujeres tras un evento obstétrico no debe ser la meta misma, pues, en determinados contextos, se favorece la aparición de coerción o amenazas o incluso la esterilización o anticoncepción forzada (GIRE, 2015).

De hecho, la declaración del Comité de Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y la Salud de la Mujer de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, exhorta a considerar que, en el marco de los derechos humanos y de los códigos éticos y deontológicos de la profesión, es una violación a los derechos y una falta ética el realizar procedimientos de prevención del embarazo a mujeres que no hayan otorgado su consentimiento libre e informado. Resalta, además, que la mujer es la única persona que puede otorgar este consentimiento, el cual no puede representar, bajo ninguna circunstancia, una condición para recibir atención o tratamientos médicos, o algún beneficio como seguro médico, asistencia social, empleo, o egreso de alguna institución de cuidado especializado. Asimismo, enfatiza que el consentimiento no debe ser solicitado en situaciones que representen un estado de mayor vulnerabilidad para la mujer, por ejemplo, cuando se encuentre bajo presión o sintiendo dolor, así como cuando solicita una interrupción del embarazo, se encuentra en labor de parto, o inmediatamente después de dar a luz (FIGO, 2011).

Por último, algunas estrategias han buscado la participación comunitaria, tanto en la gestión de recursos, como en la vigilancia y acompañamiento de las mujeres embarazadas. El programa *Redes sociales en salud*, busca la participación de mujeres u hombres como “madrinas o padrinos obstétricos”, quienes dan seguimiento a mujeres embarazadas, verifican la asistencia a consultas de control prenatal, colaboran con integrar un censo para la JS, y pueden activar diversas redes en caso de identificar alguna emergencia obstétrica. En estas actividades también se ha buscado la participación de las parteras a partir de los diferentes programas de capacitación. Por otra parte, la posibilidad de construir una Posada de Atención a la Mujer Embarazada (AME), depende de la gestión comunitaria y recursos de los municipios, no de las instancias de salud, por lo que la única que se ha logrado en la jurisdicción, se llevó a cabo en un terreno donado por el municipio, con ingresos de una asociación civil integrada por profesionales de salud y otros profesionistas de la región que realizan donaciones periódicas, pues el presupuesto otorgado por la Secretaría de Salud es mínimo. Aunque estas estrategias se difunden en la región, no han sido del todo consolidadas.

4.3.2 Recursos de atención a la salud reproductiva

En la región se evidencia la pluralidad de modelos de atención en donde coexisten los recursos biomédicos, alternativos, tradicionales y domésticos, identificándose la presencia del sector público, la creciente oferta de servicios privados y la participación de organizaciones no gubernamentales en la atención a la salud sexual y reproductiva, además de las diferentes formas de autoatención, que son

resolutivas y articulan a los otros modelos en diferentes niveles de complementariedad.

El sector público está integrado en el primer nivel de atención por alrededor de diez unidades médicas rurales establecidas en las diferentes localidades alrededor de la cuenca, tres unidades móviles y cinco módulos más en el municipio de Pátzcuaro, los cuales cuentan con médico de base y enfermera (titulados). En las cuatro cabeceras municipales se encuentran los centros de salud con que pueden llegar a tener dos o tres médicos de base, enfermeras, además de pasantes de servicio social y dos de los cuatro se han catalogado como unidades de medio camino, es decir, que pueden atender partos en caso necesario, pero las demás sólo se limitan a llevar el control prenatal y a referir de manera oportuna.

En el segundo nivel de atención, la Secretaría de Salud y en cuanto a instituciones de seguridad social, existe una unidad de medicina familiar (UMF) con hospitalización (IMSS) y una clínica hospital (ISSSTE), ambas en el municipio de Pátzcuaro. Tanto para la Secretaría de Salud, IMSS o ISSSTE, el centro de referencia es en Morelia, donde se encuentran hospitales de especialidades o enfocados en la atención materno-perinatal, catalogados como de segundo nivel, pero con mayor capacidad resolutiva, por lo que en caso de requerir de un tercer nivel de atención, se refiere al Guadalajara, en el estado de Jalisco o a la Ciudad de México. Una alternativa más para las instituciones en la capital, es solicitar mediante el Seguro Popular, el apoyo del sector privado en casos de emergencia, siendo cubierto por este programa.

Para la atención de emergencias obstétricas se considera el Convenio Interinstitucional para la atención de Emergencias Obstétricas, sin embargo, el único hospital de la región inscrito en este convenio es el Hospital General de Pátzcuaro, que solo cuenta con ocho camas censables para ginecobstetricia y no hay unidades de cuidados intensivos, por lo que se considera de mediana resolución. Por lo tanto, la alternativa es referir a los hospitales de la capital, que se encuentra a unos cuarenta minutos de este municipio, sin embargo, una de las principales limitantes es la ausencia de recursos para el traslado, por lo que las mujeres y familias deben buscar medios para hacerlo.

Es importante insistir en las limitantes para el traslado, pues aunque las distintas localidades se encuentran relativamente cerca de los hospitales, incluso en la capital del estado, y existen carreteras y vías de acceso, ninguno de los hospitales de esta región cuenta con ambulancia, la más cercana se encuentra en un hospital regional a más de cuarenta minutos. De hecho, la asignación de presupuesto estatal en salud cubría aproximadamente veinte ambulancias en funcionamiento, mientras que algunas otras son dadas en comodato a los municipios, quienes deben hacerse cargo de todos los gastos relacionados, incluyendo la contratación de personal. Para casos de emergencia en donde la vida esté en peligro, se podría hacer uso de un helicóptero del estado, pero parece frecuente que se encuentre fuera de servicio por mantenimiento o que no pueda volar por falta del mismo. En consecuencia, la mayoría de las personas optan por hacerlo en vehículos particulares, pero si es necesario, deben contratar ambulancias

privadas, lo que implica un gasto superior a los mil quinientos pesos, además del tiempo de llegada.

También es necesario profundizar en las limitantes de la articulación entre los niveles de atención, dada principalmente por la creciente saturación del segundo nivel. El primer nivel de atención se encarga de llevar el control prenatal en los centros de salud o unidades médicas rurales, con una consulta mensual hasta la semana 32, a partir de entonces, hasta la semana 37, una cita cada 15 días, y, posteriormente, cada semana. Además, se les proporciona la hoja de referencia, para que puedan acudir cuando inicien trabajo de parto, sin tener que ir antes a las UMR. En caso de tener como antecedente una cesárea, las mujeres son referidas previamente –alrededor de la semana 26 de gestación–, así como las que presenten determinadas condiciones de riesgo, entre ellas, ser menores de 19 o mayores de 35 años, multíparas o con periodos intergenésicos cortos. Estas situaciones, que no siempre ameritan ser catalogadas como de alto riesgo, se suman los casos verdaderamente complicados, como los partos pretérmino o patologías materno-fetales importantes que, de igual forma, deben acudir al segundo nivel de atención, para ser referidas a la capital del estado, por lo que dan cuenta del grado de saturación de este nivel, aunado al cese de la atención de partos de bajo riesgo

Por ejemplo, para un hospital regional, es el principal centro de referencia de la cuenca del Lago, pero también de otras localidades cercanas. Las primeras causas de referencia son el embarazo sin complicaciones (aproximadamente 65%

de las referencias), de los cuales, solo el 20% corresponden a situaciones de riesgo que ameritarían ser atendidas en este nivel, en tanto que la infraestructura se limita a 22 camas censables y sólo ocho corresponden a ginecobstetricia. Esto se debe a un franco desmantelamiento del primer nivel como recurso de atención, que afecta más a las localidades cuyo acceso es más complicado, como en el caso de las islas. De hecho, en la unidad médica de una de estas islas, comentan que antes se había adaptado una sala de recuperación con dos camas para poder brindar atención en caso necesario, pero a partir de los nuevos lineamientos tuvieron que quitarlas. Además, los médicos de estas unidades siempre deben buscar un equilibrio en los incalculables tiempos que condicionan una ‘derivación oportuna’, pues por un lado, se considera que el trabajo de parto no es una emergencia, pues ante los primeros signos hay tiempo suficiente para trasladarse y llegar al hospital con antelación, pero por otra parte, los médicos saben que “*si llegan antes de tiempo, las pueden regresar y se corre el riesgo de que no vayan nuevamente*”. No obstante, también se identifica cierta renuencia de los profesionales de salud que laboran en el primer nivel a modificar esta política, argumentando que el primer nivel debería ser sólo preventivo, no sólo en términos conceptuales, sino en función de la cantidad de recursos con los que cuentan, además de evitar los complejos procesos que se derivan de una muerte materna.

En relación a los servicios médicos privados, para 2012, el directorio de la Secretaría de Salud registraba un total de 14 clínicas u hospitales privados entre los cuatro municipios, sin embargo, la oferta ha crecido considerablemente. En el municipio de Pátzcuaro se concentra la mayor cantidad de consultorios, clínicas /

hospitales y laboratorios privados, a cargo de médicos generales y/o especialistas, así como un hospital respaldado por una asociación civil al que acuden principalmente quienes no son derechohabientes o no quieren recurrir al sector público, o quienes han sido referidos, por saturación o por falta de recursos, a la capital. Sin embargo, esta alternativa privada, puede resultar en un costo menor, además de ser ampliamente reconocida entre la población.

Debido a la aportación de la sociedad civil para el mantenimiento de este hospital, así como la condonación de los costos de servicios, puede ofrecer una consulta general por cincuenta pesos y una de especialidad por cien, mientras que su costo en el ámbito privado es de cuatro a cinco veces más. Además, a su prestigio entre la comunidad, contribuye el hecho de ser más accesible en permitir visitas y en ocasiones, el acompañamiento durante el trabajo de parto y parto, a diferencia del sector público. Sin embargo, también tiene limitantes en infraestructura, sus instalaciones son sencillas y no cuenta con terapia intensiva ni banco de sangre.

En síntesis, de manera estricta, sólo los hospitales que cuenten con quirófano y especialistas en ginecología y obstetricia y anestesiología están certificados para la atención de partos, aun si son de bajo riesgo, por lo que las entidades que oficialmente pueden llevar a cabo la atención del parto son el Hospital General de Pátzcuaro, la Clínica Hospital ISSSTE en Pátzcuaro, el Hospital General "Dr. Gabriel García" (conocido como Hospital Civil de Pátzcuaro) y la UMF No. 20 de IMSS (Pátzcuaro). Los centros de salud de Quiroga y Erongarícuaro, como

unidades de medio camino, están autorizados para atender, en ciertas condiciones.

Por lo tanto, el primer nivel sólo puede atender cuando el parto sea inminente o se considere un mayor riesgo si se refiere, pues no cuentan con medios de traslado. Es esta misma justificación la que permite a los recursos privados que no tienen estas características, ofertar sus servicios –sin ser vigilados estrechamente– y defenderse en caso de alguna complicación, mientras que las parteras profesionales y la mayoría de las tradicionales, están inscritas en un censo, se han comprometido a entregar reportes periódicamente y se les insta a evitar atender el parto.

Al respecto de estos modelos alternativos, ha habido algunas propuestas por parte de organizaciones civiles para promover y fortalecer el modelo de partería tradicional o profesional en la región, además de abarcar otras áreas de la atención a la salud sexual y reproductiva y los derechos de las mujeres. De ellas, la organización Mujeres Aliadas, A.C., con sede en el municipio de Erongarícuaro, que trabaja desde hace más de cinco años, ha logrado consolidarse como una alternativa de atención obstétrica –en casos de bajo riesgo–, desde la partería profesional⁷. Además, participa en jornadas de detección oportuna de los

⁷ El modelo de partería profesional que se describe, corresponde a parteras con cédula profesional egresadas de la Escuela de Parteras de CASA de San Miguel de Allende que fueron contratadas por Mujeres Aliadas, A.C. y por egresadas de la Escuela de Partería –aún en proceso de certificación– de esta misma organización. La formación profesional corresponde de un nivel técnico, para lo cual, las estudiantes deben cursar un plan de estudios escolarizado de 3 años más un año de servicio social. Se enfoca principalmente en

principales padecimientos de la mujer, así como en pláticas comunitarias para mujeres y adolescentes, que promuevan un mayor conocimiento de los derechos de las mujeres al momento de la atención, así como de enfoques como el parto humanizado.

Por último, la presencia activa de las parteras tradicionales ha disminuido de manera importante, dada la imposibilidad de competir como la atención gratuita de los programas, aunado a la ruptura de las formas de organización basadas en la reciprocidad y el reconocimiento comunitario, así como el impacto de las capacitaciones que advierten sobre los múltiples riesgos y el poco respaldo que recibirían en caso de presentarse alguna complicación. Asimismo, la atención doméstica, que se refiere principalmente a mujeres que ayudan durante el parto a otras mujeres (frecuentemente hijas, nietas o nueras), pero que no se consideran parteras, es decir, no se inscriben en un modelo de atención alternativo, sino de autoatención, es cada vez menos concurrido, a partir de la mayor cobertura por parte del Seguro Popular y la intervención del programa IMSS-Prospera, mediante la difusión de información durante las pláticas, los censos y las visitas domiciliarias que realizan las promotoras comunitarias.

4.4 Implicaciones locales: un breve análisis del contexto.

En este panorama de políticas públicas y recursos de atención a la salud reproductiva, se pueden evidenciar limitantes, pero también programas que

la atención a la salud sexual y reproductiva en situaciones de bajo riesgo, así como la referencia oportuna y acompañamiento en casos de emergencia o complicaciones.

parecen absolutamente exitosos, si no se contemplan sus implicaciones, es decir, aquellas consecuencias, generalmente no previstas, que surgen de la implementación de estas, sobre todo desde la perspectiva de la interacción global-local.

No resulta difícil reconocer que las estrategias relacionadas con el mejoramiento del acceso y calidad de los servicios de salud encuentran sus mayores limitantes en los recursos económicos y presupuestos asignados, como reflejan las principales demandas de los profesionales de salud: la ausencia de medicamentos y material básico, banco de sangre, y la falta de contratación de médicos especialistas de base en todos los turnos. Esto conlleva un impacto en la calidad de la atención, pero más allá de ello, contribuye a mantener una estructura cuyos faltantes devienen en una limitación para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la salud, relacionados con la noción de violencia obstétrica. También se han señalado casos en que se pide una cuota de recuperación, aun cuando el Seguro Popular supone una cobertura completa durante el proceso reproductivo, ante ello, los profesionales de salud carecen de injerencia, pero abogan por que los pacientes puedan hacer el derecho a ser atendidos mediante un presupuesto federal ya asignado y que puedan interponer quejas. No obstante, hay que reconocer las variaciones en torno a la posibilidad real del ejercicio de los derechos y la ciudadanía.

Asimismo, los programas de desarrollo social y las estrategias que fomentan la participación de los actores sociales, han tenido importantes consecuencias en la

ruptura de las formas de organización comunitaria, como el trabajo de faena, las redes para gestionar recursos así como el desarrollo de proyectos productivos y fuentes laborales al interior de las propias comunidades. Estas estrategias resultan poco compatibles con las llamadas “redes de acompañamiento o de ayuda” que operan con base en el parentesco, el género, la generación y la residencia, vinculadas principalmente a las actividades o cargos religiosos, a las cuales no se acude ‘por invitación’, sino ‘por deber’, estableciendo complejas relaciones de reciprocidad, que suelen ser activadas, de forma similar para responder a los problemas de salud (Castilleja, 2013).

En cambio, muchas mujeres han dejado de trabajar o han disminuido su participación en colectivos debido al tiempo que representa acudir a las pláticas, firmar para recibir los apoyos y realizar el trabajo comunitario que solicitan dichos programas. Cabe señalar que, estos condicionamientos, cuando involucran directamente la intervención sobre los cuerpos, como en el caso del uso de métodos anticonceptivos, de las revisiones rutinarias para detección oportuna de cáncer de mama o cáncer cervico-uterino, sin un adecuado proceso de información y consentimiento, representan formas de violencia de género contra las mujeres que requieren ser visibilizadas.

No obstante, estas no se limitan a los servicios institucionales de salud, sino que también se presentan en el ámbito familiar, en donde las mujeres llegan a ser violentadas “por dejarse revisar” o aceptar el uso de métodos anticonceptivos, sobre todo si son atendidas por médicos –hombres–, que es lo más frecuente.

Asimismo, se han identificado casos de violencia intrafamiliar, en donde las mujeres son obligadas a dar a sus esposos el dinero que reciben de los programas de apoyo. Aun cuando esta situación es relativamente reconocida, no es identificada como un problema de salud ni como un factor de riesgo obstétrico, mucho menos como una consecuencia indirecta de las intervenciones de los programas de desarrollo y la cobertura universal en salud, sino como un aspecto 'cultural' naturalizado y prácticamente invisible.

Así, en el contexto local, las políticas y estrategias para la reducción de la muerte materna, están permeadas de una serie de limitantes, pero también de importantes consecuencias, en torno a su implementación. Se podría decir entonces que, en relación a los servicios de salud, las principales carencias se relacionan con la saturación de los hospitales del segundo nivel de atención, la falta de recursos humanos, materiales y de infraestructura asociado a la asignación y transparencia del presupuesto, así como la limitada articulación entre los niveles de atención, pero también entre los sectores público, privado y de la sociedad civil.

Finalmente, analizar las consecuencias de los programas implementados va más allá de su definición como voluntarios o involuntarios, anticipados o inesperados, sino como una serie de procesos y transformaciones sociales, que inciden de manera diferencial a nivel local y en los actores sociales a quienes van dirigidos, en donde la heterogeneidad de perspectivas merece ser resaltada. Un análisis más detallado al respecto, se encuentra en el artículo *Abordaje local de la*

*mortalidad materna como problema de salud global. Aproximación antropológica a cuatro casos, en la región del lago de Pátzcuaro, México, en el **Anexo 1** de este documento.*

“Cuando recorremos el mundo, sentimos que ocurren cosas importantes, que estamos inmersos en algo de lo que somos parte y testigo a la vez, que tenemos una obligación que cumplir y una responsabilidad que asumir.

El camino resulta tan importante porque cada paso que en él damos nos conduce al encuentro con el Otro.

Esos extraños, esos desconocidos, no sólo constituyen una de las fuentes más ricas de nuestro conocimiento, sino que también nos ayudan en nuestro trabajo de mil maneras: nos posibilitan contactos, nos acogen en sus casas e, incluso, nos salvan la vida.”

(Ryszard Kapuściński)

5. APROXIMACIÓN ANTROPOLÓGICA A CUATRO MUERTES MATERNAS

En el contexto antes descrito, se inscriben los cuatro casos de muerte materna seleccionados para el presente estudio. De acuerdo con los dictámenes oficiales, dos correspondieron a muertes maternas directas y dos indirectas, una de estas últimas, corresponde a una muerte materna tardía, que fue identificada a partir del procedimiento de búsqueda intencionada, meses después de que ocurrió.

En todos los casos, las mujeres contaron con atención médica, ya sea del sector público o privado, y la mayoría de las veces, se observa una complementariedad en la utilización de ambos recursos de atención. A pesar de tener algunos puntos en común, en las trayectorias de atención y procesos de desatención se pueden identificar rasgos heterogéneos, que permiten visibilizar diferentes procesos sociales de gran complejidad en torno a la muerte de las mujeres, considerando a la muerte materna como un marcador de estos múltiples procesos.

A ellos, se suma el valor de las experiencias de los actores sociales, que evidencian las transformaciones en las representaciones acerca del proceso reproductivo y las formas y recursos de atención a partir de un evento como es la muerte de una mujer en el embarazo, parto y puerperio. Asimismo, el acercamiento a la estructura familiar se identifica como un entorno privilegiado para dar cuenta de la determinación sociocultural de la muerte materna, además de ser una categoría que permite explorar a la familia como un núcleo para la

transmisión de saberes, la consolidación de redes de apoyo, para la gestión de recursos y la articulación entre las formas y recursos de atención.

Las narrativas que se presentan a continuación, surgen de la interlocución con distintos actores sociales vinculados, en mayor o menor medida, con las mujeres fallecidas. En la construcción de estas narrativas, el primer obstáculo es la imposibilidad de acceder a la vivencia y padecimiento de la mujer, por lo tanto, se pretende un acercamiento a las experiencias individuales y colectivas, que van dando cuenta de diferentes momentos y sucesos de la trayectoria de atención-desatención y de la estructura familiar, así como de las dinámicas alrededor de este suceso, que irrumpe en la familia y la comunidad.

Cabe señalar que, en la mayoría de los casos, no fue posible recuperar varias versiones de un mismo evento, por el contrario, cada una de las personas había acompañado a la mujer en cierto momento o conocía sólo una parte de lo sucedido. Por ello, en algunos casos también se incorpora información recabada durante la investigación etnográfica, a partir de las entrevistas con personal de salud y autoridades, la consulta de información documental y la observación en ciertos espacios.

Así, estas narrativas son el resultado de un proceso de co-construcción, donde como investigadora, tuve una interlocución activa que implica reconocer una intención y un posicionamiento, que influyen en la información generada, pero también un rol en la selección y ordenación de los eventos y sucesos narrados,

para ser expresados de cierta manera que contribuyan a la visibilización de cada una de las muertes y a hacer evidentes los múltiples procesos que conllevan, al interior de los contextos antes descritos, para su posterior análisis.

5.1 Clara. El sector privado, beneficios y omisiones

Clara era originaria de una localidad fuera de la región lacustre, pero se mudó a una de las cabeceras municipales al contraer matrimonio. Este municipio se caracteriza por tener comunidades rurales y urbanas, casi ninguna considerada oficialmente como indígena, por el contrario, se observa un número creciente de migrantes extranjeros temporales que han construido sus casas de retiro, generando una fuente de empleo para jóvenes, que son contratados como ayudantes de mantenimiento para sus casas o terrenos y como cuidadores cuando se ausentan por periodos prolongados.

Este empleo brindó la posibilidad a Clara y su esposo de establecerse en un hogar independiente y tener una fuente de ingresos. A través de este trabajo, su esposo, proveía la mayor parte de los recursos para el sostén de la familia, mientras que ella se dedicaba principalmente al hogar y ocasionalmente ayudaba en un puesto que vendía comida, pues ninguno de los dos tuvo la oportunidad de seguir estudiando, después de la secundaria. A diferencia de muchas familias recién formadas, Clara y su esposo pudieron vivir de manera independiente, aunque más cerca de la familia de él, excepto por un periodo en que la mamá de Clara se fue a vivir con ellos, pues había enfermado de cáncer y requería apoyo y cuidados. Esto

provocó inconformidad, pues aunque ella aportaba un poco en la parte económica, la relación con su yerno, no era muy buena.

Al poco tiempo de contraer matrimonio, Clara se embarazó por primera vez y, como se muestra en su trayectoria de atención (**Figura 11**), inicialmente recurre a diferentes alternativas, como el centro de salud del municipio y en una ocasión visitó a una partera tradicional en su comunidad de origen, pero no acostumbraba salir del municipio frecuentemente. Así, la pareja decidió continuar la atención en una clínica privada en la cabecera municipal, pues se considera que en el sector privado el trato es más amable, se evitan los tiempos de espera y, en este caso, se encontraba en el mismo municipio, haciéndolo más accesible y evitando los costos de los traslados.

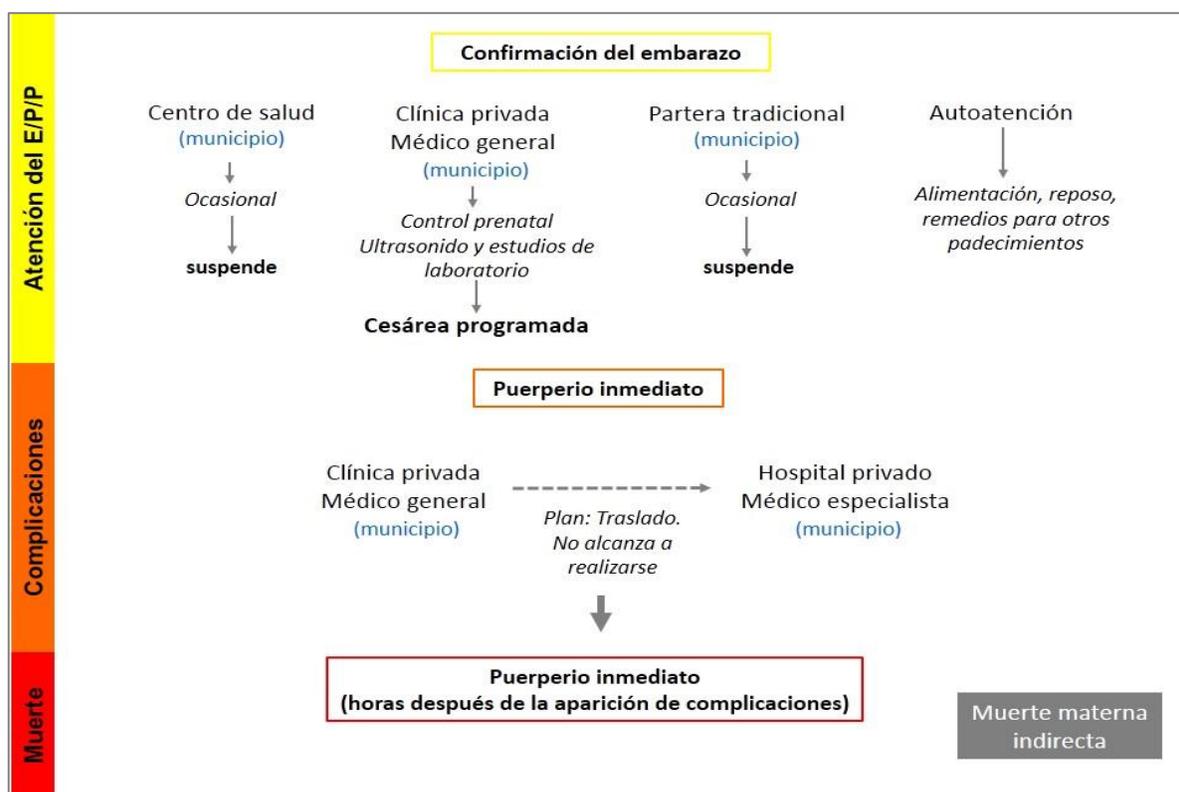


Figura 11. Síntesis de la trayectoria de atención de Clara.

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas, información documental y diario de campo 2013-2015.

Esta clínica fue fundada por un médico originario del municipio unos diez años atrás, pero después de su muerte quedó como encargada una doctora que había llegado de otra parte del estado. No obstante, era un recurso muy utilizado en la comunidad para la atención de cualquier padecimiento, incluso algunas cirugías menores, pues de acuerdo con los testimonios, se brindaba una buena atención, el personal era amable y contaba con un consultorio, un quirófano y algunas camas de hospitalización, siendo la única alternativa con estas características en el municipio. Sin embargo, también se evidencian importantes limitantes para la atención de complicaciones, pues más allá de la infraestructura y la falta de mecanismos de traslado, las clínicas suelen ser atendidas por médicos generales y pocas veces son supervisadas. Como en este caso, se había programado una cesárea, que fue realizada por personal no ginecobstetra y con recursos insuficientes para este tipo de procedimientos, como podría ser la presencia de especialistas, contar con banco de sangre o acceso a unidades para trasfusión, tener área de terapia intensiva, entre otros.

Durante el embarazo, Clara no tuvo ninguna complicación, seguía realizando sus actividades normales, como lo hacen las mujeres jóvenes de las comunidades, aunque siguiendo algunas recomendaciones comunes, como descansar suficiente, no cargar cosas pesadas, comer balanceadamente y no tomar medicamentos, a menos que sean recetados por un médico. Sin embargo, en el

último trimestre, después de realizarse un ultrasonido, la cesárea se programaría por circular de cordón umbilical.

Así, su embarazo llegó a término y el día programado llegó a la clínica acompañada por su madre y su esposo, sin ningún síntoma o alteración. Gabriela, una vecina de la comunidad, que no era su amiga cercana, pero sí la había conocido tiempo atrás, me comentó: *“no se sabe mucho, pero parece que nació la bebé y que ella se recuperaba, pero después se complicó, y ya no la pudieron trasladar porque estaba delicada”*. Por otra parte, en el registro de la autopsia verbal –realizada por personal de salud–, su madre comenta que *“tenía dolor de cabeza, sentía que se ahogaba y le brincaba el corazón”*, ella atribuye la muerte a una mala atención en la clínica y refiere que le explicaron que *“tenía flemas en los pulmones”*.

Mientras la causa de muerte asentada en los documentos fue edema pulmonar agudo, algunos familiares y personas vinculadas buscan las posibles explicaciones del fallecimiento en eventos que ocurrieron desde el embarazo, como recuerda Gabriela: *“cuando estaba embarazada, los primeros meses sí trabajó, los últimos ya la veía esporádicamente, pero pues la veía como pálida, como triste, como cansada...”*. Además, noto que en esta búsqueda de sentido, comienza a permear el discurso médico, a partir de algunos testimonios, como el de Raúl, un primo del esposo de Clara: *“creo que fue porque la muchacha tenía un poco de anemia, desde el embarazo, pero entonces, esa es una de las razones directas por las que afectó, por lo que sucedió este problema, ¿no?”*.

Ante el fallecimiento, Raúl recuerda que los familiares de Clara estaban seguros de que había recibido una mala atención por parte de la clínica, y que les habían dado poca información, pues cuando alguien les preguntaba, era difícil explicar qué había pasado. Al mismo tiempo, él reflexiona sobre la responsabilidad indirecta de las familias en el cuidado de las mujeres embarazadas, argumentando que también las parejas deberían tener mayor información para poder decidir si un recurso de atención era el más adecuado para poder llevar un embarazo y dar a luz en las mejores condiciones.

En el momento de la investigación esta clínica ya no existía, había cerrado desde 2012, poco después del fallecimiento de Clara, limitando la posibilidad de visitar la clínica o al personal de salud para indagar con mayor profundidad. Al respecto, una mujer de la comunidad me dijo:

“está el rumor de que la médica encargada se había ido por eso y pues yo sé que no, porque yo con ella me hablaba, era accesible la doctora, y creamos una cierta amistad. Entonces, ella tenía que irse por algo de sus estudios, ella iba a hacer su maestría, su doctorado, no sé qué... por eso se tenía que ir. Y justo fue eso lo del accidente...lo de esta mujer...y como a los tres meses ella dijo que se iba. Por eso, mucha gente relacionó, pues, la negligencia, porque se le murió. Y de ahí, cerró y ya nadie más se quiso encargar de la clínica”.

Cabe señalar que, los médicos y autoridades también desconocían muchos aspectos de la existencia y forma de trabajar de esta clínica. De igual manera, el registro oficial mostraba pocos datos y no planteaba el seguimiento correspondiente de acuerdo al protocolo establecido para las muertes maternas, pues comenta la médica encargada, que este caso ocurrió antes de su llegada, por lo que desconoce qué medidas se tomaron. Por otra parte, la ruptura familiar vinculada a la muerte de Clara, pero también a la muerte de su madre, ocurrida a los pocos meses, contribuyó a la limitada información sobre este caso. Aunado a ello, el esposo de Clara contrajo matrimonio nuevamente y esperaba un bebé, lo cual hizo imposible entrevistarlo.

Una de las consecuencias relevantes de la muerte materna, es el conflicto vinculado al cuidado de los recién nacidos que sobreviven. En el caso de la hija de Clara, Raúl señala:

“Pues creo que como la tuvieron que trasladar a su comunidad de origen para sepultarla, allá la niña se quedó con su abuelita, y ya él como que él se deslindó de esa responsabilidad, porque ahí pues creo que es donde entró la rivalidad directa ¿no? entre la suegra y él. Y creo que también, o sea viéndolo como de una forma afectiva, emocional, pues ahora sí que la niña era el remplazo o sea el recuerdo de su hija ¿verdad?”

Sin embargo, la mamá de Clara murió poco tiempo después y ahora las versiones sobre quiénes se quedaron al cuidado de su hija son muy variadas, al parecer quedó al cuidado de una tía lejana, pues no había mucha relación con su familia de origen.

Aunque la llegada de los hijos en las parejas jóvenes suele traer consigo una revalorización de la mujer, un mayor cuidado y un fortalecimiento de la relación, como coinciden algunos hombres jóvenes de la comunidad, con la muerte de la mujer, es difícil que el rol de la paternidad se mantenga. La búsqueda de otra pareja es un hecho justificado: *“este comportamiento de buscar otra pareja, pues también es como una forma de compensar lo que perdió...”*, al igual que la ruptura de la relación del padre con los hijos, también normalizado como una forma de “superar el dolor” o de “evitar el recuerdo de la mujer fallecida”. Así, en las nuevas parejas hay poca aceptación de los hijos de un matrimonio anterior, lo cual conlleva una carencia en su cuidado, que representa una importante consecuencia de la muerte materna.

5.2 Inés. Posibilidades de elección, distanciamiento de las redes familiares.

Inés era originaria de una localidad de la ribera del lago, pero residía en una colonia popular de la cabecera municipal, en casa de su suegra, dinámica muy frecuente en la región, manteniendo escaso contacto con su familia de origen, pues su madre ya había fallecido, su hermana vivía en otro estado y con su padre y hermanos sólo había contacto ocasional.

Aunque esta colonia está cerca de la cabecera municipal, a pocos minutos del centro, en una zona urbana, es una de las más marginadas; a pocas cuadras de la avenida principal, donde hay grandes casas y construcciones, está la entrada a

esta colonia, marcada por una transición a calles sin pavimentar y casas de cemento, incluso algunas de lámina, sin servicios de drenaje y escasez de agua. La mayoría de las mujeres suelen dedicarse al comercio o como empleadas domésticas en las casas u hoteles del centro del municipio, mientras que los hombres se emplean en las construcciones, siendo un trabajo muy inestable, como me comentó una promotora comunitaria:

“Es que mira, un señor de por ahí tiene una revoladora, entonces los contratan para ir a echar lozas y ya les pagan como ochenta o cien pesos a cada uno [...], es como la fuente de trabajo que tienen, porque los muchachillos de ahí no estudian, como que nada más llegan a la primaria y algunos a secundaria. [...] Luego, cuando se van a echar los colados, ya llegan todos tomados y sin dinero.”

Esta situación no es ajena a la de Inés, pues aunque sólo había estudiado hasta la primaria, quienes la conocían la describen como “una mujer muy trabajadora, muy limpia y responsable”, quien además de dedicarse al hogar, buscaba siempre qué vender, hacía piñatas, tenía una pequeña tienda en su casa o salía a vender algunos alimentos. Su suegra y su cuñada la apoyaban y se preocupaban por ella, pues sabían que su esposo solía tomar, al igual que muchos hombres de la colonia.

Inés y su pareja vivían en unión libre desde hacía unos ocho años y tenían un hijo de cuatro años, cuando se embarazó nuevamente. Para ese entonces, él había buscado trabajo en la capital del país y la visitaba ocasionalmente, por lo que no intervenía mucho en el cuidado ni tampoco en la manutención, pues solo le

enviaba dinero en algunas ocasiones, por lo que ella proveía la mayor parte de los recursos económicos para los gastos de su atención, lo que le permitió el acceso a diversos recursos y una mayor posibilidad de decidir sobre ellos.

Desde su primer embarazo, ella había preferido atenderse en el sector privado, pues ser beneficiaria del programa de salud le implicaba *“perder el tiempo”*, refiriéndose a tener que acudir a pláticas o a las faenas. En esa ocasión tuvo un parto normal, sin ninguna complicación, por lo que había elegido la misma alternativa en su segundo embarazo. Para el seguimiento del control prenatal, acudía a un consultorio de medicina general al interior de una farmacia, debido a que la médica que atendía ahí era muy cercana a la familia de su pareja, incluso ellos solían atenderse con su padre que también era médico, desde años atrás, por lo que había confianza en ellos. También por recomendación de la familia, fue en dos ocasiones con la mamá de su suegra, para que la *“sobara”*, pues ella *“aprendió a atender, pero lo hacía en la familia, ayudaba a otras mujeres o daba remedios [...] sabía, pero no era como tal, partera”*. Inés complementaba sus consultas yendo a una clínica particular para realizarse los ultrasonidos, con un médico especialista muy reconocido en el municipio, y así, una vez que él le confirmó que *“el bebé venía bien”*, ya no fue a sobarse más.

En un ultrasonido posterior, el médico le dijo que tal vez necesitaría cesárea, aunque no recuerdan la razón, Inés reaccionó con mucho temor a tener una operación, por lo que trataba de seguir todas las indicaciones de los médicos, caminaba, comía bien, *“no tomaba ningún medicamento, ni siquiera un té, ni nada,*

porque le podía hacer mal al bebé”, me dice la señora Luisa, su suegra. Y aunque trataba de confiar en que ya había tenido un parto y todo había salido bien en aquella ocasión, la notaban más ansiosa por eso. Un día, de repente, en el noveno mes de embarazo, comenzó a sentirse un poco mal y fue a revisión y le dijeron que tenía la presión *“un poco alta”* por lo que tenía que ir con el ginecólogo que la iba a atender y que *“tenía que reposar”*. Para una segunda opinión visitó el médico con quien se realizaba los ultrasonidos, pero como no estaba, prefirió regresar a su casa, aunque durante el día *“se sentía mal, sentía que se le ponía el estómago duro y tenía los pies hinchados”*, su suegra lo atribuía a que siempre caminaba mucho o pasaba mucho tiempo de pie.

Al siguiente día se sentía mejor después de mantener reposo y el tercer día salió de su casa a una comida familiar, sin embargo, la mañana siguiente empeoró, tenía un dolor fuerte en el abdomen que relacionaron con el inicio del trabajo de parto. Como sabían que el médico que la iba a atender estaba fuera ese fin de semana, su suegra la acompañó directamente a un hospital privado en el municipio, en donde le comentan que tiene la presión muy alta y dadas las limitantes en los recursos, es preferible que se vaya a un hospital de especialidad en la capital del estado inmediatamente. Puesto que tenía que trasladarse por sus medios, tuvo que regresar a su casa a buscar más dinero para pagar su transporte y el de su suegra. La señora Luisa, con muchas dudas, recuerda: *“a ella no sé qué le dijeron, a mí me regañaron por no haberla llevado antes”*. Ella no sabía exactamente qué sucedía pues Inés solía ir sola a sus consultas y tomaba sus propias decisiones, aunque posteriormente reflexiona: *“a ella no le gustaba*

decir si se sentía mal, se aguantaba, también porque no quería que me preocupara”.

Al llegar al hospital en la capital, Inés, acompañada por Luisa, esperan alrededor de dos horas, hasta que ingresó a urgencias todavía consciente, después salieron los médicos a solicitarle la firma de los consentimientos para hacer una cesárea de urgencia. La señora Luisa no sabía si hacía lo correcto, por un lado sabía que a ella le daba miedo la operación, pero también entendía que era urgente y vio que Inés ya había firmado. Una hora después entró a quirófano y, por teléfono, pudieron avisarle a su esposo, quien estaba fuera del estado y tardó varias horas en llegar. A su suegra y su cuñada sólo les decían *“que no volvía de la anestesia”* y es hasta que llega su esposo que les informan que *“había tenido un derrame en la cabeza y que de la operación, ya no despertó”*. Su cuñada recuerda que los médicos les explicaron que:

“por la presión alta, las venas y las arterias de la cabeza no aguantan y una se reventó, por lo que su cerebro estaba lleno de sangre y estaba afectando muchas áreas, por lo que si quedaba viva podía quedar afectada, sin poder hablar o sin moverse”.

Desde entonces, permaneció en coma, hasta su muerte, una semana después. La causa de muerte no está muy clara para la familia, aun con las explicaciones recibidas. La señora Luisa me comentó que tenía hipertensión desde hacía tiempo, pero no comprendía cómo es que Inés había padecido lo mismo siendo una mujer joven, ni la relación de este padecimiento con el embarazo. Algunos

miembros de la familia, entre ellos, el esposo de Inés, consideraron que el error principal fue que la doctora no les hubiera dicho que era una urgencia, ni les había explicado suficiente, pero su cuñada y su suegra no coinciden, pues había llegado todavía consciente al hospital. Ellas consideran que algo que pudo haber afectado en su embarazo era que *“no quería descansar mucho, se estresaba, pero decía que estaba acostumbrada y que quería trabajar, no le gustaba decir si se sentía mal [...], también, que había estado muy nerviosa desde que le habían dicho que a lo mejor necesitaría cesárea”*, pero aún dudan si ella había tenido algún síntoma antes, que no haya atendido.

La compleja trayectoria de Inés, sintetizada en la **Figura 12**, culmina con un diagnóstico oficial de eclampsia obstétrica, síndrome de HELLP y evento vascular cerebral hemorrágico, que queda asentado en el certificado de defunción. Además, en la consulta de la información documental, el dictamen de la muerte identificó un diagnóstico inoportuno con una inadecuada confirmación del mismo, por lo que se cataloga como una muerte materna directa que pudo haberse prevenido.

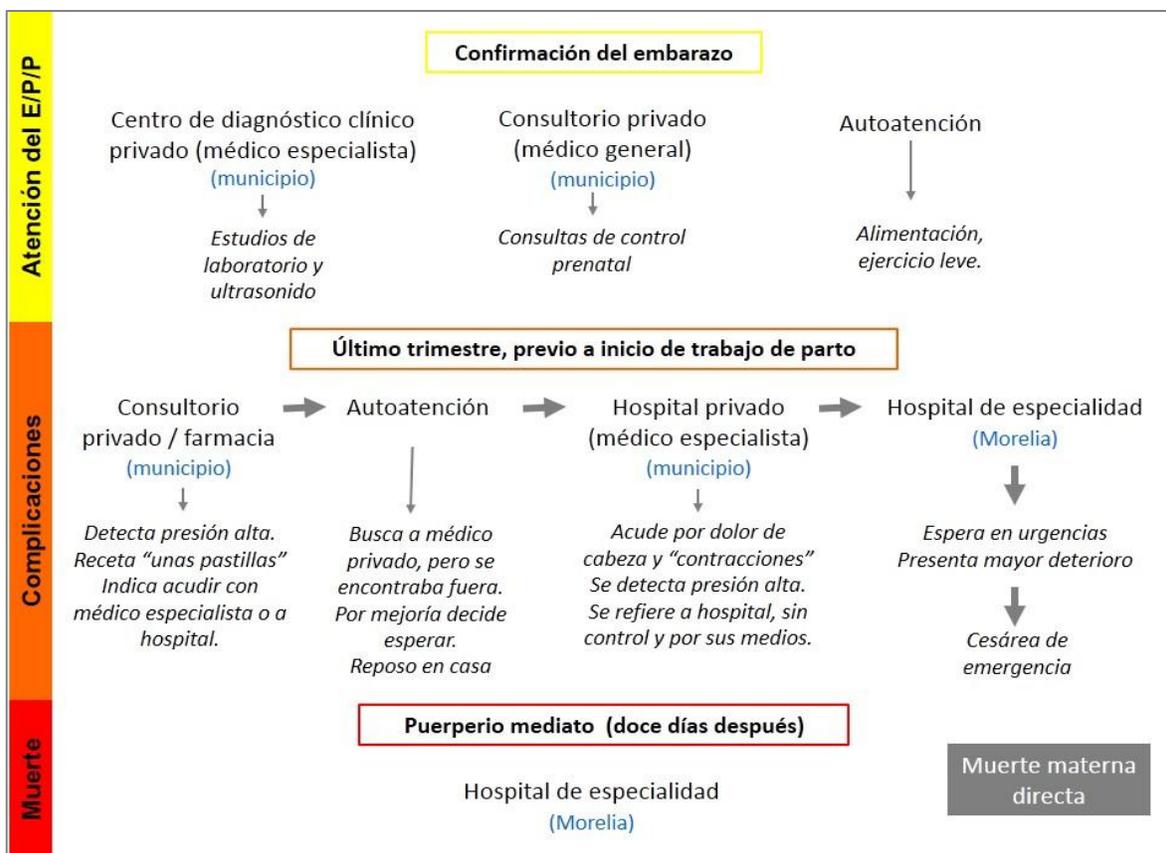


Figura 12. Síntesis de la trayectoria de atención de Inés.

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas, información documental y diario de campo 2013-2015.

Desde la muerte de Inés, su cuñada y su suegra decidieron estar a cargo del cuidado de los niños, aunque fomentaban la cercanía con su padre, quien paulatinamente se fue distanciando, la abuela notaba que su hijo mayor le llevaba regalos y al menor no, por lo que solía decirle *"si tú los vas a tratar así, mejor dame el dinero o dame las cosas y yo las reparto, o les compro igual a los dos, porque no debe ser a uno más y a otro no, él no tiene la culpa"*. Aunque la mayor responsabilidad del cuidado de los niños, incluso en el aspecto económico recaen en ella, algunas instituciones le han hablado de la posibilidad de que entren a un

internado, incluso cuando Inés estaba grave, le mencionaron la posibilidad de darlos en adopción, a lo que ella ha respondido negativamente, y me aclara: *“yo quise cuidarlos porque soy la única abuela que tienen, no digo que su papá no esté, si los veía pero ahora ya se juntó con otra mujer, que no los quiere, además mi hija también me ayuda con ellos”*.

A diferencia de Inés, la nueva pareja de su esposo no es aceptada en la familia pues *“no acepta a los niños, no se hace cargo de nada, no participa en las labores del hogar; además, se juntó muy pronto, como buscando compañía o un remplazo, pero no, porque ellas no se parecen en nada”*, comenta Luisa.

5.3 Elena. La heterogeneidad de la muerte y las formas de invisibilización

Elena era una mujer hablante de purépecha, bilingüe, que residía en una de las localidades con mayor porcentaje de hablantes de lengua indígena y de acceso más complicado a los servicios, por encontrarse en una de las islas de la región. Ella era originaria de esta comunidad y había contraído matrimonio con un joven de allí mismo. Cuando se casaron, tuvieron la posibilidad de vivir solos, aunque muy cerca de ambas familias, pues la comunidad es muy pequeña, sin embargo, tenía mayor convivencia con la familia de su esposo, pues su madre había muerto muchos años antes y al poco tiempo su padre, por complicaciones de un accidente de trabajo.

Llevaba una muy buena relación con su suegra, quien la describe como una mujer muy agradable, que estaba siempre sonriente, por lo que le daba gusto que su hijo

estuviera con una mujer, como ella. Ella se dedicaba al hogar, aunque sus hermanas tienen un negocio de comida, ella estaba poco tiempo ahí, sobre todo los últimos años, pues su esposo estaba estudiando medicina en la capital del estado y ella lo acompañaba. Pasaban la semana allá y los fines de semana regresaban para visitar a la familia de él, de quienes recibían mucho apoyo, incluso económico, para que él pudiera seguir con sus estudios.

Cuando Elena se embarazó por primera vez, era muy regular en asistir a sus consultas en el centro de salud de la comunidad, según me comenta uno de los médicos, su esposo la impulsaba mucho para que acudiera y en muchas ocasiones la acompañaba, *“ellos eran muy conscientes los dos, llevaban un muy buen control y tenían muchos cuidados”*. A pesar de que no tuvo complicaciones, su primer embarazo culminó en cesárea, motivo por el cual, durante su segundo embarazo, dos años después, la habían programado desde un inicio para una segunda cesárea por lo que se atendía en el hospital público del municipio cercano. Además de los recursos biomédicos del sector público, en alguna ocasión se realizó un ultrasonido en un consultorio privado del municipio *“para confirmar que todo esté bien”*, como lo hacen muchas mujeres en la región.

Sin ningún problema durante su embarazo, éste llega a término sin complicaciones y nace su segundo hijo por cesárea y regresa a su casa al poco tiempo. Meses después, ya incorporada a su vida habitual, Elena comienza a sentirse mal, *“tenía como gripa, porque le dolía la garganta”*, desencadenando nuevamente la búsqueda de recursos de atención, considerando en primera

instancia la biomedicina. Acudió al centro de salud porque los síntomas habían aumentado y tenía mucho dolor en el abdomen, aunque no pensaron que fuera grave, como estaba amamantando, consideraban mejor que la revisara el médico. Del centro de salud, es referida al hospital del municipio en donde la reciben pero no identifican ninguna alteración de primera instancia. Su suegra comenta, que mientras estuvo en el hospital, fue muy complicado para ella y su hijo, que la acompañaban, porque les solicitaban que compraran medicamentos, a veces en la noche y era difícil salir a buscarlo, además de que contaban con muy poco dinero.

Como Elena no mejoraba, les recomendaron que fueran a la capital del estado a hacerle un *“estudio de todo el cuerpo”*, que no tenían disponible en el municipio, pero como el hospital no tenía ambulancia y no era una urgencia, ellos tuvieron que contratar una ambulancia privada, que significó un gasto inesperado de más de mil pesos. En la clínica de la capital, les dijeron que *“en el estudio no había salido nada mal, que con eso se veía todo y no tenía nada”*, así que podían regresarse. Al llegar nuevamente al hospital, la dieron de alta.

De acuerdo con información documental, las notas del hospital señalan que el dolor abdominal *“tenía un componente de neuroticidad”*, que se asociaba a *“antecedentes de privación social y dinámica de pareja disfuncional”*, por lo que es egresada con tratamiento que incluyó *“medicamento estabilizador del ánimo [no especificado] y benzodiacepina a dosis bajas”*, con una cita de seguimiento un mes después.

Elena regresó a su casa acompañada por su esposo y su suegra, quien recuerda que cuando iban en camino, ella estaba muy débil “*se le doblaban las piernas y casi la tenían que cargar entre los dos [...], para llevarla hasta su casa, bajaron unos familiares con una silla y así la cargaron*”. Se quedó en casa de su suegra, mientras se recuperaba, pero después prefirió irse a casa de su familia para no dar molestias a su suegra. Allí, su esposo y su suegra la visitaron durante la semana, ella narra que:

“ya la veía mejor, hasta pidió un poquito de coca [Coca Cola®] para comer, porque se le antojaba algo dulce, le dimos poquito, y así, pero ya el viernes, cuando acabé mi ‘quehacer’ bajé a verla, estaba acostada, muy débil, apenas contestaba y de repente como que no podía respirar. Ahí buscamos un médico [privado, no del centro de salud], y dijo que había que llevarla al hospital, mejor. Así, en lo que bajamos a buscar la lancha y vimos cómo hacerle, llegamos para abajo, pero nos ganó [...] Nosotros no sabíamos por qué había pasado eso, así de repente...”

No lograron sacarla de la isla y nunca supieron la causa de su muerte. Lo único que se quejaba era de un dolor en la parte alta del estómago, su esposo decía que podía ser gastritis, pero no había otra cosa que ella tuviera. En el breve periodo transcurrido desde que fue dada de alta del hospital a su fallecimiento, como se puede identificar en la **Figura 13**, la familia buscó a una persona de la familia para que la sobara y le diera algún remedio, pero tampoco tuvo ningún resultado. Así, al igual que me sucedió en otras entrevistas, notaba que en estos diálogos buscaban la posibilidad de aclarar sus dudas sobre la causa de la muerte, pero al

hablar de la muerte de Elena, me sentí igualmente limitada. A pesar del relato un tanto detallado de su suegra, y la posibilidad de correlacionarlo con mis conocimientos médicos, me era imposible integrar una explicación concreta. Al contrario, como a ella, me surgían cada vez más preguntas.

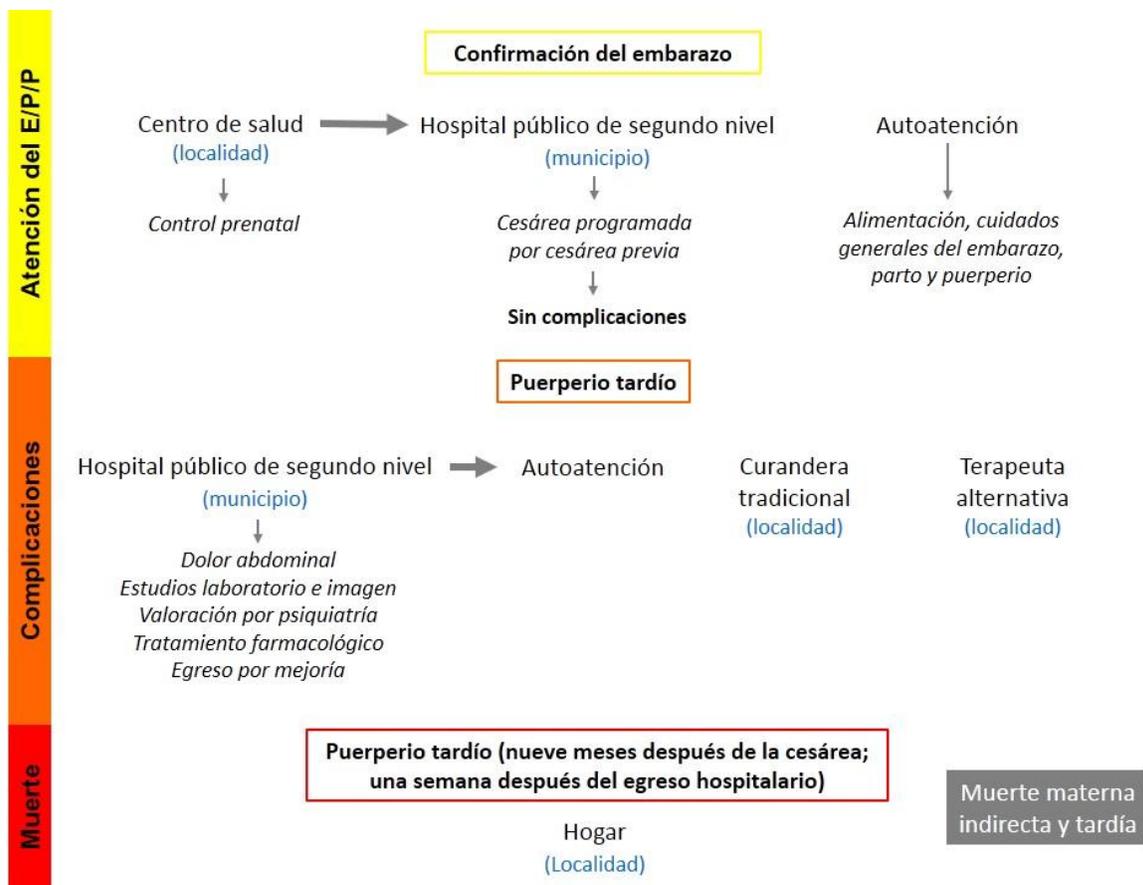


Figura 13. Síntesis de la trayectoria de atención de Elena.

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas, información documental y diario de campo 2013-2015.

En el certificado, la causa de defunción asentada fue broncoaspiración y reflujo gastroesofágico crónico, mientras que para las personas vinculadas, la

enfermedad, para la cual ningún tratamiento –biomédico, alternativo o tradicional– fue útil, permanece desconocida. Por otra parte, el médico del centro de salud me aclaró que él estaba de vacaciones cuando sucedió el evento, y supo hasta después que había muerto, por ello, el certificado había sido otorgado por un médico privado y en el centro de salud se desconocía cuál fue el diagnóstico y de qué murió.

Por meses, la muerte de Elena, ocurrida en 2013, no fue parte de los casos registrados como muerte materna, hasta principios de 2014, cuando es identificada mediante el procedimiento de búsqueda intencionada, sin poder recuperar muchos de los datos, pues la familia más cercana prefirió no dar información y la persona entrevistada para llevar a cabo la autopsia verbal, era un familiar de Elena que no sabía mucho de lo sucedido. No obstante, por haber fallecido antes del año después del nacimiento de su hijo, fue catalogada como muerte materna indirecta tardía. Así también, en el primer acercamiento con la familia de Elena, su suegra comentó: *“si nos sucedió, pero ahorita no queremos hablar de eso, por la situación en que estamos [señalando a su hija embarazada de pocos meses], nos da miedo que algo nos pase, más bien sería en otra ocasión”*.

Tiempo después, la suegra de Elena ahonda en la difícil experiencia colectiva que vivieron con su inexplicable muerte. Después de este evento, su esposo decidió abandonar su carrera de medicina, estaba desilusionado y al mismo tiempo, preocupado por el cuidado y la manutención de su hija e hijo menor. Su mamá y

hermanas lo apoyan mucho en el cuidado, pero él ha permanecido lo más cerca posible de ellos, considerando que debe salir a buscar fuentes de empleo y ha decidido estudiar para maestro, al igual que algunos de sus hermanos, para poder tener una vida mejor. Como es lo 'habitual', "los familiares y amigos le dicen que busque una pareja, para que no esté solo y le ayude con sus hijos, pero él no ha querido, parece que no le interesa", me comentó su suegra, quien tiene un vínculo muy estrecho con sus nietos y los ha considerado como sus hijos y como su prioridad.

5.4 Ariadna. Una trayectoria vigente

Ariadna había nacido y vivía en uno de los municipios de la región lacustre en casa de su padre, con dos de sus hermanas, pues sus dos hermanos mayores trabajan fuera del estado y su hermana vivía en la capital. Cuando ella tenía menos de veinte años falleció su mamá, por lo que quedan al cuidado de su padre y su hermana mayor, Nidia, quien fue la persona más cercana durante su vida.

Ariadna y su pareja decidieron vivir juntos, por lo que en un inicio vivirían en casa de la familia de él, mientras terminaba de construir una casa pequeña para ambos, a la que se mudaron pocos meses después. La familia de Ariadna consideró que era una decisión precipitada y estaban en desacuerdo con que no se casaran, además de que su pareja no tenía un trabajo fijo y no había estudiado. A diferencia de él, Ariadna estudió una carrera técnica en la capital del estado y al terminar, regresó a trabajar al municipio y además tenía un negocio propio.

Después obtendría un trabajo en el municipio vecino, que le brindaba sueldo fijo, prestaciones y servicios institucionales de salud, por lo que ella era el principal sostén económico en su hogar

Poco tiempo después, Ariadna estaba embarazada por primera vez, pero por los conflictos que tenían, no le había dicho a nadie, hasta que Nidia lo notó y le preguntó. A partir de entonces, la acompañó durante todo el proceso, pero también le insistía en que se casara, sin embargo ella lo dudaba, incluso comentaba la posibilidad de separarse y regresar a la casa de su familia, lo que dejaba implícitos algunos conflictos con su pareja.

La experiencia de Nidia, quién ya había tenido dos embarazos, uno de ellos con complicaciones, pero que también tenía formación como técnica en biotecnología y trabajaba en el ámbito de la salud, fue un acompañamiento fundamental para Ariadna, tanto en los aspectos relacionados con el embarazo, como en su vida personal. Al saber de su embarazo, además de instarla a acudir a las consultas a la clínica de derechohabencia, inmediatamente le sugirió ir con ella a la capital del estado para entrar a un protocolo de estudio, Nidia me aclaró:

“era para mujeres embarazadas, les hacían pruebas especiales de hepatitis, de citomegalovirus y para ver que todo esté bien [...] Yo le dije que fuera porque nada se pierde, al contrario, puede ayudar, ya que precisamente estamos tan cerca de la salud, pues puede ayudar en algo y qué mejor que con unas personas especializadas”.

También le recomendó visitar a una médica particular, diciéndole *“yo fui con esa doctora y a mí me gustó su atención, con una vez o dos que vayas, ella te va a hacer un ultrasonido y te va a decir exactamente cuánto tiene tu bebé, cuánto mide, si su corazón late bien...todo”*. También consideraban importante hacerse estudios de laboratorio y ultrasonidos en medios privados para confirmar los resultados de la clínica institucional, pues había cierta desconfianza en su calidad. Además, en una ocasión, su padre sugirió visitar a una partera, *“una señora, que los nombran ‘churicas’ [en purépecha partera es “xurhiski”], que soban, son parteras a la antigüita”*, sólo para que la revisara, pero ella le dijo que ya estaba muy avanzado su embarazo y que ya no era tiempo de sobarla ni acomodar al bebé, por lo que no acudieron nuevamente. También en el hogar las recomendaciones eran algo cotidiano, como me comenta otra de sus hermanas:

“yo le decía, come muchas verduras, cuídate, porque también nosotros tenemos de descendencia de diabetes, y todo eso [...]. Y, también, tu que tienes seguro, ve y chécate, y tú que estás económicamente bien, pues ve a un particular si tienes dudas, al cabo una consulta no te la cobran cara”.

Así, el embarazo de Ariadna continuó sin complicaciones, ella estaba en posibilidad de cubrir estos gastos y de contar con el apoyo de su familia, quienes resaltan la poca participación que tenía su esposo, pues no la acompañaba a los ultrasonidos ni a las consultas, *“decía que tenía que trabajar o ponía pretextos, como que no quería”*.

Hasta los siete meses de gestación, Ariadna seguía su vida de manera habitual, pero de repente empezó a sentirse cansada y con dolor de cabeza leve. Nidia notó que tenía los pies hinchados e insistió: *“¿Cómo te sientes? ¿No te sientes mareada? ¿No te duele la cabeza? Si te sientes más cansada o te pones más hinchada, no vayas a dejar pasar más tiempo”*. Al día siguiente, después del trabajo, comenzó a dolerle la cabeza, pero como al siguiente día tenía cita en su clínica decidió esperar, sin embargo, esa misma noche, el dolor empeoró y sentía *“que se le ponía el estómago muy duro”*, por lo que en la madrugada fue a urgencias. Ahí le dieron una pastilla para el dolor, le dijeron que *“aún no era tiempo”*, que debía regresar a su casa a descansar y volver a las ocho de la mañana a urgencias. Nidia preguntó si la habían revisado, si le habían checado la presión y si la habían pesado, a lo que Ariadna respondió negativamente.

A la mañana siguiente, Ariadna llegó a urgencias con su pareja y su cuñada, llevaba cerca de una hora esperando, quejándose de un dolor de cabeza muy intenso, cuando llegó Nidia con su papá, se molestó al ver que no estaba recibiendo atención y busca al director del hospital, como no estaba se dirigió a la secretaria quien le recalcó: *“es que tenemos otra paciente primero, por eso no la hemos pasado, no tenemos camillas”*, a lo que Nidia respondió:

“¿Por qué entonces no hablan y dicen que no la van a atender? Para que ella busque atención médica en otro lugar. ¿No están viendo el cartelote de los síntomas de la preeclampsia, eclampsia y demás? Ustedes mismos lo tienen en la sala de espera o ¿de qué les sirve ese letrerote?”

Siguieron esperando, Nidia notaba que su hermana se deterioraba, le tomaba el pulso, le hablaba para que estuviera consciente y sabía que necesitaba atención urgente, por lo que insistía en hablar con los directivos del hospital, quienes cada vez se molestaban más con ella y le pidieron que se retirara en una ocasión. Al mismo tiempo, su padre intentaba hablar con el director nuevamente, quien finalmente dijo, de mala manera, que ya la pasaran al consultorio de urgencias. Instantes después salieron a pedirles la firma de los consentimientos para una cesárea de urgencia, les dijeron que estaban graves y que ella o la bebé podían morir. Nidia se negó a firmar, pues era como “quitar la responsabilidad” que el hospital tenía de lo que estaba sucediendo. Después de la cesárea a su pareja le dijeron que “*estaba grave, pero estable*” y que requerían trasladarla pues necesitaba atención especializada y recursos que ahí no tenían. Por una puerta trasera, vieron salir una camilla y se acercaron para cerciorarse de que era Ariadna y su hija, quienes subirían a la ambulancia. Cuando llegaron al hospital en la capital del estado, el médico informó a la familia:

“Nosotros no podemos ya hacer nada señor, tiene muerte cerebral, tiene un coágulo en el cerebro. Mire, aquí está la pantalla [mostrando una tomografía en el monitor], aquí le estamos dando información y vamos a hacer nosotros lo que está en nuestras manos, pero no le aseguramos nada. Y esto, no estuvo por parte de negligencia de nosotros, sino de donde viene, y haga usted lo que tenga que hacer”.

Ariadna falleció en el hospital de especialidad de la capital dos días después. En relación a la trayectoria reconstruida desde la perspectiva de sus familiares más

cercanos, sintetizada en la **Figura 14**, la información documental señala el evento como muerte materna directa, con el diagnóstico clínico de eclampsia, síndrome de HELLP y hemorragia cerebral masiva y el dictamen señala como puntos críticos de la falta de atención, la demora para ser admitida en urgencias, la falla en reconocer los signos y síntomas de preeclampsia.

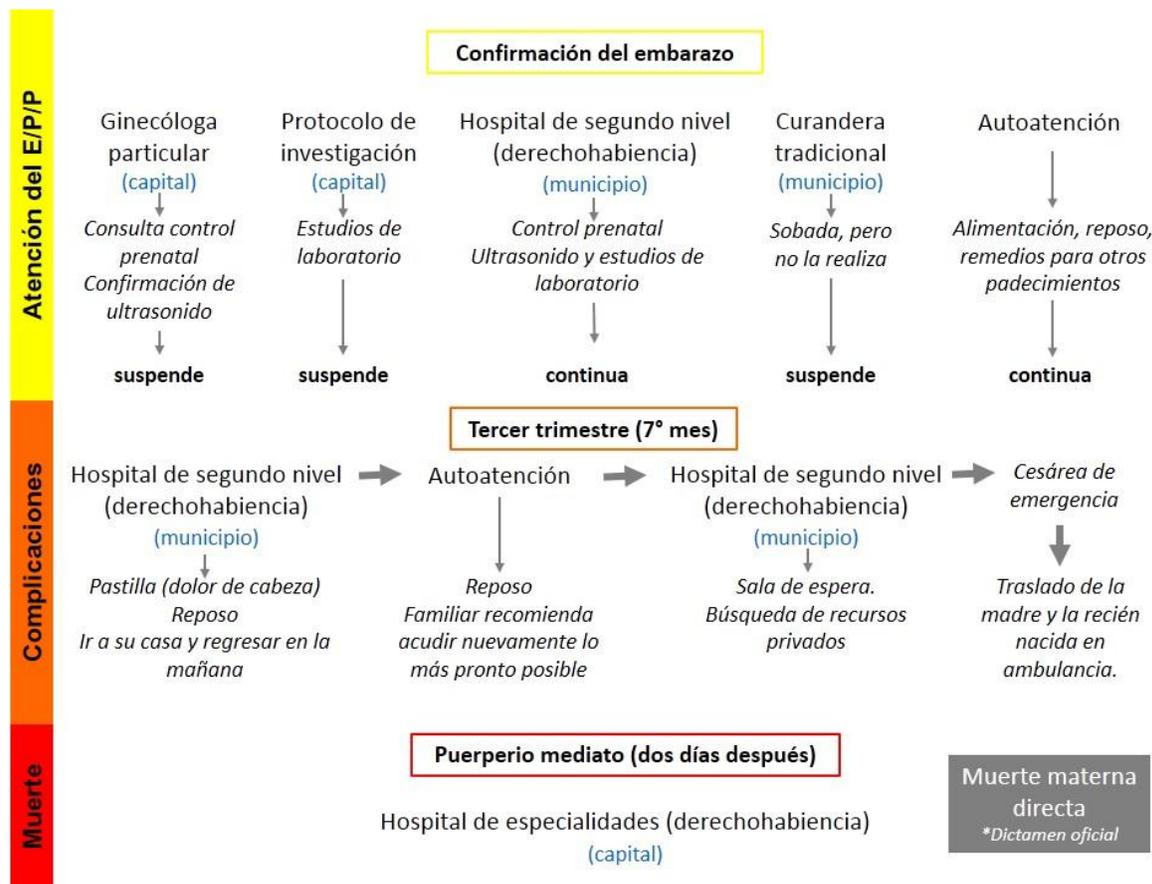


Figura 14. Síntesis de la trayectoria de atención de Ariadna.

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas, información documental y diario de campo 2013-2015.

Además de las explicaciones médicas, su familia recuerda algunos eventos estresantes, alguna ocasión en que Ariadna se “asustó” por una pelea que había

sucedido fuera de su casa, además de la situación con la pareja y que ella se ponía muy nerviosa porque pudiera pasar algo mal en el embarazo, incluso, Nidia aún piensa que tal vez Ariadna se había sentido mal antes, pero no lo había dicho por pena o por miedo, pues en varias ocasiones le decía: *“si algo me llega a pasar, ustedes van a cuidar de mi bebé, no me la vayan a dejar, yo ya le dije a aquél [refiriéndose a su pareja], que ustedes le van a permitir ver a la bebé, pero yo sé que con ustedes siempre va a estar mejor, uno nunca sabe...”*

Cuando falleció Ariadna, su hija recién nacida permaneció en cuidados intensivos por ser prematura, y desde entonces Nidia y su papá se hacen cargo de ella, pues su esposo permanecía un poco al margen, además de que no contaba con suficientes recursos económicos para solventar estos gastos inesperados. La decisión de la custodia de la niña fue un proceso conflictivo entre ambas familias, Nidia señala que la suegra de Ariadna alentaba a su hijo a buscar la manera de adquirir la pensión y hacerse cargo de su hija, pero no estaban casados. Además, la familia de Ariadna estaba en la posibilidad de utilizar diversos recursos legales y redes familiares para demostrar que ellos tenían mayores posibilidades de dar una pensión y asegurar los gastos de la recién nacida. Nidia y su esposo estaban de acuerdo en adoptarla como su hija, aunque su padre biológico podría visitarla si lo deseaba, lo cual no sucedió en ningún momento.

Esta trayectoria no culminó con el fallecimiento de Ariadna, sino que se mantuvo vigente por más de dos años para dar seguimiento a la queja médica emitida ante

la Comisión Estatal de Derechos Humanos. Ante los eventos sucedidos y la explicación del médico, su padre me comentó:

“Yo lo que entendí, es que teníamos el derecho de seguir adelante, entendí que era negligencia médica, incluso, yo no quería seguir los pasos ya adelante, pero uno de mis hijos dijo: «No, es que no nos van a ver la cara, estos casos que sirvan de experiencia para la demás gente de la sociedad». Y fuimos a derechos humanos [Comisión Estatal de Derechos Humanos], ahí nos entrevistaron...”

Durante el seguimiento de este proceso, la familia enfrentó diversos obstáculos, desde el temor a las represalias por parte de los médicos, pues se trataba de la clínica de derechohabencia, a la que acuden varios miembros de la familia, hasta el señalamiento de quienes supieron de su decisión y comentarios como *“aunque te den dinero, tu familiar no va a regresar”*. Sin embargo, la principal motivación era *“evitar que suceda lo mismo a otras mujeres y a otras familias”*, pues no se concibe manera alguna de reparar el daño.

De cierta manera, el proceso de denuncia, se ha convertido en una parte sustancial de la trayectoria en torno a la muerte de Ariadna, en el que se desencadenan nuevas formas de organización para atender este proceso y además, requiere de una constante reconstrucción y resignificación de los eventos sucedidos que conlleva una serie de cuestionamientos en torno a los hechos - externos y objetivos-, pero también al interior de sus experiencias vividas.

Esta trayectoria y los procesos en torno a la posibilidad de interponer una queja médica, se presentan y analizan con mayor detenimiento en el artículo *Trayectoria de atención, desatención y denuncia en un caso de mortalidad materna: perspectiva local-global*, en el **Anexo 2** del presente documento.

Para concluir este apartado, es pertinente señalar que el acercamiento a las familias de las cuatro mujeres fue muy distinto, en cierta medida, condicionado por las experiencias, trayectorias y dinámicas que se observan en las narrativas. El caso de Clara fue el primero que identifiqué cuando inicié la investigación ya que muchas personas de la localidad lo mencionaban y sabían algunos detalles, sin embargo el acercamiento a su esposo no fue posible, ni considerado pertinente por amigos y personas cercanas a quiénes entrevisté, ya que él iniciaba un nuevo matrimonio y su pareja estaba embarazada cuando yo realicé el trabajo de campo.

Del fallecimiento de Inés, supe antes de iniciar formalmente la investigación, por lo que el acercamiento a su suegra y nuera fue relativamente sencillo, ya que teníamos conocidos en común. De manera que, comencé a visitarlas para conocer su experiencia, siendo ellas las que estuvieron más vinculadas en toda la trayectoria. La convivencia con ellas fue extensa, y aunque me pidieron no emplear ningún tipo de grabación, siempre estuvieron dispuestas a repetir los eventos y a resolver cualquier duda. También a la familia de Ariadna me acerqué por una persona que conocí, me comentó del caso y me presentó a Nidia, su hermana, quien había sido la acompañante principal y familiar más allegada.

Como estrategia, yo había considerado comenzar por personas menos vinculadas por lo delicado del tema, pero no siempre fue así.

Por último, el caso de Elena fue el único que identifiqué en la interacción con el personal de salud, pues como había sido identificada tardíamente a través del procedimiento institucional mencionado, llamaba la atención de las autoridades y médicos. A través de las promotoras y médicos, logré acercarme a la familia, aunque por ello, entre otras razones, este proceso no fue tan sencillo y abierto como en las situaciones anteriores.

Así, poder conocer cada uno de los casos siguió un proceso diferente, en donde vale la pena hacer explícitas las principales dificultades. Sin duda, la ausencia materna de las mujeres implica muchos silencios, ya que es muy probable que otros familiares estén menos involucrados que las madres de las mujeres. Por otro lado, la residencia patrilocal es una limitante, sobre todo cuando las mujeres son originarias de otras regiones, pues crea un mayor distanciamiento y, por ende, mayor desconocimiento o incluso conflictos entre las familias. También la ruptura del núcleo familiar y el hecho de que las parejas contraigan un nuevo matrimonio dificulta el acercamiento, ya que los otros miembros lo consideran difícil, incorrecto o que pudiera provocar conflictos, por lo que, ante esta situación, decidí respetar la solicitud de mis interlocutoras.

6. HACIA UN ANÁLISIS LOCAL-GLOBAL

6.1 Narrativas en torno a la mortalidad materna

La muerte de una mujer asociada al embarazo, parto o puerperio, conlleva procesos sociales, culturales, simbólicos y emocionales al interior de la comunidad y en el ámbito familiar, que le dan un carácter diferencial a otras muertes y heterogéneo en su construcción.

En este sentido, la narración de las experiencias en torno a la muerte de cada una de las mujeres permite identificar las diferentes maneras en que los objetos que intervienen se ponen en relación y se internalizan en las subjetividades de los interlocutores. De este proceso de co-construcción surgen enunciados acerca de la muerte materna que dan cuenta de una serie de significados y representaciones originados a partir de las experiencias, tanto individuales como colectivas. Estas construcciones son diferenciales en función de la perspectiva de cada actor social, es decir del sujeto que la enuncia, pero también dependen de otros mediadores como la temporalidad, la memoria, el vínculo con la mujer fallecida, las expectativas y consecuencias. En función de dichos elementos, la muerte materna puede ser tan inesperada, evitable e individual, como esperada, inevitable y colectiva. Más allá de ser oposiciones dicotómicas, estos dualismos reflejan procesos en diferentes niveles y en los que intervienen diversos actores en interacción.

En el ámbito global, la muerte materna se conceptualiza como evitable, siempre y cuando se logre una detección oportuna de las complicaciones y haya recursos de atención disponibles y de calidad. En el contexto local, la difusión de información y el conocimiento de los signos de alarma en el embarazo, parto o puerperio, así como la posibilidad de acudir inmediatamente a los servicios de salud, son elementos indispensables para evitar una muerte materna. Sin embargo, las experiencias de las personas vinculadas a las muertes maternas evidencian ciertas tensiones respecto de estos planteamientos. En el caso de Ariadna, la narrativa refleja un amplio conocimiento y acceso a formas de prevención y recursos de atención, que además de haber resultado insuficiente, constituye la base para un cuestionamiento constante acerca del carácter evitable de la muerte materna, como comenta su hermana:

“La verdad es difícil para uno como familiar, sobre todo para asimilarlo, porque yo a la fecha me hago muchas preguntas, aunque mi papá me dice: «Tú no eres médico, y aunque lo hubieses sido, a lo mejor ni en tus manos hubiera estado».”

Para el personal de salud, esta noción asociada a la mortalidad materna tampoco es una realidad, debido a las limitantes de infraestructura y recursos humanos y materiales, por lo que frases como esta: *“de tantas que hay, algunas se tienen que morir, no se puede todo”*, se escuchan con frecuencia. Por la misma situación, en los hospitales de la región, los médicos prefieren referir a las mujeres que presentan alguna complicación, a una institución con mayor capacidad resolutiva como los que se encuentran en la capital del estado, y como comenta un médico: *“allá prácticamente las refieren por obligación o por caridad;*

así, algunas salen y otras se mueren". Mientras tanto, en uno de los hospitales de la capital señalan que la mayoría de las mujeres con complicaciones llegan muy graves *"y ya no se puede hacer nada por ellas"*.

Además de evitables, las muertes maternas se consideran entre las causas de muerte prematura en las mujeres, ya que ocurren antes de la edad promedio de muerte, que en la actualidad supera los sesenta años (Lozano, 2012). Las mujeres, cuyos casos se presentaron, fallecieron entre los 29 y los 38 años de edad, por lo que se describen como *"inesperadas"*, pues difícilmente se concibe la posibilidad de que una mujer muera en esta etapa del ciclo vital. Sin embargo, las muertes también resultan inesperadas debido a sus causas, pues ninguna de ellas tenía alguna enfermedad diagnosticada antes del embarazo, ni fue considerada como de riesgo al inicio del mismo. En el caso de Ariadna, la muerte se considera repentina, por ende, más difícil de comprender, a diferencia de otra de sus hermanas que había fallecido pocos años antes por complicaciones de epilepsia; en este caso *"la muerte era más asimilable, nos habíamos hecho a la idea, como tendía a darle ataques en la calle, sabíamos que podía tener un ataque o una caída, que algo podía pasar"*, comenta su hermana.

En el proceso de asimilación de la muerte de las mujeres, la temporalidad en la narrativa tiene un papel fundamental, pues como se ha mencionado, el periodo transcurrido entre la aparición de las complicaciones y el fallecimiento de las mujeres es muy corto, sin embargo, en la reconstrucción de los eventos se puede identificar un nuevo esfuerzo por explicar la transición de lo que se considera

normal a la aparición de un trastorno que desencadena la búsqueda inmediata de recursos de atención que no estaban contemplados, y de este momento a la muerte. En esta última fase, las experiencias del padecer, propias de cada uno de los familiares y sus percepciones como usuarios de los mismos servicios de salud son un elemento fundamental, que convierte la muerte en algo esperado, como recuerda la cuñada de Inés:

“No me extraña que haya sucedido en ese hospital, pues ahí siempre pasa que no atienden a las mujeres... Cuando yo fui, porque me dijeron que mi embarazo era de riesgo -tenía el dispositivo [intrauterino]-, no me querían atender, y yo no era la única, había muchas mujeres, a unas les escurría la sangre por las piernas y en el piso y nadie las atendía”.

Sobre todo, porque los recursos empleados para atender las complicaciones, en la mayoría de los casos no eran los que las mujeres habían elegido como recurso principal de atención, pero ante las limitantes que tienen los servicios privados disponibles, estos son los centros de referencia establecidos y la única alternativa accesible, pues un hospital privado en la capital del estado, resulta incosteable.

Las experiencias previas y los saberes transmitidos al interior del grupo social, sobre todo las de otras mujeres de la familia, también contribuyen de diversas maneras en la construcción de las representaciones sobre el proceso reproductivo, las complicaciones y la muerte materna. Por ejemplo, en el caso de Inés, un embarazo anterior sin alteraciones y un parto normal eran su parámetro de referencia, además las experiencias negativas de sus familiares que requirieron cesárea, le generaban mucho temor sobre este procedimiento. Por el contrario, las

hermanas de Ariadna reconocían que la cesárea probablemente les había salvado la vida, pues al igual que ella, también habían tenido complicaciones durante su embarazo. Así, las nociones de riesgo asociado al proceso reproductivo también se construyen de manera diferencial, lo cual influye en la toma de decisiones y en los recursos empleados en la trayectoria de atención.

En este sentido, la vivencia de la muerte de una mujer de la familia enfatiza la noción del riesgo asociado al embarazo, parto y puerperio, que genera gran incertidumbre y conduce a un mayor control y vigilancia, que no recae de forma exclusiva en la utilización de recursos biomédicos, sino que enfatiza las formas de autoatención. En la familia de Elena, existía un temor a hablar de ello, por miedo a que le sucediera lo mismo a su cuñada, que estaba embarazada, lo que puede explicarse como una forma de prevención, que más allá del plano simbólico, refleja la ausencia de otras alternativas, pues aunque se genera desconfianza e insatisfacción con respecto a los servicios, no hay muchas alternativas accesibles. Aun en el caso de Ariadna, cuya familia tiene mayores ingresos, la posibilidad de elegir otros recursos se limita por falta de opciones de atención, por lo que una de las estrategias es tratar de buscar un seguro privado para recibir atención en la capital o ahorrar dinero para hacer frente a cualquier imprevisto, además de mantener un contacto estrecho con las mujeres que se embarazan para compartirles lo que saben, pues *“si ya pasó una vez, se debe procurar que no vuelva a suceder, porque uno va aprendiendo, si no, a la mera hora es cuando uno piensa hubiera hecho esto, o hubiera hecho lo otro...”*.

Por último, la reconstrucción de las trayectorias de atención de las mujeres fallecidas trasciende –por necesidad, más que por definición– a la experiencia individual, requiriendo del ámbito colectivo, como forma de aproximación a este evento. No obstante, también en las narrativas de los actores sociales se identifica el carácter colectivo de la muerte materna, a la que suelen referirse como algo que “le sucedió a la familia” y no sólo a la mujer. Más allá de estas nociones que pudieran limitarse a un nivel pre-reflexivo, la narración como proceso activo de co-construcción y objetivación (Berger y Luckman, 1968), refleja una transición de la experiencia intersubjetiva, es decir, aquella que vivieron “cara a cara” con la mujer fallecida, a una forma de anonimato, que no anula, sino que visibiliza la relevancia del problema en una dimensión colectiva:

“Pues yo digo que principalmente el problema fue la atención inmediata que no brindaron. Déjese de llamar Ariadna, si está llegando una paciente a urgencias, embarazada, a altas horas de la madrugada –que bien podría estar dormida, a gusto, en su casa descansando– pues es por algo que te está alertando de una situación ¿no?”

Asimismo, la voluntad de las personas de compartir y el interés de narrar sus historias se concibe como una manera de “ayudar a que no suceda lo mismo a otras mujeres en un futuro”, lo cual enfatiza la función social de la narrativa como forma de contrarrestar un evento disolutivo y dar sentido y significado a la experiencia (Good, 1994).

Por último, es pertinente resaltar, desde una mirada reflexiva, que los objetos del fenómeno de estudio no sólo se ponen en relación con los sujetos y desde sus perspectivas, sino que también entran en juego las formas de enunciación del investigador, frente al problema de estudio que ha elegido. En un inicio, consideré la muerte materna como un marcador para el estudio del impacto global en contextos locales, y de forma más concreta, de la atención deficiente y falta de articulación en los servicios de salud, tomando en cuenta que la región contaba con servicios de salud accesibles en términos geográficos y económicos, además de que el panorama sociodemográfico era distinto al que suele relacionarse con el mayor riesgo de mortalidad materna.

Sin embargo, las narrativas co-construidas con los diferentes interlocutores, han transformado y dotado de mayor complejidad los supuestos acerca de la muerte materna, a partir de los cuales planteé el desarrollo de esta investigación. Así, las narrativas no sólo recuperan la voz de los actores sociales, sino que han sido un aprendizaje y una fuente de conocimiento, en las que las contradicciones, los faltantes y las ausencias, son también relevantes. En este sentido, resalto la perspectiva de V. Das que considera a la narrativa como acto social y como proceso abierto e inacabado, y como “un trabajo continuo y difuso sobre el día a día, modo fundamental de construir el tiempo y negociar las fronteras del yo, la diferencia y la sociabilidad” (2008:45), por lo tanto:

“estos testimonios no pueden entenderse exclusivamente desde el análisis textual; hay que comprenderlos en su sociabilidad, acompañados de su eficacia social e inscritos en contextos que incitan de manera

simultánea el discurso y propician zonas de silencio que recubren amplias zonas de la experiencia social. Desde esa perspectiva es posible entender que esos silencios no son producto de memorias reprimidas que habitan el inconsciente ni constituyen rupturas en la capacidad expresiva del lenguaje. Son, ante todo y por muy paradójico que parezca, apropiaciones del dolor y estrategias de agenciamiento” (2008:45-46).

6.2 La muerte materna como marcador múltiple

Como estrategia metodológica para la generación de la información, las narrativas tienen un potencial relevante en el método de caso extendido, al dotar la etnografía de un carácter reflexivo que involucra el posicionamiento del investigador, pero también al incorporar en la mirada etnográfica a los sujetos como participantes activos, cuyos testimonios emergen para consolidarlos como testigos de su historia y como agentes de transformación, tanto en el ámbito de su propia experiencia, como en al interior de complejas estructuras y relaciones de poder (Garro y Mattingly, 2000).

Para el análisis, se requiere de mediadores que permitan vincular de forma explícita las perspectivas interpretativa y crítica de la antropología, para dar cuenta de las interacciones –coincidencias, tensiones y contradicciones– que se establecen entre los diversos actores y estructuras sociales en torno al proceso salud/enfermedad/atención-desatención. Uno de los ejes de articulación propuestos es la noción de sufrimiento social, dado que resalta la cotidianidad y

hace referencia a las diversas dimensiones de la experiencia humana, entre estas, la salud, la moral, la religión, la legalidad y el bienestar, además de inscribirla en un contexto caracterizado por estructuras ancladas en fuerzas sociales y relaciones de poder (Das, 2008).

En este sentido, la aproximación a la mortalidad materna desde el método de caso extendido, permite explorar tanto elementos de la narrativa del sufrimiento social (Das, 2008), así como del contexto meso y macro estructural, para dar cuenta de este problema de salud. Las experiencias de las personas vinculadas, se observan permeadas por incertidumbres; desde la falta de información en los hospitales que limitó las posibilidades de gestión o de búsqueda de alternativas, la firma de un consentimiento informado, cuyas implicaciones eran sólo sospechadas, hasta las explicaciones insuficientes sobre las causas, que permanecían desconocidas o incomprendidas. Por otra parte, en las trayectorias de atención y procesos de desatención, se observan formas de señalamiento social y culpa, que se generan y reproducen en ambas direcciones, del personal de salud hacia las familias y viceversa. A su vez, esto se puede explicar cuando se identifican las limitaciones del contexto de servicios de salud y políticas públicas vinculadas con la atención a la salud reproductiva y prevención de la muerte materna, sin embargo estas relaciones se encuentran desarticuladas de la vivencia cotidiana de los sujetos.

Asimismo, a la luz de las perspectivas teóricas se propone su estudio como un marcador, lo que implica ahondar, desde una perspectiva crítica y relacional, en los múltiples procesos políticos, económicos, pero también biológicos, sociales,

culturales y simbólicos en torno a ésta, no como elementos estáticos, sino como aspectos que constantemente producen y reproducen relaciones de poder asimétricas y formas de desigualdad, que se concretizan en los cuerpos de las mujeres al incrementar las condiciones de vulnerabilidad y con ello el riesgo de enfermar o morir. Además, estas relaciones ocurren en diversos espacios institucionales como la familia, los entornos comunitarios o los servicios de salud, cuyas estructuras reproducen la inequidad de género, generación, clase social, grupo étnico y otras que se asocian con un estatus diferencial (Freyermuth, 2000; 2003; Freyermuth y Argüello, 2010).

Uno de los procesos evidentes en los casos de muerte materna en este contexto particular es la incorporación, en diferentes niveles, de las nociones biomédicas en torno al proceso reproductivo, lo que teóricamente constituye un mayor conocimiento que podría contribuir a la prevención de estas muertes. Esto se manifiesta, en primer lugar, por la predilección de los recursos biomédicos, caracterizado por un empleo simultáneo de los recursos públicos y privados, los cuales contemplan tanto las consultas de control prenatal, la realización de estudios de laboratorio y ultrasonidos, así como para la atención del parto y nacimiento. En ninguna de las familias se contempló la posibilidad de recurrir a las parteras profesionales, tradicionales o a la atención doméstica, para el parto, pues aun cuando es frecuente escuchar que esta atención podría ser mejor *“para no tener que sufrir lo que se sufre en los hospitales”*, también se reconoce que no en todos los casos es posible y que puede haber riesgos.

Sin duda, las carencias que existen en los hospitales, en cuanto a recursos humanos y materiales, que se refleja en los tiempos de espera por falta de camas disponibles o falta de personal, sobre todo, especialistas, son ampliamente reconocidos por las familias. A ello, se suman las frecuentes quejas en relación al trato que se recibe del personal administrativo y de los profesionales de salud en estas instituciones, en donde resalta la falta de información precisa o con lenguaje comprensible y las respuestas prepotentes o evasivas, cuando los familiares hacen alguna pregunta. Sin embargo, no hay muchas alternativas disponibles, que permitan elegir otra forma de atención médica, aun considerando la oferta privada, pues por lo general, los mismos médicos que atienden en el sector público o instituciones de seguridad social, están a cargo de las clínicas particulares.

Aunado a lo anterior, la incorporación de los discursos y conocimientos biomédicos en los saberes domésticos es otra manifestación de este proceso, impulsado a través de las políticas y programas, pero también es el resultado de las experiencias o intercambios previos que han tenido otros familiares o personas de la comunidad con el campo médico. Este da como resultado una serie de conocimientos que brindan mayor posibilidad de demandar atención de manera oportuna, pero al no ser reconocidos o validados por los profesionales de salud, no garantizan que dicha atención sea recibida. Aun cuando se reconocen estas limitantes, el acceso a los servicios de salud se reconoce en la comunidad como un derecho que hay que ejercer, en la medida de las posibilidades de cada individuo o grupo, lo cual representa otra de las formas en que se consolida la

hegemonía del modelo médico, pero también permite explicar algunas formas de desatención.

Por otra parte, cuando surgen complicaciones en el embarazo, parto o puerperio y se convierten en una muerte materna, se puede dar cuenta de los procesos de desatención como una serie de eventos complejos en los que intervienen diferentes instituciones y actores sociales. Además, estos no sólo involucran los actos u omisiones evidentes, sino también los silencios y las ausencias. Así, resulta evidente la confluencia de procesos de desatención relacionados con los recursos biomédicos, pero también es necesario explorar el ámbito familiar, pues aunque en estos casos no se observó de manera explícita, las asimetrías en las relaciones inter e intragenéricas, han sido ampliamente descritas, como se ha abordado a lo largo del texto.

En este sentido, la estructura familiar de carácter patrilocal pueden condicionar el estatus de la mujer y limitar la posibilidad de decisión y acción de las mujeres, pues no solo adquiere relevancia la relación de la mujer con la pareja, sino también la relación de suegra-nuera, aunado a la separación de la familia de origen. En la comunidad es reconocido que estas relaciones pueden conllevar distintas formas de maltrato físico, verbal y económico o ser una barrera para el acceso en la atención, por lo que los profesionales de salud consideran a la suegra un actor clave al momento de brindar información o consejería. Como ejemplo, un médico señala: *“cuando la suegra acompaña a la paciente y yo le digo que necesito hacer cesárea, la suegra dice que no, que la mujer tiene que poder,*

pero si se trata de la hija, entonces la madre pide que se le haga lo necesario para que no sufra". En los casos presentados, se identifican formas más sutiles que dan cuenta de las normas, valores y jerarquías al interior de la estructura familiar, pues ciertas características, calificadas como positivas en las mujeres, como "no quejarse", "ser discreta", "no descansar", o "aguantarse" para evitar que otros miembros de la familia se preocupen, en este contexto pudieran determinar la posibilidad de reconocer un trastorno o de acceder a una atención oportuna.

Sin embargo, aun cuando las mujeres tienen un mayor estatus en la familia, vinculado a un mayor acceso a la educación, a los recursos económicos derivados del trabajo remunerado a la seguridad social, se pudo identificar que esta autonomía resultaba en un distanciamiento importante de las redes de apoyo que implican, además de recursos materiales, elementos simbólicos y un conjunto de saberes y experiencias, que consolidan las formas de autoatención. Estas rupturas se hacen evidentes en las ausencias, pues incluso las suegras, cuñadas y hermanas de las mujeres que habían acompañado durante todo el proceso de manera cercana, reconocían que había muchas cosas que no sabían; ante mis preguntas, se planteaban nuevos cuestionamientos, por ejemplo: ¿Se pudo haber evitado la muerte? ¿Había algo más que pudiéramos hacer? ¿Las complicaciones pueden ser repentinas? o ¿Había comenzado antes y no lo notamos?

También en relación a la estructura familiar, la muerte materna hace evidentes las formas de organización en torno al proceso reproductivo, pero sobre todo, las

transformaciones en estas dinámicas como consecuencia del fallecimiento de la mujer. La muerte materna, por ocurrir en los años de vida reproductiva –y productiva– de las mujeres, tiene importantes consecuencias en las dinámicas de organización familiar en torno al trabajo de crianza, pero también al trabajo remunerado, considerando la mayor participación de las mujeres en el sostén de las familias en general, pero particularmente, en los casos presentados. Si bien el trabajo reproductivo y de crianza se asocia principalmente a la mujer con toda la red social que lo posibilita (Berrio, 2013), ahora esta red tiene mayor peso y requiere de importantes ajustes, para el cuidado de los hijos. Al respecto, se evidencia que ambos recaen en alguna de las mujeres de la familia, generalmente la abuela paterna, obedeciendo a la forma de residencia patrilocal, pero además, estrechamente relacionado al hecho de que en ninguno de los casos presentados, la madre de la mujer fallecida vivía. Esta dinámica coincide con un sin número de investigaciones que resaltan el papel de la mujer en el cuidado y en el proceso salud/enfermedad/atención (Módena, 1990; Osorio, 2001; Pelcastre *et al*, 2006), sin embargo, A. Paulo (2015) señala la necesidad de enfatizar las diferencias entre las mujeres de la familia que asumen determinados roles y hacer explícito el rol de las abuelas, dado que en la actualidad no necesariamente son personas que requieren ser atendidas por otros miembros de la familia, sino que llevan a cabo un rol activo en el cuidado, en este caso, de los nietos, que puede extenderse incluso al sostén económico, debido a la falta de otros soportes sociales.

A las transformaciones que ocurren en la familia y a los cambios que pueden esperarse en las dinámicas comunitarias, se suman las importantes rupturas de las formas de organización comunitaria, como consecuencia de las intervenciones verticales dados por los programas de desarrollo y las políticas públicas en salud. Al respecto, las estrategias implementadas en torno a la reducción de las cifras de mortalidad materna, son de particular interés, pues aun cuando se ha documentado un avance importante, no han sido inocuas en el ámbito local. Tanto las experiencias individuales y colectivas, como las trayectorias de atención-desatención, identificados en la reconstrucción de estos casos, dan cuenta de las maneras en que las políticas y programas para prevenir la muerte materna han resultado en una apropiación del cuerpo individual y social, es decir, en un control y disciplinamiento del cuerpo y de los saberes acerca del mismo. Los tres cuerpos permiten explicar diferentes niveles del ámbito local en que impactan las intervenciones -discursos y prácticas- en torno a la salud sexual y reproductiva y la prevención de la mortalidad materna y, al mismo tiempo, es a partir del cuerpo en sus tres dimensiones que los actores sociales emprenden una búsqueda activa de la inclusión en nuevas formas de ciudadanía a través de las cuales se aproximan a ese derecho «universal» e «inalienable» y participan de la responsabilidad individual que este derecho implica.

Así, mientras que estas políticas se basan en el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, en la práctica se traducen en discursos opuestos, que devienen en francas violaciones de estos derechos en aras del bienestar de los individuos y las poblaciones. En el trascurso de este estudio de la mortalidad

materna, se hicieron evidentes algunos supuestos, desde la perspectiva de los profesionales de salud imperaba la noción de que *“la única forma de que no haya muertes maternas es que no haya embarazos”*, lo cual implica que el mayor esfuerzo realizado tiene que ver con garantizar el uso de los métodos de planificación familiar. Desde la perspectiva de las mujeres de la comunidad, estas políticas son un condicionamiento para recibir los apoyos de los programas, pues *“si no van les ponen falta”*, pero también se identifica mayor conocimiento respecto al ámbito de los derechos, derivado de la mayor preparación de las mujeres en la comunidad y de las relaciones con diversas instancias gubernamentales y organismos no gubernamentales, por lo que los cuestionamientos respecto a estas políticas son cada vez más frecuentes: *“a ellos no les importa nuestro bienestar, sino que nos quieren controlar la natalidad”*. Estos a su vez se anclan a una serie considerable de casos de anticoncepción y esterilización forzada, cuyos relatos surgían de manera constante en entrevistas formales e informales con las mujeres de la comunidad. Si bien, no siempre se identificaban casos de mortalidad materna, la estancia prolongada permitió identificar estas problemáticas estrechamente vinculadas con las políticas en el ámbito de la salud reproductiva y con las estrategias para prevenir la muerte materna.

7. CONSIDERACIONES FINALES

7.1 Diálogos necesarios en torno a la mortalidad materna

El presente estudio fue motivado por la intención de dar voz a los actores sociales que estuvieron vinculados a una muerte materna, para reconocer las complejas trayectorias que vivieron junto con la mujer para hacer frente a las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, y ante la muerte al interior de este proceso. Sin embargo, para hacer visibles estos procesos, no solo requiere de recuperar estas voces, sino de la posibilidad de aprender de ellas y sumarlas al bagaje de saberes en torno a los problemas de salud.

Por otra parte, también resultó de gran interés poder dar cuenta de un contexto relativamente distinto al que suele asociarse con cifras alarmantes de mortalidad materna, los cuales son poco estudiados. No obstante, permiten resaltar que en el estudio de la mortalidad materna, las cifras son un indicador importante, pero cada muerte cuenta en sí misma, por la diversidad de procesos –micro, meso y macro estructurales– que se hacen evidentes en torno a ella.

En ambos sentidos, los resultados y debates antes expuestos buscan resaltar la necesidad de un diálogo entre saberes y prácticas de individuos, de grupos sociales y de instituciones, en un sentido práctico, pero también entre disciplinas, modelos y paradigmas, es decir, en el ámbito de las propuestas teóricas y metodológicas. Al respecto E. Renault (2010) sugiere que cuando la investigación en ciencias sociales aborda las experiencias en términos de sufrimiento social,

necesariamente surgen cuestionamientos que exceden los límites de la disciplina, traduciéndose en dilemas teóricos, en tanto que trata de la propia naturaleza de la experiencia, pero también políticos, dada la crítica social que conlleva. Por lo tanto, se requiere de un marco interdisciplinario capaz de explorar las dimensiones físicas, sociales y culturales de la experiencia social.

En este sentido, se justifica insistir en las potencialidades de la antropología médica en el abordaje de la mortalidad materna, ya que constituye un espacio privilegiado para la articulación del método, con las diferentes teorías y con el conocimiento generado en la investigación empírica. Además, la ponderación, e incluso la necesidad de un posicionamiento del investigador y una dimensión reflexiva como eje transversal, es imperante en el contexto global que enmarca su estudio.

Al respecto, A. Kleinman (2013) señala que el pensamiento crítico y reflexivo son indispensables, en los actores sociales involucrados con la toma de decisiones en el ámbito global –del cual, muchas veces los investigadores forman parte–, como una manera de mitigar los efectos y consecuencias del diseño, desarrollo, implementación de las políticas globales en los contextos locales, pues aun cuando se considera que muchos de estos efectos son inesperados e inherentes a los ajustes estructurales derivados de dichas políticas, las consecuencias son mayores si se disocia el proceso de toma de decisiones de la experiencia vivida de los sujetos.

Las investigaciones como la que se presenta, sin duda alguna, tienen como motivación principal aportar mediante la integración de conocimiento, sin embargo, considero, en este punto, que uno de sus mayores potenciales es generar preguntas, sugerentes de reflexión, antes que de acción. Por ejemplo, al hablar de las implicaciones del abordaje global en contextos locales ¿realmente pueden considerarse involuntarias o inesperadas?, ¿qué efectos continua produciendo?, ¿qué legitima?, ¿qué cambia?, son preguntas que aluden a una mirada crítica de la salud global, como un ámbito que permite explicar algunas dimensiones de la mortalidad materna, pero que también requiere una visión crítica, pues al igual que cualquier concepto, produce constantemente sentidos y significados.

Así, los planteamientos que se han planteado en este trabajo, desde una mirada retrospectiva, son un acercamiento a una larga trayectoria que ha consolidado a la mortalidad materna como problema de salud, como indicador y como marcador en diferentes niveles y dimensiones. Pero al mismo tiempo, es un trabajo inacabado que se suma al constante flujo de información, análisis, investigaciones y evaluaciones de programas en torno a la salud reproductiva a nivel nacional e internacional, que fueron impulsados y posibilitados, en gran parte, por las directrices y estrategias globales concretadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, pero ¿qué sigue después de 2015?

7.2 Mortalidad materna y salud reproductiva después de 2015

En el ámbito de la salud reproductiva, el año 2015 representa un periodo crucial, dado que concluye el periodo planteado para el logro de las metas relacionadas

con los ODM, y por ende, el momento para definir las estrategias de continuidad o las prioridades en el ámbito de la salud global. Así, en relación con los acuerdos generados durante la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2015, se estableció la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente 2016-2030, de acuerdo con las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la cual “tiene como meta acabar con todas las muertes evitables de mujeres, niños y adolescentes, además de crear un entorno en el que estos grupos de población no solo sobrevivan, sino que además se desarrollen y vean transformarse sus entornos, su salud y su bienestar” (OMS, 2015).

Para ello, se plantea la necesidad de una participación de diversos ‘asociados’ para resolver las desigualdades en el acceso y la calidad de la atención, lograr una cobertura universal, abordar todas las causas de mortalidad materna, reforzar los sistemas de salud para que puedan responder a las necesidades y prioridades de la población y garantizar la rendición de cuentas con el fin de mejorar la calidad de la atención y la equidad, lo cual debe traducirse en una reducción de la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos (OMS, 2015; 2016).

Aun se requiere ahondar en los indicadores que guiarán a México en torno a los objetivos propuestos y, en particular, las metas relacionadas con la salud materna. Este ámbito resulta de particular interés, pues México se encuentra muy cerca de la meta planteada a nivel mundial, sin embargo, enfrenta aún importantes retos en torno al acceso, la calidad de los servicios de salud, y otros problemas de salud

estrechamente vinculados, que se observan en las crecientes demandas por garantizar el acceso a la interrupción legal del embarazo de manera segura, la prevención del embarazo en niñas y adolescentes, el acceso a métodos de planificación familiar y anticoncepción de emergencia, la prevención de enfermedades transmisibles y de causas indirectas de la mortalidad materna, así como las diversas formas de violencia de género contra las mujeres, entre estas, la violencia institucional y obstétrica, que constituyen también formas de violencia estructural. En este sentido, el recorte del presupuesto asignado en México en el Proyecto del Presupuesto de Egresos de la Federación para 2016, es ya un primer dato de alarma, pues se ha identificado una reducción de -5.43% al presupuesto del Sistema de Protección Social en Salud con respecto al 2015 y el gasto etiquetado en salud materna, sexual y reproductiva muestra una tasa de decrecimiento de -7.41% en relación al mismo año, igualmente el presupuesto del Ramo 12 (Salud) disminuyó un -6.73% (Díaz Echeverría, 2016).

Cabe señalar que, la mortalidad materna se ha configurado como un problema estrechamente vinculado a la falta de acceso a los servicios de salud de calidad y a otros determinantes asociados a índices bajos de desarrollo humano, en los últimos años, se ha mostrado evidencia de una transición epidemiológica y sociodemográfica de la mortalidad materna en México, caracterizada por una mayor concentración de muertes maternas en regiones urbanas con indicadores de desarrollo medio-alto, que cuentan con servicios hospitalarios cercanos (Delgado *et al*, 2013), lo cual aumenta la heterogeneidad del problema y confirma

la pertinencia de incluir perspectivas que amplíen el enfoque de determinantes sociales.

Este complejo panorama se refleja en el comportamiento oscilante que ha tenido la evolución de la RMM en México, pues aunque han disminuido las cifras de manera general, las variaciones en ciertas entidades siguen mereciendo especial atención. Al concluir el 2015, fecha fijada para el cumplimiento de las metas del milenio, México había logrado un avance considerable, registrando 712 defunciones maternas a nivel nacional, de acuerdo con el informe de la Dirección General de Epidemiología, sin embargo, para abril de 2016 ya se han contabilizado 192 defunciones, en comparación con 166 para este periodo en el año anterior.

Cabe señalar que, este panorama no es exclusivo para México, sino que a nivel mundial se reconoce que a pesar de la reducción de la mortalidad materna y los avances en términos de desarrollo, aún existen países en situaciones alarmantes, pero también se observan cambios importantes en los patrones asociados a la mortalidad materna, lo que se ha denominado transición obstétrica. Esta se caracteriza por un incremento de las causas indirectas de muerte materna, un predominio de las muertes asociadas a enfermedades no transmisibles y una población en etapa reproductiva que incluye mujeres de mayor edad. Asimismo, la disminución en la RMM, se acompaña de un aumento en la institucionalización de la atención obstétrica que, eventualmente, conlleva un mayor riesgo de sobre-

medicalización (Chaves *et al*, 2015). De acuerdo con los autores, esta transición gradual puede explicarse a través de cinco etapas, sintetizadas en la **Tabla 5**.

Esta propuesta, se correlaciona estrechamente con la situación nacional, al mismo tiempo que constituye un punto de partida para reflexionar sobre los retos que enfrenta la situación de salud materna en los próximos años. Sin embargo, como todo modelo, no es un reflejo exacto de la realidad, sino que invita a considerar cada uno de sus elementos como procesos dinámicos e interrelacionados, que requieren de un abordaje desde múltiples dimensiones.

Conforme avanzan las etapas, se hace más evidente la complejidad de las relaciones, pues hacer frente a las condiciones macroestructurales, requiere, en primera instancia, de hacer visibles las formas de violencia que conlleva, antes de pretender explicarlos, lo cual implica ir más allá del abordaje de los determinantes sociales como una serie de variables, pero también requiere pasar del enfoque de los derechos humanos a una perspectiva ética y reflexiva, que aún no encuentra lugar en las políticas neoliberales del desarrollo estrechamente vinculadas al ámbito de la salud global.

Tabla 5. Etapas de la transición obstétrica

ETAPA	RMM	DESCRIPCIÓN
I	>1000	Cifras muy altas Fertilidad elevada Predominio de las causas directas Acceso limitado a la atención profesional
II	999-300	Cifras de mortalidad y fertilidad elevadas Mayor acceso a la atención obstétrica
III	299-50	Fertilidad variable. Predominio de causas directas. Acceso relativamente mayor, pero desigual. La calidad de la atención se convierte en uno de los principales determinantes. Especial interés en la saturación de los servicios de salud. Requiere involucrar la participación de los tres niveles de atención y fortalecer la atención de emergencias obstétricas.
IV	<50	Disminución de la RMM y la fertilidad. Causas indirectas de la mortalidad materna Aumenta la relevancia de las enfermedades crónico-degenerativas La excesiva medicalización se convierte en una amenaza para la calidad y el bienestar materno y neonatal.
V	<5	Las cifras son bajas y las tasas de fertilidad muy bajas Las causas indirectas se acocian principalmente a enfermedades crónico-degenerativas. Los mayores retos son los avances frente a la violencia estructural, el abordaje adecuado en situaciones de mayor vulnerabilidad (población migrante, desplazamientos forzados, refugiados, etc.) y mantener la calidad y sustentabilidad de los servicios de salud.

Fuente: Adaptado de Chaves, *et al*, 2015.

7.3 Recomendaciones

A manera de conclusión, los resultados del presente estudio permiten proponer algunas recomendaciones e insistir en otras que ya han sido consideradas en recientes investigaciones. De manera general, estas se enfocan en el acceso y calidad de los servicios de salud, que requiere fortalecer las perspectivas de

género, derechos humanos –considerando los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a la salud– y la pertinencia cultural o el enfoque intercultural. Por otra parte, los esfuerzos, principalmente originados en organizaciones de la sociedad civil, han resaltado las consecuencias y los potenciales efectos adversos de la excesiva medicalización de la atención durante el proceso reproductivo, así como de las violaciones sistemáticas de los derechos de las mujeres durante la atención, promoviendo la incorporación de alternativas como el enfoque humanizado de atención o el modelo atención de la partería. A ello, se suman pertinentes recomendaciones en torno a la asignación de presupuesto, pero sobre todo, a la necesidad de incrementar los mecanismos de transparencia y rendición de cuentas por parte de las instancias gubernamentales y de salud.

Con respecto a los servicios de salud, en términos de infraestructura y recursos humanos, tanto en el primer nivel de atención como en el segundo, es indispensable mejorar el abasto de insumos y materiales, así como de mecanismos para el traslado de pacientes. Además, implementar procesos de capacitación y supervisión del personal de salud, de acuerdo con las normas, guías, recomendaciones y evidencias vigentes (Sachse *et al*, 2013). Con base en estos mismos términos, es necesario hacer énfasis en la supervisión y regulación de los servicios médicos privados que intervienen, cada vez con mayor frecuencia, en la atención del embarazo, parto vaginal y cesárea. Asimismo, es relevante considerar los faltantes en el sector privado, dada la creciente oferta y demanda que existe en contextos como el que se ha estudiado, en donde, además, este sector comparte muchas carencias con las instituciones públicas.

En relación a la atención de emergencias obstétricas, se enfatiza la importancia de la difusión, el seguimiento y la evaluación del Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, así como el fortalecimiento de redes y vínculos de colaboración que se derivan de éste (Ramírez y Freyermuth, 2012), considerando también que en regiones como la que se presenta, las clínicas particulares no cuentan con la infraestructura o el personal indicado para la atención de complicaciones. Sin embargo, resulta indispensable sumar esfuerzos para mejorar la articulación existente entre los diferentes niveles de atención, los diferentes sectores –público y privado–, e incluso, los diferentes modelos de atención disponibles, no sólo para las situaciones de emergencia, sino para la atención obstétrica en general, resultando en la prevención de la muerte materna, pero también promoviendo y facilitando el acceso de las mujeres y sus familias a los servicios de salud.

Por otra parte, el rol que han desempeñado las organizaciones de la sociedad civil, en la generación de recursos de atención que incorporan modelos alternativos de atención, no sólo es pertinente, sino que es innegable que en la actualidad desempeña un papel activo en la satisfacción de las necesidades de las comunidades, tanto indígenas, como rurales y urbanas. Estas acciones están cumpliendo ciertas funciones que refuerzan un discurso de déficit de estado, es decir, de un estado insuficiente que ha abandonado a sus ciudadanos (Aretxaga, 2003), pero que no exigen a las instituciones de un marco de colaboración y no sólo de subordinación, como lo han ejercido hasta ahora. Es evidente que estas

alternativas no pueden resolver las complicaciones, ni proveer la atención pertinente en caso de una emergencia obstétrica, pero si están resolviendo otras carencias, como la excesiva saturación de los hospitales y satisfaciendo las demandas de las mujeres que buscan ser actores centrales del proceso reproductivo, en un marco de derechos y ejercicio de la ciudadanía. Por lo tanto, una posible recomendación apuntaría a diseñar estrategias de colaboración y articulación con estos recursos, que se han ido conformando dentro del marco de la atención primaria a la salud, así como a fortalecer los procesos colectivos de acompañamiento y participación conjunta.

Finalmente, el abordaje de los problemas de salud global, busca fortalecer la participación social en términos de una responsabilidad individual vinculada al ejercicio de la ciudadanía, en donde la información es uno de los elementos centrales. Así, los y las ciudadanas deben ser participantes activos en la gestión de su salud, al mismo tiempo que se convierten en consumidores tanto de saberes, ideologías, como de recursos y tecnologías a partir de ser impulsados, por las diversas instituciones, a entender su existencia biológica en general y su condición en particular (Rose y Novas, 2005). Al respecto, es pertinente reconocer la posibilidad diferencial en el ejercicio de los derechos, pero también las limitantes de estas perspectivas en comparación con las posibilidades de gestión y consolidación de redes que brinda el trabajo colectivo, como propone la interculturalidad crítica. Sin embargo, esta dimensión microsocial resulta ser la que requiere de mayores esfuerzos a nivel meso y macro estructural para dar cabida a la construcción de un diálogo horizontal.

REFERENCIAS

- Aretxaga, B. (2003) Maddening States, en *Annu Rev Anthropol*, No. 32, pp. 393-410.
- Berrio Palomo, L. R. (2013) “Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud”. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero. Tesis de doctorado en Ciencias Antropológicas. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Berger, P. y Luckman, T. (1968) La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorroutu.
- Bilbeny, N. (1995) El idiota moral. La banalidad del mal en el siglo XX, 2ª ed. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2000) La domesticación masculina. Barcelona: Anagrama.
- Breilh, J. (2013) La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 31, pp. 13-27.
- Bruner, E. (1986) Experience and its expressions. En: Turner, V. M. y Bruner, E. M. (ed). The anthropology of experience. Urbana: University of Illinois Press.
- Burawoy, M. (1998) The Extended Case Method, en *Sociological Theory*, American Sociological association, 16(1):4-33.
- Campos Navarro, R. (2004) “Experiencias de Salud Intercultural en América Latina.” En: Fernández Juárez, G. (coord.) Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas. Ecuador: Ediciones Abya-Yala, pp. 129-151.
- Campos Navarro, R. (2010) “Mejoramiento de la calidad y del acceso a los servicios con énfasis en la salud sexual y reproductiva para el ejercicio de derechos y la reducción de la mortalidad materna e infantil”. En: Fernández Juárez, G. (ed.) Salud,

- interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir. Ecuador, Abya-Yala, pp. 195-222.
- Cárdenas, R. (2000) El uso de la autopsia verbal en el análisis de la salud, en *Estudios Demográficos y Urbanos*, No. 45: 665-683.
 - Castilleja González, A. (2011) “La presencia de los ausentes. Un estudio de movilidad de población y la migración en tres zonas indígenas de Michoacán”. En: Nolasco, M. y M. A. Rubio (coord.) *Movilidad migratoria de la población indígena de México: las comunidades multilocales y los nuevos espacios de interacción social*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
 - Castilleja González, A. (2013) *Conversación personal, diario de campo*.
 - Castro, R. (2009) *Reducción mortalidad materna en Chile: lecciones aprendidas*. Chile: Ministerio de Salud.
 - Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2007). *Redes sociales en salud materna y perinatal. Guía de operación*. México: Secretaría de Salud.
 - Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2009) *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*. México: Secretaría de Salud.
 - Cerri, C. (2011) Dilemas éticos y metodológicos en el trabajo de campo. Reflexiones de una antropóloga, en *Revista de Antropología Experimental*, No. 11, España, pp. 361-370.
 - Chaves, S. C., *et al* (2015). Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(4-5), 203-210.

- Cisterna Cabrera, F. (2005) Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa, en *Theoria*, Vol. 14 (1); 2005, pp. 61-71.
- Comelles, J. (2004) “El regreso de las culturas. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI”. En: Fernández Juárez, G. (coord.) Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas. Ecuador: Abya-Yala, pp. 17-30.
- Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (2015) ¿Quiénes somos?, México [en línea] Disponible en: <http://www.maternidadsegura.org.mx/> [Consultado el 16/12/15].
- Córdova Plaza, R. (2002) Y en medio de nosotros mi madre como un Dios: de suegras y nueras en una comunidad rural veracruzana, en *Alteridades*, vol. 12, núm. 24, julio-diciembre, 2002, pp. 41-50.
- Córdova Villalobos, J. A. (2010) Estrategia Prioritaria 2011-2012 para Reducir la Mortalidad Materna. México: Secretaría de Salud [en línea] Disponible en: <http://www.omm.org.mx/images/stories/documentos/EstrategiaPrioritariaMM2011-12.pdf> [Consultado el 25/02/16].
- Das, V. / Ortega, F., editor (2008) Sujetos del dolor, agentes de dignidad. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas / Pontificia Universidad Javeriana. Instituto Pensar.
- Dirección General de Epidemiología (2016) Informes Epidemiológicos. México, Secretaría de Salud [en línea] Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/informes/index.html> [Consultado el 22/02/16].
- Del Olmo, M. (2010) Dilemas éticos en antropología. Las entretelas del trabajo de campo etnográfico. Madrid: Trotta, p. 358.

- Delgado Lara, A. G., Núñez Urquiza, R. M. y Schiavon Ermani, R. (2013) Nuevas acciones en la reducción de las muertes maternas a partir de una lectura innovadora de las fuentes de información de 2010, en *Género y Salud en Cifras* 11(3): 3-15.
- Díaz Cervantes, R. (2013) Desencuentros entre desarrollo rural y neoliberalismo. El caso del Plan Meseta Tarasca, Michoacán, México, en *Política y Cultura*, No. 40, pp. 55-75.
- Díaz Echeverría, D. (2016) Análisis y propuestas al PEF 2016. La voz de la coalición. Coalición por la Salud de las Mujeres, México [En línea] Disponible en: <http://coalicionporlasaluddelasmujeres.blogspot.mx/> [Consultado el 25/03/16]
- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (2009). “Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas”. [En Línea] Secretaría de Salud, 2009, disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/convenios_emergencias_obs/ceo_conv.pdf [Consultado el 22/05/13]
- Dreyfus, H. y Rabinow, P. (1991) El sujeto y el poder. Michel Foucault. Colombia: Carpe diem.
- Durston, J. y López, E. (2006) Capital social y gestión participativa en la cuenca de Pátzcuaro, en *Revista de la CEPAL*, No. 90, p.105-119.
- Echarri Cánovas, C. J. (2003) Hijo de mi hija... Estructura familiar y salud de los niños en México. México, El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano.
- Echarri Cánovas, C. J. (2004) Estratificación socio-económica y salud materno infantil en México, en *Papeles de Población*, México, No. 39: 95-128.
- Elu, M. C. (1993) La luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna el Tlaxcala. México: Fondo de Cultura Económica.

- Elu, M. C. y Santos Pruneda, E. (2004) Mortalidad materna: una tragedia evitable, en *Perinatol Reprod Hum*, 18:44-52.
- Eternod Arámburu, M. (2012). Metodología para calcular la razón de mortalidad materna: un mejor registro y un indicador deficiente, en *Realidad, datos y espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía*, Vol. 3, Núm. 1 enero-abril 2012, pp. 24-69.
- Farmer P, Yong Kim J, Kleinman A, Basílico M, editors. (2013) Reimagining global health. An introduction. United States of America: University of California Press.
- Fausto Sterling, A. (2006) Cuerpos sexuados. Barcelona: Melusina.
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (2011) Female contraceptive sterilization. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health Report, en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 115: 88–89.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2011). Estrategia de UNICEF en América Latina y el Caribe para contribuir a la reducción de la morbilidad materna, neonatal e infantil, 2011-2015. ONU.
- Forni, P. (2010) Reseña de: Burawoy, M. (2009) The extended case method: Four Countries, four decades, four great transformation, and one theoretical tradition, en *Miríada*, Año 176(3), No. 6:175-176.
- Foucault, M. (1966) El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Argentina: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1982) Historia de la sexualidad. La voluntad del saber. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2002) La arqueología del saber. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.

- Franco Giraldo, Á. Y Álvarez Dardet, C. (2009) Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana A, en *Rev. Panam Salud Pública*, 25(6): 540-7.
- Freyermuth G. (2000) Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación. Factores constitutivos del riesgo durante la maternidad. Tesis (Doctorado en Antropología), México: Instituto de Investigaciones Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Freyermuth Enciso, G. (2003) Las mujeres de humo: morir en Chenalhó, género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad. México, Centro de investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social / Instituto Nacional de las Mujeres / Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas.
- Freyermuth, G. (2006) Mortalidad materna. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres. [En línea] Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS)-Centro Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONCEVAL)-Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2006, pp. 57, disponible en: [www.coneval.gob.mx/ contenido/infopublic/6815.pdf](http://www.coneval.gob.mx/contenido/infopublic/6815.pdf) [Consultado el 12 /02/13]
- Freyermuth, G. y Argüello, H. (2010) La muerte prematura de mujeres en Los Altos de Chiapas. Un análisis desde la violencia, en *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, vol. 6, núm. 10, pp. 181-216.
- Freyermuth, G., Luna, M. (2010) Mortalidad Materna en México. Numeralia. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social / Fondo de Población de las Naciones Unidas / Organización Panamericana de la Salud / Observatorio de Mortalidad Materna.
- Freyermuth, G., Luna, M., Ochoa, P. (2011) Mortalidad Materna en México. Numeralia, México. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología

Social / Organización Panamericana de la Salud / Observatorio de Mortalidad Materna.

- Freyermuth, G., Luna, M., Muños, J.A. (2013a) Indicadores 2011. Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Avances en México. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/ Fundación MacArthur/ Observatorio de Mortalidad Materna en México.
- Freyermuth, G., Luna, M., Muños, J.A. (2013b) Numeralia 2011. Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Avances en México. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/ Fundación MacArthur/ Observatorio de Mortalidad Materna en México.
- Freyermuth, G., Luna, M. (2014) Numeralia 2012. Mortalidad Materna en México. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social / World Vision México, Observatorio de Mortalidad Materna en México.
- Freyermuth, G., Luna, M., Muños, J.A. (2015a) Indicadores 2013. Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Avances en México. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México / Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Freyermuth, G., Luna, M., Muños, J.A. (2015b) Numeralia 2013. Mortalidad Materna en México. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México / Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Gallego Vélez, L., Vélez Álvarez, G. y B. Agudelo Jaramillo, (2005). Panorama de la mortalidad materna. Modelos Para El Análisis De La Mortalidad Materna y Perinatal. [En línea] Colombia, 2005, pp. 15-31, disponible en:

<http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/libro1/panoramadelamortalidadmaterna.pdf>

[Consultado el 12/02/13]

- García Vázquez, I., Moncayo Cuagliotti, S.E. y B. Sánchez Trocino (2012) “El parto en México, reflexiones para su atención integral” en *Ideas CONCYTEG*, Vol. 7 (84), Junio, 2012, pp. 814-844.
- Garro, L. y Mattingly, Ch. (2000) *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. U.S.A.: University of California Press.
- Gazzotti, L. (2008) Dilemas de la práctica profesional: cuando la ética y la moral devienen en problemas antropológicos, en *Runa*, No. 28: 29-42.
- Good, B. (1994) *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- Greene, J., Basílico, M.T., Kim, H. y Farmer, P. “Colonial Medicine and its Legacies”. En: Farmer, P., Kim, J. Y., Kleinman, A. y Basílico, M. (2013) *Reimagining Global Health. An introduction*. Estados Unidos: University of California Press, pp. 33-73.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2013) *Omisión e indiferencia. Derechos Reproductivos en México*. México: GIRE.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2015) *Niñas y mujeres sin justicia. Derechos Reproductivos en México*. México: GIRE.
- Guber, R. (2001) *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Hamui Sutton, A. (2011a) Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social, en *Cuicuilco*, No. 52, septiembre-diciembre, 2011, pp. 51-67.
- Hanna B, Kleinman A. Unpacking Global Health. En: Farmer P, Yong Kim J, Kleinman A, Basílico M., editors. (2013) *Reimagining global health. An introduction*. United States of America: University of California Press.
- Haraway, D. (1991) *Ciencia, ciborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. España: Ediciones Cátedra / Universitat de Valencia / Instituto de la Mujer.

- Haro, J. A. (2008) Etnicidad y salud. Estado del arte y referentes del noroeste de México, en *Región y Sociedad*, 20(2); 265-313.
- Hersch Martínez, P. (2011) “Diálogo de saberes: ¿para qué? ¿para quién? Algunas experiencias desde el programa de investigación Actores Sociales de la Flora Medicinal en México, del Instituto Nacional de Antropología e Historia”. En: Argueta Villamar, A.; Corona, E.; Hersch Martínez, P. (coord.) Saberes colectivos y diálogo de saberes en México. México: UNAM /CRIM; Puebla: Universidad Iberoamericana, pp. 173-200.
- Hersch Martínez, P. (2013a) Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria, en *Salud Pública de México*, Vol. 55, No. 5, septiembre-octubre.
- Hersch Martínez, P. (2013b) Entidades nosológicas y epidemiología sociocultural: algunas pautas para una agenda de investigación, en *Dimensión Antropológica*, año 20, v. 57, p. 119-137.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2011). Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. México, Diario Oficial de la Federación, disponible en: http://normatecainterna.sep.gob.mx/work/models/normateca/Resource/229/1/images/reglamento_servicios_medicos_issste.pdf [Consultado el 26 de noviembre de 2013]
- Instituto Mexicano de Tecnología del Agua (2004). Descubre una cuenca: El lago de Pátzcuaro. Jiutepec, Morelos: IMTA / Fundación Gonzalo Río Arronte.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2013). Perú: Evolución de los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2011. Lima, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). Censo de Población y Vivienda, 2010. México.

- Iriarte, I. (2005) “Globalización y equidad de género en el sector de la salud”. En: Sánchez Bayle, M., C. Colomo Gómez y C. Repeto Zilbermann (editores) Globalización y salud. Madrid: Federación de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública, pp. 269-296.
- Jacobstein, R. *et al* (2013) Meeting the need for modern contraception: Effective solutions to a pressing global challenge, en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 121: S9–S15.
- Jacorzynski, W. y J. Sánchez Jiménez (2013). Ética y antropología: un nuevo reto para el siglo XXI, en *Desacatos*, núm. 41, enero-abril 2013, pp. 7-25.
- Jaffré, Y. (2012) Towards an anthropology of public health priorities: maternal mortality in four obstetric emergency services in West Africa, en *Social Anthropology/Anthropologie Sociale*, 20(1): 3–18.
- Jodelet, D. (2008) El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales, en *Cultura y representaciones sociales*, Vol. 3, No. 5, México, Universidad Nacional Autónoma de México, pp. 32-63. (Traducido del original por Héau, C. y Giménez, G. publicado en *Connexion*, No. 89, 2008/, pp. 25-46).
- Kapuściński, R. (2007) Encuentro con el Otro. Barcelona: Anagrama.
- Kleinman, A. (1988) The illness narrative: Suffering, healing, and the human condition. EUA; Basic Books.
- Lalinde Ángel, M. I. (2005) La autopsia verbal: reconstruyendo la historia de una muerte materna. Alcaldía de Medellín, Colombia [en línea] Disponible en: <http://200.24.17.24:10039/wps/wcm/connect/udea/13ed16e0-8315-4af0-9648-90fdc4dae> [Consultado el 17/01/14].

- Larguía, A. M. *et al.* (2012) Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque Intercultural. Conceptualización e implementación del modelo. Argentina, UNICEF.
- Lozano, R. (2012) La carga de la enfermedad y las desigualdades en salud de las mujeres en México, en *Género y Salud en Cifras*, 10(1): 11-20.
- Martínez A. (2012) “En la Jurisdicción Sanitaria 4, el mayor índice estatal de muerte materna.” [Internet] México: La Jornada Michoacán, México; 2012-ago-2 Disponible en: <http://www.lajornadamichoacan.com.mx/2012/08/02/en-la-jurisdiccionsanitaria-4-el-mayor-indice-estatal-de-muerte-materna/> [Consultado el 17/11/13].
- Massé, R. (2001) Contributions and challenges of medical anthropology to anthropology: integration of multiple dimensions of social suffering and the medicalization of medical anthropology, presentado en el *Segundo Encuentro de Antropología Médica at home, España*, abril, 2001.
- Menéndez (1990) “Antropología médica en México. Hacia la construcción de una epidemiología sociocultural” en *Ibíd.: Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones CIESAS* (Cuadernos de la Casa Chata 179), México, pp. 25-49.
- Menéndez, E. (1992) “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales”. En: Campos Navarro, R. (comp.) *La antropología médica en México. Tomo I.* México, Instituto Mora/UAM.
- Menéndez, E. (2003) Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos, en *Revista de Antropología Social*, 2005; 14: 33-69.
- Menéndez, E. (2008) Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades, en *Región y Sociedad*, 20(2):5-50.

- Ministerio de Salud (2004). Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Perú, Ministerio de Salud. [En línea], disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/est_san/saludsexual.htm# [Consultado el 12/11/13]
- Ministerio de Salud (2005). Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Perú, Ministerio de Salud
- Ministerio de Salud (2008). Documento Técnico Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y reproductiva. Perú, Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (2009). Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015. Perú, Ministerio de Salud.
- Mocellin Raymundo, M., Viesca Treviño, C. y Gutiérrez Martínez, D. (2011) Bioética y salud intercultural: apuntamientos para una conexión necesaria y posible, en *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 49 (3): 325-330.
- Módena, M. E. (1990). Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica. México: La Casa Chata.
- Montes de Oca Barrera, L. B. (2016) Una ventana epistémica a la (inter) subjetividad. Las potencialidades del método etnográfico [45 párrafos]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 17(1), Art. 8. Disponible en: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs160183>.
- Morales Borrero, C., Borde, E.; Eslava Castañeda, J. C., Concha Sánchez, S. (2013) ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas en *Rev. Salud Pública*. 15 (6): 797-808.
- Observatorio de Mortalidad Materna en México (2010). Avances y retrocesos de la RMM por entidad federativa 2010. México [en línea] Disponible en: <http://www.omm.org.mx/index.php/indicadores-nacionales/avances-y-retrocesos-de-la-rmm-por-entidad-federativa?id=97> [Consultado el 25/02/16].

- Observatorio de Mortalidad Materna en México. (2011) Página de inicio [En línea] Disponible en: <http://www.omm.org.mx/index.php/quienes-somos.html> [Consultado el 22/05/13]
- Observatorio de Mortalidad Materna en México (2016) Numeralias de Mortalidad Materna. México [en línea] Disponible en: <http://www.omm.org.mx/index.php/indicadores-nacionales/numeralias-de-mortalidad-materna> [Consultado el 25/02/16].
- Organización de las Naciones Unidas (2010). Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños. Nueva York, ONU.
- Organización de las Naciones Unidas (2012) Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad. ONU, [En línea] disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf [Consultado el 04/11/13]
- Organización Mundial de la Salud (1999). Reducción de la Mortalidad Materna. Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial. Ginebra, OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2005) Informe sobre la salud en el mundo, 2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2008) Mortalidad materna en 2005: estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial. [En línea] Biblioteca de la OMS, 2008, p. 4, disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211_spa.pdf [Consultado el 22/05/13]

- Organización Mundial de la Salud (2010). Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal. Ginebra, OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2012) Mortalidad materna. [En línea] Nota descriptiva No. 348, 2012, disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> [Consultado el 22/05/13]
- Organización Mundial de la Salud (2015) Mortalidad materna. Nota descriptiva No. 348. [En línea] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> [Consultado el 20/01/16]
- Organización Mundial de la Salud (2016) Plan operacional para llevar adelante la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente. Informe ejecutivo. [En línea] Disponible en:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_15-sp.pdf [Consultado el 28/03/16]
- Organización Panamericana de la Salud (2002). Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas. Washington, OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2013). OPS/OMS presenta modelo de legislación sobre salud reproductiva y maternidad saludable conforme a las normas de derechos humanos. [En línea] diciembre, 2013, disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9194%3Apahowho-presents-model-legislation-on-reproductive-health-and-healthy-motherhood-with-human-rights-focus-&catid=740%3Anews-press-releases&Itemid=1926&lang=es&Itemid= [Consultado el 04/12/13]
- Osorio Carranza, R. M. (2001) Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

- Pacileo, G. (2005) “Globalización y tendencias actuales de la salud mundial”. En: Sánchez Bayle, M., C. Colomo Gómez y C. Repeto Zilbermann (editores) Globalización y salud. Madrid: Federación de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública, pp. 27-40.
- Palomo, L. (2005) Fundamentos de la globalización y de sus efectos sobre la salud. En: Sánchez Bayle, M., C. Colomo Gómez y C. Repeto Zilbermann (editores) Globalización y salud. Madrid: Federación de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública, pp. 41-66.
- Paulo Maya, A. (2015) Ritual, parentalidad y el proceso salud enfermedad atención, en una comunidad indígena. El caso de Tetelcingo, Morelos. Tesis de doctorado en Antropología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pelcastre Villafuerte, B. E., Riquer Fernández, F., de León Reyes, V., Reyes Morales, H., Gutiérrez Trujillo, G. Bronfman, M. (2006) ¿Qué se hace para no morir de hambre? Dinámicas domésticas y alimentación en la niñez en un área rural de extrema pobreza de México, en *Salud Pública de México*, 48(6): 490-497.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2007). Informe sobre Desarrollo Humano, Michoacán, 2007. [En línea] PNUD, México, 2007, p. 16, disponible en: http://hdr.undp.org/en/reports/national/latinamericathecaribbean/mexico/IDH_Michoacan_2007.pdf [Consultado el 12/02/13]
- Ramírez Rojas MG, Freyermuth Enciso MG.(2012) Monitoreo al Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, 2011. *Rev CONAMED*; 17 Supl 1: S16-S22.
- Renault, E. (2010) A critical theory of social suffering, en *Critical Horizons* 11(2): 221-241.

- Rodríguez-Orozco, A. R. y Rodríguez Pérez, M. E. (2013) Tipologías de arquitectura nosocomial a ambos lados del Atlántico, siglo XVI. El modelo de Enrique Egas en España y el de Vasco de Quiroga en Nueva España, en *Gaceta Médica de México*, 149:462-469.
- Romero Pérez, I. (2014) “Muerte materna. La maternidad en situaciones de riesgo”. En: Sánchez Bringas, Á. (coord.) *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna en México*. México: Universidad Autónoma Metropolitana / Editorial Itaca, pp. 161-195.
- Rose, N. y Novas, C. (2005) Biological citizenship. En: Ong, A. y Collier, S. (ed.) *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological problems*. Oxford: Blackwell Publishing, pp. 439-463.
- Ruiz Llanos, A. (2007) La interculturalidad y el derecho a la protección a la salud: Una propuesta transdisciplinaria, en *Bol Mex His Fil Med*, 10 (2): 99-107.
- Ruiz Llanos, A. (2014) Plática personal. Seminario Ética en Antropología en Salud. México: UNAM.
- Sachse M, Sesia P, Pintado A, Lastra Z. (2012) Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. *Rev CONAMED*; 17 Supl 1: S4-S15.
- Sáez Salgado, M. (2010) “Enfoque intercultural en las redes de servicios de salud en Chile: lecciones en la implementación de partos con pertinencia cultural”. En: Fernández Juárez, G. (ed.) *Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*. Ecuador, Abya-Yala, pp. 223-233.
- Sánchez Rubio, D. (2010) Contra una cultura estática de derechos Humanos, en *Revista crítica jurídica*, No. 29, enero-junio, 2010, pp. 221-228.

- Sanjuán, H., Baquero Latorre, H. y Navarro Lechuga, E. (2011) "Salud Global" en *Salud Uninorte*, num. 1, Enero-Julio, pp. xi-xiii.
- Scheper-Hughes, N. y Lock, M. (1987) *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, en *Medical Anthropology Quarterly New Series*, Vol. 1, No. 1 (Mar., 1987), pp. 6-41.
- Secretaría de Gobernación (2012). Proyecto de Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2010, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México: Diario Oficial de la Federación [En línea] Disponible en:
<http://dof.gob.mx/normasOficiales.php?codp=4924&view=si#> [Consultado el 02/02/16].
- Secretaría de Gobernación (2015). Decreto por el que se adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley del Seguro Social y de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. México: Diario Oficial de la Federación [en línea] Disponible en:
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5415150&fecha=12/11/2015
[Consultado el 07/03/16].
- Secretaría de Salud (1995). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México: Diario Oficial de la Federación.
- Secretaría de Salud (2012). Lineamientos Estandarizados para la Notificación Inmediata de Muertes Maternas. México, Secretaría de Salud.
- Seda, J.A. (2007). *Ética profesional y metodología con relación al trabajo etnográfico con personas internadas con retraso mental*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2007, pp.6-10.

- Sesia, P. (2009) “El potencial del programa Oportunidades para promover una maternidad segura y abatir la muerte materna en México: Una propuesta en política pública para regiones indígenas de alto rezago social”. En: Freyermuth, G. y Sesia, P. (coord.) La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, pp. 43-54.
- Shen, C. y Williamson J. B. (1999) Maternal mortality, women's status, and economic dependency in less developed countries: a cross-national analysis, en *Soc Sci Med.* Jul; 49(2):197-214.
- Silverman, R. y Baglia, J., editores (2015) Communicating pregnancy loss. Narrative as a Method for Change. Nueva York: Peter Lang Publishing, Inc., pp. 1-15.
- Somers, M. y Roberts, C. (2008) Toward a new sociology of Human Rights: A genealogy of “buried bodies” of Citizenship and Human Rights, en *Annu. Rev. Law. Soc. Sci.*, 4, pp. 385-425.
- Starrs, A. M. (2006) Iniciativa por una maternidad sin riesgo: 20 años y más, en *The Lancet*, 2006; 368: 1130-32.
- Tavera, M. (2010). “Fortalecimiento de servicios rurales con atención de parto con enfoque intercultural”. En: Fernández Juárez, G. (ed.) Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir. Ecuador, Abya-Yala, pp. 235-238.
- Tavory, I. y Timmermans, S. (2009) Two cases of ethnography: Grounded theory and the extended case method, en *Ethnography*, 2009 10: 243-263.
- Turner, V. (1986) Dewey, Dilthey and Drama. En: Turner, V. M. y Bruner, E. M. (ed). *The anthropology of experience*. Urbana: University of Illinois Press, pp. 33-44.

- Walsh, C. (2010) Interculturalidad crítica y educación intercultural. En: Viaña, J., Tapia, L. y Walsh, C. Construyendo Interculturalidad Crítica. Bolivia: Instituto Integral de Integración del Convenio Andrés Bello, pp. 75-96.

ANEXO 1

Artículo original en revisión por la revista Global Health Promotion

ID: GHP-16-0054

.....

.....

**Abordaje local de la mortalidad materna como problema de salud global.
Aproximación antropológica a cuatro casos, en la región del lago de
Pátzcuaro, México.**

Bianca Fernanda Vargas Escamilla

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud. Maestría en Ciencias Sociomédicas, campo disciplinario de Antropología en Salud biancavescamilla@gmail.com

Roberto Campos Navarro

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina rcampos@unam.mx

RESUMEN

La mortalidad materna como problema de salud global, ha desencadenado múltiples estrategias de prevención y promoción de la salud, cuyo impacto en los contextos locales es sumamente relevante. Además constituye un indicador de desarrollo y un marcador de múltiples procesos sociales al interior de los cuales se evidencian relaciones de poder y desigualdad, que se traducen en distintas formas

de vulnerabilidad. El presente artículo forma parte de una investigación cualitativa cuyo objetivo es describir y analizar la construcción sociocultural de la muerte materna, a partir de las experiencias, trayectorias de atención-desatención y estructura familiar, privilegiando la voz de los actores sociales vinculados con mujeres que fallecieron durante el proceso reproductivo. Desde un enfoque etnográfico, se emplea el análisis de narrativas y el método de caso extendido para el estudio en profundidad de casos de mortalidad materna, ocurridos en la región del Lago de Pátzcuaro (Michoacán, México), en el periodo 2012-2013. Retomando algunas propuestas teóricas que buscan ampliar el enfoque de los determinantes sociales, imperante en el abordaje de este fenómeno, se puede concluir que el impacto de las directrices internacionales y políticas públicas en la organización familiar y comunitaria debilita las redes de apoyo, elemento que se suma a la insuficiencia de recursos materiales, humanos y de infraestructura en los servicios de salud y a las condiciones estructurales existentes.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna se ha constituido en un problema de salud prioritario mediante una trayectoria compleja que abarca más de treinta años de acuerdos internacionales enfocados en mejorar la salud materna. Estas iniciativas tienen como antecedente, el reconocimiento de las condiciones de salud de las mujeres a partir de su mayor participación social y laboral, identificando posteriormente que, los factores vinculados a la reproducción contribuían de manera importante a la morbimortalidad de este grupo.

Además, diversos estudios señalaban que la mortalidad materna no sólo dependía del acceso o la calidad de la atención, sino también de una serie de determinantes sociales, por lo que su abordaje requería incidir en los contextos nacionales, involucrando la participación de múltiples agencias internacionales (1). Estas premisas constituyeron la base para la inclusión de la mortalidad materna como meta específica en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, comprometiendo a la comunidad internacional a reducir entre 1990 y 2015 la razón de mortalidad materna (RMM) en un 75% (2).

Dado que la mayoría de las muertes maternas se consideran evitables, es decir, pueden ser impedidas si se recibe atención oportuna y efectiva, la RMM se ha convertido en un indicador de acceso y calidad de los servicios de salud (3), al mismo tiempo, su estrecha relación con determinantes sociales, lo define también, como un indicador de desarrollo altamente sensible de las inequidades sociales (4).

El abordaje de un problema de salud en términos de indicadores, permite resaltar aquellos determinantes desde un modelo que, aunque proyecta una crítica social, tiende a reducir la interacción de lo biológico y lo social a factores causales o niveles de variables (5). De acuerdo con Breilh, el paradigma de los determinantes sociales “tiene como meta el logro de realizaciones técnicas (tipo metas del milenio) y se propone mejorar una gobernanza, corrigiendo las distorsiones mayores, o estructurales, que amenazan la legitimidad del orden social” (5, p21).

Esta reflexión teórica permite analizar las estrategias que aseguran la participación de países desarrollados y de aquellos susceptibles de intervención, pero es insuficiente para dar cuenta de las consecuencias en los contextos locales. En este sentido, si los aspectos estructurales, dados por procesos históricos y fuerzas de poder, no son visibilizados como formas de violencia que constituyen la inequidad, la posibilidad de agencia de los individuos se sobreestima y los límites se subestiman, impidiendo observar cómo las formas de poder influyen en la manera de enfrentar los problemas de salud (6).

Por ello, se propone recuperar otros referentes que responden a dichas limitantes. El paradigma de la determinación social, propuesto por la epidemiología crítica latinoamericana, plantea la posibilidad de diálogo entre las ciencias sociales y de la salud, manteniendo una perspectiva conflictual y dialéctica. A su vez, pugna por analizar las debilidades de los soportes sociales y las formas de cultura que inciden en las maneras de padecer y de enfermar de los individuos (7) y enfatiza que las relaciones de poder y de dominación, generan una vulnerabilidad diferencial o, en palabras de los autores, “enajenan al sujeto de sus posibilidades de realización vital” (7, p802). En estos términos, se retoma la propuesta de Freyermuth (8,9) para el análisis del riesgo durante la maternidad, en función de una triada que contempla relaciones étnicas, genéricas y generacionales, las cuales operan en espacios familiares, comunitarios e instituciones, haciendo posible o limitando la resolución de los problemas de salud asociados al proceso reproductivo.

Siguiendo a la epidemiología crítica, la epidemiología sociocultural propone una perspectiva comprensiva de los fenómenos vinculados con el proceso salud-enfermedad y atención-desatención. Ésta, orienta, entre otras cosas, a reconocer un problema de salud como un marcador múltiple, que puede dar cuenta de las dimensiones que entran en juego cuando la salud es afectada (10). De manera que, la mortalidad materna como marcador múltiple –y no sólo como indicador–, remite a considerar los aspectos biológicos, socioculturales, políticos, económicos, emocionales y simbólicos que se conjugan cuando una mujer muere por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio. Así, la entidad nosológica es entendida como un constructo social, que articula representaciones, prácticas y recursos, por lo que demanda un diálogo de saberes tanto a nivel epistemológico, como práctico (11), haciendo posible un análisis relacional de los problemas de salud, así como de los programas de prevención y las estrategias de promoción de la salud.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

El presente artículo forma parte de una investigación desarrollada en el campo de la antropología médica, enfocada en la construcción sociocultural de la mortalidad materna en un contexto particular, a partir de tres ejes principales: las experiencias, las trayectorias de atención-desatención y la estructura familiar; con la finalidad de resaltar el impacto local de las estrategias para enfrentar un problema de salud global.

La experiencia es un primer acercamiento a la manera en que la muerte de una mujer durante el proceso reproductivo es significada, pues hace posible explorar cómo los hechos son aprehendidos por la consciencia a través de elementos cognitivos, sentimientos y expectativas (12). Por otra parte, en la reconstrucción de la trayectoria de atención, definida como la articulación de decisiones y estrategias instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto (13), se identifica la diversidad de recursos de atención disponibles y utilizados, reconociendo sus coincidencias, ambigüedades y contradicciones (9,13). De manera simultánea, los procesos de desatención, evidencian la interrelación entre saberes, significados, agentes causales, procesos de participación, entre otros eslabones, que pueden traducirse en categorías de vulnerabilidad (10). Por último, la estructura familiar alude a las formas de organización y conjunto de normas que regulan las interacciones entre individuos, e incorpora la influencia de las condiciones macrosociales (14), por lo que permite describir las relaciones inter e intragenéricas, generacionales y de estatus que inciden en la atención.

La complejidad de este problema constituye el fundamento para elegir un diseño metodológico, que permitiera resaltar su carácter diverso, dinámico y relacional. Para ello, retoma el método de caso extendido (15) que propone una “etnografía historizada”, la cual contempla las fuerzas sociales, políticas y económicas, estableciendo la conexión entre procesos locales y macroestructuras (16, p176). Por otra parte, el análisis de las narrativas privilegia a los actores sociales y a su experiencia particular para dar sentido a los sucesos, así también, alude a la

representación, como un proceso constructivo situado culturalmente, en interacciones concretas y en un tiempo preciso, generando un puente entre lo individual y lo social al vincular la experiencia subjetiva con los saberes culturales (17).

La investigación se llevó a cabo en la región de la cuenca del Lago de Pátzcuaro, en el estado de Michoacán, México, con periodos de trabajo de campo intermitentes y seguimiento continuo durante el periodo 2013-2015. La fase inicial consistió en identificar los casos de muerte materna sucedidos, a partir de las referencias de la comunidad y confirmados por los reportes epidemiológicos. La selección de informantes se sustentó en el muestreo teórico (18), y mediante una estrategia de avalancha (19), se accedió al estudio de cuatro casos de muerte materna. Se realizaron entrevistas en profundidad con familiares y personas de la comunidad vinculadas con las mujeres fallecidas, y entrevistas semi-estructuradas a profesionales de salud, terapeutas, líderes comunitarios e integrantes de asociaciones civiles. Además, la observación participante y no participante en diversos espacios fue registrada en el diario de campo. En una última etapa, se accedió a información documental como una fuente secundaria y una forma de triangulación, más que de validación.

Con respecto a las consideraciones éticas, se parte de que los estudios antropológicos deben responder a las necesidades de la academia, pero también hacia sus interlocutores (20), por lo que la transparencia, el respeto y la preservación del anonimato, son esenciales. El consentimiento informado

constituye una manera de asentar los aspectos esenciales del estudio, hacer explícito un posicionamiento del investigador, y brindar información a las y los interlocutores, por lo que fue empleado en estos términos.

RESULTADOS

La cuenca del lago de Pátzcuaro, es una región ubicada al centro-norte del estado de Michoacán, aproximadamente a 65 kilómetros de la capital, en la que reside una población diversa conformada por comunidades indígenas purépechas, personas originarias sin autoadscripción étnica e inmigrantes nacionales y extranjeros.

Se trata de un territorio sumamente intervenido mediante proyectos de desarrollo en diferentes ámbitos, promovidos por instancias gubernamentales, instituciones académicas, financiadoras y organizaciones de la sociedad civil (21). Debido a esto, aunado a las actividades productivas y a los ingresos derivados de la migración, los indicadores de desarrollo, colocan a la región lacustre como una zona de media a baja marginación al interior de uno de los estados con menor índice de desarrollo humano.

A pesar de sus características, esta región mantenía cifras altas de mortalidad materna y a su vez, Michoacán era una de las entidades que presentaba menor porcentaje de disminución, para el periodo 2002-2011 (22), situación que ha dado lugar a la implementación de programas para su reducción. Éstas contemplan la

calidad de la atención en los servicios de salud, la estrecha vigilancia epidemiológica y la búsqueda intencionada de defunciones no registradas, el seguimiento a través de los programas de desarrollo, así como la colaboración de actores sociales comunitarios clave. A pesar del incremento en la participación social, se observa la verticalidad en estas estrategias, más que el fortalecimiento comunitario en términos de promoción de la salud materna.

Estos han permitido incidir positivamente en algunos determinantes sociales, pero también han repercutido en las formas de organización comunitaria, sin ofrecer una alternativa que se haya consolidado. Las estrategias que involucran a la comunidad resultan poco compatibles con las redes de acompañamiento y ayuda que se extienden con base en el parentesco, la residencia, el género y la generación, a las cuales no se acude “por invitación”, sino “por deber” (Castilleja, 2014, conversación personal). A pesar de ello, los programas de desarrollo social y de acceso universal a la atención no son rechazados, sino que se mantienen y articulan como un recurso más, aunque conllevan importantes rupturas:

“El trabajo de faena que realizaban las mujeres era una cuestión de voluntad que ahora ya no existe. Ya nadie quiere participar: –«que lo hagan a las que les pagan»– dicen. [Refiriéndose a las mujeres que reciben apoyos económicos de dichos programas públicos] Mi ideología es la de la reconstitución, pero va a ser muy difícil regresar cuando nos demos cuenta.” (María, mujer purépecha, líder comunitaria, 2014)

En las intervenciones relacionadas con el ámbito de la salud, las mujeres ocupan un lugar central, como agentes y depositarias de estos programas, repercutiendo en las formas de gestión de la salud, del cuerpo y de la reproducción. Los beneficios de los programas suelen condicionarse a realizar trabajo comunitario, pero también a acudir a pláticas informativas o jornadas de detección oportuna y al uso de métodos de planificación familiar, que se considera una estrategia central para evitar la muerte materna, y se relaciona con otros indicadores de éxito en los programas, como lo muestran el siguiente testimonio:

“Se hacen revisiones de rutina, impersonales, no les explican, no piden su consentimiento, ni siquiera interrogan, sino que pasan directo a la mesa de exploración [...] como animales que les inyectan o les ponen métodos, sin tomarlas en cuenta como personas.” (Alicia, pasante de enfermería, 2015).

Por otra parte, esta región muestra una pluralidad de modelos de atención en donde coexisten los recursos biomédicos, alternativos, tradicionales y de autoatención, articulándose en diferentes niveles de complementariedad (23). Se identifica la presencia del sector público, la creciente oferta de servicios privados y la participación de organizaciones no gubernamentales en la atención a la salud sexual y reproductiva, así como en las estrategias de prevención de mortalidad materna.

El sector público está integrado, en el nivel de atención primaria por unidades médicas rurales y consultorios móviles distribuidos en las localidades y en las cabeceras municipales, se encuentran los centros de salud. Anteriormente, en la mayoría de ellos podía atenderse el parto de bajo riesgo, sin embargo, al registrar un aumento de complicaciones y defunciones, fue trasladado a los hospitales de segundo nivel, que cuenten con quirófano y médicos especialistas. Por lo tanto, el primer nivel sólo puede atender cuando el parto sea inminente o se considere un mayor riesgo si se refiere, ante la escasez de medios de traslado. Es esta misma justificación la que permite a los recursos privados, que no tienen estas características, ofertar sus servicios y evitar sanciones en caso de alguna complicación.

La limitación de la atención primaria ha tenido como consecuencia una elevada saturación que retrasa la atención y disminuye su calidad. Por ejemplo, para un hospital de segundo nivel, la principal causa de atención es el parto (aproximadamente 65% de las referencias), de los cuales, solo alrededor del 20% corresponden a situaciones de riesgo, que ameritarían ser referidos. Aunado a ello, los recursos de traslado son muy limitados, pues los costos son elevados y no siempre cubiertos por el sistema de salud. Esto provoca que en los hospitales de especialidad, *“un elevado porcentaje de los casos de morbi-mortalidad materna, sean referidos de los municipios con retraso en la atención y muy complicados”*, como comenta un médico de la capital del estado.

Este contexto, permite situar las cuatro muertes maternas ocurridas entre 2012 y 2013, que se incluyeron en esta investigación. Los casos de Clara, Inés, Ariadna y Elena (Figura 1), muestran la diversidad de procesos en torno a la muerte materna, pues aun cuando todas fueron atendidas por personal médico, sus trayectorias de atención muestran una relevante heterogeneidad.

IDENTIFICACIÓN	ASPECTOS SOCIODEMGRÁFICOS	CARACTERÍSTICAS DEL EVENTO OBSTÉTRICO	PRINCIPALES RECURSOS DE ATENCIÓN	LUGAR Y CAUSA DE MUERTE (oficial)
Clara	<ul style="list-style-type: none"> Casada Ama de casa / venta de alimentos Escolaridad: secundaria No hablante de lengua indígena. 	<ul style="list-style-type: none"> Primer embarazo Con control prenatal Sin complicaciones previas Complicaciones post-cesárea programada. 	<ul style="list-style-type: none"> Biomédico: sector privado (principal) Biomédico: sector público (ocasional) Recursos tradicionales (mínimo) Autoatención (complementario) 	<p>Clínica particular</p> <p>Edema Agudo Pulmonar <i>Muerte materna indirecta</i></p>
Inés	<ul style="list-style-type: none"> Unión libre Trabajo remunerado informal Escolaridad: primaria No hablante de lengua indígena. 	<ul style="list-style-type: none"> Segundo embarazo Con control prenatal Sin complicaciones previas Preeclampsia en el tercer trimestre 	<ul style="list-style-type: none"> Biomédico: sector privado (principal) Biomédico: sector público (ante complicaciones) Autoatención y recursos domésticos (complementario) 	<p>Hospital de especialidad (público)</p> <p>Eclampsia <i>Muerte materna directa</i></p>
Ariadna	<ul style="list-style-type: none"> Unión libre Empleada formal Escolaridad: técnica superior No hablante de lengua indígena. 	<ul style="list-style-type: none"> Primer embarazo Con control prenatal Sin complicaciones previas Preeclampsia en el tercer trimestre 	<ul style="list-style-type: none"> Biomédico: derechohabiente (principal) Biomédico: sector privado (complementario) Recursos tradicionales (mínimo) Autoatención (complementario) 	<p>Hospital de especialidad (derechohabiente)</p> <p>Eclampsia, síndrome de HELLP <i>Muerte materna directa</i></p>
Elena	<ul style="list-style-type: none"> Casada Ama de casa Escolaridad: secundaria Hablante de lengua indígena (purépecha) 	<ul style="list-style-type: none"> Segundo embarazo Con control prenatal Cesárea programada por cesárea previa. Fallece en el puerperio tardío 	<ul style="list-style-type: none"> Biomédico: sector público (principal) Autoatención (complementario) Recursos tradicionales (mínimo) Recursos alternativos (mínimo, previo al fallecimiento) 	<p>Domicilio</p> <p>Broncoaspiración y reflujo gastroesofágico crónico <i>Muerte materna indirecta (tardía)</i></p>

Figura 1. Mujeres fallecidas en el periodo 2012-2013, en la región de estudio (casos seleccionados)

Fuente: Elaboración propia, a partir del trabajo de campo

La muerte de una mujer asociada al proceso reproductivo tiene un carácter diferencial al de otras muertes y constituye un evento con gran impacto en la familia, en la comunidad e incluso entre el personal de salud. Los sucesos son identificados, pero no se habla de ellos abiertamente, pues conllevan cierta culpabilización o señalamiento social. Aunque suelen asociarse a las fallas de los profesionales de salud o a la falta de competencia de las instituciones, también

pueden aludir a una responsabilidad familiar por *“no haber podido cuidar bien a la mujer”*. Además, estas defunciones resultan ser más difíciles de comprender y asimilar, incluso las explicaciones médicas resultan insuficientes, como señala Nidia, familiar de Ariadna: *“Yo me pregunto ¿por qué? Si ella hizo sus actividades normales un día antes, todavía vino a trabajar... La verdad para mí ha sido, hasta cierto punto, inasimilable”*.

La muerte materna resulta inesperada, pues el embarazo, parto y puerperio son considerados eventos normales en el ciclo de vida, aunque desencadenan prácticas de atención transmitidas al interior de la familia y algunas provenientes del sistema biomédico que ya se han incorporado al saber doméstico. Estos cuidados se intensifican si alguien en la familia sufrió alguna complicación, llegando a incorporar una noción de riesgo y un conocimiento más específico, muy valorado al interior del grupo.

Aun cuando las muertes maternas se describen como evitables, no es un discurso del todo aceptado. Dadas las limitantes en los recursos e infraestructura, para algunos médicos es una cuestión de probabilidad: *“de tantas embarazadas que hay, alguna se tiene que morir, no se puede todo”*; para otros un reflejo de las condiciones estructurales: *“a veces llegan con preeclampsia o hemorragias, que es lo más frecuente, y las mandamos de inmediato a Morelia [la capital del estado], allá las reciben por obligación o por caridad, así algunas salen y otras se mueren”*. Asimismo, los familiares de las mujeres parecen debatir si era un evento que sucedería de cualquier manera o se habría evitado con la intervención

oportuna, como señala la hermana de Ariadna: *“a lo mejor, mi hermana iba a fallecer por ‘equis’ causa, por ‘equis’ razón, pero... ¿por el hecho de un embarazo? Si desde el momento en que ella llega se le atiende correctamente, pues no sé, igual y otra cosa hubiera sido.”*

La insatisfacción y el reconocimiento de las limitantes que tienen los servicios de salud, se reflejan en las trayectorias de atención de las mujeres, caracterizadas por la pluralidad de recursos, en particular, la demanda simultánea de los servicios públicos y privados. En el caso de Clara, ella y su pareja eligieron una clínica privada como primera opción, por tener mayor confianza en este recurso y su cercanía, sin embargo, su capacidad fue insuficiente cuando surgieron las complicaciones. Para Inés, acudir a los servicios públicos *“era una pérdida de tiempo”*, por lo que prefirió la atención privada, sin embargo, falleció en un hospital público, al que tuvo que acudir cuando le diagnosticaron preeclampsia. A diferencia de ellas, Ariadna era derechohabiente, pero utilizaba recursos privados para validar la atención recibida en el sector público o para confirmar los resultados de los estudios de laboratorio o ultrasonidos. Finalmente, Elena, la única mujer hablante de purépecha, fue atendida en el hospital público, al que regresó meses después por complicaciones que al parecer, no tenían que ver con el proceso reproductivo. Ella fue dada de alta, con un tratamiento conservador y fármacos ansiolíticos, y por no percibir mejoría, busca recursos alternativos y tradicionales en su comunidad, sin embargo, fallece días después.

Además del caso de Elena, el uso de la medicina alternativa no fue evidente, pero si ocupa un papel relevante la atención doméstica, en donde las recomendaciones principales consisten en el descanso, alimentación y algunas infusiones para aliviar ciertas molestias que ocurren durante el embarazo, lo cual se relaciona con la indicación de no tomar medicamentos en esta etapa. Por último, las curanderas o parteras son consultadas esporádicamente, algunas mujeres consideran que *“sería mejor ir con ellas para no tener que sufrir lo que se sufre en los hospitales”*, pero reconocen que *“no en todos los casos es posible”* o que *“puede haber riesgos”*, por lo que su atención es limitada, aunque la interacción y constante transformación en los saberes y la utilización de recursos, se evidencia en el siguiente testimonio:

“Ella no fue con partera, pero mi mamá aprendió a atender, así que fue con ella a que la sobara en dos ocasiones. Luego, fue con el médico particular a hacerse el ultrasonido y como le dijo que el bebé venía bien, ya no fue a sobarse más” (Luisa, suegra de Inés, 2014).

Por otra parte, en las narrativas se identifican los procesos de desatención que ocurren al interior de los hospitales y los dictámenes oficiales confirman que, en algunos casos no se cuenta con los recursos para dar el manejo preciso y en los tiempos óptimos, pero también se presenta la omisión de aspectos básicos como hacer una revisión física inicial. No obstante, también se concibe la posibilidad de que las complicaciones hayan comenzado antes, pero que la mujer no haya querido decirlo, pues ciertas características, calificadas como positivas en las

mujeres, como “no quejarse”, “ser discreta”, “no descansar”, o “aguantarse” para evitar que otros miembros de la familia se preocupen, en este contexto pudieran determinar la posibilidad de reconocer un trastorno o de acceder a una atención oportuna.

Estos aspectos se relacionan con una estructura familiar caracterizada por una forma de residencia patrilocal, observándose un distanciamiento importante de la familia propia; a pesar de cierta tendencia de cambio a la residencia neolocal, sobretodo vinculada a la llegada de los hijos, las redes de apoyo y de atención obedecen a dicha estructura. Además, algunas variaciones en las dinámicas de organización y el estatus de la mujer, inciden en la posibilidad diferencial de tomar decisiones y gestionar sus recursos de atención, por ejemplo, dos de las mujeres brindaban el principal aporte económico para la pareja y solventaban sus gastos de atención.

Un mayor estatus vinculado a la escolaridad o posición económica puede asociarse con menor grado de vulnerabilidad, pero también implica cierto aislamiento de la estructura familiar, lo cual afecta la consolidación de las redes de apoyo, indispensables en la transmisión de saberes y el contacto con experiencias previas, que constituyen importantes formas de prevención.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las experiencias, la trayectoria de atención y los procesos de desatención, así como distintos aspectos de la estructura familiar, constituyen un eje de aproximación a la construcción social de un problema de salud concreto, que evidencian formas de significación, capaces de transformar prácticas y representaciones en torno al proceso reproductivo.

El contexto en que se inscribe el estudio ha permitido abordar casos de muerte materna en una situación distinta a la que suele asociarse con cifras elevadas, lo cual no implica la ausencia de condiciones estructurales y desigualdades. De hecho, las intervenciones realizadas pueden llegar a constituir formas normalizadas de violencia estructural, es decir, aquellas, perpetradas por las instituciones y/o sus agentes en aras de la salud y el bienestar (24). En este sentido, cabe reflexionar que “las diferencias entre la determinación social y los determinantes sociales de la salud, no son sólo conceptuales, sino también ético-políticos” (7, p797).

Así, este análisis local pretende visibilizar, a partir de los casos de mortalidad materna, aquellos procesos en que operan y se reproducen las formas de desigualdad, frecuentemente ligadas a carencias en los soportes sociales. En primera instancia, resalta la manera en que se entretajan las desigualdades de género, generación, grupo étnico y estatus de la mujer, así como las consecuencias de incidir en ellas sin contemplar su interrelación. Por ejemplo, un mejor estatus al interior de la familia, puede brindar mayor posibilidad de decidir con respecto a la atención, pero también puede provocar distanciamientos de la

red de apoyo familiar. También se puede dar cuenta de la creciente incorporación de los saberes biomédicos, a partir de la experiencia, pero también de las estrategias para incorporar en las mujeres la percepción del riesgo asociado a la reproducción. Sin embargo, cuando las mujeres emplean esta información en la búsqueda de atención no siempre es valorada o siquiera reconocida en los servicios de salud. Por otra parte, también los profesionales de salud son actores clave, cuyas voces dan cuenta de estos elementos estructurales y la forma en que operan en los distintos espacios institucionales y comunitarios.

Finalmente, la muerte de una mujer durante el embarazo, parto y puerperio entendida como marcador, muestra ciertas limitantes en las instituciones, en donde la desconfianza o insatisfacción de las personas que solicitan los servicios estatales, no se debe a la espera pasiva de obtener un servicio de calidad, sino es una cuestión de derecho al que las mujeres y sus familias prefieren renunciar, sin tener opciones viables o con las consecuencias económicas que implica. Asimismo, el curso de estos eventos invita a reflexionar sobre las implicaciones de circunscribir la atención a la salud reproductiva al ámbito de la medicina, sin considerar la manera en que las redes familiares o comunitarias y los recursos que estas posibilitan, constituyen formas de prevención y consolidan la atención en una dimensión complementaria. En estas redes se transmiten conocimientos, se intercambian experiencias, se desencadenan mecanismos de respuesta ante eventos inesperados, se gestionan recursos y se fortalecen elementos simbólicos, compartidos culturalmente, que otros modelos de atención no pueden proveer.

Así, las políticas para prevenir la muerte materna han resultado en una apropiación del cuerpo individual y social (25) incidiendo –voluntaria o involuntariamente– en estas formas de organización, aunado al proceso de transformación intrínseco que tiene todo grupo social, han repercutido en una fragmentación de estas redes, que conlleva efectos negativos en la salud aun cuando se tienen recursos biomédicos disponibles. Si agentes externos intervienen de manera vertical, resulta imposible evitar que las estrategias comunitarias que se proponen, estén permeados de las mismas carencias que tienen las políticas institucionales, de manera que no hay forma en que las redes de apoyo locales, puedan mitigar los faltantes del sistema de salud, y viceversa.

El presente trabajo concluye resaltando la importancia de considerar los aportes del estudio etnográfico, las propuestas teóricas de las ciencias sociales en salud, pero sobre todo, la perspectiva de los actores sociales como elementos transversales en el desarrollo, implementación y evaluación de estrategias de prevención y promoción a la salud. Considerando la estrecha relación entre ésta última y los determinantes sociales, el paradigma de la determinación social constituye una herramienta para expandir sus alcances y construir, junto con las comunidades, propuestas de intervención más horizontales, sosteniendo una mirada crítica a las condiciones estructurales.

AGRADECIMIENTOS

Este artículo forma parte de una investigación realizada para obtener el grado de Maestría en Ciencias Sociomédicas, campo disciplinario de Antropología en Salud

en el Programa de Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México. Durante el periodo de investigación, se contó con beca del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) y apoyo del Programa.

Agradecemos al Dr. Alfredo Paulo Maya por sus valiosos comentarios a este trabajo y a la Dra. Aída Castilleja, citada en conversación personal.

REFERENCIAS

1. Starrs AM. Iniciativa por una maternidad sin riesgo: 20 años y más. *The Lancet*, 2006, 368: 1130-32.
2. Organización de las Naciones Unidas. *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010*. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas, 2010.
3. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*. México: Secretaría de Salud, 2009.
4. Sesia P. El potencial del programa Oportunidades para promover una maternidad segura y abatir la muerte materna en México: Una propuesta en política pública para regiones indígenas de alto rezago social. En: Freyermuth G, Sesia P, coord. *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México: CIESAS / Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 2009, p. 43-54.

5. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 2013, 31:13-27.
6. Farmer P, Yong Kim J, Kleinman A, Basilio M, editors. *Reimagining global health. An introduction*. United States of America: University of California Press, 2013.
7. Morales Borrero C, Borde E, Eslava Castañeda JC, Concha Sánchez S. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev Salud Pública*, 2013, 15 (6): 797-808.
8. Freyermuth G. *Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación. Factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. Tesis (Doctorado en Antropología) Instituto de Investigaciones Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UNAM, 2000.
9. Freyermuth G. *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México: CIESAS / Instituto Nacional de las Mujeres / Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas, 2003.
10. Hersch Martínez P. Entidades nosológicas y epidemiología sociocultural: algunas pautas para una agenda de investigación. *Dimensión Antropológica*, 2013, año 20, 57:119-137.
11. Hersch Martínez P. Diálogo de saberes: ¿para qué? ¿para quién? Algunas experiencias desde el programa de investigación Actores Sociales de la Flora Medicinal en México, del Instituto Nacional de Antropología e Historia. En: Argueta Villamar A, Corona E, Hersch Martínez P, coord. *Saberes colectivos y*

- diálogo de saberes en México. Cuernavaca: UNAM, CRIM; Puebla: Universidad Iberoamericana, 2011, p. 173-200.
12. Turner V. Dewey, Dilthey and Drama. En: Turner VM, Bruner EM, editors. The anthropology of experience. Urbana: University of Illinois Press, 1986, p. 33-44.
 13. Osorio Carranza RM. Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. México: CIESAS, 2001.
 14. Echarri Cánovas CJ. Hijo de mi hija... Estructura familiar y salud de los niños en México. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, 2003.
 15. Burawoy M. The Extended Case Method. Sociological Theory, 1988, 16(1):1-32.
 16. Forni P. Reseña de: Burawoy, M. The extended case method: Four Countries, four decades, four great transformations, and one theoretical tradition. Miríada, 2010, 176(6): 175-176.
 17. Hamui Sutton L. Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. Cuicuilco, 2011, 52: 51-67.
 18. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company, 1967.
 19. Salamanca A, Martín Crespo C. El muestreo en la investigación cualitativa. Nure Investigación [internet], 2007; 27 [4 pp.] Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/issue/view/43>
 20. Seda JA. Ética profesional y metodología con relación al trabajo etnográfico con personas internadas con retraso mental. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, 2007.

21. Durston J, López E. Capital social y gestión participativa en la cuenca de Pátzcuaro. *Revista CEPAL*, 2006 No. 90: 105-119.
22. Freyermuth G, Luna M, Muños JA. Indicadores 2011. Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Avances en México. México: CIESAS / Fundación MacArthur/ Observatorio de Mortalidad Materna en México, 2013.
23. Menéndez E. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: Campos Navarro, R., comp. *La antropología médica en México*. Tomo I. México: Instituto Mora/UAM, 1992, p. 97-114.
24. Hanna B, Kleinman A. Unpacking Global Health. En: Farmer P, Yong Kim J, Kleinman A, Basílico M., editors. *Reimagining global health. An introduction*. United States of America: University of California Press, 2013, 15-32.
25. Scheper-Hughes N., Lock M. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Med Anthropol Q*, 1987, 1(1):6-41.

ANEXO 2

Artículo original publicado en la Revista de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED)

Folio 329/2015 Recibido 29/09/2015 Aceptado 13/10/2015

.....
**Trajectory of attention, neglect, and complaint in maternal mortality
materna: perspectiva local-global.**

**Trajectory of attention, neglect, and complaint in maternal mortality: local-
global perspective.**

Autores: Bianca Fernanda Vargas Escamilla¹, Roberto Campos Navarro²

- 1) Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México.
- 2) Profesor titular "C" de Tiempo Completo definitivo, área de Antropología Médica. Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Palabras clave: *Salud Reproductiva, Mortalidad Materna, Servicios de Salud Materno-Infantil, Derecho a la Salud, Salud Global.*

Key words: *Reproductive Health, Maternal Mortality, Maternal-Child Health Services, Right to Health, Global Health.*

RESUMEN

Introducción. La mortalidad materna, como problema de salud global, se encuentra estrechamente relacionada con la perspectiva de Derechos Humanos. Por tanto, su abordaje se traduce en políticas que impactan en el ámbito local. A través de la reconstrucción de una trayectoria de atención- desatención y queja, el objetivo de este trabajo es mostrar un acercamiento a una realidad local que pueda analizarse a la luz del derecho a la salud y la ciudadanía como ejes de articulación.

Material y métodos. El caso que se presenta forma parte de una investigación original, con un diseño cualitativo, basado en el método de caso extendido y el análisis de narrativas, para el estudio en profundidad de casos de muerte materna identificados en la región de la cuenca del Lago de Pátzcuaro (Michoacán, México).

Resultados. Se presenta una trayectoria mediante fragmentos narrativos y testimonios que da cuenta del contexto familiar y comunitario, los recursos de atención utilizados para la atención del embarazo y sus complicaciones, los procesos de desatención y la denuncia que sucede a la muerte de la mujer.

Conclusiones. La articulación de la experiencia de los actores sociales con los aspectos socioculturales y un referente teórico, invita a la reflexión sobre los faltantes para garantizar el derecho a la salud, en un contexto de crecientes tensiones y retos en el ámbito global, como es la reducción de mortalidad materna.

ABSTRACT

Introduction. Maternal mortality, considered as a global health issue, is closely related to Human Rights. Therefore, the policies and interventions entail consequences in local contexts. The aim of this paper is to present a trajectory of attention, neglect, and complaint, as an approach to a local reality, in order to analyze it in terms of the right to health and citizenship as a specific framework.

Material and Methods. This case comes from an original research, implying a qualitative design, based on the extended case method and narrative analysis, through which maternal death cases, identified around Lake Patzcuaro basin (Michoacan, Mexico), were studied in depth.

Results. A trajectory is presented by narrative fragments and testimonies that show the family and community context, healthcare resources used during pregnancy and its complications, processes of neglect, and complaint that followed the woman's death.

Conclusions. The articulation of the experience with the sociocultural aspects and the theoretical framework, trigger several reflections on the missing to guarantee the right to health, in a context of growing tensions and challenges in the global field, such as reducing maternal mortality

INTRODUCCIÓN

Uno de los elementos clave en el estudio de la mortalidad materna es que se inscribe en el dominio de la salud global, en donde “los problemas de interés trascienden las fronteras y sólo pueden ser abordados mediante acciones y soluciones multidisciplinarias y cooperativas”.¹ Así, en las estrategias

implementadas para la disminución de la mortalidad materna se identifican importantes características como el papel crítico de la salud en la agenda de desarrollo económico, la participación de diversos actores sociales² y la estrecha relación con perspectivas teóricas como la de los Derechos Humanos. De manera que, cualquier cuestión sobre globalización y salud implica considerar cómo las fuerzas globales actúan sobre el ámbito de la salud³, relación que está poco dilucidada, pues se suelen enumerar ciertas determinantes sin dar cuenta de su interrelación o de su peso específico, desde el punto de vista de los actores sociales, por lo que tienden a distanciar el problema del sujeto y restar valor a sus experiencias.

El abordaje de la mortalidad materna se inserta en un contexto transnacional, cuya intervención local merece una mirada crítica que atañe tanto a la biomedicina como a las ciencias sociales en salud, pues a la par de las transformaciones de las representaciones y prácticas de atención, en los sistemas sanitarios se observa una creciente preocupación por responder a ciertos problemas específicos con el consecuente debilitamiento de la satisfacción de las prioridades locales. En este sentido, exige reconocer que, cuando una mujer muere durante el embarazo, parto o puerperio, se evidencian procesos sociales, culturales, simbólicos y emocionales al interior de la familia y la comunidad, que dan a esta muerte un carácter diferencial.

Mediante el estudio cualitativo, basado en la etnografía y la entrevista a profundidad, se pretende el acercamiento a una realidad local, privilegiando la voz

de los actores sociales para dar cuenta de la manera en que se produce y reproduce la construcción sociocultural de la muerte materna y cómo ésta se relaciona con el ámbito global, para lo cual, la reconstrucción de la trayectoria de atención-desatención constituye una herramienta esencial.

Se entiende por trayectoria de atención, la secuencia de decisiones y estrategias instrumentadas para hacer frente a un episodio concreto⁴, como es el proceso reproductivo y sus posibles complicaciones. Ésta permite identificar la diversidad de recursos de atención y la manera en que se relacionan, resaltando tanto articulaciones como contradicciones^{4,5} y da cuenta del acceso a determinados recursos, reflejando las condiciones materiales de existencia y las redes de apoyo, así como la posibilidad de tomar decisiones, a partir del estatus en la organización familiar o comunitaria.

Asimismo, los procesos de desatención, entendidos como omisiones o cuidados insuficientes que pueden ser identificados en distintos niveles –personal, familiar, comunitario e institucional–, orientan a comprender las interrelaciones causales de las complicaciones que culminaron con el fallecimiento. Además, permite articular los saberes locales, los procesos de participación y los eslabones que imprimen en la mujer en edad reproductiva, una categoría de vulnerabilidad. La desatención, al igual que la búsqueda de atención, tiene componentes simbólicos, de significado, se construye culturalmente y se distribuye de manera diferencial al interior de un grupo social o en relación a un problema de salud específico.⁶

En este artículo se presenta una trayectoria de atención-desatención particular, que no culmina con el fallecimiento de la mujer, sino que es sucedida por un proceso de denuncia, que la mantiene aún vigente. A partir de esta se pretende visibilizar las experiencias de los actores sociales, situar los eventos en un contexto determinado que influye en las formas de atención y analizarlos desde la perspectiva del derecho a la salud y el ejercicio de la ciudadanía, como ejes clave de los Derechos Humanos y la salud global.

MATERIAL Y MÉTODOS

El caso que se aborda forma parte de una investigación cualitativa, planteada desde la perspectiva de la antropología médica, en donde se identificaron los casos de muerte materna ocurridos en el periodo 2012-2013, en la región de la cuenca del Lago de Pátzcuaro, en el estado de Michoacán, México. Su diseño metodológico está basado en el estudio etnográfico a través del método de caso extendido y el análisis de narrativas, ambos sustentados en propuestas teórico-metodológicas que permiten vincular la experiencia subjetiva con los aspectos socioculturales⁷ y conjuntan la ciencia reflexiva con las técnicas de entrevista y observación participante para dar cuenta del contexto y dotarlas de un carácter concreto y particular. Además, pondera el diálogo y la intersubjetividad como su premisa básica; si bien existe un reconocimiento de la preocupación del paradigma positivista por los efectos de la entrevista, del entrevistado, del campo y de la situación, más que negarlos, constituyen un elemento de reflexión.⁸

La trayectoria que se presenta, se reconstruye a partir de entrevistas a profundidad con la familia directa (padre y hermanas) de la mujer fallecida y se integra con la información obtenida mediante la observación participante y no participante en los espacios familiares, comunitarios e instituciones de salud, registrada en el diario de campo. Este, como otros casos, fue identificado a partir de las referencias de la comunidad y confirmado en los reportes jurisdiccionales; posteriormente, la selección de informantes se sustentó en el muestreo teórico⁹, y mediante una estrategia de avalancha¹⁰, se accedió a cada uno de ellos. En una última etapa, se consultó el expediente como un elemento de triangulación, pero privilegiando la narrativa de los interlocutores.

En relación a las consideraciones éticas en los estudios antropológicos, es pertinente señalar que estos deben responder a la comunidad académica, pero también hacia sus interlocutores, ante quienes se tiene el deber de la transparencia¹¹, el respeto y la preservación del anonimato, pues implica conocer procesos, acciones, comportamientos y acontecimientos que tienen que ver directamente con las personas en una dimensión relacional. El consentimiento informado permite hacer explícitos los aspectos más relevantes de la relación investigador-interlocutor, por lo que fue empleado en esta investigación y dado lo anterior, los nombres o cualquier dato de identificación fueron remplazados por seudónimos salvaguardando el anonimato de las y los participantes.

Región de estudio: acercamiento al contexto

La región de estudio abarca cuatro municipios: Pátzcuaro, Erongarícuaro, Quiroga y Tzintzuntzan, y está conformada por localidades rurales y urbanas cuya población heterogénea incluye comunidades purépechas, personas originarias sin autoadscripción a un grupo étnico e inmigrantes –temporales o permanentes– de otros estados o del extranjero.

Las cifras estatales lo colocan como una de las entidades con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH)¹² y en concordancia, presentaba un bajo porcentaje de disminución e incluso un aumento en las cifras de mortalidad materna (comparación 2002-2011)¹³, sin embargo, esta región particular es considerada como de media a baja marginación, presentando un acceso relativamente bueno a los servicios de salud, no obstante, la jurisdicción sanitaria de referencia oscilaba entre el primero y segundo lugar en defunciones maternas.^{14,15}

La situación en la región concuerda con los análisis del Observatorio de Mortalidad Materna en México, en donde se identifica que más del 70% de las muertes maternas ocurren en una clínica u hospital del servicio público o de seguridad social y que más del 85% contaron con algún tipo de asistencia médica¹⁶, aunque es pertinente considerar limitantes de diversa índole en torno a la atención; desde las barreras en la comunicación y el distanciamiento entre el personal de salud y la población, hasta la insuficiencia de recursos humanos, materiales y de infraestructura, la falta de articulación entre instituciones para referencia y la saturación de los servicios con mayor capacidad resolutive.¹⁷ Por ello, resulta necesario estudiar las interacciones entre ciudadanos, profesionales de salud e

instituciones, resaltando la diversidad y la construcción de significados culturales, comprendiendo la complejidad de las identidades múltiples¹⁸ y de las diferentes dimensiones del problema.

RESULTADOS

En el periodo 2012-2013, la jurisdicción sanitaria a la que corresponde la región, registró 16 defunciones maternas, de las cuales seis ocurrieron en los municipios de interés y cuatro fueron incluidas en el trabajo de investigación, realizando su seguimiento etnográfico. El presente caso corresponde a Ariadna, seleccionada en función de ser el único caso en la región de estudio, cuya trayectoria se mantiene aún vigente en un proceso de denuncia ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos, lo que conlleva implicaciones específicas.

A continuación se presentan los fragmentos narrativos y testimonios obtenidos de las entrevistas con Lorena, Ana y Enrique (hermanas y padre, respectivamente) que dan cuenta de la trayectoria de atención de Ariadna, así como del contexto familiar y comunitario en el que se desarrolla. La experiencia de los familiares en torno al proceso reproductivo y a los diferentes eventos sucedidos desde el inicio del embarazo, la aparición de complicaciones, la muerte, e incluso después del fallecimiento, permiten identificar las interacciones entre saberes, recursos y procesos de toma de decisión que se concretizan en la trayectoria.

Entorno familiar: estatus, recursos y redes

Ariadna era una mujer de 30 años, originaria y residente de uno de los municipios de la región, pero trabajaba y atendía su primer embarazo en el municipio vecino, en donde se concentra la mayor cantidad de servicios, entre estos su clínica de derechohabiencia, ubicada a unos veinte minutos de su casa. Ella había decidido “juntarse” con su pareja, de manera inesperada, según comenta Lorena, su hermana. En un inicio, habían llegado a casa de la familia de la pareja, aunque al poco tiempo se mudaron, sin embargo, el sostén económico de la nueva familia recaía principalmente en ella, pues tenía un trabajo fijo, remunerado y acceso a seguridad social, mientras que él no tenía las mismas condiciones.

Aunque la decisión de mudarse sin contraer matrimonio no fue del todo aceptada por su familia, mantenían un vínculo estrecho y el embarazo reforzó aún más esta relación. Como su madre había fallecido trece años antes, su padre fomentaba la unión entre sus hermanas, asegurándose que recibiera el apoyo necesario, e insistía: *“mira, no tienes a tu mamá, tú pláticale a Lorena, o a tu otra hermana, entre ustedes tres, no te puedo mandar con tu tía, porque no pueden, a lo mejor, compaginar igual. Lo único es que te atiendas, porque no hay más como una madre, pedirle consejo, ustedes más que son mujeres... El dinero va y viene, tú atiéndete, no te detengas. Tú, cuando te sientas mal, vete [a la clínica], si tu marido no te acompaña, tú vete sola...”*

Su hermana Ana, vivía en la misma comunidad y entre ellas había mucha confianza, pero durante su embarazo, recurría más a Lorena, que vivía en la capital del estado, aproximadamente a una hora de distancia, y trabajaba en un laboratorio de análisis clínicos, lo que le daba cierto conocimiento médico. Ambas

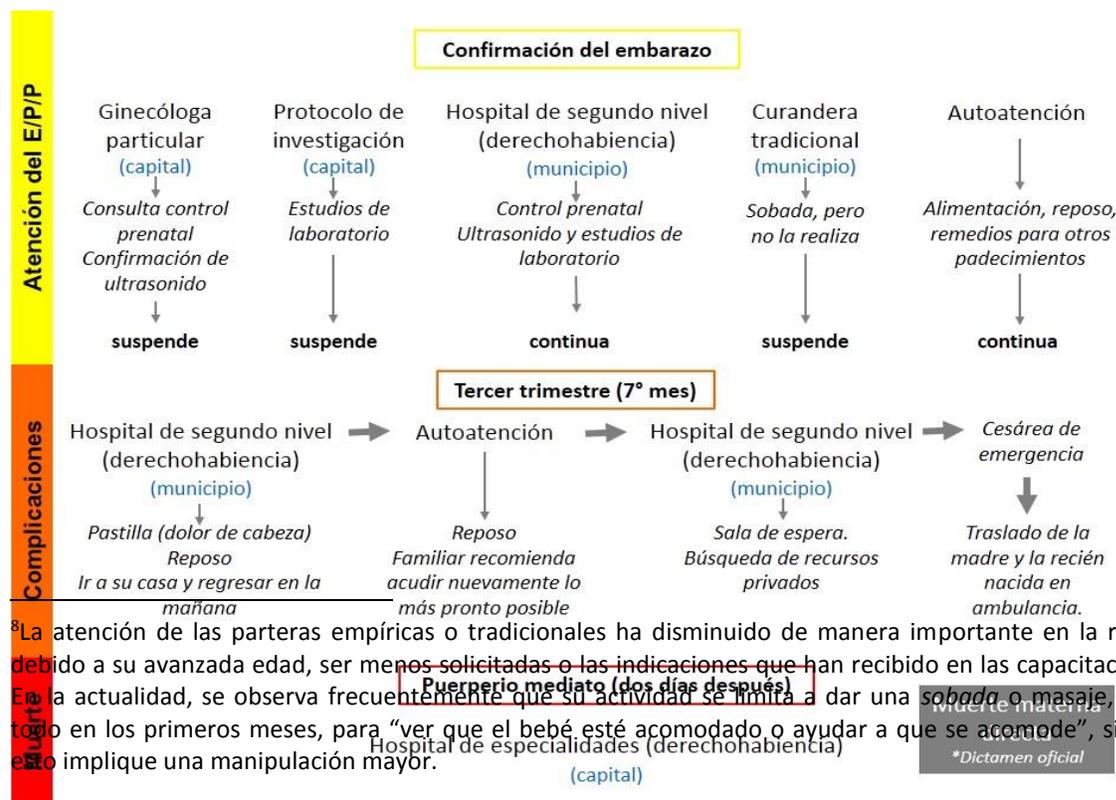
habían estado embarazadas y sufrido complicaciones, por lo que su experiencia permeaba la información y precauciones que compartían con Ariadna. A Lorena le diagnosticaron preeclampsia en el octavo mes, pero le hicieron cesárea inmediatamente y Ana tuvo hemorragia durante su primer parto que culminó en histerectomía, como narra a continuación:

“Yo no quiero que te pase lo mismo que a mí, porque hay veces que uno no sabe, como por ejemplo, a me quitaron la matriz, porque según esto se me complicó el parto, me dio una hemorragia y no me la pudieron controlar, pero ya después de que fuimos a que llevaran la matriz a que la analizaran y me dijeron que no tenían por qué haberme quitado la matriz, que me hubieran podido controlar, poner una inyección.[...] Y yo si le comentaba a ella: «tú que tienes seguro, pues tú ve y estate checando, tu sí tienes, si estás económicamente bien, pues ve a un particular, tú que tienes y que puedes, pus órale, no lo dejes a la desidia...»”.

Recursos de atención en el embarazo y ante las complicaciones

Apoyada por su familia, Ariadna tuvo la posibilidad de acceder a diversos recursos de atención (Figura 1). Al confirmar la sospecha de embarazo, comenzó su control prenatal en la clínica de derechohabencia, pero por recomendación de Lorena, se inscribió en un protocolo de investigación para mujeres embarazadas en donde le harían estudios de laboratorio completos y acudió con una ginecóloga particular, para realizarse un ultrasonido y confirmar la información obtenida en el sector público, pues existía cierta desconfianza.

La diversidad de recursos pudiera reflejar una percepción del embarazo como un evento patológico, sin embargo, los familiares comentan que ella continuaba con sus actividades cotidianas de manera normal, “*porque tampoco nunca le dijo el médico que su embarazo era de alto riesgo o algo así*”, especifica Lorena. Así, una vez concurridos los primeros meses, con cierta certeza de que todo iba bien, continuó yendo periódicamente a su clínica y atendía a las recomendaciones de sus hermanas que se enfocaban en tener una buena alimentación, caminar, descansar suficiente, no tomar medicamentos sin ver al médico y sólo en contadas ocasiones le recomendaron tomar un té de manzanilla para el malestar estomacal o aliviar la tensión. En una ocasión, por sugerencia de su padre, visitaron a una partera quien les dijo que ya estaba avanzado el embarazo y ya no la podía *sobar*⁸.



⁸La atención de las parteras empíricas o tradicionales ha disminuido de manera importante en la región, debido a su avanzada edad, ser menos solicitadas o las indicaciones que han recibido en las capacitaciones. En la actualidad, se observa frecuentemente que su actividad se limita a dar una *sobada* o *masaje*, sobre todo en los primeros meses, para “ver que el bebé esté acomodado o ayudar a que se acomode”, sin que esto implique una manipulación mayor.

Figura 1. Síntesis de la trayectoria de atención de Ariadna, desde la confirmación del embarazo hasta el fallecimiento.

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas a profundidad, información documental y diario de campo, 2013-2015.

Hasta el séptimo mes, no había tenido ninguna molestia que hiciera sospechar de complicaciones. Un día antes de su ingreso al hospital, comentó que sentía mucho cansancio y la notaron un poco más hinchada –de lo que consideraban habitual en el embarazo–, ante lo cual Lorena intervino: *“Le dije que si quería que la llevara al doctor, me dijo que al día siguiente ya tenía su cita y le dije: «si te empieza a doler la cabeza, si te empiezas a sentir más hinchada, más cansada, ve a que te tomen la presión. No vayas a dejar más tiempo, y si ya tienes la consulta, pues dile al doctor cómo te estás sintiendo, de todas maneras, cualquier cosa, háblame a la hora que sea.»”* Por la madrugada Ariadna llama por teléfono a Lorena: *“hermana, me siento muy mal, me duele mucho mi cabeza y se me pone el estómago muy duro”*, ante lo cual le dice que debe ir inmediatamente a urgencias a la clínica en el municipio en donde, sin tomarle signos vitales, le recetan *“una pastilla”* y le dicen que debe volver a las ocho de la mañana.

Lorena y Enrique llegaron poco antes de las nueve a la clínica en donde Ariadna esperaba en urgencias, acompañada por su pareja y su cuñada, con los ojos cerrados y quejándose de dolor de cabeza intenso. Su padre y su hermana se

molestaron e insistían sobre la necesidad de ser atendidos con una empleada del hospital, quien respondía de manera prepotente: “*es que tenemos otra paciente primero, por eso no la hemos pasado, no tenemos camillas...*», y Lorena argumentó: «*¿por qué no hablan y dicen que no la van a atender? Para que ella busque atención médica en otro lugar [...] ¿No están viendo el cartelote de los síntomas de la preeclampsia, eclampsia y demás? Ustedes mismos lo tienen en la sala de espera...*» Y Enrique agrega: “*mi hija necesita atención médica, vino a las cuatro de la mañana, la regresaron, ¿cómo es posible que para nosotros, los trabajadores, sí nos estén descontando de nuestro salario, para que no tengan atención médica?*”.

En cierta medida, la información previa, daba a la familia de Ariadna, mayor posibilidad de identificar la gravedad de la situación y de ejercer el derecho a la atención, incluso propusieron buscar una ambulancia privada para trasladarla a la capital del estado, sin embargo, se limitaron por la responsabilidad de tomar acción sin el respaldo de la institución médica, por lo que decidieron esperar hasta que fue ingresada cuando su estado era grave, con la solicitud de firmar un consentimiento para realizar una cesárea de emergencia. Ante la situación, Lorena reacciona:

“Se los dije, mi hermana estaba mal, pero ustedes aquí son tan negligentes, tan inhumanos... yo no voy a firmar nada, y le dije a la pareja si quería, firmara...”

“Es que no sé firmar” –respondió él–.

Ante el enojo de Lorena, la trabajadora del hospital interviene:

“Señora, no se ponga así, para la próxima nada más le hablamos a él, al esposo porque usted no tiene derecho a estar aquí”

Mientras esperaban, observaron un mayor movimiento en el hospital y antes de recibir informes, vieron salir una incubadora y posteriormente una camilla, y se acercaron para cerciorarse que se trataba de Ariadna y su hija. Les dijeron: *“está grave pero estable”*, no obstante, Lorena sospechaba que algo estaba mal, pues no salía un médico a darles información precisa, sólo sabían que irían al hospital de especialidades de la capital, porque no tenían los recursos para seguir las atendiendo.

La familia llegó poco después que la ambulancia al hospital y al solicitar información, los recibió un médico, quien señalando hacia la computadora, explica: *“nosotros no podemos ya hacer nada, señor. Tiene muerte cerebral, tiene un coágulo en el cerebro, mire, aquí está la pantalla, aquí le estamos dando información. Vamos a hacer lo que está en nuestras manos, pero no le aseguramos nada, señor, y esto, no estuvo por parte de negligencia de nosotros, sino de donde viene, y haga usted lo que tenga que hacer”*.

Ariadna permaneció dos días más internada sin ningún cambio, hasta su fallecimiento. Una muerte diferente a otras que habían ocurrido en la familia: inesperada y, tal vez, evitable, como lo narra Lorena:

“Yo lo que pienso es que a lo mejor mi hermana iba a fallecer por ‘equis’ causa, ‘equis’ razón, pero ¿por el hecho de un embarazo? Si desde el momento en que ella llega se le atiende correctamente... pues, no sé, igual y otra cosa hubiera sido. [...] Porque si ella hizo sus actividades normales un día antes, la verdad para mí ha sido, hasta cierto punto, inasimilable, porque -le pregunto- ¿puede llegar a pasar, que de un momento a otro, así se agrave la situación? [...] La verdad es difícil para uno como familiar, porque a la fecha, yo me hago muchas preguntas, mi papá dice: «tú no eres médico y aunque hubieses sido médico, a lo mejor ni en tus manos hubiese estado»”.

Además, la explicación que recibieron del doctor, despertó otras inquietudes en la familia, Enrique comenta: *“yo lo que entendí es que teníamos el derecho de seguir adelante, entendí que era negligencia médica, incluso, yo no quería, pero uno de mis hijos dijo: «No, es que no nos van a ver la cara, estos casos que sirvan de experiencia para la demás gente de la sociedad».* Y fuimos a [la Comisión Estatal de] *Derechos Humanos, ahí nos entrevistaron...”*

La queja: ¿por qué? y ¿para qué?

La ambigüedad de la información y la poca disposición del personal de salud a responder sus preguntas hicieron dudar sobre la atención que recibió Ariadna, aunado identificar, con base en su experiencia previa, las omisiones, retrasos en el diagnóstico y en recibir la atención. Por ello decidieron acudir a las oficinas de Derechos Humanos en la capital del estado en donde asentaron la queja y sólo les

dijeron que debían comunicarse para dar seguimiento. Además de la queja formal, algunos compañeros del trabajo de Ariadna promovieron un comunicado en prensa, otra forma de denuncia que traería importantes consecuencias, pues enfrentaron amenazas en la institución y prohibiciones para visitar a la hija de Ariadna que se encontraba hospitalizada.

Una vez superada esta difícil etapa, continuaron en espera de la resolución de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, hasta dos años después, cuando les entregaron un oficio y dijeron: *“ya se les tomó en cuenta, no lo tomen a mal, pero pues el enfermo ya no va a regresar, ya murió, váyanse a la institución, muéstrenlo allá [el oficio], lo único que les van a dar es un dinero, una compensación”*. Hasta ahora no han buscado hacer válido dicho oficio y no se concibe manera alguna de reparar el daño, sin embargo, tanto Enrique como Lorena coinciden en que la principal motivación es tratar de evitar que algo similar suceda a otras mujeres y a otras familias. Enrique señala:

“Yo sé que el ser humano ya no va a regresar, ya se fue y para siempre, pero yo no soy de los que doblegan, no, yo soy de raza indígena, por dinero no voy a doblar, ¿por qué? porque este es un asunto que le puede suceder a otra persona, ya no lo voy a ver yo por mí, sino por otras personas que no les hagan lo mismo...y ¿por qué? porque va uno a consulta, pero no nos están dando el servicio gratis, el medicamento no lo dan gratis, a la hora del cheque lo descuentan...”

Y Lorena concluye:

“Mi idea era que no quedara nada más ahí, que la gente se diera cuenta que sí se puede hablar, aunque estamos envueltos por un círculo vicioso en el sistema, que igual no pasa nada, pero que estén más alertas las personas, pues a veces si abusamos de las personas que no se defienden, que no hablan...como no saben, de ahí nos aprovechamos. Igual no sirve de gran cosa, pero al menos no quedarse con la espinita de quedarte callada.”

Así, el proceso de denuncia es motivado por una transformación de la experiencia de la muerte en un hecho social, más que individual y, al mismo tiempo, alude a la acción de narrar como una forma de dar sentido y significado a un evento disolutivo.¹⁹

DISCUSIÓN

La trayectoria de atención permite un acercamiento a las representaciones y prácticas en torno al embarazo, parto y puerperio, que pueden ser experimentados como parte del ciclo vital y no como un proceso patológico que requiera un exhaustivo control médico, no obstante, dichos eventos desencadenan múltiples formas de atención. La búsqueda de estos recursos tiene un carácter plural, dado por las interacciones entre modelos de atención y fuentes de información; como puede observarse, se suele recurrir a dos o más recursos de manera simultánea, con una predilección por los biomédicos, en donde a su vez, se conjuntan los sectores público y privado. Asimismo, la aparición o sospecha de complicaciones

transforma, no sólo la experiencia y sus significados, sino también la percepción de eficacia de los recursos a los que se puede acceder y evidencia la incorporación de saberes del campo médico.

Por otra parte, la desatención implica procesos complejos, permeados por elementos estructurales que condicionan el acto médico, el sistema de salud y sus instituciones. En el caso presentado, el certificado de defunción asienta como causa de muerte “*hemorragia cerebral masiva, síndrome de HELLP y eclampsia*” en concordancia con el dictamen oficial que catalogó el caso como muerte materna directa, identificando como eslabones críticos principales la demora en urgencias y la falla en reconocer signos y síntomas de preeclampsia.²⁰ Como puede observarse, estos puntos son también reconocidos por la familia, además de otros aspectos evidenciados en sus narraciones, como la negativa del personal a brindar información clara y oportuna que les permitiera, en dado momento, activar redes y recursos alternativos, así como el trato agresivo, prepotente y descalificador percibido ante la demanda de atención.

Tanto la solicitud de información como de atención son elementos del derecho a la salud en general –y en particular a la salud reproductiva–, un derecho que forma parte de la dimensión social de la ciudadanía. Sin embargo, es necesario considerar “las variaciones en la apropiación subjetiva de los derechos y de la posibilidad de hacerlos valer”, que se encuentran vinculadas a las condiciones de desigualdad, dada por el género, la etnicidad, la clase social²¹ y también por la pertenencia institucional. Así, la mujer que, en tanto ciudadana, demanda la

atención, es constituida como paciente, entidad ubicada en la parte más baja de un sistema jerárquico, convirtiéndolas en receptoras pasivas de los servicios²¹ y limitando el ejercicio de sus derechos.

Al percibir una violación a sus derechos o la imposibilidad de hacerlos valer, la queja ante alguna instancia como la Comisión Estatales de Derechos Humanos, también es un recurso cuyo acceso es diferencial y dependiente del capital⁹ económico (directa e inmediatamente convertido en dinero), social (recursos potenciales y redes) y cultural (conocimientos institucionalizadas o no)^{22,23}, pues requiere invertir recursos adicionales, desatender otras necesidades, y un importante componente emocional. En varias ocasiones manifestó la familia de Ariadna que, contarlo les ha ayudado a asimilarlo, pero también ha implicado nuevas formas de organización familiar para dar seguimiento con el consecuente “descuido” a la familia nuclear, e incluso, ha repercutido en su estado de salud, lo cual asocian al desgaste físico y emocional.

En conclusión, alrededor del problema de la mortalidad materna, se ha ahondado en un sinnúmero de intervenciones, en conformidad con distintas perspectivas que hacen referencia a los Derechos Humanos y cuya pretensión es ser plasmadas en las políticas públicas que permitan hacerle frente y cumplir con los imperativos de la comunidad internacional. Sin embargo, la salud global requiere una ética también global que implica “responsabilidad pública y políticas entendidas como

⁹De acuerdo con Bourdieu (1993:109) se entiende por capital a “los instrumentos de apropiación de las oportunidades teóricamente ofrecidas a todos”.

ética en acción, [...] orientada a trabajar desde la diversidad situacional y contextual como punto de partida para consolidar la discusión, la negociación y los acuerdos entre comunidades tecnocientíficas, culturales y morales”.²⁴

Si bien la interacción “cara-a-cara” –médico-paciente– enfrenta retos importantes, es necesario analizar las trayectorias de atención y procesos de desatención en términos de relaciones de poder/saber²⁵ que residen más allá de la figura del médico. Por ello, en los diferentes niveles, desde el acto médico particular, hasta los lineamientos y estrategias en que se inserta, es necesario contemplar la salud como un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos.²⁶ De acuerdo con Mann y Gruskin (2002), se requiere de una labor permanente que consiste en esfuerzos explícitos y conceptuales relacionados con la promoción y protección de los derechos humanos y en consecuencia, la dignidad, al mismo tiempo que, una realización completa de los derechos humanos necesita poner énfasis en la atención a la salud y sus determinantes sociales.²⁷ Aun cuando presupone una universalidad cuestionable, los Derechos Humanos son un marco de referencia útil para analizar y responder a los retos que enfrenta la salud global, sin embargo, sus conceptos clave, significados y contenidos no son ampliamente difundidos en la formación y ejercicio de los profesionales de salud.²⁸ Por lo tanto, una reflexión central que se desprende de este trabajo es la pertinencia de incluir la perspectiva de derechos humanos en la formación de los profesionales de salud, buscando generar espacios de diálogo en torno a la salud como derecho fundamental, promoviendo la reflexividad como ética en acción y no como una noción abstracta de derecho.

AGRADECIMIENTOS

Este artículo forma parte de la investigación realizada para obtener el grado de Maestría en Ciencias Sociomédicas, con especialidad en Antropología en Salud en el Programa de Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México. Agradecemos a la Dra. Liz Hamui Sutton por sus valiosos comentarios a este trabajo.

REFERENCIAS

1. Stephen y Daibes, 2010 en: Sanjuán H, Baquero Latorre H y Navarro Lechuga E. Salud Global. Revista Científica Salud Uninorte, 2011 enero-julio, no. 1, pp. xi-xiii.
2. Franco Giraldo A, Álvarez Dardet C. Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana A. Rev. Panam Salud Pública. 2009, 25(6): 540-547.
3. Pacileo G. Globalización y tendencias actuales de la salud mundial. En: Sánchez Bayle M, Colomo Gómez C, Repeto Zilbermann C. (editores) Globalización y salud. Madrid: Federación de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública; 2005, pp. 27-40.
4. Osorio Carranza RM. Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 2001, 276 p.
5. Freyermuth Enciso G. Las mujeres de humo: morir en Chenalhó, género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad. México,

- Centro de investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social / Instituto Nacional de las Mujeres / Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas; 2003, 431 p.
6. Hersch Martínez P. Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. *Salud Pública de México*, 2013 septiembre-octubre, 55(5):512-518.
 7. Hamui Sutton L. Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. *Revista Cuicuilco*, 2011, sept-dic, 52: 51-67.
 8. Burawoy M. The Extended Case Method. *Sociological Theory*, 1998, 16(1):1-32.
 9. Glaser B., Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company; 1967, pp. 45-77.
 10. Salamanca A., Martín Crespo C. El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, 2007, marzo-abril.
 11. Seda JA. Ética profesional y metodología con relación al trabajo etnográfico con personas internadas con retraso mental. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2007, pp.6-10.
 12. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano, Michoacán. [Internet]; 2007 [acceso 2013-feb-12] Disponible en: http://hdr.undp.org/en/reports/national/latinamericathecaribbean/mexico/IDH_Michoacan_2007.pdf
 13. Freyermuth G, Luna M, Muños JA. Indicadores 2011. Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Avances en México. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/ Fundación MacArthur/ Observatorio de Mortalidad Materna en México; 2013, 70 p.

14. Diario de campo de la autora, 2013.
15. Martínez A. En la Jurisdicción Sanitaria 4, el mayor índice estatal de muerte materna. [Internet] México: La Jornada Michoacán, México; 2012-ago-2, [acceso 2013-nov-17] Disponible en:
<http://www.lajornadamichoacan.com.mx/2012/08/02/en-la-jurisdiccionsanitaria-4-el-mayor-indice-estatal-de-muerte-materna/>
16. Observatorio de Mortalidad Materna en México. Indicadores 2010 [Internet] México: OMMM; 2011; [acceso 2013-may-22] Disponible en:
<http://www.omm.org.mx/index.php/indicadores/158.html>
17. Sachse M, Sesia P, Pintado A, Lastra Z. Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. Rev CONAMED 2012; 17 Supl 1: S4-S15.
18. Comelles J. El regreso de las culturas. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI. En: Fernández Juárez G. (coord.) Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas. Ecuador: Abya-Yala, 2004, pp. 17-30.
19. Good B. Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Barcelona: Bellaterra; 1994, p. 219.
20. Información documental registrada en diario de campo de la autora, 2015.
21. Castro R. Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México. En: Castro R, López Gómez A. (ed.) Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional.

- Montevideo: Universidad de la República; México: UNAM, CRIM; 2010, pp. 54, 56.
22. Bourdieu P. El Sentido Práctico. Madrid: Taurus; 1993, p. 109.
23. Bourdieu P. Poder, derecho y clases sociales, 2° ed. España: Desclée de Brouwer; 2001, pp. 231.
24. Buxo i Rey MJ. Bioética intercultural para la salud global. Revista Selecciones de Bioética, 2006, 9:24-30.
25. Foucault M. Politics, Philosophy, Culture: Interviews and Other Writings, 1977-1984. Nueva York: Routledge; 1988.
26. Comisión Estatal de los Derechos Humanos. Estudio sobre el nivel de satisfacción en la prestación de servicios de salud en el estado de Michoacán. [Internet]; 2015 [acceso 2015-ago-18] Disponible en:
<http://www.cedhmichoacan.org/Documentos/AvisosEventos/ESTUDIO%20NIVEL%20SATISFACCI%C3%93N%20SECTOR%20SALUD%20FINAL.pdf>
27. Ruíz Llanos A. La interculturalidad y el derecho a la protección a la salud: Una propuesta transdisciplinaria. Bol Mex His Fil Med, 2007; 10 (2): 99-107.
28. Mann JM. Health and human rights. Protecting human rights is essential for promoting health. British Medical Journal, 1996; 312(7036): 924–925.

Apéndice A

MATRIZ DE INFORMACIÓN

Guía de entrevista y observación participante basada en categorías y subcategorías

Adaptada de Cisterna (2005)

<p>Problema de investigación</p>	<p>¿De qué manera las experiencias de los actores sociales, la trayectoria de atención-desatención y las dinámicas de organización familiar intervienen en la construcción sociocultural de la muerte materna y cómo ésta da cuenta de las implicaciones locales que tiene el abordaje de un problema de salud global?</p>			
<p>Objetivo general</p>	<p>Describir y analizar la construcción sociocultural del embarazo, parto, puerperio y de la muerte materna, a partir de la experiencia individual y familiar, la reconstrucción de la trayectoria de atención y los procesos de desatención, así como las dinámicas de organización al interior de la estructura familiar, para dar cuenta de la situación local en relación a un problema de salud global.</p>			
Objetivos específicos	Categorías	Subcategorías	Guía de entrevista	Guía de observación
<p>Conocer las experiencias en torno al embarazo, parto y puerperio y la muerte durante este proceso, en familias de mujeres fallecidas por causas obstétricas.</p>	<p>Experiencia de los actores sociales</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Significado del evento reproductivo para la familia. -Valor diferencial del embarazo en curso. -Experiencia en torno al proceso reproductivo de la mujer fallecida. -Experiencia acerca de la atención de la mujer. 	<p>¿Podría narrar los sucesos relacionados con el caso de manera general? ¿Cómo reaccionó la familia y la pareja al saber que la mujer estaba embarazada? ¿Qué pasa cuando alguien se embaraza en la familia? (Dar un ejemplo)</p>	

		<p>-Explicaciones sobre la muerte de la mujer.</p> <p>-Significado y relevancia del conocimiento médico en la experiencia familiar.</p> <p>-Cambios en las representaciones sociales a partir de estas experiencias.</p>	<p>¿Cuáles fueron sus impresiones acerca del curso del embarazo, parto y/o puerperio de la mujer? (Dar ejemplos)</p> <p>¿Cuál fue su experiencia personal al saber del fallecimiento?</p> <p>¿Qué piensa acerca de lo sucedido?</p> <p>¿Había escuchado antes hablar acerca de la muerte materna?</p> <p>¿Qué diferencia hay entre la muerte de una mujer durante este proceso y el fallecimiento de algún otro familiar?</p> <p>¿El suceso cambio su manera de percibir el embarazo, parto y/o puerperio? ¿Cómo?</p> <p>¿El suceso cambio su manera de percibir la muerte? ¿Cómo?</p>	
<p>Reconstruir la trayectoria de atención de la mujer fallecida, desde el comienzo de la búsqueda hasta el momento de la muerte.</p>	<p>Trayectoria de atención</p>	<p>-Datos generales de la mujer fallecida.</p> <p>-Representaciones sociales sobre el embarazo, parto y puerperio en la familia.</p> <p>-Representaciones sobre el cuidado en el proceso reproductivo.</p> <p>-Representaciones sobre el riesgo durante el proceso reproductivo.</p> <p>-Representaciones sobre la</p>	<p>¿Qué edad tenía la mujer)</p> <p>¿Cuál era su estado civil?</p> <p>¿Era el primer matrimonio de ambos?</p> <p>¿Cuántos hijos tuvieron?</p> <p>¿Qué número de embarazo era?</p> <p>¿El embarazo, parto y puerperio constituyen una etapa normal de la vida?</p> <p>¿El embarazo parto y puerperio afecta la salud de la mujer?</p> <p>¿Qué cuidados debe haber durante el embarazo? ¿Por qué?</p> <p>¿Qué riesgos representa el embarazo,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observación participante o no participante en los centros de salud, consultorios privados, hospitales o clínicas privadas, parteras y terapeutas alternativos o tradicionales a los que haya acudido la mujer durante el embarazo, parto y

		<p>atención requerida durante el proceso reproductivo.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Búsqueda de atención preconcepcional -Estado de salud antes del embarazo -Atención recibida en el control prenatal -Información acerca de signos de alarma -Recursos biomédicos de atención a los que accedió -Recursos tradicionales y alternativos a los que accedió. -Eficacia percibida acerca de estos. -Relación de la mujer y familiares con los profesionales de salud o terapeutas. -Acceso a los diversos recursos (traslado, tiempo, requisitos) -Formas de autoatención -Sospecha / diagnóstico de complicaciones -Evolución de las complicaciones -Cambio en las estrategias de atención a partir de las complicaciones. -Momento en que ocurrió el fallecimiento. 	<p>parto y/o puerperio? ¿Por qué? ¿Pueden evitarse? ¿Cómo? ¿En dónde y por quién es recomendable atender el parto? ¿El parto es algo natural o es como estar enfermo? Después del parto ¿qué se recomienda que haga la mujer? ¿Qué peligros hay para su salud? ¿Qué actividades puede y no puede hacer? ¿Cuánto tiempo debe haber cuidados especiales? ¿El embarazo de la mujer fue planeado? ¿Acudió con algún profesional de salud o terapeuta antes de embarazarse? ¿Con quién? ¿Qué sucedió? ¿Cómo supo que estaba embarazada? ¿Acudió a control prenatal? ¿En dónde y con quién(es)? ¿Qué información le dieron? ¿Acudió con algún terapeuta alternativo? ¿Acudió con alguna partera o terapeuta tradicional? ¿Cómo fueron las relaciones con los curadores? ¿Qué recursos funcionaron y cuáles no? ¿En qué momento se prefirieron algunos sobre otros y por qué? ¿Cómo se tomó la decisión al respecto? ¿Qué recursos fueron más accesibles y cuáles menos? ¿Cómo se accedió a ellos? ¿Cómo se identificaron las complicaciones?</p>	<p>puerperio.</p>
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------

		<p>-Lugar del fallecimiento</p> <p>-Explicaciones médicas sobre la causa de muerte.</p> <p>-Otras explicaciones sobre la causa de muerte.</p>	<p>¿Hubo algún diagnóstico médico?</p> <p>¿Qué sucedió cuando se reconocieron las complicaciones?</p> <p>¿Cuánto tiempo transcurrió entre el diagnóstico y la muerte?</p> <p>¿Qué recursos se implementaron a partir de las complicaciones?</p> <p>¿En dónde y cuándo ocurrió la muerte?</p> <p>¿Cuáles fueron las causas atribuidas?</p> <p>¿Está de acuerdo con estas causas?</p> <p>¿Por qué?</p>	
<p>Describir y analizar los procesos de desatención identificados a lo largo de la trayectoria y la manera en que se relacionan con la muerte de la mujer.</p>	<p>Procesos de desatención</p>	<p>-Derivados de la organización familiar.</p> <p>-Derivados de la falta de acceso físico a los recursos.</p> <p>-Derivados de la falta de acceso económico a los recursos.</p> <p>-Derivados de la organización institucional.</p>	<p>¿A qué considera que se debió la muerte de la mujer?</p> <p>¿Considera que la muerte se pudo haber evitado? ¿Cómo?</p> <p>¿Considera que se utilizaron todos los recursos posibles para resolver el problema?</p> <p>¿Cuáles fueron las limitantes para acceder a más o a otros recursos?</p> <p>¿Por qué considera que lo se hizo no funcionó?</p>	
<p>Explorar la manera en que la estructura familiar y las dinámicas de organización torno al proceso reproductivo, influyen en la posibilidad de la mujer de acceder y decidir acerca de los recursos de atención.</p>	<p>Dinámicas de organización familiar</p>	<p>-Aspectos sociodemográficos: ruralidad, etnia, alfabetización, escolaridad, derechoahabiciencia.</p> <p>-Familiograma</p> <p>-Distribución de los integrantes de la familia (unidades domésticas)</p>	<p>El lugar en donde residía la mujer, ¿es rural o urbano?</p> <p>¿Con qué servicios cuentan?</p> <p>¿Pertenece a algún grupo étnico?</p> <p>¿Hablaba alguna lengua indígena?</p> <p>¿Cuál? ¿Era bilingüe? ¿Y su pareja? ¿Y la familia?</p> <p>¿Sabía leer y escribir? ¿Y su</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Características del espacio físico. • Relaciones intergenéricas • Relaciones intragenéricas • Relaciones intergeneracionales

		<p>-Obtención y distribución de recursos económicos.</p> <p>-Formas de organización en torno a labores domésticas y actividades laborales remuneradas.</p> <p>-Formas de organización para la atención de la salud.</p> <p>-Organización familiar en caso de emergencias relacionadas con la salud.</p> <p>-Participación de la mujer en la toma de decisiones: respecto a su cuidado, al cuidado de otros miembros de la familia, durante el proceso reproductivo.</p> <p>-Cambios en la posición de la mujer relacionados con el proceso reproductivo.</p> <p>-Posibilidad de la mujer de decidir durante el embarazo, parto y/o puerperio (previo a su fallecimiento)</p> <p>-Utilización de redes comunitarias como extensión o sustitución de las familiares.</p>	<p>pareja?</p> <p>¿Hasta qué grado de estudios había cursado? ¿Y su pareja?</p> <p>¿Ella o su pareja era derechohabiente?</p> <p>¿Contaba con seguro popular?</p> <p>¿Con quién(es) vivía? ¿Y el resto de la familia?</p> <p>¿Quiénes integran a la familia considerada como red de apoyo?</p> <p>¿Quién se encarga del sostén económico? ¿Cuántas personas dependían de él/ella?</p> <p>¿La mujer realizaba alguna actividad laboral remunerada?</p> <p>¿Cómo se distribuye el trabajo del hogar?</p> <p>¿Cómo se distribuían los ingresos económicos?</p> <p>Aproximadamente ¿cuánto del ingreso es destinado para el cuidado de la salud?</p> <p>¿Quién se encarga del cuidado de los enfermos?</p> <p>¿Quién se encarga del cuidado de los niños y/o adultos mayores?</p> <p>¿Qué recursos son los más utilizados para la atención de la salud?</p> <p>¿Con qué recursos se cuenta para la atención en caso de emergencia?</p> <p>¿Quién decide acerca de estos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formas de organización en momentos clave: labores domésticas, actividades laborales, eventos importantes (familiares o comunitarios), cuidado de la salud, atención en casos de enfermedad.
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<p>recursos? ¿Cómo fueron tomadas las decisiones en torno al proceso reproductivo? Cuando una mujer está embarazada, ¿cambia la forma en que se organizan? ¿cómo? En este caso, ¿quién decidió acerca de la atención de la mujer? ¿Se suelen utilizar recursos o redes fuera de la familia para atender problemas de salud? ¿Cuáles? ¿Por qué? En este caso particular ¿fueron utilizados?</p>	
<p>Relacionar, en un primer acercamiento, la situación local con el contexto de salud global en que se inserta el problema de mortalidad materna.</p>	<p>Relación global-local</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Problema de salud global. -Salud reproductiva como derecho. -Directrices internacionales. -Programa nacional de salud. -Estrategias de intervención aplicadas localmente. -Situación local: Representaciones, prácticas, experiencias y formas de organización familiar. 		

Apéndice B

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:

La muerte materna y su relación con la estructura familiar, la calidad de la atención médica y la articulación de los servicios de salud en la región de la cuenca del lago de Pátzcuaro, Michoacán

Investigador principal: Bianca Fernanda Vargas Escamilla

Lugar: (Nombre de la comunidad)

Nombre del participante (opcional):

La presente investigación corresponde a una tesis para optar al grado de Maestría en Antropología Médica por Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Ésta tiene como propósito principal el contribuir con el estudio de un fenómeno de interés mundial y nacional como lo es la elevada o la poca disminución de la mortalidad materna a pesar de las estrategias que se han implementado para combatirla, por lo que resulta relevante indagar acerca de otros aspecto que han sido poco contemplados y que pudieran constituir áreas de oportunidad para mejorar estas intervenciones, obteniendo mejores resultados y ofrecer un mejor panorama para las futuras generaciones de mujeres en edad reproductiva.

Usted ha sido seleccionado para participar como informante en esta etapa de la investigación. Su participación es completamente voluntaria y no remunerada, ni representará un gasto para Usted. Si Usted decide participar, tendrá la libertad de omitir preguntas realizadas en las entrevistas, así como dejar de participar en cualquier momento, decidiendo si la información que ya haya proporcionado podrá o no ser utilizada para los fines de esta investigación.

Las entrevistas deberán ser registradas de manera escrita, grabación de voz o video. Usted tiene la libertad de decidir si se emplea o no alguno de estos métodos o si desea omitir alguna parte específica. La información es anónima, su nombre y los datos que desee omitir, no aparecerán en la publicación de los resultados de esta investigación o de investigaciones futuras, a menos que usted decida lo contrario. Todos los registros originales se mantendrán en estricta confidencialidad y sólo la investigadora y el tutor responsables de esta investigación tendrán acceso a la misma.

Cabe mencionar que en este estudio no se realizará ningún tipo de intervención médica o evaluación psicológica, por lo que no debe causarle molestias ni representa ningún riesgo para su salud e integridad.

En caso de tener alguna duda acerca de esta u otras etapas de la investigación, podrá contactarse con la investigadora responsable: Bianca Fernanda Vargas Escamilla, al número telefónico 53957602 o al correo electrónico: biancavescamilla@gmail.com

AUTORIZACIÓN

Declaro que he leído y comprendido los objetivos y condiciones de mi participación, así como las condiciones de privacidad que se establecen, por lo que acepto voluntariamente, participar en esta investigación.

Comentarios:

Firma del participante

Firma del investigador

Testigo 1

Testigo 2

Lugar y fecha: _____

Apéndice C

CARTAS INSTITUCIONALES



México, D.F. a 20 de noviembre de 2015.

Secretaría de Salud de Michoacán
/respete

A quien corresponda:

Por medio de la presente hago de su conocimiento que la médica Bianca Fernanda Vargas Escamilla, realiza actualmente sus estudios de posgrado de Antropología en Salud perteneciente al área de Ciencias Sociomédicas, de Programa de Ciencias Médicas, Administrativas y de la Salud, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México; y de acuerdo a sus intereses profesionales está desarrollando la investigación: **La muerte materna y su relación con la estructura familiar, las características de la atención obstétrica y la articulación entre los servicios de salud en la cuenca del lago de Pátzcuaro, Michoacán.**

La estudiante realizará estancias de trabajo de campo en los municipios de Pátzcuaro, Fitzinguarán, Quiroga y Tzitzulubran correspondientes a la jurisdicción Sanitaria #4, visitando a las autoridades municipales y civiles, además de entrevistar a personas de las diferentes localidades de la región. Sin embargo, resulta de vital importancia consultar la información estadística y epidemiológica relacionada a dicha problemática, así como los documentos médico-clínicos que puedan enriquecer su investigación.

Por este motivo, me dirijo a usted de la manera más atenta, solicitando su autorización para que la alumna pueda acceder a dichas fuentes de información, agradeciendo las facilidades que pueda otorgarme para lograr su objetivo.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

“POR MI RAZA HARÁ EL ESPÍRITU”

Maestro Alfredo Paulo Maya

Coordinador del área de concentración Antropología en Salud

Revisado
Dr. Rafael G. Corzo, Rector
03. 01. 2016 - 2013



PROCESO DE
VICERRECTOR
DE INVESTIGACIÓN
MICH.
12-00

INDICACIÓN CONTINUO DE TODOS

Dr. García
Dr. Rodríguez
Dr. Martínez

DEPENDENCIA:	OFICINA CENTRAL
	TIPO Y FONTE SERVICIOS DE SALUD
	CHEFE DE INSTITUCIONES DE SALUD
	DEPARTAMENTO DE SALUD REPRODUCTIVA
NÚMERO DE OFICIO:	500
ASPECTOS:	5:051

ASUNTO: Solicitud de Apoyo

Micho Mich. 10 DIC 2010

DR. GABRIEL RUIZ RÓDRIGUEZ
C.U.L. DE LA JURISDICCION SANITARIA NO. 4
PATZCUARO, MICH.

ASESORIA JURÍDICA
 LEGISLACIÓN, ANÁLISIS DE LEYES,
 DECRETOS Y ACUERDOS

Por medio de la presente hago de su conocimiento que la maestra **RIANTA VARGAS ESCAMILLA**, maestra egresada de sus estudios de posgrado de Antropología en Salud, perteneciente al Programa de Ciencias Políticas, Sociológicas y de Salud, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México y de acuerdo a sus áreas profesionales está desarrollando la investigación: **La cultura materna y sus acciones con el nacimiento infantil, las características de la atención obstétrica y la atención sobre los servicios de salud en la Cuicuil de Lago de Chapala, Michoacán.**

A esta maestra realizará jornadas de trabajo de campo en los municipios de Píscar, Michoacán, Quiroga y Tancitaro, correspondiente a la Jurisdicción a su cargo, y además a los institutos municipales y locales, además de atender a personas de las diferentes localidades de la región. Sin embargo, resulta de vital importancia consultar a información estadística y epidemiológica relacionada a dicha problemática, así como los documentos médico-clínicos que pueda encontrar en su investigación.

Por este motivo, solicito a Juan Andrés las facilidades necesarias para que pueda acceder a dichos fuentes de información y lograr su objetivo.

Importante que esta información sea de gran utilidad.

ATENTAMENTE
R. DIRECTOR DE SERVICIOS DE SALUD

DR. JULIO FERNANDO RODRÍGUEZ TENADO

L.C.F. C. RIANITA VARGAS ESCAMILLA. Investigadora

Rianita Vargas Escamilla
TEL: 3524 / 2524 / 2524 - 2524

11/10/2010
2373



UNAM
POSGRADO

México, D.F. a 29 de noviembre de 2012.

Presidencia municipal
Pátzcuaro, Michoacán
Presente



A quien corresponda:

Por medio de la presente hago de su conocimiento que la médica **Bianca Fernanda Vargas Escamilla**, realiza actualmente sus estudios de posgrado de Antropología en Salud, perteneciente al área de Ciencias Sociomédicas, del Programa de Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México; y de acuerdo a sus intereses profesionales está desarrollando la investigación: **La muerte materna y su relación con la estructura familiar, las características de la atención obstétrica y la articulación entre los servicios de salud en la cuenca del lago de Pátzcuaro, Michoacán.**

La estudiante realizará estancias de trabajo de campo, de manera intermitente durante el periodo 2013-2015, en los municipios de Hitzolero, Guajeriquero, Quiroga y Tzintzuntzan, visitando a las autoridades civiles, y entrevistando a personas relacionadas de las diferentes localidades de la región, de acuerdo con las necesidades y objetivos de su investigación.

Por tal motivo, se está presentando con las autoridades municipales correspondientes, quedando a sus órdenes para cualquier asunto relacionado.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

'POR MI RAZA HARÁ EL ESPÍRITU'

Maestro Alfredo Paulo Maya

Coordinador del área de concentración Antropología en Salud.

Mérida, Méx., a 5 de febrero de 2015.

DRA. LILIANA OLIVERA ROMERO
Directora del Hospital de la Mujer
Prescrito

Por medio de la presente hago de su conocimiento que actualmente estoy desarrollando el proyecto de investigación titulado *La muerte materna y su relación con la estructura familiar, las características de la atención obstétrica y la satisfacción con los servicios de salud en la ciudad del tipo III Polanco, Michoacán*. Dicho estudio corresponde a una tesis para optar por el grado de Maestría en Ciencias Sociales con especialidad en Antropología en Salud, perteneciente al Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Quirúrgicas y de la Salud de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Para ello he realizado estancias de trabajo de campo en los municipios de Toluca, Toluca, Toluca, Toluca y Toluca, visitando a las autoridades municipales y civiles, al personal de los servicios de salud de diferentes instituciones y llevando a cabo entrevistas a profundidad con diferentes niveles de la comunidad. Sin embargo, resulta de gran utilidad un acercamiento con el Hospital de la Mujer, dada la relación que tiene con los servicios de salud de la región y la demanda de atención por parte de las mujeres y sus familias.

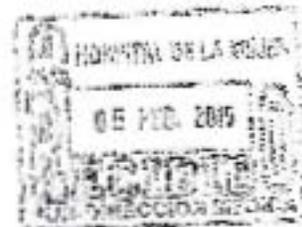
Por este medio solicito su apoyo para poder ingresar a dicha institución y poder diligenciar o usar a su opinión considere pertinente con la finalidad de recibir información que contribuya a mejorar un panorama más completo del problema de investigación.

Agradezco de antemano su tiempo, quedo a sus órdenes para cualquier aclaración, dejando a su disposición un correo electrónico biannavescamilla@gmail.com y un número telefónico 044 55 29 09 80 05.

Atentamente,

Bianca Fernanda Vargas Escamilla

c.c.p. Dra. Inés del Castro García, Subdirectora del Hospital de la Mujer.





México, D.F. a 17 de marzo de 2015.

Oficialía del Registro Civil
Pátzcuero, Michoacán
Presencia:

A quien corresponda:

Por medio de la presente hago de su conocimiento que actualmente estoy desarrollando el proyecto de investigación titulado *La muerte materna y su relación con la estructura familiar, las características de la atención obstétrica y la articulación entre los servicios de salud en la cuenca del lago de Pátzcuero, Michoacán*. Dicho estudio corresponde a una tesis para optar por el grado de Maestría en Ciencias Sociomédicas con especialidad en Antropología en Salud, perteneciente al Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Base de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Para este estudio resulta de gran interés conocer las cifras de mortalidad en la región, clasificando por sexo y por edad, para lo cual se requiere acceder a las actas de defunción, de los años comprendidos en el estudio: 2012, 2013, 2014.

Por este motivo, solicito atentamente su debida autorización para poder consultar dicha información.

Agradeciendo de antemano su disposición, reciba un cordial saludo.

Atentamente,

Bianca Fernanda Vargas Escamilla
Médico General
Maestrante en Antropología en Salud
UNAM

Recibí
400
17/03/2015