**ReLIE**
ISSN: 2594-1607

# Eventos invisibles. La morbilidad materna extremadamente grave en Chamula, Chiapas.

*Invisible events. Extremely severe maternal morbidity in Chamula, Chiapas*

Autor 1
Marycruz Pensado Abato,
Lic. Antropología Física
Escuela Nacional de Antropología e Historia, Ciudad de México.
marycruz8996@gmail.com
ORCID 0000-0003-2723-4467

## Resumen

La muerte y la morbilidad materna son dos fenómenos profundamente relacionados. Ambos eventos constituyen un problema de salud pública en México, aunque durante varias décadas la Morbilidad Materna Extremadamente GRAVE [MMEG] solía dejarse como un tema secundario y omitiendo por completo. Actualmente la morbilidad materna forma parte en la creación de indicadores para el análisis y evaluación de la Muerte Materna [MM]. Este hecho visibiliza problemas en su registro, pues existen regiones del país donde la atención de los eventos de morbilidad materna, no llegan a ser registrados por causas externas al sistema de salud. El artículo expone una reflexión sobre el tema de MMEG como un evento invisible en la percepción de riesgos de la población de mujeres en la localidad de Chamula, Chiapas, abarcando la temporalidad de 2017-2018 y bajo un enfoque mixto integrado desde la disciplina antropo-física. En los resultados, se exponen diversos factores socioculturales de la localidad, que fomentan el mal registro de la información del sistema de vigilancia epidemiológica en el lugar. Concluye en la importancia de la percepción de los riesgos de morbilidad y mortalidad materna de la comunidad en donde quiera registrar el evento, las prácticas de atención realizadas; y la "costumbre", como uno de los factores clave en la invisibilidad de la morbilidad materna, que al ser registrada eficaz y eficientemente, forma parte fundamental en la adecuación de planes de acción para la disminución de la MM.

**Palabras clave:** mortalidad, población indígena, estandarización, epidemiológico.

## Abstract

Maternal death and morbidity are two closely related phenomena. Both problems constitute a public health problem at the national level, but the reality is that extremely serious maternal morbidity is often omitted or not registered due to issues external to the health system. The text presents a reflection of the results of thesis research on perception of risk of maternal morbidity and mortality in the municipal capital of Chamula, covering the temporality of 2017-2018 and under a mixed approach

integrated from the anthropophysical discipline. In the results, various sociocultural factors of the Tzotzil locality of Chamula, Chiapas, are exposed as an example at the local level, of contextual aspects that favor the underreporting of information from the epidemiological surveillance system in the region and that can become crucial. Finally, it concludes on the importance of the perception of the risks of maternal morbidity and mortality of the community, the practices of prenatal care and childbirth carried out; and "custom" is identified as one of the key factors in the invisibility of maternal morbidity, an event that, if recorded effectively and efficiently, becomes fundamental in the adaptation of action plans to reduce maternal death.

Keywords: mortality, indigenous population, standardization, epidemiological.

## INTRODUCCIÓN

El nacimiento en muchas culturas es motivo de celebrar, un nuevo ser que llega al mundo y formará parte del grupo social.

En el caso de las mujeres, el embarazo, el parto y el puerperio son procesos que conforman parte de su reproducción; pero la Muerte Materna [MM] y la Morbilidad Materna Extremadamente Grave [MMEG] son dos fenómenos que llegan a ser obstáculos recurrentes en su camino hacia la maternidad.

Un nacimiento puede llegar a parecer un evento tan común y natural en muchos seres vivos, que en ciertos casos, la MM y la MMEG se llegan a omitir, sesgar o invisibilizar en la población donde ha ocurrido el evento, pues al ser un fenómeno “anómalo”, algo que “no debe ser”, la sociedad puede considerarlo como irrelevante para la “normalidad social” del lugar.

A nivel mundial las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas son: las hemorragias graves, las infecciones, la hipertensión gestacional, complicaciones en el parto y abortos peligrosos, las cuales están ligadas a otros factores sociales y culturales que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto, como: la pobreza, la inaccesibilidad a los servicios de salud por la distancia de las comunidades, la desinformación, la falta de servicios adecuados y las prácticas culturales (OMS, 2022).

Actualmente, la secretaría de salud en México contempla: el “Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la Morbilidad Materna Extremadamente Grave” (Salud, 2022). Este manual, refiere a la vigilancia de la muerte materna como un elemento importante, que nos indica la necesidad de un mayor esfuerzo para su reducción. Sin embargo, subraya la importancia de contar con información oportuna y veraz, derivada de la vigilancia epidemiológica de MMEG[1], dado que posibilita las acciones para identificar áreas de atención prioritarias para las embarazadas, y factores que denotan mayor riesgo de morir. Por lo tanto, la MMEG se establece como un indicador que apoya en la réplica de acciones y decisiones que llevan a resultados favorables para la salud materna.

[1] y [8] Morbilidad Materna Extremadamente Grave [MMEG] se define como: como “la complicación grave que ocurre durante el embarazo, el parto y/o el puerperio, que pone en riesgo la vida de la mujer y requiere de una atención inmediata con el fin de evitar la muerte” (Águila et al., 2013).

En concordancia, la lucha por la reducción de la MM y la MMEG, deben ser contempladas por igual, pues su análisis puede ayudar en la adecuación de acciones para la disminución de las mismas. Por lo que se deben contemplar las diferencias existentes en un mismo país (OMS, 2016). Pues para el año 2002, se atendían el 10% de los partos del país, en las casas de las mujeres o de las parteras. Así mismo, en los estados del sureste entre los que se encuentra Chiapas, más del 40% de los partos eran atendidos en el hogar (Salud, 2002).

Dicha situación refleja en parte las desigualdades, inequidades y vulnerabilidad a las que se exponen las mujeres, especialmente de zonas rurales, indígenas o de comunidades con difícil acceso (Freyermuth, 2016), como el caso de la región tzotzil de los Altos de Chiapas, donde se encuentra la localidad de Chamula.

De acuerdo a lo expuesto, se decidió retomar el fenómeno de la MMEG como objeto de análisis en la investigación, abordado desde el área de la antropología física[2]. En consecuencia, se observa a la morbilidad materna desde dos perspectivas diferentes: bajo la vigilancia del modelo biomédico[3], es decir los registros epidemiológicos que provienen de hospitales, clínicas, centros de salud, entre otros; y como un evento percibido socialmente por la población. Es decir, un evento biológico inmerso en un contexto socio- cultural e histórico, que se presupone como parte fundamental para un registro eficiente y veraz en comunidades indígenas, donde las prácticas de atención[4] de salud materna que predomina es la auto atención[5] y la medicina tradicional.

El objetivo principal de este proyecto ha sido reflexionar sobre la problemática del registro de la MMEG[6] en la localidad de Chamula, Chiapas, desde sus causas socioculturales. Con la finalidad de proporcionar un panorama de información, para la adecuación de proyectos y planes de acción que pueden llegar a mejorar las condiciones en que las mujeres indígenas en zonas de los altos de Chiapas.

## METODOLOGÍA

[2] La antropología física, también conocida como antropología biológica se define como una disciplina científica que estudia las adaptaciones, variabilidad y evolución de los humanos pretéritos y contemporáneos. La disciplina contempla el estudio de la biología humana en el contexto de la cultura o desde una perspectiva bio-cultural (AABA, 2022).

[3] El modelo biomédico se define por Menéndez (1992) como medicina hegemónica, también conocida como medicina clínica, biomedicina o comúnmente declarada como medicina.

[4] Desde esta propuesta, las prácticas de atención y cuidado de las mujeres durante el PEPP no van a estar separadas de su percepción del riesgo, más bien va a ser la percepción la que va servir como fuente articuladora entre el discurso y la práctica, es decir, entre este "deber ser" como mujer "Chamula" embarazada [cómo deben cuidarse] y la acción o práctica realizada [qué hacen o hicieron para cuidarse durante el PEPP] (Pensado, 2019, p.40).

[5] La auto atención es entendida, como las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos sean la referencia de la actividad de auto atención; de tal manera que implica decidir la auto prescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma, pues el conocimiento o el saber no surge por espontaneidad (Menéndez, 2003).

El tema de esta investigación surge como una reflexión secundaria a los resultados de un proyecto pretérito propio, realizado como tesis de licenciatura, y presentado en abril de 2019 como parte del examen profesional.

Dicho trabajo, titulado: "Camino hacia la maternidad. Percepción de riesgos de morbimortalidad materna en Chamula, Chiapas"(Pensado, 2018), se desarrolló bajo un enfoque mixto, en la que el investigador recopila y analiza datos, integra hallazgos y hace inferencias utilizando enfoques tanto cualitativos como cuantitativos en un solo estudio (Tashakkori y Creswell, 2007). El proyecto propuso un marco teórico metodológico, para el estudio de la percepción de riesgos de morbilidad y mortalidad materna, inspirado en la publicación de Chávez et. al. (2010) sobre el análisis de la MM.

La investigación se realizó en la localidad de Chamula, Chiapas, cabecera municipal del municipio homónimo y perteneciente a la región de los altos. La temporalidad abarcada fue el período de 2017-2018, con dos temporadas de campo realizadas en julio-septiembre 2017 y enero-abril 2018. Para la recolección de datos pertenecientes a la muestra cuantitativa, se utilizaron cuestionarios sociodemográficos, divididos en cuatro secciones: vivienda, salud-enfermedad, persona y fecundidad. La muestra cualitativa, se obtuvo mediante entrevistas semiestructuradas, a mujeres habitantes de la localidad, grabadas y bajo el consentimiento de las participantes.

## RESULTADOS

### La población en la localidad de Chamula.

- La muestra cuantitativa

En primera instancia, el análisis de los cuestionarios, aplicados durante el periodo del mes de julio del año 2017, expone a la población muestra conformada por una ***n total*** de 503 personas, de las cuales 289 son mujeres, quienes cumplían con la característica de estar o haber estado embarazadas al periodo en el que se realizó la aplicación del cuestionario y, 214 hombres que debían cumplir con la característica de tener o haber tenido hijos.

Se señala que, aunque la información recopilada también incluye a los hombres, la mayor parte de los resultados van a estar conformados por la ***n*** de las 289 mujeres, que se clasificaron en 4 grupos de edad; 19 años o menos (2.8%), 20 a 39 años (60.2%), 40 a 59 años (27.3%) y 60 años y más (9.7%). En general, la población, se caracteriza por estar en unión libre, con edades promedio de unión de 21.6 años para los hombres y 18.5 años para mujeres. Es posible observar que las mujeres tienen una media de edad menor que los hombres, además el promedio de hijos en la comunidad es de 4, que, por lo general, son concebidos al año o menos de la unión.

En la ***n total*** se puede distinguir que solo un grupo reducido de hombres (24.4%) cuenta con algún programa de apoyo, como PROSPERA, PROCAMPO, Sin Hambre, Amanecer, solo por mencionar algunos, frente al 69.7% de las mujeres que tienen alguno de ellos. La derechohabiencia en salud, también refleja un porcentaje alto (84.1%) de la ***n*** de mujeres que poseen el acceso a algún servicio de salud, en contraste con el 66.2% del total de hombres. En cuanto a la escolaridad, existe una diferencia visible por sexo, pues el porcentaje masculino que sabe leer (n=214) es de 77.9%, escribir 76.9% y que

realizaron algún grado de la primaria 60.9 %, comparado con el total de mujeres (n= 289), donde solo el 29.2% de ellas terminaron la primaria y, el 41.8% y 43.9% no saben leer, ni escribir.

- La muestra cualitativa

La Muestra de entrevistadas se conformó por ocho mujeres, seis originarias de Chamula, una originaria de una de las localidades del municipio de Chamula, y una de origen externo al municipio. De las informantes, siete habitan en alguno de los tres barrios principales de Chamula[7], solo uno es residente de Cuchulumtic, localidad aledaña a la cabecera municipal, y que, de acuerdo con los pobladores, parte de sus límites son considerados de la cabecera.

A continuación, en el cuadro1. Se pueden apreciar las características generales de las participantes bajo alias asignados previamente para la investigación[8].

Cuadro 1. Datos generales de las entrevistadas

Table 1. General data of the interviewees

| Alias | Petrona | Ana | Lourdes | Lucía | Carmen | Mariana | Marta | Patricia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Lugar de nacimiento | Chamula, Chamula | Chamula, Chamula | Chamula, Chamula | Chamula, Chamula | Ujuntick, Chamula | San Juan Cancuc | Chamula, Chamula | Chamula, Chamula |
| Lugar de vivienda | Chamula, Chamula | Chamula, Chamula | Chamula, Chamula | Chamula, Chamula | Chamula, Chamula | Cuchulumtic, Chamula | Chamula, Chamula | Chamula, Chamula |
| Edad | 32 | 24 | 17 | 35 | 31 | 47 | 56 | 52 |
| Ocupación | Atiende panadería y hace vestidos | Teje y vende pulceras | Bordar | Comerciante (ropa y artesanía) | Afanadora | Atiende tienda (Propia) | Ama de casa | Ama de casa |
| Nivel de escolaridad | Primaria completa | Secundaria | Primaria completa | Secundaria | Secundaria | Secundaria | Sin estudios | Sin estudios |
| Situación conyugal | Unión libre | Casada | soltera | Unión libre | Casada | Unión libre | Separada | Unión libre |
| Edad de unión | 17 | 19 | Sin unión | 20 | 22 | 20 | 22 | 13 |
| Número de Hijos | 5 | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 | 3 | 1 |
| Religión | Católica | Católica | Sin religión | Testigo de Jehová | Católica | Sin religión | Sin religión | Católica |
| Derechohabiencia | Seguro popular | Seguro popular | Ninguna | Seguro popular | Seguro popular | Seguro popular | Seguro popular | Ninguna |

Fuente: elaboración propia mediante datos de trabajo de campo, Chamula 2017

A partir del cuadro, se debe entender que, aunque existen semejanzas en los semblantes generales de las entrevistadas, sus historias de vida y experiencias en los procesos relacionados con el proceso de embarazo han sido distintas, por lo que a continuación se describen algunas de las características respecto a la atención de los embarazos y partos de tres de las mujeres con hijos, quienes narraron experiencias de morbilidad materna.

Petrona de 32 años, tiene cinco hijos los cuales nacieron en su casa con ayuda de parteras, la atención que recibió en sus embarazos fue proporcionada por las mismas. Durante el periodo de gestación presentó al menos tres señales de alarma que no fueron atendidas por personal médico en

[7] San Juan, San Sebastián y San pedro.

[8] La asignación de alias forma parte de las pautas expuestas en el consentimiento informado y manejo de datos personales de las participantes del proyecto.

consecuencia a la falta de control prenatal. Pues se debe denotar, que no asistió a ninguna consulta médica, a pesar de contar con Seguro Popular y el apoyo del programa PROSPERA, el cual en teoría volvía obligatoria la consulta prenatal en mujeres gestantes afiliadas.

Marta (56 años), contó su experiencia de acudir con parteras por miedo a los médicos y hospitales. Nunca recibió recomendaciones de cuidado prenatal y tuvo al menos tres señales de alarma durante sus embarazos, así como un proceso de MMEG en su último parto.

Así mismo, Patricia (56 años) también tuvo un proceso de MMEG, seguido de la muerte de su hija a los 20 días, ya que no recibió seguimiento en su atención durante el puerperio. Su único embarazo fue a los 14 años, y posterior a este nunca pudo volver a concebir. Esta secuela se menciona como una de las consecuencias del maltrato y complicaciones que sufrió durante el parto de su hija.
Como se puede notar, la atención recibida por todas las entrevistadas tuvo la presencia de al menos una partera y señales de alarma que no fueron reconocidas como tal.

Este breve panorama de la vida reproductiva de dichas mujeres coincide con el estudio de Eroza et al. (2017) donde se muestra que, si bien las mujeres han aprendido a interactuar con las instituciones de salud y a estar al tanto de los riesgos propios del proceso materno, esto no resultaba un factor de peso para impedir que se mantuviera la preferencia por la atención en casa con parteras tradicionales. Pues como dicen Vega y Tinoco (2018), la partera tradicional ha brindado históricamente un servicio importante para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como del recién nacido, y sigue desempeñando, en la actualidad, funciones importantes en la vida de la mujer, en particular en las regiones indígenas, debido al arraigo de sus tradiciones y a su acceso limitado a los servicios de salud.

En concreto, las prácticas de atención en Chamula se derivan de construcciones sociales, culturales y religiosas establecidas antes de la llegada de la medicina moderna. A partir del año 2000 y hasta el 2017 se registró el número de nacimientos de hijos muertos con rangos de 1 a 11 al año (INEGI, 2018). Así mismo mediante los cuestionarios aplicados, se reportó que el 25% de las mujeres de 60 años y más presentaron con algún embarazo inconcluso.

Si bien, una gesta inconclusa ya sea aborto o muerte fetal intrauterina son factores de riesgo que pueden traer consecuencias graves, existen otros factores asociados, entre los que se encuentran: las enfermedades hipertensivas del embarazo, infecciones en vías urinarias, diabetes mellitus, lupus eritematoso sistémico, una edad materna superior a los 35 años o menor a 20 años, embarazos múltiples, pérdidas fetales anteriores, anomalías cromosómicas fetales, tabaquismo, traumatismos, desprendimientos previos de placenta, sepsis por retención de restos placentarios o del mismo feto, falta de control prenatal o deficiente, entre otros (Rojas et al., 2006; Panduro et al., 2011; Pérez et al., 2012).

Además, se debe enfatizar, que la falta de atención prenatal es uno de los principales factores de riesgo que propician la muerte fetal y nacimientos sin vida (Panduro et al., 2011) y que, para el caso de Chamula, este último punto toma relevancia, ya que el promedio mujeres que reciben un control prenatal desde el campo de la medicina clínica es sumamente precario, acentuando el riesgo de que sufran algún proceso de morbimortalidad en relación con los anteriores.

Por lo tanto, es importante señalar la existencia de un registro incompleto de fenómenos de morbilidad materna en la localidad, pues son eventos que no llegan a ser transmitidos a las clínicas u

hospitales, que forman parte fundamental de en la integración de información, del proceso de vigilancia epidemiológica de la zona altos.

## ¿Médicos o parteras? Atención del embarazo y parto en Chamula

- El embarazo

En Chamula existen diversos modelos de atención demandados por la población, entre los que se encuentra el modelo biomédico y el tradicional 12, este último se conforma primordialmente por las parteras, aunque las j-ilol, hierberos, pulsadores y otros, pueden verse inmersos en algunos de los procesos de embarazo, parto o puerperio.

La atención con mayor demanda en Chamula es la de las parteras, aunque actualmente el sector biomédico tiene una participación del 18.9% de la atención prenatal, y un 12.1% de la ***n*** de mujeres reportó recibir atención combinada, por los modelos tradicional y biomédico.

A pesar de que la mayor parte de las mujeres acuden con las parteras, es claro que esto no garantiza que se realice un control prenatal adecuado y desde el comienzo de la gestación. Por lo tanto, la detección de las señales de alarma y factores de riesgo se puede ver obstruida por el periodo en que se comience a realizar la consulta prenatal.

En congruencia, e estudio de Vega y Tinoco (2018), reporta que las visitas de las parteras tradicionales en comunidades indígenas de Chiapas, pertenecientes al programa de fortalecimiento de las capacidades de las parteras tradicionales, comienzan entre los cuatro y los seis meses de gestación, período determinante para el desarrollo adecuado del feto.

En la localidad de Chamula, no todas las parteras pertenecen a este tipo de programas y, generalmente son las embarazadas y sus familias son quienes buscan a la partera. Por lo general, existen parteras ya "conocidas" y reconocidas por la población, y a pesar de no tener ningún vínculo con medios institucionales, son buscadas con regularidad por las familias y sus embarazadas.

Es importante señalar, que el modelo de atención por parteras es buscado en un periodo avanzado de la gestación (después del sexto mes). Entre los principales motivos de una búsqueda en períodos tan avanzados, se encontró "la costumbre" como una de las respuestas más populares.
Para el caso de las entrevistadas; Marta y Carmen refirieron que la costumbre en la comunidad, consiste en acudir a la partera entre el octavo y sexto mes de gestación, además Carmen señala que su mamá y su esposo fueron parte importante en la decisión del tiempo en la atención, ya que le advirtieron que el sexto mes de su embarazo, era el momento adecuado.

Por lo tanto, se evidencia un **"deber ser"** de la atención desde el embarazo, mediante una respuesta en relación a un proceso habituado, percibido de forma rutinaria, o normalizado en la población, en sus palabras: "la costumbre".

En este sentido, el embarazo se normaliza de forma paralela a la atención "requerida" según la percepción social del embarazo en el lugar. Si las gestantes se sienten bien, y no experimentan

molestias o razones para creer que algo está fuera de lo "normal", entonces no creen necesaria la búsqueda de la atención especializada[9], ya sea con la partera o el sector salud.

De acuerdo con esto, los cuidados se ven restringidos a prácticas de autocuidado y atención realizadas por la misma mujer, hasta el momento en que el embarazo comienza a demostrar otras características que salen de la normalidad de sus cuerpos. Dicha anomalía, coincide de forma general, con el inicio en el aumento el volumen del abdomen materno de forma contundente y, por lo tanto, se acude en la búsqueda de la atención especializada.

En pocas palabras, la atención del embarazo es un proceso normalizado socialmente por la costumbre, el reconocimiento corporal de lo "normal" o "anómalo" del cuerpo de la mujer y, que se encuentra íntimamente relacionado con las prácticas de atención y cuidado realizadas habitualmente por las mujeres chamulas durante sus embarazos.

- El parto:

El parto, es un evento único en el proceso reproductivo de la mujer, a partir de este se reconoce el nacimiento y parte de la culminación del acto de dar vida. Pero este acontecimiento puede llegar a situar en riesgo la vida de las mujeres, considerado incluso a manera de batalla en poblaciones pretéritas, en relación con la alta probabilidad de muerte en el México antiguo.

En Chamula la incidencia de la atención de los primeros cinco partos por mujer con las parteras es de 87%. En comparación con el 9.3% de los atendidos por médicos y atención combinada (médico y partera).

Este panorama, coincide con el lugar en donde es recibida, pues de forma bilateral al especialista más demandado, en este caso parteras, el 87.3% de los partos en la localidad, son atendidos en las casas de las embarazadas, y solo el 9.2% en clínicas u hospitales.

En consecuencia, la atención preferente es el modelo tradicional, similar a los argumentos de Argüello (2017) y Eroza et al. (2017), quienes exponen que mientras en todo Chiapas casi 37% de los nacimientos ocurre en instituciones públicas de salud y el 47.5% en los domicilios de las personas, en la localidad de Chamula prácticamente el 94% de los nacimientos ocurre en las casas de las familias y menos del 0.5% en establecimientos de salud públicos o privados. Exponiéndose la amplia preferencia de atención en el hogar y por las parteras tradicionales.

En sincronía con las motivaciones de atención prenatal, el 61.3% de las mujeres que conformaron la muestra cuantitativa, expresaron a la decisión propia como su motivación principal en la atención de sus primeros 5 partos, y el 24.9% de ellas refirieron ser motivadas por la costumbre. Este proceso en la elección de decisiones, se encuentran estrechamente vinculado y dirigido por las normas sociales que rigen en la comunidad, el "deber ser". Por lo tanto, el 86.2% de las elecciones en la atención, fueron consecuencia de esa estructura de normas socialmente construida.

[9] Los modelos de atención médica especializada son todos aquellos que se salen de los procesos de auto atención. El último, se rige por los saberes propios del enfermo, familia o conocidos sin la formación de algún modelo biomédico o clínico, tradicional, o modelo médico alternativo.

En conclusión, respecto a la atención del parto, las parteras son la primera y segunda opción en la atención de un evento de parto, ya sea "rutinario" o de morbilidad. Por lo tanto, si las complicaciones no llegan a tratarse a tiempo, o de manera eficiente, será extremadamente difícil lograr el restablecimiento de su salud incluso mediante intervenciones quirúrgica.

De acuerdo con Ramírez (2018), en el Ismo de Oaxaca las mujeres mencionan el temor a la cesárea como una motivación para optar por la partera, asimismo Pereira (2018) refiere que, en el oriente Yucateco prevalece el temor a las cesáreas, a recibir un trato inadecuado estando en trabajo de parto y que sus recién nacidos corran el riesgo de ser descuidados. Por estos motivos, las mujeres de dichos lugares no buscan atender su parto en un hospital, además recalca que la cesárea representa uno de los miedos más expresados entre las mujeres yucatecas y las meridanas, ya que una vez que se les haya practicado una cesárea, están destinadas a repetirla.

En Chamula, fue posible identificar que la atención médica-hospitalaria durante el parto, se percibe como una fuente de soluciones únicamente en complicaciones graves. Así mismo, el miedo a someterse a una intervención quirúrgica se instala como una motivación paralela, lo que ocasiona que la búsqueda de atención mediante sector biomédico se lleve a cabo generalmente en casos donde las complicaciones la vuelven estrictamente necesaria (MMEG).

Esta normalización en los procesos de atención causa la invisibilidad de los riesgos presentes en las mujeres durante el parto, dada la ausencia del carácter preventivo del personal médico sanitario. En consecuencia, las mujeres saben que "deben" atenderse con la partera, porque es lo esperado por ellas, por sus familias y por la localidad en general. En cambio, en los hospitales pueden llegar a experimentar la falta de integración de la familia dentro del proceso de parto.

Un ejemplo de esta falta de inclusión es el comentario que se encuentra a continuación:

> No, por lo que no lo dejan entrar y no, no este, no, no convive con la familia pues, solo están en el hospital y no conviven, por eso es que hay de ellas, que como ahí están acostumbradas que a convivir, a disfrutar… vivir como es que las tradiciones que se tienen acá, por eso es que a veces van a la, por eso es que quieren en la casa a la fuerza, porque existen las parteras, pero sí hay parteras buenas y hay parteras que no te saben, sí, sí. (Patricia, 52 años).

## Morbilidad materna, un evento invisible

A partir de las entrevistas y análisis de información cuantitativa, se retoman los principales tipos de complicaciones referidas con mayor frecuencia por las mujeres de Chamula durante el parto visibles en la figura 1. En este apartado, se pudieron identificar complicaciones biomédicas y aquellas propias de la comunidad.

ReLIE
ISSN: 2594-1607

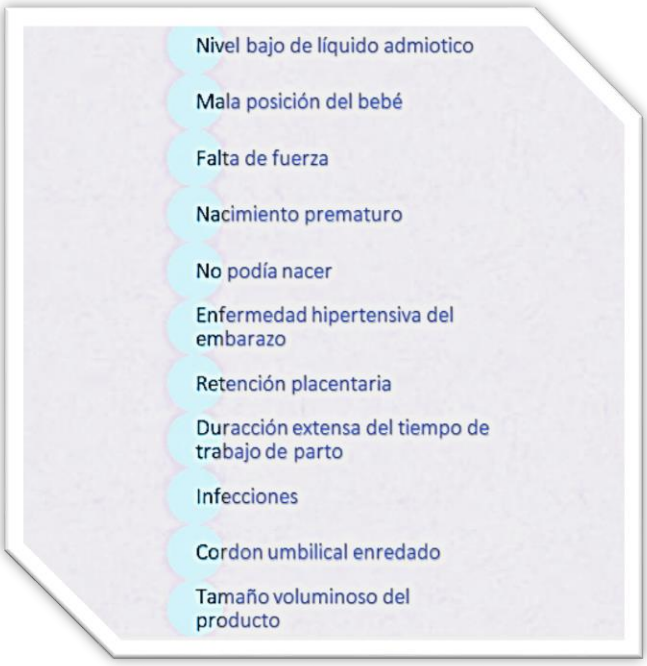



Figura 1. Complicaciones referidas con mayor frecuencia durante el parto en Chamula.

Figure 1. Complications reported most frequently during childbirth in Chamula.

Fuente: elaboración propia mediante datos de cuestionarios, Chamula 2017.

El parto fue descrito por las participantes, como un momento tanto delicado y difícil. En él, se ejecutan diversas prácticas de atención y cuidado ligadas con la percepción de riesgos de las mujeres, las parteras, las familias y la comunidad. Estas prácticas son la pauta para el cambio o modificación en el modelo de atención ante un riesgo o complicación durante el parto.

Se lograron identificar tres riesgos principales percibidos por las mujeres durante el parto, los cuales se designaron como: “falta de fuerza”, “no nace” y “complicaciones graves del nacimiento no controlables por la partera”. Estos riesgos nombrados por la comunidad son importancia de vital para las propias mujeres chamulas.

El reconocimiento de cada evento como riesgoso dentro de cualquier práctica de los procesos de embarazo, parto o puerperio, define el modelo de atención de la mujer y es fundamental en la deliberación para modificar la forma de atención en circunstancias de Morbilidad materna y MMEG. A continuación, se explican algunas de las prácticas de atención durante el parto realizadas en la localidad y, los riesgos percibidos, significados y/o reconocidos a través de las propias vivencias narradas por las mujeres que participaron en las entrevistas.

En primera instancia, se encuentra la falta de fuerza que hace referencia a la presencia de debilidad extrema con una o más señales de alarma. Esta situación se encuentra relacionada con complicaciones adyacentes como: no haberse cuidado durante el embarazo, nuliparidad, la edad de la

gestante y sangrado abundante durante el parto, que como se mencionó, son eventos que se presentan regularmente con la primera línea de atención en la localidad (parteras), y en ocasiones no son manejadas adecuadamente u omitidas por en la culminación del parto. Escenario que es invisible o nulo para el sector médico hospitalario de la región, pues en ningún momento son informados y por lo tanto forman parte de un registro incompleto consecuencia de la misma sociedad.

> "A los siete meses fui con la partera, pero esa partera no sabía. Era aprendiz tal vez, no me vio, ya cuando iba a nacer mi bebé no nacía bien, ya iba yo a morirme con ese embarazo. Sí, hasta que mandaron a traer a otra señora fue de que… si me pudo ver, pero se complicó mucho, complicó mucho porque ya eran los dolores y no nacía la criatura porque decían que estaba atravesada. Sí, si atravesada la criatura y por eso es que… ya cuando vino y como era yo… chica, no sabía yo de eso y tuve muchos golpes, muchos, muchos aplastones, muchos… me trataron muy mal pues las señoras que me vieron, por eso quedé enferma ya después. Sí, me movieron mucho la espalda, aquí, me tuvieron magullando como un animal, me estuvieron jalando donde quiera y estando embarazada y naciendo el bebé. Vaya que, solo porque dios no quiso que yo me muriera, sino me hubiera yo muerto, pero ya de eso, así, nada más y cabo, pues otra señora vino y lo vino a arreglar… y si me dio a tomar unas hierbas que se dan acá, ya la que puede curarme y así nació" (Patricia, 52 años).

Historias como las de Patricia, suelen ser comunes en las narraciones de las mujeres en Chamula. Este tipo de complicaciones graves durante el parto, no controlables por la partera, no son expresadas como propias por las mujeres, más bien se hace alusión a las situaciones donde se dice que las parteras no pueden controlar y, se necesita la intervención de un especialista del área biomédica. Pero por lo general, la mayor parte de las complicaciones se ven como solucionables bajo la atención de la partera.

El parto con MMEG no manejado eficientemente por la partera, puede incluir a las hemorragias, que siguen siendo una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial, además de situaciones como el cordón umbilical enredado y la priorización del nacimiento del bebé ante la complicación grave[10], lo que aumenta el riesgo de muerte de la mujer dado que ella se deja en segunda instancia durante el evento.

Estos riesgos pueden traer como consecuencia la muerte del bebé y de la madre, por lo que para evitarlos se realizan prácticas de referencia hospitalaria, en varias ocasiones por la misma partera quien recomienda la atención por personal médico, o la familia quien llega a optar por esta decisión, pues la mujer por lo regular no suele figurar dentro de la modificación del modelo de atención en estas situaciones[11]. Una vez referida, el estado de salud de la mujer puede volver necesaria la cesárea, ya

[10] La priorización del bebé es uno de los resultados que se detallan en el proyecto original: "Camino hacia la maternidad. Percepción de riesgos en Chamula, Chiapas." En la tesis, el análisis de prácticas de cuidado y atención durante el embarazo, hacen énfasis en la importancia de su realización para que la salud del bebé sea buena y se logre un "buen nacimiento". Las actividades realizadas son con una direccionalidad al futuro integrante del hogar, la mujer queda en segunda instancia dado que el embarazo se normaliza y se vive como un evento natural, que raramente es causante de afecciones a la salud de la mujer.

[11] En la localidad de estudio, el papel de la mujer en la elección de su atención en un evento de morbilidad materna se establece en la jerarquía más baja o simplemente se omite. En la **figura 2.** se observa con mayor detalle las personas que participan en la elección.

ReLIE
ISSN: 2594-1607

que el lapso entre el que empezó el proceso de morbilidad y se referenció suele ser extenso y causa el agravamiento de este.

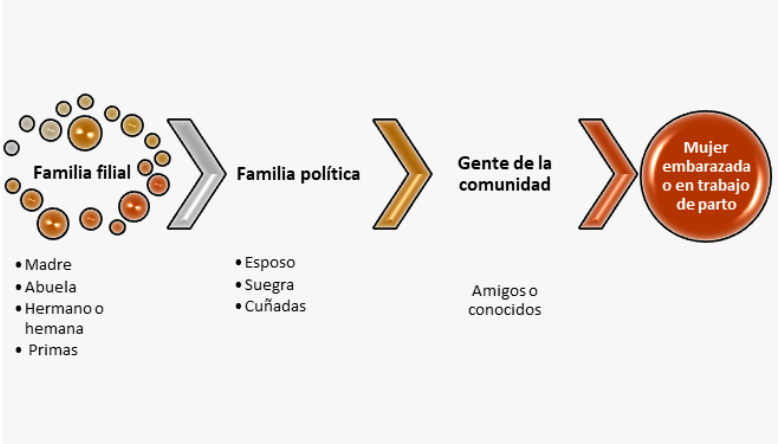



Figura 2. Personas clave en el proceso de elección de la partera.

Figure 2. Key people in the midwife selection process.

Fuente: elaboración propia mediante datos de cuestionario, Chamula 2017.

Este fenómeno concuerda con lo señalado por Vega y Tinoco (2018) quienes explican que, en varias comunidades de Chiapas, la partera atiende las complicaciones que ocurran durante el parto. Si se presenta una hemorragia fuerte, le da infusiones a base de hierba o pox. De haber otras complicaciones, la decisión de trasladar a la mujer a los servicios de salud queda en manos de la partera y la familia. Además, no suelen mencionarse señales o síntomas claves para referenciar a la mujer a los servicios de salud, ni cuando ella llega a estos.

En pocas palabras, se pueden observar los riesgos reconocidos por las mujeres chamulas a través de sus prácticas de atención, experiencias y percepciones narradas, pero también fue posible identificar una normalización en el proceso de atención de morbilidades durante el parto, es importante señalar que muchas de las situaciones de morbilidad materna extremadamente grave o complicaciones relacionadas a la atención de las mujeres durante el parto, suelen normalizarse o verse como inexistentes y por consiguiente omitirse al finalizar el nacimiento.

Así que se puede concluir que existen factores que coadyuvan en la perdida de información de complicaciones y morbilidad materna extremadamente grave, por parte del sector encargado del proceso de vigilancia epidemiológica. Que no necesariamente son consecuencia de un mal registro u omisión consiente del personal médico y de salud. Son aquellos factores de índole sociocultural, que la misma población provoca como consecuencia de la normalización social de ciertos eventos.

El proceso de embarazo sin necesidad de atención prenatal; partos en casa, bajo condiciones que carecen de higiene; la morbilidad materna subyugada al nacimiento del hijo; la omisión o invisibilización de las complicaciones por las mismas mujeres al describir su parto como “normal”, a pesar de haber tenido anomalías que las pudieron llevar a la muerte; la invisibilidad de las complicaciones del parto por la misma sociedad local; y la falta de “necesidad” de acudir al sistema

médico hospitalario al culminar el nacimiento, solo porque no es parte de la costumbre, lo habitual o lo normal.

Estos son solo algunos de los factores contextuales que marcan la diferencia entre la vida y la muerte de las mujeres en los altos de Chiapas, haciéndonos reflexionar, sobre la falta de visibilidad de un evento que de ser reconocido podría cambiar la visión en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio, en poblaciones indígenas o comunidades con características similares.

Pero también hace énfasis en la importancia de adecuar instrumentos y técnicas transdiciplinarias, que posibiliten una mejora en la recolección de información para la vigilancia epidemiológica de MMEG, que finalmente sirva como una herramienta eficiente y veraz, en la creación y desarrollo de planes y acciones enfocadas en la disminución de MM y MMEG.

> "Mmm la primera… todo está bien, todo nació. Tardo un tantito pero… sí nació bien, la segunda… pues también. Este…, sí tardo, como que…, no es que la primera tenía una partera, ya después yo creo que no me gusto algo, entonces cambie con otra partera, pero estaba peor ella y no como… no sabía, como que no sabía o no tiene fuerzas para verme… mi estómago si está bien, derecho el bebé y todo eso, no nacía mi bebé. Entonces fue a traer a mi, mi primera partera que me ayudo a nacer mi primera hija… y entonces este… ya cuando vino la partera… me vio mi estómago y lo corrigió como estaba, como debe de estar el bebé, y ya nació" (Lucía, 35 años).

## CONCLUSION

Los resultados exponen que, existe una subordinación de la atención biomédica ante la medicina tradicional, donde se articulan de forma compleja diversos factores como: la priorización del nacimiento y la importancia de la partera como parte de la costumbre.

En concreto, existe la necesidad de una resemantización de los riesgos de las complicaciones durante el parto en esta localidad, ya que no se identifican o distinguen del proceso "natural" o rutinario, produciendo que se justifique como un evento invisible.

Se identificó una problemática en la omisión de eventos de morbilidad materna extremadamente grave, en donde aun teniendo la posibilidad de acceso y el conocimiento de los servicios médicos la preferencia de atención por las parteras es la predominante.
Finalmente, esta preferencia perdura durante el puerperio de las mujeres, con la usencia de la búsqueda de atención médica aún con eventos anómalos durante el parto, solo por considerarse no esencial al modelo biomédico, en este tipo de acontecimientos.

Por lo tanto, la presente reflexión se hace énfasis en la búsqueda de formas de articular el modelo biomédico de manera conjunta, donde no se trate de forzar la elección del modelo médico clínico como el preferente, más bien como bilateral de aquellos establecidos de forma pretérita en el lugar, en este caso la medicina tradicional. Pues la realidad de México es tan amplia como su diversidad, y lo normal para unos, es incomprensible y poco adecuable para otros. Aunque hay que subrayar que objetivo es el mismo: la atención de un evento, libre de complicaciones y muerte.

**AGRADECIMIENTOS**

Agradecimientos a los doctores José Luis Castrejón Caballero y Rosa Estela García Chanes. Profesores titulares del Proyecto Formativo de Antropología Demográfica de poblaciones actuales de la ENAH, e investigadores quienes dirigieron, asesoraron y contribuyeron profundamente, en el proyecto de tesis que hizo posible la reflexión planteada en estas páginas.

## REFERENCIAS

ABBA . (14 de octubre de 2022). *The American Association of Biological Anthropologists* . Recuperado de: https://bioanth.org/

Águila S., S. I., Álvarez T., M., Breto G., A., Carbonell G., I., Delgado C., J., Díaz M., J., . . . Salvador A., S. (2013). *La morbilidad materna extremadamente grave, un reto actual para la reducción de la mortalidad materna.* Cuba: Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología. INHEM, ECIMED, UNICEF.

Argüello, H. E. (2017). Breve historia sobre la política pública y sus estrategias para la reducción de la muerte materna. En M. G. Freyermuth, *Salud y mortalidad materna en México. Balances y perspectivas desde la antropología y la interdisciplinariedad* (págs. 2-44). México : Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social .

Chávez, M., Sánchez , G., Romero , E., Torres , J., & Gónzalez, I. (2010). Propuesta metodológica para el estudio de muerte materna desde la perspectiva antropológica y social . *Perinatología y Reproducción Humana* , 67-75.

Eroza S., E., Moralez D., M., & Meneses N., S. (2017). Preferencias y toma de desiciones para la atención del embarazo y parto en municipios indígenas de Chiapas. Una aproximación desde la antropología médica aplicada. En G. Freyermuth (Ed.), *Salud y mortalidad materna en México. Balances y perspectivas desde la antropología y la interdisciplinariedad* (págs. 86-127). México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Freyermuth E., G. (2016). Determinantes sociales en la maternidad materna en México. *REVISTA CONAMED*, 25-32.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2018). *INEGI*. Recuperado el 2018, de INEGI Estadísticas Vitales: http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/registros/vitales/mortalidad/

Menéndez, E. L. (2003). Modelos de ateción de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência y saúde colectiva*, 185-207.

Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo suboordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales . En E. Menéndez, *La antropología médica en México* (págs. 97-113). México : Universidad Autónoma Metropolitana .

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe Soble la Salud en el Mundo.* Ginebra, Suiza : Organización Mundial de la Salud .

OMS. (3 de noviembre de 2022). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de Mortalidad materna : https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

Panduro B., J. C., Pérez M., J. J., & Panduro M., E. G. (2011). Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 169-174.

Pensado Abato, M. (2019). *Tesis de licenciatura. Camino hacia la maternidad. Percepción de riesgos de morbimortalidad materna en Chamula, Chiapas. (sin publicar).* (J. L. Castrejón Caballero , & R. E. García Chanes , Edits.) Ciudad de México: Escuela Nacional de Antropología e História.

Pereira P., A. M. (2018). "No quiero ir a un hospital, tengo miedo". Razones del rechazo a la atención hospitalaria en mujeres indígenas del oriente yucateco. En G. Freyermuth, *Los caminos para parir en México en el siglo XXI. Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación* (págs. 74-79). México : Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C.

Pérez M., J., Quezada L., C., Panduro B., G., & Castro H., J. (2012). Factores de riesgo aterno asociados a muerte fetal en nacimientos pretérmino en un hospital público del occidente de México. *Revista de Investigación Clínica*, 330-335.

Ramírez P., A. R. (2018). El parto en los modelos público institucional y partería tradicional: motivaciones de las mujeres del istmo axaqueño. En G. Freyermuth, *Los caminos para parir en México en el siglo XXI. Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación.* (págs. 48-55). México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C.

Rojas, E., Salas, K., Oviedo, G., & Plenzyk, G. (2006). Incidencia y factores de riesgo asociados al óbito fetal en 2 hospitales venezolanos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* , 26-30.

SALUD. (25 de Octubre de 2022). *Secretaría de salud.* Recuperado del Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia de la morbilidad materna extremadamente grave: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/19_Manual_VE_SIVEMorbilidadMaternaSevera.pdf&ved=2ahUKEwiWzuW8sJ_7AhU3LEQIHbmSBZwQFnoECCAQAQ&usg=AOvVaw1Vd8oiqjSy_sI-z5I7Sgwo

Secretaría de Salud. (2002). *Programa de Acción "Arranque Parejo en la Vida".* Mexico, D.F.: Secretaría de Salud.

Tashakkori, A., & Creswell, J. W. (2007). The New Era of Mixed Methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1-5.

Vega M., M., & Tinoco M., A. (2018). Salud materna: retos y oportunidades en el acceso a una atención de calidad. El papel de las parteras tradicionales en comunidades indígenas de Chiapas. En G. Freyermuth E. (Ed.), *Los caminos para parir en México en el siglo XXI. Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación* (págs. 32-39). México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C.