

Desafíos para la implementación de servicios obstétricos culturalmente competentes en un contexto indígena de México

Desafios para a implementação de serviços obstétricos culturalmente competentes em um contexto indígena no México

Challenges for implementing culturally competent obstetric services in an Indigenous context in Mexico

Clara Juárez-Ramírez (<https://orcid.org/0000-0002-1844-772X>)¹

Resumen La atención a la salud obstétrica de mujeres indígenas continúa siendo un grave problema en los países de ingresos bajos con gran diversidad cultural y pasado colonial. El trabajo de los profesionales de la salud para prevenir complicaciones que deriven en muertes maternas es primordial, sin embargo, en estos contextos se enfrentan a grandes desafíos para implementar servicios culturalmente competentes. El objetivo de este artículo es presentar hallazgos de un estudio etnográfico que buscó documentar la experiencia de profesionales de la salud atendiendo servicios obstétricos, con la intención de mostrar la complejidad de los contextos socioculturales donde desempeñan su labor.

Palabras clave Servicios de salud indígenas, Complicaciones del parto, Profesionales de la salud, Población indígena, Salud de las mujeres

Resumo A atenção à saúde obstétrica das mulheres indígenas continua sendo um grave problema em países de baixa renda, com grande diversidade cultural e passado colonial. O trabalho dos profissionais de saúde na prevenção de complicações que levam à morte materna é fundamental, mas nesses contextos eles enfrentam grandes desafios na implementação de serviços culturalmente competentes. O objetivo deste artigo é apresentar os resultados de um estudo etnográfico que buscou documentar a experiência de profissionais de saúde que atendem em serviços obstétricos, com a intenção de mostrar a complexidade dos contextos socioculturais em que realizam seu trabalho, a fim de refletir sobre as políticas públicas de saúde voltadas para os povos indígenas.

Palavras-chave Serviços de saúde indígena, Complicações no parto, Profissionais de saúde, População indígena, Saúde da mulher

Abstract Obstetric healthcare for Indigenous women remains a severe problem in low-income countries with great cultural diversity and a colonial past. The work of health professionals to prevent complications leading to maternal deaths is paramount, yet in these contexts, they face significant challenges in implementing culturally competent services. This paper aims to present findings from an ethnographic study that attempted to document the experience of health professionals providing obstetric services in order to show the complex sociocultural contexts in which they perform their work.

Key words Indigenous health services, Complication in obstetric labor, Health professions, Indigenous population, Women's health

¹ Center for Health Systems Research, National Institute of Public Health of Mexico. 7a privada de Fray Pedro de Gante, Sección XVI, Tlalpan 14000. CDMX México. clara.juarez@insp.mx

Introducción

En México, en el año 2022 casi el 20% de su población total se autoadscibía como indígena (23 millones de personas que hablan 68 lenguas indígenas)¹. Cómo diseñar políticas públicas de salud para atender su heterogeneidad es un desafío compartido en la región de las Américas²⁻⁴. Uno de los desafíos es contar con suficientes profesionales de la salud, capacitados en interculturalidad^{2,5}, que laboren en zonas rurales y de alta marginación atendiendo necesidades de salud en unidades de atención primaria, ya que uno de los problemas relacionados con la suficiencia de profesionales de la salud es la alta rotación en dichas unidades⁶. Esto ocurre, entre otras cosas, debido a que algunas son atendidas por estudiantes de medicina que realizan servicio social durante un año⁷. Desde el nivel rector de la salud se han desarrollado iniciativas para promover la permanencia de profesionales de la salud en zonas rurales, ofreciendo mejorar el salario como incentivo, sin embargo, persiste el déficit de profesionales de la salud en esas regiones donde se encuentra el mayor porcentaje de población indígena, lo cual genera inequidades en el acceso a la atención de la salud^{3,8}.

Por otro lado, la provisión de servicios de salud ocurre mediante diferentes subsistemas de salud, integrados por instituciones que ofertan servicios para dos perfiles poblacionales, las que atienden la seguridad social de trabajadores asalariados y las que atienden población sin seguridad social (como la indígena)⁹. En el año 2023, se inició un nuevo modelo de atención a la salud tendiente a la universalización de la salud y basado en atención primaria en salud. El modelo contempla el enfoque intercultural como un elemento importante para capacitar a los recursos humanos de salud en la comprensión de otros modelos de entender la salud-enfermedad, considerando que de esa manera se promueve la calidad de la atención otorgada a la población indígena^{10,11}. Esa iniciativa da continuidad a las recomendaciones de organismos internacionales que han promovido dicha temática como un elemento importante de capacitación para mejorar la calidad de la atención; adicionalmente, el modelo contempla ampliar la base de recursos humanos y la infraestructura en salud para atender aproximadamente a 53 millones de personas que actualmente no cuentan con seguridad social¹².

En México, el universo de personas que ingresan a estudiar profesiones de la salud lo hacen en 165 facultades y escuelas de medicina, públi-

cas y privadas⁶; también existen universidades interculturales que ofrecen áreas de salud para graduarse del pregrado. Aunque no se encontró una fuente confiable que registrara el número de profesionales de la salud laborando exclusivamente en zonas indígenas, se puede apreciar la complejidad que entraña la organización de su atención con un dato del año 2011 que se refiere a 20,920 unidades de consulta externa en dichas regiones, sin que ello signifique que es la totalidad de infraestructura o de recursos humanos disponibles para su atención¹³.

Un ejemplo de la inequidad en el acceso a la salud es la atención a las urgencias obstétricas, las cuales se definen como un evento que pone en peligro la vida de la mujer y su bebé durante el proceso del embarazo-parto-puerperio y requiere atención inmediata por personal médico calificado¹⁴. En contextos donde no hay personal suficientemente capacitado y no se cuenta con infraestructura hospitalaria adecuada puede derivar en la peor consecuencia de la urgencia obstétrica que es la Muerte Materna (en adelante MM). La MM es más frecuente en países con altos niveles de pobreza, desigualdad social e inequidades en salud, como en países de América Latina o de África¹⁴⁻¹⁸ que dificultan el acceso a la atención oportuna y de calidad durante la etapa prenatal, la atención al parto y el puerperio. El 75% de las MM se asocian con hemorragias, preeclampsia, complicaciones durante el parto y abortos; se calcula que la mayoría de estas complicaciones son tratables¹⁹.

Cómo disminuir la MM es una interrogante que ha generado grandes debates académicos y políticos alrededor del mundo. Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud han promovido diversas iniciativas para evitarla²⁰. Desde las disciplinas sociales, sobre todo desde la Antropología Médica Aplicada y la Sociología Médica, se ha producido una cantidad importante de conocimiento teórico y empírico que contribuye al análisis de este importante problema. Los trabajos etnográficos sobre MM entre mujeres indígenas han documentado: la pobreza como el principal determinante²¹; la labor de la partería vs la atención institucionalizada²²; la violencia obstétrica como ruptura de la confianza en la atención médica que ofrecen los servicios públicos de salud²³; la influencia de los roles de género que demanda la atención de las mujeres hacia su familia y demora la búsqueda de atención médica²⁴, entre muchos otros. Sin embargo, en menor medida se ha producido conocimiento académico sobre el problema de las urgencias obstétricas

y la MM desde la perspectiva de los profesionales de la salud que laboran en contextos indígenas.

Como se puede observar, se saben pocos detalles sobre ¿Quiénes son los profesionales que van a trabajar a zonas remotas? y en relación con la MM ¿Cómo enfrentan en el día a día las urgencias obstétricas? ¿Cuáles son los desafíos para ofrecer servicios obstétricos culturalmente competentes? Hacia mostrar estas realidades complejas va la aportación de este artículo.

Metodología

Los datos que se presentan en este artículo se derivan de un estudio más amplio desarrollado en Argentina, México y Perú, que tuvo varios objetivos; aquí solo se presenta una parte del componente cualitativo realizado en uno de los estados de México de donde se obtuvo información con profesionales de la salud²⁵. El método utilizado fue el etnográfico²⁶ mediante cuatro estancias durante los años 2017 y 2018 en la región denominada Mixteca Baja, estado de Oaxaca (Figura 1). Se identificó una red de servicios de salud²⁷ en zonas rurales donde acuden las mujeres indígenas a atenderse su salud sexual y reproductiva, la cual estaba integrada por cinco unidades médicas de atención primaria (cada una en un poblado rural), y dos hospitales de referencia para atender partos y urgencias obstétricas en la zona urbana más cercana a estas localidades. Como parte del método empleado se realizó consulta de fuentes secundarias y se obtuvieron datos de fuentes primarias (entrevistas individuales).

Recolección de datos: primero se hicieron periodos de observación no participante para documentar la trayectoria seguida por las mujeres para la atención al parto: de centros de salud rurales al hospital; posteriormente se realizó observación al interior de las instalaciones médicas para registrar cómo ocurría el circuito de la atención y cuál era la participación de cada profesional de la salud en el proceso.

Derivado de ello, para construir la muestra, se eligió al menos un profesional de la salud para ser entrevistado, el criterio fue que tuvieran alguna función en el circuito de la atención al embarazo y al parto (Tabla 1). Adicionalmente se entrevistó a dos representantes de organizaciones de la sociedad civil (OSC) que apoyaban la estancia en la ciudad de las mujeres y sus familias mientras se atendían el parto. En total fueron entrevistados 20 profesionales de la salud y dos integrantes de OSC.



Figura 1. Estado de Oaxaca, México.

Fuente: Autora.

Análisis de los datos: todas las entrevistas fueron audiograbadas, posteriormente se transcribieron verbatim. Para este artículo se realizó codificación manual analizando línea por línea, como lo sugiere la Teoría Fundamentada Constructivista²⁸ (Figura 2). Se elaboraron concentrados de información por tema y por tipo de personal de salud entrevistado.

Aspectos éticos: se obtuvo consentimiento informado verbal²⁹. El protocolo de investigación fue aprobado por los Comités de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública de México el 6 de septiembre de 2016 con número de proyecto 1416. Por tratarse de un tema sensible, se han eliminado los nombres de los poblados donde se realizó el trabajo de campo y datos sensibles del personal de salud que aceptó ser entrevistado para garantizar su anonimato.

Resultados

El contexto de la atención médica

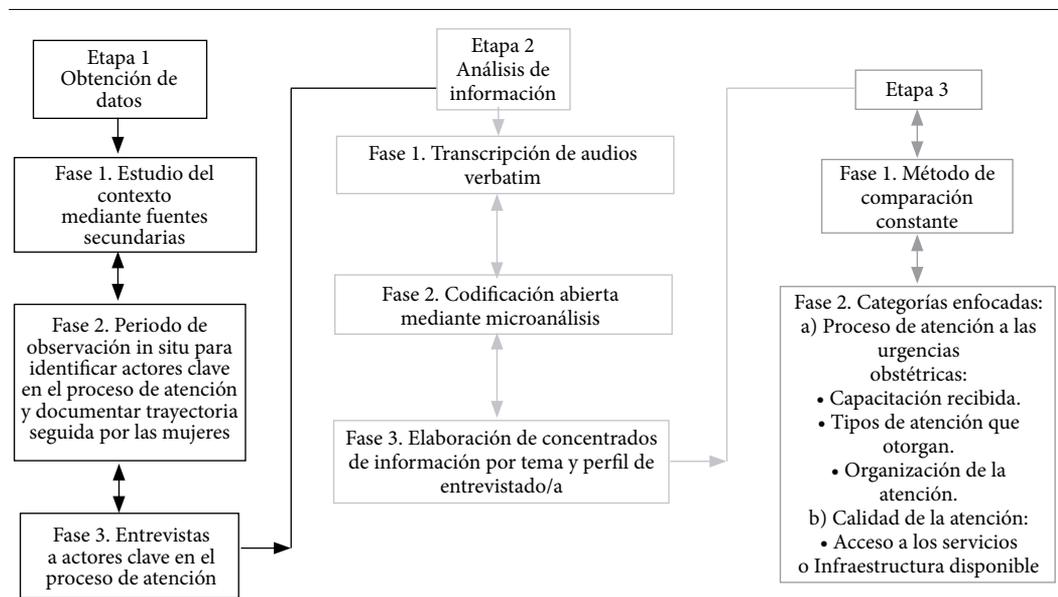
La red institucional de provisión de servicios médicos estaba integrada por cinco unidades de primer nivel de atención que atendían a 20 pequeñas comunidades, y dos hospitales de segundo nivel que atendían población sin seguridad social. El viaje al poblado más alejado al que accedimos tuvo tres horas de duración por carretera pavimentada y veredas. Esto es muy importante para la atención de emergencias obstétricas ya que los traslados al hospital dependen de los servicios de transporte público.

En relación con el proceso del embarazo-parto-puerperio, la organización de la gestión médica planea que en los centros de salud se realicen

Tabla 1. Profesiones, lugares de procedencia y número de entrevistados.

Tipo de personal de salud entrevistado	1ª Unidad Médica	2ª Unidad Médica	3ª Unidad Médica	4ª Unidad Médica	5ª Unidad Médica	Hospital 1	Hospital 2	Total
Médico gineco-obstetra	-	-	-	-	-	1	1	2
Epidemiólogo	-	-	-	-	-	1	-	1
Médico general con plaza	1	1	-	-	1	-	-	3
Médico general sin plaza	1	-	-	1	-	-	-	2
Psicóloga	-	-	-	-	1	-	-	1
Dentista	-	-	-	-	1	-	-	1
Enfermeras	1	-	-	1	1	1	-	4
Promotoras de salud	-	2	1	-	-	-	-	3
Voluntaria de salud	-	1	-	-	-	-	-	1
Trabajadoras sociales	-	-	-	-	-	2	-	2
ONG 1 Derechos mujeres	-	-	-	-	-	-	-	1
ONG 2 Ayuda humanitaria	-	-	-	-	-	-	-	1
							Total	22

Fuente: Autora con base a la información recolectada durante el trabajo de campo.

**Figura 2.** Proceso de obtención y análisis de los datos.

Fuente: Autora.

actividades de promoción para planificación familiar, seguimiento de la etapa prenatal mediante consultas mensuales; para la atención al parto las mujeres son referidas al hospital, una vez nacido el bebé se regresan a sus comunidades. Un equipo

típico de personal de salud en unidades médicas rurales se compone solamente de un médico y una enfermera. Sin embargo, existen otras unidades que por el tamaño de la población que atienden o por estar establecidas en un área estratégica

(geográficamente), proporcionan otros servicios además de la atención médica, como orientación nutricional, psicológica o dental; en esos casos el equipo de salud es más amplio. El enlace entre el personal médico saliente (que solo labora durante un año) y el entrante lo hacía el personal de enfermería. En general, estas unidades médicas cuentan con una enfermera con tipo de contrato 'de base' y los médicos y demás profesionales de la salud en servicio social no tienen contrato fijo (Tabla 1). En las zonas rurales, el personal médico hacía de la unidad médica su casa, ahí solían quedarse a dormir entre semana y el fin de semana regresaban a la ciudad con sus familias; solamente las promotoras y las voluntarias de salud vivían con su familia en la localidad donde trabajaban. Una de las principales observaciones que llamaron la atención fue el poco personal de salud que atendía en esas poblaciones, así como la lejanía de los centros de salud del centro del poblado, con los riesgos de violencia social y de género que esto implicaba.

Capacitación sobre urgencias obstétricas

Una vez al mes recibían capacitación sobre urgencias médicas y sobre nuevas normativas. En general para identificar síntomas y signos de alarma durante la etapa prenatal y posparto; también sobre interculturalidad, respeto a la cultura local, derechos de los pacientes y la importancia de buscar traductores para comunicarse, ya que el idioma fue una de las principales barreras para comunicarse. Pese a la capacitación recibida, los entrevistados narraron tener miedo de enfrentar un caso de muerte materna, ya que se conocían historias sobre la reacción de los pobladores ante esas situaciones. Una enfermera entrevistada recordó la siguiente experiencia:

[Llegó] una chica que estaba embarazada, iba con su suegra, la revisó el doctor, ya estaba en trabajo de parto, le dije ya tienes tanto de dilatación, ella dijo que se iba a aliviar a su casa, pero cuando le hizo el tacto el doctor le dijo que no podía irse porque era riesgoso...pero se fue. El doctor me dijo hay que ir a verla porque se puede morir, su casa estaba cerca del centro de salud, fuimos y estaba en un cuarto rodeada de familiares, hasta niños, la sostenía su suegra y le machucaba la panza para que saliera el bebé, estaba sentada en el suelo, en un petate, entonces el doctor le volvió a decir que era necesario llevarla al centro de salud, los convencimos y la llevamos, la canalizamos, pero estaba muy lastimada, cada que pegaba un grito los familiares querían entrar al quirófano. [Yo] le de-

cía al doctor: 'van a entrar y a colgarnos, nos van a linchar aquí'. Cuando oyeron que nació el bebé se controlaron... (Enfermera, 4ª unidad médica).

Anteriormente se atendían partos en esas unidades médicas rurales, sin embargo, hacerlo representaba un riesgo en el caso de presentarse complicaciones, ya que son unidades que no cuentan con equipo, instrumental y recurso humano necesario. La mayoría del personal médico entrevistado desconocía la zona donde llegó a laborar.

Las observadoras comunitarias y la vigilancia obstétrica

En estas comunidades existe el trabajo comunitario colectivo gratuito llamado *tequio*; es una forma de organización social en bien de la comunidad. Los diferentes encargos se distribuyen anualmente en una asamblea comunitaria. Las mujeres ocupan encargos relacionados con su género. De acuerdo con los 'usos y costumbres' de esas localidades es común que se les responsabilice del área de salud. De esta manera son enviadas a las unidades médicas para ayudar al personal de salud a organizar actividades; se les llama promotoras, auxiliares o voluntarias de salud. Recibían capacitación sobre primeros auxilios; identificación de síntomas y signos de preeclampsia; colaboraban rellenando hojas de referencia al hospital para urgencias obstétricas y dando charlas a las mujeres de la comunidad sobre esos temas. Algunas tenían en sus casas botiquines de primeros auxilios para realizar alguna curación menor o dar algún medicamento que no requería receta médica. Esta forma de organización social se une a las normatividades del subsistema de salud pública que se encuentra en la región analizada, el cual demanda participación de la población para extender la labor del personal de salud y lograr mayor empatía. De esta manera, la comunidad proporcionaba recursos humanos al modelo de salud institucional. En los años que se realizó la investigación, existía un Programa de Desarrollo Humano que se vinculaba con el área de salud. Cuando confluía que algunas de estas promotoras tuvieran niños pequeños recibían un poco de dinero de ese Programa, lo cual era una motivación adicional para participar como promotora en la unidad médica. Además, había promotoras que recibían un pequeño salario mensual de parte del mismo Programa, por su apoyo como voceras en la comunidad y ayuda al personal de salud, ya que una de las dificultades que enfrentaba el personal de salud era cómo atraer a las mu-

eres durante el periodo prenatal para iniciar con el monitoreo del embarazo y prevenir complicaciones, sobre todo, dijeron, las jóvenes no solían acudir a la unidad médica durante los primeros meses del embarazo, por: deseo de ocultar su embarazo (sobre todo si eran adolescentes sin pareja); vergüenza de ser observada por el personal médico; y para ‘no generar chismes’ sobre ellas. Debido a esto, las promotoras fueron el principal recurso para atraer a consulta a las mujeres. Durante el trabajo de campo ocurrió el siguiente diálogo con una promotora:

Yo me encargo de checar a las embarazadas, identificarlas lo más pronto posible antes de los tres meses para derivarlas aquí a la clínica y que ya empiecen a tomarse su hierro, su ácido fólico, que tengan buen control para su embarazo.

¿Cómo identifica a las mujeres embarazadas?

Uno de mujer se da cuenta, en su mirada, en los ojos, en su estomaguito, como ya nos conocemos veo su mirada, mi comunidad es chiquita y nos vemos casi diario, luego yo siento que sus ojos están como caídos, no tristes, y su estomaguito ya les empieza a crecer, luego se empiezan a poner pálidas, ojeras y así. Ya luego les preguntamos ¿estás embarazada? Hay algunas que no dicen: ‘no sé porque no me he hecho la prueba’... algunas aceptan, otras dicen: ‘le voy a avisar a mi marido’. En las que no quieren ponemos más ojo... (Promotora, 3ª unidad médica).

Algunas de estas promotoras logran reconocimiento comunitario por su labor, pero también reciben agresiones por las mujeres que quieren guardar su embarazo en secreto: “Quién les dijo que estoy embarazada, no tengo nada” suelen decirles las mujeres; esconden el embarazo hasta que se empieza a notar. Uno de los médicos entrevistados comentó al respecto:

A pesar de que cuentan con hospitales... acuden tarde a iniciar su control prenatal... las voluntarias y promotoras de salud están permanentemente buscando casos nuevos de mujeres embarazadas. Van casa a casa identificando embarazadas nuevas y las que ya están identificadas que sí estén acudiendo al control prenatal (Médico gineco-obstetra, Hospital 2).

Urgencias obstétricas más frecuentes

La preeclampsia es una de las urgencias que más se atendían. Algunos médicos entrevistados comentaron que las urgencias se complicaban por la distancia que había entre el poblado y el hospital donde se atendía el parto; además, las mujeres esperaban hasta el último momen-

to para trasladarse al hospital, solo las recibían cuando ya estaba avanzado el trabajo de parto. Debido a lo frecuente de estas complicaciones, junto con el personal de enfermería las mujeres hacían un ‘plan de seguridad’ para hacer los arreglos comunitarios necesarios en caso de urgencia o llegado el momento del parto. El plan incluía arreglar aspectos de su hogar: con quién dejar a sus hijos; quién les dará de comer; quién cuidará a sus animales:

Se le pregunta si ya sabe su fecha de parto, si tiene más hijos con quién los va a dejar, que transporte va a utilizar, si ya sabe con quién acudir en caso de que presente alguna molestia, a quién se debe avisar (Enfermera, 5ª unidad médica).

Al regreso del hospital, una vez atendido el parto, las mujeres deben ir a la unidad médica para su revisión postparto, se les explica el riesgo de *sepsis puerperal*, una infección que es frecuente y de gran riesgo para la madre:

Les digo, muy bien, todavía no pasa el riesgo del embarazo, vamos a esperar hasta los 42 días, tú vas a acudir tres veces a consulta: ahorita; cuando tu bebé cumpla un mes 28 días, y cuando cumpla 72 días... (Enfermera, 5ª unidad médica).

Urgencias obstétricas en mujeres adolescentes

El personal médico entrevistado coincidió al comentar que en esta región las urgencias obstétricas ocurren con frecuencia entre mujeres jóvenes. Pese a la labor adicional de las promotoras, voluntarias y brigadistas no logran que las mujeres sigan un adecuado control prenatal, con seguimiento de estudios clínicos y ultrasonidos para tener evidencia del crecimiento adecuado del bebé. Una de las médicas entrevistadas lo describió como “problema cultural”, dijo, en esta región es ‘costumbre’ de las familias casar a las mujeres desde que empiezan a menstruar, considerando que ya pueden ser madres.

Otra de las médicas comentó:

Es un problema en la Mixteca, tenemos mucho embarazo en adolescentes casi el 20% de nuestras embarazadas son adolescentes... (Médica, encargada de salud reproductiva en la región).

La normatividad indica que se les deben dar nueve consultas prenatales a las mujeres embarazadas y lo ideal es que el control prenatal inicie con la planeación del embarazo, sin embargo, las mujeres generalmente acuden a los tres o cuatro meses de embarazo:

El promedio de la vida sexual activa de estas jovencitas inicia a los 14 años, su menarca a los 12,

entonces hablamos del crecimiento y desarrollo de una niña truncado que tiene que verse obligada a madurar un poco más rápido para atender a otro niño (Médica, 4ª unidad médica).

Esta situación se compone de varias circunstancias, una de ellas, mencionada tanto por el personal médico como el de enfermería, es el poco éxito que tienen respecto de las recomendaciones hacia las mujeres para el control de la natalidad y la importancia de espaciar los embarazos. Otro aspecto es que en estas localidades es difícil hablar abiertamente sobre los temas de métodos de planificación familiar debido que se trata de comunidades con autoridades autónomas de los pueblos indígenas, quienes no están de acuerdo que a las mujeres se les hable de esos temas. Una de las médicas recordó que es frecuente recibir cartas de esas autoridades locales prohibiéndoles difundir información sobre salud sexual y reproductiva. Y como han ocurrido actos de violencia contra el personal de salud evitan confrontaciones con la población para no ponerse en riesgo, aunque esta falta de libertad para informar sobre las opciones de contracepción tiene consecuencias para las mujeres. El epidemiólogo entrevistado que laboraba en uno de los hospitales de la red de atención obstétrica recordó que, en 2018, de 1295 partos atendidos en el hospital, 233 correspondieron a mujeres adolescentes (18%). Consideró que el embarazo a edades tempranas está asociado con las muertes maternas y ocurren sobre todo en las localidades más alejadas de la ciudad. El mismo epidemiólogo recordó que en esa región continúan funcionando los ‘arreglos maritales’, generalmente entre hombres de mayor edad y mujeres jóvenes. Una vez casadas, las mujeres se quedan en el pueblo embarazadas y los hombres se regresan a trabajar a Estados Unidos u otras ciudades. Estas, dijo, son situaciones que ocurren cotidianamente. Las complicaciones y urgencias del embarazo se van gestando durante esta dinámica social de las comunidades. También ocurre que las mujeres salen de sus comunidades a trabajar a las ciudades, emigran temporalmente buscando oportunidades laborales, a veces se van embarazadas y regresan a su comunidad de origen a atenderse el parto; en las ciudades, si tienen molestias suelen atenderse en consultorios adyacentes a farmacias por el bajo costo de la consulta médica, pero no llevan control prenatal.

Una de las trabajadoras sociales de uno de los hospitales de referencia, coincidió con el personal de salud al opinar que no tienen buenos resultados con su labor de prevención de embarazos

no deseados a edades tempranas. Consideró que son situaciones que enfrentan estas mujeres adolescentes al embarazarse, cuando no tienen pareja deben continuar viviendo con sus padres. Sin embargo, debido a las prohibiciones de las autoridades tradicionales para dar información sobre planificación familiar en las comunidades: ‘es difícil transmitirles esa información a los jóvenes’. El servicio de Psicología que se proveía mediante una estudiante en servicio social en una de las unidades médicas más grandes de la zona realizaba actividades sobre salud mental con jóvenes, entre ellas mujeres adolescentes embarazadas; comentó que se enfrentaba a una población con la que necesitaba hacer mucha labor para que asistan a sus charlas de prevención, pues el servicio de psicología es un tanto ajeno a sus prácticas de atención. Entre las facultades del servicio de psicología estaba referir casos a áreas de apoyo psicológico especializadas en los hospitales, sin embargo, este servicio tenía poca demanda y prácticamente no se usaba.

La comunicación

El idioma fue identificado por los entrevistados como una dificultad permanente a la que se enfrenta el personal de salud, limita la comunicación que pudieran tener con las mujeres y sus familiares. Un médico especialista del hospital, lo refirió de la siguiente manera:

Nuestra población pertenece a grupos indígenas... tenemos siete variantes de Mixteco aquí en la región...esto hace complicado el trabajo de nosotros dentro de la consulta... (Epidemiólogo, hospital 1).

Las trabajadoras sociales en el hospital consiguen personas que traduzcan, una trabajadora social entrevistada recordó una situación:

Me ha tocado ir al mercado a buscar quién hable el dialecto del paciente y si nos han apoyado, si viene la gente... así se establece la comunicación entre médicos, enfermeras y la familia... (Trabajadora social, hospital 1).

Discusión

Son muchas las reflexiones que pueden hacerse sobre los hallazgos aquí presentados e innumerable la producción académica publicada sobre los temas abordados. La información proporcionada es un esbozo sobre la riqueza del territorio y su desvaloración, así como la vulnerabilidad social en que vive la población. Las carencias institu-

cionales que enfrentan los profesionales de la salud para desarrollar su trabajo, pero también sus propias creencias respecto de las acciones de la población con la que trabajan.

Organismos internacionales propusieron el enfoque de la interculturalidad en salud para capacitar al personal sanitario y lograr una mejor calidad de la atención³⁰. Sin embargo, existe evidencia en la región que muestra que dicho enfoque es limitado ante la diversidad de necesidades básicas de los pueblos indígenas, las cuales deben mejorarse para lograr que la labor de los profesionales capacitados rinda frutos². Una de las críticas a dicho enfoque radica en la ausencia de la voz de las poblaciones indígenas en la planeación de las actividades en salud⁴; y en el caso de la atención a la salud materna, desde una perspectiva feminista, la ausencia de la equidad de género³¹.

A continuación, por razones de espacio, nos referiremos a tres aspectos como un resumen y apunte para seguir estudiando este importante problema.

El rezago de dispositivos institucionales de atención médica en comunidades rurales y su intersección con la cultura indígena

Un hecho a reconocer por encima de las circunstancias que enfrenta el personal de salud para desempeñar su labor es que estas regiones rurales continúan manteniéndose en un lugar marginado de los avances de la tecnología médica en comparación con las áreas urbanas, lo cual es un obstáculo para realizar diagnósticos oportunos de emergencias obstétricas. Por otro lado, como lo muestra el trabajo de observación y revisión de datos históricos de la región, en estas sociedades permanecen prácticas ancestrales culturales de atención al proceso del embarazo-parto-puerperio que coexisten con la atención biomédica. Son comunes por ejemplo la búsqueda de apoyo de parteras para diversas acciones (como 'acomodar al niño/a'), o ritualidades como el uso de temazcales en el postparto (baños de vapor de origen prehispánico para ayudar a sacar la placenta). Estas prácticas, que estructuran parte de la organización social en torno a la vida familiar y contribuyen al tejido social, se enlazan con otras que es necesario poner en perspectiva, por ejemplo, la aceptación social del embarazo a edades tempranas, la unión con hombres mayores y el matrimonio forzado, como también ocurre en otros estados de México³². Por otro lado, se enfrentan al desafío de la prohibición de las autori-

dades indígenas locales para informar sobre anticoncepción. Parte de la apreciación negativa de las autoridades de estas comunidades indígenas sobre el rol del personal de salud en la atención a los partos, tiene su fuente en experiencias de mujeres que han sufrido la carencia de infraestructura e insumos durante la atención obstétrica, esto se ha documentado en otro artículo³³. Estos aspectos tienen su propio peso específico para las formas de reproducción social, habrá voces a favor del respeto a su autonomía y otras a favor del respeto hacia las decisiones informadas de las mujeres sobre sus cuerpos y el número de hijos que desean tener. Lo cierto es que todas estas circunstancias mezcladas traen como consecuencia la asistencia tardía de las mujeres a la consulta médica. Esta complejidad de entramados socioculturales produce lo que Kleinman llamó *social suffering*³⁴, y un marco local construido en torno a normas morales que Csordas ha estudiado como un sistema cultural³⁵ que dictan las prácticas cotidianas aceptables, esto aunado al entorno de pobreza. En el caso de las mujeres de esta región, desde su nacimiento, este escenario marca su rumbo, la moral local permite que sean incluso intercambiadas por bienes. En este sentido urge retomar la discusión sobre la implicación del relativismo cultural para los derechos humanos, desde la ética^{36,37}.

El modelo de atención a la salud

La evidencia médica señala la importancia de llevar un control prenatal adecuado para poder monitorear cualquier situación de riesgo, sin embargo, en el contexto estudiado existen múltiples barreras que explican la falta de éxito en la labor del personal de salud para atraer a las mujeres embarazadas y atender el periodo prenatal. Los sistemas biomédicos vistos como sistemas culturales³⁴ proveen modelos de atención a la salud-enfermedad; en el caso estudiado, se continúa utilizando un modelo de atención que logra expandir la labor del personal de salud a través del trabajo voluntario de personas de la comunidad que se desempeñan como promotoras. Se trata de un tipo de organización para la atención muy utilizado desde la década de los setenta del siglo pasado en países de bajos ingresos, se priorizó la Atención Primaria y se motivó involucrar a la población en actividades preventivas³⁸. Sin embargo, debemos cuestionarnos su vigencia y preguntarnos qué tanto los modelos utilizados están acordes con las generaciones de mujeres jóvenes, que aún con restricciones en estas co-

munidades indígenas, algunas tienen acceso a información mediante el uso de internet y telefonía móvil, así como a otras experiencias fuera de la comunidad.

El poder médico revisitado

Otro cuerpo de conocimiento teórico se ha producido en torno a la cultura que históricamente se ha creado sobre la profesión médica y los profesionales de la salud, diferenciando a quienes estudian medicina (médicos/as) y la subordinación de otras disciplinas que los asisten, como enfermería. En la obra clásica de Freidson³⁹ sobre la profesión médica, analiza a los profesionales de la medicina en sus diversos roles, entre ellos como difundidores de la ideología del Estado sobre la salud y creadores de un estatus de poder⁴⁰ conferido por el conocimiento del cuerpo humano, su manipulación y la carga simbólica que les otorga la institución médica, entre otros. Dichos marcos conceptuales arguyen que los profesionales del área médica imbuyen y encarnan esa cultura⁴¹, creándose así un entorno institucional de hegemonía-subordinación en el encuentro médico-paciente⁴². Estos argumentos suelen utilizarse para explicar lo que se considera falta de empatía entre quienes proporcionan la atención médica y quienes demandan atención, es decir, de acuerdo con estos argumentos parecería que el personal de salud no logra adecuarse a contextos legos y esto influye en la aceptabilidad de la atención médica. Sin embargo, los hallazgos aquí presentados muestran otras facetas, diversas capas de circunstancias que se superpo-

nen y acuerpan el problema; el personal de salud que labora en la región dista mucho de la representación social que existe en torno a los profesionales de la salud; realizan sus actividades de manera subordinada a las autoridades locales, y en un entorno de violencia social son cuidadosos de su práctica para evitar que la población se refiera a ellos como personal que abusa de su puesto, o ser estigmatizados por haber atendido un caso de parto complicado que derivó en muerte materna. Su práctica no la realizan en los grandes hospitales, sino en instalaciones con carencia de insumos, instrumental e infraestructura adecuada para atender emergencias obstétricas y están pendientes de las regulaciones del Estado sobre su trabajo. Es decir, que habría que referirnos a la *precarización de la profesión médica* y estudiar no solo los significados que esto representa para la población y los profesionales, sino también en términos éticos y de derechos laborales⁴³.

A modo de conclusión y apunte para seguir investigando sobre este tema, al presentar aquí las voces de trabajadores de la salud, se quiso mostrar un punto de vista que suele quedar en segundo término. En este artículo se ha mostrado que la atención a la urgencia obstétrica y su peor consecuencia que es la muerte materna es solamente la punta del iceberg de un entramado sociocultural que va construyendo la vulnerabilidad de las mujeres desde la infancia. Con los datos aquí presentados es posible decir que se necesita la participación de múltiples actores sociales y acciones políticas del Estado para incidir positivamente en la mejora de la respuesta del personal de salud.

Agradecimientos

Al International Development Research Center (IDRC), de Canadá, quien financió la investigación.

Referencias

- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). Comunicado de prensa núm. 430/22 [Internet]. 8 de agosto de 2022. [acceso 2024 mar 26]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmn-nnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_PueblosInd22.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). *Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas*. Quito: OPS/OMS; 2009.
- Gutiérrez JP, Heredia-Pi I, Hernández-Serrato MI, Pelcastre-Villafuerte BE, Torres-Pereda P, Reyes-Morales H. Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud. *Salud Publica Mex* 2019; 61(6):726-733.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Encuentro Internacional Salud y Pueblos Indígenas: Logros y Desafíos en la Región de las Américas*. Washington, D.C.: OPS; 2003.
- Meneses-Navarro S, Pelcastre-Villafuerte BE, Bautista-Ruiz Óscar A, Toledo-Cruz RJ, de la Rosa-Cruz SA, Alcalde-Rabanal J, Mejía-Marengo JA. Innovación pedagógica para mejorar la calidad del trato en la atención de la salud de mujeres indígenas. *Salud Publica Mex*. 2021; 63(1):51-59.
- León-Bórquez R, Lara-Vélez VM, Abreu-Hernández LF. Educación médica en México. *FEM* 2018; 21(3):119-128.
- Roco-Zúñiga AL, Domínguez-Naranjos J, Méndez-Martínez S, Ramírez-Dueñas LK, Fernández-Vázquez MU, Hernández-Domínguez J. Perspectiva de los médicos pasantes de Medicina en la selección de la modalidad del servicio social. *Rev Edu Desarrollo* 2021; 57:41-47.
- Nigenda G, Alcalde-Rabanal J, González-Robledo LM, Serván-Mori E, García-Saiso S, Lozano R. Eficiencia de los recursos humanos en salud: una aproximación a su análisis en México. *Salud Publica Mex* 2016; 58(5):533-542.
- Gómez-Dantés O, Sesma S, Bercerril VM, Kanaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud Publica Mex* 2011; 53(Supl. 2):S220-S232.
- Diario Oficial de la Federación. DOF: 17/01/2024. Programa Institucional de Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) 2023-2024.
- Diario Oficial de la Federación. DOF: 27/12/2021. PROGRAMA Especial de los Pueblos Indígenas y Afromexicano 2021-2024.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). IMSS-Bienestar atenderá a 53.2 millones de personas sin seguridad social; será el modelo más grande del planeta [Internet]. 2023. [acceso 2024 mar 26]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202308/433#:~:text=El%20director%20general%20del%20Instituto,atenci%C3%B3n%20m%C3%A1s%20grande%20del%20planeta>
- Comisión Nacional de Derechos Humanos. El derecho a la salud de los pueblos indígenas. Servicios y atención en las clínicas de las comunidades [Internet]. 2015. [acceso 2024 mar 26]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/04-Salud-Pueblos-Indigenas.pdf>
- Secretaría de Salud. Triaje Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. Lineamiento Técnico. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud. Ciudad de México; 2016.
- Jaffré Y. Towards an anthropology of public health priorities: maternal mortality in four obstetric emergency services in West Africa. *Social Anthropology* 2012; 20(1):3-18.
- Pourette D, Pierlovisi C, Randriantsara R, Rakotomanana E, Mattern C. Avoiding a “big” baby: Local perceptions and social responses toward childbirth-related complications in Menabe, Madagascar. *Soc Sci Med* 2018; 218:52-61.
- Schwartz DA, editor. *Introduction to Indigenous Women and Their Pregnancies: Misunderstood, Stigmatized, and at Risk, Maternal Death and Pregnancy-Related Morbidity Among Indigenous Women of Mexico and Central America*. New York: Springer; 2018.
- Salim B, Delamou A, Grovogui FM, Kok BC, Benova L, El Ayadi AM, Gerrets R, Grietens KP, Delvaux T. Interventions to increase facility births and provision of postpartum care in sub-Saharan Africa: a scoping review. *Reproductive Health* 2021(4):16.
- Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Alkema L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2014; 2(6):e323-e333.
- World Health Organization (WHO). *Partnership for maternal, newborn & child health report: commitments to the every woman every child global strategy for women's children's and adolescents' health (2016-2030)*. Geneva: WHO; 2020.
- Scheper-Hugues N. *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkley: University of California Press; 1992.
- Davis-Floyd R. La partera profesional: articulating identity and cultural space for a new kind of midwife in Mexico. *Med Anthropol* 2001; 20(2-3):185-243.
- Castro R. Hacia una sociología de la anticoncepción forzada en México. En: Karina Bárcenas Barajas, coordinador. *Género y sexualidad en disputa, Desigualdades en el derecho a decidir sobre el propio cuerpo desde el campo médico*. CDMX: UNAM; 2021. p. 37-64.
- Gamlin J, Gibbon S, Sesia PM, Berrio L. *Critical medical anthropology, perspectives in and from Latin America*. London: UCL Press; 2020.
- Nigenda G, Maceira D, Juárez-Ramírez C, Lazo O. *Mejorando la calidad de la atención a la salud materna de mujeres indígenas en Argentina, México y Perú: síntesis ejecutiva*. Cuernavaca: Universidad Autónoma del Estado de Morelos; 2020.
- Nader L. Ethnography as theory. *J Ethnographic Theory* 2011; 1(1):211-219.
- Pan American Health Organization. *Integrated health service delivery networks: concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas*. Washington, DC: PAHO; 2010.
- Charmaz K. *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide through Qualitative Analysis*. London: SAGE Publications; 2006.

29. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2013; 310(20):2191-2194.
30. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). *Política sobre etnicidad y salud, 29ª Conferencia Sanitaria Panamericana*. Washington, DC: OPS/OMS; 2017.
31. Varea S, Zaragocin S, compiladores. *Feminismo y buen vivir, utopías decoloniales*. Cuenca: Pydlos Ediciones; 2017.
32. Luna-Pérez J, Nazar-Beutelspacher A, Mariaca-Méndez R, Ramírez-López DK. Matrimonio forzado y embarazo adolescente en indígenas en Amatenango del Valle, Chiapas. Una mirada desde las relaciones de género y el cambio reproductivo. *Papeles Población* 2021; 106:35-73.
33. Juárez-Ramírez C, Villalobos A, Saucedo-Valenzuela AL, Nigenda G. Barriers for indigenous women to access obstetric services within the framework of integrated health services networks. *Gac Sanit* 2020; 34(6):546-552.
34. Kleinman A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Soc Sci Med* 1978; 12(2B):85-93.
35. Csordas TJ. Morality as a cultural system? *Current Anthropol* 2013; 54(5):523-546.
36. Dundes A. The unanswered challenge of relativism and the consequences for human rights. *Hum Rts Q* 1985; 7(4):514-540.
37. Kleinman A. Moral experience and ethical reflection: can ethnography reconcile them? A quandary for "the new bioethics. *Daedalus* 1999; 128(4):69-97.
38. World Health Organization (WHO), Pan American Health Organization (PAHO). *Universal health in the 21st century, 40 years of Alma-Ata, report of the High-Level Commission*. Washington DC: WHO; 2019.
39. Freidson E. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead and Co; 1970.
40. Foucault M. *Naissance de la Clinique*. Paris: Quadrige/Puf; 1988.
41. Csordas TJ. Embodiment as a paradigm for anthropology. *Ethos* 2009; 18(1):5-47.
42. Menéndez EL. *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Ciudad de México: Casa Chata-Ciesas; 1983.
43. Souza BL, Souza TGP Limeira CCH, Borges HC, Pereira NC. Precarização do vínculo de trabalho do médico na Paraíba: reflexos éticos. *Rev Bioet* 2021; 29(2):384-393.

Artículo presentado en 15/09/2023

Aprobado en 29/02/2024

Versión final presentada en 02/05/2024

Editores jefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva