

EL MATERIAL ETNOGRÁFICO COMO UN INSTRUMENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y LA GENERACIÓN DE PROPUESTAS EN RELACIÓN CON EL PROBLEMA DE LA MUERTE MATERNA¹

Ph. D. Graciela Freyermuth Enciso

CIESAS-SURESTE

Mariana Fernández Guerrero

Asesoría Capacitación y Asistencia en Salud A.C.

Los organismos internacionales y nacionales de salud, y las organizaciones de mujeres han enfatizado en el carácter prevenible de la muerte materna (Starrs, 1987; OPS, 1996; Elu y Santos, 1999). Se ha dicho que 90% de las causas que conducen a la muerte materna en latinoamérica, y en México en particular, forman parte de aquellos padecimientos que con recursos de un hospital de segundo nivel serían de fácil solución (Acsadi y otros, 1993:32), y que la mayoría de las veces no se requiere de métodos diagnósticos ni terapéuticos sofisticados (WHO, 1986; WHO, 1994; WHO, 1996). A partir de estos principios las investigaciones recientes en torno a la muerte materna ponen el énfasis en identificar, los retardos en la atención médica que van desde la búsqueda de atención y el acceso al centro de salud, al retardo en recibir una atención adecuada (Thadeus y Maine, 1990; Figa-Talamanca, 1996; Barnes y otros, 1998). Aun cuando los o las investigadoras no partan de este marco teórico, los análisis que han prevalecido son aquellos que se enfocan a identificar las causas de muerte, la accesibilidad y la calidad de la atención (Hernández, 1992; Reyes, 1992; Hernández y otros, 1993; Chandramohan y otros, 1994; The prevention of maternal mortality network, 1995; Le Bacq, 1997). Sin embargo, el poco acceso que tienen las mujeres indígenas de los Altos de Chiapas a los servicios de salud, que se pudo constatar por la alta prevalencia de mujeres que murieron sin atención médica institucional durante la enfermedad, inclusive quienes vivieron en comunidades con clínicas

¹ En este trabajo utilizaremos el término de muerte materna de la misma forma que la Organización Mundial de la Salud (OMS, WHO, por sus siglas en inglés), la cual define la muerte materna como la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales.

disponibles, nos llevó a indagar no solamente los retardos considerados por otros autores sino a profundizar en aquellos que los epidemiólogos conocen como factores culturales y que generalmente no son tomados en cuenta para la planificación de los servicios de salud.

Los resultados de dicha investigación no son el objeto de este artículo, sino los trabajos de sensibilización que se desprendieron de sus resultados parciales. En este documento nos interesa dar a conocer la forma en que se utilizó el material etnográfico para la construcción colectiva de propuestas de acción, que incluyeran la problemática cultural subyacente a la muerte materna. Este trabajo está organizado en cuatro partes: en la primera se da el contexto de la investigación y los hallazgos que nos llevaron a conformar un grupo de trabajo, en la segunda presentamos los elementos teórico-metodológicos de la estrategia que utilizamos para el trabajo del grupo, en la tercera se encuentran tres de las diez historias utilizadas para el trabajo colectivo, y en la cuarta se muestra la metodología de análisis de la discusión en grupos y las conclusiones a las que llegamos en esta fase del trabajo.

I ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

El proyecto Muerte Materna en Chenalhó, Chiapas (Freyermuth y Garza; 1996; Freyermuth, 1997), tenía como objetivo analizar las circunstancias, contexto y antecedentes de la muerte de mujeres indígenas durante el embarazo, parto o puerperio.

Uno de los hallazgos más importantes del proyecto fue el de la existencia de un subregistro —45%— de las muertes maternas, obtenido a partir del seguimiento de 40 casos de mujeres fallecidas entre 1989 y 1993, lo que equivale a decir que en este municipio de los Altos de Chiapas había una tasa de mortalidad materna seis veces mayor que la media nacional.

Consideramos por tanto que el proceso de la muerte materna podría constituirse en el mirador a través del cual era posible analizar las formas en que las personas se relacionan y montan una serie de estrategias —sociales y familiares— en torno a la salud, y de qué manera las asimetrías, desigualdades, diferencias, consensos y apoyos mutuos entre hombres y mujeres indígenas, se entretrejan a lo largo de la vida para construir formas particulares de morir. Nos interesaba reconocer las formas en que se establecían las relaciones con aquellas mujeres que cursaban este proceso crítico. Analizarlas en el contexto de la muerte materna y sobre todo en el preámbulo, permitiría saber cómo se construye la subordinación femenina en un contexto indígena. Esto significaba no partir de

una visión esencialista que considera la subordinación como un rasgo que se materializa de la misma manera en todas las mujeres, sino aceptar que la identidad femenina se ve matizada por ciertas características individuales y familiares, destacando entre las primeras su condición étnica y la generación a la que pertenecen, y entre las segundas la religión, la condición económica, el prestigio y la posición política, rasgos que las posiciona de una manera particular y que les posibilita o no el contar con atención en momentos críticos.

Un objetivo que perseguíamos en esta investigación era el de escuchar a un grupo silenciado², las mujeres. Logramos el acceso a las mujeres indígenas, que suele ser difícil, sobre todo tratándose de aquellas no organizadas; reconocimos a través de sus discursos los elementos que intervienen en el proceso de subordinación y de su silenciamiento durante toda su vida, y de qué manera las relaciones intrafamiliares e interfamiliares llevan a que dicha subordinación sea vivida como algo *natural*. Dar la palabra a este grupo subalterno no fue fácil; evocar a la muerte nos lo posibilitó. Hablar de las ausentes permitió tanto a hombres como a mujeres sincerarse sin cortapisas. Para obtener el testimonio de las mujeres a través de un evento fundamental en su vida como es la maternidad, debimos reconocer que hay una diversidad de actores que se encuentran potencialmente en distintos lugares (Menéndez, 1997), y con visiones distintas, dependiendo del sitio desde el cual hablan. La adscripción a un género, generación, etnia o religión, posicionan diferencialmente a estos sujetos, otorgando una significación particular a la maternidad e incidiendo de manera específica en el proceso. Era necesario conocer las prácticas y representaciones de otros agentes involucrados, como los familiares de quienes murieron, los curanderos que las atendieron y el personal de salud de la medicina científica o hegemónica³ para comprender el desarrollo de este proceso

²Edwin Ardener (citado en Moore H. 1991) es uno de los investigadores que dan cuenta del peso del androcentrismo, y para el desmantelamiento de éste propuso la teoría de los grupos silenciados. Estos son grupos socialmente sometidos, a los que los grupos dominantes controlan e imponen ciertas expresiones imperantes. Las visiones de estos grupos silenciados no pueden materializarse ni expresarse en los mismos términos que los del modelo masculino dominante. El acceso a las mujeres indígenas a veces es muy difícil, pues son los hombres quienes autorizan o vetan el trabajo con ellas.

³Este modelo se caracteriza estructuralmente por su biologicismo, concepciones teóricas evolucionistas-positivistas, ahistoricidad, asociabilidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía, relaciones asimétricas en el vínculo médico-paciente, exclusión del "consumidor" de los saberes, legitimación jurídica y académica de las otras prácticas, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos, expansión a otras problemáticas a las que medicaliza, tendencia al control, al consumismo a la escisión entre teoría y práctica correlativa a la tendencia de escindir la práctica de la investigación. Cfr. Menéndez (1992).

en el ámbito regional. Así, identificar las visiones que sobre esta problemática subyacen en los trabajos antropológicos y médicos desarrollados en la región con anterioridad fue fundamental para explicar la poca importancia que se le asignaba, hasta hace poco tiempo, a la muerte materna.

Consideramos decisiva la participación de mujeres indígenas en nuestro equipo de investigación, pues permitió un acercamiento más *natural* a la dinámica cotidiana de las mujeres. El estrecho contacto con las asociadas de investigación indígenas nos permitió confrontar los marcos referenciales que teníamos, y a ellas el reflexionar sobre determinadas problemáticas que, experimentadas de manera cotidiana durante parte de sus vidas, no habían sido discutidas ni analizadas desde otras perspectivas. Incluimos también a dos varones indígenas, por lo que contamos también con la visión masculina en las reflexiones del equipo.

El proyecto privilegió las voces de las mujeres. Esto significó abrir un espacio de discusión para el análisis de sus problemas desde las perspectivas masculina y femenina. Nos percatamos de que esta toma de posición tiene implicaciones teóricas y prácticas. El hecho de que en décadas pasadas la gran mayoría de los investigadores fueran del sexo masculino llevó a favorecer el estudio de ciertas problemáticas y a dejar de lado otras y es posible que a esto contribuyera la nula participación de las mujeres en el apoyo logístico o como informantes, lo que limitó su visión de la problemática femenina. Estas ausencias se explican por la posición de poder que los hombres tienen en las comunidades indígenas y que se reflejan en el hecho de que cualquier actividad que reporte ingresos económicos adicionales es realizada por los hombres; ellos generalmente deciden quiénes ingresan a las comunidades y la contratación masculina por parte de los antropólogos aseguró, de alguna manera, su aceptación. Estos elementos se plasman en la ausencia, en casi todas las etnografías, de referencias a la violencia doméstica y a la muerte materna como problemas regionales.

La mirada que los investigadores y las investigadoras habían tenido de los problemas de salud/enfermedad/atención soslayó el de la maternidad. Los estudios en antropología que se impulsaron con la llegada del Instituto Nacional Indigenista (INI)⁴, en lo que toca a salud, privilegiaron el estudio de la cosmovisión

⁴ El INI fue fundado en el año de 1948 con la finalidad de extender a los pueblos indígenas los beneficios del desarrollo y bienestar social, se encargó de poner en marcha la política del indigenismo integrativo que rigió a esta institución de los cuarenta hasta los setenta. En la década de los setenta en el INI se da una profunda reforma institucional en donde pierde sus atribuciones anteriores y son transferidas a una serie de organismos y programas federales. Esta nueva política ha dejado al INI como ejecutor sin la capacidad de normar políticas o tomar decisiones. (cfr Sariego JL, 2000)

indígena, llamando la atención el que en ellos no se concibiera a la maternidad como un fenómeno susceptible de riesgo, y así podemos apreciarlo en los estudios realizados desde antes de los años cincuenta (Villa Rojas, 1990 [1940]; Guiteras, 1992 [1944] y 1986 [1956]; Pozas, 1987 [1959]; Holland, 1964). A mediados de los ochenta, el gobierno de estado de Chiapas⁵ publicó cuatro monografías en castellano y tzotzil sobre los municipios de Chenalhó, Chamula, Chalchihuitán y San Andrés Larráinzar, tres de las cuales incluyen en la descripción de la vida cotidiana el parto y nacimiento. En dos de estas monografías (Pérez y Ramírez, 1985: 90-93; Pérez, 1985: 88-91) se hace referencia al parto como un evento en el que pueden ocurrir complicaciones y se señalan las formas en que la partera indígena resuelve estos problemas. Sin embargo, no se hace alusión a que este suceso puede poner en riesgo la vida de las mujeres o representar un problema de salud.

En las décadas de los setenta y ochenta, aparecieron en Chiapas, y en la zona de los Altos en particular, junto con el Programa de Extensión de Cobertura del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)⁶, el Programa de Medicinas Paralelas (1979) y el Proyecto de Medicina Tradicional (1983-1985) impulsados por el

⁵ A través de la Dirección de Fortalecimiento y Fomento de las Culturas de la Subsecretaría de Asuntos Indígenas.

⁶ El IMSS fue creado en 1943 para proporcionar servicio social a los trabajadores empleados en el sector privado. Tiene una organización tripartita conformada por el gobierno, los patrones y los trabajadores (IMSS-COPLAMAR, 1981:19). Sus vastos recursos e infraestructura le permitieron ampliar sus servicios a principios de 1973 para incluir a la población rural más desprotegida. En 1979, los servicios de salud destinados a poblaciones rurales pobres se vieron fuertemente impulsados por la nueva administración presidencial a través del programa IMSS-COPLAMAR. Con este programa, se pretendía, entre otras cosas, mejorar las condiciones de vida de la población a través de Unidades Médicas Rurales (UMR). Las UMR prestan atención médica y tratamientos en forma gratuita. Se esperaba que la población de las comunidades en donde se ubicaban estas unidades, contribuyeran en la construcción y el mantenimiento de las mismas; además, se promovía la participación de algunos de sus miembros para que se entrenaran como auxiliares en enfermería. Conjuntamente, los miembros de la comunidad y los trabajadores de la salud detectarían los principales problemas y tomarían las medidas para su solución. Los servicios de las UMR incluyen: atención médica básica, dotación de medicamentos, cuidado materno infantil, planificación familiar, orientación nutricional, vacunación, control de enfermedades contagiosas, promoción de instalación de letrinas y disposición de desechos. El personal está formado por un médico y dos auxiliares en enfermería. La supervisión administrativa y los servicios básicos de hospital son cubiertos por los médicos que trabajan en las Clínicas-Hospitales de Campo regionales.

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia⁷ (UNICEF) a través de la Secretaría de Salud (SSA)⁸ y el Programa de Interrelación con la Medicina Tradicional (Freyermuth, 1993: 58-68). Estos proyectos se encargaron fundamentalmente de realizar investigación y acción en torno a la identificación de plantas medicinales y su manejo, impulsando la organización de los llamados *médicos tradicionales*.⁹ En este contexto, se reconoció a la partera como un elemento fundamental en la atención de la maternidad y se pusieron en marcha programas dirigidos a ellas. Sin embargo, la presencia simultánea del programa de planificación familiar hizo que estos proyectos con parteras prácticamente no contaran con recursos económicos y por tanto el trabajo desarrollado con ellas se limitara a las acciones de ese programa.

Los primeros resultados de nuestra investigación (Freyermuth y Garza, 1996) mostraron que solamente 10% de las mujeres fallecidas habían buscado atención en los centros de salud de la medicina científica o hegemónica, mientras que el resto sólo utilizó los servicios derivados del sistema médico indígena de la localidad¹⁰. Creemos que el recurrir a un centro de salud no solamente obedece a la facilidad de acceso geográfico o a factores de tipo económico, sino que las relaciones interétnicas, genéricas y generacionales que se dan en el interior de la familia, la comunidad y la ciudad inciden de manera fundamental en el acceso a estos servicios.

⁷ El UNICEF es una instancia de la ONU que tiene la función de velar por el bienestar de la niñez de todo el mundo. Aunque fue creado en 1946, en respuesta a las necesidades de reconstrucción de Europa después de la Segunda Guerra Mundial, para 1990 había establecido programas con el fin de mejorar las condiciones de vida de la niñez de 128 países de los continentes africano, asiático y americano.

⁸ La coordinación del Sistema Nacional de Salud está a cargo de la Secretaría de Salud. El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal, estatal y municipal, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. A los interesados en consultar las funciones de la Secretaría de Salud consultar <http://www.ssa.gob.mx/leysalud>

⁹ Para fines de este artículo a los llamados médicos tradicionales nosotras les denominaremos médicos indígenas, e incluye a j'iloletik, parteras, rezadores de los cerros y hueseros.

¹⁰ El sistema de salud que ofrece atención a los indígenas de los Altos de Chiapas está constituido por tres submodelos que, aunque muchas veces se traslapan, no se integran en uno solo. Uno de ellos está conformado por los servicios que se generan a través de los practicantes indígenas y que se corresponden con las visiones del mundo indígena (j'ac' poxil). El otro lo constituye la práctica médica científica y hegemónica con sus agentes de salud (jloktoretik) y la industria farmacéutica, y el tercer modelo estaría constituido por la autoatención y automedicación que se brinda a través del grupo doméstico.

En Chiapas, los bajos niveles de atención a la salud por parte del modelo científico o hegemónico son patentes (Sánchez y otros, 1995; Manca y otros, 1998), no sólo por parte de las instituciones gubernamentales sino también de la medicina privada, y en Los Altos estos servicios abarcaban, en 1995, 25% de las comunidades (Banco Mundial, 1995)¹¹. Además, la morbimortalidad materna en Los Altos había permanecido invisible por dos motivos: uno de ellos, era la frecuencia del fenómeno en términos absolutos (las enfermedades diarreicas seguían siendo la primera causa de mortalidad en el grupo de 15 a 45 años), y el otro, la ausencia de usuarias femeninas en las clientelas de las clínicas del INI y de la SSA con complicaciones durante la maternidad. Al no acudir a los centros de salud con problemas de orden reproductivo, las mujeres quedaron al margen de las estadísticas oficiales de salud. No podemos confrontar nuestros resultados obtenidos con estudios previos sobre muerte materna en el estado. El problema ha sido de poco interés para los académicos y los responsables de la atención de la salud.

Es decir, que uno de los hallazgos de este trabajo y que va más allá de las interrogantes planteadas, circunscritas a las maneras en que los agentes relacionados en el Sector Salud influían en la forma en que se percibía o atendía a las mujeres durante la maternidad, fue el de reconocer cómo estas relaciones genéricas, y étnicas se revelan incluso en el campo científico. En este caso nos muestra cómo el trabajo en investigación antropológica ha tenido impacto en el campo de la salud, induciendo la invisibilidad de la mortalidad materna.

Estos acercamientos metodológicos son fundamentales en los procesos de investigación y generación de resultados ya que permiten redimensionarlos y generar diversas estrategias para las propuestas. Los hallazgos de los estudios antropológicos previos, por lo menos en la región de Los Altos, tuvieron un impacto importante en la práctica del Sector Salud. Como mencionamos anteriormente la vinculación del INI con la atención médica fue fundamental, desde los cincuenta hasta los setenta, para delinear la política de salud para los pueblos indios de la región, y los estudios antropológicos sobre salud en el contexto intercultural y que exploraron el impacto de los servicios de salud en la población indígena, marginaron los problemas que directamente afectan la salud de las

¹¹ Para 1992, estadísticas oficiales revelan que sólo 13.4% de la población abierta del estado utiliza los servicios de salud destinados a ella, en contraste con 48.8% que los solicita a nivel nacional (Salvatierra, 1992), y por lo menos antes de 1995, en Los Altos, dada la composición étnica de su población, la demanda era menor.

mujeres. También las relaciones de género e interétnicas que se establecieron limitaron el acceso de las mujeres a los servicios de salud, sobre todo de aquellas con algún problema reproductivo, llevando a médicos y antropólogos a asumir que la maternidad complicada no era un problema relevante de salud en la región.

Basándonos en estos resultados, que muestran cómo influyen los trabajos de investigación para invisibilizar el problema de la muerte materna, consideramos fundamental sensibilizar a los actores involucrados en la atención a la salud reproductiva en la región de los Altos de Chiapas. En este contexto en 1997, nos planteamos la necesidad de crear un Grupo de trabajo interinstitucional y multidisciplinario de lucha contra la muerte materna (Grupo). Con la síntesis de diez historias de mujeres indígenas muertas por causas maternas en el municipio de Chenalhó entre 1989-1993¹², iniciamos la discusión de la problemática que se entretecía en torno a sus muertes. El fin último de estas sesiones fue generar estrategias para la acción, adecuadas a la cultura indígena alteña. Para los fines de este artículo, hemos incluido una de las cuatro dinámicas de trabajo con este Grupo y tres de las diez historias a partir de las cuales se generó la discusión. Éstas darán al lector una idea del tipo de material utilizado y de las discusiones y propuestas que se generaron.

II USO DE MATERIAL ETNOGRÁFICO EN EL GRUPO DE TRABAJO

Como se mencionó, a mediados de 1997 convocamos a una serie de personas relacionadas profesional o personalmente con la muerte materna, cuya aportación esencial al Grupo sería su experiencia. Nos interesaba generar la construcción de conocimientos en torno a la muerte materna y la puesta en marcha de un proceso, en el cual dichas personas se convirtieran en elementos constitutivos de un todo, cuya razón de ser se definiera por su integración en la realización de tareas¹³ conjuntas con miras a disminuirla.

¹² A partir del trabajo de archivo en el Registro Civil, identificamos 11 casos con diagnóstico de muerte materna, distribuidos en 10 comunidades. Nos planteamos realizar entrevistas breves a 45 familias de mujeres fallecidas en edad reproductiva para identificar la magnitud del subregistro de este evento. En las 10 comunidades seleccionadas, había un total de 33 casos de muertes de mujeres, por lo que tuvimos que incluir otras comunidades para completar la cifra de 45 casos.

¹³ Siguiendo a Santoyo R. (1985)... "La tarea es el factor por el cual el grupo se ha reunido para apropiarse de él y luego accionar con él" En otras palabras, la tarea es el objetivo que les reúne y el instrumento que les sirve para pensar.

Para ello, partimos de nuestra experiencia en diversos trabajos de capacitación y organización, en los cuales hemos considerado a la educación como un proceso de comunicación, y al conocimiento lo hemos entendido como un proceso de relación no sólo con las cosas sino, fundamentalmente, con los otros.

Queríamos que este Grupo reconociera los factores socioculturales que intervienen en la muerte materna como “situaciones problema”, y, a través de la constante confrontación de los esquemas referenciales¹⁴ de sus integrantes, se elaboraran hipótesis, se definieran conceptos, se analizaran elementos involucrados en una situación, y finalmente se identificaran alternativas y medios de aplicación.

A partir de algunos planteamientos de Paulo Freire¹⁵ estimamos que esta construcción, al ser colectiva y dirigida a la acción, debía estar significada por la identificación de problemas y la explicación de éstos¹⁶, sobre todo porque se trataba del análisis de una situación social que, como cualquier otra, debía ser reconocida en su complejidad y múltiple determinación.

Consideramos la muerte materna como el resultado de la intervención de fuerzas, en una historia de contradicciones, conflictos e intereses que coexisten para convertirla en una situación de injusticia e inequidad que debemos y podemos cambiar. Entendíamos el concepto *problema*, como una barrera entre la realidad dada y la búsqueda de espacios para su transformación, ya que los problemas no se solucionan, sino que se transforman en nuevas situaciones.

Reconocer problemas poniendo en juego los valores, creencias, identidades, vivencias y cotidianidad de cada una de las personas que integraron el Grupo, nos llevó a suponer también que junto con la construcción de conocimientos, el Grupo obtendría los elementos para tomar posición frente a la realidad, al reconocerse

¹⁴ De acuerdo con Pichón “esquema referencial” es el conjunto de ideas, actitudes, conocimientos y experiencias con los que los individuos piensan y actúan.

¹⁵ No pretendemos discutir si las proposiciones de Freire (1984, 1985, 1986) han sido superadas por otras personas, toda vez que ellas formaron una interpretación base en América Latina, para una serie de experiencias de educación popular. Lo que queremos subrayar es que algunas de ellas han generado las que se practican actualmente, dado que todavía conservan algunas de las ideas más renovadoras respecto de un proyecto educativo para una actuación político-transformadora, como la que nos propusimos en esta iniciativa.

¹⁶ En la misma medida en que el mundo se le aparece al hombre en forma de problema: “... desafíos a su permanente capacidad de enfrentar, transformando y transformándose, descubre que, en último análisis, el centro de sus decisiones está en sí mismo y no en los objetos que le rodean...” (véase: Paulo Freire, *Pedagogía del Oprimido*).

como actores sociales capaces de dirigir sus acciones con la intención de modificar la correlación de fuerzas que conducen a la muerte materna.

En este sentido, las narraciones, como representaciones de aspectos de la realidad, al expresar momentos del contexto concreto fueron vistas como la unidad de análisis capaz de constituirse en mediación, tanto entre dicho contexto y el contexto teórico, como entre los integrantes del Grupo, vistos como sujetos que buscan conocer.

Sobre la idea de que en todo acto de análisis se descifran otros aspectos de la realidad que se está leyendo, nos planteamos la lectura de las narraciones como un acto creador que, como tal, implicaría la comprensión crítica del contexto social al que hacen referencia, mediante la reconstrucción de una historia tendiente a explicar el porqué de los hechos. Para nosotras no bastaba leer que Juana murió por falta de transporte cuando se presentó la hemorragia post parto, sino que era necesario saber, entre otras cosas, cuál era la posición de Juana en su contexto social; cómo eran las relaciones intra e interfamiliares y entre contextos socio culturales diferentes y cómo incidían estos factores en la utilización de los servicios otorgados por la medicina científica o hegemónica.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LA HISTORIA (ANÁLISIS SITUACIONAL)

El análisis situacional se efectuó a través de narraciones recogidas en diversas comunidades indígenas de la Región Altos del estado de Chiapas y en el ámbito hospitalario, durante el proyecto antes citado.

Este análisis tuvo cuatro vertientes que siguieron una dinámica similar; en la primera se analizaron los testimonios en los que el desenlace de los problemas durante la maternidad derivaron en la muerte (que es al que se hace referencia en este documento); en la segunda, aquellos en que situaciones, aparentemente iguales, pudieron ser resueltas con éxito¹⁷, y en la tercera y cuarta se analizaron casos de muerte intrahospitalaria y las acciones de capacitación dirigidas a parteras e implementadas por distintas organizaciones, gubernamentales y no gubernamentales.

¹⁷ Es importante señalar que dentro de las primeras discusiones, el grupo determinó abordar casos igualmente graves que terminaron exitosamente, con el fin de reconocer en el análisis las condiciones, los factores, los hechos y las reglas que permitieron a estas mujeres sobrevivir. De igual manera el grupo definió, como tareas de reflexión, la muerte materna intrahospitalaria y las acciones de capacitación para parteras.

Para el caso que nos ocupa, el Grupo se organizó en cuatro subgrupos, los cuales eligieron al azar, para la base de sus discusiones, tres narraciones. A través de preguntas generadoras identificaron la problemática que surge en la toma de decisiones para resolver una emergencia de salud durante la maternidad, así como las diversas situaciones que se eslabonan en el desenlace de dicha emergencia y sus consecuencias.

Las preguntas generadoras fueron las mismas para los cuatro subgrupos, y se formularon de acuerdo con determinados criterios en cuanto a la variedad de temas a que hicieran referencia y que, vinculadas con la situación particular de las narraciones, facilitaran el análisis de algunos aspectos de la situación general de la muerte materna entre la población indígena de la región¹⁸.

Todas las discusiones generadas por el Grupo fueron íntegramente grabadas en audio y posteriormente transcritas para su análisis. Para las discusiones plenarias se contó con apoyo de sistematización gráfica simultánea, con el fin de que al cierre de los trabajos del día los y las participantes tuvieran una síntesis de retroalimentación.

En general, las técnicas y procedimientos empleados fueron los siguientes:

- Trabajo de análisis de las narraciones en pequeños grupos a través de preguntas generadoras, con exposición de resultados en plenaria y, apoyo simultáneo mediante matrices explicativas de los problemas identificados por cada pequeño grupo.
- “Cambio de roles”, (técnica de interacción grupal).
- Discusión general en torno a las reflexiones de cada pequeño grupo, con matriz de ubicación de las situaciones por niveles.
- Trabajo de comisión en pequeños grupos, para observación de las dinámicas institucionales de los servicios de salud y recolección de datos en fuentes primarias.
- Socialización de los resultados del trabajo de comisión.
- Matriz de planos y espacios para la articulación de relaciones entre los distintos determinantes del problema, su ubicación por niveles y jerarquización de problemáticas.

¹⁸ A manera de ejemplo del tipo de preguntas que se propusieron podemos citar las siguientes: ¿cuál es la responsabilidad directa e indirecta de cada una de las personas que intervinieron durante la emergencia y el desenlace de los hechos?, ¿por qué se considera así?

- Lluvia de ideas para la definición y consenso de estrategias para la acción.
- Establecimiento de compromisos para la acción.
- Retroalimentación para todos los participantes en el diagnóstico, mediante entrega, íntegra y oportuna, de la transcripción de cada jornada de trabajo.

Dentro de un proceso más amplio, el resultado de este primer momento fue la apropiación, por parte del Grupo, de un objetivo común.¹⁹ Esto fue facilitado por el reconocimiento de una problemática; la identificación, junto con los poderíos de las mujeres, de sus limitaciones y dificultades para la atención a sus problemas de salud, particularmente durante la maternidad, y el compromiso de las personas participantes a corto, mediano y largo plazo.

III LAS HISTORIAS

CATARINA²⁰

Catarina fue la mayor de 12 hermanos de una familia dividida por la religión. Nunca aprendió a leer ni a escribir, dicen sus hermanos que *a ella no la dejaron ir a la escuela porque se quedó a trabajar en la casa, a hacer la comida, a hacer la tortilla y a cuidar hermanitos.*

Cuando se casó tenía más de 17 años y nunca antes había sido solicitada por algún joven del lugar. Por eso, cuando Agustín, un hombre poseedor de tierra en la misma comunidad la pidió, no importó que fuera viudo y mayor que ella.

Ya casada, además de tejer la ropa para toda su familia, acompañaba a su esposo a los mercados para realizar los trueques así como a trabajar en la milpa. Sin embargo, esto no la eximió del maltrato de Agustín quien fue con ella muy violento, particularmente después del parto, que a los 25 años de edad la llevó a la muerte.

En la historia de sus seis embarazos se cuenta, además de la muerte de sus tres hijos varones, el haberse enfermado de gravedad antes del último.

LA AMIGA Y CUÑADA

Cuando se alivió nació muerto el niño, es lo que escuché. Vivíamos muy cerca y nos hablábamos muy bien. Ella tenía su carácter muy bueno, nos llegaba a visitar y a veces también íbamos a visitarla, nos llevábamos muy bien. Si ella tiene algo, me llevaba y si yo tengo algo, le traía. Es muy buena, muy buena cuñada. Cuando me llegaba a visitar en mi casa se ponía a llorar. Yo le pregunté: ¿y por qué lloras?, —porque me siento muy mal, se

¹⁹ En este caso, la imagen objetivo fue la instauración del Comité Estatal por una Maternidad Voluntaria y Sin Riesgos en Chiapas, como entidad promotora, ejecutora y referente de acciones diversas en beneficio de la salud reproductiva de las mujeres y en contra de la muerte materna.

²⁰ Este caso se basa en las entrevistas realizadas a la amiga, cuñada, hermana y hermano.

fueron al pueblo mi papá y mi mamá y me dejaron sola, así decía. Y sólo eso, que se sentía muy triste. Yo creo que presentía algo. Que ya se iba a morir. Por eso se sentía muy triste, eso es lo que pienso. No sé.

HERMANA

Estuvimos con ella relajando²¹, decíamos cosas de nuestra vida y reíamos. Pero la verdad ni siquiera pensaba que se iba a morir mi pobre hermanita, porque estaba muy jovencita. Yo supe cuando se enfermó, dicen como era el tiempo del corte de café; entonces estaba amarrando almuerzo y *posol*²² para sus trabajadores y ya faltaban como cuatro o cinco días para su parto. Ya sentía muy pesado su estómago, su panza, por la criatura. Entonces se dio cuenta que está aquí la taza para batir el *posol*. Se fue hasta Polhó a dejar la taza para el *posol* de su marido. Como que allí se enfermó, porque como caminó lejos sintió muy pesada la caminata. Caminó muy largo hasta allá en Polhó, no más fue a dejar esa taza para el *posol* y se regresó otra vez caminando. Como que le debilitó el cuerpo la caminata.

Como no le mandó la taza. ¿Qué tal si regresando su marido le venga a golpear o a pegar? Se enoja el marido. Por eso ella lo aguantó la caminata hasta allá, para que no la golpearan. Eso es la que pensaba mi pobre difunta hermana.

HERMANO

Como soy varón también más me dedicaba a trabajar. Y como que también no me importaba mi hermana; si se va morir o no se va morir. No, no, como que no me importaba, pero la verdad es mi deber, debo de ver también mi hermana. Pero en ese momento no sabía; yo creo que es porque estaba yo jovencito todavía, no sabía, nada más estaba yo caminando, haciendo mis cosas. Es el único que estaba yo dedicado, pero a ver mi hermana no.

Sus hijos sí nacen bien, pero lo que pasa es que se mueren en sus brazos. Nacen bien, han nacido bien los otros hijos, pero ya, uno dos, seis meses lo abraza. No, no ha hecho aborto, y ese que se murió también, no fue aborto. No sabemos por qué. Tuvo tres varones, dos que lo abrazó, y uno que se murió junto con ella.

Yo no miré cómo se enfermó. Es que ese tiempo era el tiempo de corte de café, y estamos yendo a cortar el café, por eso no muy me di cuenta cómo estaba mi hermana. Estábamos apurados de ese trabajo. Como nada más somos dos hermanos y se estaba cayendo el café, ahí estábamos dedicados al corte, y también mi hermanita Consta estaba ahí pero era muy chiquita; ese día estaba pero cargadísimo y colorado nuestro café allá en Polhó, allá estábamos yendo del diario.

En la mañana me vino a llamar mi cuñado: por favor, haga favor de ir a inyectar a tu hermana porque está enferma y le duele mucho su estómago; a ver si me haces favor de ir a inyectarla, me dijo. Entonces fui a inyectarla, pero la verdad no, no pensaba que se iba a

²¹ Divirtiéndose, jugando.

²² Bebida a base de maíz.

morir no más fui a inyectar y regresé a mi trabajo. De ahí llegó alguien para que lo curen o para que lo recen, parece; yo me vine para mi casa y me fui para el trabajo y esa señora que llegó, como partera, le dije: pues está bien si usted vino a verlo. Ahí lo haga usted favor de verlo, que yo me voy a mi trabajo. Así me fui y lo dejé la partera; de ahí cuando regresé, en la tarde, ya lo había tenido su hijo, ya se había aliviado. Yo no sabía si se iba empeorar, ya estaban contentos, ya tenían sus criaturas y yo ya ni me preocupé. Ni siquiera fui a verlo, no más escuché que ya se había aliviado mi hermana.

Yo le inyecté para la apuración del parto, para que se alivie luego, pero la verdad no sé cómo se llama la medicina. Según dicen, cuando lo inyecté yo entonces la partera traía otra inyección, también igual. Como no se aliviaba, le volvieron a inyectar otra vez con esa medicina; no sé como se llamaba porque hay de varias nombres. Uno se llama pitusan, el otro no me acuerdo cómo. Parece que estaba muy contenta, fuerte, y no sentía nada cuando tuvo su hijo.

Antes de tres o cuatro días que se aliviara hasta llegó a acompañarnos. Estábamos solos en nuestra casa. Mi papá y mi mamá estaban en el pueblo, en la cabecera, como regidor; nos vio que estábamos muy solos y nos vino acompañar. Por eso se vino a dormir. Se durmió una noche aquí, hizo nuestra tortilla y nuestro *posol* y de ahí se volvió a regresar a su casa. Estaba fuerte, estaba sana, no tenía nada. Ya le faltaba poco pero no sentía nada, caminaba bien, estaba muy tranquila, pero ya faltaban cuatro, cinco días para que se muriera.

LA CUÑADA

Mmmh... es que mi difunta cuñada... Como siempre es costumbre, nos acostamos, nos cuidamos cuando uno se acaba de aliviar, a fuerzas tenemos que acostarnos tres días. Ella, pues ella ya no tenía su criatura, entonces su marido se fue no sé a dónde y cuando regresó vino bien borracho y la encontró durmiendo. Como no vivió su hijo, le gritó: ¿qué haces hija de la chingada?; ¡estás aquí acostadota!, ¡ni siquiera ha vivido tu hijo, sólo estás estorbando aquí! Entonces parece agarró su escopeta, parece que lo iba a matar. Por eso se asustó mucho mi difunta cuñada. La molestó, o tal vez le pegó, ya no me acuerdo. Hasta le dijo el Agustín: sólo estás aquí, pasando el tiempo y acostadota; a ver ¿dónde está tu hijo? Perra. Parece lo levantó de golpe su mujer, y estaba enferma, estaba enferma todavía porque se acababa de aliviar, tenía dos días. Por eso, yo pensaba cuando se enfermó y se murió: pues es un susto que le dieron.

Allí como que le dio un calosfrío, y hasta dolor de estómago, dolor de la cintura, y se enfermó. Eso es lo que me decía mi concuña. Así empezó a enfermar y empeorar. Ya de ahí dicen que se paró ya la sangre, ya no está cayendo, ya no está pasando la sangre del niño. Entonces se hizo una bola en su estómago, con eso se inflamó su estómago, y con eso llegó a morir mi cuñada.

EL HERMANO

Fuimos a preguntar allá a La Libertad. Ya faltaba una noche que se iba a morir. Entonces llegamos a preguntar con ese señor. Nos dijo que faltaba una curación que, no sé cómo, es

por espíritu: ellos lo tienen que hacer; pero luego, si no lo hacen pues la verdad tu hermana o tu mujer se va a morir. Total, tienen sus curanderos allá. Que lo hagan pero ya, que lo hagan luego. Así la tienen que hacer, nos dijo. Y así lo escuchamos y nos vinimos. Cuando llegamos aquí en la casa ningún curandero sabe hacerlo, nadie tenía el conocimiento. No sabían cómo, qué velas o qué plantas podían usar. No pudieron hacer nada.

Lo soplaban y lo rezaban encima de su cuerpo, donde estaba inflamado el estómago. Pero ya no le hacíamos nada porque ya no sabemos qué hacerlo, estábamos perdidos. Perdidos todos los familiares; ya no sabíamos dónde vamos a llevarlo, con quién lo íbamos a llevar, así fue. Estábamos aquí todos, tonteando nada más.

MARTHA DE CH'IMTIC²³, LA ESPOSA DEL PROMOTOR

Martha formaba parte de una familia pobre de 12 hijos, cuyo padre tenía fama pública de haber cometido incesto con sus hijas mayores.

Cuando ella tenía 13 años fue pedida en matrimonio por Miguel, un hombre de 21 años con experiencia en promoción a la salud, que *habla alto, y provoca miedo y respeto*. La petición la realizó por conducto de las autoridades religiosas del lugar con el fin de reducir al máximo el arreglo económico con la familia de Martha ya que según su dicho: *Por una mujer no voy a regalar mi dinero*.

Durante su unión, Miguel no golpeó a Martha pero tampoco la cuidó, no le daba de comer y ella no podía disponer del dinero que ganaba de la venta de la cosecha, *apenas le permitía comer una tortilla*, situación que la fue consumiendo físicamente.

En consecuencia, la historia reproductiva de Martha estuvo caracterizada por complicaciones entre las que se cuentan dos abortos, uno de los cuales puso en riesgo su vida, y un óbito fetal en cuyo parto no contó con ayuda alguna, tan solo *tuvo un hijo que se le pudrió en la panza*, pero nadie hizo nada.

Cuando Martha murió tenía 27 años; era un parto complicado, y la partera había dicho: *la criatura viene atravesada, no está bien, en mi mano lo estoy sintiendo, veta a la ciudad*, pero ella le dijo que la atendiera.

LA MADRE

Mi hija se enfermó una mañana. Así, muy temprano. Ese día iba yo a trabajar temprano y me vino a traer mi yerno. Me dijo: *¿a dónde vas? Voy a ir a trabajar*, contesté. Y entonces me dice: *se puso grave tu hija, se enfermó. Parece que empezó su dolor y quiero que hagas favor de ir a verla*. Yo le dije que sí, y allí nomás regresé en el camino y me fui a su casa. Como vivían allá arriba pues allá me fui. Llegando le pregunté a mi hija: *¿qué tienes? Parece que tengo dolores, me siento mal*, contestó. *¿Tu dolor es muy seguido? No, tarda mucho cada dolor*. Yo la vi mal, porque me di

²³ La síntesis de esta historia esta basada en entrevistas realizadas en dos municipios y a las siguientes personas: esposo, colectiva (madre y padre y después esposo) amiga de la familia y amigo de la familia.

cuenta que pura sangre le estaba saliendo. Y ella lo dijo: *pura sangre me está saliendo, quién sabe qué está pasando, quién sabe por qué me hace así.* Le dije que era un sangrado feo. Poquito sangrado salía y se pasaba; tardaba mucho el dolor del niño, tardaba bastante. No era de cada ratito, sino que tardaba cada dolor.

Mi yerno me dijo: *¡Ah!, parece que su dolor está tardando todavía, entonces voy ir a traer mi leña.* Nosotras le contestamos: *vete pues, ve a traer tu leña* —porque estaba la partera también con nosotras— *Yo voy a esperar cómo van a seguir los dolores... yo voy a ver.* Como salía tan poquito el sangrado pensé: *se me hace que es un aborto, es el alchich.* Parecía un aborto, como si no hubiera llegado el mes de la criatura, pues.

Cuando tenía tres meses fue a ver un doctor; se fue a dar a revisar y hasta le inyectaron. Le dijeron que era criatura que era embarazo, es embarazo lo que tienes, le dijeron y que llevaba tres meses. Cuando la inyectaron le dijeron: *así quiso nuestro padre, nuestro Dios. Estás embarazada, es una criatura.* Ya cuando estaba aquí, después de nueve meses, fue puro sangrado. Sí, el sangrado fue de una vez, muy feo. Hasta lo tuvimos que sacar con azadón; tuvimos que arrancar un poco de tierra del piso para sacar todo el sangrado que salió.

Cuando mi yerno regresó dijo: *mmh... parece que no viene pues mi suegro* —mi esposo no había llegado— *yo voy a ir a ver mi caballo.* Yo le contesté: *voy a mandar a traerlo, voy a avisarle que venga. Sí, porque yo voy a ir a ver mi caballo. A ver si avanzan los dolores, y cuando avancen le voy a echar medicina, voy a ponerle medicina* dijo mi yerno, y pues así pasó.

Cuando ya eran como las tres o las cuatro de la tarde, mi hija decía: *parece que ya me está doliendo más. ¡Ay!, ¡Ay!* se quejaba y a cada ratito ya le daba el dolor. Entonces yo le dije: *¡dale más fuerza!* y la partera trajo su trapo. Pusimos el trapo por si nacía; nosotras la teníamos jalando, cargando pues, jalando como es el costumbre aquí cuando nace la criatura. Cuando nos dimos cuenta, que viene la sangre, abrió la sangre, así bastante, y dijo la partera: *pero si no es criatura. No hay nada, ¿qué cosa es?, pues no es criatura esto.* Y yo ahí sorprendida, porque pues era pura sangre.

Cuando regresó mi yerno de ver su caballo, llegó a preguntar si había nacido: *¿ya se alivió?* Yo le contesté: *no, no se ha aliviado, no hay nada. ¡Ah! entonces la voy a inyectar,* dijo. Yo le respondí: *ya veniste pues, como veas, inyéctala.* Como con el sangrado se puso muy mala mi hija, se puso muy débil, ella misma estaba diciendo: *me siento muy mal, siento que ya estoy muy grave.* Y de una vez así se miraba, pues el agua del sangrado se mira. El sangrado, así de una vez, como agua, estaba allí en el piso.

Empezó a ponerse grave, se sentía ya muy débil, parecía como una laguna la sangre allí. Bolas de sangre... muy feo. Dijo: *me voy a dormir, me voy a acostar, me siento muy mal.* Nosotras le dijimos que tomara posol *¡No quiero!, nada más pura agua, ¡quiero tomar agua!* Y pura agua tomó. Cuando la bebió empezó a hacer: *hic, hic,* o sea que ya con hipo; ya muy feo. Entonces empezó a decir: *¿sabes qué?, tengo un tejido, tengo un tejido que mandé hacer; pídanmelo porque me voy a morir, me voy a morir, ese tejido pídanlo, pídanlo,* nos decía. Empezó a vomitar y seguía con el hipo. *¿Qué sientes?,* le decíamos, y no contestaba. Siguió vomitando y de allí ya fue que murió, ya nada más recomendó su tejido, que lo fuéramos a pedir, así fue que murió, a los 28 años, así como le estoy contando.

MARCELA, LA DE PUEBLA²⁴

Marcela fue la segunda de 10 hijos de padres analfabetos que le asignaron la responsabilidad de fungir como *hermana mayor*, situación que canceló sus deseos de continuar estudiando cuando terminó la primaria.

A los 14 años de edad, preocupada por no haber sido pedida aún en matrimonio se unió con Gustavo, su tío político, un joven de 19 años de carácter apacible que no bebía y quien durante el tiempo en que vivieron juntos cuidó de ella y nunca le exigió que lo acompañara a trabajar fuera de su casa.

Sin embargo, ya que el matrimonio no se basó en acuerdos familiares, existieron conflictos entre ambas familias, conflictos que se manifestaron, en ocasiones, en la residencia de la pareja.

En este contexto, el embarazo de Marcela se presentó a los 4 meses del matrimonio. Ella sólo tenía 15 años cuando murió después del parto.

LA MADRE

Yo soy la que tuvo la culpa; que no la quería mandar en la escuela. Si la hubiera yo mandado en la escuela entonces yo creo que viviera y estuviera estudiando muy tranquila y muy contenta en el pueblo, pero yo lo detuve acá. Es que mi hija es una hija muy buena, Cuando yo iba a trabajar, cuando trabajo con mi marido, si tengo mi ropa, mi nagua, mi blusa, me lava todo, hasta a sus hermanitos. Por eso no lo olvido a mi hija, por eso digo que lo quiero tanto, porque es la única que me lo hacía; hacía la tortilla, hacía la comida, lavaba la ropa, mi ropa, su ropa y de mi marido. Y así estaba mi hija. Mi hija es una muchacha muy linda es una trabajadora por eso le dije: *no te vas hija, mejor te quedas aquí en la casa; me vas a ayudar, vas a lavar la ropa. Porque si te vas ¿quién me va a dar de comer?, ¿quién me va a lavar la ropa? Me vas a dejar muy triste.* Porque era una muchacha muy trabajadora pensé que me iba a mantener todo el tiempo. Eso es lo que tenía pensado mi pensamiento, pensé que se iba a quedar.

Cuando se acababa de aliviar de por sí quedó muy débil, hasta se puso muy débil. No tenía fuerza. Se cansó muchísimo; como que le costó mucho para tener su criatura y pasó demasiada sangre. Sangró muchísimo durante el parto y entonces se desmayó; se quedó privada por el sangrado. Se privó mucho tiempo hasta que lo chupamos con agua de sal y se recuperó un poco; de por sí dio la seña que estaba muy mal, muy enferma, y que como que se iba a morir. Se sintió la seña.

Con eso de la sal, volvió, se recuperó un poco, se sentó y de ahí pidió un poco de comida. Y así cumplió la semana; no tenía dolor, estaba bien. Se levantó, se fue donde está el molino a buscar posol, a batir su posolito y estaba bien. Entonces pensé que no iba a pasar nada. Al otro día estuvo contenta; desayunó, comió su caldito. Así que le dimos algo de comer, comió muy bien. La verdad yo no sabía si le iba a pasar algo. Estaba normal hasta que hizo así el marido, entonces se empeoró más... en la mañana cuando le quitaron a su hijo.

²⁴Esta historia está basada en entrevistas realizadas en la misma comunidad. Las personas entrevistadas fueron las siguientes: la madre, hermana; y colectivamente, a la suegra, al suegro y al esposo.

No, no se levantó porque así es nuestra costumbre. Una semana estamos en la cama cuando acabamos de tener criatura; una semana completa vamos a estar en la cama, cuidando nuestro hijo. Ese es el único oficio que hacemos, así que ese era su trabajo de mi hija. En esa semana sólo se levanta a recibir su comida, se lleva al baño, a ver su criatura. Si se levanta es el único su trabajo, pero que se levante a lavar sus trastes, no. Porque así es nuestra costumbre, es nuestra tradición que vamos a estar una semana en nuestra cama. De todo comemos cuando vamos a tener hijo: carne, pollo, frijol, verdura, sopa, arroz, todo lo que hay en la tierra es lo que se puede comer. A la mujer que acaba de tener su hijo le damos lo que le antoja, así es. Cuando se acababa de aliviar matamos pollo, le dimos de comer a la partera y ella también comió muy bien, tomó su caldito, estuvo muy contenta. Entonces por mi parte dije: ya se va a recuperar mi hija porque ya está comiendo muy bien. Decía yo así, entre en mí, nada más.

Estuviera viva mi hija; si nada más porque le quitaron a su criatura. Porque estaba fuerte mi hija, y en su embarazo estaba fuerte, estaba sano; no está quejando con dolor, con molestia, Si no lo hubiera quitado a su hijo, viviera mi hija; y lo quiero tanto mi hija porque son las únicas dos mis hijas. No tengo más. Si tuviera yo tantas hijas pues puede ser me olvido, pero no me olvido. Lo quiero tanto, por eso lloro hasta la fecha por mi hija. Además, mi yerno no me lo pidió a la buena. Me lo robó. Me lo llevó. Así no más.

LA HERMANA

Pues cuando se murió mi hermana le dolía mucho su estómago, de eso fue de lo que se murió, no de otra enfermedad. Aguantó una semana, una semana completó. Cuando se enfermó le vinieron a quitar su criatura, se lo quitó su marido y se lo llevó a casa de su papá y su mamá, entonces el niño estaba tierno y con eso le empezó el dolor de estómago.

Mi hermana se vino a aliviar en su casa de mi papá y de mi mamá; el marido ya no quería estar aquí y entonces se llevó a la criatura a la casa de sus papás. El bebé apenas tenía una semana, el miércoles nació y el miércoles se lo llevó. ¡Vámonos!, le dijo mi cuñado a mi hermana, pero como estaba muy débil y no podía levantarse, contestó mi hermana: pues no puedo todavía, siento muy pesados mis pies, mis piernas, y no puedo caminar. Siento que no tengo fuerza. —Está bien, si no quieres ir, dame a la criatura voy a llevarla. Mi hermana no quería dar a su niño y el hombre se lo jaló, lo agarró, lo abrazó y se lo llevó. Entonces dijo mi hermanita: ¿por qué me vas a quitar a la criatura?, ¿qué le van a dar de mamar si ni tienen leche? Yo le dije a mi cuñado: ¿para qué vas a llevar a la criatura?, ¿la vas a meter adentro de la mochila?, ¿caso eres criatura?; ¡ya estás grande!, ¡ya estás viejo! —¡Cállese! usted no se meta, me contestó.

Mi hermana todavía no se había levantado de su cama —como siempre estamos acostumbradas de dormir cerca del fuego—, cuando le quitaron su criatura se levantó lejos de su cama. Se levantó y amarró bien su estómago, su faja se apretó de la cintura. Bien apretado. Se levantó y se bañó, y eso le hizo daño. El se llevó a la criatura a su casa y mi hermanita le dijo: ¿para qué me lo vas a quitar mi criatura? El no le contestó nada y entonces de ahí empezó a llorar mi hermana y con eso le empezó el dolor de estómago. En la tarde ya estaba muy enferma. Le empezó a doler su estómago y se inflamó; como que había una

bola en su estómago. Estaba muy crecido. Con ese dolor le empezaron varias bolas en su estómago; por donde quiera. Había como seis o cinco bolas y con eso le dolía. Toda su panza estaba inflamadísima, y le molestaba.

LA MADRE

Pues cumplió ocho días. Mi hija aquí se vino a aliviar, aquí tuvo a su criatura y cuando cumplió una semana ya quería mi yerno que se fueran a su casa. Mi hija no quiso ir y le quitaron el hijo y con eso encontró la enfermedad. Así paso, en la mañana le quitaron su criatura y en la tarde le empezó a doler su estómago y su boca del corazón; así se sintió mal mi hija. Dicen que lloró, así me dijeron. Yo no la vi, estaba en mi trabajo y no sabía lo que estaba pasando. Cuando le quitaron a su criatura entonces ella se levantó de su cama; ya no quería estar en su cama porque ya estaba solita. Cuando regresé de mi trabajo le dije a mi hija: *¿por qué te levantaste de tu cama?, si no deberías hacer así hasta que cumplas tus días.* Me contestó: *sí mamá, me levanté, pero ¿qué voy hacer si ya no tengo hijo?, ¿estar acostada cerca del fuego, sola, si ya no tengo a mi hijo?* Con eso encontró la enfermedad. Mi hija pensaba que era broma del marido, que iba a llevar la criatura y estaba riendo. Cuando lo vio que sí lo llevó su criatura se puso a llorar, se puso muy triste. Yo salí muy temprano de mi casa y estaban contentos, estaban buenos, no se estaban peleando. Cuando regresé ya había problemas. Entonces no sabía yo por qué empezaron a pelear y llevó a su criatura el hombre. Saber qué es lo que pensó el marido. ¿Sólo porque quería llevar a su mujer? No sé por qué lo hizo así.

Cuando yo regresé de mi trabajo ya estaba bien llenas sus chichis, ya querían reventar sus pechos de mi hija; estaban llenos, llenos de leche y ella no sabía qué hacer. Como tenía mi hijo chico, le decía yo: *mámale su chichi tu hermana porque se están reventando ya de llenos, pero mi hijo le mordía, sólo le mordía.* Decía mi hija: *no le quiero dar porque me está mordiendo y me duele mucho,* así decía la Marcela. Mi hijo ya cumplió cuatro, entonces mi hija de fallecida ya tiene 3 años. Cuando regresé de mi trabajo me empezó a decir: *me duele mi estómago, mamá. —¿Por qué será que te duele?, ponte boca abajo, aplástalo; ya puedes aplastarlo porque ya no es criatura, ya no tienes nada,* le decía. Se fue en la cama a ponerse boca abajo pero no se calmó, y así le siguió tanto el dolor y al momento se le inflamó su estómago, se le hinchó.

Al otro día le busqué una partera que le aplastara su estómago; ya tenía una bola que parecía como una criatura de cuatro meses, se sentía muy grande, Así me dijo la partera. Se veía como que estuviera otra vez embarazada, pero no era embarazo. Lo que le hizo la bola es la sangre que se junto ahí y ya no pudo hacer nada. Ya no *pasaba* la sangre, por eso ahí se quedo en su estómago una bolota como de cuatro meses.

LA HERMANA

Le empezó calentura, sentíamos que se calentaba mucho, tenía mucha temperatura. También como se puso triste, lloró. Todavía le estaba bajando el sangrado pero ya como se puso triste, se paró luego el sangrado, ya no bajaba nada de sangre y el popó se tapó y así como que su panza se hizo bolas de toda la sangre. Llevó la criatura mi cuñado en la mañana. Mi papá no dijo nada. Pero en la tarde trajeron la criatura y se encabronó mi papá. —Está bien

que ya le quitaste su hijo a mi hija, pero no me lo tienes pagado; así nomás te lo robaste a mi hija. Ahora sí me lo tienes que pagar. Si no quieres pagarlo, ante la autoridad nos vamos. Porque no me has pagado ni un peso por mi hija, así le dijo mi papá, —tú tienes la culpa de que está enferma, ahora me lo tienes que pagar porque le voy a comprar su medicina. Entonces se fueron a arreglar con la autoridad, con el agente. Ahí lo fue a pagar su mujer y el dinero que dio fue para comprar su medicina o el curandero. No es para que lo gastara mi papá; es para que lo curen mi hermanita. Mi papá fue a pedir queja con la autoridad, lo mandaron a llamar y ahí le pidieron dinero: ahora tu mujer lo tienes que ir a ver, lo tienes que ir a curar porque es tu mujer, le dijo el agente. De ahí se vino mi cuñado a verlo, pero ya estaba muy grave mi hermana.

Le trajeron a su hijo ya muy tarde, muy noche. Mi hermana ya no lo recibió porque ya no hablaba, estaba ya muy enferma; ya no lo podía ver, así que ya no lo *recibimos* y mi mamá tampoco. Así volvieron a bajar a la criatura. La suegra le dijo: *ten tu criatura, recíbelo*. Pero mi hermana ya no contestaba, estaba muy mala. Mi mamá le dijo: *no, no vamos a recibir niño, ¿cómo lo va cuidar mi hija si ya está muy enferma?, ya no quiere cuidarlo. Llévalo, ahí lo ven cómo lo van a mantener. Yo no puedo cuidar. Si ustedes lo vinieron a provocar, pues llévenlo, porque está muy enferma mi hija*. Y así lo llevaron y ahí se durmió, ahí amaneció; en la casa de su suegra de mi hermana, la abuela.

Yo creo que le dieron agua de *posol*²⁵, agua clara. Porque leche bien sabemos que no tiene, le dieron pura agua de *posol* todo el día. El niño vive, su suegra de mi difunta hermanita lo crió. Todo el día, cuando se llevaron su criatura, mi hermanita se fue a dormir en su cama de mi mamá y puro dormir, todo el día lo hizo. Luego la fui a despertar: *levántate hermanita, vas a comer*. Y ya no quería comer, ya sólo le dolía su estómago y estaba con sueño también. Desde que se llevaron su criatura ni una tortilla probó; mi mamá le dijo: *hija, levántate, tenemos carne, come carne*. Y no quiso levantarse. —*Mamá, me duele mucho el estómago*. —*¡Ay! hija ¿y qué te puedo hacer?, ¿qué voy hacer contigo si duele tu estómago?* De ahí fue cuando fueron hablar con el agente, fueron en la agencia, y solita quedé con mi hermanita. Entonces me decía: *aplata mi estómago, me duele muchísimo, ya no aguanto el dolor*. Ahí le aplataba yo, pero como yo no sabía cómo hacerlo sólo así no más le aplataba. Cuando le aplasté había una bolita chica, como una pepita de aguacate, pero al momento se creció muy grande, al momento ya muy grande, ya estaba como una cabeza de bebé, y así pasó toda la noche y al otro día amaneció muy enferma, ya no sabíamos qué hacer con ella.

Cuando llegó el marido dijo: *¿qué te pasó?, ¿qué tienes mujer?*, pero hasta el otro día, cuando ya estaba muy enferma. Entonces mi finada hermanita no contestó a su marido. El vino a abrazarla todavía; la levantó la acarició, pero mi hermanita se tiraba en su cama, no quería nada, estaba muy enojada, pero ya no tenía fuerza, estaba muy mala ya. Mi hermanita hasta lo golpeó, lo tiró, no sé qué hizo, estaba muy mala y muy encabronada.

²⁵ El *posol* es una bebida preparada con agua y masa de maíz que se consume diariamente en varias regiones de Chiapas.

LA MADRE

Cuando ya estaba enferma de dolor de estómago fuimos a buscar al *j'ilol* y al rezador. Le rezaban todos. Le soplaban de su estómago y se calmaba un rato. Cuando lo dejaban empezaba otra vez el dolor y así pasó. Cuando no le soplaban, no le rezaban, gritaba; era un grito que daba mi hija, como que le dolía muchísimo, no sé cómo lo sentía el dolor, pues ya no estaba sangrando. Se le tapó de una vez, se hizo una bola su estomago, bolas de sangre creo, eso es lo que le dolía.

Le dieron plantas, como el hinojo; le dijeron que lo tomara, y nada más eso se tomó. Porque cuando tomó el hinojo le molestó mucho su estómago, le dio diarrea, dolor, bastante diarrea. Eso fue lo que tomó pero no le hizo bien, le hizo daño. Nada más puro dolor de estómago tenía. Cuando le empezó la diarrea estaba cada rato. Sí, era muchísimo y sólo como que lo debilitaba. Ya mucho después, cuando ya estaba muy débil, paró la diarrea, ya era poquito lo que estaba haciendo, yo creo que sólo para debilitar. Ya estaba muy cansada, estaba bien débil. Ya no podía caminar.

Primero le dio diarrea el día martes, cuando le quitaron su bebé. El día miércoles le dio dolor de estómago y de espalda. En la noche del día martes estuvo con puro dolor de estomago y al amanecer ya se quedó jorobada su espalda. Cuando le quitaron su hijo le llevó siete días completos; de ahí con puro dolor de diarrea y vómito. Así le pasó. Siete días lo aguantó. Aguantó total de dos semanas; una semana estuvo buena cuando tenía su bebé en su brazo, y aguantó una semana con el dolor cuando le quitaron su hijo, así que cuando murió mi hija tenía dos semanas la criatura.

LA HERMANA

Vamos a ver si lo salvamos, decía así el curandero, pero nunca nos dijo: *se va curar, se va a salvar*. Así que no sabíamos nada, no sabíamos nada. Como también el curandero es su abuelito, es el que estaba ahí entonces. El la estaba curando pero no decía nada si se iba a salvar o no. Entonces mi cuñado le buscó curandero aparte. Después, como no le quitaba nada, la llevó mi cuñado a su casa. Como ellos son religiosos le fueron a pedir a Dios para que sanara; pidió con sus hermanos, con los religiosos, que le hablara a Dios, pero no pudieron. Cristianismo, así se llama su templo. Ellos son sus hermanos y ellos hicieron el favor.

LA MADRE

Pues nadie nos vino a decir que la lleváramos a curar con algún enfermero, o con algún hospital, o que la sacáramos de aquí de la comunidad y llevarlo a la ciudad. Así pasó, así estuvo eso, nadie nos vino acordarlo y si hubiera venido alguien acordarlo estuviera bien pues yo creo que lo hubiera yo aceptado, pero nadie nos aconsejó.

Aunque hay enfermero particular ya no nos acordamos, me olvidé, me olvidé. Ya no lo fuimos a traer para nada, me atonté, me atonté; no me acordé para nada si había un *Jloctor ja' jchi'iltic*, no me acordé hasta mucho después, cuando ya estaba para morir. Entonces escuchamos una noticia: que sí había medicina para el sangre que se hizo bola;

entonces lo escuchamos que sí hay medicina. De ahí lo mandé a mi yerno que lo fuera a comprar, pero qué va hacer, otra vez no regresó pronto; tardó casi todo el día y ya cuando volvió con la medicina ya no sirvió para nada. Que allá en una comunidad, en el municipio de Tenejapa, que ahí había medicina, pero todo el día se fue y cuando regresó ya se había muerto. Mi pobre hija ya no lo vio. Como lo mandamos temprano a mi yerno ella estaba al tanto. Ya de ahí que ya era tarde decía: ¿qué pasó?, ¿por qué no viene mi marido? Ya es tarde, ya me voy a morir, ya no aguanto el dolor. Sólo decía así. Entonces se arreció el dolor y así murió mi hija. Cuando llegó mi yerno ya estaba muerta.

IV RESUMEN DE RESULTADOS:²⁶ FACTORES DE RIESGO Y PROPUESTAS PARA LA ACCIÓN

“...Trabajar con las narraciones fue muy útil para nosotros pues nos sacó del esquema de pensar automáticamente en calidad de la atención, que aunque es muy importante analizarla, lo que ha sido parte de las propuestas, el partir de la comprensión de la complejidad del problema nos hizo, a cada cual, situarnos en algún nivel de intervención dentro de toda esa complejidad...”
(comentario final de un integrante del Grupo)

Es muy difícil resumir la riqueza de las discusiones del Grupo en este espacio. Por ello, para dar una idea de la profundidad a la que permite llegar el trabajo etnográfico y la metodología empleada, mostraremos algunos ejemplos de las primeras discusiones. Están organizadas en matrices explicativas en las que se enuncia el problema, se señala la propuesta y se realizan observaciones (ver tabla I).

²⁶ Las discusiones íntegras pueden consultarse en las memorias de las reuniones del Grupo, así como en los trabajos de las autoras de este artículo que se encuentran incluidos en el libro *Luna Golpeada* (Freyermuth y Manca, 2000).

ESQUEMA DE RESULTADOS

Tabla I
ELEMENTOS TOMADOS DE LAS MATRICES EXPLICATIVAS EN
LOS PRIMEROS MOMENTOS DEL ANÁLISIS²⁷

Problema	Propuesta de acción	Discusión
Falta de conocimiento en cuanto a los riesgos durante la maternidad.	Proporcionar información a las mujeres de los riesgos durante la maternidad y de la necesidad de cuidarse durante esta etapa.	El cuidado de la salud muchas veces no se relaciona con la educación formal, mujeres con niveles académicos altos no necesariamente cuidan de su salud. La información <i>per se</i> no conlleva un mayor cuidado.
La falta de acceso a los servicios de salud.	Capacitar a personas clave que puedan canalizar y facilitar el acceso a la atención médica.	El acceso se considera de una manera más amplia, cultural, ya que no se trata solamente de establecer una clínica cerca de las comunidades, sino crear las condiciones culturales idóneas para que los recursos sean accesibles.
Los valores y las prácticas que privan en las mujeres indígenas en cuanto al manejo de su cuerpo y su intimidad, así como la falta de comprensión, por parte del personal de salud, de dichas prácticas, limitan el acceso de las mujeres indígenas a los servicios.	Educar al personal de salud en torno al respeto de los derechos reproductivos de las mujeres para que se establezcan nuevas formas de relación entre los prestadores del servicio y las usuarias, particularmente las indígenas.	Aunque dar cumplimiento a los derechos reproductivos es fundamental para mejorar la calidad de los sistemas de salud, también se debe considerar que factores raciales y de género son componentes de origen en las relaciones sociales de la localidad, y que las instituciones de salud no han escapado a ellos. Se hace necesario entonces distinguir y apoyar las necesidades directas y estratégicas de las mujeres con el fin de contrarrestar, por un lado, el mito de su fortaleza que es el que las lleva a la muerte y por otro, las grandes asimetrías en las relaciones entre los géneros y entre mestizos e indígenas.

Continúa

²⁷ Estos resultados son sólo una muestra parcial del proceso de análisis, ya que se identificaron alrededor de 100 elementos que intervenían en el riesgo de morir, Cfr. Freyermuth y Manca, 2000.

Continuación...

<p>La violencia doméstica genera descuido, a veces esta violencia se desencadena cuando la mujer pare a una mujer y no a un varón.</p>	<p>Difundir por los medios masivos de comunicación, en lengua indígena, que es el hombre quien define el sexo del recién nacido.</p>	<p>En la relación de pareja, la valoración desigual de los géneros no permite reconocer las responsabilidades que el hombre debe tener para con la mujer. Así, no se cuestiona al hombre que abandona o es negligente, y se considera que es bueno <i>si no pega, si no regaña...</i></p>
<p>Frente a los actos de violencia doméstica se elaboran socialmente justificantes que eximen de responsabilidad a los hombres. El más frecuente es el que relaciona la violencia con la embriaguez del agresor.</p>	<p>Elaborar cápsulas informativas, en lengua indígena, que contengan mensajes en contra de la violencia doméstica y de su asociación con el alcoholismo.</p>	<p>Además de tratar de desmitificar el papel del alcohol como un factor excluyente de responsabilidad, habría que poner en marcha una serie de acciones en relación con el ser violento y sus implicaciones, algo así como las propuestas de revisión de la masculinidad. Señalar cómo ese aspecto conlleva riesgo para los mismos hombres.</p>

Continúa

Continuación...

<p>El uso indiscriminado de oxitócicos²⁸ y la forma en que estos se promocionan y venden en las farmacias.</p>	<p>Realizar una serie de estrategias encaminadas a regular su uso y controlar su disposición:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Información, en lengua indígena, a través de medios masivos de comunicación, particularmente la radio. 2) Sensibilización de las instancias de salud. 3) Capacitación al personal de las farmacias. 4) Sensibilización de los maestros y autoridades locales. 5) Capacitación a las parteras. 	<p>La medicalización y la automedicación entre la población son problemas que merecen un análisis aparte. Sin embargo, es un aspecto que está influyendo negativamente en la salud de las mujeres y debe ser considerado como un factor de alto riesgo. Sobre todo por los antecedentes documentados del uso inadecuado de los oxitócicos y la inexistencia en los hospitales de una estrategia que permita atender de manera adecuada y oportuna los casos de las mujeres que llegan de las comunidades, generalmente multigestas con antecedentes de suministro de oxitocina y manipuladas por parteras. En las comunidades no sólo las parteras utilizan estos medicamentos.</p>
<p>Las parteras pueden ser muy importantes en la atención de las embarazadas, pero no tienen poder para decidir la canalización de las mujeres a un centro de salud.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Empoderar a las parteras. Mejorar su capacidad de liderazgo y gestión para canalizar pacientes con el apoyo de las instituciones de salud. 2) Capacitar a las parteras en obstetricia; en el uso de medicamentos; en métodos de Planificación Familiar (dispositivos intrauterinos y hormonales). 3) La capacitación debe ser impartida en su lengua; a través de la práctica y no solamente de la teoría, enfatizando los límites y los riesgos de algunos de sus procedimientos. 	<p>Es necesario que las parteras cuenten con apoyo de las instituciones, que consideren las condiciones en que se dan las canalizaciones, y por tanto que se responsabilicen frente a la población. De otra manera, la responsabilidad recae en quienes promovieron la canalización. Las parteras siguen jugando un papel fundamental en la atención del parto, pero no cuentan con el prestigio y el reconocimiento que les permita influir en la familia; frecuentemente son requeridas en casos de complicaciones que no están a su alcance resolver.</p>

Continúa

²⁸ Medicamento utilizado en obstetricia para la conducción del parto, la cual se realiza a través de venoclisis por goteo y con seguimiento estrecho de las contracciones uterinas, y para contracción uterina después del parto y así evitar hemorragias pos-parto.

Continuación...

<p>Las decisiones no se toman con la rapidez que exige la emergencia.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Trabajar en la construcción de una cultura de la salud durante la maternidad. 2) Impulsar la creación de redes de apoyo para la canalización oportuna con las instancias comunitarias, particularmente con los comités de salud y educación. 3) Pugnar por que las instituciones de salud apoyen los programas de canalización de pacientes, y definir estrategias para que cuenten con recursos para la atención de estas emergencias. 4) Elaborar una campaña de radio, en lenguas indígenas, para la difusión amplia de los signos de alarma. 	<p>El parto es el momento de mayor riesgo porque durante él los eventos ocurren rápidamente. En este aspecto se tiene la ventaja de que la población indígena considera al parto como el momento de mayor riesgo durante la maternidad.</p>
<p>Además del pobre estatus de la mujer en la familia, que no le permite tomar decisiones, las relaciones entre mujeres de diferentes generaciones también se dan en condiciones de desigualdad, lo que es otro elemento de riesgo.</p>	<p>Realizar acciones que permitan establecer, difundir y promover la responsabilidad familiar en la muerte materna.</p>	<p>La calidad de las relaciones familiares e intrafamiliares en las comunidades indígenas es fundamental durante la enfermedad. Aunque con buenas relaciones el riesgo no se elimina, debe ser un aspecto en el análisis, porque no sólo tiene que ver con la toma de decisiones en el espacio familiar sino también dentro de las instituciones de salud. En estas instituciones no se valora la importancia de la familia en la curación, y no existe un marco de respeto a ese apoyo familiar.</p>

Daremos un esquema general de los rubros en que fueron ubicados los distintos resultados, advirtiendo que el análisis de la muerte materna no se reduce a un conjunto de técnicas y métodos, como tampoco sus determinantes son estrictamente de salud, sino también de índole política e ideológica.

La elaboración de propuestas de acción se desarrolló a partir de los riesgos identificados en los distintos niveles de la realidad.

SUPUESTOS GENERALES

- Las causas de muerte de una gran parte de las mujeres que fallecen por muerte materna son prevenibles.
- El tiempo promedio entre los primeros signos de alarma y la muerte es suficientemente largo, en la mayoría de los casos, para el traslado de las mujeres a un centro hospitalario.
- La fortaleza física de las mujeres indígenas es sobrevalorada, especialmente durante la maternidad.
- No se reconoce a los servicios de salud gubernamentales como una opción para la resolución de los problemas durante la maternidad y se utilizan los fármacos al margen de la prescripción médica.
- Existe un abismo entre la práctica médica científica o hegemónica y la práctica médica indígena.
- La atención tradicional del parto ha tomado elementos de la medicina científica o hegemónica, que como en el caso de los fármacos mal utilizados, representan factores de riesgo.
- Las parteras carecen de poder para tomar decisiones ante una emergencia.

FACTORES QUE A DISTINTOS NIVELES DE LA REALIDAD ACTÚAN DETERMINANTEMENTE EN LA TOMA DE DECISIONES DURANTE LAS EMERGENCIAS DE LA MATERNIDAD

A partir de las matrices, resultantes de las cuatro sesiones de trabajo se identificaron elementos que actuaban como factores de riesgo, sobre los que se podrían elaborar propuestas de acción.

1. Riesgos relacionados con el proceso de la maternidad y con las características individuales de las mujeres.

2. Riesgos que parten de la cosmovisión que se tiene del proceso de la maternidad y de la enfermedad.
3. Riesgos relacionados con la posición de la mujer en su hogar, y que parten de las relaciones sociales entre los géneros, las generaciones y las dinámicas inter e intrafamiliares. En éstos se incluyen las relaciones entre mujeres, entre hombres, entre mujeres y hombres de distintas generaciones y parentescos. Estos son los elementos que determinan el acceso a los servicios de salud.
4. Riesgos que se generan por la inaccesibilidad geográfica, cultural y económica a los servicios de salud.
5. Riesgos que se generan por las relaciones entre la práctica médica occidental y la población indígena de la región, y sus propuestas de acción.
6. Riesgos que se generan a partir de las dinámicas que se establecen entre los representantes de la medicina indígena y las mujeres.
7. Riesgos que genera la práctica médica indígena, y sus propuestas de acción.
8. Riesgos que se generan a partir de las relación entre los recursos de la medicina científica o hegemónica y la población indígena.
9. Riesgos que se generan a partir de las relaciones entre los practicantes de la medicina científica o hegemónica y los distintos practicantes de la medicina indígena.

CONCLUSIONES

El uso de materiales etnográficos en grupos de trabajo interdisciplinarios e interinstitucionales, para la discusión de ciertos problemas como el de la muerte materna, ha sido una tarea compleja. No solamente porque se deben ventilar aspectos sensibles de la práctica médica, sino porque existen rivalidades y competencias entre las instituciones gubernamentales, y entre éstas y las no gubernamentales. Consideramos que nuestra experiencia permitió confrontar los fracasos que han tenido, tanto las instituciones de salud como los organismos no gubernamentales en la prevención de la muerte materna, analizar los riesgos que prevalecen y crear propuestas de acción.

Entre los resultados más importantes citamos el de la construcción de conocimientos que han permitido dar cuenta de la complejidad y multidimensionalidad de las situaciones que conducen a una muerte materna. Partir de una epidemiología cultural que dé cuenta de los riesgos que se generan por las relaciones generéricas, generacionales e interétnicas, desde las más aparentes y visibles hasta las más profundas y estructurales, nos permitió elaborar estrategias

de acción que no solamente toman en cuenta los retardos en la atención. Se trata de enunciados que, como parte de un proceso de explicación del problema aparecen, como la realidad misma, de diversa índole y con distintos niveles de profundidad. Por ello se consideró que los ámbitos de acción para el Grupo no debían reducirse a los servicios de salud y a la modificación de prácticas individuales en relación con la maternidad, sino que debían incluir acciones en el contexto comunitario; en los medios masivos de comunicación; en los *curricula* escolares y en la política pública, que modifique prácticas y representaciones en torno a las relaciones de poder entre hombres y mujeres, jóvenes y ancianos e indios y mestizos.

También se llegó a la conclusión de que para incidir en un problema tan complejo, el Grupo debía transformarse en un Comité con objetivos y estrategias propias. Así, a fines de 1998 se constituyó el Comité por una maternidad voluntaria y sin riesgos en Chiapas que ha venido trabajando hasta la fecha, elaborando varias iniciativas para abatir el problema de la maternidad e incidiendo en la política pública nacional e internacional.

En el actual contexto de Chiapas, multicultural y de creciente polarización, el conformar un Grupo de esta naturaleza es de por sí un éxito. Las propuestas que se generaron en la sesión que discutimos en este espacio, y las que surgieron en las otras cuatro, han considerado los aspectos culturales que intervienen en la muerte materna y han sido impulsadas por el Comité estatal por una maternidad voluntaria y sin riesgos en Chiapas. Los resultados etnográficos y la discusión con los grupos involucrados es una herramienta valiosa que puede ser utilizada en la formulación de una política pública acorde con la realidad social de las personas a las que pretende beneficiar.

BIBLIOGRAFÍA

- Acsadi G., Acsadi-Johnson G. y Vlassoff M.,**1993, *La Maternidad sin riesgos en América latina y el Caribe: aspectos socio-culturales y demográficos de la salud materna*, Family Care International, New York, EUA.
- Banco Mundial, 1993, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993*, Invertir en Salud, Washington D. C.
- Banco Mundial 1995, *Segundo Proyecto de Atención Básica a la Salud*. Washington D. C.
- Barnes D., Myntti D. Augustín A.,** 1998, The “Three Delays” as a framework for examining maternal mortality in Haiti, *Social Science of Medicine*, Vol. 46, núm.8, pp 981-993.
- Barreiro J.,** 1979, *Educación popular y proceso de concientización*. Ed. Siglo XXI, México.
- Bleguer J.,** 1977, “Grupos operativos en la enseñanza”, en: *Temas de Psicología, entrevista y grupos*. Ed. Nueva Visión Buenos Aires Argentina.
- Bohoslovsky R.,** 1986, “Psicopatología del vínculo profesor-alumno: El profesor como agente socializante”, en: *La docencia, entre el autoritarismo y la igualdad*. Comp. Raquel Glazman, Ed. El Caballito, México.
- Chandramohan D; Maude G; Rodrigues L. and J Hayer R.,** 1994, “Verbal Autopsies for Adult Deaths: Issues in their Development and Validation”. *International Journal of Epidemiology* Vol. 23 núm. 2. pp. 213-222. Great Britain.
- Cirigliano G. y A. Villaverde,** 1982, *Dinámica de grupos y educación*. Ed. Humanitas, Buenos Aires Argentina.
- Elu C. y E. Santo,** 1999, *Una nueva mirada a la mortalidad materna en México*. Comité por una maternidad sin riesgos en México. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Population Council. México.

Freyermuth G., 1993, Medicina alópata y medicina indígena. Un encuentro difícil en Los Altos de Chiapas, San Cristóbal, Chiapas, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y Gobierno del Estado de Chiapas, México.

—, y **Garza A.**, 1996, Muerte materna en Chenalhó. Informe final presentado al Programa de Salud Reproductiva de El Colegio de México, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.

—, 1997, Mortalidad materna: género, familia y etnia en Chenalhó, *Nueva Antropología*, Vol. XVI, núm. 52, México.

—, y Manca C., 2000, *Luna golpeada. Morir durante la maternidad :investigaciones, acciones y atención en Chiapas y otras experiencias en torno a la mortalidad materna*, editado por: Asesoría, Capacitación y Atención en Salud, A. C. (ACASAC), El Comité por una maternidad voluntaria y sin riesgos en Chiapas y el Comité promotor por una maternidad sin riesgos en México. Impreso en los Talleres Gráficos del Estado de Chiapas, México.

Figa -Talamanca I., 1996, Maternal Mortality and the problem of accesibility to obstetric care; the strategy of maternity waiting homes. *Social Science of Medicine*. Vol. 42, núm. 10 pp. 1381-1390.

Freire P., 1984, *La concientización en el medio rural*. Siglo XXI Editores, México.

—, 1985, *Pedagogía del oprimido*. Ed. Siglo XXI, México.

—, 1986, “La importancia del acto de leer” en *La docencia, entre el autoritarismo y la Igualdad*. Comp. Raquel Glazman, Ed. El Caballito, México.

Guiteras, C., 1986 [1956], *Los peligros del Alma. Visión del mundo de un tzotzil*, Fondo de Cultura Económica, México.

—, 1992 [1944], *Cancuc. Etnografía de un pueblo tseltal de Los Altos de Chiapas*, Serie Nuestros Pueblos, Gobierno del Estado de Chiapas, Consejo Estatal para el Fomento a la Investigación y Difusión de la Cultura, Primera Edición, octubre, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

- Gutiérrez F.**, 1984, *Educación como praxis política*; Siglo XXI Editores, México.
- Henry, J.**, 1985, *La cultura contra el hombre*, Alicia Molina compiladora: Diálogo e interacción en el proceso pedagógico. Ed. El Caballito, México.
- Hernández B. Langer A., Romero M., Chirinos J.**, 1992, Informe Final de actividades del proyecto mortalidad materna en áreas rurales de Morelos, Instituto Nacional de Salud Pública, abril, Cuernavaca, Morelos, México.
- , 1993, Informe Final de actividades del proyecto factores de riesgo para la muerte materna hospitalaria en el estado de Morelos, Instituto Nacional de Salud Pública, abril, Cuernavaca, Morelos, México.
- Holland W.**, 1964, *Medicina Maya en Los Altos de Chiapas*, Instituto Nacional Indigenista, primera edición, México.
- IMSS-COPLAMAR (1981), Memoria: Primera Reunión Anual de análisis del desarrollo del programa IMSS-COPLAMAR, Unidades Médicas Rurales, Instituto Mexicano del Seguro Social/ Coordinación del programa IMSS-COPLAMAR, Ciudad de México.
- Kosik K.** 1967, *Dialéctica de lo concreto*. Ed. Grijalbo, México.
- Le Bacq F. and A. Rietsema**, 1997, "High Maternal Mortality Levels and Additional Risk from Poor Accessibility in Two Districts of Northern Province, Zambia". *International Journal of Epidemiology* Vol. 26 No. 2. pp. 357-363. Great Britain.
- Manca, C.; C. Miranda, E. Eroza**, 1998, Aspectos problemáticos de la atención médica en los Centro de salud de cinco municipios de Chiapas, mecanografiado, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México.
- Menéndez E.**, 1992, "Modelos Hegemónico. Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres Estructurales" en Campos Roberto comp. *La Antropología Médica en México*, Tomo 1, Instituto Mora, Universidad Autónoma de México, México.

—, 1997, “El punto de vista del actor, homogeneidad, diferencia e historicidad”, *Relaciones* 69, Invierno, pp. 237-272, El Colegio de Michoacán, Zamora, Michoacán, México.

Moore, H., 1991, *Antropología y feminismo*, Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer, Madrid, España.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). 1996, Evaluación del Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna. Programa de salud de la familia y población, División de Promoción y Protección de la Salud, Washington D.C.

Pérez, E. y S. Ramírez, 1985, Vida y Tradición de San Pablo Chalchihuitán, Publicación bilingüe de la Dirección de Fortalecimiento y Fomento de las Culturas, Subsecretaría de Asuntos Indígenas, Gobierno del Estado de Chiapas, México.

Pérez, E., 1985, *Chamula*, Publicación bilingüe de la Dirección de Fortalecimiento y Fomento, Culturas de la Subsecretaría de Asuntos Indígenas, Gobierno del Estado de Chiapas, México.

Pichón R. E. E., 1985, El grupo operativo Alicia Molina compiladora: Diálogo e interacción en el proceso pedagógico. Ed. El Caballito, México.

Prieto C. D., 1983, *Educación y comunicación*. Monografías CIESPAL, Ed. Belé, Quito Ecuador.

Pozas R., 1987 [1959], *Chamula*, Clásicos de la Antropología Mexicana, Instituto Nacional Indigenista, México.

Reyes F. S., 1992, Mortalidad materna en México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica, México D.F.

Rogers C. R., 1985, “La relación interpersonal en la facilitación del aprendizaje” en, Alicia Molina compiladora *Diálogo e interacción en el proceso pedagógico*. Ed. El Caballito, México.

Sariego J. L., 2000, Políticas indigenistas y criterios de identificación de la población indígena en México, Taller Internacional Dinámicas de Población Indígena en México: Problemáticas contemporáneas, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, centro SEP-CONACYT.

Salvatierra B., Nazar A. 1992, Perfil Epidemiológico y grados de marginación. Estado de Chiapas, Centro de Investigaciones Ecológicas del Sureste, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

Sánchez, H. J., Ochoa H., Miranda R., 1995, “La situación de salud en Chiapas. Consideraciones para su análisis”, en: Miranda Raúl comp. *Chiapas: el regreso de la utopía*, Universidad Autónoma de Guerrero, Editorial Comuna, México.

Santoyo R., 1985, “Apuntes para una didáctica grupal”, en *Diálogo e interacción en el proceso pedagógico*. Comp. Alicia Molina. Ed. El Caballito, México.

Starrs A., 1987, *la prevención de la tragedia de las muertes maternas. informe sobre la Conferencia internacional sobre la maternidad sin riesgo*, Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para actividades en materia de población, Nairobi, Kenia.

Thadeus S. and Maine, D., (1990), *Too far to Walk: Maternal Mortality in Context*, Center for Population and Family Health, Columbia University School of Public Health, New York.

The Prevention of Maternal Mortality Network, Center for Population and Family Health, 1995, “Situation analyses of emergency obstetric care: Examples from eleven operations research projects in west Africa”, *Social Science of Medicine*, Vol. 40, núm. 5, pp 657-667.

Villa Rojas A., 1990 [1940], *Etnografía tseltal de Chiapas, modalidades de una conmovisión prehispánica*, Gobierno del Estado de Chiapas, Consejo Estatal para el Fomento a la Investigación y Difusión de la Cultura, Primera Edición, octubre, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.

World Health Organization (WHO), 1986, Essential obstetric functions at first referral level. Report of a technical working Group, Geneva, 23-27 June. División of Family Health, Geneva.

World Health Organization (WHO), 1994, Care in normal Birth: a practical guide, Maternal Health and Safe Motherhood Programme Division of Family Health, Geneva.

World Health Organization (WHO), 1996, Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries, Maternal Health and Safe Motherhood Programme, División of Family Health, Geneva.