

RECIBIDO EL 13 DE ABRIL DE 2022 - ACEPTADO EL 14 DE JULIO DE 2022

# ANÁLISIS ONTOLÓGICO DE LA MUERTE MATERNA DESDE LA CONCEPCIÓN DEL PLURIVERSO

## ONTOLOGICAL ANALYSIS OF MATERNAL DEATH FROM THE CONCEPTION OF THE PLURIVERSE

Flor Ivett Reyes Guillén <sup>1</sup>

[reyes.flor@unach.mx](mailto:reyes.flor@unach.mx)

Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Chiapas

### RESUMEN

**El propósito del presente artículo es** analizar a la muerte materna como un problema de salud pública y como un problema social de alto impacto, con consecuencias como la orfandad y el impacto económico en las familias. El diseño metodológico es de carácter mixto basado en entrevistas a profundidad, matematización de la realidad y la propuesta de indicadores para la sistematización de las intervenciones para

la atención a la salud materna en espacios de diversidad cultural. Dentro de los resultados más importantes están la visibilidad de barreras culturales para la comunicación entre los actores sociales involucrados en la atención a la salud materna y su búsqueda.

Dentro de las limitaciones de la investigación está la necesidad de ampliar la zona de estudio y compararla con otras zonas del estado y el país. Los hallazgos giran alrededor de las necesidades de contribuir a la interculturalidad que favorezca a los grupos étnicos que interactúan en búsqueda de la salud pública y el control de la mortalidad materna.

**PALABRAS CLAVE:** Muerte materna, pluriverso, parteras, percepciones

### ABSTRACT

**Objective:** to analyze maternal death as a public health problem and as a high-impact

<sup>1</sup> Doctora en Ciencias, Ecología y Desarrollo Sustentable por El Colegio de la Frontera Sur, México. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores, SNI-C, CONACYT. Perfil Deseable Prodep-Sep. Docente-Investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Chiapas. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-9738-4554>

social problem, with consequences such as orphanhood and the economic impact on families.

**METHODOLOGICAL DESIGN:** this study had a mixed design based on in-depth interviews, mathematization of reality, and the proposal of indicators for the systematization of interventions for maternal health care in spaces of cultural diversity.

**RESULTS:** among the most important results are the visibility of cultural barriers to communication between the social actors involved in maternal health care and its search.

**RESEARCH LIMITATIONS:** the need to expand the study area and compare it with other areas of the state and the country.

**FINDINGS:** these revolve around the need to contribute to interculturality that favors ethnic groups that interact in search of public health and control of maternal mortality.

**KEYWORDS:** Maternal death, pluriverse, midwives, perceptions

## INTRODUCCIÓN

La salud, desde su concepto y más aún en las prácticas para su búsqueda, suele interpretarse desde distintas perspectivas, disciplinas, culturas, sociedades. Pero es claro que, en la atención a la salud, desde los diferentes constructos médicos, se requiere de la participación coordinada, consensuada y convencida de todas las partes. Es decir, se necesita observar por un lado a la sociedad como un colectivo de individuos con estructuras diversas y por otro al reconocimiento de los roles, funciones, responsabilidades y necesidades de cada integrante.

De aquí que, en el presente documento se realiza un análisis ontológico de la muerte

materna (MM), no solo como un problema de salud pública mundial, sino también como un problema social de alto impacto con consecuencias silenciosas como por ejemplo la orfandad y el impacto económico en las familias con pérdidas de este tipo, por mencionar a dos de las mas relevantes.

Tanto la vida por si misma, como la organización y dinámicas sociales, donde se encuentra inserta la atención a la salud, conforman una realidad compleja, un entramado por el cual se transita al tratar de comprenderlo. Es por ello por lo que, al interpretar, analizar e incidir en esta realidad, se requiere de una organización de conceptos, eventos, comportamientos, identificación de actores sociales y las interrelaciones, así como la contextualización espacio temporal (Gruber, 1993).

Para ello, un análisis ontológico permite especificar y comunicar el conocimiento, así como estructurar y definir el significado de las realidades. Para lograr esto se requiere de la ubicación de los conceptos, relaciones, funciones, instancias y axiomas; además de tomar en cuenta que una ontología no tiene sentido si no hay un sistema complementario que permita realizar inferencias (Codina y Pedraza-Jiménez, 2011).

En el presente documento se hará uso de la ontología de Chisholm (1996) ya que facilita la modelación de fenómenos relacionados a dominios de aplicación de temas sociales, humanos, con sentido común, contrario a lo que se lograría con la ontología de Bunge (1975) donde los aspectos humanos o sociales están ausentes (Milton y Kazmierczak, 2006).

Así también, para los fines del presente análisis, se define al pluriverso como lo hace Escobar (2014:144):

“El pluriverso es una manera de mirar la realidad que contrasta con la suposición

del MU [mundo-uno, la globalización puede describirse como una ocupación mono-ontológica del planeta ejercida por el Mundo hecho de un mundo], de que hay una sola realidad a la cual corresponden múltiples culturas, perspectivas o representaciones subjetivas. Para la propuesta del pluriverso hay muchas realidades o reales, aunque no se pretende corregir la creencia en un solo real bajo el argumento de ser una explicación más verdadera de la realidad”.

### **MÉXICO, PLURIVERSO DE NORTE A SUR Y DE ORIENTE A PONIENTE**

México, es un país con alta diversidad biológica, geográfica, social, económica, cultural y es esta diversidad la que se ve también representada al hablar de salud, enfermedad, muerte y vida, las percepciones respecto a estos conceptos y el actuar sobre ellos son tan diversos que muestran un panorama de complicadas vías de comunicación. Desafortunadamente, esta situación especial no es reconocida en su dimensión exacta; en la vida cotidiana parecería pasar desapercibida, y no se le reconoce en su total magnitud al planear planes y programas de atención para el desarrollo de los pueblos.

La identidad de los pueblos en México concentra un profundo sentido de pertenencia a sus comunidades, tradiciones, valores, lengua, usos y costumbres. Según datos del INEGI (2021), en este país habitan 7 millones 364 mil 645 personas que hablan alguna lengua indígena, respecto al censo 2010 el incremento en el tamaño de esta población es de 451 mil personas. Ahora bien, de acuerdo con su cultura, historia y tradiciones, 2 millones 576 mil 213 personas se consideran afrodescendientes o afromexicanas y representan 2.0% de la población total.

En el caso de Chiapas, INEGI (2021), mediante el censo 2020 se contabilizó a 1 millón 459 mil 648 personas mayores de tres años que

hablan alguna lengua indígena. Es importante mencionar que de cada 100 personas que hablan lengua indígena, 12 no hablan español. De las lenguas mayormente habladas son el tzeltal 562,120; tzotzil 531,662; chol 210,771 y tojolabal 66,092.

Ahora bien, en un escenario como este, hablar sobre la MM es un problema con necesidades urgentes de atención; se ha normalizado la mortalidad por esta causa, ya que al hacer el recuento de las barreras que impiden su control o eliminación, son atendidas solamente desde la parte de capacitación técnica del personal de salud. Es por ello por lo que, en este artículo se analizan los puntos de concordancia y discrepancia existente entre las percepciones relativas a la muerte materna entre diversos actores sociales, médicos institucionales, mujeres embarazadas y parteras tradicionales. Lo anterior, con el interés principal de encontrar vías de comunicación que nos conduzcan al planteamiento de oportunidades de mejora a esta condición de salud pública.

La relevancia de conocer las percepciones de estos actores sociales radica en la necesidad de explorar vías de atención para la búsqueda de control de estas muertes; es elemental considerar que para atender a esta realidad hace falta conocer las formas en que actúa el ser humano en estos escenarios y que si bien, no necesariamente tiene una relación directa y única con las percepciones, si existe una relación entre ellas que nos puede ayudar a comprenderlas.

### **CHIAPAS, LA MUERTE MATERNA PERCIBIDA DESDE EL PLURIVERSO**

Chiapas, dentro de este pluriverso mexicano, es un espacio de alta diversidad cultural, socioeconómica y biológica. Hablar de mortalidad materna dentro de esta realidad, nos deja localizarla dentro de la coexistencia de una serie de factores que van más allá de lo



estrictamente médico. Ahora bien, si no se logra reconocer a todos estos factores, entonces se está lejos de cualquier solución que se proponga para prevenir, y disminuir o erradicar, la muerte materna.

Hablar de multiculturalismo hace necesario tener que definirlo por la intensión del concepto y no por las connotaciones políticas que puede haber ganado en las últimas décadas tratando de que, en el discurso, se proyecte una imagen incluyente de los programas sociales, más aún de los programas en salud pública.

La multiculturalidad puede definirse como la coexistencia de culturas en un mismo espacio geográfico. Citando Argibay (2003, en Morales-Acosta et al, 2021:196) la multiculturalidad se define como:

“la existencia de diferentes culturas en un mismo espacio geográfico y social. Sin embargo, estas culturas cohabitan, pero influyen poco las unas sobre las otras y no suelen ser permeables a las demás. Se mantienen en guetos y viven vidas paralelas. La sociedad de acogida suele ser hegemónica y suele establecer jerarquías legales y sociales que colocan a los otros grupos en inferioridad de condiciones, lo que lleva al conflicto, al menosprecio, a la creación de estereotipos y prejuicios dificultando la convivencia social, siempre en detrimento de los grupos más débiles”

En la actualidad esto es una constante, espacios con elementos culturales diversos; pero que se muestran como propios y profundamente arraigados, y que en pocas ocasiones son reconocidos desde la otredad y respetados al momento de interactuar entre culturas. Es decir, pocas veces pasa de ser una realidad multicultural a una realidad intercultural, donde el respeto, igualdad y participación en los espacios de gobernabilidad con autonomía y

autodeterminación están presentes (Faundes, 2019).

Ahora bien, dentro de esta realidad, la atención a la salud, desde el estado, parte de la homogeneización de criterios de atención, protocolos de intervención y cobertura. Aún cuanto en el discurso la postura incluyente es ponderada, en la práctica este concepto es asociado con el de homogeneidad y esto no es así. Ejecutar al concepto incluyente debe contemplar la aceptación, respeto y vinculación asertiva con la otredad.

Lo anterior, aunado a que las políticas de salud determinan las características del funcionamiento de los servicios públicos de salud, continúan siendo los elementos que dificultan un proceso que visualice las distintas dimensiones y factores que involucran a la vida, salud y enfermedad de las poblaciones (OPS, 2007).

Se centra entonces el interés en la atención a la salud materna, que es atendida desde los servicios de salud y si bien, clínicamente el personal de salud está capacitado y actualizado para su atención; no se ha logrado disminuir y mucho menos eliminar la mortalidad materna de las preocupaciones dominantes en ningún nivel espacial.

Durante el período 2002-2019, según datos del IPAS-México (2021), en Chiapas se tienen registradas 1,453 MM y de estas 234 eran mujeres adolescentes. Esta cifra de MM representa el 7% de las MM en el país. Para este mismo período y de manera específica el número de casos MM por aborto es de 100, en adolescentes la cifra es de 21 (21% del total de muertes por aborto), dato que supera al promedio nacional que es del 10%.

En lo que respecta a la razón de mortalidad materna (RMM) calculada en la primera semana epidemiológica del 2022 en el país, ésta es de



34.4 defunciones por cada 100 mil nacimientos. El grupo etario con mayor RMM es de 45-49 años y las entidades con mayor número de defunciones maternas son la Ciudad de México, Sonora, Baja California, Coahuila y Chiapas, que juntas suman el 42.9% de los registros en el país (SS, 2022).

Dentro de este análisis ontológico se requiere, además de lo anterior, preguntarnos ¿qué perciben los actores sociales involucrados en este problema de salud? La MM ha sido un problema de salud que afecta directamente a las mujeres; pero el impacto no solamente corresponde a ellas y termina con la muerte, sino que además impacta emocional y económicamente a las familias, a otros hijos dejándolos en orfandad y a la comunidad en general.

Chiapas es una zona con características especiales que la tornan compleja, tanto por la sinuosidad de su terreno como por la alta diversidad cultural, religiosa, socioeconómica, biológica y ambiental. Con estas características, la oferta de servicios de salud requiere adecuaciones precisas, infraestructura y soporte técnico necesarios para la adecuación cultural con la finalidad de lograr un verdadero acceso a los servicios sanitarios por parte de las etnias excluidas por el sistema hegemónico dominante.

Dentro de estas necesidades de adecuación están también las necesidades educativas para la salud de las mujeres, que les permita conocer los signos de alarma, prevención y manejo de estos, con prontitud y asertividad. Es indispensable garantizar la detección oportuna de problemas ginecobstétricos que impiden un embarazo saludable, o que compliquen el parto y pongan en riesgo la vida de la madre y del producto o recién nacido.

Dentro del pluriverso y con todas estas necesidades, se requiere estudiar la forma en que se construyen las realidades desde el punto

de vista de cada actor social involucrado en una problemática de salud.

## DISEÑO METODOLÓGICO

El presente estudio es de corte mixto, se desarrolló mediante una serie de 35 entrevistas a profundidad en los Altos de Chiapas, región tsotsil-tseltal, durante el período 2013-2021, a través de un muestreo estratificado dentro de una población elegida a conveniencia del investigador, San Cristóbal, Chamula, Chenalhó, Pantelhó y Tenejapa y los estratos por actor social fueron mujeres embarazadas, familiares de mujeres embarazadas, médicos institucionales y parteras. Se analizaron las percepciones actorales sobre la problemática de la muerte materna en esta zona.

Se establecieron análisis de concordancia y discrepancia entre actores sociales tomando en cuenta las diferencias perceptuales tanto de la atención a la salud materna, en específico lo relacionado a la muerte materna y las posibilidades de atención a la problemática.

Posteriormente, se estableció un modelo matemático para la comprensión de la muerte materna como un proceso multifactorial que permita el análisis desde distintos niveles espaciales, el pluriverso y la atención a la salud.

Por último, se construyeron indicadores de consistencia intercultural para la salud materna, basados en las diferencias perceptuales por actor social:

- Indicadores del ejercicio de prácticas culturales
- Identificación de idioma/lengua en atención de embarazo parto, puerperio y urgencias ginecobstétricas por Institución de Salud

- Acceso a la atención por idioma compartido
- Defunciones por grupos étnicos
- Capacitación sobre recursos culturales

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Como parte de los resultados encontrados, se describen primeramente las generalidades de los estratos entrevistados y posteriormente, se describe lo relativo a sus percepciones sobre la MM:

### 1. DATOS GENERALES

*Familias:* Se entrevistaron a dos representantes por cada familia de mujeres embarazadas, el número promedio de integrantes de estas familias es de cinco personas (min 3- max 9). Se entrevistaron a tres familias por localidad de interés, San Cristóbal, Chamula, Chenalhó, Pantelhó y Tenejapa. De los 15 entrevistados, se obtuvo igualdad de proporciones por género y la edad promedio del grupo es de 34 (min 24- máx 68).

*Mujeres embarazadas:* Se entrevistaron a 10 mujeres embarazadas, dos por localidad de interés, con una edad promedio de 27 años (min 17- máx 28).

*Médicos institucionales:* Se realizaron ocho entrevistas a médicos institucionales, habiendo sido posible entrevistar a 3 en Hospital de la Mujer de San Cristóbal de Las Casas, dos en Chamula, uno en Chenalhó, Pantheló y Tenejapa. De los ocho médicos, 5 mujeres y 3 hombres, con una edad promedio de 42 años (min-32- máx 53).

*Parteras tradicionales:* Se lograron realizar 5 entrevistas a parteras, 2 en San Cristóbal, 2 en Chamula y una en Tenejapa. No hubo acceso en las otras localidades.

El conocimiento de las percepciones de todos los actores sociales involucrados en la salud pública y en específico algún padecimiento o problemática de salud, es necesario para lograr identificar las vías de comunicación que favorezcan las relaciones y la interacción en la búsqueda de buenos resultados para la atención a la salud, en este caso con relación a la salud materna en embarazo, parto y puerperio. Lo anterior, se comprende como relevante toda vez que las creencias y percepciones sobre el proceso de salud-enfermedad son determinadas por el contexto social y cultural de grupos sociales y poblaciones humanas, ya que de esta manera se construyen esquemas cognitivos que funcionan como guía para el comportamiento (Ehrenzweig, 2005; Taylor, 2007).

### 2. PERCEPCIONES SOBRE LA MUERTE MATERNA:

2.1. *Representantes de familias:* Las familias de esta zona, Altos de Chiapas, consideran a la muerte materna como “*mujeres que mueren en el parto*”, son escasos los que llegan a hacer referencia también de las muertes durante el embarazo y menos aún en el puerperio. Consideran a este como un problema grave, no obstante, llega a presentarse un porcentaje, 8%, que ha naturalizado el evento porque lo han visto siempre, “*no es un problema, esto ha pasado siempre; pero solo que ahora lo dicen en el radio*” (Informante Fam1).

En esta zona, un alto porcentaje de familias ha presentado experiencias de por lo menos una muerte materna y las explican como complicaciones de parto, identifican a la hipertensión (preclamsia/eclamsia) y la hemorragia como las causas directas de muerte.

Los familiares si hacen referencia de los servicios de salud que tienen en su localidad y hacen uso de ellos principalmente para la atención de mujeres y niños. No obstante, en la mayoría de los casos los embarazos y partos son atendidos

por las parteras tradicionales aludiendo que es una tradición en la familia y les tienen confianza para el nacimiento de sus hijos.

En específico sobre las percepciones de las familias relativas a la solución de la MM están: 1) *mejorar la calidad de la atención de los médicos; porque regañan mucho* [atención como sinónimo de trato, al que consideran en muchos casos hostil]; 2) *que los médicos en realidad estén presentes en los centros de salud, porque solo hay enfermeras.*

Cuando se analiza el acompañamiento de la familia en el plano de la salud y en específico respecto al proceso de embarazo, parto y puerperio, pueden observarse varios elementos positivos, dentro de ellos 1) el acompañamiento de la familia abona al seguimiento puntual del embarazo y brinda educación maternal desde casa; 2) en las mujeres se registra una mejora en el control de la ansiedad, autocontrol, disminuyen los índices de depresión post-parto y 3) la madre recibe apoyo en las tareas de cuidados y crianza del infante desde la gestación, especialmente si se habla de los padres (Ibañez, 2004; Manrique et al, 2007; Fegran et al, 2008; Calderón y Ruiz de Cárdenas, 2010). Dentro de los hallazgos es clara la participación de la familia en buscar calidad en la atención de su familiar y en la necesidad de que esta calidad no se vea reflejado solamente en la parte técnica, sino que es necesario el buen trato y la cordialidad.

2.2. *Percepción de mujeres embarazadas:* Dentro de los signos de alarma y complicaciones durante, embarazo, parto y puerperio, identificados por las mujeres embarazadas entrevistadas están: vómito, cefaleas, mareos, edema, dolor abdominal; todos ellos identificados como una señal de riesgo solo en la fase final del embarazo.

Con relación al parto, la mayoría de las mujeres no saben de complicaciones en esta etapa, de las

identificadas únicamente están la hemorragia, hipertensión, muerte fetal y materna. La totalidad de mujeres entrevistadas considera que la manera de evitar complicaciones durante el embarazo y parto es acudiendo a control prenatal con la partera o el médico, no levantando cosas pesadas y alimentándose bien.

Para el puerperio señalan el cuidado en la alimentación, aseo personal, reposo y cuidarse 40 días; pero no mencionan signos de alarma que pueden presentarse en esta etapa. Aunque la mayoría refiere que son atendidas en su idioma porque éste es el español, una importante proporción (30%) no son atendidas en su lengua materna y se les dificulta la comprensión de las explicaciones tornando el trato en poco amigable.

La MM es un grave problema de salud pública; pero además se convierte en un foco de mayor interés cuando se presenta por causas evitables, y refleja problemas graves en la atención a la salud que el Estado proporciona. Además, refleja la presencia de barreras en la búsqueda de ayuda, la calidad de esta ayuda y la asistencia obstétrica que pueda presentarse (Gwatkin, 2005). Es así como, el conocimiento de las percepciones y prácticas de las mujeres embarazadas es elemental para conocer lo que ella está esperando y lo que puede ofrecer para su propio cuidado. Los conocimientos sobre el embarazo y los riesgos se han limitado a focos de alarma; pero no a posibles signos sutiles que estén indicando la cercanía de alguna complicación; respecto al parto definitivamente las mujeres entrevistadas en este estudio desconocen las complicaciones en el momento del parto, lo que reduce las posibilidades de ser atendidas en tiempo adecuado para su manejo.

2.3. *Percepción de médicos institucionales (MI):* Refieren a la muerte materna como un problema de salud pública importante para el país, pero hablar de los Altos de Chiapas es bastante grave, ya que se conjugan una serie

de elementos que dificultan su control, dentro de los cuales se reconocen a los de índole cultural, incluyendo el idioma, y los usos y costumbres como barreras de acceso a los servicios de salud institucionales.

Los MI identifican como factores relacionados estrechamente a la MM, a los usos y costumbres, prácticas tradicionales de salud, inequidad de género y a las expresiones tácitas de machismo, factores mismos que impiden la aplicación de conocimientos y prácticas médicas al servicio de la población.

Algunas de las expresiones de los MI al ser entrevistados son las siguientes:

*“lo que el hombre dice es lo que se hace... El hombre toma la decisión de autorizar o no cuando se requiere de una intervención quirúrgica, sea cesárea, oclusión tubárica bilateral (OTB), aun cuando se le explique la situación de riesgo para la mujer” (Informante, MI2).*

Por otra parte, en los esfuerzos por garantizar el acceso a los servicios de salud, - y entre el discurso y la operatividad- se cuenta con infraestructura:

*“...pero son obras sin operar; no es utilizada por la población; ya sea por problemas de falta de personal; o bien, por problemas de planeación geográfica de dónde fueron edificados estos hospitales (Informante, MI3).*

Por último y no menos importante, los MI tienen claro que otro factor limitante es la capacitación médica, la consideran deficiente porque los médicos no acuden, o bien acude personal administrativo y no operativo.

*“...Por ello, en primer nivel las pacientes son mal manejadas, y llegan con preeclampsia, eclampsia, choques hipovolémicos al segundo nivel de atención, donde lamentablemente algunas vidas se pierden (Informante, MI4).*

La institucionalización de la mirada médica (Foucault, 1993, 1999) ha dejado en un lugar que poco favorece a la buena relación médico paciente y si bien, se ha hecho mucho por eliminar la falta de acceso a los servicios de salud desde el ámbito de la infraestructura, también es cierto que, se ha dejado de lado la necesaria formación humana y trato digno, este último presente como indicador numérico sin asegurar resultados que sirvan de puentes efectivos para la atención pronta y seguimiento oportuno de la mujer embarazada. En la actualidad, y visto a través de las entrevistas a los MI, el mundo para él o ella se complejiza entre las necesidades de la atención médica; las necesidades de la institución en cuanto a operatividad y el registro cuantitativo de ello; las necesidades reales de capacitación y la urgente atención a las condiciones de la infraestructura y equipo con que se cuenta.

**2.4. Parerastradicionales (PTR):** Consideran que la mortalidad materna es un problema grave en esta zona y falta mucho trabajo por hacer en las comunidades. Respetan a los médicos que hacen esfuerzos para reducir este problema, pero la comunicación no es adecuada. No en todas las comunidades existen centros de salud y las mujeres se complican por abortos y hemorragias principalmente. Algunos de los factores identificados como los relacionados con la MM son:

- El trato que las mujeres reciben en los hospitales, son poco sensibles, impositivos, no aceptan sus costumbres, necesidades, ni su idioma.

- Otro factor es el que no permiten la participación del esposo durante el parto, el acompañamiento que necesita la mujer, ya sea del esposo o bien de la madre, con quienes se sienten seguras.
- Como tercer factor identificado, refieren a la falta de capacitación tanto de las parteras en aspectos técnicos, como del personal de salud en aspectos de trato al paciente y de idiomas, así como de la población en general sobre equidad de género y el derecho que tiene la mujer a decidir sobre su propio cuerpo, los hijos que quiere tener y cómo los quiere tener.

Por su parte, las PTR mencionan tener por parte de los servicios de salud, capacitación continua mínima para la atención de partos e identificación de riesgos, mas es evidente que ante complicaciones perinatales las parteras no cuentan con la instrucción necesaria para el manejo de estos casos, ni con la habilidad para la transferencia oportuna de la paciente a los servicios de salud institucionales.

Así también, las PTR consideran que estos programas de capacitación a los médicos si funcionan porque saben mucho; pero la mayoría no sabe tratar a la gente.

*“Deberían enseñarles cómo tratar a nuestras mujeres, para que no las lastimen y dejen entrar a sus maridos a que les den fuerza, para cuando nazca la criatura...”* (Informante, PTR1).

México es el país con mayor número de personas que se reconocen como indígenas en América Latina, esto es una riqueza y se caracteriza por una amplia diversidad de expresiones culturales. También es uno de los países con una importante presencia de parteras indígenas en todo el territorio. Son importantes mujeres y hombres que acompañan a las mujeres en el embarazo,

parto y puerperio; dentro de las actividades que ejercen mayormente están el acompañamiento y control del embarazo, gestión del parto, consejería en la salud, fecundidad y las distintas etapas de la vida de la mujer (Berrio, 2015). En el presente estudio, es clara la presencia de las parteras en la vida de las mujeres, y no se limita a la atención tradicional de ellas, sino que han demostrado tener en claro las limitaciones que los MI presentan y que dificultan las relaciones interactorales para el control de la MM.

Por otra parte, de manera específica, a cada actor social se les realizó la siguiente pregunta, ¿La muerte materna, es un problema de salud corregible en Chiapas? y las respuestas fueron las siguientes:

Los MI consideran que sí, que se cuenta con infraestructura necesaria, con procesos de capacitación que pueden mejorarse; pero que hace falta que el personal de salud tome conciencia y restablezca su sentido de responsabilidad y ética ante estos problemas.

El grupo de PTR considera que, sí se puede lograr mucho si se respeta la diversidad de costumbres y pueden intercambiar conocimientos, no solamente de los médicos hacia ellas, sino de ellas hacia los médicos. También hacen referencia a que un alto número de médicos quiere hacerlo, pero el sistema no se los permite.

*“Que ellos acepten cuáles son nuestras costumbres, creencias, ideas, y cómo nos gusta traer a nuestros hijos al mundo, es más fácil si tenemos fuerza para traer a nuestra criatura al mundo si estamos agarradas de algo y agachadas...”* (Informante, PTR2).

A manera de análisis los aspectos culturales que necesitan tomarse en cuenta para el diseño de programas de control y reducción de la MM, sin menoscabar al criterio médico en cuanto al aspecto técnico necesario en cada caso, ya

que las complicaciones pueden presentarse de modo repentino o bien, detectarse durante el desarrollo del embarazo, parto o puerperio, se exponen las siguientes líneas de atención:

a) **Trinomio efectivo:** Embarazo, parto y puerperio facilitado por el acompañamiento médico institucional y tradicional, en un trinomio asertivo, elegido libremente por la mujer embarazada y bajo conciencia de la necesidad de vigilancia y atención oportunas. Las mujeres reconocen el derecho sobre su propio cuerpo y la toma de decisiones en el momento de pasar por estas diferentes etapas de un mismo proceso, dar vida; así como el derecho a la práctica de los usos y costumbres que figuran en su cultura. Las mujeres pueden decidir la posición en la que se siente mejor para tener a su hijo, el acompañamiento necesario, la sensibilidad en el trato físico y verbal.

b) **Parto acompañado:** Uno de los factores limitantes para que las mujeres accedan a los servicios de salud de manera pronta y subsecuente a ser atendidas durante el embarazo, parto y puerperio, es precisamente el aislamiento que el sistema les genera; es decir, la mujer prefiere permanecer acompañada de algún familiar durante este proceso y sentirse segura de esta manera.

En la actualidad, en el mundo de los servicios médicos del sistema privado, los partos pueden ser incluso filmados por los padres que quieren ser partícipes de este momento importante para ambos géneros; qué pasa entonces con las normas institucionales que impiden el acompañamiento a cualquier mujer durante el parto, momento crucial y vulnerable desde el punto de vista físico y emocional de las mujeres.

c) **Embarazo, parto y puerperio emocionalmente atendido:** Durante el tiempo de embarazo, parto y puerperio, la mujer reconoce la necesidad de ser escuchada y no solamente explorada físicamente. Las mujeres en proceso de embarazo y parto consideran necesario el buen trato y la tolerancia por parte de los servidores de salud y no solamente garantizar la parte técnica de los procesos de atención. Que sean amables, comprendan y respeten la diversidad cultural, es decir, que se intente la interculturalidad.

### **MUERTE MATERNA, ECUACIÓN MULTIFACTORIAL**

La atención para la salud es un proceso multifactorial, se ha dicho, se ha analizado cualitativamente y también se ha modelado matemáticamente, citando a Ávila y Reyes (2016), se tiene que, la atención de los servicios de salud está determinada por el usuario influenciado por su entorno ( $\sum FD^{1-\alpha}$ ), lo que deja a esta realidad representada en  $ASS = (U * 100/n) + (\sum FD^{1-\alpha})$ ; leyéndose que **n** cobrará la medida proporcional coherente a ello.

De manera específica, la MM maneja la búsqueda de atención a la salud por dos vías, a través de la medicina tradicional, como primera instancia y a través de la medicina institucional como derecho a los servicios de salud cubiertos por parte del Estado.

Es así como, para el caso específico de la salud materna (SM) la fórmula quedaría representada de la siguiente manera:

$$SM = ASS + (APT/UC+F) + (\sum FD^{1-\alpha})$$

*Donde:*

**ASS**, búsqueda de atención en los Servicios de Salud



**APT**, búsqueda de atención con Partería Tradicional

**UC**, usos y costumbres, prácticas culturales.

**F**, familia

$\Sigma FD^{1-a}$ , suma de todas las variables involucradas en la construcción del individuo, incluida la lengua materna, es decir, los recursos culturales

Esta realidad nos deja en la necesidad de que los servicios de salud por parte del estado analicen su situación desde todos los niveles espaciales y se logre articular a los dos mundos médicos que las mujeres embarazadas eligen acompañamiento y atención a su salud. Para ello, habrá que preguntarse, cuáles son los indicadores que nos dan información objetiva de las condiciones actuales de los servicios de salud respecto a la atención a la salud materna en un contexto de diversidad cultural y necesidad de relaciones interculturales.

De esta manera, a partir del modelo anteriormente expuesto, se proponen los siguientes indicadores de consistencia intercultural para Salud Materna, basados en las diferencias perceptuales por actor social. Es importante tener en claro que los indicadores en salud tienen el propósito de lograr alimentar la toma de decisiones con el objetivo principal de mejorar la salud de las poblaciones y reducir las desigualdades injustas y evitables (Anderson et al, 2003).

**Indicador 1:** Ejercicio de prácticas culturales.

1.1. Número de médicos que ejercen prácticas de cultura local relacionadas con embarazo, parto y puerperio en la Institución de Salud/ Total de personal médico de la Institución de Salud.

1.2. Número de mujeres embarazadas que realizan prácticas de cultura local para el autocuidado en embarazo, parto y puerperio, atendidas en Institución de Salud/ Número total de mujeres atendidas en la Institución de Salud.

*Entiéndase por prácticas culturales:* conjunto de comportamientos, acciones, gestos, enunciados, expresiones y conversaciones portadoras de un sentido, mediante los cuales los individuos se comunican entre sí y comparten espacios, experiencias, representaciones y creencias (Thompson, 1993).

**Indicador 2:** Identificación de idioma/lengua en atención de embarazo parto, puerperio y urgencias ginecobstétricas por Institución de Salud.

2.1. Número de embarazadas indígenas atendidas en su lengua materna, por control prenatal en la Institución de Salud/ Número total de mujeres atendidas por control prenatal en la Institución de Salud

2.2. Número de embarazadas indígenas atendidas en su lengua materna, por parto en la Institución de Salud/ Número total de mujeres atendidas por parto en la Institución de Salud

2.3. Número de puérperas indígenas atendidas en su lengua materna, en la Institución de Salud/ Número total de puérperas atendidas en la Institución de Salud

2.4. Número de embarazadas indígenas atendidas en su lengua materna, por urgencia obstétrica en Instituciones de Salud/ Número total de mujeres atendidas por urgencia obstétrica en la Institución de Salud

*Entiéndase por lengua materna:* La primera lengua que aprende un ser humano en su infancia, de la cual deviene su instrumento

natural de pensamiento y comunicación (Richards y Rodgers, 1986; Pattanayak).

**Indicador 3:** Acceso a la atención por idioma compartido.

3.1. Número de médicos (as) que hablan una lengua indígena además del español en Instituciones de Salud/ Total de personal médico de la Institución de Salud.

3.2. Número de enfermeras(os) que hablan una lengua indígena además del español en Instituciones de Salud/ Total de personal de enfermería de la Institución de Salud.

*Entiéndase por lengua indígena:* lengua materna perteneciente a un grupo indígena, también llamadas lenguas originarias. Cabe mencionar que las lenguas no son únicamente símbolos de identidad y pertenencia a un grupo, sino también vehículos de valores éticos, que constituyen la trama de conocimientos mediante los cuales los pueblos forman sus relaciones con el entorno (Degawan, 2019).

**Indicador 4:** Defunciones por grupos étnicos.

4.1. Número de defunciones especificado por grupo étnico en la Institución de Salud/ Total de defunciones por muerte materna en la Institución de Salud.

*Entiéndase por grupo étnico:* comunidad que comparte ascendencia, costumbres, territorio, creencias, cosmovisión, idioma o dialecto, aproximación simbólica al mundo, identidad (Naciones Unidas, 2011).

**Indicador 5:** Capacitación sobre recursos culturales.

5.1. Número de programas de capacitación para la atención intercultural por nivel de atención de los Servicios de Salud Institucionales/ Total de programas de

capacitación por nivel de atención de los Servicios de Salud Institucionales.

5.2. Número de programas de consistencia intercultural dirigidos a parteras, para especialización técnica y uso de recursos para la atención de urgencias obstétricas/ Total de programas de capacitación por nivel de atención de los Servicios de Salud Institucionales.

5.3. Número de médicos capacitados para la atención intercultural/ Total de personal asistente a programas de capacitación por nivel de atención de los Servicios de Salud Institucionales.

*Entiéndase recursos culturales:* recursos que constituyen la base patrimonial que posee toda sociedad, sobre ella se asientan estrategias de gestión cultural destinadas a su comprensión, conservación, difusión, tutela, investigación (Maestromey y Wilchez, 2007).

## CONCLUSIONES

En el presente estudio, es clara la existencia del pluriverso, existen tantas realidades como culturas, percepciones, representaciones subjetivas y no se pretende corregir creencias o buscar la existencia de una sola realidad, sino que se requiere de una relación armoniosa entre diversidades y lograr entonces hacer visible la interculturalidad, donde la relación de los unos con los otros no implique la presencia de los unos sobre los otros.

La muerte materna es un problema de salud pública que implica la existencia del pluriverso y el arraigo de las poblaciones sobre su propia cultura y mecanismos de respuesta ante la búsqueda de salud y le mantenimiento de esta. Es así como, se encuentran elementos de coincidencia y discrepancia que, de trabajarse puntualmente sobre estos, se obtendrá una

serie de opciones de mejora para la atención de la salud materna y la disminución de la MM.

Tomando en cuenta los aspectos culturales que necesitan atenderse para el diseño y ejecución de programas para el control y reducción de la MM, se proponen las líneas de atención denominadas 1) trinomio efectivo, 2) parto acompañado y 3) embarazo, parto y puerperio emocionalmente atendido.

Atender a las necesidades de cada uno de los actores sociales involucrados en la atención de la salud materna y los usuarios, tendrá como resultado la mejora en los procesos de comunicación, y, por ende, en la mejora de los mecanismos de atención de la salud y en específico de la búsqueda de la atención de la salud materna. De ahí que, en el presente documento, se exponga el razonamiento matemático que guíe la toma de decisiones: la atención para la salud es un proceso multifactorial que no se resuelve mediante una ecuación lineal. Ahora bien, en específico la salud materna es un proceso que se caracteriza por la doble búsqueda de atención, durante todo el proceso o bien en alguna de sus fases.

Por lo anterior, en la ecuación no lineal de la salud materna, están presentes la búsqueda de atención en los servicios de salud; la búsqueda de atención con partería tradicional; las prácticas culturales; la familia y los recursos culturales, es decir, las variables involucradas en la construcción del individuo.

Por último, haciendo énfasis en la necesidad del registro de las acciones en materia de salud, el presente artículo propone los indicadores 1) ejercicio de prácticas culturales; 2) identificación del idioma/lengua en atención de embarazo parto, puerperio y urgencias ginecobstétricas por Institución de Salud; 3) acceso a la atención por idioma compartido; 4) defunciones por grupos étnicos; y 5) capacitación sobre recursos culturales. La importancia de contar

con estos indicadores en salud radica en lograr proporcionar información elemental para la toma de decisiones, siendo la meta última mejorar la salud de las poblaciones y reducir las desigualdades injustas y evitables.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anderson GM, Brown AD, McColgan PB (2003). Draft summary report from the workshop: listening to each other, improving linkages among researchers, policymakers and users of health care performance measures.

Ávila, F y Reyes GI (2017) ModeloAR\_ Abordaje de la salud comunitaria basado en la educación, pensamiento, lenguaje y simbolismo. Espacio I+D Innovación más Desarrollo 6 (13) 100-111. <https://espacioimasd.unach.mx/index.php/Inicio/article/view/113>

Argibay, CM (2003). "Conceptos básicos de multiculturalidad". Hegoa.

Berrio, Lina (2015). Diversidad de atención durante el embarazo y el parto: reflexiones sobre los saberes locales de las mujeres indígenas. [http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen13\\_3/13\\_3Art1.pdf](http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen13_3/13_3Art1.pdf)

Bunge, Mario (1975). Ontología y ciencia. Revista de filosofía DIÁNOIA, [S.l.], v. 21, n. 21, p. 50–59, jan. ISSN 1870-4913. <http://dianoia.filosoficas.unam.mx/index.php/dianoia/article/view/972/953>

Calderón N, Ruiz de Cárdenas C. (2010). La gestación: periodo fundamental para el nacimiento y el desarrollo del vínculo paterno. Av Enferm; 28(2): 88-97. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21384>



- Chisholm, R. (1996). *Realistic Theory of Categories – An Essay on Ontology*. Cambridge University Press. <https://archive.org/details/realistictheoryo0000chis/page/n3/mode/2up>
- Codina, L y Pedraza-Jiménez, R. (2011). Tesoros y ontologías en sistemas de información documental. *El Profesional de la Información*. 20(5):555-63. <https://revista.profesionaldelainformacion.com/index.php/EPI/article/view/eji.2011.sep.10>
- Degawan, N (2019). Lenguas indígenas, conocimientos y esperanza. Correo de la UNESCO. Un solo mundo, voces múltiples. Consultado en: <https://es.unesco.org/courier/2019-1/lenguas-indigenas-conocimientos-y-esperanza>
- Ehrenzweig Sánchez, Yamilet. (2007). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), 07-21. Retrieved June 21, 2022, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1794-47242007000100003&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242007000100003&lng=en&tlng=es)
- Escobar, A (2014). *Sentipensar con la tierra. Nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia*/ Arturo Escobar --Medellín: Ediciones UNAULA. [http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/escpos-unaula/20170802050253/pdf\\_460.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/escpos-unaula/20170802050253/pdf_460.pdf)
- Esteva, G., & Pérez, C. (2001). The Meaning and Scope of the Struggle for Autonomy. *Latin American Perspectives*, 28(2), 120–148. <http://www.jstor.org/stable/3184988>
- Faundes PJJ (2019). “Derecho fundamental a la identidad cultural de los pueblos indígenas: un nuevo paradigma en la defensa penal indígena en Chile frente al Estado de Derecho hegemónico”. *Izquierdas* 45 (2019). [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_artext&pid=S0718-50492019000100051](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0718-50492019000100051)
- Fegran L, Helseth S, Fagermoen MA. A (2008). Comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2008; 17(6): 810-6 DOI: [10.1111/j.1365-2702.2007.02125.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02125.x)
- Foucault, M. (1993). *El orden del discurso*. Barcelona: Fabula Tusquets Editores. [https://monoskop.org/images/5/5d/Foucault\\_Michel\\_El\\_orden\\_del\\_discurso\\_2005.pdf](https://monoskop.org/images/5/5d/Foucault_Michel_El_orden_del_discurso_2005.pdf)
- Foucault, M. (1999). *Conversación con Michel Foucault*. En: *Estrategias de poder. Obras esenciales. Vol II*. Barcelona: Paidós. [http://www.medicinayarte.com/img/foucault\\_estrategias\\_de\\_poder.pdf](http://www.medicinayarte.com/img/foucault_estrategias_de_poder.pdf)
- Gwatkin D, Wagstaff A, Yazbeck A. (2005). *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why*. World Bank Publications. [https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/7393/347160\\_Reaching101\\_OFFICIAL0USE0ONLY1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/7393/347160_Reaching101_OFFICIAL0USE0ONLY1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Gruber T. (1993). Principles for the design of ontologies used for knowledge sharing. Available as Technical Report KSL 93-04. Knowledge Systems Laboratory, Stanford University. Disponible en:  
<http://citeseer.ist.psu.edu/gruber93toward.html>
- Gutiérrez AR (2008). Los ritmos del Pachakuti. Movilización y levantamiento indígena-popular en Bolivia. Buenos Aires: Tinta Limón.  
<https://redmovimientos.mx/wp-content/uploads/2020/08/Los-ritmos-de-pachakuti.pdf>
- Ibáñez MB (2004). Opinión de las gestantes, sus acompañantes y los profesionales de la salud que le atienden sobre el acompañamiento en el parto. *Matronas Prof*; 5(16): 25-31.  
<https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol5n16pag25-31.pdf>
- INEGI (2021). Comunicado de prensa número 24/21 Consultado en:  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020\\_Nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ResultCenso2020_Nal.pdf)
- IPAS (2021). Información Básica del estado de Chiapas. Salud Reproductiva. Consultado en:  
<https://ipasmexico.org/pdf/lpasMx2021-Chiapas.pdf>
- Maestromey, MR y Wilches, SE (2007). Activos intangibles. Valuación y exposición. XXVIII Jornadas Universitarias de Contabilidad. 7-9 noviembre 2007. Mar de Plata. Consultado en: <http://nulan.mdp.edu.ar/979/1/00477.pdf>
- Mamani, P (2005). Geopolíticas Indígenas. El Alto: CADES. 2006 Territorio y Estructuras de Acción Colectiva: Microgobiernos Barriales. *Ephemeris* 6(3): 276-286.  
[http://www.ephemerajournal.org/sites/default/files/6-3mamaniramirez\\_0.pdf](http://www.ephemerajournal.org/sites/default/files/6-3mamaniramirez_0.pdf)
- Manrique de Lara D, Miraval Z, Córdova R, De la Mata R, Maque A. (2007). Influencia del acompañamiento de un familiar durante el trabajo de parto. Centro de Salud de Aparicio Pomares Huanuco, 2004-2005. *Inv Valdizana*; 1(1): 6-9. <https://www.redalyc.org/pdf/5860/586061876002.pdf>
- Milton S.K. y Kazmierczak E. (2006). Ontology as Metatheory: A Perspective. *Scandinavian Journal of Information Systems*. 18 (1): 85-94. <https://aisel.aisnet.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1036&context=sjis>
- Naciones Unidas (2011). 3 ¿quiénes son los pueblos indígenas y afrodescendientes. El difícil arte de contar. CEPAL, UNFPA, UNICEF Consultado en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1446/3/S2011512\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/1446/3/S2011512_es.pdf)
- OPS (2007). Salud en las Américas. Publicación científica y técnica No. 622. Vol. I. Regional. Consultado en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/dmdocuments/salud-americas-2007-vol-1.pdf>
- Pattanayak, D. P. (s/f). «Mother tongues: the problem of definition and the educational challenge». En Ouane, A. (ed.). *Towards a Multilingual Culture of Education*. Hamburgo: The UNESCO Institute for Education. <http://www.unesco.org/education/uie/pdf/uiestud41.pdf>



- Richards, J. y Rodgers, T. (1986). *Enfoques y métodos en la enseñanza de idiomas*. Madrid: Cambridge University Press, 1998. <http://www.decires.cepe.unam.mx/index.php/decires/article/view/66/54>
- Secretaría de Salud (2022). Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna. Semana epidemiológica 01 2022. Consultado en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/691438/MM\\_2022\\_SE01.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/691438/MM_2022_SE01.pdf)
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud* (6ª ed.). México, D.F.: McGraw-Hill. [https://www.academia.edu/33120564/Psicolog%C3%ADa\\_de\\_la\\_salud](https://www.academia.edu/33120564/Psicolog%C3%ADa_de_la_salud)
- Thompson, John. (1993). *Ideología y Cultura Moderna*. Editado por la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México. [https://reflexionesdecoloniales.files.wordpress.com/2014/05/thompson\\_john\\_b\\_ideologia\\_y\\_cultura\\_moderna\\_teor%C3%ADa\\_critica\\_s.pdf](https://reflexionesdecoloniales.files.wordpress.com/2014/05/thompson_john_b_ideologia_y_cultura_moderna_teor%C3%ADa_critica_s.pdf)
- Zibechi, R (2006). *Dispersar el poder. Los movimientos como poderes antiestatales*. Buenos Aires: Tinta Limón. [https://www.academia.edu/10682684/Dispersar\\_el\\_poder](https://www.academia.edu/10682684/Dispersar_el_poder)