



LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos

ISSN: 1665-8027

liminar.cesmeca@unicach.mx

Centro de Estudios Superiores de México y

Centro América

México

Freyermuth Enciso, María Graciela

La mortalidad materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud en Chiapas . un análisis
desde la interculturalidad

LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos, vol. XII, núm. 2, julio-diciembre, 2014, pp. 30-45

Centro de Estudios Superiores de México y Centro América

San Cristóbal de las Casas, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74531037003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

◆

LA MORTALIDAD MATERNA Y LOS NUDOS EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN CHIAPAS. UN ANÁLISIS DESDE LA INTERCULTURALIDAD

*Maternal Mortality and Problems with the Health Care Provision in Chiapas:
An Analysis from the Intercultural Perspective*

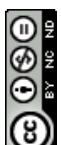
María Graciela Freyermuth-Enciso

Resumen: En este trabajo se reflexiona sobre los aspectos que influyen en el acceso a los servicios de salud en un contexto multicultural, Los Altos de Chiapas, una de las regiones de México que registra más elevados índices de mortalidad materna: quince municipios con más del 95% de población de las etnias tsotsil y tseltal y con un 54% de población monolingüe que continúa utilizando sus sistemas locales de salud. En este trabajo se muestran las dinámicas familiares y comunitarias que, matizadas por factores generacionales, de género y étnicos, posibilitan o no el acceso de las mujeres a la atención por complicaciones obstétricas.

Palabras clave: servicios de salud, interculturalidad, mortalidad materna, población indígena, accesibilidad.

Abstract: This work aims to investigate the role of multicultural factors affecting the health care services in Los Altos de Chiapas (Mexico). This region is characterized by having one of the highest maternal mortality rates in the country, where the population of fifteen municipalities is conformed by more than 95% of tsotsil and tseltal indigenous population and 54% only speak its native language. Therefore, most of them still employ its local health care system. We focused on the familiar and community dynamic, influenced by different factors such as gender, ethnicity, and age, that allows (or difficult) the women access to the obstetric emergency care in this region.

Keywords: health care services, interculturality, maternal mortality, indigenous population, multicultural, accessibility.



Introducción

En este artículo se presenta una reflexión sobre la interculturalidad y la muerte materna en el contexto de la historia reciente de Los Altos de Chiapas, México. En los últimos años se han impulsado políticas públicas¹ encaminadas a mejorar el acceso a los servicios de salud; sin embargo, como se mostrará, las mujeres que habitan en regiones indígenas siguen falleciendo por causas derivadas de la maternidad en mayor proporción que las mujeres no indígenas. Durante los últimos diez años he realizado diversas investigaciones relacionadas con la muerte materna y las políticas públicas diseñadas para dar respuesta a este problema. Las consideraciones que aquí se presentan surgen de los resultados de dichas investigaciones y se espera que puedan contribuir a explicar, desde la perspectiva de la interculturalidad, los retos a los que se enfrentan los servicios de salud.

Para una mayor comprensión de la muerte materna creí conveniente incluir datos duros del contexto en el ámbito del gasto en salud, desde los registros oficiales y a través de la sistematización de las bases de datos disponibles en el Sistema Nacional de Información en Salud, así como dar cuenta de las políticas que se han impulsado con el fin de mejorar el acceso a los servicios para la población en general y, particularmente, para la población indígena alteña de Chiapas. Este documento contiene algunas reflexiones sobre la interculturalidad para que el lector se dé cuenta desde dónde se parte. Asimismo, se presentan las circunstancias particulares de la región de Los Altos de Chiapas, área geográfica en la cual se basa esta experiencia, y algunas reflexiones en torno a la relación usuarias/personal de salud. Las estimaciones que se emiten respecto a este contexto multicultural están encaminadas a contribuir de alguna manera a la reducción de la muerte materna, a partir del mejoramiento de la atención de las complicaciones obstétricas en el primer nivel de atención médica.²

Salud e interculturalidad

La interculturalidad, entendida como la relación entre personas o grupos sociales de diversas culturas, en el

campo de la salud se da prácticamente en cualquier encuentro entre los prestadores de servicios de salud y la población (Albó, 2004: 65). Este encuentro puede ocurrir en distintos ámbitos: el comunitario, el de la consulta médica y el del hospital. Generalmente ocurre entre personas con capital cultural disímil, así que podemos señalar que es *per se* intercultural.

La profesionalización de la medicina va dotando a los prestadores de servicios de salud de una cultura diferenciada de difícil acceso para los legos. Adicionalmente, en los países latinoamericanos las personas que acceden a la educación médica son parte de una élite social. Las facultades y escuelas de medicina aceptan a los aspirantes con mejores promedios o con las calificaciones más altas en los exámenes de admisión, lo que va determinando que los estudiantes que provienen de lugares apartados, en los que la educación básica es deficiente, pierdan la oportunidad de acceder a esta profesión. Por otro lado, el encuentro médico se da generalmente entre personas de distintas culturas, sobre todo si consideramos que, como Bourdieu (2002) ha afirmado, la clase social es un elemento que distingue las prácticas culturales sobre los distintos consumos, incluido el de los bienes de la curación.

En el ámbito académico de la salud, el tema de la interculturalidad nace de dos preocupaciones: la primera surgida en los países europeos o en Norteamérica a partir del encuentro entre el personal de salud y la población inmigrante (Fernández, 2004; Fundación La Caixa, 2010), y, la segunda, ante el reto que ha significado el encuentro entre los prestadores de servicios de salud nacionales y los pueblos originarios (NAHO, 2008; Cameron, 2010). Este último aspecto ha sido la inquietud generadora de algunas iniciativas de organismos como la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Panamericana de la Salud en respuesta a las condiciones de salud exhibidas por estos grupos en los países latinoamericanos.³ Desde esta perspectiva, la interculturalidad va más allá de la relación entre personas o grupos sociales de diferentes culturas ya que reivindica el derecho a la participación sistemática⁴ y a las relaciones sociales equitativas y respetuosas de las diferencias políticas, económicas,

sociales, culturales, lingüísticas, de género y de generación, establecidas en un espacio determinado entre hombres y mujeres de diferentes culturas para construir una sociedad justa (OPS, 1998; Naciones Unidas, 2007; OEA, 2010).

El ámbito de la atención a la salud encierra la necesidad de un enfoque integral de la salud, así como el derecho a la autodeterminación considerando el respeto y la revitalización de las culturas indígenas. También necesita de reciprocidad en las relaciones basadas en los principios del diálogo, fundamentado en el respeto a la diferencia, y de la tolerancia que conduzcan a la solidaridad, la democracia cultural y la participación que incorpore la representación, la consulta, el consenso y la convergencia hacia objetivos comunes. Estos principios están encaminados al combate de relaciones asimétricas, excluyentes y discriminatorias, al establecimiento de relaciones de equidad entre las diferentes culturas, a la valoración de las diversas culturas para eliminar el racismo y la discriminación, al establecimiento de formas de poder compartido, y a la construcción de una ideología que fomente valores, prácticas y actitudes que conlleven esta nueva forma de relación (OPS, 1998; Naciones Unidas, 2007; Ministerio de Salud Pública del Ecuador y UNFPA, 2009; Declaración de Ministras y Ministros, 2011).

Estos principios y declaraciones están encaminados al fortalecimiento de los pueblos indígenas con el fin de mejorar la interlocución entre la población y los prestadores del servicio. Sin embargo, dicha mejora está mediada por la voluntad política de los funcionarios públicos y particularmente de los agentes de los servicios de salud. En este sentido, asegurar el acceso implica no sólo mejorar la disponibilidad de los servicios, sino también su oportunidad y su calidad. El otorgamiento del servicio en un contexto intercultural deberá asegurar la competencia cultural, preocupación que se centra en el encuentro médico-paciente.

La competencia cultural la adquiere el agente de salud cuando está sensibilizado en cuanto a la importancia de conocer las prácticas y representaciones de sus pacientes en torno al proceso salud/enfermedad. Por ello, que un servicio de salud logre proporcionar

seguridad cultural, entendida como la capacidad de sus agentes de comunicarse competentemente con sus pacientes desde un punto de vista político, económico, social, espiritual y lingüístico, es un proceso largo en el cual el conocimiento de la cultura es solamente un elemento inicial (NAHO, 2008: 4).

La competencia humana, elemento que en mucho se ha perdido en la práctica médica, consiste en dar un trato digno y respetuoso a las pacientes que acuden solicitando servicios; es decir, la capacidad de considerarlas como sujetos de derechos, lo que implica además obtener el consentimiento informado sobre todos los procedimientos médicos a los que se las someterá y construir una nueva cultura en salud con la participación más activa de las usuarias de los servicios.

El último elemento que debe asegurarse para lograr el acceso a los servicios es el empoderamiento de las mujeres al interior de sus propias comunidades, ya que dicho acceso depende también de su posicionamiento en su comunidad y sus familias, y no sólo por la disponibilidad o cercanía de los servicios.

Ya que interesa analizar algunos de los elementos que hacen posible el acceso a los servicios en un contexto intercultural, en el apartado siguiente se analizan las condiciones actuales de la salud materna regional y se describen las prácticas y representaciones de la población indígena de Los Altos sobre la maternidad y sus complicaciones.

Política pública y salud materna en Chiapas

Luego del alzamiento neozapatista de 1994, la atención gubernamental se volcó hacia Chiapas y desde entonces la entidad ha visto sustancialmente incrementado su presupuesto en diversos rubros. A partir de la descentralización de los servicios estatales —en 1998—, el presupuesto en salud se ha ido incrementando a través del Ramo 33 —Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud o FASSA—. Mientras que en 1998 el presupuesto de este programa fue de 655 000 pesos y el gasto total en salud de alrededor de 2.06 millones de pesos (De la Torre, 2006), en el año 2012 Chiapas obtuvo por FASSA 2910 millones de pesos (SHCP, 2012) y por

seguro popular 3533.3 millones de pesos (Secretaría de Salud, 2013) para un total de 6443.16 millones. Es decir, que el presupuesto estatal en salud actual es 3126 veces mayor que hace quince años.

Chiapas, Guerrero y Oaxaca se han disputado la razón de mortalidad materna (RMM) más elevada en México en los últimos años (2002-2012). Sin embargo, los registros oficiales han ido reportando un número menor de muertes maternas anuales en Chiapas; se pasó de 114 en 2001, a 60 en 2011 —la más baja en los últimos doce años—; fueron reportadas setenta en 2012 (OMM, 2013: 9).

A partir del año 2000, tanto el gobierno federal como el chiapaneco mostraron una preocupación particular por disminuir la muerte materna en el estado y la convirtieron en una prioridad. De ahí que entre 2000 y 2006 se impulsaran programas y estrategias encaminadas a reducirla. Por ejemplo, en el año 2002 se impulsó el “Programa de arranque parejo en la vida” (Secretaría de Salud, 2002), la estrategia del Instituto de Salud de Chiapas “Embarazo seguro, parto exitoso y sobrevivencia infantil” (Nazar *et al.*, 2007) y la iniciativa local “Por una vida mejor” (Secretaría de Gobierno, 2003). Por otra parte, durante el gobierno estatal 2006-2012 se elevó a rango constitucional el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio, entre los que figura el abatimiento de la muerte materna —objetivo 5—.

Pese a la asignación creciente de recursos y a las políticas puestas en marcha, persisten altos niveles de precariedad, manifestados en el hecho de que, en 2012, el 74.7% —alrededor de 3.8 millones de personas— vivía en condiciones de pobreza (CONEVAL, 2012).⁵ Era por tanto la entidad federativa con mayor porcentaje de pobres y pobres extremos, de acuerdo con lo reportado por el CONEVAL.

La entidad obtiene también apoyo importante a través de los programas de desarrollo social, específicamente del programa Oportunidades, que realiza transferencias monetarias a familias beneficiarias a cambio de cierta corresponsabilidad en educación y salud. Ello implica básicamente acudir a talleres educativos y a los servicios de atención prenatal y de

otros programas prioritarios encaminados a mejorar las condiciones de salud de la población y dirigidos, en el caso que nos ocupa, a aumentar la capacidad de las beneficiarias de acudir a un servicio resolutivo en el caso de presentar una emergencia obstétrica. En el año 2011, los recursos para el programa Oportunidades ascendieron a 5990.8 millones de pesos y en 2012 se redujeron a 3352.9. Si en 1998, año en el que se inició en Chiapas, este programa destinó a la entidad el 3% de su presupuesto nacional, en 2012 le asignó el 9%, solamente debajo de Veracruz cuya población es más elevada (Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, 2013: 129). Casi 627 000 familias fueron beneficiadas por el programa Oportunidades en Chiapas, en 2012, lo que equivale al 62.7% del total de las familias del estado (Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, 2013: 134), de modo que la entidad contaba en ese año con el mayor porcentaje de familias afiliadas en el país. En consecuencia, el programa reportó que el 100% de las mujeres beneficiarias recibían consultas prenatales, por lo que resultó notable que, aunque un estudio revelara que durante 2005-2007 el programa alcanzara el 100% de cobertura en atención prenatal (Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, 2013: 135), 120 de las 240 muertes maternas ocurridas en Chiapas durante el mismo período correspondieran a mujeres beneficiarias del programa Oportunidades (Freyermuth, 2010: 45).

A nivel nacional se ha documentado la eficiencia diferencial de este programa entre beneficiarias indígenas y no indígenas (Arredondo *et al.*, 2008). Otros estudios han mostrado que sólo el 50% de las beneficiarias indígenas recibió atención calificada en el parto, contra el 79% de las no indígenas, y que la calidad de la atención que se otorga a las mujeres indígenas conlleva un menor acceso a exámenes de laboratorio y vacunas (Gutiérrez *et al.*, 2008: 59), así como un limitado alcance en los servicios de atención prenatal y en la postergación del inicio de la vida reproductiva (Sánchez, 2008: 105-123).

Situaciones similares aparecen respecto del seguro popular de salud. Según el primer informe del gobierno presidencial actual (2013-2018), 3 414 767 personas habían sido afiliadas en 2012, y el estado había obtenido por este

programa 3536.7 millones de pesos, por lo que era una de las entidades del país con mayores ingresos por este rubro (Sánchez, 2008: 210). A pesar de ello, el 76% de las muertes maternas ocurridas durante el año 2012 fue de beneficiarias del seguro popular de salud (Secretaría de Salud, base de datos 2012). El trabajo de campo en clínicas y hospitales a nivel nacional nos ha revelado que las mujeres beneficiarias y no beneficiarias del SPS tienen las mismas oportunidades de acceso a los servicios de salud (INMUJERES-CIESAS-Sureste, 2011).

Otro elemento que pone en duda la eficacia de estos dos programas es el número de mujeres que fallecen en el hogar. Entre 2002 y 2012 se registraron en Chiapas 1103 fallecimientos por causas relacionadas con la maternidad, de las cuales 230 ocurrieron en el hogar. Las familias de estas mujeres no tomaron la decisión de buscar atención médica. El tomar decisiones acertadas está relacionado no solamente con el manejo de conocimientos básicos sobre los riesgos para la salud, sino con la accesibilidad geográfica de los servicios e infraestructura de salud y la disponibilidad de recursos financieros para el traslado de una mujer que presenta una urgencia obstétrica. Así, el 58% de las mujeres indígenas que fallecieron entre 2005 y 2007 era de beneficiarias de Oportunidades, el 81% de las que murieron por causas maternas entre 2002 y 2012 tenía su residencia en localidades de menos de veinte mil habitantes—comunidades habitadas generalmente por población indígena—, y el 70% era de iletradas o habían cursado sólo la educación primaria. Particularmente, en 2011, el 50% de las que murieron era de mujeres indígenas, de modo que la RMM en 2012—último año del que se dispone de datos oficiales validados por INEGI—fue de 190 en municipios de muy alto grado de marginación, en contraste con una RMM de diecisiete en municipios con grado de marginación muy bajo—with una RMM nacional de 42.3. Hay que señalar que de los cien municipios con menor desarrollo humano a nivel nacional, Chiapas contribuye con dieciséis, todos ellos con un elevado porcentaje de hablantes de lengua indígena. La RMM para estos dieciséis municipios fue de 335, cuatro veces mayor que la del resto, con una RMM de 85 (estimación propia basada en SEED y SINAC, 2012).

En este contexto, la región Altos tsotsil-tseltal—constituida por dieciocho municipios—adquiere relevancia, ya que en la mayoría de ellos—quince—prácticamente toda la población (98%) es hablante de lengua indígena. Habitada por tsotsiles y tseltales, el 54% de sus pobladores no habla el español, es decir, es monolingüe (INEGI, 2010). La ciudad más importante de esta región y punto de confluencia para estos municipios es San Cristóbal de Las Casas, en la que el 36.7% de la población es indígena y el 7% monolingüe. Es ahí en donde se ubican los hospitales más importantes. En esta región ha ocurrido en los últimos once años el mayor número de muertes maternas en Chiapas, por lo que ha sido foco de preocupación de las autoridades de salud tanto a nivel federal como estatal. Durante el período 2008–2012 contribuyó con el 16% de las muertes, seguida de la región tseltal-chol (13%) y la metropolitana (9%).

Desde el año 2010 el gobierno federal ha afirmado que los servicios de salud brindan protección al 100% de la población mexicana. Sin embargo, en el año 2010 el CONEVAL señaló que en Chiapas la cobertura en salud es del 58%, lo que significa que la cobertura universal está lejos de alcanzarse y que por ello es necesario que la población utilice los sistemas locales de salud. Como consecuencia, la demanda de atención en los niveles locales obliga a concebir la prestación de servicios de salud como un encuentro intercultural y a reconocer los factores que intervienen para que la población perciba dichos servicios como culturalmente apropiados.

La región Altos tsotsil-tseltal

En la región de Los Altos tsotsil-tseltal, los indígenas se diferencian entre sí a pesar de que comparten una continuidad histórica; pertenecen a la misma familia lingüística y tienen una cultura que les ofrece un marco explicativo similar sobre la naturaleza de las enfermedades, así como las formas de padecerlas, manifestarlas y tratarlas. Sin embargo, los procesos de diferenciación en el interior de sus comunidades obligan a mencionar algunos elementos que están favoreciendo la diversificación y su consecuente acceso a las distintas opciones de salud. Por su relevancia, no

podemos soslayar el papel de la religión⁶ y la migración⁷ y, más recientemente, la presencia de nuevos servicios de salud y del programa Oportunidades, que otorga becas monetarias a cambio de la participación de las familias en actividades educativas y de salud.

Las relaciones interétnicas que se establecen entre los pueblos indios y la sociedad nacional se dan en función de cómo cada quién concibe al “otro” y del dominio en el que se da la interacción. El género, la generación y la etnia incluyen condiciones biológicas reconstituidas política, social y culturalmente, y que conducen con frecuencia a relaciones de desigualdad. Las relaciones en una sociedad de clases se dan bajo los tres marcos mencionados y, según el dominio en el que se lleven a cabo —familiar, comunitario u hospitalario—, tendrán mayor o menor peso.

La pertenencia a un grupo étnico, a un género y a una generación, en particular, va a conformar relaciones estructuradas o posiciones del sujeto que operan como punto de referencia, y coloca a los individuos en una situación particular de vulnerabilidad/fortaleza que les confiere una manera especial de enfermar, atenderse o morir. Lo que definirá cuál de estos elementos marcará más las prácticas y representaciones que se tengan del proceso salud/enfermedad/atención estará relacionado con las “posiciones de este sujeto”, dependiendo de su proceso histórico como individuo y del tipo de relaciones sociales que establezca en un contexto social determinado.

Es por eso necesario el análisis de las relaciones sociales en el interior de los dominios que son significativos en cada sociedad para el problema que particularmente nos interesa: el de la seguridad cultural en la prestación de servicios de salud durante la maternidad. Así, las formas en las que se establecen las relaciones en el interior de la pareja, en el contexto comunitario, en los ámbitos de atención a la salud y con determinadas personas o grupos de personas con las que se comparten o se intercambian valores, pautas de comportamiento y representaciones, pueden llevar a comprender las oportunidades y límites de sobrevivencia de las mujeres con complicaciones durante la maternidad. En las sociedades indígenas, los

procesos de socialización determinan que los individuos se concibran como una parte de un todo; más como un “nosotros” que como un “yo”. Esto conlleva a prácticas y rationalidades muy distintas a las de la sociedad moderna/occidental e implica que las transformaciones de los sistemas regulados y concertados se den de manera más conflictiva y en ocasiones hasta violenta. La etnia redefine las formas de relación tanto de las generaciones como de los géneros y, además, posibilita u obstaculiza determinadas formas de atención (Freyermuth, 2000).

La maternidad es un proceso cotidiano cuyo significado se va interiorizando desde que el sujeto nace hasta que muere. Este proceso se vive de dos maneras: individual/objetiva y colectiva/simbólica. Una mujer vive y siente su maternidad, pero el significado que la maternidad adquiera para ella estará mediado por la respuesta que reciba de su entorno a su condición de gestante. El significado que tiene para una persona en particular la maternidad puede ser distinto al que la colectividad le confiere, y ello se verá matizado y será diferencial dependiendo de la cultura de que se trate y de la posición que la mujer tenga en su familia en un momento determinado —dependiendo de su adscripción étnica, genérica y generacional—.

La comprensión de la muerte materna en un contexto multicultural no puede soslayar el estudio de las relaciones de género. El género como una interpretación sociocultural del ser mujer o del ser hombre cruza toda la vida de las personas (Careaga, 1996: 24). La pertenencia a un sexo determina la construcción genérica: una manera de concebirse, sentirse y pensar. A través del análisis de las relaciones de género podemos trazar en un contexto determinado la posición que las mujeres tienen en el interior de la familia, mediante el reconocimiento de lo que hacen en sus comunidades, su papel en su grupo doméstico, su capacidad para controlar sus recursos, la distribución del producto de su trabajo y su participación en la toma de decisiones comunitarias. Esta posición que las mujeres adquieren, de acuerdo con su etnia y su pertenencia a una generación, está muy relacionada con la forma en que desarrollarán la maternidad y con

el acceso que tendrán a las distintas alternativas de atención a la salud, incluida la forma en que se decide qué hacer en caso de complicaciones.

La violencia de género⁸ pone en riesgo la salud de la mujer y particularmente la de la mujer embarazada, no solamente por el daño físico, sino porque a través de ella se interioriza la condición de subordinación y la convicción, en caso de enfermedad, de que no hay esfuerzo que valga la pena. Esta violencia puede estar presente en su vida desde la infancia al ser sujetas de “malacianza”,⁹ o al verse cedidas en matrimonio a muy temprana edad u orilladas a involucrarse en relaciones intergeneracionales a menudo caracterizadas por el maltrato doméstico y sin redes de apoyo que permitan romper el círculo vicioso. La *Encuesta de salud y derechos de las mujeres indígenas* (INSP, 2008: 77) mostró que en Los Altos de Chiapas las mujeres presentan la frecuencia y las formas más graves de violencia: dos de cada cinco mujeres reportaron maltrato infantil. De las tres regiones con mayor índice de violencia física, Los Altos de Chiapas presentó doce puntos porcentuales arriba de la prevalencia regional total, mientras que la prevalencia de violencia de pareja fue del 41.37%, muy superior a la reportada en la *Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares* (INEGI, 2008) para el estado en su conjunto. Este informe también destacó que la de Los Altos de Chiapas es la región que reporta la mayor prevalencia de los diversos tipos de violencia (INSP, 2006: 77). La violencia de género puede ser vista como coadyuvante o determinante de los riesgos durante la maternidad y está encaminada a crear un modelo de mujer. Los resultados de algunas investigaciones (Freyermuth, 2003, 2008; Freyermuth y Argüello, 2011) permiten reconocer de qué manera, desde edades tempranas, las mujeres interiorizan a través de las prácticas educativas familiares la necesidad de ser sumisas y obedientes y no manifestar sus malestares o inquietudes. La interiorización de estas representaciones se consigue a costa de severos castigos, que algunas veces implican daños físicos permanentes. Estas experiencias previas a la vida en pareja favorecen las relaciones de violencia doméstica y sobre todo una actitud pasiva frente a esta violencia, no sólo de la mujer

victima, sino de la familia e incluso de la comunidad. Desde pequeñas, aprenden que la violencia doméstica tiene objetivos correctivos. Al igual que en la sociedad occidental (Dannenberg *et al.*, 1995; Ronmans, *et al.*, 1999), el maltrato doméstico y la culpabilización de la víctima son elementos indisociables que posibilitan su permanencia en el círculo de la violencia; autoras como Graciela Ferreira (1989) lo han documentado ampliamente.

El material etnográfico recopilado a lo largo de muchos años en la región muestra que las relaciones de pareja y la forma en que se establece la división del trabajo y la distribución de los nutrientes son fundamentales para el buen desarrollo del embarazo, parto y puerperio, y para la elección de las opciones de atención en el momento de ocurrir complicaciones. Se requiere que la mujer embarazada observe determinadas conductas, ya que de otra manera ella misma puede ser culpabilizada por las complicaciones que padezca durante el embarazo, parto o postparto. Las conductas inadecuadas, como el ser “desobediente”, o hechos aparentemente irrelevantes, como no cambiar con frecuencia el agua del nixtamal, no lavar el metate o comer las tortillas directamente del comal, son comportamientos que pueden atraer problemas. Sus deseos o ideaciones pueden explicar las complicaciones: “antojos” no satisfechos, la evocación de alimentos que le son desagradables o el pensar en la muerte se consideran fuente de ciertos malestares. Enojarse y “buscar pleito” con otras mujeres, independientemente de cuál haya sido la causa, la hacen víctima propicia para el “mal echado” o la brujería, lo que en su estado vulnerable puede ser fatal.

Características como la juventud extrema o el haber tenido muchos hijos resultan explicación suficiente de ciertas complicaciones. Pero es del hombre de quien dependerá que la mujer haga o deje de hacer ciertas tareas que implican esfuerzos físicos extenuantes, como el cargar leña o agua y participar en la limpieza de la milpa o en la cosecha. La dosificación de estas actividades durante el embarazo y del tiempo de reposo después del parto depende de la decisión del marido y de su actitud para buscar el apoyo de otra mujer —suegra,

madre o partera— o, en su defecto, realizar las tareas consideradas como responsabilidad de la esposa. El traslado de una mujer con complicaciones también será decisión de su marido o de otros hombres del grupo familiar.

El trabajo etnográfico también demuestra que, aunque la dinámica familiar es fundamental para la toma de decisiones, la forma en que la familia se encuentra posicionada en el contexto más general comunitario o social —es decir, su capacidad de decisión política o económica— determina las redes sociales verticales con las que contará. Por ello, reconocer en un contexto multicultural cuál es el papel en la sociedad de la familia de origen de la mujer es muy importante en términos de la salud y de las opciones de atención para la futura madre, ya que de ello dependerán la fortaleza de sus redes de apoyo y el reconocimiento que tenga esta familia en el ámbito comunitario. Familias extensas con un número importante de varones jóvenes adultos tienen mayor prestigio que aquellas encabezadas por mujeres, viudas o ancianos. Familias en las que uno de sus integrantes pertenece a una organización productiva, religiosa o política, o es empleado gubernamental, cuentan con más capital social y económico que las no vinculadas a organización alguna (Vázquez, s/f).

Identificamos dos tipos de redes de apoyo: las cercanas u horizontales (Aston *et al.*, 1999; Forni *et al.*, 2004), que se generan en el caso del ámbito indígena rural en las relaciones familiares; y las verticales, que permiten a los sujetos entablar relaciones puente y que se dan a través de vínculos de confianza y reciprocidad. Cuando se establecen entre familias de diversas culturas, estas últimas facilitan a la población indígena el acceso a los servicios de salud. El espacio primigenio en el que se construyen estas redes es la familia, así como también las organizaciones productivas, las organizaciones religiosas y las instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Estas relaciones puente pueden hacer que la familia posea información para tomar una opción distinta a la tradicional; por ejemplo, acudir a un hospital en caso de presentar una complicación materna o a un centro de salud con métodos alternativos, como podría ser una casa para la partera. Las organizaciones

son fundamentales en las estrategias que debe considerar el sector salud para promover el acceso a la atención oportuna.¹⁰

En el caso de los municipios indígenas aledaños a la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, se dan relaciones interétnicas por situaciones de vecindad. Con las relaciones que se tejen, se abren las posibilidades de acceder a ciertas alternativas de atención. Parafraseando a Pujadas (1993), se establecen relaciones desiguales de interdependencia que se constituyen en el elemento central a partir del cual se determina tanto la frontera física como la frontera social y simbólica. De esta manera, en el contexto de San Cristóbal y la población indígena, se dan elementos que sitúan de forma distinta a los sujetos. Una mujer indígena y enferma acompañada por su grupo familiar tiene una posición muy distinta en la ciudad que en su lugar de origen, pero esta posición se ve adicionalmente modificada dependiendo de quién sea el encargado de su curación: un hombre mestizo, un médico o un curandero indígena.

Hemos visto que las representaciones acerca de la génesis y solución de los padecimientos, y las alternativas de atención que grupalmente se conciben, son fundamentales para la toma de decisión en cuanto a la forma de atención durante la maternidad y para acudir o no a un servicio de salud durante la emergencia.

Las opciones de atención no están determinadas solamente por los factores que hemos expuesto anteriormente, sino principalmente por las formas de concebir, expresar, vivir y resolver la maternidad. En Chiapas pueden encontrarse muy diversos grados de conocimientos sobre los procesos de salud/ enfermedad; esta diversidad está determinada no solamente por la pertenencia a un grupo étnico en particular, sino a una clase social, a una generación, a una región geográfica o al tipo de educación formal a la que se haya tenido acceso.

Cosmovisión: elemento fundamental en la interculturalidad

La población maya de Chiapas comparte una visión de los elementos que constituyen a la persona: el cuerpo

físico conformado por el sistema óseo muscular y los órganos que podemos “sentir” en nuestro cuerpo —*takopal/sbek’talil*, en *tsotsil*—, el *xch’ulel* o alma que da vida al cuerpo y el *xchon* o animal compañero (López, 2007: 53). Hay diferencias respecto al número de *xchobetik* —plural de *xchon*— que posee un individuo (Page, 2005; López, 2007: 64), los cuales pueden ser hasta trece y no solamente corresponder a animales. Hermitte (1970) señala que además de animales compañeros se puede contar con compañeros inanimados o elementos naturales como el rayo y el tornado. Desde que la persona está en el vientre materno puede tener su *xch’ulel*, “prueba” de lo cual son los movimientos fetales que la madre percibe, al tiempo que un animal compañero está gestando al animal compañero del feto. El equilibrio entre estas entidades se reconoce por el buen estado de salud de la madre, y su desequilibrio explicaría las complicaciones durante el embarazo, parto y posparto (López, 2007). Las distintas explicaciones sobre la salud y la enfermedad durante la maternidad tienen que ver con el porqué las mujeres y sus familias no deciden buscar atención médica en caso de emergencia obstétrica. El 47% de las mujeres que fallecieron entre 2002 y 2012 en la región *tsotsil-tseltal* lo hizo al margen de los servicios de salud; y del total de las mujeres chiapanecas (230) que murieron en sus hogares durante el período mencionado, casi la tercera parte (83) corresponde a la región *tsotsil-tseltal* (estimación propia a partir del SEED).

La presencia de seres sobrenaturales y la mediación de la envidia, la brujería o el demonio eximen de responsabilidad a la pareja frente a ciertos eventos no deseables socialmente y de alguna manera dota a las mujeres de ciertos espacios de resistencia frente a su condición subordinada. Las peculiaridades migratorias, políticas o religiosas de una familia determinarán el acceso de ésta a los practicantes del sistema de atención médica indígena. Hemos observado que el cuidado y la atención del embarazo, parto y posparto forman un campo que pertenece exclusivamente a las mujeres: madres, abuelas, tíos, suegros y parteras. La embarazada, por su condición de mujer y por el hecho de que el proceso del parto involucra áreas corporales que no pueden ser observadas ni por la propia mujer, se limita

a ser atendida por la partera, si bien es cierto que en la atención de un parto normal puede intervenir también el marido, único varón con licencia para presenciar, cuidar o atender el parto.

La relación que se establece entre un médico/mestizo/migrante y una usuaria/indígena en la comunidad indígena es muy distinta a la que se da entre los mismos actores en el contexto de la ciudad, ya que las relaciones de dominación/subordinación y el ejercicio del poder son diferentes en cada uno de los contextos. En el trabajo de campo, al realizar estudios de monitoreo de servicios de salud durante 2010 y 2012, constatamos que los médicos responsables de servicios de salud enclavados en Los Altos prefieren canalizar a las pacientes obstétricas al hospital por temor a verse involucrados en problemas con la población local. Esta práctica se ha venido incrementando dada la importancia que ha adquirido la disminución de la muerte materna (Freyermuth, 2003; Meneses, 2004). Por su parte, las mujeres indígenas frecuentemente señalan que no acuden a los servicios de salud locales por temor a ser enviadas a la ciudad de San Cristóbal de Las Casas. La estancia de las mujeres indígenas en el hospital la mayoría de las veces tiene un efecto distinto al que se espera. La percepción del éxito terapéutico por parte del personal de salud no es compartida por las usuarias indígenas. Después de una “exitosa” estancia en el hospital, las mujeres señalaron que no regresarían en busca de atención a ese centro (Argüello, 2004; Freyermuth, 2003). Entre los años 2004 y 2008 todavía ocurría un porcentaje importante de las muertes maternas en localidades sin hospital y, aunque pareciera que la movilización estaba ligada a una búsqueda de atención médica para el parto o sus complicaciones, durante 2008 el 45% de las mujeres falleció en localidades sin la infraestructura apropiada —en ese mismo período las muertes sucedieron en 48 localidades, de las cuales sólo catorce contaban con posibilidades de atención hospitalaria— (Freyermuth y Ochoa, 2013). Sería necesario conocer cuáles fueron los factores que guiaron la movilización hacia una u otra localidad: ¿redes sociales?, ¿búsqueda de atención tradicional?, ¿acercarse al hogar materno?, ¿o la

elección errónea de un servicio médico sin capacidad resolutiva?

El sistema de salud que ofrece atención a los indígenas de Los Altos de Chiapas está constituido por cuatro submodelos que, aunque muchas veces se traslanan, no se integran en uno solo. Uno de ellos está conformado por los servicios que se generan a través de los practicantes locales y que se corresponden con las visiones del mundo indígena —*jac' poxil*—; el otro lo constituye la práctica médica occidental con agentes de salud locales —*jluktoretik*— y la industria farmacéutica; el tercero, la biomedicina con los servicios de salud en centros de salud y hospitales comunitarios, y el cuarto estaría constituido por la autoatención y la automedicación que se brinda a través del grupo doméstico. Las relaciones que se establecen en el campo de la salud entre practicantes y población, además de poseer todas las características propias de la relación médico-paciente —autoritarismo, jerarquización y desigualdad—, se ven matizadas por las relaciones interétnicas, impregnadas de una profunda desconfianza entre mestizos e indígenas. Esta desconfianza es fruto de la falta de reconocimiento de la existencia de formas distintas de vida y de concepción del riesgo y de las causas de las complicaciones. Por su parte, el personal de salud experimenta una sensación de vulnerabilidad y desconfianza en el ejercicio de su profesión cuando éste se da en un enclave indígena, de modo que hasta han llegado a manifestar que temen por su integridad física (Freyermuth *et al.*, 2004).¹¹

Conclusiones

La percepción de los médicos o médicas de ser denostados y la desconfianza de la población hacia ellos dificultan en las comunidades no solamente la atención primaria de las urgencias obstétricas, sino también la asistencia de partos normales, obstaculizando la canalización de pacientes —cuando es estrictamente necesaria— al ámbito hospitalario enclavado en una ciudad mestiza. Además, se impide la permanencia prolongada del personal de salud en la comunidad, sobre todo de médicas y médicos. Los conflictos en el

encuentro médico explican las altas tasas de muerte materna así como los porcentajes de población que fallece sin solicitar atención médica. Este panorama se complica en la medida en que las mujeres viven condiciones de profunda inequidad que se manifiestan en las dificultades para la asistencia a la escuela, condenándolas al analfabetismo y monolingüismo, y coartándoles el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, su sexualidad y su salud. Por su parte, el sector salud profundiza estas desigualdades al ofrecer atención médica con personal que desconoce el idioma local, lo que impide que se dé cumplimiento a los derechos de las usuarias a recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, que las mujeres puedan decidir libremente sobre su atención, que otorguen o no su consentimiento para procedimientos de riesgo, y que puedan contar con facilidades para obtener una segunda opinión.

Es así como, para mejorar las relaciones entre usuarias y prestadores de servicios de salud, se deben considerar las prácticas y los principios de la interculturalidad desde una perspectiva amplia, como se señaló al inicio de este artículo. Se requiere construir lazos de confianza y, para ello, el proveedor de los servicios de salud debe reconocer la necesidad de una autorreflexión sobre sus propias prácticas, representaciones y prejuicios acerca de sus pacientes y su cultura. Debe combinar un conocimiento general sobre la población que atiende con la información particular que proviene de la paciente y que va interiorizando e incorporando a su propia perspectiva (Ganley, 1998). Necesariamente, esto obliga a desarrollar habilidades de empatía que pueden y deben ser promovidas y reforzadas en las escuelas o facultades de medicina y ciencias de la salud. Como es imposible conocer y entender todos los códigos culturales y los valores de cada población, como se dijo anteriormente, los proveedores deben siempre estar abiertos al aprendizaje, a partir de lo que sus pacientes y otros trabajadores de la salud pueden brindarles, y reconocer que los individuos tienen diferentes representaciones de lo que viven, basadas en la diversidad cultural. Por lo tanto, es importante que el proveedor de servicios de salud evite hacer juicios, escuche con atención a

las pacientes clarificando aquellos aspectos que no comprende, valore las fortalezas que provienen de la cultura de ellas —lealtad familiar o espiritual—, y esté dispuesto a las negociaciones entre los diferentes valores cuando la salud de una paciente esté en peligro; por ejemplo, permitir que una parturienta tome pozol después del parto, o que adopte la posición que desee durante el mismo, como señala la norma oficial mexicana NOM-007 pero no admite el IMSS-Oportunidades (INMUJERES-CIESAS, 2010).

Es fundamental el fortalecimiento de las propias comunidades indígenas a través de sus organizaciones y de la profesionalización de sus recursos. Es necesario que el sector salud contribuya a reforzar los recursos locales de salud, de preferencia aquellos personificados en habitantes de la misma comunidad, lo que permitirá obtener impacto a largo o mediano plazo. La propuesta se centra en la profesionalización de promotoras de salud y parteras para proveer atención obstétrica de emergencia de primer nivel.

La experiencia ha demostrado que es necesario contar con una persona que vincule a la población con el personal de salud (Vázquez, s/f). Esto conlleva varias ventajas, pues la responsabilidad de esta vinculación recae en la propia comunidad y pone de manifiesto el interés de la misma en contar con personal calificado. Esta persona —un promotor de salud u otra persona dentro del municipio, un síndico municipal, por ejemplo— será el enlace cultural entre la población y el servicio. Preferentemente deberá contar con un salario proporcionado por el municipio, ya que la eficiencia en el desempeño de estos cargos es limitada cuando se hace a título voluntario. De esta manera, el médico o médica podrá contar con un asesor al interior de la comunidad, y este asesor o asesora —al cual he denominado enlace o articulador cultural (Freyermuth *et al.*, 2004: 50)— puede dar seguimiento a las acciones que se realizan en los servicios de salud y monitorear la calidad de los mismos.

El último elemento a considerar se centra en mejorar la accesibilidad de las mujeres a los servicios, al contar con otras mujeres que proporcionen acompañamiento y consejería en temas relacionados con la salud reproductiva y, particularmente, con el reconocimiento

de las causas de muerte materna. Tales agentes pueden formarse mediante la capacitación que sobre maternidad segura se les puede brindar a las promotoras de programas locales con financiamiento federal o estatal, o involucrando a las organizaciones de mujeres o de parteras ya existentes. Estas personas representarían un vínculo importantísimo entre las mujeres con complicaciones obstétricas y los servicios de salud.

Notas

¹ En el 2002, Arranque Parejo en la Vida; en el 2006, convenio entre el Instituto Mexicano del Seguro Social régimen ordinario e IMSS-Oportunidades, a fin de atender urgencias obstétricas en los hospitales del primero referidas por usuarias del segundo; Embarazo Saludable 2008, instrumento de afiliación inmediata al seguro popular de las mujeres embarazadas; y Convenio General de Colaboración para la atención de la urgencia obstétrica entre IMSS, Secretaría de Salud y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

² El primer nivel de atención “se orienta a la atención primaria de los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas”. (Declaración de Alma Ata, 1978: capítulo VII).

³ Declaración de Ministras y Ministros de América Latina sobre Salud Sexual y Reproductiva Intercultural para Mujeres Indígenas, Lima, junio de 2011; inciso 48 del Informe del V Período de sesiones del Foro Permanente de Asuntos Indígenas, 2006; inciso 62 del Informe del VI Período de sesiones del Foro Permanente de Asuntos Indígenas, 2007; artículos 23 y 24.2 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (61/295), Asamblea General de Naciones Unidas, 2007; incisos 4-8 de la Declaración de Quito (13 de noviembre 2009); incisos 34, 35 y 43 de la Relatoría sobre los Derechos de la Mujer en el Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos, 2010.

⁴ Principios identificados en 1993, en el Taller Hemisférico sobre Salud y Pueblos Indígenas en Winnipeg, Canadá.

⁵ Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010 y 2012. Disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Pobreza%202012/Pobreza-2012.aspx> [consultado el 16 de diciembre de 2013].

⁶ El ingreso a la región Altos de distintas denominaciones religiosas no solamente ha influido en aspectos políticos y económicos, sino también en el papel que juegan las mujeres, las distintas generaciones y los indígenas en la sociedad y, por lo tanto, también en el campo de la salud. En el caso específico que nos ocupa, en la comprensión de las causas por muerte materna, los tradicionalistas consideran el embarazo o parto como la causa directa de la muerte, pero explican el fallecimiento por factores de índole diversa: sobrenaturales, por brujería y por el empeoramiento de una enfermedad. Aquellos adscritos a las iglesias identifican que la causa de la muerte está vinculada con la maternidad, pero por designio divino, y a pesar de que existe una explicación distinta de los problemas en estos dos grupos, la estrategia para solucionarlos es muy similar. Para ambos, es el rezo el elemento fundamental para lograr la curación.

⁷ La migración ha reposicionado el papel del hombre durante el parto; así, si él era parte importante durante el trabajo de parto y el posparto inmediato, cada vez más las responsabilidades del marido se están trasladando a los suegros u otras personas de la familia.

⁸ “[La violencia es] toda acción o conducta contra la mujer basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico tanto en el ámbito público como en el privado” (Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer. Convención De Belem Do Para” artículo 1).

⁹ Se menciona la “malacrianza” como un riesgo que se extiende hasta la vida adulta de las mujeres. La “malacrianza”, o maltrato doméstico en la niñez, produce “debilidad” y esta “debilidad” se debe a que “la sangre está mala” (Freyermuth, 2003: 270).

¹⁰ El proyecto de la casa de la partera en Chalchihuitán es un ejemplo de esto.

¹¹ Entrevistas realizadas al personal médico de Chanal, 2004.

Referencias bibliográficas

- Ajú, M., (2006) *Trayectorias de Atención en la enfermedad, en los niños Ch'ortis de Guatemala. Un análisis a partir de las características del enfermo, la familia y la enfermedad.* Tesis de maestría en Antropología Social. México, CIESAS-Sureste.
- Albó, X., (2004) “Interculturalidad y salud” en Fernández Juárez, Gerardo (coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas.* Quito, Abya Yala/Agencia BOLHISPANA/Universidad de Castilla Mancha, pp. 65-74.
- Argüello, H. (2005) *El claroscuro de la mirada. Estudio de representaciones y prácticas sociales en la relación entre prestadores de servicios de salud y usuarias obstétricas en un hospital público de Chiapas.* Tesis de maestría en Antropología Social. México, CIESAS-Sureste.
- Arredondo, S. et al., (2008) “Diez años de Oportunidades en zonas rurales: efectos sobre la utilización de servicios y el estado de salud de sus beneficiarios” en INSP/CIESAS (coords.), *Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007). Tomo II El reto de la calidad de los servicios: resultados en salud y nutrición (217-252).* México, Secretaría de Desarrollo Social.
- Aston, N. et al., (1999) “Family Demography, Social Theory, and Investment in Social Capital” en *Population and Development Review.* Vol. 25, núm. 1.
- Bourdieu, P., (2002) *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto.* México, Taurus.
- Cameron, M., N. Andersson y R. Ledogar, (2010) “Culturally Safe Epidemiology: Oxymoron or Scientific Imperative” en *Pimatisiwin: Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health.* Vol. 8, núm. 2, pp. 89-116.
- Careaga, G., (1996) *Las relaciones entre los géneros en la salud reproductiva.* México, Comité por una Maternidad sin Riesgos en México.
- CONEVAL. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, (2009) *Medición de la pobreza.*

- Méjico, CONEVAL. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/medicion_pobreza/HomeMedicionPobreza.jsp?categorias=MED_POBREZA, MED_POBREZA-criterios [consultado el 18 de octubre de 2010].
- Dannenberg, A. et al., (1995) "Homicide and other injuries as causes of maternal death in New York City, 1987 through 1991" en *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol. 172, núm. 5, pp. 1557-1564.
- De la Torre, Cecilia, (2006) *El proceso de descentralización y los presupuestos del sector salud en el estado de Chiapas: un análisis del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud y su impacto en la muerte materna*. Tesis de licenciatura. Méjico, Universidad Autónoma de Chiapas.
- Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre 1978* (1978). Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf [consultado el 12 de diciembre de 2013].
- Declaración de Ministras y Ministros de América Latina sobre Salud Sexual y Reproductiva Intercultural para Mujeres Indígenas*, (2011). Disponible en <http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2011/Peru%202011%20AECID/Declaracion%20de%20Ministros%20y%20Ministras.pdf> [consultado el 12 de diciembre de 2013].
- Fernández, G. (coord.), (2004) *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Quito, Abya Yala/Agencia BOLHISPANA/Universidad de Castilla Mancha.
- Ferreira G., (1989) *La mujer maltratada. Un estudio sobre las mujeres víctimas de violencia doméstica*. Buenos Aires, Sudamericana.
- Forni, P., M. Siles y L. Barreiro, (2004) *¿Qué es el capital social y cómo analizarlo en contextos de exclusión social y pobreza? Estudios de caso en Buenos Aires, Argentina, JSRI Research Report# 35*. Michigan: Michigan State University. Disponible en: http://www.econo.unlp.edu.ar/uploads/docs/capital_social_en_exclusion_y_pobreza_jsri.pdf [consultado el 11 de diciembre de 2013]
- Freyermuth Enciso, Graciela, (1993) *Médicos indígenas, médicos alópatas. Un encuentro difícil en Los Altos de Chiapas*. Tuxtla Gutiérrez, Gobierno del Estado de Chiapas/CIESAS-Sureste.
- Freyermuth Enciso, Graciela, (2000) *Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación. Factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. Tesis de doctorado. Méjico, UNAM.
- Freyermuth Enciso, Graciela, (2003) *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. Méjico, CIESAS/Porrúa.
- Freyermuth Enciso, Graciela, (2004) "Violencia de género como factor de riesgo en la maternidad" en Walwyria Torres, Martha (comp.), *Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. Méjico, El Colegio de Méjico.
- Freyermuth Enciso, Graciela, (2005) *La muerte materna en Chiapas, en la búsqueda de un indicador alterno. Primer Informe*. Méjico, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- Freyermuth Enciso, Graciela, (2008) "Realidad y disimulo: complicidad e indiferencia social en Chiapas frente a la muerte femenina" en Olivera, Mercedes (coord.) *Violencia feminicida en Chiapas. Razones visibles y ocultas de nuestras luchas, resistencia y rebeldías*. Méjico, UNICACH/Centro de Derechos de la Mujer de Chiapas, A.C./Oxfam Novib, pp. 129-201.
- Freyermuth Enciso, Graciela, (2010) "Desiguales en la vida, desiguales para morir. La mortalidad materna en Chiapas: un análisis desde la inequidad" en Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *Informe sobre desarrollo humano en Chiapas*. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/resource/coneval/info_public/Estudios_relacionados/MMChs_19deJulio_GFE_VF_conGraficas.pdf?view=true [consultado el 8 de noviembre de 2011].
- Freyermuth Enciso, Graciela, S. Meneses y R. Cárdenas, (2004) *Maternidad peligrosa. Evaluación de la Atención Institucional a la urgencia Obstétrica en Los Altos de Chiapas*. Méjico, SEDESOL-INDESOL/Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población/CIESAS.

- Freyermuth Enciso, Graciela y H.E. Argüello, (2011) "La muerte prematura de mujeres en los altos de Chiapas. Un análisis desde la violencia" en *Pueblos y Fronteras Digital*. Vol. 6, núm. 10. Disponible en: http://www.pueblosyfronteras.unam.mx/a10n10/art_06.html [consultado el 25 de septiembre de 2011].
- Freyermuth Enciso, Graciela y P. Ochoa, (2013) "Toma de decisiones y mortalidad materna, 2004-2008" en Freyermuth, Graciela y Paola Sesia (coords.) *Monitoreos, diagnósticos y evaluaciones en salud materna y reproductiva. Nuevas experiencias de contraloría social*. México, Comité por una Maternidad Segura en México/CIESAS/ Observatorio de Mortalidad Materna.
- Fundación La Caixa, (2008) *Mediación intercultural en el ámbito de la salud. Programa de formación*. Barcelona, la Fundación. Disponible en: La Caixa http://obrasocial.lacaixa.es/deployedfiles/obrasocial/Estaticos/pdf/Inmigracion/Mediacio_intercultural_es.pdf [consultado el 25 de febrero 2014]
- Ganley, A. et al., (1998) *Improving the Health Care Response to Domestic Violence: A Trainer's Manual for Health Care Providers*, San Francisco, The Family Violence Prevention Fund. Disponible en: http://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/Maternal_Health/HealthTrainerManual.pdf [consultado el 14 de diciembre de 2013]
- Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Presidencia de la República, (2013) *Primer Informe de Gobierno 2012-2013. Anexo estadístico*. Disponible en: http://d5d3d27elf3d539a162fa00104427ebc661a8d17f062b85c9f9a.r74.cf2.rackcdn.com/1_IG_ANEXO_ESTADISTICO.pdf [consultado el 13 de diciembre de 2013]
- Gutiérrez J.P., et al., (2008) "Evaluación de la calidad de los servicios de atención a la salud asignados a la población beneficiaria de Oportunidades" en INSP y CIESAS (coords.), *Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007). Tomo II El reto de la calidad de los servicios: resultados en salud y nutrición*. México, Secretaría de Desarrollo Social, pp. 17-102.
- Hermitte, E., (1970) *Poder sobrenatural y control social en un pueblo maya contemporáneo*. México, Instituto Indigenista Interamericano.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (1990) *XI Censo general de población y vivienda 1990. Resultados definitivos. Tomo I y II. Tabulados básicos*. México, INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (s/f) *Estadísticas vitales de 2003-2012, bases de datos*, México, INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (2011) *Censo de Población y Vivienda 2010*, México, INEGI. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/ccpv/cpv2010/pub_y_prod/default.aspx?t=28097 [consultado el 8 de enero de 2012]
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (2008) *Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares 2006 ENDIREH. Tabulados básicos. Estados Unidos Mexicanos*. México, INEGI. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2007/endireh06_eum_tab.pdf [consultado el 6 de enero de 2012].
- INMUJERES-CIESAS Sureste, (2011) *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios públicos del Sector Salud*, México: INMUJERES. Disponible en: http://www.inmujeres.gob.mx/images/stories/cuadernos/c29_o.pdf [consultado el 6 de enero de 2012].
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), (2008) *ENSADEMI 2008 Encuesta de salud y derechos de las mujeres indígenas*. Disponible en: http://www.equidad.scjn.gob.mx/IMG/pdf/Ensademi_2008.pdf [consultado el 6 de enero de 2010].
- López, J., (2007) *La práctica médica tradicional y sus representaciones en los problemas de salud que ocasionan la muerte materna en San Juan Chamula*. Tesis de licenciatura en antropología social. México, Universidad Autónoma de Chiapas.
- Meneses, S., (2004) *Semiotica de la otredad. Etnografía de los encuentros interétnicos entre prestadores y usuarios de servicios de salud en Los Altos de Chiapas*, Tesis de maestría en antropología social. México, CIESAS-Sureste.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador y Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), (2009) *Declaración de Quito. En el marco del seminario taller de interculturalidad y ejercicio de los derechos en la subregión*

- andina con énfasis en la salud sexual y salud reproductiva para el fortalecimiento del Sumak Kawsay.* Quito, UNFPA. Disponible en: www.unfpa.or.cr/documentos-y.../doc.../167-declaracion-de-quito [consultado el 8 de enero de 2013].
- Naciones Unidas, Asamblea General, (2007) *Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas* (61/295), Nueva York, Naciones Unidas.
- National Aboriginal Health Organization. (2008) *Cultural competency and safety: A guide for health care administrators, providers and educator.* Ottawa, National Aboriginal Health Organization.
- Nazar Beutelspacher, Austreberta et al, (2007) "Descentralización, alternancia política y género en la prevención de la muerte materna en Chiapas, México" en *Mujer y Salud. Revista de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.* Núms. 3-4, pp. 54-72.
- Organización de Estados Americanos (OEA). Comisión Interamericana de Derechos Humanos, (2010) *Relatoría sobre los derechos de la mujer en el acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos,* España. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/SaludMaterna2010.pdf> [consultado el 3 de marzo 2014].
- Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM), (2013) *Indicadores: 2011. Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Avances en México.* Disponible en: [http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Indicadores%202011%20\(29%20de%20julio\).pdf](http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Indicadores%202011%20(29%20de%20julio).pdf) [consultado el 1 de diciembre 2013].
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), (1998) *Iniciativa de salud de los pueblos indígenas: orientaciones estratégicas para el desarrollo de la iniciativa de salud de los pueblos indígenas 15-17 de diciembre de 1997.* Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), (1998) *Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos Grupo de Trabajo sobre Recursos Humanos e Interculturalidad* Managua, Nicaragua 9 - 11 de septiembre de 1998. Borrador de trabajo.
- Page, Jaime, (2005) *El mandato de los dioses: medicina entre los tzotziles de Chamula y Chenalhó, Chiapas,* México.
- Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste, Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pujadas, J.J., (1993) *Etnicidad: identidad cultural de los pueblos.* Madrid, Eudema Universidad.
- Ronsmans, C. y M. Khlat, (1999) "Adolescence and risk of violent death during pregnancy in Matlab" en *The Lancet.* Vol. 354, núm. 9188.
- Sánchez, G., (2008) "Padecer la pobreza: un análisis de los procesos de salud, enfermedad y atención en hogares indígenas y rurales bajo la cobertura del Programa Oportunidades" en INSP y CIESAS (coords.) *Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007). Tomo II El reto de la calidad de los servicios resultados en salud y nutrición* (pp. 105-123). México, Secretaría de Desarrollo Social.
- Secretaría de Gobierno. México, (2003) *Cruzada estatal por la salud de la mujer, el niño y la niña.* México, Secretaría de Salud, Gobierno del Estado de Chiapas.
- SHCP. Secretaría de Hacienda y Crédito Público, (2012) *Presupuesto de egreso de la Federación para el ejercicio fiscal 2012.* Disponible en: <http://www.apartados.hacienda.gob.mx/presupuesto/temas/pef/2012/> [consultado el 10 de julio 2013].
- Secretaría de Salud, (2002) *Programa de Acción: "Arranque Parejo en la Vida".* México, SSA. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7106.pdf> [consultado el 10 de julio 2013].
- Secretaría de Salud, (2013) *Sistema de protección social en salud. Informe de resultados enero -diciembre 2012.* México, SSA. Disponible en: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/pdf/informes/InformeResultados-2-SPSS-2012.pdf> [consultado el 10 de julio de 2013].
- Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, (s/f) 2002-2012 *Muertes maternas* INEGI/SS. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/cubos/> [consultado el 13 de diciembre de 2013].
- Serrano C.E, O.A. Embriz y H.P. Fernández (2002) *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México.* México, Instituto Nacional Indigenista/Consejo Nacional de Población/Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

Vázquez, S., (s/f) *Informes mensuales de trabajo en la Casa de salud de la mujer indígena, Chalchihuitán*

Chiapas. México, Consejo Nacional de los Pueblos Indígenas.