



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SUPERIORES  
EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

**“EN LA SIERRA ESTÁN MUY LEJOS”: RELACIONES INTERCULTURALES EN LA  
ATENCIÓN DE SALUD MATERNA EN LA SIERRA DEL NAYAR. EL CASO DEL  
HOSPITAL MIXTO DE JESÚS MARÍA.**

**T E S I S  
QUE PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRO EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL  
P R E S E N T A**

**NICOLÁS FÉLIX KOTLIAR**

**DIRECTORA DE TESIS:  
DRA. NADIA IRINA SANTILLANES ALLANDE**

Monterrey; Febrero de 2025



**CENTRO DE INVESTIGACIONES  
Y ESTUDIOS SUPERIORES  
EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**



**Ciencia y Tecnología**  
Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación



## **MAESTRÍA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

**SURESTE-NORESTE**

**PROMOCIÓN 2022-2024**

---

### **COMITÉ DE TESIS**

Título: “En la sierra están muy lejos”: Relaciones interculturales en la atención de salud materna en la Sierra del Nayar. El caso del Hospital Mixto de Jesús María.

Estudiante: Nicolás Félix Kotliar

DIRECTORA: Dra Nadia Irina Santillanes Allande

LECTORES:

Dr. Eduardo Luis Menéndez Spina

Dr. Roberto Campos Navarro

Dra. Paola María Sesia Arcozzi-Masino

## **AGRADECIMIENTOS**

Gracias a la Dra. Alba Grande por permitirme el acceso a trabajar dentro de la institución durante cuatro meses en los que se me brindó todo lo necesario y más. Por supuesto, gracias a la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Nayarit por abrirme las puertas de su organización y especialmente a Yudith Lobato por su generosidad conmigo y por abrirme la puerta del campo, permitiéndome colaborar con ustedes. Gracias a Angelina, a Ampelio, a María Eva, Carla, Armando, Julia y Luis, curadores tradicionales de OMITEN. A Luz e Irma, de la UMR de Linda Vista, a Valentín, Diana y Gladys. Gracias a Víctor y Ramona, del INPI. Gracias a los médicos residentes que me soportaron y dieron un espacio durante un mes y medio sin saber qué estaba haciendo yo ahí. Gracias a las mujeres indígenas que sin conocerme confiaron en mí y me contaron tantas cosas importantes. Gracias a David, a Fernando, a José, a Leticia y a Mari Santos.

Gracias a la Dra. Nadia Santillanes, mi directora de tesis, por acompañarme con tanta generosidad y paciencia en este proceso y por permitirme acceder a quienes colaboraron como lectores en esta tesis, que son personas que respeto y admiro mucho. Gracias a mis lectores, Dr. Eduardo Menéndez, Dra. Paola Sesia y Dr. Campos Navarro por su generosidad sin reparos e inestimables aportes a esta tesis. Gracias a mis profesores del CIESAS y su gran generosidad conmigo, en particular a Efrén, Shinji y Libertad.

Gracias al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) por su apoyo con una beca sin la cual la tesis no habría sido posible de ninguna manera, y a la Universidad Nacional de La Matanza, Argentina, por su inestimable apoyo.

Gracias a mi familia por estar a la distancia en un proceso extremadamente difícil desde lo personal: Sonia, Sebastián, Luciana, Daniel, Santi, Mile, Maga. A mis amigos: Guada y Ale, Lean, Beto, Christian, Bettina, Fer, Luis, Naty, Lucía, Miriam, Caro, Cristina, Ara, Lucy, Carlos. Gracias a mis compañeros de maestría: Diana, Mayte, Román y Laura, por darnos la chance de conocernos un poco más y finalmente compartir.

# RESUMEN

“En la sierra están muy lejos”: Relaciones interculturales en la atención de salud materna en la Sierra del Nayar. El caso del Hospital Mixto de Jesús María.

Nicolás Félix Kotliar

Esta investigación indaga acerca de los factores que influyen en los altos niveles de mortalidad registrados en la zona Sierra del Nayar y en particular en el municipio del Nayar, hace de un inventario de los factores estructurales que poseen el mayor peso sobre la mortalidad materna, tales como el aislamiento geográfico de las comunidades, la vulneración económica, de género y las deficiencias de infraestructura que sufren estas poblaciones. No obstante, se enfoca en aquellos factores limitantes ubicados en el plano de la atención a la salud, tomando como centro al Hospital Mixto de Jesús María (HMJM), que incluye en su oferta a curadores y parteras tradicionales. Mediante un abordaje etnográfico se reconstruye el punto de vista de tres tipos de actores en sus relaciones mutuas: Médicos, Curadores y Parteras tradicionales y Mujeres usuarias del HMJM. Los hallazgos de este trabajo apoyan la tesis de que existen una serie de limitantes de la accesibilidad, la calidad y la aceptabilidad de la atención en esta institución que la vuelven menos deseable a los ojos de las mujeres indígenas. Entre estas limitantes se cuentan las negaciones de la atención, las malas relaciones entre el personal biomédico de origen mestizo y las comunidades indígenas y la ausencia de una verdadera gestión intercultural de la salud, al excluir de hecho a las parteras de la atención del embarazo, parto y puerperio, y al ofrecer un esquema de atención segregado. Esta falta de perspectiva intercultural del HMJM termina en definitiva forzando a las mujeres indígenas a optar entre una atención del embarazo, parto y puerperio hospitalaria menos riesgosa pero sobre medicalizada y con elementos de violencia obstétrica y un parto domiciliario con partera tradicional, pero mucho más riesgoso.

## ÍNDICE DEL DOCUMENTO

AGRADECIMIENTOS .....	3
RESUMEN.....	4
ÍNDICE DE TABLAS .....	9
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES .....	10
LISTA DE ABREVIATURAS .....	11
INTRODUCCIÓN .....	13
1. Objetivos generales .....	17
2. Aspectos metodológicos y técnicas para la investigación.....	18
3. Acceso al trabajo de campo.....	20
4. Estructura de la tesis .....	24
CAPÍTULO 1 – LA ATENCIÓN INTERCULTURAL DE LA SALUD MATERNA .....	26
1.1. El indigenismo integrativo y el participativo: la interculturalidad en la salud en México..	27
1.2 Las políticas de salud estatales frente a la partería tradicional.....	31
1.3 Estudios sobre salud materna en mujeres indígenas.....	32
1.3.1 La dimensión económica como factor limitante del acceso a los servicios de salud .....	34
1.3.2 La dimensión del género como factor limitante del acceso y la aceptabilidad de la atención .....	36
1.3.3 Las relaciones interétnicas como limitantes de la accesibilidad y la aceptabilidad de la atención.....	40
CAPÍTULO 2 – EL HOSPITAL Y SU ESPACIO SOCIAL.....	45
2.1 Condiciones geográficas y espaciales: un hospital enclavado en la barranca de Jesús María .....	46
2.2 Orígenes del Hospital .....	49

2.3 La población del Nayar .....	53
2.3.1 La dimensión económica como condición estructural .....	55
2.3.2 Las condiciones de infraestructura .....	60
2.3.3 Las Unidades Médicas Rurales (UMR) y el Programa PFAM .....	61
2.3.4 La violencia de género como condición estructural .....	65
2.3.5 Las relaciones interétnicas: representaciones de la población sobre el HMJM .....	67
2.4 Síntesis y reflexiones del capítulo. ....	70
<b>CAPÍTULO 3: ¿UN HOSPITAL MIXTO? .....</b>	<b>73</b>
3.1 La Organización de Médicos Tradicionales del Estado de Nayarit (OMITEN) .....	73
3.2 Perfil y situación laboral de los médicos .....	77
3.3 Normativas y procedimientos institucionales de la atención “mixta” .....	78
3.4 Las prácticas de partería tradicional en el HMJM.....	80
3.4.1 La situación de las parteras al crearse el HMJM .....	82
3.4.2 Sobre derechos teóricos y omisiones prácticas .....	85
3.4.3 Las capacitaciones .....	87
3.5 Tres actitudes diferentes desde la biomedicina ante la partería tradicional .....	90
3.5.1 Antagonismo: la partería como iatrogénica.....	91
3.5.2 Ambivalencia e instrumentalización .....	93
3.5.3 Apertura hacia la colaboración y el aprendizaje mutuo .....	94
3.6 Síntesis y reflexiones del capítulo .....	96
<b>CAPÍTULO 4 – COMUNICACIÓN, REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS: LIMITANTES EN LA ATENCIÓN INTERCULTURAL .....</b>	<b>98</b>
4.1 Las limitantes comunicativas entre médicos y pacientes .....	99
4.1.1 Desencuentros comunicativos no verbales en el espacio de atención .....	104

4.2 Representaciones del personal de salud del HMJM sobre la población usuaria .....	107
4.2.1 El cora “abusado” y que “no tiene nada” .....	108
4.2.2 El indígena ignorante.....	112
4.2.3 La indolencia y la “falta de instinto materno” en las mujeres naayeri .....	113
4.2.4 La reproducción sexual de los naayeri: animalidad, machismo y sumisión.....	116
4.3 Las prácticas de atención en planificación familiar .....	119
4.4 El malestar del personal biomédico y la degradación en la calidad de la atención .....	123
4.5 Síntesis y reflexiones del capítulo .....	126
<b>CAPÍTULO 5 – TRAYECTORIAS Y LIMITANTES DE LA ATENCIÓN .....</b>	<b>128</b>
5.1 Lo estructural y lo infraestructural .....	129
5.1.1 Las dificultades para la movilidad de las mujeres .....	132
5.1.2 El costo de parir en el Hospital.....	134
5.2 La dimensión institucional de la atención .....	136
5.2.1 Las negaciones de la atención .....	136
5.2.2. La violencia obstétrica.....	139
5.3 La dimensión intercultural en la atención del parto .....	145
5.3.1 La sobada y el rol de la partera en la atención.....	148
5.3.2 La temperatura ambiente, el baño y la dieta posparto .....	152
5.3.3 La posición del parto y otras condiciones de la atención en el HMJM.....	154
5.4 Síntesis y reflexiones del capítulo .....	155
<b>6. CONCLUSIONES .....</b>	<b>159</b>
<b>ANEXO 1: GUÍA DE ENTREVISTAS A USUARIAS QUE USARON EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HMJM .....</b>	<b>169</b>

ANEXO 2: GUÍA DE ENTREVISTA A PERSONAL BIOMÉDICO FOCALIZADA EN EMBARAZOS (ENFERMERAS Y MÉDICOS).....	170
ANEXO 3: GUÍA DE ENTREVISTA MÉDICO O PARTERA TRADICIONAL DEL HOSPITAL Y DE LA COMUNIDAD.....	171
ANEXO 3:GUÍA DE OBSERVACIÓN EN CONSULTA: .....	172
BIBLIOGRAFÍA .....	173

# ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1: Cantidad de egresos del Hospital Mixto por causa de ingreso en 2022.....	52
---	----

# ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 2.1: Mapa Del Nayar.....	46
Ilustración 2.2: Mapa poblado de Jesús María.....	47
Ilustración 2.3: Plano general del Hospital Mixto de Jesús María.....	49
Ilustración 5.1: : Limitantes efectivos o potenciales de la atención .....	129
Ilustración 5.2: Recursos empleados en las trayectorias de atención.....	146
Ilustración 5.3: Motivos del control prenatal nulo o incompleto .....	147
Ilustración 5.4: Motivos de utilización de la sobada .....	148

# LISTA DE ABREVIATURAS

AEO: Atención de Emergencia Obstétrica

AMLO: Andrés Manuel López Obrador

AVGM: Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres

CCPI: Centro Coordinador de Pueblos Indígenas (delegación del INPI)

CNDH: Comisión Nacional de los Derechos Humanos

CNV: Comunicación No Verbal

CONAFE: Consejo Nacional de Fomento Educativo

CONAPO: Consejo Nacional de Población

CONASUPO: Compañía Nacional de Subsistencias Populares

CONEVAL: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

Casa AME: Casa Albergue de Mujeres Embarazadas

CoDESC: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU

DDHH: Derechos Humanos

DGIS: Dirección General de Información en Salud

DIU: Dispositivo Intra Uterino

DMTDI: Dirección de Medicina Tradicional Indígena y Desarrollo Intercultural

ENADID: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica

ENDIREH: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares

HMJM: Hospital Mixto de Jesús María

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

IMSS-COPLAMAR: Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados

INAH: Instituto Nacional de Antropología e Historia

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

INI: Instituto Nacional Indigenista

INI-CDI: Instituto Nacional Indigenista – Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas

INMUNAY: Instituto Nacional de la Mujer Nayarita

INPI: Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas

IPN: Instituto Politécnico Nacional

MTI: Medicina Tradicional Indígena

OIT: Oficina Internacional del Trabajo

OMITEN: Organización de Médicos Tradicionales del Estado de Nayarit

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de Naciones Unidas

OPD: Organismo Público Descentralizado

OTB: Oclusión Tubaria Bilateral o Salpingoclasia

PACMYC: Programa de Apoyo a las Culturas Municipales y Comunitarias

PFAM: Programa de Fortalecimiento de la Atención Médica

PIDESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU

RMM: Razón de Muerte Materna

SISGE: Sistema de Información Social Georreferenciada

SSA: Secretaría de Salud

UIMH-IMSS: Unidad de Investigación Biomédica en MTI y Herbolaria del Instituto Mexicano del Seguro Social

UMR: Unidad Médica Rural

UNAM: Universidad Autónoma de México

VO: Violencia Obstétrica

# INTRODUCCIÓN

Este trabajo aborda desde una perspectiva antropológica el problema de la salud materna en la zona de la región Sierra de Nayarit, tomando como centro al Hospital Mixto de Jesús María (de aquí en adelante, HMJM) y su zona de influencia. El HMJM, ubicado en la cabecera municipal de El Nayar, se presenta a sí mismo como hospital intercultural y tiene la particularidad de incluir dentro de su servicio de atención, además de profesionales biomédicos, a 5 especialidades de la medicina tradicional indígena: partera, hierbero, sobero, huesero y curandero. A sus instalaciones acuden principalmente usuarios indígenas provenientes de los estados de Nayarit, Durango, Jalisco y Zacatecas de municipios catalogados como de alta marginalidad (CONAPO, 2020).

Habiendo comenzado como una investigación que se interesaba sobre las dinámicas interculturales laborales entre la biomedicina y la medicina tradicional indígena, a lo largo de mi trabajo etnográfico de cuatro meses<sup>1</sup> el personal de salud biomédico del HMJM destacó a la atención obstétrica como la más utilizada y por tanto, a las complicaciones del embarazo y el parto como el tipo de problemas de salud más atendidos por el servicio hospitalario. En este sentido, médicos y enfermeros señalaron que, de no ser atendidas oportunamente, estas complicaciones pueden derivar en muerte materna e infantil, variables cuyos valores locales también han sido históricamente altos. De acuerdo con los datos del sistema de la Dirección General de Información de Salud, la razón de muerte materna (RMM) para el municipio de El Nayar en 2022 fue de 425.53 muertes maternas cada 100 000 nacidos vivos, una cifra que multiplica por más de diez la RMM a nivel nacional, que fue de 41.77 muertes maternas cada 100.000 nacidos vivos (SS/DGIS, SINAC 2022).

Al considerar los factores referidos por el personal de salud biomédico para explicar la mayor muerte materna en la zona, sobresalen los que apuntaban a la cultura de los indígenas de la zona como factor de mayor importancia. En especial, se suele hacer referencia a la preferencia de las mujeres indígenas por las parteras y curanderos tradicionales de sus comunidades para la atención de sus embarazos y partos, lo cual es vinculado con su insuficiente asistencia a los controles prenatales biomédicos en el HMJM y también con los partos domiciliarios que daban

---

<sup>1</sup> EL trabajo de campo fue realizado desde septiembre hasta diciembre de 2023, en la localidad de Jesús María, municipio Del Nayar, Nayarit

lugar a las muertes maternas. Así, como históricamente se ha hecho, en este hospital intercultural a nivel discursivo se termina responsabilizando a los curadores y parteras tradicionales por las complicaciones del embarazo y la muerte materna.

Otro de los elementos postulados por el personal de salud no indígena como factor que colabora en la muerte materna y a la vez como rasgo esencial de las culturas de la zona es el machismo de los hombres indígenas y particularmente de los naayeri. En primer lugar, se afirma que los hombres, por celos o simplemente por “machismo”, se oponen a que sus mujeres sean revisadas por los médicos en el hospital, impidiéndoles ir a controlarse o tener sus partos en forma hospitalizada. Por estos mismos motivos se dijo en muchas entrevistas que los hombres indígenas se oponían férreamente a la utilización de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres, aunque también se señaló que encuentran mayor aceptación en las generaciones más jóvenes.

Finalmente, un elemento atribuido a la cultura indígena que subyace a las explicaciones del personal biomédico y que a veces se vuelve explícito, es la ignorancia, aplicándose a una cantidad de cuestiones que aparente estas mujeres desconocerían: los riesgos asociados a la falta de controles prenatales y al parto domiciliario, sus derechos como mujeres frente a los hombres, pero también sus obligaciones como madres frente a sus hijos. Esta ignorancia está fuertemente asociada a la pertenencia a un grupo étnico y también subyace a las afirmaciones de médicos y enfermeras que los conocimientos y recursos de las parteras tradicionales no son fiables ni suficientes para resolver las complicaciones del embarazo y el parto y que, por el contrario, provocan estas complicaciones. Solo en una segunda instancia el personal de salud biomédico mencionó factores tales como la distancia geográfica de las comunidades al HMJM, su marginación económica, el pésimo estado de la infraestructura vial y de comunicaciones a nivel local, la falta transporte para llegar al hospital, la desnutrición de la población o las diferencias lingüísticas como factores que inciden fuertemente en estos mayores niveles de mortalidad materna.

Al conocer al comienzo de mi trabajo de campo la problemática de la salud materna como la más mencionada por el personal biomédico en la zona, intenté conjugarla con mi interés inicial por la interculturalidad en salud (en particular, la forma en que interactúa la biomedicina con la medicina tradicional). Así, me pregunté sobre la forma en que podría llegar a incidir la gestión de la interculturalidad del hospital, y en particular la forma de trabajar entre médicos y parteras en la aceptación de los servicios de salud por parte de las mujeres de la zona. Tácitamente, mi hipótesis seguía postulando que la dimensión cultural explicaba el menor uso del HMJM por parte de las

mujeres indígenas y que este menor uso era el que (hasta cierto punto) incidía en el mayor grado de muertes maternas.

A medida que me adentré en el trabajo de campo, fueron evidenciándose en observaciones y entrevistas ciertas condiciones estructurales que afectaban y condicionaban el acceso de las mujeres al HMJM. Por ejemplo, el aislamiento geográfico, la pobre infraestructura de transporte y comunicación, los escasos recursos económicos de las mujeres para costear los traslados y la permanencia en el hospital, las relaciones problemáticas entre indígenas y mestizos y las fallas y carencias sistemáticas de los programas de atención de la salud materna como el PFAM-Caravanas. Estos factores me permitieron ampliar mi comprensión sobre el hecho de que muchas mujeres indígenas no asisten a los controles prenatales o a la atención de sus partos en el hospital porque simplemente no pueden o porque les resulta extremadamente difícil o costoso. Asimismo, comprendí que el propósito principal de la diversificación de dispositivos de atención dispuestos por el Estado en esta zona rural indígena era justamente superar estas limitaciones estructurales, lo que, como se verá en este trabajo, es logrado solo en forma parcial y bastante deficiente.

Dada la multiplicidad de elementos que aparecieron en los discursos durante mi trabajo de campo para explicar el problema de la muerte materna, procuré realizar un inventario de los factores que operaban como limitantes de la atención a la salud de las mujeres en esta zona, para lo cual reconstruí etnográficamente los puntos de vista de tres tipos de actores sociales: el personal biomédico (a los que llamaré, para distinguirlos, médicos y enfermeras), las parteras y médicos tradicionales (a los que llamaré “curadores) y las mujeres usuarias del HMJM.

Sin perder de vista el nivel objetivo-estructural, busqué centrarme en las limitantes de la aceptabilidad y el acceso a la atención en el HMJM así como, en menor medida, en una unidad del programa de salud itinerante PFAM-Caravanas y una Unidad Médica Rural (UMR), ubicada en la localidad de Linda Vista.

Un propósito de este trabajo, en este sentido, es constituir un aporte que retroalimente estos dispositivos de atención de salud pública con los que trabajé y permitir mejoras en los mismos. Para ello, parto de las siguientes preguntas de investigación:

¿Qué factores limitan el cumplimiento del derecho a la atención de la salud materna en la zona Sierra de El Nayar?

En particular: ¿Cómo afecta la gestión intercultural de la salud (o la falta de esta) el cumplimiento de ese mismo derecho?

El argumento de esta tesis es que junto a una serie de múltiples niveles estructurales de desigualdad (Sesia, 2009, Sesia y Freyermuth, 2011, Freyermuth, 2003) que limitan el acceso a la atención obstétrica de emergencia en zonas de alta marginación, existen también factores en el plano institucional de la atención y de la gestión intercultural de la salud que afectan el grado de aceptabilidad y calidad (ONU-CoDESC, 2000) de los servicios de salud para las poblaciones usuarias en general y en particular, para las mujeres. Al tratarse de un hospital que incorpora curadores tradicionales indígenas al servicio de atención, el plano intercultural (de relaciones interétnicas) comprende dos pares de relaciones: entre médicos y mujeres indígenas y entre médicos y parteras tradicionales.

Como evidencian los datos recabados en esta tesis, en el primer par de relaciones se destaca como limitante para el acceso y la aceptabilidad del servicio el racismo personalmente mediado, reflejado en ciertas representaciones del personal de salud sobre la población indígena y ciertas prácticas de atención concomitantes, como las negaciones de atención, que restringen el acceso al servicio. También se refleja en prácticas de violencia obstétrica, arraigada especialmente en los hospitales del sector público, (INEGI, 2016, Sesia, 2020). Una de las formas de violencia obstétrica que pudo ser registrada, a nivel institucional y que se imbrica con el racismo personalmente mediado, es la promoción de métodos anticonceptivos temporales o permanentes focalizada en las mujeres indígenas, mediante prácticas de consentimiento inducido (Menéndez, 2009). En un nivel más amplio, la falta de inversión del Estado para subsanar las restricciones en la posibilidad de hacer uso del servicio del HMJM por motivos económicos, así como la ausencia de un abordaje de la atención verdaderamente intercultural, también constituyen formas del racismo institucional (Jones, 2000).

En el segundo par de relaciones interculturales se encontró a nivel institucional una ausencia de gestión intercultural de la salud, reflejada en la segregación de las formas de atención tradicional y biomédica y en la subordinación, desplazamiento y desfinanciamiento de los curadores y parteras tradicionales en el servicio hospitalario, cuyo máximo exponente es la exclusión, de hecho, de las parteras de la atención de los partos dentro del HMJM y su limitación al nivel comunitario.

Para ambos pares de relaciones interétnicas mencionadas, mi tesis afirma que existe una fuerte subordinación de los actores indígenas a los mestizos, encarnada en un sistema local de salud pública que, lejos de ser “mixto o “intercultural”, resulta de carácter eminentemente biomédico. Por ello postulo la existencia de cierta continuidad entre las políticas actuales de salud frente a las poblaciones indígenas y las políticas de salud del indigenismo integrativo, hoy presentado como participativo (Campos Navarro et al, 2017).

En base a lo descripto, se plantearon los siguientes objetivos de investigación:

### **1. Objetivos generales**

1. Identificar y jerarquizar los diversos factores geográficos, económicos, culturales, de género e interculturales que limitan el acceso y/o la aceptabilidad de la atención de la salud de las mujeres embarazadas de la zona de influencia del Hospital Mixto de Jesús María. Para operacionalizar este primer objetivo en campo, se desglosaron los siguientes objetivos específicos:

a) Reconstruir las trayectorias de atención durante el embarazo, parto y puerperio, de las mujeres que utilizan el HMJM, identificando sus formas de entender y atender el embarazo y el parto, y las lógicas y los diversos factores que condicionan o definen estas trayectorias.

b) Identificar los factores ubicados en el plano de la atención, en términos de representaciones y prácticas del personal biomédico, que operan como limitantes para la utilización del servicio de salud materna del HMJM.

c) Describir las prácticas concretas que vinculan laboralmente a la medicina tradicional y la biomedicina en el HMJM, en términos de colaboración, competencia, conflicto, complementariedad u otras y su influencia sobre las trayectorias de atención de las mujeres embarazadas.

2. Como segundo gran objetivo general que subyace al primero me propongo identificar los factores que determinan el sostenimiento del carácter mixto o intercultural del hospital como institución de salud pública por parte del Estado, realizando un balance de las necesidades y demandas que quedan desatendidas por el mismo. Para lograr este objetivo en campo, he desglosado los siguientes objetivos específicos:

a) Conocer los factores que determinaron la creación del HMJM y su sostenimiento en el tiempo como tal.

b) Identificar los sucesivos cambios en las relaciones entre el HMJM y la población usuaria y los factores que subyacen a estos cambios.

c) Describir y analizar los sucesivos cambios en las relaciones entre los actores biomédicos y los curadores y parteras tradicionales y los factores subyacentes a estos cambios

d) Identificar las demandas de las usuarias que logran ser cubiertas y aquellas que quedan desatendidas en la implementación del esquema de atención del HMJM.

## **2. Aspectos metodológicos y técnicas para la investigación**

Metodológicamente parto de un abordaje etnográfico que procura reconstruir el punto de vista del actor (Menéndez, 2010) considerando al personal de salud biomédico, el tradicional y a las mujeres usuarias como tres tipos distintos de actores involucrados en el servicio de atención a la salud del HMJM. En este sentido, procuro contrastar sus puntos de vista a modo de control, teniendo en cuenta sus relaciones recíprocas y ubicación dentro de un campo jerarquizado (Menéndez, 2010:295). Otro propósito de este procedimiento metodológico es, partiendo del concepto de vulnerabilidad estructural (Quesada et al, 2011) poner en relación el punto de vista de los actores vulnerados con el de los que vulneran, procurando no caer en análisis abstractos de “estructura sin sujeto” y concibiendo de forma relacional la vulneración (Muñoz, 2024).

Teniendo en cuenta que el acceso a las representaciones no equivale al acceso a las prácticas (Menéndez, 2005), considero a las representaciones sociales como construcciones sociocognitivas que funcionan como orientativas de las percepciones, interpretaciones, juicios y actuaciones con relación a una situación social (Abric, 2001: 14, Moscovici, 1976). Este carácter orientativo de las representaciones es puesto a prueba mediante el análisis de la relación entre representaciones y prácticas, en el marco de las transacciones que se dan entre las tres clases de actores sociales abordados, que encarnan y conjugan diferentes modelos de atención de la salud (Menéndez, 1982), considerando que lo estructural se actualiza en interacciones particulares.

Un supuesto básico para analizar las trayectorias de atención del embarazo, parto y puerperio es que la articulación entre las distintas formas de atención es realizada por las propias mujeres a través del “modelo de autoatención”. Esta es la primera forma relativamente constante que tienen las personas de generar respuestas autónomas preventivas y curativas frente a sus padecimientos reales o posibles, involucrando procesos heterogéneos (Menéndez, 2005:54). Teniendo en cuenta que el embarazo, parto y puerperio son acontecimientos vitales que no

constituyen necesariamente padecimientos (aunque puedan derivar en ellos), pero que requieren atención, para el análisis de las limitantes de la atención de las mujeres utilizo el concepto “trayectoria de atención”, es decir la secuencia de decisiones y estrategias que son instrumentadas por los sujetos para hacer frente a un episodio concreto de padecer (Osorio, 2003, p.39). Tales estrategias de atención incluyen una serie de representaciones y prácticas, instituciones, estructuras y servicios de salud y de sujetos que participan: las pacientes, los terapeutas y otros mediadores, y sus sistemas de referencias tradicionales o domésticos, las personas encargadas del cuidado, y aquellas que dan consejos o generan soluciones (Op. Cit:40).

Para este trabajo, estas trayectorias de atención de las mujeres se ubican en el contexto de ciertas transiciones o acontecimientos cruciales de las trayectorias reproductivas de las mujeres (Berrio y Sánchez, 2014), tales como el inicio de la vida sexual activa (IVSA), el inicio de la vida conyugal (IVC), inicio de la maternidad, implicando elementos tales como el número total de gestaciones, el tipo de atención obstétrica utilizada en el embarazo y parto, el lugar de resolución del evento obstétrico, y el inicio de uso y tipo de métodos de anticoncepción (Op.cit:214).

Mediante la detección de elementos recurrentes en estas trayectorias de atención procuré reconstruir un perfil genérico de formas de “entender y atender” el embarazo y el parto, en el entendido de que conocerlas resulta importante para entender los usos dados a esas formas de atención, su lógica (Osorio, Op.cit) y las consecuencias de que algunas de estas formas de atención sean marginadas, excluidas o subordinadas en el sistema de salud pública.

La misma estrategia de detección de elementos recurrentes fue aplicada para detectar posibles limitantes de la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de la atención (ONU-CoDESC, 2000), los que luego recuperé en términos agregados y sistematicé, con lo que pretendí dar una idea de la frecuencia relativa de cada uno de ellos en la muestra de entrevistas.

El hecho de que todas las mujeres entrevistadas hayan logrado un acceso a la atención<sup>2</sup> supone un sesgo insoslayable en la muestra. Por este motivo opto por hablar de limitantes “efectivos o potenciales”, dado que lo que intenté explorar fueron, por una parte, las *dificultades actuales o pasadas* para que estas mujeres accedan a la atención y por otra, una vez que esta se consumaba, conocer aquellos elementos evaluados como negativos o poco aceptables para las mujeres usuarias

---

<sup>2</sup> Las entrevistas fueron hechas a mujeres que ya estaban en el refugio del HMJM o bien siendo visitadas por una unidad del programa PFAM.

del HMJM. Por lo tanto, la frecuencia de aparición de posibles limitantes en el plano la atención no es indicativa de su grado de limitación en términos absolutos, dado que estos se encuentran sobrerrepresentados, frente a las limitantes de tipo estructural<sup>3</sup>.

En el caso de las entrevistas a mujeres indígenas, el volumen de entrevistas y el registro a partir de las mismas de ciertos elementos recurrentes que remiten a los objetivos de investigación pretende compensar el carácter a veces poco profundo de los testimonios, debido a que se trató de condiciones dificultosas para construir un rapport por mi posicionamiento en el campo como sujeto masculino, extranjero, no indígena ni hablante de lengua indígena. Debido a ello, no siempre me fue posible contextualizar las experiencias relatadas con la misma cantidad de información en términos de condiciones sociales, económicas, educativas y de género así como de infraestructura y ubicación geográfica en las que viven las mujeres. Fueron pocas las ocasiones en las que pude volver a profundizar una entrevista con alguna de ellas, debido a que no siempre existía rapport y a que muchas veces ya no se encontraban disponibles para un segundo intercambio.

Por otra parte mi posicionamiento en el campo también supuso ventajas, ya que me facilitó ser percibido como un sujeto foráneo poco implicado con los actores sociales locales, habilitando en algunos casos un mayor grado de confianza para construir el rapport. La paciencia, empatía, y humor fueron grandes aliados para romper la tensión que provocaba mi acercamiento frente a las distancias de género, culturales, lingüísticas y nacionales que nos separaban.

Finalmente, las primeras entrevistas fueron menos sistemáticas que las últimas, debido a ciertos desajustes en mis instrumentos de investigación que recién pude afinar hacia el final del trabajo de campo.

### **3. Acceso al trabajo de campo**

Habiendo hecho contacto con el HMJM por medio de las redes sociales de la institución, logré la autorización verbal de la directora de este para llevar a cabo la investigación, tomando como objeto inicial de estudio las relaciones entre y curadores tradicionales y biomédicos. Al llegar a Jesús María fui muy bien recibido y en contraste con lo conversado en las semanas previas, se me ofreció alojamiento en el hospital desde el primer día y durante los cuatro meses que duró mi trabajo de campo: desde septiembre hasta diciembre de 2023. Primero, la directora del HMJM me ofreció

---

<sup>3</sup> El hecho de que existiendo fuertes limitantes estructurales en muchos casos la atención igualmente se haya concretado es igualmente indicativo de que la vulnerabilidad estructural no es autoactuante, sino relacional y situada (Muñoz, 2024).

quedarme en el sector de vivienda de los curadores tradicionales, pero debido a que circunstancialmente se encontraba cerrado durante el fin de semana en el que ingresé al hospital, fui reubicado en la vivienda de los médicos residentes.

Esta reubicación significó una oportunidad de conocer el punto de vista de los médicos más jóvenes, de menor experiencia y carácter más transitorio en el hospital, pero también aquellos sobre quienes pesa la mayor carga laboral. Durante este período de convivencia pude conocer por una parte las condiciones habitacionales privilegiadas que estos residentes tenían en comparación a las de los curadores tradicionales. El sector de residentes había sido remodelado a nuevo por la nueva gestión del IMSS-Bienestar, con aire acondicionado en los dormitorios, una gran televisión y refrigerador, entre otras comodidades. Estas condiciones de vivienda eran la excepción para el personal médico del HMJM, ya que con al llegar el IMSS-Bienestar, a la mayoría de los médicos y enfermeros del HMJM no se les permitió más residir dentro del hospital y debieron alquilar en sus alrededores.

Entre las cosas que más me sorprendieron de la convivencia con este grupo de residentes fue su estilo de vida, más cercano al de un viaje de egresados de preparatoria que a una estancia de prácticas laborales, dado el gran consumo de alcohol, comida chatarra y el recurrente clima de “fiesta” que generaban. Entre sus comentarios cotidianos, destaco el uso burlón del término “corita” para referirse a los naayeri, frecuentemente implicando alguna relación romántica entre alguno de ellos y un hombre o mujer indígena. La “gracia” implicada de esto se basaba en la asunción de que un vínculo romántico interétnico entre cualquiera de ellos y un naayeri era risible (e indeseable). Otro tipo de comentarios hacían referencia a la escasa higiene de los naayeri (frente a los wixárika, postulados como más limpios), su poligamia, el descuido de su propia salud o la de sus hijos o su “vagancia” e irracionalidad, entre otras apreciaciones.

Asimismo fue interesante contrastar los comentarios críticos de los varones residentes hacia el machismo de los naayeri con el caso omiso hecho que esos mismos varones hacían a los pedidos de limpieza y orden básicos de la única mujer residente, los comentarios acerca de su humor en relación al período menstrual, o como en una ocasión aquellos le subieron a esta una historia a Instagram en tono jocoso por estar comiendo una lata de atún y no haberse cocinado a sí misma. Del mismo modo, las burlas de los residentes sobre el pensamiento mágico atribuido a los curadores contrastó con el encantamiento que les producía ver las películas de Harry Potter, donde la magia sí era algo posible, maravilloso y digno de ser apreciado. Finalmente, fue interesante apreciar como

el único residente que negaba la atención en la guardia y derivaba sistemáticamente a la consulta estaba siempre absorto en su celular y consumía sistemáticamente películas del género “gore”. Esto llamó mi atención en términos de la correlación entre sus prácticas inmersivas de consumo tecnológico con contenido deshumanizante, su falta de comunicación con las demás personas (incluidos sus compañeros) y su nula empatía con los pacientes, a los que sistemáticamente atendía mal y/o negaba la atención.

A lo largo del mes y medio que pasé entre los residentes, mi presencia fue causando una tensión cada vez mayor que produjo algunos roces de convivencia, ya que no estaba claro mi función o mi rol en el hospital para ellos. Posteriormente, debido que a nuestros diferentes horarios de trabajo y el constante ajeteo del dormitorio de estos no me estaba permitiendo descansar, la directora del HMJM me trasladó a un cuarto individual, donde viví durante los dos últimos meses de trabajo de campo.

La mayor parte de la información utilizada para esta investigación se basa en diez entrevistas hechas médicos, catorce enfermeros, un radiólogo, dos farmacéuticos, dos psicólogos y una psicóloga del hospital, dos trabajadoras sociales, y tres promotores de salud del programa PFAM. Respecto a los curadores tradicionales, realicé dos entrevistas con el hierbero del HMJM, dos con la partera del HMJM, nueve con parteras de diferentes comunidades de mujeres que asisten al HMJM y una con un curandero del barrio de Guadalupe, cercano al HMJM.

Por el lado de las mujeres que utilizan los servicios públicos de salud (HMJM, PFAM y UMR), entrevisté a más de 50 de ellas, de edades muy variables (de 18 hasta 60 años) en diversos contextos. Inicialmente me dirigí a las colonias cercanas al HMJM para entrevistar a las parteras locales y en esa tarea di también con sus hijas y nietas, usuarias de los servicios de salud con quienes pude conversar sobre sus experiencias de atención en el HMJM, la Casa AME y los distintos recursos para la salud que utilizaban. Un segundo grupo de entrevistas fue realizado a mujeres que estaban esperando en la sala de espera de los médicos tradicionales del HMJM para atenderse con la partera que estaba trabajando allí. El tercer y más nutrido grupo de entrevistas fue hecho a las mujeres embarazadas y a sus acompañantes en la explanada del HMJM o en la cocina de “Casa AME”. Finalmente, una serie de 15 entrevistas a mujeres fueron realizadas en las casa de salud de distintas comunidades que fueron visitadas con el programa PFAM/Caravanas y en la UMR de la localidad de Linda Vista. En este caso, fue de gran ayuda la presentación que hizo de mí el promotor de salud frente a ellas, quienes en su gran mayoría accedieron a ser entrevistadas.

Como forma de presentación ante las usuarias, les comuniqué que era un estudiante que investigaba la problemática de la muerte materna en el HMJM. En la sala de espera, al no tener intermediario o “portero”, muchas veces la entrevista no prosperaba o era respondida con monosílabos. Por el contrario, las entrevistas a las usuarias o parteras llegando a sus casas de improviso fueron siempre buenas experiencias en las que las entrevistas discurrieron con fluidez. En la Casa AME, pese a que fui presentado ante las mujeres el primer día por la trabajadora social del HMJM, y por una de las coordinadoras del refugio “Casa AME”, se repitió la situación de evasión a las preguntas, sobre todo porque el flujo de mujeres era constante y las embarazadas “nuevas” que llegaban no sabían quién era yo.

También entrevisté dos veces al equipo de asesoras en violencia de género ubicado en la Presidencia Municipal de El Nayar y a un empleado de la misma dependencia. Otras entrevistas fueron llevadas a cabo con el director del CCPI del INPI de Jesús María y una locutora de la radio “La Voz de los 4 Pueblos”. en total contabilicé más de 70 entrevistas formales durante el trabajo de campo y muchas otras informales, es decir, conversaciones cotidianas no enmarcadas en la situación de entrevista.

Apliqué algunos principios éticos, como el consentimiento escrito firmado en el cual se detallaba que se mantendría el anonimato de los participantes, se utilizaría el material recabado exclusivamente para fines de la investigación y se podría abandonar la entrevista en cualquier momento o negarse a hacerla. En las entrevistas con las mujeres usuarias de los servicios de salud, el acercamiento fue mucho más dificultoso. Si bien en la totalidad de los casos se hicieron en español y sin un traductor, en muchos casos las mujeres se negaban a iniciar una conversación y un papel firmado las habría terminado de disuadir. Por este motivo, en estos casos la información de las condiciones y el consentimiento fue dado verbalmente. En todos los casos, las grabaciones se hicieron con consentimiento explícito de los y las participantes.

En términos de las observaciones hechas, fueron tanto de tipo no participante como participante. Las primeras se hicieron dentro del HMJM en base a guías de observación que indicaban el día y la hora de la observación, la cantidad de personas observadas, su género, el sector que asistían y las interacciones que mantenían entre sí y con el personal de salud. Fueron hechas en diferentes espacios y horarios, durante la mañana y la tarde en las salas de espera tradicional y biomédica durante un período de una a dos horas en forma discontinua a lo largo de todo el trabajo de campo. Dentro de los consultorios fue posible hacer seis observaciones durante las consultas

médicas: cuatro en las de medicina familiar y dos durante controles prenatales. Sin embargo, estas observaciones fueron interrumpidas por considerar el personal del IMSS-bienestar que mi presencia podía asustar a las mujeres o causar la ira de sus maridos, lo cual en sí mismo se constituyó en un dato a incorporar al análisis.

Durante el primer mes y medio hice observación participante al convivir con los médicos residentes del hospital en su área habitacional, compartiendo todo tipo de actividades cotidianas, la mayor parte de ellas fuera de su horario laboral. Como instancias complementarias, observé y participé activamente de tres talleres y charlas sobre violencia de género y derechos de las mujeres, organizados por la presidencia municipal y por el Instituto Nacional de la Mujer y también asistí como participante a la fiesta del 31 aniversario de la radio “La Voz de los cuatro pueblos”, del INPI CCPI “Jesús María”. También durante dos días hice observación participante de la consulta médica de mujeres embarazadas con dos enfermeras en una Unidad Médica Rural de Linda Vista.

Finalmente, hice observación participante de las situaciones de atención a mujeres por parte de un equipo del programa PFAM-Caravanas compuesto de un promotor de salud y una enfermera en sus visitas de atención a ocho localidades de la zona, las cuales acompañé durante 5 días, hacia el final de mi trabajo de campo.

#### **4. Estructura de la tesis**

En el primer capítulo ubico en términos históricos y políticos el problema de investigación dentro del vasto tema de la interculturalidad en la salud en México. Reviso brevemente el indigenismo integrativo, la transición hacia el indigenismo “participativo” y la situación actual de las políticas estatales de reconocimiento e integración dirigidas a las poblaciones indígenas en el campo de la salud y la partería tradicional. Luego contextualizo el trabajo dentro del campo de estudios de la atención de la salud materna a los pueblos indígenas, la violencia obstétrica y las relaciones entre la biomedicina y la partería tradicional.

El segundo capítulo tiene como objetivo ubicar política, histórica y espacialmente a la institución del HMJM, reconocer su doble origen estatal e indígena y en la segunda parte describir los aspectos, sociales, económicos, culturales y sanitarios que constituyen las dimensiones de desigualdad y violencia estructural más relevantes para este problema de investigación.

El tercer capítulo tiene por objeto describir y analizar las relaciones de hegemonía y subalternidad establecidas entre médicos y parteras tradicionales, describiendo sus respectivos

perfiles y la normativa institucional que regula sus prácticas y relaciones laborales mutuas. Finalmente, abordo las transacciones entre las formas de atención biomédica y tradicional en términos de subordinación, control y certificación, reconstruidas a partir de representaciones de médicos y parteras tradicionales dentro del HMJM.

En la primera parte del cuarto capítulo analizo las condiciones de adecuación comunicativa del HMJM en términos de interculturalidad y sus consecuencias limitantes de la aceptabilidad del servicio de salud para la población. En su segunda parte, recupero las principales representaciones del personal biomédico del HMJM sobre la población indígena, con el fin de vincularlas con prácticas de atención que constituyen formas de violencia obstétrica, racismo, negaciones de atención y otros elementos del orden de la comunicación que pueden operar como limitantes de aceptabilidad y calidad del servicio.

En el quinto capítulo procuro mostrar cómo las diferentes condiciones estructurales, institucionales e interculturales referidas en los capítulos previos pueden incidir sobre las trayectorias de atención de las usuarias del HMJM en formas que resultan de importancia en términos de salud y riesgo de muerte materna. Para ello, reconstruyo las representaciones de las mujeres sobre sus propias trayectorias de atención, identificando aquellos factores que influyeron o podrían haber influido en aquellas.

# CAPÍTULO 1 – LA ATENCIÓN INTERCULTURAL DE LA SALUD MATERNA

Este trabajo se centra en las relaciones interculturales que se dan entre las usuarias indígenas, con sus propias prácticas de atención, los proveedores de salud biomédicos y las parteras tradicionales indígenas. Al analizar dichas relaciones en términos de hegemonía y subalternidad utilizo principalmente el marco teórico conceptual del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1992), así como para hacer lo propio con las distintas transacciones que se producen entre estos tres tipos de actores durante el proceso de atención.

Otro concepto fundamental que subyace a los análisis realizados a lo largo de esta tesis es el de interculturalidad (Walsh, 2010) y particularmente su adaptación al campo de la salud por Ana Rita Castro (2021) en términos de un espectro de tres tipos posibles de relaciones interculturales que modelan (y podrían modelar) las políticas interculturales en la gestión de la salud. El primero de estos tipos es la “Interculturalidad en salud como equilibrio”, consistente en considerar a la interculturalidad como algo que únicamente remite a aspectos culturales (y no de desigualdad en términos de poder) así como cuestión dada, inherente a cualquier situación social. Este tipo supone una bipolaridad y antagonismo entre el sistema biomédico y el tradicional y busca “armonizar las tensiones” hasta lograr un equilibrio entre ambos sistemas de saberes y prácticas (Castro, Op.Cit.: 543).

Un segundo abordaje posible es el de la “interculturalidad en salud y equidad”, que considera las inequidades e injusticias que sufren los indígenas en el acceso y atención a la salud, colocando su acento en un “desfasaje entre saberes” entre las prácticas tradicionales y las de la biomedicina, nuevamente desde una visión que reduce la desigualdad a la cultura o se la atribuye como causa (“los indígenas son pobres/ignorantes debido a su cultura”). El acento de estas políticas se coloca en la “reducción de brechas” como paliativa de instancias particulares, sin cuestionar el orden social dominante en el que se inscriben y debido al cual se producen, vinculándose esta vertiente en salud con la interculturalidad funcional de Walsh (Ibidem).

Finalmente, el enfoque de “Interculturalidad en salud y desigualdad social” considera que la categoría central para discutir la interculturalidad es la desigualdad (Op.Cit.:546) ubicada a nivel

estructural en las relaciones económicas, políticas y culturales que sostienen los distintos grupos entre sí y que son las causantes de las inequidades en salud observadas.

### **1.1. El indigenismo integrativo y el participativo: la interculturalidad en la salud en México**

Las políticas interculturales de atención a la salud en México tienen una historia de casi un siglo que comienza con el período indigenista posrevolucionario (1930-1970), de orientación integrativa - aculturativa (Menéndez, 2022:10). En este período el Estado mexicano percibía la diversidad cultural de la población como manifestación de un atraso, fragmentación, dispersión y heterogeneidad que no encajaban con un proyecto nacional identificado con la modernidad. Por ello, dicho Estado postulaba un horizonte de integración y homogeneización cultural a partir de políticas cuyo principal instrumento era la aculturación. En palabras de José de Vasconcelos, se trataba de: “poner la cultura al alcance de todos, pero también de dar a todos la misma cultura” (Oehmichen, 1999:62).

En su agenda sanitaria, el gobierno revolucionario abordó la grave situación de las poblaciones indígenas<sup>4</sup>, excluidas de los servicios de salud, pero lo hizo de acuerdo al paradigma positivista vigente y sin considerar los factores sociales determinantes de la presencia o ausencia de salud (Aguirre Beltrán, 1980:35). Será el Presidente Lázaro Cárdenas quien procure saldar esa deuda con la creación del Departamento de Asuntos Indígenas y la Escuela Nacional de Medicina Rural, en dependencia del Instituto Politécnico Nacional (IPN). Esta última tenía el propósito de producir médicos para el trabajo social considerando los factores sociales que influían en la salud y la enfermedad y por ello fue muy resistida por la corporación médica, que terminó reduciéndola a una escuela médica de tipo general (Aguirre Beltrán, 2016:69).

En el Primer Congreso Indigenista Interamericano de Pátzcuaro en 1940 se formuló la “necesidad imperiosa de conocer al otro indígena” lo cual, lejos de manifestar reconocimiento o respeto hacia las formas indígenas de conocimiento y curación, fue considerada una condición de eficacia de las políticas salubristas. Se trataba de, a partir del conocimiento de los esquemas culturales e interpretativos indígenas, inculcar “buenas costumbres culturales”, tales como el conocimiento sobre las causas científicas de las enfermedades (Aguirre Beltrán, 1980:41-42). En

---

<sup>4</sup> La “situación sanitaria pavorosa” en la que vivían las poblaciones indígenas fue resumida en 4 problemas fundamentales: su aislamiento como centro de todos los males, la economía agraria que “hundía al indio en la pobreza”, la ausencia de escolarización y la falta de médicos profesionales que los auxilien frente a “la acción destructora de bacterias y parásitos, ante los cuales resultan impotentes sus brujos y sus Santos” (Othón de Mendizábal, en Aguirre Beltrán, 2016: 67).

un abordaje social pragmático, estratégico y paternalista primaba, como hasta el día de hoy, una concepción biologicista de la salud, con un interés y curiosidad renovadas por la influencia de las creencias, rituales y mitos, que otorgaba un cariz de respeto, tolerancia y relativismo cultural (Ibidem).

Al considerar inevitable el proceso de avance de la sociedad capitalista, el contradictorio rol que le cabía a las políticas indigenistas integracionistas era también el de compensar las desigualdades de los pueblos indígenas y preservar sus identidades culturales y lenguas. De allí la implantación de “centros coordinadores” institucionales en cada una de estas regiones interculturales, para favorecer el desarrollo económico, sanitario y educativo bilingüe de los grupos étnicos (Aguirre Beltrán, 1988:142-155, 175). La función del INI, al menos en teoría, era integrar las regiones culturales dispersas a través de los centros coordinadores y así por un lado romper la dependencia de cada una de ellas con las ciudades “señoriales” o “cabeceras” y por otra parte generar integración regional económica donde no la había, abriendo el paso a la modernización industrial en estas regiones y convirtiendo las relaciones de casta indígenas en relaciones de clase (Oehmichen, Op.Cit.: 71).

En síntesis, este gran primer período estuvo marcado por el afán de integrar a los pueblos indígenas en forma unilateral mediante la negación, en la práctica, de su autodeterminación política y social y el borramiento de sus características identitarias propias. Esta perspectiva excluía la consideración de la medicina tradicional indígena (en adelante, MTI) como un recurso para la salud (Zolla, 1983) respecto al cual las comunidades indígenas demandaban reconocimiento y derecho a la praxis; por el contrario, la mayoría de las veces la MTI fue vista como un escollo para el proceso de modernización.

A partir de la falta de reconocimiento y el verticalismo autoritario del indigenismo integrativo, entre los años sesenta y setenta las organizaciones indígenas de base, junto a intelectuales indígenas y proindígenas, impulsaron la lucha por la reivindicación y el reconocimiento nacional de la MTI, tanto en base a su valor cultural e identitario como político, constituyéndola en ocasiones en elemento diferencial de cara a reclamos territoriales, político-económicos e ideológicos (Stavenhagen, 2013:36, Menéndez, op.cit:3).

A nivel internacional, la Resolución 1514 de la ONU estableció la libre determinación de los pueblos y luego en 1978, la Declaración de la OMS en Alma Ata, promovió “la atención primaria

como estrategia para la ampliación de la cobertura de servicios de salud, utilizando los recursos de la comunidad, entre ellos los de los MTI” (Duarte-Gómez, 2004:7, en Jacobo Herrera, 2013).

Bajo este influjo se fue produciendo un viraje en las políticas nacionales en salud hacia los pueblos indígenas, reflejado en la ampliación de la noción de “recurso para la salud” (Zolla, Op.Cit.), que quedó plasmada en el Programa Nacional de Interrelación de la Medicina Tradicional indígena del IMSS-COPLAMAR. Este programa fue creado junto a la Unidad de Investigación Biomédica en MTI y Herbolaria del Instituto Mexicano del Seguro Social (UIMH-IMSS), puesto en funcionamiento por primera vez en Chiapas en 1981 en forma piloto y luego extendido a escala nacional (Zolla, 2011:211). Entre sus acciones se cuentan el censado de los recursos para la salud disponibles en el país (incluyendo a los distintos curadores y parteras tradicionales, concebidos como recursos humanos), la formación del personal de salud en MTI, el estudio científico y la clasificación de las especies vegetales utilizadas por la misma, la sistematización de las enfermedades tradicionales más importantes y la elaboración de esquemas de colaboración y criterios de atención unificados para médicos alópatas y tradicionales (Op. Cit:216-220).

En 1989 la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) de la ONU emitió el Convenio 169, sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, que incluye una breve pero clara sección sobre salud, en la cual se especificó la consideración hacia los métodos tradicionales de atención a la salud en la implementación de políticas sanitarias hacia estas poblaciones, siendo ratificado por México en 1990. Con este antecedente y en continuidad con el mencionado programa del IMSS-COPLAMAR se produjo en 1990 la conversión del Hospital de Cuetzalan en el primer “Hospital Mixto” de México, bajo la dirección de los antropólogos Arturo Warman y Carlos Zolla desde el área de salud del INI<sup>5</sup> (Jacobo, 2013:72). En él se incorporó por primera vez a curadores tradicionales indígenas junto a médicos alópatas dentro de una misma institución pública de atención a la salud, de acuerdo a un modelo de atención articulado al programa de salud regional que abordaba problemáticas comunitarias (Zolla, op. cit.: 228).

Será este primer Hospital Mixto el que fungirá de modelo para la conformación de otras unidades semejantes (Campos Navarro, op.cit.) y apenas 6 años después, en 1996, en el contexto de la declaración como parte de la iniciativa del Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000

---

<sup>5</sup> Carlos Zolla fue el encargado también de corporativizar a los curadores en organizaciones y organizar congresos a nivel nacional (Oaxtepec) e internacional (Ciudad de México) de médicos indígenas tradicionales (Roberto Campos Navarro, comunicación personal)

del Gobierno Federal, se creó el Hospital Mixto de Jesús María, ubicado en la cabecera municipal de El Nayar, en el estado de Nayarit.

En 2002 la Secretaría de Salud desplazó al INI de su rol coordinador de los programas de interculturalidad en salud, creándose la Dirección de Medicina Tradicional Indígena y Desarrollo Intercultural (DMTDI) a fin de dar respuesta a una estrategia del Programa de Salud y Nutrición para el Pueblo. Esta dirección se coordinó con la propia Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto Nacional Indigenista – Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (INI-CDI), la Universidad Autónoma de México (UNAM) y el Instituto Politécnico Nacional (IPN), entre otras instituciones, para elaborar políticas públicas en esta área. Esta dirección apuntó a lograr la coordinación de acciones con el actual programa IMSS-Solidaridad, el cual desarrolló desde entonces un programa de interrelación con la MTI (Secretaría de Salud, 2022:1). De esta forma, la “interculturalidad” pasó a ser el marco característico de las políticas de salud que promueve esta Dirección, uno caracterizado por la horizontalidad, el respeto a la diferencia, la sinergia y el enriquecimiento mutuo entre culturas diversas (Almaguer González et al, 2014:164).

Entre las acciones que realiza la DMTDI destacan la elaboración de un marco conceptual y legal sobre la MTI como derecho cultural de los pueblos indígenas definido en la Constitución Mexicana, la creación de una iniciativa de capacitación para los Servicios Estatales de Salud y la elaboración de una primera propuesta de programa de MTI llamada “Fortalecimiento y relación intercultural con la Medicina Tradicional Indígena” (editado en 2005) con guías de implantación actualizadas (Secretaría de Salud, 2022). Asimismo, la dirección llevó a cabo una vinculación con organizaciones indígenas relacionadas con los servicios de salud, con organizaciones vinculadas con los proyectos del INI y CDI y con investigadores del Instituto Nacional de Antropología e Historia, INAH y del IMSS relacionados con los remedios herbolarios (Zolla, Ibidem).

A pesar de estos esfuerzos, en documentos actuales de la DMTDI (Secretaría de Salud, 2022) se pone de manifiesto la oposición y los boicots sistemáticos de la Secretaría de Salud a la aplicación de las iniciativas que crea esta dirección, evidenciados en la falta de financiamiento, la desidia y el abandono hacia las actividades propuestas y programas de este organismo, que van desgastando a las organizaciones indígenas y haciendo que merme el interés en aquellas (Menéndez, 2022: 12,15).

## **1.2 Las políticas de salud estatales frente a la partería tradicional**

Las parteras tradicionales han tenido una importancia fundamental para la atención de los partos en México hasta comienzos de los años 70, momento en el que un 63% de todos los partos registrados eran atendidos en forma doméstica, tanto por parteras como por familiares de las parturientas (Zolla, 1983, Sepúlveda, 1993). En 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) promovió el reconocimiento, el entrenamiento e incorporación de las parteras tradicionales en de los sistemas públicos de salud y aún en la década de los noventa la organización “Iniciativa por la Maternidad Segura” les reconocía un rol importante, en términos de identificación y derivación de las urgencias obstétricas con el fin de prevenir las muertes maternas (Mahler, 1987, en Sesia y Berrio, 2024:171).

Hacia fines de la década de los noventa se produjo un giro en la estrategia para la reducción de la muerte materna a nivel internacional, al reconocer el Comité Inter agencial la importancia mayor del acceso universal a la atención obstétrica de emergencia, en contraste con la perspectiva previamente vigente, que ponía el énfasis en los controles prenatales para la reducción del riesgo. Este cambio se dio al reconocerse el carácter fundamentalmente impredecible de las complicaciones obstétricas, que condujo a relativizar la importancia de los controles prenatales para lograr la disminución de la muerte materna y fue acompañado por la exigencia de que tanto el reconocimiento de los signos de alarma, derivación y atención de las urgencias obstétricas fuese realizado exclusivamente por “personal calificado” (Sesia y Berrio, 2024:171). Ahora bien, esta categoría de atención calificada incluyó a los médicos, enfermeras y parteras profesionales formados desde la biomedicina y excluyó a las parteras tradicionales indígenas de los programas de salud internacionales, al considerarse que su entrenamiento no era efectivo para ninguna de estas tareas. Es por ello que al finalizar el segundo milenio la OMS les retiró el financiamiento a los programas de entrenamiento de parteras, instando a que ese rol sea cumplido únicamente por personal biomédico (ibidem).

Sesia y Berrio (2024) señalan que esta exclusión de las parteras tradicionales de la atención calificada del embarazo y el parto se encuadró en las "metas del milenio", una de las cuales es la reducción de la muerte materna. No obstante, argumentan que esta decisión se fundamentó en muy pocos estudios de evidencia no conclusiva, frente a la existencia de otras investigaciones que mostraban la efectividad del entrenamiento de las parteras tradicionales para la detección de signos de riesgo y derivación subsecuente de las mujeres. Por ello, concluyen que esta decisión de política

sanitaria respondió a criterios ideológicos propios del modelo médico hegemónico, más que a conclusiones derivadas del conocimiento científico basado en la evidencia (p.173).

Por otra parte, debe señalarse que este giro de una atención etno-obstétrica a una bio-obstétrica fue acompañado de un aumento de prácticas iatrogénicas como la cesárea, que representa actualmente un 46% de todos los partos (ENADID, 2015, en Berrio Palomo, 2024), lo cual triplica la tasa considerada aceptable por la OMS. También ha producido otros efectos negativos, como la sobre medicalización de los partos normales, el abandono de una perspectiva centrada en la mujer y la aparición de tratos violentos e irrespetuosos hacia las mujeres parturientas. Todas estas consecuencias son encuadrables dentro la episteme “violencia obstétrica” (VO), que constituye un rasgo estructural y sistémico del sistema de salud (Sesia, 2020, Herrera Vacafior, 2020).

La resultante de este proceso histórico de desplazamiento de la partería tradicional es la existencia de una brecha entre un marco normativo nacional constitucional e internacional que reconoce el derecho al ejercicio de la medicina tradicional (incluida la partería) y otro que rige la provisión de atención en salud materna y perinatal que es reclamado y ejercido por los agentes estatales de salud, representantes del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1984). Como señalan Sesia y Berrio (2024): “Aquí, la relación entre parteras y personal de salud se construye produciendo, reproduciendo y profundizando a nivel ideológico, técnico y práctico la subordinación, invisibilización y hasta exclusión de las primeras y la reafirmación de la hegemonía de los segundos, aun si esto sucede como procesos no siempre lineales y a veces fracturados.” (p.151)

Así, la efectivización del derecho al ejercicio de la partería tradicional quedó en un “limbo” existente entre dos órdenes normativos contradictorios que encarnan posiciones de hegemonía y subalternidad en el campo social, dejando a las parteras tradicionales en una situación de vulnerabilidad estructural y de precariedad aún mayor a la que sufre el resto de los agentes de la salud (Op. Cit:152).

### **1.3 Estudios sobre salud materna en mujeres indígenas**

El hecho de que desde el siglo pasado existan recursos tecnológicos y científicos que podrían evitarla, configura a la muerte materna como una violación a los derechos humanos (Freyermuth,

2014: 22, Sesia, 2013). Desde posturas culturalistas<sup>6</sup> se ha afirmado frecuentemente que los mayores niveles de muerte materna en las poblaciones indígenas se deben a las preferencias culturales que estas poblaciones tienen por el parto doméstico y al uso de parteras tradicionales (Aguirre Beltrán, 1955; Kelly, 1955; Villa Rojas, 1955; Sullivan, 1969; McClain, 1975; Arias & Keller, 1976; Cosminsky, 1977a; 1977b; 1978; 1986; Zolla & Castañeda, 1989; Freyermuth, Garza & Ico, 1990, Sesia, 1992; 1996, en Sesia, 2011:263). Esta asunción niega los múltiples niveles de desigualdad arraigados en la sociedad mexicana que determinan las muertes maternas en las zonas indígenas de alta marginación, lo que se evidencia en el hecho de que las mujeres embarazadas pobres, rurales, marginadas e indígenas enfrentan un riesgo de morir entre 2 y 10 veces mayor que el resto de las mujeres mexicanas (Sesia, 2017:2), así como en el de que el 99% de las muertes maternas ocurren en países en vías de desarrollo (Royston y Armstrong, 1989).

De acuerdo con el reconocimiento de los determinantes sociales y estructurales de la salud, desde el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966 — al que México se adhirió el 23 de mayo de 1981 (CNDH, 2012)—, se reconoce que es responsabilidad de los Estados otorgar servicios de salud para la atención materna y perinatal. En la Observación General 14 publicada por la ONU en el año 2000, referida a la aplicación de este Pacto Internacional, se definen 4 elementos esenciales y entrelazados que garantizan “el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (ONU-CoDESC, 2000).

El primero de estos cuatro elementos es la “disponibilidad”, entendida como la existencia de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, programas y centros de atención con personal capacitado e insumos. En segundo lugar, se encuentra la “accesibilidad”, definida en términos de posibilidades reales de acceso universal a los establecimientos, bienes y servicios de salud, y compuesta de cuatro dimensiones: no discriminación; accesibilidad física, accesibilidad económica o asequibilidad y acceso a la información. El tercer elemento, particularmente relevante para este trabajo, es la “aceptabilidad”, entendida como el respeto de la ética médica y de la cultura de las personas, minorías, pueblos y comunidades desde los servicios de salud, adoptando la perspectiva de género y generacional. Por último, la “calidad” se refiere a la naturaleza idónea desde el punto de vista científico y médico, de los establecimientos, bienes y servicios de salud (ONU-CoDESC, 2000, en Freyermuth et al, 2024:93). Son las múltiples y

---

<sup>6</sup> Tales posturas culturalistas, en tanto ubican la desigualdad y los problemas de salud en el “locus” de la cultura en un sentido más bien simbólico, permean fuertemente el sentido común de los propios actores sociales, especialmente del personal de salud, como mostraré en este trabajo.

recurrentes formas de no cumplimentación de estos cuatro elementos abordadas en este trabajo las que se constituyen como limitantes a la atención de la salud materna de las mujeres indígenas.

Cada una de las dimensiones ligadas a limitantes de la atención que describiré a continuación (la clase, el género y la etnicidad) posee su especificidad en términos de las desigualdades estructurales con las que se vincula, multiplicando sus efectos sobre las trayectorias de atención de las mujeres al superponerse. Dicha incidencia sobre los procesos de enfermedad, atención y desatención de la salud (Hersch y Salamanca, 2021) es abordable bajo la categoría de “vulnerabilidad estructural”, entendida como la intersección entre la violencia estructural y la vulnerabilidad social (Hart y Bourgois, 2011 en Muñoz y Sesia, 2024). Es necesario considerar que esta vulnerabilidad estructural no es producto de una estructura sin sujeto y sin agencia, sino que es producida relacionamente, articulándose en instancias particulares las representaciones y prácticas de sujetos que vulneran y sujetos vulnerados (Muñoz, 2024:18), recaudo teórico-metodológico que previene caer en un uso de la categoría como autoactuante, prescriptiva y normativa, en vez de constituirla como una herramienta de análisis y de denuncia (Gamlin, 2024).

### **1.3.1 La dimensión económica como factor limitante del acceso a los servicios de salud**

En México, la muerte materna se concentra principalmente en dos grupos poblacionales. En primer lugar, en mujeres de escasos recursos habitantes de zonas urbanas o suburbanas, (principalmente en Ciudad de México y Estado de México). Por otra, en mujeres rurales, indígena y pobres, ubicadas en su mayoría en localidades pequeñas y aisladas, sin acceso real (geográfico, social o económico) a servicios de emergencia obstétrica de capacidad resolutiva (Sesia, 2009:44). El factor común entre ambos grupos es la escasa disponibilidad de recursos económicos de quienes se ven más afectadas y el “rezago social”<sup>7</sup> de estas poblaciones, elementos que definen su posición de clase.

En efecto, a nivel nacional, las poblaciones indígenas se encuentran entre las más rezagadas y por ende las más afectadas en su acceso a la Atención Obstétrica de Emergencia (AOE) y a la muerte materna (Freyermuth, 2024, Bautista Jiménez y Lopez Arellano, 2017, Sesia, 2009). A nivel global, esta dimensión de clase se reproduce entre países centrales y periféricos, ya que las

---

<sup>7</sup> El Rezago Social es un índice elaborado por la CONEVAL que resume indicadores agregados del acceso a ciertos derechos sociales de las personas y de sus bienes en el hogar para diferentes desagregaciones geográficas (entidades federativas, municipios y localidades). Permite dar seguimiento a indicadores relacionados con cuatro dimensiones señaladas en la Ley General de Desarrollo Social (LGDS): rezago educativo; acceso a los servicios de salud; calidad y espacios de la vivienda; servicios básicos en la vivienda. En forma adicional, se incorporan indicadores referentes a los bienes del hogar.

diferencias entre países de diferentes niveles de ingresos se traducen en diferentes niveles y calidades de acceso a la AOE y de Razón de Muerte Materna (RMM), convirtiendo a esta última en un indicador muy fiable del grado de exclusión social y desarrollo de las poblaciones (Holmer et al, 2015:188).

En primer lugar, la dimensión económica opera mediante inequidades estructurales que determinan un acceso desigual a los servicios de salud y el incumplimiento del derecho a recibir una atención oportuna y de calidad para los sectores de la población de menor poder adquisitivo. Estas inequidades están ligadas a las “tres demoras” vinculadas a las muertes maternas: la demora de la mujer y su familia para identificar los signos de urgencia obstétrica y buscar atención médica, la demora ligada a las barreras en el transporte para el traslado de la mujer y la demora producida porque la habilidad y/o capacidad resolutoria de las unidades de salud disponibles es limitada o no ofrecen una atención de calidad (Freyermuth, 2014:33).

En este sentido, si bien una estrategia en el país para disminuir la muerte materna ha sido universalizar el derecho a la atención calificada del parto, Lazcano-Ponce et al (2013) señalan que no existe una correlación visible y directa entre la elevada atención calificada del parto que se ha logrado alcanzar y la RMM. Esto se debe a que, aunque se les haya extendido el derecho a la cobertura y atención universal a las mujeres, persisten una serie de deficiencias en la calidad y alcance del sistema de atención de salud que se les ofrece a estas poblaciones, a las que se les suman las limitantes económicas, de falta de infraestructura y obra pública, geográficas, interculturales y de género que han quedado sin resolver por el Estado en las regiones de población indígena y que explican las muertes maternas (Lazcano et al., 2013, en Bautista Jiménez et al, 2017:45, Sesia, 2011:262, Mejía et al, 2013).

Una forma en la que las inequidades estructurales en el plano de la atención se materializan es a través de la inexistencia de un seguro de salud universal que garantice una atención integral de la salud de calidad en el segundo y tercer nivel de complejidad, llevando a grandes diferencias en la RMM entre mujeres derechohabientes y no derechohabientes en México (Freyermuth, 2014:43). Esta segmentación en la calidad de la atención se vincula con la exclusión del mercado formal de trabajo de las clases bajas y particularmente de las mujeres indígenas, lo que además de privarlas de una atención de mayor alcance y calidad, les implica múltiples gastos adicionales al momento de atender sus embarazos y partos de forma institucional, acceso limitado a la formación en planificación familiar, a métodos de anticoncepción y a la atención de emergencias obstétricas (Sesia, 2017:2).

Asimismo, la ocurrencia de la muerte materna es directamente proporcional al bajo nivel educativo y a la ocupación en labores domésticas, factores asociados a una menor formación y capacidad para la detección de signos de alarma y búsqueda de atención obstétrica oportuna. Esta situación lleva a las mujeres analfabetas a tener seis veces más probabilidades de sufrir muerte materna, así como cuatro veces más y tres veces más si no finalizaron la primaria o la secundaria respectivamente (Calderón et al, 2007:209). Por estos motivos, programas como "Oportunidades" y "Arranque Parejo" han sido valorados positivamente en su potencial para romper el ciclo de la pobreza intergeneracional a través de diversas acciones de intervención de transferencias condicionadas, instancias y espacios de diálogo y capacitación sobre diversos aspectos del embarazo y el parto, sobre todo aquellos orientados a la detección temprana de signos de riesgo y planificación de la AEO (Sesia, 2009).

Finalmente, la dimensión de clase en México opera en forma íntimamente vinculada a la de raza ya que ambas forman parte de una estructura social profundamente jerárquica a partir de la que se establece la valoración, el tipo de trato (Berrio, 2021) y el tipo y la calidad de acceso a la salud que reciben las personas (Sesia y Freyermuth, 2009, Sesia, 2011, Castro, 2015, Bautista Jiménez et al, 2017, Calderón et al, 2007). Según la Encuesta Nacional sobre Discriminación realizada en 2017, en México, los bajos ingresos están relacionados con el color de piel (INEGI, 2018), por lo que la falta de disponibilidad y accesibilidad de la atención médica en términos de discriminación dependiente del ingreso en las regiones indígenas es un ejemplo de racismo institucional (Jones, 2000, Wade, 2018). Este último constituye violencia estructural, ya que implica un perfil epidemiológico con una sobrecarga de mortalidad materna para el caso de las poblaciones indígenas, vinculado a un acceso desigual a bienes y servicios como la atención médica, la educación, la alimentación o la vivienda adecuada (Muñoz y Sesia, 2024:40).

### **1.3.2 La dimensión del género como factor limitante del acceso y la aceptabilidad de la atención**

Una segunda dimensión que puede operar como factor limitante del acceso y también de la aceptabilidad de los servicios de atención a la salud materna es la del género. En primer lugar, las relaciones de poder basadas en el género, el parentesco y los grupos de edad han sido abordadas como factores que operan a nivel intrafamiliar, subordinando el interés de la vida materna a criterios y decisiones de tipo patriarcal, desvalorizando la vida de las mujeres y conduciendo no pocas veces a la muerte materna. En este sentido, se destaca como en muchos casos las mujeres se ven impedidas de acudir a los servicios de salud sin autorización de algún pariente hombre, así como de disponer

familiarmente de los recursos necesarios para trasladarse a los centros de salud y costear los gastos implicados en la atención, sin una autorización masculina (Freyermuth, 2003, ONU, 2008).

En el plano de la atención a la salud, en el que se centra esta investigación, el género ocupa un rol importante, particularmente en relación a la categoría epistémica “violencia obstétrica” (VO). Esta fue elaborada en las últimas décadas con el fin de abordar, analizar, denunciar e intentar transformar un tipo de violencia sistémica que imbrica la violencia institucional con la violencia de género infligida durante el embarazo, parto y puerperio y manifestada en ciertos espacios socio médicos específicos, especialmente en los hospitales del sector público (Sesia, 2020:3-4).

La primera definición de la VO la describe como la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud, manifestándose en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, lo que resulta en la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre los propios cuerpos y sexualidad, afectando negativamente la calidad de vida de las mujeres (República Bolivariana de Venezuela, 2007, en Sesia, Op.Cit.). Ejemplos de VO son la falta de atención oportuna y eficaz las emergencias obstétricas, la obligación ejercida hacia las mujeres para que tengan su parto en posición supina a pesar de contar con los medios para realizar el parto vertical, la obstaculización del apego precoz del recién nacido a su madre sin justificación médica, la alteración del proceso natural de un parto normal mediante medicalización innecesaria, el uso de fármacos para acelerar el parto sin el consentimiento voluntario e informado de la mujer o la práctica de la cesárea sin necesidad y sin el consentimiento voluntario y plenamente informado de la mujer (Ibidem).

Si bien esta definición es útil en términos generales, la VO es una categoría abierta en tanto episteme que permite conceptualizar otras prácticas, tales como las diferentes formas de trato deshumanizado, descuido, abuso verbal y actitudes denigrantes. También los abusos potenciales en la medicalización del evento obstétrico o las prácticas obstétricas que se realizan con frecuencia, aunque no estén basadas en la evidencia científica actualizada (Sesia, 2020:5-6). En este sentido, el estatuto venezolano identifica tres grandes áreas de actuación obstétrica que deben considerarse actos de violencia obstétrica: “el trato irrespetuoso o deshumanizador; la práctica habitual de la sobre intervención clínica y la patologización del evento; y la apropiación del proceso del parto por parte del personal de salud, lo que priva a la mujer de su centralidad y autonomía de decisión (Ibidem).

Siendo una categoría que no es reconocida por la mayoría de las instituciones biomédicas (comenzando por la OMS), la VO pretende disputar la conceptualización de eventos que históricamente han sido categorizados bajo la figura del “maltrato”, “falta de calidad” o de “calidez”, es decir, situados en el terreno de la mala praxis y la anomalía. Al particularizar los eventos de VO como casos aislados de “trato sin respeto y acotándola al momento del parto” (Berrio, 2021:433, 436) las instituciones no ponen en cuestión la matriz institucional que produce sistemáticamente eventos de VO<sup>8</sup>.

Una de las formas de VO que fue registrada en varios testimonios durante mi trabajo de campo y que fue conceptualizada negativamente por las mujeres usuarias del servicio de salud es la referida a las prácticas de consentimiento inducido o forzado de métodos de planificación familiar temporales y permanentes. Lina Berrio (2021) analiza este tipo de prácticas ejercidas sobre mujeres indígenas de la Costa de Guerrero a las que se ha sometido a métodos de anticoncepción familiar sin su consentimiento o se les ha negado cuando su decisión era utilizarlo. Se trata de violaciones a los DDHH vinculadas con violencias estructurales que implican clase, raza, género y lugar de residencia, agudizando su impactos en personas específicas (Berrio, 2021).

Bronfman y Castro en otro contexto histórico (1989) han analizado para América Latina el carácter intrínsecamente coercitivo que han tenido las políticas de planificación familiar desde la década de 1960<sup>9</sup> hasta la de 1980, en términos de las fuertes asimetrías de poder existentes entre proveedores de salud y “poblaciones “objetivo” de esas políticas, así como del autoritarismo médico<sup>10</sup>. Estas asimetrías incluían las circunstancias excepcionales en las que se “decidía” aplicar específicamente las esterilizaciones, que implicaban una inestabilidad emocional y vulnerabilidad de las mujeres a las recomendaciones médicas siendo el consentimiento de aquellas al menos cuestionable (Op. Cit:65). Estos autores planteaban que los discursos de persuasión que apuntaban

---

<sup>8</sup> Este carácter sistemático y sistémico se vuelve evidente en el estudio de Roberto Castro sobre la génesis, incorporación y práctica de un “habitus médico autoritario” que ocurre en del sistema de formación de profesionales biomédicos en México. El autor muestra cómo, desde los años de formación temprana hasta los de residencia y especialización el personal de salud incorpora un “currículum paralelo” consistente en la interiorización de las jerarquías de la profesión, la desigualdad de género y los castigos como recurso didáctico (Castro, 2014: 191)

<sup>9</sup> Mientras que en México dichos programas cobraron impulso a partir del gobierno de Luis Echeverría, en 1974

<sup>10</sup> Estas prácticas coercitivas de planificación familiar se enmarcan en el problema de la anticoncepción forzada e inducida, cuyo caso extremo fueron las esterilizaciones femeninas (salpingoclasia/OTB e hysterectomía) que comenzaron a aplicarse en forma masiva a partir de la década de 1970, llegando a principios del siglo XXI a niveles alarmantes de más de un 45% de mujeres en edad fértil (Menéndez, 2009:158-161). Se trata de prácticas impulsadas desde la OMS y la Organización Panamericana de Salud (OPS), encuadradas y aplicadas en México a través del programa de planificación familiar, que contó durante décadas con mayor financiamiento que ningún otro programa de salud (Menéndez, 2022:9).

a generar adherencia a patrones de planificación familiar se justificaban en varias dimensiones<sup>11</sup> y se formulaban como si estos patrones fuesen deseados por la “población objetivo”, cuando lo que existía en verdad era un desfase en las demandas, categorías y puntos de vista de las poblaciones y los de los proveedores de salud (Bronfman y Castro, 1989:64). Algo similar plantearon posteriormente Figueroa et al (1994), en su estudio, en el que señalaron que el diseño de las políticas de planificación familiar anteponían los objetivos de decrecimiento poblacional a los patrones de planificación real de las familias concretas, con demandas y patrones reproductivos que no coincidían con las concepciones de planificación que intentaban inculcar los proveedores de salud (Op.Cit:148).

Si bien los estudios recién citados poseen más de 30 años de antigüedad, revelan cuestiones sorprendentemente vigentes a la luz de los conflictos observados durante mi trabajo de campo entre las “poblaciones usuarias” y los “prestadores de salud” alrededor de la promoción persistente y persuasiva de métodos de planificación familiar, así como coincidencias notables en términos de las dimensiones argumentativas que fundamentan esta promoción. En este sentido, la salud reproductiva fue manifestada en mi trabajo de campo como una cuestión problemática para las mujeres indígenas por diversos motivos: debido a la presión recibida de los agentes biomédicos para que adopten métodos anticonceptivos transitorios o permanentes, la presión de sus maridos para no adoptarlos o bien por no contar aquellas con acceso a métodos anticonceptivos cuando deseaban utilizarlos.

El hecho de que estas políticas de planificación familiar desde el Estado se encuadren dentro de programas de la lucha contra la pobreza tales como el “Oportunidades” del IMSS (Menéndez, 2009:161) resulta sugerente en términos de relación implícita entre el fin declarado de reducir la pobreza y la limitación de la reproducción de la población indígena empobrecida como medio elegido para lograrlo. Tal relación, por otra parte, se hizo explícita en argumentos manifestados por el personal de salud del HMJM durante entrevistas y desplegado durante pláticas de planificación

---

<sup>11</sup> Según estos autores, entre las décadas de 1970 y 1980, la legitimación de las prácticas de planificación familiar se producía, discursivamente bajo varias dimensiones, una demográfica, que implicaba la necesidad de regulación para lograr los objetivos de desarrollo social y económico; una sanitaria, que planteaba la necesidad de reducir los periodos intergenésicos para disminuir morbilidad materna y la capacidad de atención de la madre al hijo. En tercer lugar, se planteaba la necesidad de la planificación familiar desde el punto de vista del “empoderamiento” de las mujeres sobre su cuerpo y las funciones reproductivas. Un cuarto elemento de argumentación que se postulaba en estos discursos persuasivos era metafísico y planteaba que, debido a todos estos elementos, existía una demanda tácita en la sociedad por los medios de planificación familiar, la cual coincidía con el interés nacional, y, por lo tanto, para efectivizar la PF bastaría con poner al alcance los medios contraceptivos (Bronfman y Castro, 1989:63).

familiar dirigidas a mujeres indígenas y observadas durante mi trabajo de campo. En este sentido, Menéndez señala que en estas políticas de planificación familiar se conjugan la eugenesia, el racismo y las políticas de reducción de la tasa de natalidad, habiendo dado como resultado en México una reducción de la media de hijos por mujer de 6 a mediados de la década de 1970 a 2,1 en la actualidad, es decir, el nivel mínimo para garantizar el reemplazo demográfico (Menéndez, 2009:160, Menéndez 2022:11).

Finalmente, es interesante observar que el aumento señalado de las esterilizaciones femeninas a lo largo de la historia ha sido concomitante con un aumento sostenido de las prácticas de cesáreas ya que los médicos “aprovechan” regularmente las cirugías de parto por cesárea para practicar a continuación la esterilización por salpingoclasia. De esta forma, las cesáreas pasaron de constituir el 3% de los partos en la década del '70 a más del 35% de los partos en la actualidad, resultando las políticas “pro-cesáreas” correlativas de las políticas “pro-esterilización” (Menéndez, 2009: 161). Alonso y Gerard señalan que la cesárea, además de ser una forma de violencia obstétrica por la excesiva cantidad de veces en que se realiza en México en forma innecesaria (Sesia, 2020:9) es una de las primeras causas de muerte materna por atonía uterina y hemorragia y sigue sosteniendo una tasa de muerte materna de dos hasta siete veces mayor a la tasa de muerte materna por parto vaginal (Sachs et al, 1983, Lilford et al, 1990, en Alonso y Gerard, 2009).

En suma, la dimensión de género resulta pertinente para el análisis de las trayectorias reproductivas de las mujeres dadas las diferentes formas en que puede imbricarse en estas y en particular, por el foco en la atención de este trabajo, de la violencia obstétrica. Si se considera a la violencia obstétrica como un continuum que se extiende desde los momentos previos a la gestación, durante el embarazo, parto y puerperio (Berrio, 2021) se la puede comprender como una serie de formas coercitivas de gobernanza reproductiva que provocan vulnerabilidad estructural e impiden a las mujeres decidir de forma autónoma como vivir su proceso de reproducción, embarazo y parto (Castro, 2024).

### **1.3.3 Las relaciones interétnicas como limitantes de la accesibilidad y la aceptabilidad de la atención**

La pregunta central de este estudio involucra la relaciones que se producen entre los diferentes grupos socioculturales que participan de la gestión de la salud, sus estrategias y procesos transaccionales desplegados (Menéndez, 1984) partiendo de una dimensión institucional. Tales relaciones se producen en el HMJM en dos niveles de análisis: entre el personal biomédico y las

usuarias de los servicios de salud y entre el personal biomédico y los médicos y parteras tradicionales.

En términos del primer par de relaciones abordado, Castro, et al (2015) en un metaanálisis de 60 estudios que abordan las relaciones entre mujeres indígenas y servicios de salud en diferentes países de Latinoamérica, concluyen que la discriminación impulsada por prejuicios étnicos de los proveedores de salud hacia las mujeres indígenas, afrodescendientes y pobres se constituye como una barrera principal para el acceso de estos grupos a la atención médica de calidad. Estas prácticas discriminatorias se pueden manifestar de diferentes formas: culpabilización del paciente, negligencia intencionada, abuso verbal o físico, desprecio de las creencias tradicionales y falta de utilización de lenguas indígenas para la comunicación con los pacientes. Todos estos obstáculos, al impedir la prestación de atención clínica adecuada y oportuna, inducen en las mujeres indígenas emociones como el miedo, la vergüenza o la hostilidad que, sumadas a las barreras financieras, las disuaden de buscar atención obstétrica oportuna (Castro et al, 2015:109, Gamlin, 2013, Meneses, 2005).

En esta misma línea argumentativa, Graciela Freyermuth muestra para el caso de Chenalhó, Chiapas, la forma en que factores propios de los servicios públicos de salud (biomédicos) abonan a la desconfianza de las mujeres indígenas en ellos y conducen a su evitación, con consecuencias a veces fatales. Entre esos factores se cuentan la falta de horarios de atención amplios de los centros de salud, la falta de disponibilidad del personal médico y de medicamentos, los rechazos de atención, los malos tratos, el suministro de alimentos insuficientes que no consideran la dieta local, las fallas en la comunicación entre médicos e indígenas, la mayor confianza de las mujeres en los curanderos y parteras que en los médicos de bata blanca y los celos de sus maridos sobre los médicos hombres (Freyermuth, 2003). A los mismos resultados de alejamiento de los servicios de salud conducen toda una serie de intervenciones biomédicas que solamente logran estresar y culpabilizar a las mujeres al prescribirles medidas que no están en condiciones de adoptar, en el contexto de sus controles prenatales, (Mc Donagh, 1996:5).

Un hallazgo notable del estudio de Sachse, Sesia et al (2012) en Oaxaca sobre calidad de la atención obstétrica desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud (CS) es que, a pesar de que la mayoría de estos presentaban limitaciones en términos de disponibilidad, accesibilidad limitadas, interculturalidad, violencia obstétrica (2012:13) y malos tratos (30%, sobre todo de enfermeras), la mayoría de las usuarias se sintieron satisfechas con la atención recibida. Este hecho estaría evidenciando “su desconocimiento acerca de sus derechos

como personas y como usuarias” (2012:513). Sesia y Yáñez Moreno (2024) encuentran una situación análoga, ante datos que muestran una clara sobremedicalización e intervencionismo médico durante la atención de partos normales en hospitales públicos de Oaxaca, explican las apreciaciones eminentemente positivas de las mujeres acerca de la calidad de la atención mediante las categorías de medicalización, violencia simbólica (Bourdieu, 1989) e injusticia epistémica (Fricker, 2013).

Mientras que muchas prácticas obstétricas biomédicas resultan asimétricas, sobremedicalizadas, intervencionistas, no basadas en la evidencia y les quitan autonomía a las mujeres (Sesia y Yáñez Moreno, 2024:85-86) estas logran legitimarse con un enorme éxito. Para ello, juega un rol fundamental la construcción de la figura discursiva de la (prevención de la) muerte materna como parte del ejercicio del biopoder orientado a regular procesos vitales de natalidad, morbilidad y mortalidad de las poblaciones (Jiménez et al, 2017:40-50). La existencia de esta hegemonía biomédica en las estructuras cognitivas de la población usuaria lleva a problematizar y complejizar la propuesta de evaluar la calidad de la atención en términos puramente subjetivos, ya que a las mediaciones de género, clase social y etnicidad en la conformación del horizonte de expectativas sobre la atención de la salud (Hamui Sutton, 2013: 23-33) es necesario agregar estos poderosos procesos de violencia simbólica (Sesia y Yáñez, 2024:87).

En el segundo nivel de la interculturalidad señalado al comienzo de este apartado, el de las relaciones laborales entre agentes biomédicos de salud y curadores y parteras indígenas, un ejemplo de transacción intercultural son los programas de “entrenamiento” de las parteras por parte del personal de la Secretaría de Salud, que, como se señaló anteriormente, fueron desfinanciados y desalentados a nivel internacional a fines del milenio pasado (Sesia y Berrio 2024), pero que persisten hasta la actualidad. Tal es el caso de los programas de “certificación” de parteras, cuyos objetivos manifiestos son "mejorar" las habilidades de estas en materia perinatal, así como de identificación y derivación de embarazos y partos de alto riesgo e inscribir a las mujeres en campañas de planificación familiar (Sesia, 1996).

Como señala Sesia, estos cursos de formación para parteras plantean la cuestión de la autoridad del conocimiento, ya que han sido instrumentos para imponer, ampliar, y legitimar aún más la obstetricia biomédica sobre la partería tradicional (Op. cit:123); En este sentido, el proceso de “entrenamiento” de las parteras ha sido paralelo a y reforzado por la evaluación concurrente de la etno-obstetricia bajo un marco de relaciones de poder desiguales y una metodología que enfatiza la idoneidad y la superioridad de atención biomédica obstétrica y la planificación familiar.

En términos de la interculturalidad ejercida, se destaca el desconocimiento de los “entrenadores” biomédicos sobre las opiniones conceptuales de las parteras, sus conocimientos acumulados y sus prácticas, así como los sutiles matices de desprecio debido a su supuesta ignorancia, atraso y superstición. Esto ha conducido, como intenta mostrar también este trabajo, a que mediante procesos de violencia simbólica algunas parteras también hayan naturalizado las categorías y juicios biomédicos, consintiendo la pérdida de muchas de sus atribuciones y prácticas propias, tal como ocurrió con la atención de partos en el HMJM. Ello no impide que, en ciertos casos lleven adelante una lucha cultural en la que han logrado defenderse de los ataques biomédicos (ib. ídem).

La emergencia del COVID 19 volvió a poner de manifiesto el importante rol que cumplen la partería tradicional en la atención de los embarazos, ya que al volverse indeseable la concurrencia a los hospitales para las mujeres embarazadas por el riesgo de contagio, se intensificó la atención brindada por las parteras. Sin embargo, este breve resurgimiento tampoco sirvió para que se les reconozca su importancia, sino que, al contrario, desde las instituciones biomédicas, se las continuó culpando, estigmatizando y desfinanciando sus programas de apoyo y entrenamiento. La partería tradicional actualmente se encuentra en peligro de extinción como práctica y como conocimiento, al estar envejeciendo sus practicantes sin poder transmitirles sus saberes a las nuevas generaciones, ya que la política de atención biomédica del parto en hospitales ha sido sumamente exitosa, reemplazando a la atención de las parteras (Sesia y Berrio, 2024a).

En el caso de los programas de parto humanizado con perspectiva intercultural, por una parte se ven en ellos avances diferenciales respecto al conjunto de la MTI (Muñoz Soto, 2018), y por otra existen señalamientos sobre continuidades en la subordinación de las parteras indígenas hacia a la biomedicina, dado que se siguen ejerciendo procesos de jerarquización epistémica, exclusión y racismo (Sesia y Berrio, 2024b, Muñoz Soto, 2018, Nogueira Beltrao, 2020).

En suma, la adecuación cultural de los servicios de salud debe incluir tanto una formación en competencias que desarrollen la sensibilidad Intercultural (Bennett, 1993, 2017, Byram, 1997), como la formación en lengua indígena para el personal para la salud. También se debería considerar el uso de traductores e intérpretes de calidad en cantidad suficiente y una inversión en recursos e infraestructura que se encuentre a la par de la que recibe la biomedicina, sobre todos en dispositivos definidos como interculturales. Como cuestión igualmente central se encuentra la gestión propiamente intercultural de la salud entre médicos y parteras y curadores tradicionales, que

requiere relaciones de colaboración y complementariedad, antes que de subordinación e instrumentalización.

El abandono de estos aspectos en dispositivos de salud en contextos de interculturalidad remite al racismo institucional y al clasismo imbricado con este (Berrio, 2021) en tanto compete a las organizaciones e instituciones, las estructuras y normas de funcionamiento explícitas o implícitas que definen el tipo de prácticas, las relaciones entre los sujetos dentro de dichas instituciones y la promoción de ciertos comportamientos o, por el contrario, su deliberada omisión en el caso de ciertos sujetos y cuerpos específicos (Wade 2018, Jones, 2000, Berrio, 2021, Dörr & Dietz, 2020). Resulta en este sentido fuerte y provocadora la afirmación de Jiménez et al (2017), de que al subordinar y excluir a las parteras tradicionales de las instituciones biomédicas, el mismo Estado que "hace vivir" a la población general mediante la intervención biomédica "deja morir" a las mujeres indígenas que se desvían del saber-poder biomédico, constituyendo esto una forma de racismo de Estado (Op. Cit: 50).

Para finalizar, un enfoque de "Interculturalidad en salud y desigualdad social" como horizonte debe considerar que la categoría central para discutir la interculturalidad (y agrego, la clase y el género) es la desigualdad, ubicada a nivel estructural en las relaciones económicas, políticas y culturales que sostienen los distintos grupos entre sí y que son las causantes de las inequidades en salud observadas (Castro, 2021:546). La biomedicina, como actor hegemónico, despojó a los problemas de salud de su dimensión sociohistórica, reduciéndolos a su dimensión biológica (Menéndez, 1994) y al abordar la interculturalidad la redujo a una cuestión cultural, excluyendo los factores socioeconómicos que se entrelazan con los simbólicos. Por tanto, la clave para superar la desigualdad en una interculturalidad crítica es transformar tanto las relaciones materiales como las simbólicas y políticas entre los grupos, para que dejen de ser relaciones neocoloniales, clasistas y patriarcales. La participación de las comunidades y de los grupos que las componen en la gestión de sus problemas de salud sería clave aquí para revertir la asimetría en la dirección de las acciones y programas de salud por parte de los "expertos" biomédicos (Castro, Op.Cit.: 548).

# CAPÍTULO 2 – EL HOSPITAL Y SU ESPACIO SOCIAL

En la primer parte de este capítulo se presentan los orígenes, estructura y funcionamiento del hospital HMJM, teniendo en cuenta el espacio geográfico y sociohistórico en el que se crea, con el fin de contextualizar la génesis del HMJM, los factores a los que responde su creación y las dinámicas de atención en relación con las comunidades locales y posibles usuarios de servicios.

En la segunda parte, describo las condiciones históricas, sociales y espaciales que operan como condicionantes estructurales para las mujeres de esta región, dificultando su acceso a la salud reproductiva, a los controles prenatales, atención del parto y puerperio (del hospital). Esto ocurre a través de ciertos factores estructurales ubicados en múltiples niveles de desigualdad (Sesia, 2011) que operan en forma concatenada: el aislamiento geográfico y la distancia a los servicios de salud, la deficiente infraestructura de transporte, el mal funcionamiento de los programas de salud que deben extender la atención, la exclusión económica, la desigualdad de género y las relaciones interétnicas entre indígenas y mestizos. Tales condiciones son abordables a través del concepto “violencia estructural”, entendido como los arreglos sociales (propiedades estructurales de la realidad social y material) que no necesitan de un autor visible ni de violencia directa para tener efectos negativos sobre las oportunidades de supervivencia, bienestar, identidad y/o libertad de las personas (Castro y Farmer, 2003, p.37). Este abordaje se contrapone a esquemas explicativos y conceptuales que, ante las privaciones de derechos de ciertos grupos ponen el peso de la responsabilidad en sus miembros individuales<sup>12</sup> (o en elementos como “la cultura” de los mismos) antes que en las instituciones que son responsables de garantizar el cumplimiento de sus derechos (Galtung, 1996, Castro y Farmer, 2003).

---

<sup>12</sup> En este caso de las mujeres, estos enfoques enfatizarían la responsabilidad de las mujeres indígenas, exagerando discursivamente el poder y la autonomía que poseen individualmente e ignorando el peso que tiene el contexto social particular y las relaciones de género en las que se encuentran inscritas, los que limitan fuertemente el ejercicio de su autonomía (Ib. ídem).

## 2.1 Condiciones geográficas y espaciales: un hospital enclavado en la barranca de Jesús María

El Hospital Mixto de Jesús María se encuentra localizado en la comunidad de Jesús María y José, cabecera del municipio de El Nayar, al este de la Sierra Madre Occidental, perteneciendo a la Región Sierra de Nayarit, junto con los municipios de Huajicori y La Yesca. Se trata de una zona de mesetas, cañadas y sierras volcánicas. El municipio de El Nayar limita al norte con el estado de Durango; al noreste con el estado de Zacatecas; al sur, con los municipios de Santa María del Oro y La Yesca; al suroeste con los municipios de Tepic y Santiago Ixcuintla; al este, con el municipio de La Yesca y con el estado de Jalisco; al oeste, con los municipios de Santiago Ixcuintla, Rosamorada y Ruiz; y al noroeste, con el municipio de Acaponeta (INEGI, 2020). Se trata del municipio de mayor dimensión territorial del estado, con 5,151 km<sup>2</sup>, que representan el 18.5% de su superficie; junto con Huajicori y La Yesca cubren el 42% del territorio estatal.

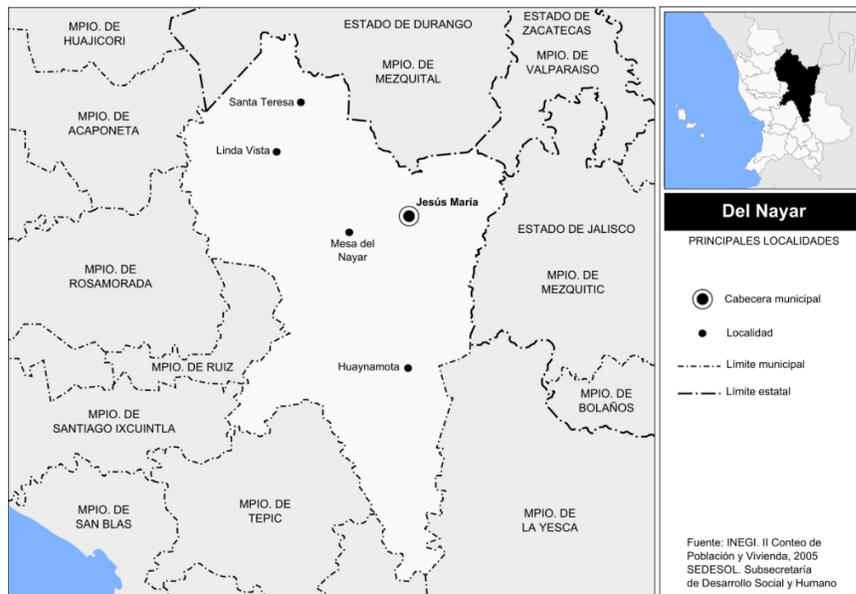
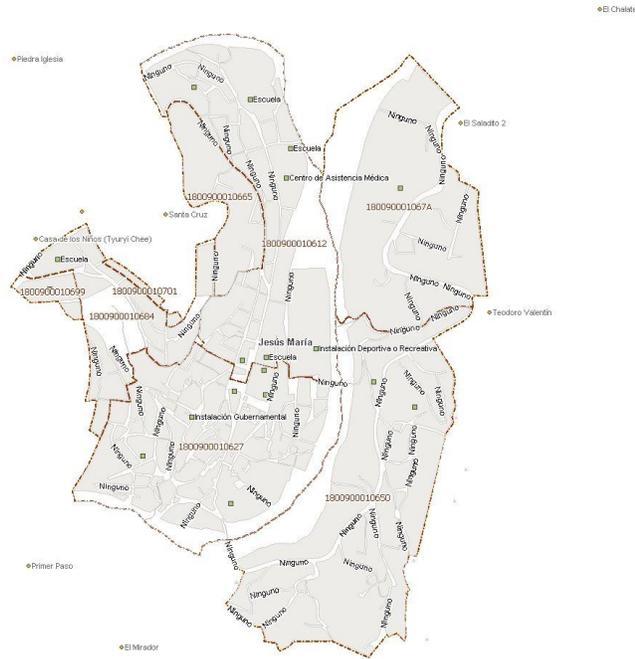


ILUSTRACIÓN 2.1: MAPA DEL NAYAR.

FUENTE: INEGI (2020)



**ILUSTRACIÓN 2.2: MAPA POBLADO DE JESÚS MARÍA.**

**FUENTE: INEGI (2020).**

El Nayar se encuentra inmerso en la provincia Sierra Madre Occidental y tiene localidades situadas a más de 2,000 m.s.n.m. Sus terrenos son montañosos y quebrados, propios de esta zona serrana donde 77.95% son sierra con cañadas y 13.49% son mesetas con valles. Casi todas las comunidades visitadas durante mi trabajo de campo se establecieron en poblados dispersos, con un alto grado de aislamiento geográfico y a mayor altura sobre el nivel del mar, respecto a la cabecera municipal. Esta característica es la que da a las poblaciones su carácter “aislado”, pues como mostraré en apartados siguientes y a lo largo de este trabajo, dificulta el transporte desde y hacia las comunidades y tanto los indígenas como las instituciones y programas de salud locales carecen de vehículos adecuados para el acceso y el transporte al HMJM.

Al tratarse de una zona de valles bajos, Jesús María se encuentra a unos 400 m.s.n.m., lo que contrasta con la mayor altura de las sierras montañosas que la rodean, por ejemplo, Mesa del Nayar, que llega a unos 1400 m.s.n.m. y está a solo 24 km de Jesús María. Esta condición de “pozo” orográfico se refleja en la diferencia de temperaturas entre poblados, provocando que en Jesús María el calor se concentre y generando allí temperaturas considerablemente más elevadas que en cualquier otra localidad de las sierras en las que viven las mujeres usuarias del Hospital Mixto.

En testimonios dados en entrevistas por Inés y Pablo, dos enfermeros del HMJM, se expresó un conflicto original de criterios acerca de la ubicación que se le iba a asignar al HMJM. Mientras que la Secretaría de Salud del Estado quería ubicar el hospital en el punto más geográficamente accesible para toda la población de la zona, que era Mesa Del Nayar, estos enfermeros cuentan que la población local era reacia a la instalación (y uso) del hospital y temía que este produjera un agotamiento de sus recursos locales más importantes. Es necesario también considerar que Mesa del Nayar fue históricamente el centro de poder y resistencia naayeri a los colonizadores, conteniendo lugares sagrados, como Tuakamuta, casa del momificado Rey Nayar (Jauregui et al, op. Cit:13). Ello también explica la resistencia a la instalación de una institución hospitalaria, históricamente resistida e identificada con los mestizos.

En términos de su disposición espacial interna, el HMJM presenta un vestíbulo principal muy amplio que opera como sala de espera, alrededor del cual se encuentran los consultorios alopáticos más importantes para las consultas que no son de urgencia. Entrando al HMJM y atravesando derecho la sala de espera se accede a un pasillo en el que se encuentran varios consultorios, entre ellos, a la izquierda, la sala de tococirugía (donde se atienden los partos y emergencias obstétricas), los consultorios pediátricos, “piso” (donde se recuperan las embarazadas luego del parto) y se conecta con la sala de guardia de emergencias, que a su vez posee otra entrada externa que conecta con la explanada del hospital. Frente a la guardia de urgencias y atravesando la explanada se encuentran las 3 casas que componen el refugio para embarazadas, la “Casa AME”.

“La toco”, como se le dice a la sala de tococirugía, posee una sala anexa que conecta con el pasillo interno del hospital que da al edificio que alberga la dirección del HMJM. Dicha sala anexa había sido originalmente asignada a las parteras tradicionales al fundarse el hospital para que ellas atendieran los partos si la mujer embarazada así lo deseaba (además de la que actualmente tienen para hacer sobadas). En este esquema inicial de funcionamiento, los médicos de “la toco” estaban pendientes de cualquier complicación con el parto o pedido de ayuda que les hagan las parteras, quienes se ocupaban directamente de atender a la mujer embarazada y de recibir al bebé en el parto. Volviendo a la entrada principal del Hospital, si en vez de seguir en forma recta se dobla hacia la izquierda, se verá primero el consultorio psicológico, luego la oficina de trabajo social, luego la de “medicina preventiva”, donde se llevan a cabo los programas de planificación familiar.

Finalmente, ya de frente se llega a una puerta que conecta con un pequeño recinto descubierto, en el cual se ubican, alrededor de un centro-jardín, los consultorios de medicina tradicional indígena. Llama notoriamente la atención lo pequeño y circunscripto de este espacio al

compararlo con el vestíbulo central de la atención biomédica. La primera sala a la derecha que uno se encuentra en este recinto es una oficina donde hay una traductora y una coordinadora de los curadores tradicionales. Es en esta oficina donde los pacientes deben registrarse antes de esperar a ser atendidos en forma totalmente gratuita por los curadores tradicionales. Los consultorios son 5, de las siguientes especialidades: partera, sobera, huesero, hierbero y curandero. Entre el consultorio del hierbero y el del curandero existe una habitación mucho más grande y sin puerta que es la capilla con un altar, con la Virgen de Guadalupe, San Judas y otros santos. También llama la atención el tamaño considerablemente amplio de esta capilla respecto al de los consultorios, que son oscuros, pequeños y sin aire acondicionado, a diferencia de los consultorios biomédicos, mucho más amplios y climatizados. Vale recordar que Jesús María es la localidad con mayores temperaturas de todo el municipio.

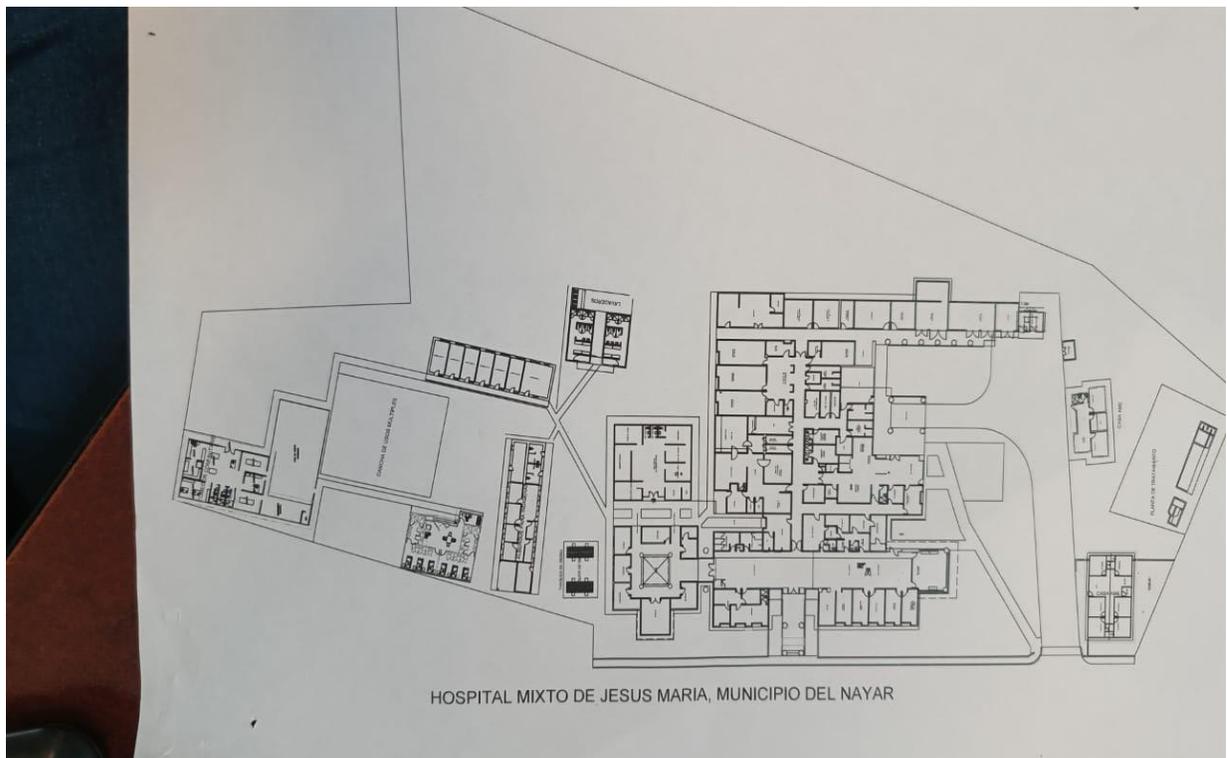


ILUSTRACIÓN 2.3: PLANO GENERAL DEL HOSPITAL MIXTO DE JESÚS MARÍA.

FUENTE: HMJM

## 2.2 Orígenes del Hospital

La creación del HMJM en 1996 se planteó como parte de la continuación del proyecto Cuetzalan de hospitales mixtos, dirigido por los antropólogos Arturo Warman y Carlos Zolla desde el área de Salud del Instituto Nacional Indigenista (INI) durante la presidencia de Salinas de Gortari, quien había ordenado construir una “serie de hospitales mixtos” pero finalmente solo inauguró el

Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla (Zolla, 2011:229). La creación del HMJM se inscribió en el “Programa de Reforma a la salud 1995-2000” durante el gobierno del presidente sucesor, Ernesto Zedillo Ponce de León, quien se encontraba interesado en extender la cobertura de la atención, focalizándola en poblaciones desfavorecidas (pobres e indígenas) de acuerdo a un esquema general de Estado mínimo o “neoliberal”, que procuraba ante todo reducir costos, delegando el cumplimiento del derecho a la salud, siempre que fuera posible, en los individuos, las familias y las comunidades. Se desprendía así de su rol como garante universal del derecho a la salud de la población y anteponía la reducción de costos<sup>13</sup> (Page Pliego, 2002:5, 23, 36) incluso en sus políticas preventivas como puede leerse en el cuadernillo de la Secretaría de Salud en el que se anuncia la creación del HMJM: “prevenir un fallecimiento infantil mediante una vacuna cuesta 130 pesos, mientras que el tratamiento de un menor que enferma puede costar hasta 3000 pesos y eso sin garantías de que sobreviva” (Cuadernillo “1996: Año de Reformas a la Salud, 1996:22, SSA)

De esta forma, la estrategia sanitaria en la que se inscribió la creación del HMJM estuvo centrada en la prevención, el cuidado de la salud y la incorporación de recursos comunitarios. En el caso de la zona de Sierra del Nayar, hubo un particular interés por parte del Estado en generar estrategias de atención que acercaran las instituciones de salud a una población indígena caracterizada en testimonios de mi trabajo de campo como sumamente reticente a utilizarlas, en un contexto de epidemia de sarampión, como relata la Dra Ana, directora del HMJM: “[el hospital mixto se creó] porque [los indígenas] eran reticentes al tratamiento durante una epidemia de sarampión que hubo y se trató de atraer a los usuarios reticentes con la medicina alopática (...) la cultura no la vamos a cambiar, pero podemos generar confianza”. Este testimonio se refiere a una epidemia de sarampión que se dio entre 1983 y 1990 (Boletín SSA, 1989) junto a otra de paludismo (Boletín SSA, 1987) que redujeron considerablemente la población y el índice de natalidad en las comunidades indígenas de esta región y particularmente en Jesús María (INEGI, 2010).

A lo largo de las entrevistas, varios actores del HMJM de antigüedad en la institución mencionaron que otros de los principales problemas de salud que motivaron la creación del HMJM en la cabecera de El Nayar fueron las complicaciones del embarazo y la alta mortalidad materna e infantil. Inés, enfermera quirúrgica del HMJM, quien trabaja en el hospital hace casi 30 años comentó en este sentido: “Que las estadísticas si ustedes se ponen a analizar las estadísticas en

---

<sup>13</sup> Esta reducción se da por tres vías: por lo barato que resultan estas formas de atención, porque dicho costo se deriva hacia a la comunidad, liberando al Estado de dicho cargo y coadyuvando así a disminuir el volumen de enfermos atendidos por las instancias oficiales (Page Pliego, Op. Cit:5).

muertes maternas, el municipio que más muertes siempre presenta es el Nayar. Bueno, primero Tepic, porque ahí las bajan todas [desde El Nayar], pero después de eso, entonces el entonces por eso se abrió este hospital, porque querían brindarle la atención a todo este tipo de personas.”

Como señalé en la introducción, de acuerdo con los datos del sistema de la Dirección General de Información de Salud la razón de muerte materna para el municipio de El Nayar en 2022 fue de 425,53 muertes maternas x cada 100.000 nacidos vivos, lo cual constituye una tasa de RMM más de diez veces mayor que la existente a nivel nacional (SS/DGIS, SINAC 2022, INEGI, 2022). En términos de los motivos de egresos del hospital (pacientes internados en el hospital y dados de alta por diferentes motivos), el mismo sistema informa los siguientes motivos de consulta:

Grupo	Egresos
001 enfermedades infecciosas intestinales	16
002 Tuberculosis pulmonar	6
011 Tos ferina	1
049 Tumores malignos	2
053 Leiomioma uterino	3
058 Anemias	2
061 Diabetes mellitus	10
064 Depleción del volumen	5
066 Desnutrición y otras deficiencias nutricionales	5
081 Epilepsia	3
097 Enfermedades del corazón	8
098 Enfermedades cerebrovasculares	2
104 Infecciones respiratorias agudas, excepto neumonía e influenza	16
105 Neumonía e influenza	36
110 Bronquitis crónica, enfisema y asma	6
113 Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, excepto bronquitis, bronquiectasia, enfisema y asma	8
118 Ulceras gástrica y duodenal	2
119 Apendicitis	13
120 Hernia de la cavidad abdominal	5

124 Síndrome del colon irritable y otros trastornos funcionales del intestino	1
125 Enfermedades del hígado	3
126 Colelitiasis y colecistitis	10
127 Pancreatitis aguda y otras enfermedades del páncreas	2
128 Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo	14
135 Trastornos de los tejidos blandos	1
140 Enfermedades renales tubulointersticiales	4
144 Hiperplasia de la próstata	2
148 Trastornos de la mama	4
154 Trastornos de la menstruación	1
155 Infertilidad femenina	2
<b>159 Aborto (solo morbilidad)</b>	<b>38</b>
<b>160 Causas obstétricas directas, excepto aborto y parto único espontáneo (solo morbilidad)</b>	<b>780</b>
<b>161 Parto único espontáneo</b>	<b>31</b>
<b>162 Causas obstétricas indirectas</b>	<b>15</b>
<b>163 Ciertas afecciones originadas en el período perinatal</b>	<b>28</b>
165 Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2
166 Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	25
178 Atención para la anticoncepción	1
180 Supervisión de embarazo de alto riesgo	1
Total	1114
Síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte	32
Total	32
Las demás	48
Total	1194

TABLA 2.1: CANTIDAD DE EGRESOS DEL HOSPITAL MIXTO POR CAUSA DE INGRESO EN 2022

FUENTE: SECRETARÍA DE SALUD

Como puede observarse, el grueso de las internaciones brindadas por el Hospital a la población se clasifica como “causas obstétricas directas”, seguidas de aborto, parto único espontáneo y afecciones del periodo perinatal. Es decir que, por lejos, el servicio de gineco obstetricia es el área más utilizada para hospitalizaciones, por diversas causas. Respecto a problemas relacionados con el embarazo y el parto, el Dr. Arturo, un médico que trabajaba hace muchos años en el hospital, señaló como los principales a las hemorragias, abortos, partos pretérmino, atonía uterina, preeclampsia y eclampsia. Como consecuencia extrema de cualquiera de estas complicaciones se ubica a la muerte materna, como el evento cuya probabilidad de ocurrencia se debe reducir al mínimo de acuerdo a las “metas del milenio” de la OMS, según comentaron el Dr. Javier y la Dra Ana en entrevista.

Por otra parte, la creación del HMJM también se fundamentó en las demandas y luchas de las organizaciones indígenas de curadores tradicionales por el reconocimiento de sus medicinas, lo que incluye a la partería tradicional. Estas demandas parten de una articulación a nivel nacional manifestada el 6 de diciembre de 1989 en el “I Congreso Nacional de Médicos Indígenas”. Este fue realizado bajo los auspicios del INI con la participación de la Dirección General de Culturas Populares (creada por el antropólogo Rodolfo Stavenhagen) y del propio Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en cuyas instalaciones de Oaxtepec se hizo el evento. En la “Declaración de Oaxtepec” se denunció, entre otras cosas: “la falta de reconocimiento, por parte de la sociedad global, de la utilidad social que para la comunidad tiene la existencia de los terapeutas tradicionales; así como la persecución a la que había y seguían siendo sometidos por la Secretaría de Salud, sociedades de médicos, policías, evangelistas y caciques; y la falta de apoyo para el desarrollo de la medicina tradicional” (Page Pliego, op. cit.:44).

A partir de este proceso de lucha por el reconocimiento, en 1990 se constituyó la Unión de Comunidades y Ejidos Indígenas de Nayarit y se integró la Organización de Médicos Tradicionales Indígenas (OMITEN), la cual durante 6 años y hasta la creación del HMJM (1990-1996) sostuvo su demanda de reconocimiento e incorporación por parte del Estado de los médicos y parteras tradicionales al sistema de salud.

### **2.3 La población del Nayar**

Los indígenas naayeri (vulgarmente llamados “coras”, en la zona) constituyen la etnia que mayoritariamente utiliza el HMJM. Junto con los tecualme, habitan desde antes del siglo XVI los cañones de los ríos Santiago y Huaynamota, habiendo participado en los años 1540-1541 de un

intento fallido de exterminar al invasor español, junto a todos los grupos étnicos de esta macrorregión. El resultado fue una sociedad compuesta con vínculos y rituales permanentes con los O'dam hacia el norte y los Wixárika hacia el este durante los dos siglos siguientes (Jauregui, 2004:11). En 1722, las autoridades novohispanas, con el apoyo de los jesuitas, sometieron militarmente a la población nayarita, reorganizándola en ocho misiones (op. cit:14). Jesús María y José (Chuisete'e, en lengua naayeri) se convirtió en el nuevo centro político para contrarrestar la Mesa del Nayar, sede del poder indígena hasta 1722 (Jauregui et al, 2003:189). Los jesuitas controlaron y evangelizaron la zona hasta 1767, cuando fueron reemplazados por los franciscanos, quienes no tuvieron el mismo éxito.

Durante el siglo XIX, los naayeri, bajo el liderazgo de Manuel Lozada, lograron una autonomía política y territorial por unos 17 años. En este tiempo, combinaron rituales indígenas con el catolicismo jesuítico, creando "el costumbre", un sistema de creencias y prácticas religiosas (Valdovinos, 2010). La más destacada celebración de este sistema, la cual pude presenciar, es la "Judea" o "Semana Santa Cora", donde hombres naayeri se disfrazan de "judíos" y recrean la crucifixión de Cristo, mezclando elementos católicos con el "mitote guerrero", una fiesta tradicional naayeri.

En 1917, se creó el Estado de Nayarit y en 1940, el municipio de El Nayar con cabecera en Jesús María. La evangelización se retomó en 1950 con la llegada de misioneros protestantes y franciscanos, y en 1964, el Vaticano estableció la prelatura Nullius de El Nayar. El sistema de gobierno en el Nayar incluye tres subsistemas: tradicional, agrario y municipal. El gobierno tradicional concibe a los otros dos como parte de un todo mayor, mientras que el gobierno municipal y estatal lo consideran solo representativo y religioso, sin poder político. Los naayeri han vinculado su gobierno tradicional con el municipal para influir en la elección de candidatos y prefieren el primero para mediar en conflictos comunales debido a las limitaciones de la burocracia centralizada. (Op.cit.:100-102).

He hecho esta breve reseña histórica para resaltar que durante la mayor parte del de su desarrollo como grupo étnico, los naayeri han gozado de una autonomía política territorial, cultural, y religiosa comparativamente alta en relación con otros grupos indígenas de México, debido en gran parte a su lucha constante por la reafirmación cultural y territorial. Es esta reafirmación y celo por "el costumbre" la que produce una actitud de reserva y desconfianza aparente ante los mestizos, particularmente respecto a rituales, costumbres religiosas y fiestas tradicionales, controlando la

participación externa y haciendo esfuerzos para que se siga entendiendo su importancia, pese a ser considerados “signos de “atraso” por parte de muchas agencias gubernamentales (Benciolini, 2019:168).

Si bien durante largos años existió en El Nayar cierta convivencia pacífica entre naayeris y mestizos (que incluía la incorporación de estos últimos en cargos de organizaciones indígenas) durante las últimas décadas se produjo una explosión migratoria mestiza que generó competencia numérica entre ambos grupos y un aumento en las tensiones y hostilidades interétnicas (Valdovinos, 2010:123). Estas hostilidades se han vuelto particularmente visibles en instituciones estatales de educación<sup>14</sup> y salud, las cuales, si bien se presentan a sí mismas como interculturales, continúan siendo identificadas con la perspectiva mestiza por los indígenas (Op. Cit: 105-110). Actualmente, la población del municipio del Nayar posee un 75.65% de hablantes de lengua indígena (INEGI, 2020), siendo en su enorme mayoría de la etnia naayeri, seguida por la wixárika, o’dam y méxikan. Jesús María se ha convertido en el centro político más importante de El Nayar, concentrando todas sus representaciones políticas institucionales, además de ser el pueblo más grande y poblado de la región (Valdovinos, Op. Cit: 86)

### **2.3.1 La dimensión económica como condición estructural**

El Nayar se encuentra entre los 125 municipios más pobres de México y junto con los municipios adyacentes de Huajicori y La Yesca, se considera como una microrregión por el Gobierno Federal por su condición de alta y muy alta marginalidad (CONEVAL, 2020). El municipio presenta 89,2% de población en situación de pobreza, un 70,2% por debajo de la línea de pobreza extrema por nivel de ingresos, presentando un 32,5% de la población carencias en términos de acceso a la alimentación nutritiva y de calidad (CONEVAL, 2020, INEGI, 2020).

Según el uso del suelo, únicamente el 6.32% de la superficie del municipio es apta para producción de actividades agrícolas, ganaderas y forestales y siendo los cuerpos de agua (presa de Aguamilpa) solo el 2.43% de ese territorio. Dadas estas condiciones, los cultivos de maíz y calabaza son principalmente de autoconsumo en la zona y en algunas entrevistas se reportó que durante el año 2023 no se obtuvieron cosechas de la milpa por el bajo nivel de lluvias, lo cual implicaba la compra de maíz en el mercado y la afectación de las economías familiares. El bajo consumo de

---

<sup>14</sup> En la escuela bilingüe la perspectiva mestiza se manifiesta en el grado de distancia adoptada por los maestros frente al estudiante, más propio de las instituciones escolares estatales que de las relaciones en la educación naayeri. También se muestra en los conflictos para armonizar el calendario escolar estatal con el de las fiestas tradicionales, para cuya asistencia los maestros suelen no otorgar las autorizaciones que los estudiantes requieren. (ib ídem)

proteína animal, sumado a la dieta limitada al maíz y al frijol que tienen la mayoría de los naayeri, lleva a distintos grados de desnutrición que fueron manifestados en forma unánime por el personal de salud, tanto para adultos como para niños. Como señala el Dr. Julián, del HMJM, en una entrevista: “Aquí llegan niños y adultos con desnutriciones severas. No ocupas ir a África, te subes a la sierra del Nayar y vas a ver desnutrición severa. Ocurre mucho por la dieta, porque, aunque ellos se alimenten, no obtienen los macronutrientes adecuados. No obtienen la suficiente proteína animal”.

Esta desnutrición vuelve más vulnerable la salud de las mujeres y la de sus hijos, debido a las exigencias que pesan sobre los cuerpos gestantes y en formación. De ello dan cuenta los numerosos casos de anemia en embarazadas y de recién nacidos con bajo peso, ante lo cual el personal de salud insiste a las mujeres en el consumo del fumarato ferroso y ácido fólico, no siempre disponibles en las unidades de salud de la zona. Las condiciones agrícolas áridas de la sierra poseen su contracara en que hombres y mujeres naayeri deben viajar a la costa nayarita en forma estacional para trabajar en forma asalariada cosechando frijol, tabaco y otros cultivos. Por su parte los y las indígenas wixárikas producen manualmente y venden sus artesanías en la costa y en Guadalajara.

Actualmente, un 40% de la población del municipio no cuenta con agua entubada, 30% no tiene electricidad y solamente 27% tiene acceso a electricidad, agua y drenaje (INEGI, 2020). Respecto al tendido eléctrico, resulta precario, ya que las interrupciones del servicio en Jesús María son muy frecuentes (la mayoría de las veces debido a vientos o tormentas que cortan los cables) lo cual implica que en el resto de los poblados del municipio la situación es aún peor. El cableado eléctrico que atraviesa la región serrana, uniendo las centrales de Ruiz y Bolaños (Jalisco) se comenzó en 2002 y si bien en 1994 se construyó la presa hidroeléctrica de Aguamilpa, la energía producida por la misma nunca fue destinada al consumo de la región.

En términos de acceso a la atención de la salud, el 69% de la población del municipio Del Nayar no es derechohabiente (INEGI, 2020) por lo cual a lo largo del tiempo ha debido atenderse mediante diversos programas de salud pública creados para garantizar un acceso universal. Un estudio reciente muestra que, a nivel nacional, el desmantelamiento en 2019 del Seguro Popular (SP), creado en 2003 con esta finalidad, implicó una pérdida considerable de la cobertura en la atención de la salud materna, particularmente para las mujeres indígenas (Serván-Mori et al, 2025).

El lugar del Seguro Popular fue primero tomado por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) en 2020 para dar lugar en 2022 al programa IMSS Bienestar, que se implementó por vez primera en Nayarit en forma piloto en 2022 e ingresó específicamente en el HMJM para efectuar toda una serie de importantes mejoras en términos de estructura, insumos, funcionamiento y recursos humanos<sup>15</sup>. Al finalizar mi trabajo de campo, dicho programa se encontraba en plena retirada del HMJM, mucho antes de lo previsto inicialmente, cediendo nuevamente la totalidad de su gestión a la Secretaría de Salud estatal bajo la figura de Organismo Público Descentralizado (OPD). Esto me fue comunicado en entrevista y con bastante pesar por la Dra. Gómez, supervisora del IMSS para el municipio del Nayar, quien consideró que esta finalización temprana del programa implicaba un probable retroceso en los cambios que se habían podido realizar en un año y medio, sobre una situación previa de gran deterioro y mal funcionamiento del HMJM.

Otro dato importante relativo al condicionamiento de la dimensión económica sobre la salud materna es que entre 2013 y 2018, en conjunción con el Seguro Popular funcionó el programa “IMSS Prospera”, que condicionaba las transferencias estatales de dinero a las familias a su atención en los servicios de salud del IMSS. De esta forma, si las familias no asistían a atenderse a las clínicas u hospitales del IMSS, no recibían la transferencia en dinero del Estado, por lo que se sentían obligadas a hacerlo. Al finalizar este programa, las transferencias dejaron de estar condicionadas a la atención en los centros de salud, lo que, como se verá, tuvo consecuencias en términos de la atención a la salud materna. El siguiente testimonio de Ignacio, enfermero del PFAM<sup>16</sup> de Mesa de Huicholes ejemplifica una situación actual recurrente, motivada por la expectativa de las mujeres embarazadas de un pago en retribución de su concurrencia a los controles prenatales en el HMJM día de la “jornada de embarazadas”:

[...]Habían confirmado que iban 4 de ellas: Nos dijeron ¡¡¡“Mañana nos vemos!!! Y las esperamos como 12 horas. Oye, pero vamos a buscarlas y nos dicen: ‘Oye, pero no, no vamos a ir’. Nada más era una que iba a ir, pero también tiene 42 años, como ocho chiquillos y... dije si de todos modos a ella sí tengo que llevarla” (...) El motivo por el cual dicen [que no van] es que no tienen dinero. Y uno les dice ¿sabes qué? Se te va a dar hospedaje, se te va a dar la comida, lo único que vas a gastar es si quieres una coca o algo, se les explica todo, todo, nada más eso. Nos ha tocado (y ellos son testigos) que llegamos [a casa AME] y no hay tortilla y les cooperamos o les pichamos tacos para que se motiven. Y te estrechan la mano, te dicen que van a ir y nada... Quieren que les guarden 4 lugares en la camioneta para ir y te estrechan la mano con seguridad diciendo que van a ir... y nada. Se quejan de que no tienen

---

<sup>15</sup> Entre estas mejoras se cuentan el equipamiento completo del HMJM y su remodelación, la incorporación de médicos residentes especialistas, de médicos especialistas cubanos y el reabastecimiento de la farmacia del hospital.

<sup>16</sup> El PFAM es el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica, como desarrollaré en apartados posteriores.

dinero: a nosotros nos dicen del dinero, que les consigamos dinero [apoyos de dinero, pagarles a ellas por el hecho de que ellas vayan a controlarse] [Fragmento de conversación, 10/12/2023] .

La situación descrita resulta en que el día anterior a la cita para el control prenatal las mujeres le confirman su asistencia al personal del PFAM en un punto de encuentro, pero finalmente no se presentan. Al preguntárseles por qué no lo hicieron, refieren a la falta de dinero o a la expectativa de recibir dinero, tal y como ocurría bajo el régimen del IMSS Prospera. Esto fue también afirmado por Arturo, promotor de salud del mismo programa en la localidad de Huertitas: "Luego del Prospera bajo muchísimo la atención, 450 consultas bajaban. Ahora bajan 290, 230, la gente no se siente con la obligación de acudir al hospital. Tenemos que estar yendo, vigilándolas [a las embarazadas] si influyó porque antes sentían la obligación de acudir [te dicen]: ‘ya me dijeron en el módulo que ya no tengo que acudir otra vez’. La gente dejó de acudir. Si antes acudían, ahora no. De 40 bajaron a 13” [Fragmento de conversación telefónica, 18/05/2024]

Se trata de otra forma en la que la dimensión de clase puede condicionar el acceso a la salud, si se considera que, así como el bajo nivel educativo de los sectores empobrecidos está asociado a una menor formación y capacidad para la detección de signos de alarma y búsqueda de atención obstétrica oportuna, (Calderón et al, 2007), también puede estarlo respecto a la ponderación de la importancia de los controles prenatales. El hecho de que solo el condicionamiento económico del programa “Prospera” haya funcionado como un incentivo para lograr mayores niveles de atención prenatal, abona esta idea.

En suma, la dimensión económica en la zona Sierra de El Nayar condiciona estructuralmente el problema de la muerte materna de diferentes formas. En primer lugar, se vincula causalmente con la mala alimentación y nutrición de las mujeres, que conduce a padecimientos de anemia y a nacimientos de bajo peso. A ello se le suman las deficientes condiciones sanitarias y habitacionales que también perjudican la salud en cuestiones tan básicas como el acceso al agua potable.

En segundo lugar, la exclusión económica está ligada a un clasismo estructural e institucional, en tanto las instituciones de salud presentan muy claras inequidades en su alcance y

también en la calidad de la atención que ofrecen a los habitantes de esta región, limitando tanto la accesibilidad como la aceptabilidad de los servicios de salud<sup>17</sup>.

En tercer lugar, dadas estas inequidades estructurales e infraestructurales, la falta de dinero afecta mucho más la autonomía y la movilidad de las mujeres para asistir a los servicios de salud que si se tratara de poblaciones con mayores recursos económicos. Los costos de transporte y los gastos implicados en la permanencia (tanto en el HMJM como en el refugio para embarazadas del mismo, llamado “Casa AME”) en muchos casos resultan prohibitivos, desincentivando o impidiendo la asistencia al HMJM para los controles prenatales y para la atención de los partos. Esto último es especialmente cierto en los casos en los que las mujeres deban permanecer durante el período previo al embarazo en el refugio para “Casa AME”, debido a que sus comunidades de origen están alejadas del hospital y por lo tanto les sería muy difícil trasladarse en el mismo momento de comenzar el trabajo de parto. Estas mujeres son aquellas con menor nivel educativo, con menos manejo del idioma español y también las más afectadas por la falta de recursos económicos, con lo cual se les hace muy difícil afrontar los gastos durante dos semanas o más en el refugio.

Por último, el cambio de los programas estatales de transferencias de la modalidad condicionada a una no condicionada provocaron una desincentivación en las mujeres embarazadas para asistir a los controles prenatales, lo cual se verifica particularmente en las zonas más aisladas, según manifiesta el personal del programa PFAM, refiriendo un fuerte decrecimiento en el cumplimiento de la asistencia a controles prenatales mensuales a partir de la implementación del programa IMSS Bienestar en reemplazo del “IMSS Prospera”.

Todas estas inequidades estructurales descritas están ligadas a las “3 demoras” vinculadas a las muertes maternas: (Freyermuth, 2014:33) y al racismo institucionalizado, en tanto se trata en definitiva de una situación de falta de recursos humanos cualificados, escasez de bienes sanitarios

---

<sup>17</sup> En la tarjeta de presentación del HMJM se manifiesta que dirige sus servicios de salud principalmente a la “población marginada hablante de lenguas naayeri, wixárika, o’dam y náhuatl, así como a poblaciones mestizas residentes en estas localidades, sin distinción de derechohabencia”. (Hospital mixto, tarjeta de presentación, 2023). Sin embargo, en un comienzo y hasta la creación del Seguro Popular en 2003, el HMJM mantenía un régimen de atención diferencial en el que cobraban los estudios, cirugías y partos solo a los mestizos y no a los indígenas. Esto también coincidió con un período en el que “había mucha más discriminación de los mestizos a los coras” (Doña Tati, comunicación personal 05/12/23, Imelda, entrevista, 07/11/23).

funcionales en términos de cantidad y calidad, y discriminación en función de los ingresos dentro de los centros médicos locales (Jones, 2000, Dörr & Dietz, 2000, Wade, 2018).

### **2.3.2 Las condiciones de infraestructura**

El estado de la infraestructura vial es un problema especialmente para las mujeres del HMJM, ya que en la mayoría de los casos las comunidades alejadas del centro de Jesús María no cuentan con servicios de transporte económicos que las lleven desde y hacia sus hogares. Ya sea que se quieran mover a la costa a trabajar o al hospital a atenderse, en muchas comunidades lo único que existe a estos fines son servicios de carros particulares bastante costosos que llevan a las personas al destino final o simplemente a las rutas por donde pasan los camiones. Ante la ausencia de vehículos o de dinero para pagarlos, estos trayectos son cubiertos caminando, a veces durante horas, como lo relata Javiera, una naayeri de 18 años, de la comunidad de El Coyunque:

“Después de aliviarme estuve un día en ‘piso’ y volví a ‘Casa AME’. Le hicieron el tamiz [examen de laboratorio] al bebé y le pusieron las vacunas. Me quedé dos días en la ‘Casa AME’. Desde allí, a las 6 am me tomé el camión a Tepetatem que vale 60 MXN y llegué allí a las 11 am. Desde allí caminé con mi bebé bajo el sol hasta Coyunque. No tenía nada para protegerlo del sol. Lo tapé con un trapo y me fui caminando. Llegué a Coyunque a las 17 hs.” [Fragmento de entrevista, 12/12/2023]

La carretera Ruiz-Zacatecas conecta la ciudad de Tepic (principal centro urbano más cercano y la capital del Estado) con Jesús María mediando unos 228 km entre ambas, equivalentes a tres horas de camino en auto o unas 5 o 6 horas en camión. La misma fue terminada como carretera de terracería en 1988 y se terminó de pavimentar en 2019, luego de años de distintos proyectos de “modernización” y obras de asfaltado parcial. Actualmente existen solo dos líneas de camiones (Ramírez y Optibus) que hacen el recorrido de esta carretera, cuyas unidades se encuentran en muy malas condiciones y suelen llenarse, al punto de que los pasajeros suelen viajar parados y casi siempre sin aire acondicionado.

Si bien actualmente el Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas (INPI) está gestionando la construcción de una “carretera artesanal” con participación de la población indígena local, el estado general de los caminos es malo, siendo casi todos de terracería o de asfalto sin ninguna clase de mantenimiento; incluso algunos caminos más importantes y transitados, como el que comunica a Jesús María con Mesa del Nayar, están muy deteriorados. Esta situación genera que también se

incremente la peligrosidad de los traslados, sobre todo luego de fuertes lluvias que suelen provocar subidas del río, deslaves y derrumbes. En cuanto a las telecomunicaciones, en la mayor parte de la zona no hay señal de internet celular y en muchas áreas tampoco de red celular telefónica. En entrevista David, psicólogo del Hospital Mixto, expresó: “a ningún gobierno, ni municipal, ni estatal ni nacional le importa realmente la población de la zona, porque si no, estarían hechas las carreteras para poder transitar más fácilmente, buses decentes y no de la calidad pésima de los que hay, cobertura de internet en el celular, etc. etc. etc. Una vez le decía a un compañero que, si uno de esos buses se cae y muere la gente, va a decir “bueno, total, son indígenas” [Fragmento de conversación, 01/10/2023]

Otro problema mencionado en entrevistas es la inseguridad de muchas carreteras y pueblos enteros controlados por grupos del crimen organizado. Esta situación dificulta el traslado de las mujeres al hospital para controlarse e incluso para atender sus partos, por miedo a ser detenidas por retenes que las pongan en peligro. Este fue el caso de varias mujeres wixárikas de Saucito y de las que debían atravesar el cruce de Santa Cruz, quienes veían limitada su movilidad en términos del horario de traslado y la compañía con la que viajaban.

En suma, la deficiente inversión en obra pública y seguridad en los municipios nayaritas más pobres afectan la disponibilidad y calidad de infraestructura en redes viales y de transporte, tendido eléctrico, agua telecomunicaciones y seguridad, lo que habla de una administración socio - espacial de recursos materiales que ha sido históricamente discriminatoria por parte del Estado. En este sentido, se puede hablar de condiciones que pueden producir violencia estructural e infraestructural (Rodgers y O’Neill, 2012:403-405) y afectar particularmente a las mujeres embarazadas, quienes presentan mayor necesidad de una atención sistemática durante el embarazo y son estructuralmente más vulnerables, en términos económicos y de género.

### **2.3.3 Las Unidades Médicas Rurales (UMR) y el Programa PFAM**

El Hospital Mixto es el elemento central dentro del sistema de salud público de la zona Sierra del Nayar, en articulación con las Unidades Médicas Rurales (UMR) y el Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica (PFAM).

Las UMR son clínicas dependientes del IMSS-Bienestar que otorgan atención a la población en ciertos puntos clave de la región, funcionando como nodos entre las caravanas y el HMJM, adonde derivan pacientes que necesitan atención de un segundo o tercer nivel. La mayoría de las UMR no poseen una guardia permanente, sino que atienden durante los días de semana en un

horario reducido, por lo que ante emergencias fuera de dicho horario las personas deben forzosamente dirigirse al HMJM.

Según la enfermera Lía, de la UMR de Linda Vista, en la sierra debido a las dificultades de transporte y las carencias económicas de las embarazadas para pagar un carro hasta el HMJM, las UMR están habilitadas a atender partos “de bajo riesgo”, contando para ello una sala de expulsión e instrumentos de examen obstétrico. El nivel de riesgo del parto se calcula mediante el relleno de un formulario “FM5” que asigna un puntaje de acuerdo a parámetros como la edad, el peso, la talla, la escolaridad, el último periodo intergenésico, el número de gestas, cesáreas y abortos previos de la paciente. Lía afirma atender de uno a tres partos por mes en la UMR y “el resto paren en sus casas con ayuda de la partera”. [Fragmento de conversación, 06/02/2025].

Esta atribución otorgada a las UMR en esta zona resulta un elemento mitigante de los problemas de infraestructura vial y transporte que pesan sobre la salud materna, en ya que brinda una alternativa a las dificultades de todo tipo que deben atravesar las mujeres para trasladarse desde sus comunidades hasta el HMJM para poder tener un parto hospitalario. Lía también manifestó que en su UMR les faltan algunos insumos como tratamiento de oxigenoterapia, para niños y bebés con asma, neumonía, bronquitis y para estabilizar al neonato ya que no hay tanque de oxígeno o el tanque está, pero no tiene el gas, así como faltan medicamentos para inhalación, y sueros para araña y víbora.

El Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica (PFAM), llamado comúnmente “Caravanas” es el instrumento a través del cual se atiende a las comunidades geográficamente más aisladas en la sierra nayarita. Si bien el programa es federal y su personal depende directamente de la Secretaría de Servicios de Salud de Nayarit, ubicada en Tepic, se articula su accionar con el del HMJM, formando parte de un mismo sistema local de atención a la salud. El PFAM en el municipio de El Nayar está compuesto por un total de 22 unidades móviles de atención primaria de la salud. De ellas, 16 unidades son de “tipo 0”, el más básico, las cuales deberían estar integradas cada una por un médico, una enfermera y un promotor de salud y dotadas con un vehículo 4 x 4. En segundo lugar, hay 4 unidades de “tipo 2”, las cuales cuentan con un camión más grande con dos consultorios, uno médico y otro odontológico y una dotación de un médico, una enfermera, un odontólogo y un promotor de salud. Por último, hay una sola unidad de “tipo” 1, dotada de un camión con consultorio, un médico, promotor y enfermero.

Cada unidad tiene asignada una ruta con comunidades por las cuales debe pasar de acuerdo con un cronograma difundido a aquellas por la radio “La Voz de los 4 Pueblos”, para brindar

servicios del primer nivel de atención de la salud. Mensualmente, cada equipo del programa PFAM debe dedicar 20 días corridos a la visita de comunidades, dos días a elaborar un reporte que deben entregar en Tepic y tiene 8 días de descanso. El tiempo de permanencia en cada una de las comunidades varía en función de las necesidades de los miembros de las comunidades, quienes en esos días deben acercarse a la unidad o a la sala de salud de su comunidad, construida a tal fin para atenderse con el PFAM, recibir insumos para combatir vectores epidémicos (mosquiteros, por ejemplo), medicamentos y suplementos, tales como el hierro y el ácido fólico para las embarazadas. Un día por mes, cada equipo de caravanas organiza una “jornada de embarazadas” consistente en reunir a todas las embarazadas de todas las comunidades de su propio recorrido para llevarlas a controlar su embarazo en el HMJM. De la misma forma, si la mujer embarazada se encuentra dentro de los 20 días anteriores a la fecha probable de parto, el día que la unidad del PFAM la lleva a la jornada de embarazadas, le ofrece a la mujer quedarse viviendo en el refugio que tiene el HMJM, denominado “Casa AME” hasta la fecha del parto, de forma de que se pueda controlar diariamente y reciba atención en el momento de dar a luz en forma inmediata y segura.

Habiendo acompañado a uno de los equipos del PFAM durante 4 días en su recorrido y entrevistado a aproximadamente 10 miembros de distintas unidades del municipio, quedó expuesta la precariedad y el desfinanciamiento que padece este programa, empezando por el hecho de que para las 22 unidades asignadas para todo el municipio del Nayar, solo hay designado un solo médico, siendo que según la propia normativa del programa debería haber uno, como mínimo, por unidad. Es decir que la enorme mayoría de las unidades del PFAM solamente constan de un enfermero y un promotor de salud. En la unidad que acompañé durante 4 días la enfermera suplía todas las tareas que debía realizar el médico, ausente desde principios del año cuando se incorporó, y Vicente, el experimentado promotor de salud, manejaba el vehículo.

En las conversaciones durante las visitas a las comunidades, fueron comunes las quejas del personal del PFAM, tanto por la falta de médico como por la de insumos tan básicos como ácido fólico y sobre todo por la falta de combustible y vehículos adecuados que les permitan acceder a comunidades más aisladas, conectadas por caminos de terracería de difícil tránsito. A ello se le sumaba la incertidumbre sobre la renovación de contratos de trabajo cada año y el contraste entre un presente lleno de carencias, falta de financiamiento y desmotivación y una “época dorada” (hace unos 2 años o más) en la que la Secretaría de Salud les ofrecía mejores capacitaciones e insumos que hoy muchas veces les faltan.

En segunda instancia, durante una reunión que presencié en Tepic el 3 de octubre de 2023, líderes de varias comunidades del municipio presentaron formalmente ante personal directivo del IMSS y de la Secretaría de Salud la queja de que a sus comunidades no estaban llegando las unidades móviles del programa PFAM y que tampoco disponían de vehículos para el traslado de embarazadas o enfermos ante una urgencia. La explicación dada por el personal del IMSS ante estas carencias fue que los vehículos con los que contaban estaban en mal estado, descompuestos o que no tenían el personal necesario para repararlos y mantenerlos.

Finalmente, en una entrevista con Itzel, directora de asuntos de la mujer de la sección de El Nayar del Instituto de la mujer de Nayarit (INMUNAY), manifestó con gran enfado que las caravanas del PFAM solamente estaban llegando a las “sedes” (puntos intermedios de mayor acceso) y no a las comunidades mismas, donde las personas se quedaban esperando la atención. Al parecer, los auxiliares de salud de las comunidades bajaban al punto intermedio y le firmaban el acuse de visita al personal de la caravana sin que llegaran ni atendieran a las personas en la comunidad, por más que se les había pasado el reporte de enfermos y necesidades de esta, incluyendo el control y traslado de embarazadas. Itzel agregó que las personas de su comunidad vieron varias veces a “los de la caravana” yendo a un hotel a emborracharse e incluso que llegaban a Camarón alcoholizados. Según ella, la explicación dada por el personal del PFAM ante la denuncia de estos incumplimientos es que los vehículos de traslado (ambulancias) no cuentan con la gasolina necesaria. Ante ello, explica que la comunidad siempre le ofreció al personal del PFAM alternativas de transporte en la forma de “remudas” (mulas), alojamiento y alimentación gratis para que puedan subir a las comunidades, pero que dicho personal se niega a subir en esas condiciones de transporte.

Este punto de vista sobre el pobre desempeño de las caravanas y su personal también fue manifestado en forma independiente por Lía, enfermera de la UMR de Linda Vista, quien señaló que su UMR se vio colapsada por el aumento de demanda en la atención que implicó el abandono de comunidades enteras por parte de las unidades del PFAM. Por su parte, Arturo, promotor de salud del PFAM de Huertitas, explicó en entrevista que muchas veces la Secretaría de Salud no les da a las unidades el combustible suficiente para llegar hasta las comunidades o bien, más frecuentemente, no les dan un vehículo que sea apto para llegar a lugares de difícil acceso.

El abandono de las comunidades por parte de las unidades del PFAM resultó ser otra fuente de hostilidades y tensión intercultural, como lo manifiesta el enojo de parte del personal de salud

de las UMR, que vio por ello su servicio saturado, de los jefes de las comunidades abandonadas y del personal de organizaciones civiles como Itzel. Asimismo, durante mis entrevistas al personal del PFAM, se me comunicaron al menos dos ataques violentos por parte de personas de las comunidades indígenas al personal de dicho programa<sup>18</sup>. También, que debían ser muy cautelosos en sus decisiones de traslado de las mujeres embarazadas indígenas a los hospitales, siempre consultando a sus maridos, ya que de lo contrario temían represalias violentas por parte de estos. Estos episodios operan reafirmando el miedo y las percepciones mutuas de hostilidad, racismo y extrañamiento entre mestizos e indígenas.

### **2.3.4 La violencia de género como condición estructural**

Otro de los problemas estructurales que, aunque presente en todo el país, prevalece con particular intensidad bajo ciertas modalidades en la zona bajo estudio es la desigualdad y la violencia de género. De ello da cuenta el estado de Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres y por desaparición de niñas, adolescentes y mujeres (AVGM) declarado en el municipio de El Nayar, así como en varios otros del Estado, particularmente aquellos que tienen población indígena. A nivel estatal, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) de 2021 hecha por el INEGI, resalta el dato de que el Estado de Nayarit se encuentra entre aquellos con mayor prevalencia en el nivel de violencia de pareja en los últimos 12 meses de realizarse la encuesta. Para el municipio de El Nayar, se reforzaron las medidas establecidas en la declaratoria de AVGM por violencia feminicida en la entidad y se establecieron medidas específicas en materia de desaparición de niñas, adolescentes y mujeres<sup>19</sup>.

La subordinación de género es más marcada en lugares donde hay mayores problemas de acceso económico, geográfico y cultural a servicios de salud oportunos y de calidad como lo son las zonas habitadas por comunidades indígenas (Secretaría de Salud, 2005, pp. 32-33, Sesia, 2011). Esta agudización de las estructuras patriarcales impone enormes limitaciones a la autonomía, la capacidad de disponer de recursos económicos e incluso de elegir pareja de las mujeres. En este sentido, a lo largo de mi trabajo de campo pude obtener testimonios (la mayoría indirectos) sobre

---

<sup>18</sup> Un dato no menor es que el personal del PFAM es mestizo en casi su totalidad.

<sup>19</sup> Los municipios en AVGM en Nayarit son Acaponeta, Bahía de Banderas, Del Nayar, Ixtlán del Río, Santiago Ixcuintla, Tecuala y Tepic desde 2016, a los que se le sumaron en 2021 Xalisco, Compostela, Rosamorada y Tuxpan (CONAVIM, 2023).

<https://www.meganoticias.mx/tepic/noticia/nayarit-cuatro-municipios-se-suman-a-la-alerta-de-genero/459460#:~:text=La%20solicitud%20para%20la%20declaratoria,que%20existe%20violaci%C3%B3n%20a%20>  
os

cómo el “machismo” puede constituirse en limitante del acceso de la atención a las mujeres. Uno de ellos lo dio Elsa, empleada de limpieza del HMJM de origen naayeri, quien me confesó que se cuidaba con anticonceptivos a escondidas de su marido, con la complicidad del personal de salud de medicina preventiva del hospital. Dentro de sus explicaciones sobre por qué algunas mujeres no van a sus controles de embarazo al HMJM, señaló, si bien en último orden, “porque el marido es machista y celoso y no quiere que la revisen”.

Este machismo por una parte incide en una gran reducción de margen de maniobra que las mujeres tienen durante sus trayectorias reproductivas y particularmente durante las emergencias obstétricas, que pueden conducir a la muerte materna si no son atendidas oportunamente (Freyermuth, 2003). Por otro lado, esta estructura patriarcal habilita a los hombres adultos a que elijan parejas sexuales entre menores de edad (Sesia, 2011:253) conduciendo a un aumento de los embarazos adolescentes, que en sí mismos implican una mayor probabilidad de preeclampsia y eclampsia y por tanto de muerte materna (Morón, Latorre, y Tovar, 2014; Nájera, y Tuesca, 2015; Rosales, Lemoine, Rodríguez, y Andrade, 2013).

En palabras de Paula, abogada asesora que brinda ayuda y asesoramiento jurídico en la oficina contra la violencia hacia la mujer del ayuntamiento de Jesús María, la violencia de género en sus diversas formas se encuentra sumamente naturalizada en la zona:

“Las mujeres antes no denunciaban nada ya que pensaban que ‘igual no hacen nada y por temor a represalias. La violencia de género se encuentra super normalizada a nivel cultural en la zona. “Por violencia obstétrica no hay denuncias, pero sí existe mucha violencia obstétrica.” Las mujeres llegan a hacer la denuncia cuando se produce violencia física en forma reiterada, cuando alguien le dice a la mujer que eso ya no es normal. O a veces vienen aquí, las asistimos y ellas mismas recomiendan este servicio a otras mujeres que saben que están en una situación similar”. [Fragmento de entrevista, 01/12/2023]

En este fragmento de entrevista se destaca la violencia física como un problema importante en la zona de estudio y se conjuga esta forma social de la violencia de género con la presencia de violencia obstétrica ejercida en los dispositivos de salud, que está presente, pero “no se denuncia”. Nuevamente en la ENDIREH de 2021, Nayarit aparece como un estado con un nivel moderado de prevalencia de la violencia obstétrica en relación al resto del país, con un 28,4% (INEGI, 2021), aunque como se mencionó, esto depende en parte del nivel de mediación cognitiva que logre naturalizar la violencia obstétrica o la sobre medicalización del embarazo, parto y puerperio mediante procesos de violencia simbólica, lo que no significa que dicha violencia no exista (Castro, 2024, Sesia y Yáñez, 2024). Este tema será abordado en detalle en los capítulos 4 y 5, ya que la

violencia obstétrica constituye una forma de violencia de género invisibilizada pero muy presente en el contexto del HMJM, que constituye una violación a los derechos humanos (Sesia, 2020:4).

En suma, la violencia y la desigualdad de género en la zona de estudio pueden constituirse en limitantes de la atención y en factores de riesgo para la muerte materna de múltiples formas: como control directo de los hombres sobre los cuerpos y decisiones reproductivas y de atención de las mujeres, como causa del embarazo adolescente, como monopolio masculino sobre los recursos económicos y de movilidad así como también como violencia obstétrica ejercida durante el período previo a la gestación, y durante el embarazo, parto y puerperio (Berrio, 2021), constituyéndose en una limitante potencial de la aceptabilidad de los servicios de salud para las mujeres.

### **2.3.5 Las relaciones interétnicas: representaciones de la población sobre el HMJM**

A lo largo de mi trabajo de campo las representaciones de la población indígena local sobre el hospital se mostraron como eminentemente negativas. Así lo describió la Dra. Gómez, supervisora del IMSS para el municipio de El Nayar<sup>20</sup>, durante una entrevista en la que relató la situación en la que encontró al HMJM al comenzarse a implementar el Programa IMSS Bienestar:

“Nosotros acudimos a las autoridades principales de aquí de la Comunidad, con el presidente municipal a decirle lo que veníamos a hacer aquí, las mejoras que queríamos hacer, que ocupábamos de su apoyo también (como autoridad), fuimos con el gobernador cora, también nos sentamos y platicamos y dimos a conocer que era el programa [IMSS Bienestar] y todo y realmente la gente tenía un muy mal concepto de aquí del hospital... *Malo, malo, malo*. (...) Venía muy poca gente a atenderse, muy poca productividad tenía el Hospital, a pesar de que pues se suponía que trabajaban o trabajan las 24 horas, que el hospital está abierto las 24 horas, pero muy poca gente acudía a la atención. Por varios motivos, empezaban ellos, uno era el maltrato que recibían, otro porque no había insumos, entonces no tenía caso que viniera y no venía la gente, uno que porque decían que pues mataban aquí a la gente “que a mí me dejaron morir” ...este y otros decían que a pesar de que había medicamentos, no se los daban y que ellos sabían que había medicamentos y aun así que no se nos entregaban. Eso nosotros, pues no pudimos confirmarlo, nada más era lo que nos decía la gente... hicimos “borrón y cuenta nueva”: de aquí en adelante, nosotros, yo me comprometo en que, si falta algo, conseguirlo, lo básico para que no falte en el hospital.” [Fragmento de entrevista, 12/09/2023]

Una de las ideas más llamativas de los naayeri<sup>21</sup> es la de que el HMJM es un lugar en el que a los indígenas “los matan”, lo que es interpretado como parte de un plan histórico de exterminio étnico proveniente de la sociedad mestiza. Una idea similar parece habitar la reticencia a la

---

<sup>20</sup>Esta supervisora estaba instalada y ejercía su función desde el HMJM, siendo una de las objetivos implementar el modelo de funcionamiento del IMSS en dicho Hospital. Esto implicaba tanto el reequipamiento y mejoramiento de la infraestructura del hospital como la aplicación de un modelo de trabajo totalmente diferente al de la Secretaría de Salud de Nayarit, hecho que generó mucha resistencia del personal de Secretaría de Salud que trabajaba en el HMJM.

<sup>21</sup> Este motivo apareció en muchas conversaciones con personas de edad media a avanzada.

adopción de métodos anticonceptivos, muy promovidos en el HMJM y muy resistidos por la población, en particular por los hombres naayeri. Dominga, enfermera que trabaja en la zona desde antes de que se cree el HMJM, cuenta que la población “actualmente acepta y utiliza mucho más la atención alopática junto a la tradicional”. No obstante, testimonios como el de Ángel, partero naayeri y auxiliar de salud de la localidad de Huertitas, muestran la persistencia de estas ideas:

“Un muchacho murió ayer en la tarde y lo mataron en el hospital. Se lastimó en el río con el cuchillo, lo llevaron al mixto, se quitaba el suero. De allí lo llevaron a Tepic y los médicos lo pusieron a dormir: un veneno para que se muera, en Tepic. Su yerno el año pasado lo llevaron a un hospital de Tepic y también lo mataron ahí: cuando llegó ahí no estaba tan grave. Él solito se subió al carro. El señor tenía calentura e hinchada la entrepierna por un golpe. Sabe que le pusieron. Yo creo que le pusieron nomás pa morir. Sabe cómo trabajan los doctores” [Fragmento de entrevista, 03/11/2023].

La pandemia de COVID-19 fue escenario de una reedición de este tipo de teorías. Por ejemplo, un hombre naayeri de unos 40 años con cargo en “el costumbre” me comentó durante la vigilia del día de muertos en la iglesia de Jesús María, que en el HMJM estaban matando personas con las vacunas contra el COVID.

En relación con el origen étnico del personal de salud, a diferencia de las escuelas bilingües, el Hospital Mixto, las Unidades Médicas Rurales (UMR) y las unidades del PFAM están compuestas casi exclusivamente por personal de salud mestizo, y las tensiones en el ámbito de la atención también pueden leerse en esta clave. En una visita con la caravana del PFAM a Arroyo del Fraile, un conjunto de vecinos esperando a ser atendidos comentaba: “Los médicos, cuando llevas al niño o vas por un problema, te regañan diciendo: ‘¿por qué no lo trajó antes?’ Cuando uno va no lo atienden y cuando lo atienden lo regañan: menos ganas de ir le dan a uno, la verdad. Siempre fue así, los médicos siempre cambian, a veces te toca uno bueno, otra uno malo y así” [Fragmento de conversación, 09/12/2023].

En este último fragmento se menciona la alta rotación del personal del HMJM, que impide el establecimiento de relaciones interétnicas profundas y duraderas entre el personal del servicio de salud y las poblaciones indígenas. Esto se debe a que el personal biomédico casi siempre proviene de otras localidades y enfrenta una multiplicidad de dificultades, tales como la distancia a sus hogares, el aislamiento de las poblaciones a las que brindan atención, la falta de recursos adecuados

y de políticas institucionales que promuevan la creación de lazos fuertes entre los servicios de salud y las poblaciones indígenas (Valdovinos, 2010:109). De esta forma, el extrañamiento, los choques interétnicos, la falta de conocimiento y de comprensión del contexto social y cultural local encuentran terreno fértil, propiciando tensiones entre el personal de salud mestizo y la población indígena usuaria.

No solo quienes mantienen una postura tradicionalista “dura” y sostienen teorías de exterminio étnico valoran negativamente el servicio de atención del HMJM. Oscar Correa, vecino de origen naayeri del barrio de Mololoa, en el que se concentra población mestiza, es maestro de danzas folklóricas y viene de una familia de larga historia en Jesús María. Es también director de una escuela primaria pública de Jesús María y maestro en la Universidad Tecnológica de Mesa del Nayar y deja clara su posición respecto al HMJM la cual dice que es compartida por la mayoría de sus estudiantes:

El HMJM pretendió dar servicio especializado, integrado por profesionales de la salud. Eso debilitó y omitió el seguimiento de la medicina tradicional y partería” (...) Desde el gobierno del Estado se dice que el hospital cuenta con todas las condiciones, pero es falso (...) En mi experiencia reciente en el hospital sufrí falta de atención médica, faltas de respeto a la cultura y creencias (regaños y llamadas de atención), inexperiencia y maltrato, con amenazas, ya que el personal nos dijo: ‘si vuelven a hacer esto, no los vamos a volver a atender’. [Fragmento de entrevista, 16/11/2023].

En la atención gineco obstétrica, Oscar menciona ejemplos de negligencia médica en el HMJM: “a una mujer que todos sus hijos fueron de parto natural, el médico cirujano, sin estudiarlo, decidió hacer cesárea (...) un médico le dejó tijeras y gasas dentro del vientre a otra mujer. No le retiró la placenta. Algunas mujeres quedan con deficiencia motriz, chuecas. Algunas fueron a Tepic y les extrajeron lo que les había quedado: en las radiografías se veían las gasas y tijeras. Nunca hubo interés de intervenir y hasta la fecha hay casos como esos” [Ibid.]. Dejando en claro que su crítica no tiene que ver con oponerse a la biomedicina, aclara: “para una atención médica de calidad para mi o para mis hijos, voy a Tepic con especialistas, en consulta privada con médicos que me conocen y no me cobran” [Ibid.].

Testimonios como este dan cuenta de que aún en los casos en los que se comparte la lengua y existe cercanía con el mundo social mestizo, la relación entre la comunidad local y el HMJM es problemática y conflictiva. Mientras que las representaciones sobre el HMJM resaltan sus carencias, el mal trabajo y la mala formación del personal de salud, a menudo son interpretadas en

una clave interétnica de hostilidad, que se refleja en los señalamientos sobre tratos discriminatorios, faltas de respeto o desconsideración hacia la cultura naayeri.

#### **2.4 Síntesis y reflexiones del capítulo.**

En este capítulo procuré presentar el HMJM como dispositivo de atención intercultural partiendo de sus orígenes, estructura y modo de funcionamiento. Luego presenté y contextualicé históricamente a la población usuaria del HMJM, agregando una síntesis de las condiciones estructurales que pueden operar como limitantes de la accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención para las mujeres, incidiendo sobre sus trayectorias de atención (ONU-CoDESC, 2000, Osorio, 2003). Para el caso de las mujeres indígenas de El Nayar, es necesario considerar que se trata de un grupo en el que se introducen determinantes sociales de la salud en un marco de opresiones conjugadas interseccionalmente, abarcando las dimensiones de sexo, género, raza, clase y etnia (Bourgois, 1988). Estas condiciones estructurales pueden constituirse en instancias de violencia estructural (Galtung, 1996, Castro y Farmer, 2003) sobre personas específicas que resultan más vulnerables, en términos de su salud, dentro de un marco relacional de análisis (Muñoz, 2024).

La primera de las condiciones estructurales que suele ser descritas como limitante de la accesibilidad a la atención de la salud es el aislamiento geográfico, debido a la distancia en que se encuentran las comunidades de los centros de atención. Sin embargo, este factor, por sí solo, no actúa como limitante sino que para ello requiere estar ante la presencia de otras condiciones estructurales, institucionales e infraestructurales que actúan en tándem, tales como la clase, el género y las deficiencias del sistema de transporte, vialidad y salud locales. Respecto a las condiciones infraestructurales deficientes, resalta el estado de los caminos y la falta de una red de transporte eficiente y económica que comunique a las mujeres con los centros de salud. Resulta aquí aplicable el concepto de violencia infraestructural, entendida como los supuestos políticos y culturales contenidos en el diseño de la infraestructura material y las consecuencias de su (mal) funcionamiento cotidiano. Se trata de la “economía política que subyace a la producción socio – espacial del sufrimiento en un entorno dado” (Rodgers y O’Neill, 2012:403-405).

En segundo lugar, otra limitante estructural fundamental del acceso a la atención es la dimensión de la exclusión económica, que afecta a las mujeres en sus posibilidades de movilidad y permanencia en el HMJM y en el refugio para embarazadas, “Casa AME”. El peso de esta exclusión se acrecienta al intersecarse con la subordinación de género, que es más marcada en zonas habitadas

por comunidades indígenas como El Nayar, donde existen mayores problemas de acceso económico, geográfico y cultural a servicios de salud oportunos y de calidad (Secretaría de Salud, 2005, pp. 32-33, Sesia, 2011). Esta tercer condición estructural agudiza los controles de los hombres sobre las vidas de las mujeres, sobre sus recursos económicos y sus decisiones reproductivas (Freyermuth, 2000), así como aumenta el número de embarazos adolescentes, considerados de riesgo (Sesia, 2011:253, Morón, Latorre, y Tovar, 2014).

La cuarta condición sumamente importante que limita la accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de la salud ofrecidos a las mujeres son las graves deficiencias que presentan los programas de salud locales, en gran parte debidas a su desfinanciamiento. En particular, me refiero a las fallas de funcionamiento del programa de salud PFAM-Caravanas que afectan directamente a comunidades indígenas enteras, rompiendo la comunicación entre estas y los dispositivos de atención primaria y secundaria (UMR y HMJM) que deben brindar atención a las mujeres y asistirles en sus procesos de embarazo, parto y puerperio. Al tratarse de una limitación de bienes, servicios y oportunidades que pesa en forma diferencial sobre poblaciones racializadas, esta limitante constituye una forma de racismo institucional (Jones, 2000).

En último lugar, como limitante se encuentran las relaciones interétnicas entre indígenas y mestizos, sus tensiones y conflictos alrededor de la atención en general y las políticas de planificación familiar, en particular. En este sentido se destacan representaciones sumamente negativas de la población sobre el HMJM, identificado con la sociedad mestiza y considerado muchas veces un dispositivo de exterminio étnico o simplemente de mala calidad, por su histórica falta de recursos y mala atención por parte de su personal. En el capítulo 4 se analizarán los componentes racistas implícitos en representaciones y prácticas del personal biomédico ejercidos sobre las poblaciones indígenas si consideramos el racismo como “el discurso y la práctica sobre la inferioridad de los grupos étnicos (Anthias y Yuval-Davis, 1992:12, en Wade, 2000:27).

Este racismo no solo está presente en las representaciones y discursos de un personal biomédico que rota continuamente y que rara vez logra un acercamiento intercultural, sino también en la distribución desigual de los recursos, la infraestructura, la calidad y el alcance de la atención ofrecida por el Estado en estas zonas de alta marginalidad. Estas inequidades, presentes a nivel nacional, producen un riesgo de morir para las indígenas entre 2 y 10 veces mayor que el resto de las mujeres mexicanas (Sesia, 2017:2). Desde una perspectiva de DDHH, estas muertes diferenciadas son responsabilidad del Estado y constituyen una forma del racismo de Estado, de

ejercicio del biopoder que “deja morir” a ciertas poblaciones étnicamente diferenciadas (Bautista et al, 2017).

Finalmente, es necesario reiterar que todos los elementos señalados constituyen condiciones estructurales que pesan sobre la población de mujeres pero que no producen la vulneración de derechos en forma automática y desubjetivada, sino que involucran otros factores contingentes, incluyendo la agencia de los sujetos que vulneran y los vulnerados, con sus desigualdades y asimetrías de poder, en una dinámica relacional de transacciones (Muñoz, 2024, Menéndez, 1984).

## CAPÍTULO 3: ¿UN HOSPITAL MIXTO?

El propósito de este capítulo es describir la dimensión del poder en el plano de las relaciones laborales entre médicos y parteras del HMJM y sus cambios más notorios a lo largo del tiempo. Esto a su vez, se vincula con el objetivo de describir y analizar las prácticas de atención del hospital desde el punto de vista de la gestión de la interculturalidad en salud, que constituye un elemento sumamente importante entre los que componen la aceptabilidad de los servicios de salud del HMJM, entendida como: “el respeto de la ética médica y de la cultura de las personas, minorías, pueblos y comunidades desde los servicios de salud, adoptando la perspectiva de género y generacional” (ONU-CoDESC, 2000).

Como tal, la gestión de la salud intercultural en una zona de población mayoritariamente indígena constituye un elemento que, más allá de su carácter de derecho, bien puede operar como facilitador o limitante de la aceptabilidad de los servicios de salud. Esto implicará una mayor o menor adecuación del dispositivo intercultural del HMJM hacia las mujeres indígenas que lo utilizan, y posiblemente un mayor o menor grado de utilización del dispositivo. Cabe recordar que se trata de un hospital que se autodefine como “mixto” e intercultural. Con estos objetivos en mente, primero describiré los perfiles y problemáticas de los curadores tradicionales y biomédicos, el marco general operativo de la gestión intercultural de la salud del HMJM para luego poner en tensión y analizar las representaciones sobre las contrapartes de dos tipos de actores que se encuentran involucrados en la interculturalidad en salud en el HMJM: los agentes biomédicos (médicos y enfermeras) y las parteras tradicionales. A su vez, intentaré recomponer en la medida en que sea posible la historicidad de estas relaciones interculturales, procurando dar cuenta de la forma en que llegaron a su estado actual.

### **3.1 La Organización de Médicos Tradicionales del Estado de Nayarit (OMITEN)**

Creada en 1990 a partir de las demandas de organizaciones de curadores tradicionales de todo el país, OMITEN nuclea médicos de las especialidades partera, curandero, hierbero, sobero y huesero con una composición étnica diversa, siendo en su mayoría naayeri y wixárika y en menor medida, tepehuano y mexicano. OMITEN participó activamente en la creación del HMJM. Imelda (o Imel, como la conocen todos en el HMJM), partera fundadora del HMJM y primera presidenta de la Organización de Médicos Tradicionales del Estado de Nayarit, relata:

Desde el 91' empezamos a hacer las reuniones para luchar con los médicos tradicionales, para hacer el Hospital acá en Jesús María, yo soy cora baja, pero les ayudé. Estuvimos 5 años luchando, teníamos acá en la comunidad, venía mucha gente de fuera, de México [(ciudad) para ayudar a organizar]. Nos mandaban para que conociéramos que son los médicos tradicionales. Yo vivo lejos de aquí, soy cora baja, pero hubo una epidemia de sarampión que se murió mucha gente acá. Vinieron [de la Secretaría de Salud] para hacernos un examen [nos decían] ¿Cómo hiciste tu para saber como partera? ¿Cómo hiciste para saber como huesero? Etc. Etc. Tenía que rellenar cada uno como lo había hecho. Ellos, de la Secretaría de Salud tomaban el examen, ellos nos hicieron preguntas, nos dijeron que nos iban a apoyar, pero nos hicieron eso. Yo tengo 63 años, tenía 23 años entonces [Fragmento de entrevista, 07/11/2023].

Este fragmento describe la línea indígena de la creación del HMJM y deja clara la relación de control y subordinación establecida desde un comienzo por parte del Estado Nacional, encarnado en la Secretaría de Salud, hacia las organizaciones de curadores tradicionales indígenas. En esta relación, es el primero, bajo la forma del poder biomédico, quien se atribuyó desde un comienzo (al menos discursivamente, pero marcando posiciones y relaciones de poder) el rol de evaluar y legitimar capacidades, formación y conocimientos pertenecientes a una episteme fundamentalmente diferente a la que históricamente representó. En este sentido este posicionamiento del Estado frente a los curadores podría ser una forma más de violencia simbólica ejercida en tanto “forma corporeizada de la relación de dominación [la cual] hace que esa relación parezca natural” (Bourdieu & Kauf, 1999:224)

En continuidad con esta situación, los curadores tradicionales de OMITEN actualmente se encuentran incorporados al HMJM en condiciones de trabajo subordinadas y sumamente desiguales respecto a las que institucionalmente se aplica al resto de los médicos. En primer lugar, según lo conversado con el Dr. Miranda<sup>22</sup>, en el pasado los curadores tradicionales poseían una “clave administrativa” de contratación que les significaba la posibilidad de tener “base” en el hospital y les garantizaba cierta estabilidad laboral y prestaciones sociales como el aguinaldo y cobertura médica. Sin embargo, repentina y unilateralmente la Secretaría de Salud del estado de Nayarit rescindió esta modalidad y comenzó a hacerles contratos temporales por seis meses, sin prestaciones ni beneficios. En esta modalidad, cada seis meses cinco curadores (uno por especialidad) son elegidos por votación asamblearia, considerándose como criterios de elección cuestiones tales como el cumplimiento con los requisitos que pide la organización y el desempeño en la atención de las personas de su comunidad y en la sede de OMITEN, ubicada en la ciudad de

---

<sup>22</sup> El Dr. Miranda es un médico (no tradicional) que es funcionario del INI en su sede de Tepic y que asesora a OMITEN en forma legal y administrativa.

Ruiz. Esos curadores elegidos, trabajarán seis meses en el HMJM y cumplido ese plazo cederán su posición a otros cinco diferentes, que también serán elegidos por votación.

En una asamblea de OMITEN fui testigo del tratamiento de varias otras cuestiones que remiten a esta subordinación y desigualdad de condiciones de trabajo desfinanciamiento y abandono general del sector tradicional del HMJM. Una de ellas fue la falta de pago a dos de los curadores tradicionales por parte del HMJM y la forma de proceder ante este problema. Tanto en esta cohorte como en la anterior hubo demoras y problemas burocráticos del departamento de recursos humanos del HMJM con los pagos a los privando a algunos de ellos de viajar a sus comunidades al terminar su semana laboral por no contar con el dinero necesario. Cabe también destacar que los curadores se encuentran contratados bajo un convenio que los homologa a empleados administrativos, lo cual implica que se les paga aproximadamente la mitad de lo que se les paga a los médicos.

En segundo lugar, en esta asamblea se trató la necesidad de los curadores de contar con mejores condiciones de trabajo y vivienda dentro del HMJM. En términos de distribución espacial e infraestructura material asignada, las desigualdades son enormes y se traducen en la extensión del espacio otorgado a cada sector y el desigual equipamiento de los consultorios y espacios residenciales, que para ellos son minúsculos, oscuros y sin climatización. En contraste, los espacios que ocupan los médicos son más amplios, iluminados y equipados con aire acondicionado split y refrigerador.

En tercer lugar y por iniciativa del hierbero, se habló sobre la falta de apoyos materiales y técnicos del HMJM para la compra de insumos para la hierbería, tales como vaselina, frascos y goteros. El Dr. Miranda confirmó en entrevista que desde la Secretaría de Salud se retiraron por completo los apoyos económicos y de formación a los curadores tradicionales, siendo que ambos eran facilitados en mucha mayor medida durante los tiempos de COPLAMAR. Se resaltó en este sentido que ya no existe apoyo institucional y que todo lo que hacen actualmente los curadores tradicionales lo hacen con recursos propios o esporádicamente mediante la tramitación de proyectos ante el INPI como los PACMYC, que no aseguran una continuidad en el financiamiento a lo largo del tiempo.

Aquí quisiera mencionar la propuesta de financiamiento de la directora del HMJM para los curadores tradicionales: “Vayan y consíganse unas abejas, le dije, ¿por qué? Porque la pomada la

puedes hacer con cera. Entonces si tú cuidas unas abejas, vas a tener miel, vas a tener cera, vas a tener más cosas (...) Dije, la cuestión es que ustedes busquen maneras (...) es un proyecto que es beneficio para ustedes. (...) Porque también lo pueden vender lo que les cobres” [Fragmento de entrevista, 14/09/2023]. Mientras sería impensable que los médicos del hospital deban hacer y vender manualidades para financiar la producción de medicamentos que surten la farmacia, aquí se les está proponiendo un esquema de autofinanciamiento por el estilo a los curadores tradicionales, que reemplace los recursos que previamente proveía el Estado.

En cuarto lugar, en la asamblea se trató el cumplimiento del reglamento de conducta en el HMJM, a propósito de la acciones de uno de los curadores que estaba trabajando allí en ese momento. Específicamente, se le señaló a esta persona que no podía abandonar su puesto de trabajo sin avisarle a la dirección del HMJM y que tampoco podía hacer ingresar a sus familiares y amigos como visitas a su sector residencial, ya que en el HMJM “se estaban poniendo estrictos” con estas cuestiones. Se le señaló que la mala conducta de un miembro de OMITEN afectaba la imagen y ponía en riesgo el trabajo de todos sus miembros y su relación con el HMJM. En este punto también se hizo visible la relación de subordinación y control al personal biomédico del HMJM a la que se encuentran sujetos los curadores tradicionales de OMITEN. Prevalece así entre estos una concepción de pertenencia al HMJM precaria, con un nivel de permanencia sujeto al control y evaluación de acuerdo a normas definidas por un cuerpo directivo en el que no participa la propia organización.

Finalmente, el Dr. Miranda planteó en la asamblea la necesidad de establecer una organización burocrática más ordenada y sugirió los pasos para lograrlo, junto a la urgencia de que los curadores lleven ante la comisión directiva el aval escrito de sus comunidades y los registros de pacientes atendidos, que no habían sido presentados en muchos casos y que los acreditan ante la propia organización y ante el HMJM como curadores. Este punto se vincula con la cuestión de la acreditación de los conocimientos de los curadores tradicionales ante la organización y ante el HMJM, así como con la gran disparidad entre los curadores en términos de su formación y experiencia, algo que surgió como cuestión varias veces en las entrevistas con mujeres usuarias, curadores y el personal del HMJM en general. Como ejemplo de este problema, en la misma asamblea de OMITEN, a falta de otros candidatos competentes para ingresar en enero de 2024 al HMJM, para el puesto de hierbero se eligió a una mujer que era partera y que había tenido malas

experiencias en la atención de mujeres<sup>23</sup>, lo cual fue cuestionado por algunos curadores. Considero que esta cuestión, se encuentra en relación directa con la legitimidad de los curadores y parteras ante la comunidad general y con sus perspectivas de continuidad y crecimiento dentro del HMJM, además de remitir a una dimensión ética básica de sus prácticas de atención.

### **3.2 Perfil y situación laboral de los médicos**

De todos los médicos entrevistados, ninguno era originario del municipio del Nayar ni residía allí y su incorporación al HMJM en casi todos los casos respondió a motivaciones de tipo económico o a la necesidad de realizar prácticas de residencia para finalizar la especialidad. En ningún caso en mis entrevistas se manifestó una preferencia por el hospital en términos de su carácter intercultural ni mucho menos por las características étnicas de la población usuaria, sino más bien lo contrario. Según la directora del HMJM, los médicos provienen de otros lugares, lo cual motiva que “no quieren estar acá” [Fragmento de entrevista, 14/09/2023]. El personal indígena del HMJM es una minoría y se trata exclusivamente de enfermeros, personal administrativo y operativo (cocina, limpieza y seguridad) ya que el Nayar tiene 70% de sus egresados superiores como enfermeros, pero prácticamente no tiene egresados médicos.

Una problemática que los afecta particularmente, al no ser personas locales es la falta de un servicio de transporte rápido y seguro, debido a la distancia que separa a Jesús María de Tepic: unas 3 horas en auto o 5-6 horas en camión. Casi todos ellos, con la notable excepción de la directora del HMJM, viven en Tepic o en otras ciudades alejadas, sufriendo el aislamiento de sus familias, así como los largos viajes que deben hacer para visitarlas. Este es un motivo principal por el cual muy pocos médicos desean trabajar en el HMJM y tarde o temprano la gran mayoría termina trasladándose a otras localidades, lo que genera una alta rotación de personal. Esto, a su vez, propicia que sus relaciones con la población usuaria del HMJM permanezcan cíclicamente en un nivel de bajo conocimiento y confianza mutua.

Para intentar compensar la poca deseabilidad del HMJM como lugar de trabajo para los médicos y enfermeros, informalmente y con la avenencia de la Secretaría de Salud, antes de la llegada del IMSS Bienestar, la dirección del hospital acordó provisionalmente con ellos un régimen

---

<sup>23</sup> Aparte de poseer solamente nociones básicas de hierbería, esta partera había sido causante involuntaria de varios abortos de mujeres a las que había sobado en forma inadecuada en su comunidad, lo cual fue señalado por sus propios compañeros de la organización en distintas entrevistas, así como mencionado indirectamente por la directora del HMJM, por lo cual no se le permitió ejercer más la partería.

de turnos de trabajo de 15 días durante 12 horas cada día seguidos de 15 días de descanso<sup>24</sup>. El hecho de “tener 15 días de vacaciones cada 15 días” se volvió un incentivo muy interesante para trabajar en el HMJM, pero también implicó consecuencias negativas en la salud del personal, tales como síndrome de “burn out”, acentuando o produciendo cuadros de depresión, ansiedad, alcoholismo y empeorando la calidad de la atención brindada a los usuarios del hospital, según pudo relatar la Dra. Ana en más de una entrevista.

Los médicos residentes, quienes recién ingresaron al HMJM luego del convenio con el IMSS-Bienestar, son quienes cargan actualmente con la mayor parte de la atención al gran número de personas usuarias que asisten al HMJM y que muchas veces, por no obtener un turno o por llegar fuera del horario de consulta, “quedan afuera” y tienen que quedarse a dormir en la explanada del hospital hasta el día siguiente. Como mostraré en el capítulo 4, estos residentes resienten la sobrecarga de trabajo respecto a otros médicos del hospital, como los especialistas y los médicos de base, a los que se les derivan casos específicos, pero que suelen atender una menor cantidad de pacientes. Esta situación genera una saturación del servicio en los sectores de consulta y guardia de urgencias que es inversamente proporcional a la cantidad de tiempo de atención dedicado, calidez, respeto e interés por la situación del paciente, que componen su grado de satisfacción con la atención (Hamui Sutton, 2013:179).

Con este panorama apunto a mostrar que las condiciones de trabajo para la gran mayoría del personal del HMJM son percibidas como muy duras de sobrellevar. Si a eso se le suma la sobrecarga de trabajo que implica un régimen de trabajo de 15 días corridos durante 12 horas diarias, la distancia a las familias y la falta de “entretenimiento” en el pueblo de Jesús María, no resulta sorprendente que el consumo problemático de alcohol y otro tipo de drogas se haya vuelto un problema serio que motivó una serie de prohibiciones dentro del HMJM.

### **3.3 Normativas y procedimientos institucionales de la atención “mixta”**

Al solicitarle a la Dra. Ana, directora del HMJM, acceso a documentos oficiales en los que figure la normativa mediante la que se rigen a nivel interno las relaciones entre médicos y tradicionales a nivel interno, recibí una serie de documentos digitales de la Secretaría de Salud: un “Reglamento Interior De Los Servicios De Salud De Nayarit”, un “Código de conducta de los servidores públicos de Nayarit”, y una serie de ligas a normas y encuestas de calidad cuya referencia

---

<sup>24</sup>Al momento de irme del campo, este régimen de 15 días se estaba eliminando para el nuevo personal ingresante al HMJM.

más cercana a la cuestión cultural simplemente declaraba la necesidad de adecuar los modelos de capacitación de promoción de la salud y materia tomando en cuenta los factores sociales y culturales. Por lo demás, solamente se refiere al término “cultura” en términos de “cultura de la salud”, es decir, aquellos hábitos y formas de atención alopáticas promovidos por la misma Secretaría de Salud (Periódico oficial, 2017:42-43).

De esta forma, no existe ningún documento institucional que establezca un protocolo de atención específico para el hospital mixto en relación a otro que no lo sea: la estructura jerárquica y los protocolos de atención son los mismos. En relación a su oferta de atención, el HMJM presume un equilibrio entre la medicina tradicional y la alopática que beneficiaría directamente a los usuarios, dado que, “según sus necesidades estos pueden acercarse a la medicina que ancestralmente han utilizado para “antes o después pasar a diagnósticos “científicos y tecnológicos si así lo desean (HMJM, 2023). Joaquín, jefe de enfermeros, describe la forma de trabajo según la cual, al atender a un paciente desde el sector alopático, solo se lo deriva con los curadores tradicionales si el paciente lo demanda, “por usos y costumbres: se plasma en el expediente clínico y se le habla con el traductor al médico tradicional” [Fragmento de entrevista, 19/09/2023]. Así, la forma prevista para la oferta de las formas de atención es segregada, en tanto ambas no se cruzan nunca entre sí y son gestionadas por el usuario de acuerdo al modelo de autoatención (Menéndez, 1984) sin establecerse institucionalmente un abordaje conjunto, ni un orden previsto entre ambas formas de atención.

Quisiera detenerme en este supuesto orden indistinto de utilización de medicina tradicional y la biomedicina que postula el jefe de enfermería, lo cual aparece también presentado en la tarjeta del HMJM como algo meramente “sujeto a lo que demanda el usuario”. Este orden quedó, de hecho, en entredicho involuntariamente, al consultar a la directora sobre las posibles complicaciones que puedan generar las prácticas de los curadores tradicionales en los pacientes:

N: ¿no hay casos de que un paciente va a tratarse con el médico tradicional y que por eso se complica más su cuadro?

Dra. Ana: Pasa eso, pero no es cosa que digas muy, muy frecuente si llega a pasar, pero es, haz de cuenta que generalmente los que vienen aquí vienen aquí y luego se van para allá [primero son tratados por los médicos y luego van con los tradicionales]. O vienen acá y vamos a pasar para acá, entonces haz de cuenta que tienen los 2 medicamentos o las 2 atenciones. Sí, pero a los que van y se complican y eso, generalmente son los que viven más lejos. Porque sí, aquí los que están aquí generalmente ya saben identificar (...) sí nos ha pasado sobre todo con las parteras, que es una parte delicada, que sí hay complicaciones.

Porque ellas a veces cuando viene el bebé que le dicen que está, que viene con las nalgas por delante, vienen y quieren que la soben y a veces ya el bebé está muy grande o ya no es posible voltearlo o no saben la técnica o la cuestión y ya nos pasó que una muchacha sí perdió el bebé y se quedó sin útero, eso sí nos pasó. No se lo hicieron aquí en el hospital, pero sí era una partera de las que viene a trabajar aquí en el hospital [Fragmento de entrevista, 14/09/2023].

Este fragmento primeramente pone de manifiesto que para el personal biomédico responsable del HMJM la ausencia de complicaciones por la utilización de la medicina tradicional se debe a que “primero vienen acá” (con los médicos) y luego asisten con los curadores. De esta forma, se postula un esquema de atención en el que el paciente *primero* se “cura realmente” con el sector biomédico y recién *después*, ya a salvo de complicaciones, se dirige con el tradicional. Este último queda así reducido a ejercer un papel de mera “eficacia simbólica” sobre una condición de salud previamente resuelta por la biomedicina.

En segundo lugar, el testimonio trasluce la percepción biomédica de que la partería es una práctica que puede ser más problemática que el resto de las formas de medicina tradicional, lo cual explica las limitaciones impuestas subrepticamente a las parteras tradicionales sobre la atención de los partos que expondré en los próximos apartados.

### **3.4 Las prácticas de partería tradicional en el HMJM**

Si bien los curadores y parteras tradicionales que trabajan dentro y fuera del hospital por lo general no tienen un sistema de registros que dé cuenta de los problemas de salud que atienden cada vez, sí lo tienen de las especialidades de MTI consultadas. Esto me permitió conocer cuáles eran aquellas más utilizadas en el HMJM, situándose en primer lugar la partera tradicional y el curandero, que se intercambian el primer puesto a lo largo del tiempo, siguiéndoles el hierbero, la sobadora y el huesero.

El padecimiento más común tratado por las parteras tradicionales son los dolores y molestias del embarazo, fruto de los normales desacomodamientos del bebé en el útero, llamados corrientemente “encajamientos” o “atravesamientos”. Como resultado de estos, si el bebé queda orientado con sus piernas hacia el canal de parto se producirá un parto pélvico, situación ante la cual el principal recurso de la biomedicina es la cesárea, cuyo propósito declarado es evitar la muerte materna y del bebé, según lo conversado con el Dr. Javier en entrevista. Tanto para aliviar los dolores del embarazo como para prevenir los partos pélvicos, las parteras tradicionales practican la sobada, con el objetivo de acomodar al bebé dentro del útero en posición cefálica durante los meses previos al parto, para que el parto sea vaginal. Como explica Ámbar, partera tradicional del

HMJM en una entrevista: “La sobada sirve para que la persona no batalle a la hora del parto. Para que el bebé no se encaje con su codo, etc. Para que el bebé se encaje derechito y salga derechito. Si nadie le ha sobado a la mujer, va a batallar. Para que no esté atravesado, sentado, etc. O a veces el bebé se “va para abajo” [Fragmento de entrevista, 26/10].

Existe así consciencia por parte de las parteras y embarazadas de los riesgos que acarrea un parto pélvico y la preocupación prácticamente universal por “sobar” y acomodar al bebé va de la mano con una profilaxis de estos riesgos. Susana, partera wixárika que vive muy cerca del HMJM, comenta acerca de las condiciones de la efectividad de la sobada: “Vinieron unos tereseños (una mujer), pero siguió al hospital para que la chequearan, se quería venir el parto, y le pusieron suero. Y se vino para acá y yo se lo acomodé. Pero que se tenía que ir, no le podía dar para acomodarlo bien, le tiene que dar “seguidito” pero se fueron ahora.” [Fragmento de entrevista, 02/11/2023]. Aquí se hace aquí hincapié en la necesidad de que la sobada tenga una continuidad en el tiempo para que sea efectiva. En caso de que el parto pélvico ocurra de todas formas porque el bebé permaneció o retornó a la posición pélvica, la partera tiene la posibilidad de maniobrar durante el parto para llevarlo a su posición cefálica, aunque esto requiere mucho más conocimiento y experiencia de su parte.

Durante mi trabajo de campo entrevisté al menos a tres parteras que me relataron sus experiencias acomodando fetos pélvicos en el momento del parto y el relato de la forma en que algunas lo hicieron fue realmente impresionante. Alberta, una partera de Durango que había ido a acompañar a tres mujeres embarazadas al refugio Casa AME, manifiesta haber salido airosa aún en las situaciones de parto más complicadas sin haber tenido en su haber ninguna tragedia o episodio en el que las cosas le hayan salido mal. Cuando el bebé viene “de nalgas”, Alberta manifiesta realizar un procedimiento de untar con agua con jabón la entrada del canal de parto, meter su brazo y “enganchar” sus dedos en la boca del bebé para “acomodar su cabecita” y poder pasarla ya que “es lo que siempre se atora”. En los casos de “cordón enredado” Alberta dice que también realiza la maniobra de brazo completo para quitar el cordón de alrededor de la cabeza del bebé. Si al bebé le cuesta salir, ella le suministra una cucharada de aceite por boca a la embarazada, lo cual según ella facilita la salida del bebé<sup>25</sup> [Fragmento de entrevista, 06/12/2023].

---

<sup>25</sup> Aparentemente esto provoca la sensación de lubricación del canal de parto y favorece la relajación de la mujer.

Por otra parte, de acuerdo al siguiente testimonio de Ámbar, la sobada también es un primer medio para conocer el embarazo:

Se empieza a sobar algunos desde el primer mes. Si tiene una bolita dice que va a ser una niña. Si ella la soba “y el ombligo se hace una bolita, está embarazada de una niña. Y si es un hombre, al mes, ya está completo. Cuando le apachurra en la panza, la bolita se hace a un lado. Eso es que está embarazada. Le dice a la mujer que, si no le cree o si tiene dudas, le dice a la mujer que se haga una prueba de embarazo o un ultrasonido, para que sepa cuantos meses o semanas tiene [Fragmento de entrevista, 26/10]

De esta forma, la práctica de la sobada no solo se constituye en un medio de alivio del dolor y de profilaxis de los partos complicados, sino que en principio también es un medio de diagnóstico del embarazo, el cual se termina de verificar muchas veces cuando la partera le indica a la mujer que se vaya a hacer una prueba de embarazo al hospital, lo que muestra que los curadores y parteras tradicionales del HMJM aceptan los recursos biomédicos y saben cuándo derivar al paciente al otro sector de atención. Otras enfermedades que tratan las parteras son la mollera caída, asociada al susto, y la matriz caída, que provoca que las mujeres no se puedan embarazar y ocurre cuando se sienten mal: “[Sienten] como si estuvieran embarazadas. Vienen 2 o 3 veces, la primera vez la matriz está muy dura, [luego de sobarle] la segunda está un poquito más blanda y en la tercera vez se le acomoda la matriz [útero]” [ibid.]

Finalmente y no menos importante, es de destacarse el vínculo de conocimiento y confianza mutua que las mujeres construyen con las parteras, que resulta un aspecto muy importante de esta forma de atención, en contraste con la relación generalmente fría, despersonalizada y poco estable que suelen establecer las mujeres con los médicos o médicas de las unidades de atención biomédica. Este aspecto será ampliado en el capítulo 5.

### **3.4.1 La situación de las parteras al crearse el HMJM**

Según el personal de salud de mayor antigüedad en el HMJM (tanto biomédico como tradicional) hubo un momento en el que en el HMJM las relaciones entre ambas formas de atención eran bastante diferentes, así como lo eran las atribuciones de las parteras. Esto puede visualizarse en el siguiente testimonio brindado en entrevista por Dominga, supervisora de enfermeros que trabaja en el HMJM desde sus inicios:

D: hay pacientes que piden que quieren que la partera esté ahí [en la sala de partos] mientras paren. Y sí, le ponen su bata, su bota, su gorro y la meten a la toco. Pero ya nunca la partera alivia [atiende partos]. No ya, años que no. Antes sí lo hacía. Antes sí lo sé, sí en su mismo consultorio y ya si se le complicaba la pasaban para acá. Porque ahí estaba el cuarto de la

partera. Estaba más cerquita. Así es ando pegadita a la toco, nomás dividíamos [un consultorio de otro] como a decir así: abrías así y ahí estaba el de la partera.

N: ¿Y eso no funcionaba mejor?

Hubo un tiempo que sí. Si un tiempo, si funcionó, bien así. Pero ya después las señoras como que se acostumbraron ya a parir con nosotros y ya no. Sí viene [la partera] para que la sobe y que como que las “prepara” [se ríe], se ve, para que estén listas pal parto. [Fragmento de entrevista, 20/09/2023]

Respecto a esa situación original, Imelda, partera fundadora del HMJM y miembro fundadora de OMITEN, “medio cora, medio huichol” relata con elocuencia la forma de trabajo en conjunto que existía en el HMJM en el momento de su creación, entre la partería tradicional y la biomedicina, así como los eventos que condujeron a la situación actual:

[...] mira, en el hospital, aquí llegaba yo, atendía cada 6 meses como 18 partos. [...] me despachaban a mi [las mujeres] cuando hay mucho parto ‘si quieren ir ahí’ conmigo. Me daban, pa que atienda. Sola, acá [sin médico]. Me daban chance. Así [...]

“- ¿Cómo era trabajar con los médicos de bata blanca?

Estábamos en un cuarto aparte y lo recibíamos al bebé y se lo teníamos que entregar a los médicos, porque nosotros no teníamos cama. Y entonces ellos al bebé lo miden, lo checan. La partera le cortaba el cordón, no lo lavaba. Nomás le ofrecía algo de tomar a la embarazada porque la ayuda y la limpia. La placenta salía así nomás, esperando unos 5 minutos. Con la placenta la llevaba el papá y la enterraba o la dejaba arriba de un palo, pero ahí se la pueden llevar los perros.

- ¿Paso algo malo para que le quitaran la atención de los partos?

Si, a una partera, a una tepehuana, ahí vieron QUE NO PUEDEN [levanta la voz, afectada], que no sabían. Luego vino al hospital y [el bebé] tenía un caminito en la cabeza, una marca. Y pasó que lo rajó al bebé, su cuerito su cuerito, pero antes [en la cabeza, le jaló el cabello durante el parto]. Eso porque metía sus manos, sus dedos en la cabeza del bebé y lo jalaba, lo rompió... y ahí es cuando se enojaron todos... me dio vergüenza a mí, ya no pedí nada... como nos perdimos ahí. Por eso, con lo de hacer la capacitación yo estoy así, de acuerdo, porque... no saben. Debería ser alguien que sepa, porque hay parteras que son buenas y si saben. Entraban otros que querían entrar yo los miraba y había una partera que sí sabia, tenía como 35 años. No era cualquiera, me gustaba mucho esa partera [Fragmento de entrevista, 07/11/2023].

Esta entrevista brinda información que permite conocer las condiciones iniciales de trabajo que tenían las parteras tradicionales en el HMJM, las que incluían la atención de partos asistidas por los médicos en caso de producirse alguna dificultad. También describe con detalle el momento exacto en el que las parteras dejaron de poder atender los partos en el HMJM y el evento que fue tomado

como justificación para tomar esta decisión por parte de la institución. En términos de cambios en el HMJM, para Imel este fue el más significativo:

N: ¿Qué cosas cambiaron con los [médicos] de bata blanca?

I: Pues como los de bata blanca ellos no cambiaron nada, más de nosotros, ya no podemos sacar el parto aquí, porque nosotros mismos tuvimos la culpa, por ese niño que se lastimó.

N: ¿Y a usted le gustaría que volvieran las parteras a sacar los partos?

I: Yo sí, pero... los demás... ¿qué tal que si viene lo mismo? No, nunca vamos a ganar... Ester [otra miembro de OMITEN] es sobera, no partera ni hierbera [pero va a entrar como hierbera]. Ha magullado bebés, echaron para afuera sus manos a 4 personas les causó abortos. Por eso le cambiaron de sobador. Por eso la cambiaron a hierbera [Ibid.].

De la misma forma en que lamenta no poder atender más partos en el HMJM, la partera con mayor antigüedad de la institución reconoce que la formación de las parteras es un problema, ya que no todas saben lo mismo ni poseen las mismas habilidades, por lo que reconoce la utilidad e incluso la necesidad de los cursos de preparación y entrenamiento. También plantea su preocupación por el hecho de que cada vez menos mujeres se interesen por la partería tradicional, poniéndola en riesgo de desaparecer. Mientras que muchas le piden a ella que les enseñe y las capacite, Imel señala que algunas no se animan luego a ejercer esa práctica: “no está fácil para aprender pues. Por eso no se animan. Piensan que está trabajoso, pero pues no”. Por otra parte, afirma que no quiere capacitar a otras personas de la organización porque por la envidia le mataron a su esposo y ella quedó “sentida”. Afirma que las personas tienen mucha envidia ahí [entre las parteras] y que por eso solo les enseña a sus hijas.

Sobre si los médicos “bata blanca” valoran la medicina tradicional, dice: “Antes nos ayudaban, teníamos apoyo para hierbería, insumos, teníamos plantas, frascos, goteros, ahora nada. Antes nos ayudaba un encargado de aquí, de la presidencia, pero ahora ya no” [Ibid.]. Queda de manifiesto aquí, nuevamente, la situación de desfinanciamiento y abandono del sector tradicional en general por parte del HMJM en el presente, en contraste con otros momentos en los que tenían apoyo.

Respecto a la decisión tomada por el HMJM de quitarles a las parteras la posibilidad de atender partos como respuesta al accidente que tuvieron y suponiendo que el evento narrado ocurrió, es preciso destacar que las malas praxis de ninguna forma son privativas de las parteras y curadores tradicionales. Durante una entrevista con una enfermera pude saber que por una disputa entre un ginecólogo de planta y un residente (que quería practicar una cesárea), el primero obligó a

una mujer a parir por parto natural en el HMJM, provocando un trabajo de parto prolongado, con sufrimiento fetal y secuelas en la salud del recién nacido [Entrevista a Inés, 13/11/23]. Esto no implicó ninguna sanción administrativa ni legal para ese médico, que continuaba trabajando al momento de mi trabajo de campo.

Junto a toda una serie de testimonios más generales relativos al desfinanciamiento y la marginación progresiva de la medicina tradicional en el HMJM a lo largo de los años y de la mano de las políticas de la OMS que desfinanciaron y excluyeron a las parteras de los programas de salud (Sesia y Berrio, 2024) no se puede considerar como circunstancial la decisión institucional de quitarles a las parteras el espacio en el cual atendían partos dentro del HMJM.

### **3.4.2 Sobre derechos teóricos y omisiones prácticas**

Es necesario contextualizar la inclusión de la partería tradicional dentro del HMJM en relación a como se dan esas mismas prácticas en las comunidades indígenas. Por una parte, si bien eventualmente las parteras en sus comunidades llegan a atender partos, esto no ocurre siempre. En los casos en que se encuentren registradas en el HMJM o en la UMR, asumen la obligación de reportarle a su institución de referencia, mensualmente en una planilla, los nombres y apellidos y CURP de las mujeres que se atienden con ellas. Además, se les prescribe verbalmente que no deben atender partos que se compliquen, y se les indica que deben derivar a las mujeres al HMJM o a la unidad de atención más cercana. A cambio de esta colaboración/inscripción, las parteras reciben un monto de dinero por parte del HMJM en torno a los 600 MXN por año [Dra. Ana, comunicación personal, 07/02/2025].

Según la directora del HMJM y también según lo manifestado en entrevista por Silvana, ex coordinadora de curadores tradicionales que trabajó en el HMJM, las mujeres tienen el derecho de decidir parir con la partera en el hospital, en la posición que la mujer lo decida. Sin embargo, se puso de manifiesto cierta distancia entre ese derecho y lo que luego sucedía en la práctica, como ejemplifica el siguiente fragmento de la entrevista a Silvana: "El Ing. Rodríguez [del IMSS] les dijo a los tradicionales en una capacitación que las mujeres tenían derecho a parir con una partera tradicional de forma acostada, sentada o parada, así como tenía derecho a permanecer en la casa AME, pero cuando una mujer fue a aliviarse con la partera [Luciana] la sacaron del consultorio de la partera y la llevaron a esta para que acompañe a la mujer al sector de la toco" [Fragmento de entrevista, 05/11/2023]

En el mismo sentido, al consultar en entrevistas a los médicos a cargo del servicio de tóco cirugía, como el Dr. Arturo, estos manifestaron que no estaba permitido que las parteras entren a la sala de expulsión. Esto fue también afirmado en entrevistas por Lía, una enfermera de una UMR [Fragmento de entrevista, 03/12/2023] y por Marisel, una coordinadora de la Casa AME [Fragmento de conversación, 07/12/2023], quienes manifestaron que muchos médicos no dejaban a las parteras ir a sobar a la embarazada en la instancia previa en la sala de tóco cirugía tampoco.

Desde el punto de vista de las parteras, Ámbar, que se encontraba trabajando dentro del HMJM al momento de realizar mi trabajo de campo describió que en “la tóco” hay veces que las pacientes la llaman y otras veces que “no la convidan” al parto. Cuenta que antes, cuando trabajó por primera vez en el hospital, la llamaban muchísimo más a la sala de tóco cirugía y participaba todo el tiempo en los partos, trabajaba y asistía mucho más al médico en los partos. Esto sucedía, sobre todo cuando la actual directora era médica del HMJM y había un director. Actualmente, Ámbar a veces siente que la valoran, pero que no es como antes, que todo el tiempo pedían por ella. En cualquier caso, son siempre las pacientes quienes la deben llamar para que ella se haga presente antes del parto, ya que si no la llaman “no tiene por qué ir a allá”. En los 5 meses que llevaba de trabajo en el 2023, contabilizó solamente 8 ocasiones en las que las mujeres la llamaron para que ella participara del parto. En esos casos, lo único que ella hacía era sobarlas antes del parto, nunca ni participar del momento en el que la mujer daba a luz al bebé. Son las enfermeras quienes hacían de mensajeras para llevarle a la partera el mensaje de la paciente: “te mandé que vinieras, quiero que me sobes, no puedo avanzar” [Fragmento de entrevista, 01/11/2023].

Luciana, otra de las antiguas parteras de la zona, trabaja tanto en su casa y lo hacía en el HMJM. Ya en la tercera edad, cuenta que si bien hace muchos años atendía partos en su comunidad, no lo hace más porque “los doctores del hospital [la directora] les dijeron que las manden [a las embarazadas] para el hospital”. Solo puede acompañar a las mujeres durante el parto y cuando lo hace, le ponen la bata blanca a ella también y solo puede hacer sobadas antes del nacimiento. Pero esta situación ocurre muy poco. Menciona como motivos el que se deba pesar y medir al bebé al nacer, porque que no cuenta con los elementos necesarios para hacerlo. Finalmente, dice que cuando ella atiende partos “se batalla mucho con las embarazadas que a veces gritan y se mueven mucho”, por lo que evalúa con cierto alivio la situación de no tener que hacerlo más. Cuando está en el HMJM, Luciana cobra más que lo que obtiene en forma particular, aunque los pagos son por quincena, por lo que también valora trabajar allí [Fragmento de entrevista, 27/10/2023].

Finalmente Natalia, otra de las parteras del barrio Mololoa que no participa en el HMJM, me informó que en las capacitaciones que les dan los biomédicos les dicen que si las mujeres eligen atender su parto con la partera en su casa lo tienen permitido, pero que si el bebé no sale, deben llevar a la mujer al hospital. Ella guarda el recuerdo de la época anterior a la creación del HMJM en la que trabajaba como partera en una clínica en la que colaboraba recibiendo partos con el Dr. Córdoba, con quien aparentemente las parteras mantenían una relación más horizontal y destaca como algo positivo que ese médico no usaba bata blanca. También recuerda que inicialmente en el HMJM existía una sala especial para que las parteras atendieran partos, al lado de la sala de toco ginecología [Fragmento de entrevista, 23/11/2023].

Eventualmente, las relaciones de subordinación entre parteras y médicos toman la forma del aprovechamiento de ciertas técnicas o favores puntuales de las primeras hacia los segundos, en función de sus necesidades circunstanciales. Una forma típica en la que esto ocurre es la intercesión de parteras o curadores para traducir o persuadir a un paciente acerca de la necesidad de un procedimiento biomédico, por ejemplo, de una cesárea o un traslado a Tepic, a los que los indígenas en general son reticentes.

### **3.4.3 Las capacitaciones**

Al ser consultada por el protocolo que debe seguirse en la atención del HMJM, la Dra. Ana refirió a la capacitación que dan los biomédicos a los curadores y parteras tradicionales, la cual apunta a enseñarles a reconocer “signos de alarma” en los pacientes y a derivarlos de inmediato al sector biomédico<sup>26</sup>. Nuevamente aquí el HMJM omite por completo cualquier clase de conocimiento que los curadores puedan transmitirles a los biomédicos en una instancia de colaboración, resultando una dinámica asimétrica, subordinante y unidireccional de la biomedicina hacia la medicina y partería tradicional. En el caso de las parteras, al ser consideradas el tipo de curador más “problemático”, como quedó claro en los testimonios previos, se les brinda una capacitación de la misma índole que las certifica para poder atender como tales, pero en una instancia separada del resto de los curadores. La Dra Ana la describe:

Es la misma capacitación. Todas las parteras se tienen que estar actualizando, capacitando [en el HMJM], como lo que te decía Javier, para estar acorde a las metas [del milenio] y todo

---

<sup>26</sup> Esta capacitación se da al inicio de cada ciclo de trabajo de 6 meses de los médicos tradicionales, por lo que la directora advierte que debe repetirse periódicamente por la constante renovación del personal de salud tradicional y le ha sugerido a la presidenta de OMITEN que se den en la sede de esa organización, para abarcar de una vez a todos los médicos tradicionales: “para que todos sepan lo mismo. Al haber ingresado al campo en septiembre de 2023 no pude participar de esta instancia.

eso. O sea, que es reducir la mortalidad materna, reducir la mortalidad neonatal, que no aborten, que el niño nazca bien, que no sea prematuro, todo eso. Qué cuidados debe de tener la mamá, la lactancia materna. Pues iba todo eso es lo que les damos en las capacitaciones. Que cuando los deben de vacunar, por qué los deben de vacunar, por qué esto, por qué lo otro. [Se les da] a las parteras, porque ellas tienen que estar certificadas. O sea, puede haber muchas parteras y aquí tenemos un registro. De aquí son 8-9 parteras. Y ellas tienen la obligación de estar viniendo, reportando a nosotros: Si atendieron un parto si nació un niño que ella no. ¿Por qué? Pues, para empezar, a ver dónde hay niños nuevos o dónde hay embarazadas nuevas y así ellos las atienden, pues es una productividad. Y a final de año les dan un apoyo económico, no es mucho, pero les dan un apoyo económico (...) es como un reconocimiento a todo lo que me apoyaste en todo el año [Fragmento de entrevista, 14/09/2023].

Al preguntarle a la directora si yo, como investigador, podría participar en la próxima instancia de esta capacitación a las parteras, me respondió afirmativamente, indicando que esta se concretaría alrededor del 25 de septiembre (unos 10 días después de la entrevista). Sin embargo, habiendo terminado el trabajo de campo el 21 de diciembre de 2023, la misma no se realizó nunca. Esto constituye un dato adicional entre los que dan cuenta de la progresiva marginación y abandono de la que actualmente es objeto el sector tradicional en el HMJM.

Es interesante revisar los testimonios de las parteras sobre estas instancias de capacitación. Adela es una de las parteras más antiguas, residente del barrio de Guadalupe y cuenta que atendía a las mujeres en el programa de “caravanas” (PFAM) desde antes que se creara el HMJM, del cual se considera fundadora. Agrega que hace más de 8 años trabajaba como “capacitadora” de otras parteras en el HMJM, dentro de estos cursos de certificación en los que les daban a todas las parteras un kit de emergencia consistente en guantes, alcohol y elementos para cortar el cordón. Estos implementos les eran otorgados solamente para que estuvieran preparadas en caso de emergencias, ya que tenían la orden de derivar al centro médico más cercano si comenzaba el trabajo de parto. Adela comenta con tristeza que hace aproximadamente 8 años ya no es convocada al HMJM en ese rol que “antes” cumplía junto a había varias otras “parteras veteranas”, quienes se fueron muriendo hasta que solamente quedó ella, ni que tampoco le dan más el kit de elementos, que apreciaba mucho.

Adela recuerda que una de las actividades que formaba parte de la certificación era hacerles tantear a las parteras el vientre de una embarazada para que indicaran donde estaba ubicada cada parte del cuerpo de bebé, lo cual luego era corroborado o desmentido por los médicos “de bata blanca” con una máquina de ultrasonido que mostraba la posición del feto. [Fragmento de

entrevista, 29/10/2023] Otros dos ejemplos de cómo los médicos “ponen a prueba” a las parteras y curadores, los brinda Aníbal, el hierbero del hospital:

Pusieron a prueba [al anterior marakame] en el hospital de Jesús María cuando trabajaba ahí. Todavía existe la discriminación. Los médicos de bata blanca le preguntaron: si tú eres curandero: ¿en cuantos minutos se va a aliviar esta señora? Responde: en 15 minutos, si no me equivoco. Y así fue.... ¿Qué dijeron los de bata blanca? Calladitos se quedaron. (...) Había una partera, doña Imel, y luego le decían los doctores, para saber si de veras saben o no saben, le preguntaron: ¿Qué va a ser este bebé, hombre o mujer? Este va a ser hombre, respondió. Y sí, salía hombre. Al ver y al tantear... sabe. Unos saben más y otros saben menos, otros poquito... Pero nosotros no decimos eso de los demás, no opinamos si uno sabe más o menos. Los de bata blanca nos ponen a prueba a veces [Fragmento de entrevista, 28/09/2023].

Paola Sesia (1996) señala que en Oaxaca las instancias de entrenamiento de las parteras trabajaban bajo un marco de relaciones de poder desiguales y una metodología que enfatizaba repetidamente la idoneidad y la superioridad de la atención biomédica obstétrica y la planificación familiar por sobre la partería tradicional, monopolizando la autoridad del conocimiento. Es por ello que considera que “estos cursos han sido instrumentos poderosos para imponer, ampliar, y legitimar aún más la obstetricia biomédica” (Sesia, 1996:123). De acuerdo a los relatos de Adela y Aníbal, se corrobora que estas prácticas son una forma de subordinación de la partería a la biomedicina en la cual el conocimiento se supone que sólo lo poseen los agentes biomédicos y por tanto debe circular en una sola dirección: de ellos hacia las parteras. El detalle de la “puesta a prueba” a partir del uso de las tecnologías de imagen biomédicas es una práctica que refuerza esta subordinación y lugar de saber exclusivo. Finalmente, si hace 8 años se incluía a parteras veteranas como capacitadoras dentro de los cursos de certificación, esto ya ni siquiera ocurre, así como tampoco se les proveen insumos para la atención del parto que antes sí se les daban.

En términos de las percepciones y valoración que las parteras tienen de los médicos y de este “nuevo lugar” al que fueron relegadas, resulta también muy curioso notar que en general, las de mayor edad y experiencia son más críticas y desconfiadas de la biomedicina, a la cual no le reconocen siempre una superioridad. Por ejemplo, Luciana, una partera veterana, dice que desde que murió una sobrina suya en el HMJM no confía en la biomedicina ni en los médicos, ya que cree que fue víctima de envenenamiento. Respecto a las capacitaciones que hacía y daba en el HMJM, recuerda que a veces la directora las regañaba a ella o a otras por sobar muy “recio”, por “golpear” la panza y por hacer presión en el abdomen para que naciera el bebé [Fragmento de entrevista, 27/10/2023]. Susana, por su parte, critica a los enfermeras y médicos porque les gritan a las mujeres

que se aguanten y que no pujen para cansarse y perder fuerza, momento en el que los médicos deciden ir a cesárea: “Cómo no va a pujar si le está ganando el dolor” [Fragmento de entrevista, 02/11/2023].

Alberta, la mencionada partera de Durango por su parte opina respecto a la cesárea: “la mujer con cesárea no puede trabajar, no puede hacer fuerza ni puede comer manteca de inmediato”. Es por eso que resalta que, a diferencia de los médicos de bata blanca, ella puede sacar al bebé en todas las posiciones en las que se pueda encontrar: atravesado, de costado, de nalgas, etc., agarrándolo del lugar correcto. Comenta al pasar que su trabajo disminuyó y que ya no acompaña a tantas mujeres como antes ya que la mayoría ahora usa DIU o implante o inyecciones/pastillas [Fragmento de entrevista, 06/12/2023].

Ámbar, de menor edad y experiencia, en cambio, reconoce que la biomedicina tiene la posibilidad de mostrar visualmente el bebé a la embarazada y que ella no puede ya que solo cuenta con el tacto: “Yo que soy la partera y ellos que son los médicos, entre los dos vamos a ayudarle a las embarazadas” [Fragmento de entrevista, 01/11/2023]. En esta frase se expresa la idea de complementariedad de saberes planteando una suerte de modelo de "trabajo en equipo" que coherentiza las relaciones de subordinación que los biomédicos le imponen en el HMJM. Algo parecido expresa Lucrecia, partera y auxiliar de salud de la comunidad de Manguitos: “Los doctores están más capacitados, más aptos para sobarlos. Lo que ellos nos digan (los médicos) lo hacemos. Viendo lo que nos diga la mujer. La tengo que revisar con los médicos de la caravana para que la revisen ellos” [Fragmento de entrevista, 10/12/2023].

Esta aceptación de la subordinación y cercenamiento de la práctica fundamental del propio oficio se basa en la interiorización de criterios biomédicos y la apropiación de la cultura del riesgo, mediante procesos de violencia simbólica que vuelven autoevidente y natural ese orden jerárquico entre las formas de atención (Bourdieu, 1989; Bourdieu y Wacquant, 1995, Sesia y Muñoz Martínez, 2024).

### **3.5 Tres actitudes diferentes desde la biomedicina ante la partería tradicional**

A lo largo de las diferentes entrevistas con el personal biomédico, pude distinguir matices y diferencias bastante notables en términos de las actitudes que este personal sostenía hacia las parteras y la partería tradicional en general. Considero útil ejemplificar estas actitudes con los casos tipificados en este apartado, dado que constituyen materia prima para la reflexionar sobre las

relaciones interculturales en el ámbito del HMJM. Como tales, estos matices hablan de un espectro de posibles posicionamientos subjetivos que médicos y enfermeros pueden adoptar frente a la partería y medicina tradicional en general y podrían formar la base de futuras instancias de formación que apunten a identificar y deconstruir creencias y prácticas discriminatorias y a entrenar la sensibilidad intercultural.

### 3.5.1 Antagonismo: la partería como iatrogénica

Al cruzarme una noche con el ginecólogo residente Dr. Javier y la Dra. Lilia, médica familiar residente, ambos me comentaron que se quedaron esperando una hora y media a que llegara a su turno de control Jacinta, una mujer wixárika a punto de parir, cuya sesión de sobada yo había presenciado ese día. Cuando les comenté que justo ese día yo la había visto a Jacinta sobándose con la partera, Javier dijo en forma vehemente y disgustada: “Me caga que se soben. La otra vez había una que estaba el bebé cefálico, se fue a sobar, volvió y el bebé estaba de nalgas. Luego volvió y de nuevo estuvo cefálico. Le mueven al bebé” [Fragmento de conversación, 01/12/2023].

Hizo este comentario aclarando que le molestaba *especialmente* que “le muevan” con las sobadas en momentos previos al parto. Al contarle yo que en el caso de Jacinta se trató de una sobada suave y que Ámbar, la partera del HMJM, le dijo que el bebé “estaba acomodado”, me respondió: “ah, ok, entonces le hizo la maniobra de Leopold”. Luego comentó que se enteró de casos en los que ciertas parteras ejercieron una presión excesiva y mal aplicada produciendo abortos y desprendimientos de placenta y que “corrieron a esas parteras” del HMJM<sup>27</sup> [Ibid.]. En otra ocasión, en una entrevista, Javier había destacado los que considera los principales problemas con los que llegan las mujeres a la atención del parto:

N: ¿Cuáles son los principales problemas o complicaciones del embarazo que a vos te llegan o se te producen en la atención?

J: OK, aquí no se me no se me ha complicado, creo que casi ninguna. Hemorragias [es lo] esperado, pero pues porque se toman té, remedios caseros, para que paran. Me he dado cuenta aquí que hay muchísimos fetos pélvicos, no sé a qué se deba. O sea, vienen de nalgas hasta en embarazadas de primera vez. Entonces, o sea, sé que el factor de riesgo en las que ya tienen cuatro hijos, están en el quinto, sexto embarazo en el cuarto embarazo, el factor de riesgo es haber tenido varios partos. Haber estado embarazada varias veces, ese ya es un factor de riesgo para tenerlo, ¿pero en las de primera vez?

N: ¿Por qué es raro que esté de nalgas?

---

<sup>27</sup> Con esto último estimo que se refirió al caso de Ester, partera que, si bien trabajaba en el HMJM, tuvo ese problema trabajando como partera en su comunidad, según fue confirmado por varias fuentes diferentes.

J: O sea, por pura evolución, siempre el polo cefálico es el que más, el más pesa. La gravedad lo arrastra hacia abajo. Aquí no sé qué onda, pero se queda con las nalgas para abajo. No traen circular [de cordón]... Entonces, pues la verdad, no sé si van y se lo soban y que entre que se lo acomodan o algo, no sé la verdad, pero sí me tocan varias. Entonces eso y el hecho de que satanicen la cesárea y no quieren. Porque pues obviamente por algo ofertamos cesárea cuándo viene el producto pélvico. De hecho, una de las señoras en la última que operé le dije que uno de los riesgos era la retención de cabeza última: que se atora la cabeza, batallan para sacarlo y se puede morir el bebé y se puede morir ella y dijo, ‘Ah, mi último se me estaba atorando porque también venía de nalgas’. Entonces te quedas pensando. Ya tuvo uno de nalgas. Y ella tiene otro otra vez, ¿a qué se deberá? (...) Esas son de las principales complicaciones y muchas veces no les importa y se toman medicamentos (tés), van con las parteras. a que les induzcan. Van a que se los volteen, [haciendo] una versión externa, que es muy peligrosa. En los libros de obstetricia está descrita la versión externa, pero siempre tienes que tener un quirófano disponible, una máquina de cardio toco y estar monitorizando a la paciente, porque se puede desprender la placenta y *no creo que tengan eso disponible donde se los hagan* (sarcástico, riéndose) (...)

N: ¿Te tocó trabajar en conjunto con las parteras?

J: Jamás. A lo más que nos acercábamos era tener doulas, en el hospital de donde vengo [Fragmento de entrevista, 27/09/2023].

En este extenso testimonio, por una parte, Javier describe una complicación recurrente de los partos que ya he señalado, la de los “fetos pélvicos”, es decir, aquellos fetos en los que, al momento del parto, están con sus nalgas orientadas al canal de parto en vez de estarlo su cabeza. En los partos pélvicos, según Javier, la embarazada corre un mayor riesgo de desangramiento porque los vasos de su útero quedan expandidos por largo tiempo y no colapsan, dando lugar a un sangrado que puede ser masivo. Asimismo, la cabeza del bebé puede quedarse atorada en el canal de parto y aquel fallecer por asfixia, siendo el procedimiento biomédico más usual ante estos casos la cesárea.

Lo importante a destacar del testimonio es que al identificar las causas de las complicaciones que se le presentan en la atención del parto, el médico espontáneamente y en primer lugar menciona las prácticas de sobada de la partería tradicional, tipificadas como “versión externa”, así como la toma de té de hierbas en el momento inmediato al parto. Configura así una relación antagonista entre los médicos y las parteras tradicionales, en la que los primeros luchan contra prácticas fundamentalmente equivocadas y peligrosas de las segundas<sup>28</sup>. Javier señala que en los casi dos

---

<sup>28</sup> Es de destacarse que todos los médicos del HMJM que atienden embarazadas y que fueron consultados incluyen a las prácticas de partería tradicional y la toma de té que inducen el trabajo de parto entre los factores de riesgo que pueden llevar a la muerte materna e infantil, aduciendo que ambas prácticas pueden causar hemorragias y desprendimientos de placenta, además de demorar la atención a tiempo

meses de su residencia en el HMJM jamás colaboró con ninguna partera externa o del hospital y a juzgar por la actitud de desprecio y los fuertes juicios negativos sobre las parteras que expresó repetidas veces, tampoco parece nada dispuesto a hacerlo.

### 3.5.2 Ambivalencia e instrumentalización

Ya señalé que en el HMJM se prevé una colaboración muy limitada entre médicos y parteras por la prohibición no escrita de atender partos y atenerse a la sobada durante el embarazo, antes e inmediatamente después del parto y únicamente a pedido de la mujer. En ocasiones, incluso ante esta concesión a las parteras, los médicos y enfermeras reprueban estas prácticas y señalan lo que consideran sus riesgos, como es el caso de Alicia y Beatriz, dos enfermeras del área de tococirugía<sup>29</sup> del HMJM en entrevista:

A: Es que por lo regular las pacientes que son primigestas las que apenas tienen van a tener un bebé, esas duran tiempo para dilatar para que su proceso de parto este pues pase, ¿no?, entonces cuando ellas vienen a revisión porque traen dolorcito. Las revisan y pues de dilatación, el cuello también tiene que llegar a 10. Pero ellos llegan, vienen y traen uno [de dilatación], bueno se van y como en dos horas ya vienen y es porque ya tomaron un té, porque ya las sobaron y ‘ya vienen pariendo’, cosa que no debe de pasar [Fragmento de entrevista, 31/10/2023].

Aquí en primer lugar se ve la evaluación negativa que hacen las enfermeras de la sobada y la toma de té antes del parto. Sin embargo, luego consideran la forma, el momento y las creencias de quien realiza la sobada, práctica con la que están familiarizadas, produciendo una evaluación más matizada y ambivalente:

A (...) en mi comunidad hay parteras, pero por lo regular las parteras soban a las pacientes, pero antes de que paran, no cuando están en el trabajo de parto. Las soban porque, según ellas, le acomodan al bebé que viene mal.

N: ¿Tú crees que no lo acomodan?

A: Yo creo que sí. O sea, sí hay sí hay creencia en eso, ¿no? Porque en mi persona, mi mamá, bueno, su último hijo fue con una tía que es sobandera porque “según” el bebé venía mal, se lo acomodó, pero ya nunca lo sobó. Llegó cuando ya iba a nacer mi hermano. Influyen... Pero no... Son buenas, son buenas las parteras, pero siempre y cuando, pues no te ayuden a que el proceso se atrase o se empeore.

N: ¿Pero pueden ayudar a que nazca bien, a que nazcan en posición digamos cabeza para abajo? ¿Eso lo logran hacer [las parteras] o eso es simplemente...?

---

<sup>29</sup> Se trata aquí de dos enfermeras relativamente nuevas en el HMJM, pero familiarizadas, en tanto mestizas de origen naayeri y habitantes de la zona, con el mundo social indígena sobre la labor de las parteras, cuyas prácticas son utilizadas en su propia familia, como puede leerse en el testimonio.

A: [agobiada] Ay, pues... pues hay muchas creencias. (ríe) Sí, hay muchas creencias. Para mí, yo no creo mucho en eso: ni en curanderos ni en mis parteras, pero digo, le pasó eso a mi mamá. Yo creo que no sé si era cierto que en realidad no venía bien. Simplemente se supone [Ibid.].

Así, Alicia y Beatriz por una parte afirman que si se realizan antes del trabajo del parto estas prácticas son inocuas, lo que también depende de la intensidad con que se hagan, así como de su eficacia real para “acomodar” al bebé en el útero, que se considera dependiente sobre todo de “las creencias” de las mujeres, haciéndose hincapié en su dimensión cultural o simbólica. De esta forma, cuando se habla de los efectos fisiológicos de las prácticas de sobada, casi siempre se subrayan sus riesgos y peligros y casi nunca se destaca una eficacia en la acomodación del bebé de lo que, en general, se descrea. Como expresa Dominga, Jefa de enfermería desde el momento en que se creó el HMJM:

Pues yo respeto sus creencias, eh, pero para mí, o sea, no creo casi en la medicina tradicional, a lo mejor como en alguna hierba sí, pero lo que es, por ejemplo, como el curandero, pues no, no creo. La partera pues, a veces le atina, a veces no. ¿Entonces como que... (risas) Pero a veces el uno...ponerse por hacer con alguna señora y que te diga, Ay, sí, mira que te atiende y que sí, ¿que esto y lo otro...? A veces uno lo hace por estrategia. ¿Sí me entiende? No porque uno realmente crea, sino para que el paciente o la paciente, la paciente, vea que uno está o que uno se pone en su lugar, entonces así es como la gente le agarra a uno confianza. Porque pues dicen, ah, mira, ves, ella cree como yo, piensa como yo, aunque no...a veces hay que ser un poquito más inteligente como para moverlos, pues como uno quiere [Fragmento de entrevista, 20/09/2023].

Este testimonio, a la vez que manifiesta escepticismo y sorna sobre la eficacia fisiológica de la medicina y partería tradicional, valora la dimensión simbólica de esta última como facilitador psicológico de la intervención biomédica, antes que como una práctica con eficacia, valor y fundamento propios. Se trata así de un ejemplo de desestimación de la partería como recurso para la salud y su contemplación en tanto elemento cultural o folklórico (Lozoya, X., & Zolla, C. 1983), valorado instrumentalmente, en tanto puede facilitar la implementación de prácticas biomédicas.

### **3.5.3 Apertura hacia la colaboración y el aprendizaje mutuo**

Finalmente y pese a que en la enorme mayoría de los casos no se registró una modalidad de trabajo colaborativa de parte del personal biomédico en relación al sector de los curadores y parteras tradicionales, un caso llamó mi atención en términos de lo que sería mínimamente posible en este sentido, sugiriendo cierta dirección en la que el HMJM podría trabajar. Me refiero al Dr. Juan, “médico partero” egresado del IPN, donde recibió formación específica sobre la atención del parto con enfoque intercultural sobre medicina rural. También se trata de un profesional que leyó y

manifestó interés sobre la antropología y que considera positiva la inclusión de la medicina tradicional dentro de un hospital público:

Muchas veces los pacientes no solamente padecen algo físico, no sé cómo explicarlo, sino a veces también ocupan de ser escuchados, de ser entendidos en su mismo o en un mismo lenguaje que a veces nosotros no lo podemos... O no sé cómo decirlo, ¿no? Como si no se pudiese quitar, digamos lo espiritual, o sea, obviamente nunca se va a poder, siempre es propio del ser humano, esas esferas que de las que estamos compuestos [inaudible], no solamente somos un aspecto físico, tenemos muchísimo más y este hospital es muy curioso porque reúne todas esas, todas esas áreas del ser humano que nos hacen, pues sí, seres biopsicosociales [Fragmento de entrevista, 27/09/2023].

Juan concibe así que la medicina tradicional constituye un aporte a la atención de la salud dentro de una concepción de esta que es integral e intercultural, contrastando con la idea de casi todo el personal biomédico que la considera un enemigo a combatir o en el mejor de los casos, “un mal necesario” que se puede utilizar para lograr una mejor aceptación de la biomedicina. Esto no significa que la relación de Juan con la medicina tradicional haya sido armoniosa, al contrario, al igual que en el caso de Javier, fue particularmente problemática en relación con la partería y específicamente con las sobadas de las parteras previas al parto:

las parteras creen que van a hacer el parto más fácil, más sencillo o menos doloroso, pero (...) simplemente son técnicas que no funcionan y ponen muchísimo en riesgo a los bebés, principalmente porque se desprenden las placentas y cosas que sí han pasado varias veces, o que incluso se llegan a desgastar porque el trabajo de parto ocurre de manera, pues más agresiva, más fuerte. Y el parto, que debería ser un proceso más natural, más de paciencia, se vuelve algo caótico y puede causar muchos problemas [Fragmento de entrevista, Ibid.].

La diferencia de este caso respecto a los previos es la forma elegida por este médico para abordar las diferencias que tiene con las parteras y sus prácticas, la que avanzó desde la reprobación y la queja hacia la colaboración y la posibilidad del aprendizaje mutuo:

Y a veces en esos aspectos, cuando yo les explicaba a las parteras. Como que teníamos esa diferencia, pero al fin ya después, cuando uno va platicando y va entendiendo las cosas, ya se resuelven esos problemas, se quitan esos limitantes y ya como que ellas entienden y yo también entiendo ciertas cosas, por ejemplo. Cuando nacen los bebés hay técnicas para evitar que las mamás pues sigan sangrando, pero a veces yo era muy agresivo al hacerla y ya me decían, no, mira, ‘hazle así un poquito más suavcito. Y va a ser mucho mejor’ y ya fue como ‘Ah, Ok y ya vamos aprendiendo de ambas de ambos lados, pues [Fragmento de entrevista, Ibid.].

En suma, las relaciones entre médicos alópatas y parteras están marcadas por consideraciones sumamente negativas del personal biomédico sobre ellas, las que se presentan en forma universal en el hospital. Sin embargo, se pueden distinguir algunos matices en términos de

cómo considera el personal biomédico la partería y medicina tradicional y consecuentemente, cómo decide actuar en términos de exclusión, instrumentalización o colaboración.

### **3.6 Síntesis y reflexiones del capítulo**

Al explorar las relaciones laborales cotidianas entre el personal de salud biomédico y las parteras tradicionales en el HMJM, se vuelve evidente el predominio del modelo médico hegemónico y la subordinación de las parteras tradicionales indígenas a las normas y criterios biomédicos, mediante tres tipos de procesos transaccionales (Menéndez, 1990): el control burocrático de las parteras, la limitación de sus prácticas a la sobada (y solo en forma previa al trabajo de parto) y su certificación y regulación a través de instancias de entrenamiento. Estas transacciones representan formas de interculturalidad funcional, dado que se reconoce la diversidad cultural con el propósito principal de incluirla dentro de las estructuras socioeconómicas del grupo dominante (Walsh, 2010:77). Es necesario notar además que estos tres procesos van de la mano del desfinanciamiento de la organización de curadores tradicionales por parte del Estado, representado aquí por las autoridades biomédicas del HMJM y la Secretaría de Salud, los que anteriormente los apoyaba con insumos e instancias de capacitación y colaboración y lo hacen cada vez menos.

Si por una parte desde los discursos institucionales del HMJM se les reconoce a las mujeres el derecho a atender con parteras sus partos, la atención de estos es, en los hechos, monopolizada por el sector biomédico y en mi experiencia en el campo, los casos en que esto se constituyó en objeto de queja por parte de las mujeres o las parteras fueron la excepción. Así, se operativizan, de hecho, restricciones y exclusiones mediante procesos de violencia simbólica que vuelven autoevidente y natural el “orden” bio obstétrico en la atención de los partos, tanto en el mundo dóxico de las parteras como en el de las parturientas (Bourdieu, 1989; Bourdieu y Wacquant, 1995, Sesia y Muñoz Martínez, 2024). Esto equivale a volver una norma no escrita la exclusión de las parteras y su participación cada vez más esporádica y testimonial, como meros acompañantes de apoyo psicológico, es decir, su subordinación a través de la limitación de sus prácticas.

En términos de los posicionamientos subjetivos-pragmáticos del personal biomédico hacia las parteras tradicionales en la gestión cotidiana de la interculturalidad en salud, se pudieron identificar tres “tipos ideales”. En primer lugar, las más generalizadas son posturas antagonistas y cerradas, como la del Dr. Javier, que construyen buena parte de la etiología de las complicaciones del embarazo alrededor de las prácticas tradicionales. Se trata de un posicionamiento que resalta dos rasgos propios del modelo médico hegemónico: la tendencia a la medicalización de los

problemas y la identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos de atención (Menéndez, 1990:92). Desde esta perspectiva resulta muy difícil, por no decir imposible, pensar en una colaboración o diálogo productivo entre formas de atención tradicionales y biomédicas.

En segundo lugar, existen posturas que contienen cierta ambivalencia o duda respecto a la eficacia real de la sobada y se permiten pensar en sus efectos beneficiosos bajo ciertas condiciones específicas de creencia, pero suelen terminar instrumentalizando y subordinando la partería en función de la biomedicina, desestimándola como recurso para la salud con un valor propio y reduciéndola a un elemento cultural folklórico (Zolla, 1983).

Finalmente, son posibles posturas más cercanas a la del Dr. Juan, que si bien parten de criterios biomédicos, valorizan aspectos simbólicos y también prácticos de la partería y se permiten aprender de ella y enseñar, colaborando a la par. Así, si bien se continúa ponderando negativamente a ciertas prácticas tradicionales, se habilita un proceso de diálogo y aprendizaje de dos vías. En este sentido, una dirección posible quizá sería permitir y favorecer la interacción mutua trabajando con el personal biomédico y tradicional con modelos de innovación pedagógica que deconstruyan sus creencias (Meneses Navarro, 2020) y permitan a ambos tipos de curadores la adquisición de competencias que desarrollen la sensibilidad Intercultural, transitando desde las etapas «etnocéntricas» hacia las «etnorelativas» (Bennett, 1993, 2017, Byram, 1997).

# **CAPÍTULO 4 – COMUNICACIÓN, REPRESENTACIONES Y PRÁCTICAS: LIMITANTES EN LA ATENCIÓN INTERCULTURAL**

“¿Cómo puede un médico o enfermera atender adecuadamente a un paciente si ni siquiera logra entenderle ni comunicarse con él?” (Albó, 1999:292)

Una semana después de haber iniciado mi trabajo de campo, estaba yo en una oficina del HMJM con la Dra. Gómez, supervisora del IMSS Bienestar, en una entrevista exploratoria sobre los problemas de salud de la zona. Pasados apenas 10 minutos del inicio de la entrevista, una mujer naayeri visiblemente molesta tocó a la puerta de la oficina y pidió hablar con la supervisora: un médico de la guardia se estaba negando a atender a su marido, que tenía dolor abdominal luego de una pancreatitis. La supervisora se disculpó conmigo, se dirigió a la guardia y regresó 5 minutos después. Al regresar, la Dra. me explicó lo que había ocurrido: según el médico de guardia, el hombre “no tenía fascia de dolor”, es decir, no manifestaba dolor en su expresión facial y por este motivo no se había priorizado su atención, lo cual motivó el enojo de su esposa y finalmente la intervención de la supervisora logró que la atención se hiciera efectiva. Al comentarle que el tópico de la tolerancia al dolor de los indígenas me lo habían mencionado en algunas entrevistas, me comentó: “tuvimos un caso de una señora en la sierra con dolor por un quiste de ovario torsionado, que es algo que provoca un dolor agudísimo y nos decía “tengo dolorcito”, y estuvo así, aguantándose el dolor durante 15 días sin llamar a nadie ni pedir ayuda [Fragmento de conversación, 07/09/23].”

Este relato me permite introducir dos limitantes de la aceptabilidad y accesibilidad del derecho a la salud materna (ONU-CoDESC, 2000), ubicadas en el plano de las relaciones entre pacientes y médicos. La primera se refiere a las limitantes comunicativas lingüísticas y no lingüísticas entre ambos, incluyendo la disponibilidad de traductores durante las consultas y sus implicaciones para la comunicación y la privacidad de las mujeres. Para conocer estos aspectos,

describiré algunas características del proceso de comunicación entre médicos y pacientes que pude observar y otras inferidas a partir de entrevistas etnográficas al personal de salud biomédico, con consecuencias en la accesibilidad y la aceptabilidad del servicio de salud para los indígenas en general y las mujeres indígenas en particular.

La segunda cuestión que abordaré se refiere a las representaciones del personal biomédico sobre la población indígena y la forma en que estas representaciones son construidas tanto a partir de diferencias culturales como de interpretaciones esencializantes sobre las condiciones estructurales a las que estas poblaciones están expuestas. El propósito de este abordaje es crear un marco de análisis que ponga en relación las representaciones y prácticas de los que vulneran, entre sí y con las de los vulnerados, sin ignorar las condiciones estructurales existentes ni la agencia que poseen los sujetos con sus especificidades individuales y grupales (Muñoz, 2024:28).

Intentaré mostrar que ciertas representaciones racistas y clasistas del personal de salud biomédico se articulan con algunas de sus prácticas de atención, que afectan la aceptabilidad del servicio y su calidad en términos de la experiencia subjetiva (Hamui Sutton, 2013). Puntualmente, en relación con las prácticas de promoción de la salud sexual y reproductiva dirigidas a las mujeres, procuraré mostrar cómo se articulan las representaciones sobre la etnicidad con dichas prácticas de forma que ciertas reproducciones son alentadas y otras desalentadas, dentro de un esquema social más amplio de “reproducción estratificada” (Colen, 2009) que opera a través del racismo institucional y personalmente mediado (Jones, 2000, Dörr & Dietz, 2020).

#### **4.1 Las limitantes comunicativas entre médicos y pacientes**

La mayoría del personal de salud no indígena del HMJM que fue entrevistado coincide en las dificultades que representa la lengua indígena para la comunicación durante la situación de consulta biomédica para los tepehuanos (o’dam) y mexicaneros (mexikan) en primer lugar, debido a que no existe personal hablante de estas lenguas en el Hospital. En este sentido, les siguen en dificultad los wixárika y finalmente los kuare, un grupo naayeri de la zona de Santa Teresa que habla una variante modificada de esa lengua indígena y que, en su mayoría, no habla español.

Actualmente, solo existen dos traductoras en el hospital, una de ellas pertenece a OMITEN y trabaja en el sector de los curadores tradicionales donde también es empleada administrativa y registra a los pacientes que ingresan a la consulta. La segunda traductora es provista por el ayuntamiento municipal y trabaja en la sala de espera del sector biomédico solamente durante la

mañana, siendo su función orientar a los pacientes que están esperando la consulta y traduciendo cuando se le requiere. Cuando la traductora no se encuentra disponible, se recurre a algún trabajador del hospital que hable la lengua indígena para que opere como traductor.

Una valiosa labor de traducción y mediación cultural que pude observar durante mi trabajo de campo fue la de Emma, una trabajadora social naayeri que actualmente se desempeña en el sector de recursos humanos del HMJM, pero que es requerida frecuentemente por su manejo nativo tanto del español como del naayeri y su enorme vocación de servicio hacia las personas de su comunidad. Cabe destacar que no existe actualmente personal hablante de lengua indígena garantizado ni para todas las etnias ni mucho menos en todos los horarios de atención, lo que entonces hace depender la traducción de la presencia de personas hablantes de lengua indígena que se encuentren circunstancialmente disponibles en el HMJM.

Durante la observación etnográfica que realicé durante 4 meses dentro del HMJM, tanto en la sala de espera como en consulta, no registré en ningún momento a la traductora como una figura de importancia, ni tampoco fui testigo del requerimiento de su presencia en las consultas. Sólo supe quién era mediante una cadena de averiguaciones y si bien le pregunté sobre la posibilidad de una entrevista, nunca se concretó. Conversando informalmente con Isidro, un guardia de seguridad que se encuentra casi en forma permanente en la sala de espera me comentó que las traductoras del área alopática “nunca están” disponibles, sino que siempre se distraen con el celular o están platicando “por ahí”. Mirta, una usuaria del Hospital Mixto y su hermana, Silvana, que fue coordinadora de los curadores tradicionales en 2019, ambas vecinas del Barrio Guadalupe, cercano al HMJM, corroboraron el punto de vista de Isidro y añadieron una observación en relación a las consecuencias de la falta de comunicación en la atención a los pacientes indígenas: “los traductores de la consulta no funcionan bien: se la pasan cotorreando y distraídas. Yo misma, mientras esperaba que me atiendan, tuve que hacerles de traductora a pacientes que no hablan bien el español frente a los médicos que no entienden (...) Los médicos al no entender a los pacientes, les da flojera escucharlos y terminan atendiendo sin comprender ni interesarles lo que dice el paciente [Fragmento de entrevista, 05/11/2023].”

En el mismo sentido, Diego, uno de los psicólogos del Hospital, señaló que los médicos utilizan la falta de manejo del lenguaje como excusa para no intentar resolver la comunicación con los pacientes y simplemente “darles el avión”. Jerónimo, el otro psicólogo clínico del hospital, en el

medio de una entrevista emuló con exabruptos gestuales una interacción entre un médico y una paciente indígena:

“- ¿¿¿Entendió lo que le dije sobre cómo cuidar a su bebé???”

- No, es que yo casi no entiendo [Fragmento de entrevista, 09/10/2023].”

Así, ejemplificó las ocasiones en que los biomédicos se desesperan gesticulando para explicarle algo a pacientes que ante la menor percepción de hostilidad o hartazgo pueden sentirse maltratados y resolver que es mejor la evitación de los servicios de salud (Meneses, 2005:254). Resalta en este sentido la necesidad de una comunicación que brinde comodidad al paciente y de una educación y entrenamiento continuo del personal de salud en interculturalidad (Dörr y Dietz, 2020:13, Meneses, 2021).

Para eludir estas situaciones de desencuentro lingüístico, un recurso que utilizan los biomédicos, aún en los casos en que el paciente hable algo de español, es pedirle a alguno de los psicólogos que oficie de mediador para informar o persuadir a los pacientes de algo. Jerónimo comenta que en estas ocasiones intenta “bajar su lenguaje al lenguaje de ellos”, pero que le resulta muy complicado por no saber qué palabras usar. Señala que la dificultad aumenta ante la costumbre de los indígenas de asentir siempre ante lo que se les dice o pregunta, sin que eso implique alguna clase de comprensión: “*Cuando los coras me dicen que sí a casi todo, es que no entendieron casi nada de lo que les dije*” [Ibid.]. A su vez el psicólogo, de creerlo necesario, utilizará a algún traductor que se encuentre disponible, lo que sumará algunas dificultades: al no ser traducción simultánea sino diferida, primero el traductor debe hablar con el paciente y luego comunicarlo al psicólogo. Esto puede conducir a la introducción del punto de vista del traductor en el contenido y a la distorsión del mensaje, como lo ejemplifica Jerónimo: “Una vez estuvo 5 minutos hablando el traductor con el paciente, intentando convencerlo de que se debía hacer un traslado a Tepic, para luego decirme “no, no lo va a hacer. Es decir, traducen lo que quieren” [Ibid.]. Sobre el mismo punto, la Dra. Ana, directora del Hospital, señala en entrevista:

Estaba platicando con una doctora y le digo: ‘tenemos que llevar traductores de confianza’. Porque yo le llamo a una persona para que me diga lo que está diciendo y yo no sé... cómo yo no sé su idioma, le dije. - ¿y qué le dijo? - ¿Quién sabe...? -Voy a confiar en lo que me dijo, pero yo no sé si les dijo eso o no les dijo eso (...) yo se lo digo porque a mí me ha pasado: aquí teníamos un traductor que uno le decía ‘dile esto y esto’ (al paciente) y luego ya te decía otro: ‘doctora, le dijo al paciente que se vaya porque lo van a matar’ [Fragmento de entrevista, 14/09/2023].

Un problema similar enfrenta el Jerónimo en relación con la posibilidad de dar terapia psicológica a los pacientes que no hablan bien el español. Lo ejemplifica con el caso de una presunta violación a una paciente, en el cual se enfrentó a las emociones de la traductora que, al tiempo que traducía, tomaba partido contra el acusado y enunciaba su propio posicionamiento por encima del de la paciente. Estos testimonios introducen la cuestión de la fiabilidad en la utilización de traductores, así como de la falta de privacidad que implica este uso y la posibilidad de filtraciones de información que hacen que los indígenas de las comunidades no quieran atenderse bajo estas condiciones. En este sentido, la directora del HMJM señala:

Porque sí, está la barrera [comunicativa], pero nosotros la hacemos más grande (...) porque dices, 'ay, la señora no sabe'. Pero si es una señora que conoces o que te ha visto por aquí y luego dice que estás hablando de otra paciente que es también de aquí, van a decir 'no, yo no voy a ir [al hospital] porque van a hablar lo mismo de mí que hablaron de la otra' Y eso sí nos ha pasado, sobre todo antes, que hacen comentarios: te hacen comentarios, a lo mejor a veces no lo hacen con mala intención, o a veces sí (risas). O sea, que viene una y está embarazada y luego ya le platican allá [en la comunidad] que está embarazada [Ibid.].

Este último fragmento pone de manifiesto la falta de privacidad implicada por el uso de traductores y la posibilidad de que las filtraciones de información generen que los indígenas no quieran tener una consulta médica con un tercero presente que viva en su propia comunidad o en una cercana. Esto quizá podría resolverse a través de la formación del personal médico en lengua indígena o haciendo firmar cláusulas de confidencialidad a los traductores, si se opta por esa solución.

De esta falta de disponibilidad, fiabilidad y privacidad en la comunicación con el personal de salud se derivan, además, una serie de consecuencias problemáticas para los pacientes, trabajadas por la antropología médica clínica desde la década de 1970. En primer lugar, la falta de una lengua en común configura una situación intercultural en la que el médico no puede acceder al universo de significados del paciente indígena, incluyendo aquellos significados que estructuran culturalmente y en forma profunda las diversas formas de experimentar la enfermedad o *illness* (Good, 1985). Por lo tanto, queda clausurada la posibilidad de un abordaje de la enfermedad como realidad humana significativa culturalmente construida, quedando reducida a su aspecto somático, o biológico: a la *disease* (Ib. ídem), característica propia del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1990).

En segundo lugar, los médicos estructuran su comunicación frente a los pacientes en la forma de narrativas que describen el devenir de la enfermedad y el tratamiento, coadyuvando a

modelar la experiencia de estos últimos (Good y Good, 2000). De esta forma, si existe una limitación del lenguaje de primer orden, los médicos no tienen la posibilidad de estructurar tal narrativa, perdiendo un componente mediador central en su relación con los pacientes y empobreciéndose la atención de la salud para estos. Más aún, si los pacientes no pueden comprender la justificación de las decisiones e instrucciones declaradas por los médicos, el propio tratamiento y curación de las enfermedades puramente somáticas queda comprometido (Kleinman et al, 1978).

Finalmente, una cuestión algo obvia es que en un Hospital que se autodefine como “mixto” e “intercultural”, probablemente no sea lo más adecuado el uso obligatorio de la lengua que pertenece al grupo cultural históricamente dominante del de los usuarios. En este sentido apunta el psicólogo Jerónimo al cerrar su reflexión sobre las condiciones de la comunicación en el HMJM: “Al final, terminamos colonizando igual acá, porque usamos el español y son ellos los que se deben adaptar a nuestro idioma para que los atiendan y no al revés. Se deberían dar facilidades para los médicos antes de rendir el examen de residencia: si se capacitan en lengua cora podrían pasar directamente y obtener una base en la sierra (...) El tema de los usos y costumbres no sería tan problemático, sería menor, si la comunicación fuera mejor [Fragmento de entrevista, 09/10/2023].”

Siguiendo a Eduardo Menéndez (2005), el lenguaje de la cultura dominante puede subalternizar al sujeto y/o crear resistencias en términos tanto conscientes como no conscientes, incidiendo de muy diversas formas en la calidad de la información obtenida (Menéndez, 2005:67). Mientras la observación del autor se dirige a los antropólogos en relación con sus sujetos de estudio, puede extenderse a los médicos durante la consulta y elicitación clínica de sus pacientes indígenas, en tanto en ambas situaciones se trata de relaciones interculturales atravesadas por procesos de hegemonía/subalternidad.

Quisiera cerrar este apartado con un balance sobre las implicaciones que tienen las limitantes del lenguaje ya descritas sobre el derecho a la salud de calidad de los pacientes. Al centrarnos en el parámetro de la aceptabilidad como indicador crucial del cumplimiento del derecho a la salud (ONU-CoDESC, 2000), esta es determinada por la distancia social y cultural entre los sistemas de salud y sus usuarios y comprendida por el respeto de la ética médica, la adecuación cultural y la sensibilidad a la edad y el género. También lo está por un diseño de los sistemas de salud que respete la confidencialidad y mejore la salud de las personas (Dörr y Dietz, Op. Cit:3). En este sentido, de acuerdo con las condiciones que se dependen de los testimonios descriptos hasta aquí, así como en mis propias observaciones en el contexto de la sala de espera, no existe una

adecuación cultural en el HMJM que resuelva el problema comunicativo planteado por las diferencias lingüísticas en la atención de la salud. Tampoco se verifica un respeto por la confidencialidad de los pacientes bajo las soluciones elegidas a tal fin. Por lo tanto, la aceptabilidad de los servicios de salud queda comprometida y se vulnera el derecho a la salud de la población indígena.

#### **4.1.1 Desencuentros comunicativos no verbales en el espacio de atención**

Como intenté mostrar en la situación citada al inicio de este capítulo, la comunicación no verbal (CNV) puede resultar relevante en un contexto de atención a la salud, al punto de definir si se le da prioridad a un paciente en la atención o no. Así, los gestos faciales de la CNV se encuentran en cierto grado codificados y esa codificación está ligada tanto a la forma en que cada contexto cultural modela las experiencias y la forma de expresarlas, como a las interpretaciones de esas expresiones por parte de quienes las observan, quienes a su vez lo hacen desde un grupo cultural con normas propias.

Los aspectos de la CNV también se juegan en el sentido inverso, es decir, en el sentido médico-paciente. Durante la primera parte de mi trabajo de campo y aprovechando que vivía junto a los médicos residentes, tuve la oportunidad de realizar seis observaciones en consulta que los médicos familiares daban a las y los pacientes indígenas y sus hijos. Realicé tres observaciones por la mañana de la consulta de la médica familiar residente Susana, una por la tarde de la del médico familiar residente Darío y unas dos observaciones de la consulta de control prenatal de la Dra. Analía, quien ya estaba por tramitar su base en el HMJM.

Siguiendo a Good y Good (2000), las interacciones entre médicos y pacientes en la biomedicina son complejos sistemas de significados, tecnologías y poder (Op. Cit:244). Siendo que tanto el registro escrito como la construcción de una narrativa clínica frente al paciente configuran el rol del médico como voz autorizada (Op. Cit:249), pude observar que elementos como el escritorio en el espacio entre médico y paciente y el uso de la computadora durante la consulta interfieren negativamente en el proceso de comunicación de la narrativa del padecimiento del paciente al médico y de la narrativa clínica de este a aquel.

Esto se verificó sobre todo para el caso de los médicos residentes, que eran quienes tenían menor experiencia laboral, menor familiaridad con la población indígena local y sobre quienes caía, por lejos, la mayor carga de la atención en el HMJM. El hecho de que tomar un breve momento

para explicar y pedir la firma de un consentimiento al paciente haya significado para estos médicos entorpecer su consulta me indicó la magnitud del flujo de atención en este sector, lo cual marcaba un ritmo de atención rápida, de acuerdo con criterios productivistas. El número de los pacientes que quedaban por atender en la sala de espera era algo siempre presente para los residentes, lo mencionaban y les preocupaba mantenerlo reducido. Asimismo, protestaban en voz baja cuando un paciente les era derivado desde el área de urgencias, lo que era frecuente, siendo el comentario más común que el residente de urgencias “no quería atender a nadie”.

Estas condiciones laborales, en su conjunto, favorecían un estilo comunicativo más bien rápido y telegráfico, combinado con un lenguaje biomédico burocrático, despersonalizado y de a ratos paternalista, como en el siguiente fragmento de un intercambio en consulta de la Dra. Susana, con un adolescente con dolor de garganta:

- ¿Alergias a medicamentos?

-No

¿Enfermedades?

-No

- ¿Operaciones? - ¿Quebraduras de huesos?

-No

- ¿Fumas?

-Sí, unos dos por día

- ¿Alcohol?

- A veces

¿Drogas?

-No

- Voy a revisar tu garganta [mira la garganta con linterna y escucha respiración con estetoscopio]. Tienes faringitis, un cuadro viral gripal. [le receta medicamento para los síntomas] [Fragmento de entrevista, 29/10/2023]

El efecto de “barrera” que producía el escritorio era reconocido por el Dr. Darío, quien me manifestó su decisión, alentada por un profesor suyo de la universidad, de salir de detrás del escritorio y colocar su silla frente al paciente mientras hablaba con él. Con esto mejoraba mucho el *feedback* en términos de cercanía y dinamismo en la comunicación, si bien el estilo comunicativo

de Darío era de una elocuencia a veces agresiva y caía en el regaño, como puede verse en el siguiente diálogo con un paciente de 66 años:

-Es hemorroides lo que tiene

- ¿Y por qué no siento nada?

- ¡Porque al principio no se siente nada, Don! Eso es por la grasa, por el alcohol, por el chicharrón. ¿Qué pastilla le habían recetado?

- No recuerdo el nombre

-Si yo me tomo una pastilla y no leo qué es: ¿qué tal que es veneno para ratas? [Fragmento de entrevista, 21/09/2023]

En contraste con los anteriores, un tercer estilo comunicativo que pude identificar fue el de la Dra. Analía, del área de medicina preventiva, quien realizaba los controles prenatales. En su caso, al ser un consultorio más pequeño con un escritorio pegado a la pared, no existía barrera física entre médico y paciente. Asimismo, considero que era, de los que observé, la médica que mayor escucha y empatía ejercía con las pacientes, en gran parte ejercidos a través de la mirada y la sonrisa, elementos no verbales ausentes en los otros médicos, así como a través de preguntas que excedían el estricto protocolo médico sobre síntomas y ahondaban sobre detalles vitales de las pacientes, mostrando interés genuino. Aun cuando a veces manifestaba regaños, estos era atemperados mediante la comunicación no verbal, con una sonrisa.

Considero que esta Dra. podía permitirse dedicar más tiempo a cada consulta, tener un ritmo más pausado en la atención y más empatía porque el flujo de pacientes en su sector, el de medicina preventiva, era mucho menor que el de las consultas a los residentes, pudiendo pasar una hora e incluso toda una mañana en la que no recibía pacientes. También, como resultado de esta mayor distensión laboral, así como de la ausencia de barreras físicas que impongan una distancia, la Dra. Analía podía separar el momento en que interrogaba y registraba síntomas de aquel en el que hablaba con la paciente frente a frente. La experiencia anterior de esta Dra. en un hospital en la localidad naayeri kuare de Santa Teresa la habían familiarizado con esa población y establecía un vínculo de mayor conocimiento y confianza con las pacientes, con un estilo de comunicación más cercano y horizontal. Por estos factores, considero que la calidad de su atención era superior a la de los residentes, quienes tenían menos experiencia, mucho menos con personas indígenas y se encontraban en condiciones laborales y espaciales mucho más desfavorables.

## 4.2 Representaciones del personal de salud del HMJM sobre la población usuaria

“- ¿Otra vez está embarazada la güera? [perra del hospital]

-Y sí... es de Jesús María [risas]”

[Fragmento de conversación en el comedor del HMJM]

A lo largo de mi trabajo de campo, prácticamente todo el personal de salud biomédico, no indígena en su totalidad, dio signos de tener interiorizadas representaciones racistas, clasistas y estereotipadas sobre la población indígena usuaria del HMJM, que no siempre eran manifestadas a plena luz del día ni durante la consulta, pero sí eran cotidianamente expresadas entre pares y en confianza, muchas de ellas durante entrevistas. Una de las primeras representaciones que se manifestó, sobre todo en personal de salud alopático con una larga trayectoria en el Hospital, es la que describe a los indígenas como delicados y pretenciosos en el plano de la atención. En entrevista, el Dr. Julián manifestó:

Ellos sienten que somos nosotros los que llegamos a invadir su territorio. Llegan en ocasiones exigiendo que tienen el derecho nato de recibir lo que quieran por ser quienes son. Eso, yo sé que realmente no es así, porque como humanos todos tenemos los mismos derechos, ahí uno tiene que ser tolerante e intentar de comprender eso, aunque no lo comparta. Son particularmente exigentes con el tiempo de espera, porque muchos tienen mucho tramo recorrido desde sus comunidades hasta el hospital, entonces actúan en base a eso, a veces se hacen 10 horas entre ida y vuelta y piensan ‘yo ya caminé, yo ya sufrí para llegar hasta aquí entonces exijo ser atendido en forma inmediata’ Y yo lo entiendo, pero no hay mucho que se pueda hacer al respecto [Fragmento de entrevista, 21/09/2023]

En el mismo sentido, Dominga, la supervisora del equipo de enfermería señaló: “Ellos lo perciben como que nos están haciendo un favor al dejarse atender [Fragmento de entrevista, 20/09/2023].”

Estos testimonios coinciden con la difundida idea dentro del HMJM de que a los indígenas hay que tratarlos “entre algodones”, con condiciones especiales que no son admitidas en otros hospitales, tales como el permiso de ingreso de mayor cantidad de familiares, a las salas de internación, de comida o incluso para dormir en la explanada del hospital (en el suelo) durante la noche porque si no, “no regresan”. Es de destacarse que toda esta serie de adecuaciones sí se realizan en el HMJM, a diferencia de otros hospitales que no permiten esas conductas de los usuarios. Entre los médicos residentes eran comunes las bromas al respecto, afirmándose que los coras “se ponen sus moños” siendo esta una forma de sortear la incomodidad que les afloraba

reiteradamente, con frecuentes episodios de indignación por las conductas que veían en los naayeri como pacientes.

A lo largo de las interacciones cotidianas y en entrevistas con médicos y enfermeras, pude tipificar algunas de las representaciones que circulaban en el HMJM entre el personal biomédico. Su importancia yace en la forma en que estas representaciones se articulan con las dimensiones étnico-racial, de género y de clase a través de prácticas de atención que constituyen violaciones a los principios de accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la salud (ONU-CoDESC, 2000).

#### 4.2.1 El cora “abusado” y que “no tiene nada”

En la entrevista con la Dra. Gómez, le comenté que algunos residentes se quejaban porque los pacientes hacían “consultas espurias”, es decir aparentemente sin ningún síntoma que amerite atención médica. Esto, según los médicos residentes de consulta aparecía en forma recurrente bajo la forma de cuadros de ansiedad o como los llamaban ellos, “síndromes de conversión”, caracterizados como “simulaciones de malestar”<sup>30</sup>. Como respuesta a este comentario, la Dra. afirmó que “el 80% de las consultas en una zona como la del hospital son “somáticas” y simplemente requieren de la escucha del paciente y/o un medicamento para la ansiedad, pero que esa escucha se les debe brindar” [Fragmento de entrevista, 12/09/2023]. Afirmó también que hay ocasiones en las que los médicos no están dispuestos a atender dolencias que no sean estrictamente biológicas, rechazando incluso ese tipo de consultas como “pérdidas de tiempo” y lo vinculó con una “pérdida del sentido humanista” y de actitud de servicio por parte de los médicos [Ibid.].

Arthur Kleinman afirma que un 50% de las consultas al médico son por quejas que no poseen una base biológica comprobable (Kleinman, 1978:141) sino que son explicables a partir de la experiencia de la enfermedad (*illness*) sin una lesión o correlato somático (*disease*)(Good, Op. Cit). El autor afirma que el entrenamiento de los médicos se orienta a la cura de la lesión biológica (“cura”), desestimando sistemáticamente la atención de la experiencia de la enfermedad como parte de esta. Como mencioné en el apartado sobre la comunicación, se encuentra vigente en la biomedicina un modelo bidimensional y “empiricista” de la enfermedad que no contempla el peso que tiene la dimensión de la experiencia en la cura real (tanto biológica como subjetiva) ni la variabilidad cultural e individual de la misma (Good, 1981). Como ejemplos de este modelo

---

<sup>30</sup> Este síndrome básicamente consistía en fingir tener síntomas que no se tienen. Según los médicos residentes, esta simulación era muchas veces calculada y con arreglo a algún fin, tal como obtener días en el trabajo, dormir en el hospital. Según la Dra. Gómez, el motivo podía ser algo tan simple como ser escuchado.

empiricista puesto en juego en el HMJM, valgan los siguientes relatos sobre experiencias de los médicos residentes en la atención a los naayeri.

Darío, el médico residente de medicina familiar, comentó: “Vino uno (paciente) que decía que tenía dificultades para respirar y le mido el oxígeno y tiene 98. Que no mame, no tenía nada, lo mandé a su casa” [Fragmento de conversación, 09/09/2023]. El Dr. luego explicó, reflexionando, que los naayeri a veces sienten falta de aire porque toman muy poca agua y luego, con el calor de la sierra, sienten que se les pega la garganta y que no pueden respirar. Sin embargo, de ninguna forma esto fue considerado como causa válida de la consulta, sino desestimado con fastidio.

Susana, la médica residente en medicina familiar, comentó que a veces las mujeres indígenas vienen al hospital fingiendo que tienen algo, cuando en realidad solo buscan dormir en el hospital para evadirse de algún problema que tuvieron en su casa, por ejemplo, alguna pelea. Categoriza a esto como “síndrome de conversión”. Al preguntarle si duermen sobre el césped de la explanada, responde:

- Susana: ¿En el césped? ¡En la cama de internaciones!
- Nicolás: Claro, ahí tienen clima [aire acondicionado], ¿no?
- Susana: Y, no son pendejas [Fragmento de conversación, 09/09/2023].

En el intervalo de una consulta que pude observar, de esta misma doctora, me comentó que un hombre naayeri al que recién había atendido, “no tenía nada”, sino que simplemente buscaba que le den un certificado para justificar su ausencia en el trabajo: “no les gusta trabajar, aquí [en Jesús María] [Ibid.]”.

Este tipo de representaciones de los médicos están se corresponden con estereotipos negativos o estigmas que afirman que los naayeri “son muy flojos”, “no quieren trabajar” y toma como evidencia de ello a observaciones tales como que “no hay nada sembrado aquí alrededor” o explican la supuesta disposición a la flojera como alentada por todos los programas de transferencias (“apoyos”) que reciben del Estado. Este mismo tipo de representaciones se concatenan con la pobreza en la que se encuentran los indígenas, que se debería, según estas explicaciones, a su mala capacidad de administrar el dinero, y a “gastárselo en alcohol” más que a otra cosa.

Siguiendo el objetivo de este capítulo lo problemático de estas representaciones no son tanto ellas mismas sino sus articulaciones y correlatos con las prácticas de atención de los médicos y

enfermeras. En este caso, puedo dar cuenta mediante variados testimonios del hecho de que la desestimación de las consultas y los rechazos en la atención a pacientes que acuden al HMJM por un problema de salud era un problema de larga data en la institución y que persistió durante mi trabajo de campo. Como relata nuevamente la Dra. Gómez:

Hasta ahorita no se hacían supervisiones, nadie supervisaba que se dé una atención de calidad (...) (...) En las dos guardias había personal totalmente renuente de “yo no hago nada”. (...) , fuimos con el Gobernador Cora, también nos sentamos y platicamos y dimos a conocer que era el programa y todo y realmente la gente tenía un muy mal concepto de aquí del hospital (...) muy poca productividad tenía el Hospital, a pesar de que pues se supone que el hospital está abierto las 24 horas, pero muy poca gente acudía a la atención (...) Por varios motivos, uno era el maltrato que recibían, otro porque no había insumos, entonces no tenía caso que viniera y no venía la gente (...) Entonces [al traer el programa del IMSS Bienestar] sí tuvimos buena respuesta, la gente empezó a acudir [al hospital] pero como le digo, no fue de la noche a la mañana que nos empezaron a surtir medicamentos ni que nos empezaron a mandar personal, (...) Entonces cuando empieza a venir la gente y que todavía no teníamos todo, pues [los médicos] empezaron a rechazar de aquí mismo, me rechazaban a la gente, “no, que no hay médico”, “no, que no hay medicamento”.. aun así, cuando había médico de base, porque ahí en las 2 guardias hay médicos de base [Fragmento de entrevista, 12/09/2023].

Este relato, hace referencia a un episodio de conflicto entre un sector del personal perteneciente a la Secretaría de Salud y la nueva co-administración del HMJM por parte del IMSS-Bienestar. Sin embargo, da cuenta de un problema crónico en el HMJM, que se manifestó en forma recurrente en entrevistas a usuarias a través de varias fuentes. Por citar el caso más grave que ocurrió mientras realizaba mi trabajo de campo, un médico residente urgenciólogo en la guardia permanentemente rechazaba la atención de pacientes en su sector con malos modos, derivándolos al sector de consulta, por lo que sus compañeros en ese sector se quejaban de él, diciendo que “no quería atender”. A través de distintas fuentes pude reconstruir 4 casos de negaciones de atención de este médico. A través del testimonio de una madre supe que negó de la atención de su hijo pequeño, con la indicación de que volviera en dos días, lo cual le costó una enorme desmejora en su salud, de la que fui testigo porque lo estaban curando con una sobada cuando fui a hacer una entrevista a su casa. En el mismo sentido, un médico compañero del mencionado lo responsabilizó por la muerte de un niño al cual no le dio prioridad en la atención en la guardia de emergencias y se quejó de sus actitudes inapropiadas durante el trabajo [Fragmento de conversación, 30/10/2023].

La directora del HMJM se encontraba al tanto, en términos generales, del comportamiento de este médico residente de la guardia y de sus deficiencias en la atención refiriéndose a él de la siguiente manera en una entrevista: “el urgenciólogo, que mira todo el tiempo su celular. La gente ya lo odia porque a todos les dice que no tienen nada para urgencias y los manda a consulta (...) Le

dije al Dr. que tenga cuidado porque acá son medio salvajitos y un día le van a partir la madre con sus respuestas” [Fragmento de entrevista, 14/09/2023].

Es notable que dadas las múltiples situaciones con el mismo médico, el comentario de “regaño” haya sido llamarle la atención en términos del riesgo en que se ponía a sí mismo, en vez de sancionar su accionar violatorio de la ética profesional médica. El hecho de que no se hayan tomado medidas disciplinarias pertinentes y que se haya aprobado sin más su examen de residencia, habla tanto de una falta de supervisión de la labor médica como de un comportamiento corporativista.

En este punto quisiera preguntar: si ocurren negaciones de atención de personas con lesiones somáticas y síntomas biológicos graves y evidentes ¿cuántas más se producirán para pacientes que “no tienen nada”, es decir, que su padecer está centrado en la experiencia subjetiva y no en el plano de lo somático/biológico? Considerando que, según la supervisora del IMSS entrevistada, este tipo de consultas constituye un “80% de los pacientes”, y que las manifestaciones de negaciones de atención se multiplican por parte de los usuarios, esto permitiría comprender al menos uno de los factores por los que “la gente no va al hospital” (incluyendo las mujeres embarazadas).

La recurrencia de episodios de negación de la atención en sus diferentes formas es violatoria del principio de accesibilidad a la salud, en tanto disminuye “las posibilidades reales de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud” (ONU-CoDESC, 2000). Como pudo verse, muchas veces estas negaciones resultan discriminatorias, en tanto los médicos no incluyen como criterios de consulta legítima a las experiencias de malestar de los usuarios -la “illness”- reduciendo esos criterios a síntomas y signos somático-biológicos -la “disease”-. Se termina imponiendo así un sesgo empiricista biomédico a la atención en una institución que se supone intercultural. Las negaciones de atención también incumplen el principio de aceptabilidad de los servicios de salud, ya que no respetan los principios de la ética médica y de la calidad de la atención, induciendo experiencias subjetivas de los usuarios que no coinciden con su horizonte de expectativas (Hamui Sutton, 2013: 23-33).

Si bien las representaciones de los médicos sobre los grupos indígenas no producen linealmente las negaciones de atención, son construcciones sociocognitivas orientativas de sus percepciones, interpretaciones, juicios y actuaciones con relación a una situación social (Abric, 2001: 14, Moscovici, 1976). En este sentido, al vincular estas representaciones de los médicos con

sus prácticas concretas se vislumbra la forma en que las primeras se constituyen en un subtexto de las segundas, otorgando sentido y mayor legitimidad a las decisiones de posponer, desestimar o negar una atención.

#### **4.2.2 El indígena ignorante**

El primer lunes de octubre quise hacer una breve observación en la sala de toco cirugía, donde ingresan a las embarazadas a punto de parir. Al llegar, fui testigo de una situación en la cual Emma, la trabajadora social que oficiaba de administrativa de RRHH en el HMJM estaba hablándole en tono suave en naayeri a una joven de unos 16 años, intentando convencerla de que se quedara internada en la sala de tococirugía, dado que tenía preeclampsia y corría riesgo su vida si no se estabilizaba con medicamentos. La joven estaba con mucho miedo, no quería quedarse en el hospital y entró en una crisis de llanto. Ante esta escena estaban presentes médicos de “la toco”, enfermeras y el ginecólogo residente, quien murmuró audiblemente y con tono despectivo: “la ignorancia en todo su esplendor” [20/09/2023].

Este ejemplo, además de revelar la nula sensibilidad intercultural de este médico, permite acceder de forma clara a la representación que establece una equivalencia entre el ser indígena y ser ignorante. Otras formas de formular esta equivalencia son más sutiles, como cuando el personal de salud afirma que los naayeri “todavía acuden al curandero y a la partera”, evocando un orden temporal evolutivo en el que la medicina tradicional indígena pertenece al pasado y la ciencia médica es el resultado de aquella en el presente. También suele expresarse en la apreciación de grados de mestizaje cultural de los indígenas como indicadores de su nivel de “apertura mental”, dentro de un “continuum folk-urbano” con polos de salvajismo y civilización en los extremos, como el que expresa el Dr. Javier en entrevista: “A veces llego a pensar que “ah, mira, a lo mejor estos tienen más noción o más consciencia (...) pero luego llegan pacientes al día siguiente y resulta que lo veo al revés. (...) resulta que con ellos entonces va a variar mucho, dependiendo de qué tan refundidos estén en la sierra [Fragmento de entrevista, 27/09/2023].”

Uno de los elementos que acompañan estas representaciones sobre el primitivismo y la ignorancia indígena es la negación de los conocimientos de las parteras o, en el mejor de los casos, la desconfianza respecto a ese conocimiento y a su capacidad de ejercerlo. También se conceptualiza como ignorancia la aversión de muchas mujeres a la cesárea, nuevamente en palabras del mismo médico: “Las indígenas satanizan la cesárea: ‘No quiero que me rajen’ [la panza].(...)

También puede ser por la creencia que tienen de que tienen que ser buenas para parir y que “mujer que no puede parir no sirve” entonces le huyen a la cesárea” [ibid.].

A diferencia de las parteras, que cuentan con algunos recursos mediante los que intentan acomodar y maniobrar con el bebé durante el parto, con éxito variable, ante una situación de “parto pélvico” la cesárea es prácticamente el método “de cajón” a seguir en el HMJM, de acuerdo con las metas de mortalidad materno-infantil del milenio. Esto ocurre en un contexto nacional en el que más del 40% de todos los partos son realizados por cesárea, tasa que cuadruplica la tasa recomendada del 10 al 15% por la Organización Mundial de la Salud o del 15 al 20% de la Norma Oficial Mexicana (Sesia, 2020:9). En este sentido, la idea de “satanización de la cesárea” no solamente omite que el exceso alarmante de esta práctica constituye una forma de violencia obstétrica, sino también las implicaciones en la vida de las mujeres, que incluyen toda una serie de experiencias corporales dolorosas y traumáticas (Berrio, 2021) y consecuencias, entre las que se encuentra la inhabilitación para el trabajo durante un período prolongado.

La falta de flexibilidad, de conocimiento del contexto de las mujeres y de colaboración con las parteras constituye una limitante de la aceptabilidad del servicio en términos de respeto por la forma cultural de atender los embarazos de cuando ellas desean evitar la cesárea y prefieren un parto normal. Ante la ausencia de posibilidades de negociación o síntesis intercultural cuando el médico decide cesárea, la alternativa que les queda a las mujeres es tener su parto en sus comunidades, con la partera y la mayoría de las veces lejos de la biomedicina, es decir, con un mayor nivel de riesgo. Así, la cesárea se constituye en una de las formas coercitivas de gobernanza reproductiva que impiden a las mujeres decidir de forma autónoma como vivir su proceso de reproducción, embarazo y parto (Castro, 2024).

#### **4.2.3 La indolencia y la “falta de instinto materno” en las mujeres naayeri**

Una representación que se muestra en el siguiente testimonio de entrevista con el Dr. Julián, es la que afirma que los hombres y mujeres coras no sufren la pérdida de sus hijos, que son “fríos” y no valoran la vida:

Una mujer cora, a los 4 meses dejó que durante 3 días se desencadene el trabajo de parto en forma prematura sin asistir al hospital. Al llegar al hospital el bebé nació y se lo entubó. Se le dijo que se lo entubó porque estaba muy chiquito y que se lo tenía que trasladar a Tepic para que tenga más chances de sobrevivir. Ante esto, la pareja le preguntó varias veces al médico si ello era necesario. El médico respondió que, de no hacerse, el bebé se iba a morir, y el padre replicó “y, pero si se va a morir de cualquier forma, ¿para qué lo vamos a llevar”?

Le dijo que no tenía dinero para volver desde Tepic. Se gestionó un recurso de dinero para que puedan volver desde Tepic y que pasen esa noche en la casa AME. Mientras llamaban a la ambulancia para que se lleve al bebé a Tepic, el bebé murió. Se le preguntó a la pareja si querían ver al bebé y respondieron afirmativamente. El padre se acercó así [el Dr. gesticula imitándolo] agarrando el bebé muerto, mirándolo en forma indiferente y fría. Luego la madre hizo lo mismo y no lloró. Y preguntó “¿Y esto qué? Ya no llora, ya no sirve’ y lo devolvieron como si fuera una bolsa a la enfermera. Eran como los animalitos que huelen a su cría muerta y la dejan ahí tirada [Fragmento de entrevista, 21/09/2023].

Este testimonio expresa con claridad la idea de que a los indígenas no les importa la vida propia, de las mujeres y de los niños; resulta un motivo deshumanizante y como tal una forma de racismo personalmente mediado (Jones, 2000) que se repite en los discursos de los médicos y enfermeras a lo largo de entrevistas y conversaciones. Esta idea a menudo se expresa en forma de queja, dado que esa supuesta falta de valoración de la vida los convierte no solamente en casi “animalitos”, como se aprecia en el testimonio, sino sobre todo, en desagradecidos hacia la labor del personal de salud.

Zita, una enfermera de origen naayeri del área de consulta ginecológica, en entrevista comenta sobre las parturientas indígenas, al respecto de las diferencias en la expresión del dolor que señalé al comienzo de este capítulo: “He notado mucho, cuando estaba en “la toco” que las mujeres indígenas no son tan escandalosas como las mestizas, es como “si me duele, pero yo me aguanto”. Tienen el umbral del dolor muy alto. Por eso hasta que no están malas-malas no vienen. Si tienes una mestiza, la mestiza se queja más, llora más y hace más escándalo y la indígena no” [Fragmento de entrevista, 02/11/2023].

Aquí, un rasgo de comportamiento no verbal de los indígenas es asociado por el personal de salud alopático no indígena con una característica cultural de resistencia al dolor físico, acompañada de la posposición de la búsqueda de atención, constituyéndose en el discurso del personal de salud biomédico como un factor cultural iatrogénico y causante de mortalidad. Al describir los médicos y enfermeras la “falta de reacción” de las mujeres y hombres naayeri ante la vida o la muerte de sus bebés recién nacidos, el rasgo “cultural” de la resistencia al dolor es desplazado así desde el plano físico hacia el moral, convirtiéndose en “indolencia”<sup>31</sup>, causando indignación y desconcierto en el personal médico biomédico. Este rasgo se hace particularmente evidente para el personal de salud frente a las embarazadas adolescentes naayeri que tienen su parto

---

<sup>31</sup> Aquí se hace valer la doble acepción de la palabra “indolencia”: tanto en el sentido de alguien descuidado y flojo como alguien que no se conmueve.

en el HMJM, lo cual se traduce en prácticas de “insistencia” como señalan Alicia y Beatriz, enfermeras: “Hay mujeres que no quieren ver al bebé o incluso que no quieren darle de lactar ni lo quieren tocar ni ver, etc. Las enfermeras a veces tienen que intentar estimular a las mujeres a que den de lactar al bebé. Hay mujeres coras que hasta regañan a su bebé recién nacido. Hay veces que es porque son adolescentes y no están preparadas o no lo buscaban” [Fragmento de entrevista, 31/10/2023].

Respecto al desarrollo del vínculo afectivo madre-hijo, Roberto, un enfermero con muchos años de experiencia en la sierra explica:

El vínculo [madre-hijo]. Se da piel a piel. Y este...Como es un proceso por naturaleza y fisiológico. El bebé hace su trabajo y la mamá tiene que hacer su trabajo porque hay mamás que... que les da flojera. Desatienden al bebé, entonces nuestro trabajo es estarles, insistiendo. Estarles diciendo cuál es su obligación, porque muchas de ellas vienen de 12 años, 13, 14 años. Es una niña cuidando a otro niño: no están preparadas. No están maduras, no están desarrolladas ni física ni mentalmente. [Fragmento de entrevista, 20/12/2023].

Zita, la enfermera de origen naayeri agrega en el mismo sentido: “A algunas mujeres recién paridas hay que insistirles que les den de comer a sus hijos, porque prefieren dormirse. Tienen el instinto maternal más ‘light’” [risas] [Fragmento de entrevista, 02/11/2023].

La explicación del rechazo, la indiferencia o la desatención de estas madres hacia sus hijos es construida por el personal de salud biomédico en términos de la poca maduración física y psicológica de estas jóvenes, por lo cual ve conveniente “enseñarles sus obligaciones de madre”. Nótese en el testimonio de Roberto la triple contradicción entre el vínculo afectivo entre madre e hijo como “natural”, como “deber” y como producto de la insistencia del personal biomédico cuando el personal verifica que no ocurre “naturalmente”. Aunque se aluda a la edad como factor explicativo de esta ausencia de comportamiento materno, hay una sintonía entre la observación de este comportamiento en las adolescentes naayeri frente a sus hijos y la noción de que a las madres naayeri, en general, no les importan sus hijos.

Ahora bien, esta forma “poco expresiva” de manifestar las emociones de los naayeri ante la enfermedad, la vida y la muerte y especialmente ante los bebés se hace más comprensible cuando a los juicios estigmatizantes de los no indígenas se le contraponen los matices y explicaciones del personal naayeri del HMJM. Como explica Eva, administrativa de RRHH de origen naayeri, en una entrevista: “...es mentira lo que se dice de que los coras no sienten y que no les importa la muerte de un hijo. Fueron educados culturalmente para no mostrar o demostrar el dolor, de la cara para

afuera, pero dentro sienten. Emocionalmente son muy duros para expresar, yo los conozco. Hace falta sensibilizar a los médicos para que los conozcan” [Fragmento de entrevista, 08/09/2023]. Zita agrega:

“No es que [los naayeri] sean descuidados, son más desapegados. Por ejemplo, en el abrigar a su bebé. O para darles de comer. No son tan cariñosos. No son tanto de demostrar el afecto (...) Para los mestizos, un bebé es el centro de la atención, para un indígena no lo es (...) Me han tocado mamás y papás que sí demuestran afecto a sus bebés y se nos hace raro, los chiquean. Demuestran más el afecto” [Fragmento de entrevista, 02/11/2023].

Es significativo que, en términos de Goffman, sean los “iguales” y “sabios” (en este caso, los miembros de la propia etnia) quienes tienen la posibilidad de interpretar la conducta de los estigmatizados en una forma no estigmatizante (Goffman, Op. Cit:31), lo cual los convierte en sujetos de especial valor en términos institucionales si se desea avanzar hacia una formación en competencias interculturales del personal del HMJM.

Nancy Scheper-Hughes, al explicar por qué en el noreste de Brasil cuando a las mujeres pobres se les muere un hijo menor a un año reaccionan sin manifestaciones de dolor aparentes, señala que ello no implica una indiferencia hacia la vida de los hijos sino más bien una forma diferente y diferida de desarrollar y manifestar el afecto del vínculo materno: con una pena contenida y administrada culturalmente, acorde a contextos de pobreza con altos niveles de natalidad y mortalidad (Scheper Hughes, 1997:555). La autora concluye que las reacciones frente a la muerte de un recién nacido, lejos de poseer un sustrato universal en la psiquis o la biología humanas (postuladas casi siempre en base a una “concepción moderna del amor materno”) son comportamientos culturales y contextualmente definidos.

#### **4.2.4 La reproducción sexual de los naayeri: animalidad, machismo y sumisión**

Una de las representaciones más recurrentes en el personal de salud sobre las mujeres naayeri es la que destaca su sometimiento al hombre y su falta de autonomía. Este sometimiento es vinculado en el discurso biomédico con tres factores de riesgo de la muerte materna: la falta de controles prenatales, el embarazo adolescente y la multiparidad. Mientras que los controles prenatales, no han logrado disminuir las muertes maternas, consideradas en gran medida impredecibles, sí lo han logrado con las muertes neonatales y perinatales (Kikuchi et al, 2015), por lo que debe maximizarse la situación de consulta con la mayor eficacia y menor tiempo posible, sobre todo en las mujeres diagnosticadas como de alto riesgo (Carroli, 2001:28).

Por otra parte, los embarazos adolescentes aumentan las probabilidades de preeclampsia y eclampsia por la facilidad con la que se eleva la presión arterial en mujeres que no completaron su desarrollo físico (Congote-Arango et al, 2012). Finalmente, la multiparidad, sobre todo cuando es con periodos intergenésicos cortos, conlleva riesgos de hemorragias y desgarro uterino, por no llegar a recuperarse los tejidos entre un embarazo y otro (Gutiérrez Ramírez et al, 2016).

Como causas sociales, sin embargo, en el contexto del HMJM, desde de los discursos de médicos y enfermeras suele suponerse que es la voluntad masculina la que opera, ya sea impidiendo los controles prenatal de las mujeres como coaccionando sexual y reproductivamente tanto a adolescentes como a adultas. Los siguientes testimonios de la Dra Ana, el Dr. Juan y la Dra. Analía, respectivamente, ilustran estas explicaciones que tienden a la mono causalidad de estos factores de riesgo:

Mira, a veces lo principal, es porque no obtienen un control adecuado. En el embarazo. Y puede ser desde que el marido no la deje salir, porque ya nos pasó que se murió una mamá porque el marido no le dio permiso nunca que se revisara el embarazo”. (...) [Fragmento de entrevista, 14/09/2023].

La vida reproductiva no está nada planificada: tienen relaciones y embarazos de riesgo a muy temprana edad, se cree que, en forma no consensuada, por ejemplo, entre niñas/adolescentes y adultos mayores. También la multiparidad es muy alta y los embarazos de riesgo por alta edad también. Enfermedades de transmisión sexual que nunca llevan tratamiento y ya están en fases, pues muy avanzadas también. Se hacen muchas acciones de prevención del embarazo, pero no se acatan mucho. Se sigue viendo a la mujer como un objeto que no toma decisiones. Se intenta que se empodere, pero hay algo como que limita, ciertos tabúes culturales como: si quieren o no tener hijos y si quieren tener relaciones sexuales. Son cosas que la cosmovisión y la misma población de aquí acepta y permite [Fragmento de entrevista, 26/09/2023].

Muchas veces no quieren método [anticonceptivo] porque el marido no las deja. El hombre o la suegra decide por la mujer, no dejan que la mujer se cuide. Es una cuestión de cultura machista. No sé si no tengan que ver también los apoyos que les dan por los hijos [Fragmento de entrevista, 19/09/2023].

En estos testimonios se sintetizan las representaciones más frecuentes sobre el papel que tienen las relaciones de género en la salud materna, entre las que se encuentran el control de los hombres sobre las mujeres como explicación de muchas circunstancias que pueden conducir a aquella. Entre estas, se encuentra la reticencia al uso de métodos anticonceptivos femeninos (y mucho más de los masculinos), la inasistencia a los controles prenatales o la atención hospitalaria del parto, dado que se afirma que la mujer “necesita” la aprobación del esposo para tomar estos

cursos de acción, la cual muchas veces no es otorgada<sup>32</sup>. También se mencionan los embarazos adolescentes, fruto de relaciones no consentidas entre hombres adultos y menores de edad, que son muy comunes, o la multiparidad, fruto de maridos que no les importa si sus mujeres desean seguir teniendo hijos o no y las siguen embarazando, desdibujándose la idea de consentimiento.

Graciela Freyermuth (2000) y Paola Sesia (2011) han mostrado las formas en las que en distintos contextos la estructura patriarcal opera desvalorizando la vida de las mujeres de distintas formas que van desde la consumación de parejas sin ninguna clase de consentimiento hasta la falta de toma de decisiones en situaciones de urgencias obstétricas, lo cual puede conducir a la muerte materna. Como describí en el capítulo 2, una condición estructural en las poblaciones indígenas es un esquema de relaciones de género con fuertes asimetrías de poder entre hombres y mujeres, de machismo y violencia de género, sobre todo en el ámbito de la pareja, lo cual se ve reflejado en la encuesta ENDIREH (INEGI, 2021) y en la Alerta de Violencia de Género en los municipios de mayor población indígena en el Estado de Nayarit, incluido Del Nayar.

Reconociendo este problema estructural y su incidencia en la muerte materna, me interesa aquí describir y analizar las representaciones que se construyen a partir del mismo y sus usos en términos de ciertas prácticas de atención relacionadas con la salud reproductiva y la planificación familiar. A este fin, comenzaré mostrando las representaciones referidas a la salud reproductiva de los naayeri que se encuentran interiorizadas en buena parte del personal de salud biomédico, recogidas en entrevistas y pláticas informales con varios médicos y enfermeros:

Ellos pareciera en este sentido, hablando de la manera reproductiva y sexual, como que el fin, suena feo, ¿no? Pero el fin es como literal, la reproducción animal, ¿no?, o sea como que el fin es reproducirse. O sea, es tener otro y tener otro y tener otro y tener otro y tener los que la madre naturaleza nos quiera dar y bueno, para llegar al fin, ahora sí que dentro de lo que es la salud sexual y reproductiva, creo que ellos no tienen salud sexual y reproductiva” [ Dr. Julián, fragmento de entrevista, 21/09/2023].

[...] Se basan mucho en la procreación ellos, o sea, viven para el sexo, prácticamente es el desfogue de ellos [Dr. Abel, fragmento de entrevista, 02/10/2023].

[...] ¿¿¿y, pero para qué quieren tener tantos hijos???. Después tu hablas con las mujeres y te das cuenta de que les vale puro pito los hijos, les preguntas por este o aquel y no saben ni la hora de nacimiento, ni el peso. Y cuando les dices si se quieren esterilizar te dicen ‘mi marido esto o lo otro’. Señora: existe algo que se llama planificación familiar y se debe seguir, es así, se respeta’. Después, sus hijos terminan todos igual: con la primaria trunca y teniendo un

---

<sup>32</sup> Como ejemplo de esta necesidad de aprobación del hombre, en la observación que hice en la UMR de Linda Vista, fui testigo directo de cómo, luego de retirarle un implante a una mujer kuare y al llegar su marido a la UMR, ella se volteó a mirarlo y le preguntó “¿Inyección o pastillas?”.

chingo de hijos super temprano, parece que eso es todo para ellos” [Dr. Javier, fragmento de entrevista, 14/09/2023].

Estas expresiones dan cuenta de un fuerte racismo cultural (Menéndez, 2017:49) personalmente mediado (Jones, 2000) en tanto representan a un otro cultural a través de patrones de comportamiento básicamente deshumanizados. Mientras la reproducción sexual es representada como un acto puramente animal, características como el machismo son postuladas como rasgos culturales esenciales, fruto del aislamiento geográfico de estas poblaciones respecto al “mundo moderno”, que los priva de cultura y la educación. De la misma forma, se postula a la misoginia y el desprecio por la vida infantil como parte esencial de la identidad naayeri, configurando un estigma étnico que amalgama elementos de primitivismo, machismo, ignorancia e indolencia. También se suele manifestar la idea de que este tipo de conductas se deben a la “ignorancia” en la que se encuentran los indígenas y que es la educación (mestiza) la solución para que aquellas pueden eliminarse o aminorarse. Así, en ciertos casos a los estigmatizados les es posible corregir lo que se considera el fundamento objetivo de su deficiencia y la aculturación mestiza aparece como el “camino de redención” que los llevaría a formar parte del “mundo de los normales” (Goffman, 2006:31).

#### **4.3 Las prácticas de atención en planificación familiar**

En entrevista, la Dra. Ana, directora del HMJM hizo énfasis en la obtención del consentimiento por parte de toda mujer antes de practicarles métodos de anticoncepción permanentes como la “OTB” (salpingoclasia) así como antes de suministrarles o aplicarles cualquier clase de método anticonceptivo. En este sentido, diferenció su gestión de la de directores anteriores del HMJM, que llegaron a decirles a las mujeres que “del hospital, sin método no salían” [Fragmento de entrevista, 14/09/2023]. Por su parte, el Dr. Abel, tiene unos 65 años y trabaja desde 2012 con población indígena naayeri y wixárika, habiendo obtenido su base en el HMJM en el 2016. En entrevista habla bastante claramente sobre cómo se practica la atención en el campo de la planificación familiar, el papel que tiene el convencimiento y el momento en que los médicos, como obligación, deben ofrecerles los métodos anticonceptivos a las mujeres:

[...]

A: Y así con ese programa [MATE, de planificación familiar] había más mujeres que aceptaban [método]

N: ¿hoy, hay menos?.

A: Si hay menos. Por ejemplo, de 10, que paren, la mayoría yo creo que no acepta método: 60% o 70% no acepta.

N: Pero se los ofrecen.

A: Sí, y de hecho. De hecho, desde cuando llegan aquí se les empieza a hablar sobre método nosotros: ‘¿Qué método desearía utilizar en el momento de que se alivia?’ Porque hay un método que se le puede poner en el momento que sale el bebé. y hay otros a posteriori. Y se les platica y a veces en el momento del dolor, te dicen sí. Porque tienen dolor, y ‘sí, me voy a cuidar’ y ya después vas y te dicen no. Se arrepienten, quieren seguir teniendo hijos.

N: ¿A cualquier mujer que recién acaba de tener, se le dice entonces?.

A: Sí, del método, sí, eso es casi, casi es obligatorio de nosotros porque tenemos en los momentos de dar de alta. que poner asignar si utilizó método, si no utilizó métodos.

N: También vi que se las intenta concientizar sobre el tema económico de tener varios hijos y las consecuencias de no poder mantenerlos.

A: Y sí, todo eso se le se les cuestiona. Es que estamos sorprendidos ¿cómo es que le hacen para tener tantos hijos? ¡Y la manutención! ¿de dónde sacan para la manutención de tantos hijos?” [Fragmento de entrevista, 02/10/2023].

En este testimonio resalta primero la dependencia del grado de la adopción de métodos anticonceptivos de los programas específicos de salud que los promueven, y que tanto esos programas como la adopción de métodos han disminuido correlativamente. En segundo lugar, se describe el énfasis puesto en la promoción de métodos de planificación desde el momento mismo en que la mujer llega a atender su parto al hospital. Se puede inferir a partir de lo dicho explícitamente, que a veces la el consentimiento del método por parte de la mujer depende del estado de dolor y vulnerabilidad en el que se encuentra, lo cual se confirma al arrepentirse una vez que pasó el momento del parto.

Bronfman y Castro (1989) han destacado las asimetrías de poder existentes entre los proveedores de salud y las poblaciones que son objetivo específico de las políticas de políticas de planificación familiar entre las décadas del 60 y el 80, lo cual incluía las circunstancias excepcionales en las que se “decidía” aplicar específicamente las esterilizaciones, en momentos de inestabilidad emocional y vulnerabilidad de la mujer a las recomendaciones médicas, en los que el consentimiento de aquella es al menos cuestionable (Op.Cit:65). La descripción recién brindada parece ajustarse por completo a esta situación y a esta praxis biomédica.

Respecto a los objetivos de la promoción de la planificación familiar, si bien se supone que se centran en que la mujer pueda decidir cuantos hijos quiere tener, las cosas parecen ser algo más

complejas. El siguiente es un fragmento de una entrevista hecha a Juana y Dalila, dos enfermeras del área de medicina preventiva enfermeras, sobre las prácticas de atención que llevan a cabo frente a las mujeres en lo concerniente a la salud reproductiva y planificación familiar dentro del HMJM:

Nosotras hacemos labor de convencimiento allá en ginecología, a ver si [las mujeres] se van a cuidar con algo. Y si no quieren, tratar de convencerlas, bueno no de convencerlas sino de que ellas analicen si tienen muchos hijos o no tienen muchos hijos y si les conviene cuidarse en ese momento. Algunas aceptan y algunas no. Todo el día estamos ocupadas. (...) Nosotros queremos que usen método para que no tengan muchos hijos para que los puedan cuidar a todos. Y también la parte de ayudarlos económicamente de alguna forma, porque como no tienen trabajo ni una fuente de ingreso de dinero, es difícil aquí en la sierra mantener 7 niños, aquí hay mucha desnutrición. Se enferman de diarrea o enfermedades respiratorias y no tienen cómo trasladarse acá. (...) Lo importante es que no dejen de cuidarse “no tengan más hijos [risas] [Fragmento de entrevista, 21/09/2023].

Al referirse al proceso de persuasión de las pacientes respecto a la adopción de métodos anticonceptivos, el Dr. Julián, médico de base del HMJM<sup>33</sup> recrea teatralmente su “diálogo” frente a una paciente:

No manches. No razonan. Y les dices:

- Médico: ‘Cuando vienes al hospital, tienes que venir con un familiar’

- Paciente: ‘No, es que se fue a la costa a trabajar’ o – ‘no está’ y ‘quien me puede ayudar es mi mamá, que no puede porque se quedó en la casa con mis otros tres hijos’

- Médico: ¡PUES YA NO TENGAS HIJOS! ¿Te vas a cuidar con algo?

- Paciente: NO [Fragmento de entrevista, 21/09/2023].

Como se observa, una labor fundamental del personal de salud de cara a las mujeres de todas las edades es intentar convencerlas, aun cuando no quieran, de que usen métodos anticonceptivos. Al utilizar el verbo “convencer”, las enfermeras se corrigen (“que analicen si tienen muchos hijos o no”), quizá porque advierten que la persuasión (aun cuando la mujer no quiera) y la libre elección están algo reñidas entre sí. El argumento de peso para la persuasión en el primer caso es el económico, desde una posición paternalista que asume que las mujeres ignoran estas implicaciones y también presuponiendo los factores que las llevan a tener hijos, los cuales se asume que simplemente consisten en la voluntad de sus parejas hombres de embarazarlas. En el segundo caso el médico simula un tono imperativo frente a la paciente y basa su argumento en el hecho de que estas mujeres no pueden siempre ir acompañadas al hospital cuando van a tener su parto, ya que él o la acompañante debe quedarse cuidando a los demás hijos en su casa.

---

<sup>33</sup> Al momento de mi trabajo de campo, el Dr. Julián tenía base en el HMJM, a fines de 2023 obtuvo su traslado a otro hospital.

Esta labor de convencimiento se extiende a los métodos de anticoncepción permanentes como la salpingoclasia (OTB), como relata nuevamente el Dr. Julián: “Las esterilizaciones sí son quizá el método que más tratamos de promocionar, de ofertarles, pero cuando creemos que puede ser el más adecuado para la paciente, ese por lo general lo ofertamos en aquella paciente que para empezar ellos nos dicen o ellas ‘ya no quiero más hijos’” [Fragmento de entrevista, 21/09/2023]. Nuevamente, en este testimonio no queda del todo clara la necesidad de la promoción de la esterilización, existiendo una decisión a priori de la mujer,. Dos de los médicos que más atendían partos me comunicaron que a partir del tercer o cuarto hijo que una mujer tenía ya la consideraban candidata a la esterilización por OTB, ofertándole este método. La pregunta es si el mismo criterio se aplica para cualquier otra mujer no indígena que ya tenga tres hijos en cualquier hospital público, o si por el contrario, se trata de una práctica que se aplica sobre ciertos cuerpos particulares en los que se conjugan la dimensión de clase, étnica y de lugar de residencia y no sobre otros (Berrio, 2021:455). Como llegó a manifestarme Roberto, enfermero del HMJM, en el contexto de una entrevista:

Ahí, en tu trabajo [de investigación], ¿tú no puedes hacer sugerencias de decir que tú estás poniendo en alerta al Gobierno de México en el sentido de que si no hace algo está creciendo desproporcionadamente la población aquí en las comunidades indígenas? está creciendo de tal forma que va a llegar el día que no va a haber alimento para toda esta gente. Va a rebasar la natalidad a la capacidad del sector salud si no se hace algo [Fragmento de entrevista, 20/12/2023].

A partir del conjunto de este conjunto de testimonios recogidos sobre la vida sexual y reproductiva de las poblaciones indígenas de El Nayar y de haber mantenido conversaciones sobre el tema a lo largo de mi trabajo de campo, parecería que para buena parte del personal de salud del HMJM, la multiparidad no es tanto una elección de estas poblaciones sino una condición aberrante que debe ser corregida por motivos sanitarios, de género, económicos y demográficos (Bronfman y Castro, 1989). El factor común entre estos testimonios de personal biomédico es que los patrones de planificación familiar se formulan como si fuesen deseados por la población objetivo, cuando en realidad responden a demandas, categorías y puntos de vista de los proveedores de salud (Bronfman y Castro, 1989:64).

Eduardo Menéndez señala que las esterilizaciones no consentidas o con consentimiento inducido son formas de racismo cuando estas se aplican en forma diferencial a mujeres indígenas y afroamericanas (Menéndez 2009; Menéndez y Di Pardo 2010/2011, en Menéndez, 2017:20). Sería interesante profundizar el conocimiento de las prácticas de promoción de la planificación

familiar en el HMJM, así como realizar un estudio que las compare con las que se aplican en otros contextos, para saber si estas continúan siendo “una forma de racismo tan naturalizado que ya no lo podemos ver” (Op.cit:21).

Las mujeres que utilizan el HMJM parecen encontrarse en una situación de atravesamiento de intereses ajenos a los propios, provenientes de dos tipos de actores que intervienen en sus decisiones reproductivas. Por una parte, sus parejas masculinas aparentemente les imponen una paridad múltiple sin contemplaciones respecto a los riesgos presentados por el número de embarazos, los períodos intergenésicos o la edad en que esos embarazos se producen, lo que introduce la cuestión del consentimiento sexual, entre otras. Por otra parte, el personal de salud del hospital y los programas de salud promueven la adopción de métodos anticonceptivos basándose en fundamentos desfasados de las demandas, categorías y puntos de vista de esas poblaciones objetivo (Bronfman y Castro, 1989:64, Figueroa et al, 1994:148).

Lo relevante a los efectos de esta investigación, es que las prácticas de atención referidas a la vida sexual y reproductiva son un claro punto de conflicto entre buena parte de la comunidad naayeri y el HMJM, institución identificada con la perspectiva e intereses de los médicos mestizos. En este sentido, además de constituir una práctica de racismo personal e institucionalmente mediado, la pretensión del personal de salud de reducir la natalidad entre los naayeri es potencialmente perceptible como una faceta más del plan de exterminio étnico al que tantas veces aluden miembros de este grupo, y de esta forma convertirse en una limitante de la aceptabilidad y de la calidad del servicio de salud, en tanto no se alinea con el horizonte de expectativas de la población usuaria (Hamui Sutton, 2013: 23-33).

#### **4.4 El malestar del personal biomédico y la degradación en la calidad de la atención**

Para concluir la temática de la relación entre representaciones y prácticas de atención y teniendo en cuenta la pertinencia que posee la reconstrucción del punto de vista de los que vulneran en la producción relacional de vulnerabilidad (Muñoz, 2024), quisiera llamar la atención sobre los efectos en la subjetividad del personal biomédico (y por tanto, en la atención que estos ofrecen) que tienen las relaciones interculturales que entablan con una población indígena a la que no comprenden y que les resulta fundamentalmente hostil.

El Dr. Juan, a quien ya describí en el capítulo anterior, es, sin dudas, de quienes conocí y entrevisté en el HMJM, quien considero el médico de mentalidad más abierta y comprensiva hacia

el mundo indígena y hacia la medicina tradicional. Se trata del único de los médicos entrevistados que admitió haber aprendido algo en su interacción con parteras del hospital y concibe la medicina tradicional como algo que atiende dimensiones “no físicas, sino espirituales” de los indígenas.

Durante una conversación un lunes por la mañana, noté a Juan realmente agotado y emocionalmente al límite, frustrado. Profundizando en la plática, me comentó que estaba muy cansado porque tuvo que atender él solo todas las consultas del fin de semana por no haber llegado los nuevos residentes aún. Su contrato en el hospital iba a finalizar en diciembre y aún no sabía qué iba a pasar con él, ya que nadie se lo había comunicado. Se sentía descuidado como médico, percibiendo que el trato por parte de la dirección del HMJM y de la Secretaría de Salud hacia él era malo: “les vale”. Me dijo que no quería seguir trabajando allí, que se sentía estancado, que era “siempre lo mismo en el hospital”, pero que lo que más lo afectaba era sentir la falta de valoración por parte de los pacientes de lo que él les brindaba, de su atención hacia ellos y de la insensibilidad de ellos ante la muerte: “No valoran la vida” y dicen “de la tierra venimos y a la tierra vamos”. “Yo también creo que polvo somos y al polvo vamos, pero al menos mi vida la paso chido, le pongo gracia. Ellos viven por vivir nomás, se les muere un bebé y se muestran por completo indiferentes y fríos, literalmente dicen “y qué, luego tengo otro” [Fragmento de conversación, 30/10/2023].

La enfermera que se encuentra al lado suyo asintió y agregó: “pero qué puede hacer uno, no se los puede cambiar”. Y siguió Juan:

“No tienen ambiciones ni ganas de progresar. Hay otras etnias como los purépecha, los mismos huicholes, etc. etc. que tienen un avance, que cambian, que progresan. Acá no son como otras etnias que cambian, se adaptan, etc. Acá [en México] vas a cualquier parte y en cualquier Estado los indígenas progresan, cambian. Solamente eso no pasa acá en Nayarit, entonces uno dice: ‘acá pasa algo’ [Ibid.].

Juan intentó explicar esta característica distintiva señalando que los naayeri fueron la única etnia que no fue conquistada militarmente por los españoles, entonces:

[...] quizá, si era por ellos seguían como estaban antes, como siempre [...] Yo no entiendo. Les gusta estar aislados de la sociedad allá lejísimos en la sierra, por eso hay tanto caso de violencia familiar, de género, de esto y lo otro: porque no se aguantan ni siquiera entre ellos. Aparte, literalmente, les pagan todo [el gobierno] dicen ¿para qué voy a querer trabajar o progresar si me pagan todo? ‘¡¿Y por qué no me pagan todo a mí?!’. Les pagan todo solamente por existir, por ser indígenas. [Ibid.].

Quiero recalcar que estado de frustración, desencanto y ganas de renunciar lo observé en el médico que considero con más apertura mental y sensibilidad intercultural de todo el HMJM, por lo que

solo resta imaginarse los del resto del personal biomédico. Si bien esta subjetividad por una parte responde a condiciones laborales que fueron descritas en el capítulo 2 (aislamiento de los hogares, lejanía, agotamiento laboral, etc.), el componente intercultural como motivo de rechazo y frustración se manifestó en forma relativamente constante, sobre todo en los médicos más jóvenes y con menor cantidad de antigüedad en el HMJM.

En este punto quiero plantear que, a los fines de este estudio, una consecuencia posible del proceso de subjetivación inducido por este tipo de experiencias culturales *otrificantes* (Spivak, 1985) es el escepticismo sobre la posibilidad de establecer una comunicación real con la población indígena, lo que puede conducir a degradar la calidad de la atención que se brinda. El Dr. Julián describe este proceso en una entrevista: “Al principio, me esforzaba muchísimo en convencer a las pacientes de que se tenían que cuidar y no tener tantos hijos, pero después me di cuenta de que es inútil, ya no me esfuerzo más: tienen “el chip” puesto de que no lo van a hacer. No aceptan métodos ni mucho menos la esterilización. Y aquí vale en realidad más la opinión de los maridos que la de las mujeres.” [Fragmento de entrevista, 21/09/2023].

Independientemente de que este fragmento discursivo retoma las prácticas sobre salud reproductiva que aquí fueron cuestionadas, da indicios de un proceso de resignación del personal biomédico frente la atención de un perfil de paciente percibido como incapaz de entender y atender razones<sup>34</sup>. Tanto el reproche por no recordar los nombres de los medicamentos, los regaños por los descuidos sobre los hijos, las demora para ir a atenderse al hospital o el incumplimiento con la prescripción de los medicamentos, todo opera en el personal de salud confirmando la convicción de que, como dijo el Dr. Abel, a los indígenas su salud “les vale”.

Siguiendo a Paul Watzlawick (1985) creo valioso considerar uno de los más importantes axiomas de la comunicación humana, que Bateson y Jackson denominaron “puntuación de la secuencia de hechos”. El mismo postula que todo elemento de una cadena comunicativa es pasible de ser considerado simultáneamente estímulo, respuesta y refuerzo (Watzlawick, 1985:56). En este caso una de las partes de la relación intercultural, el personal de salud biomédico comunica a la otra a través de sus prácticas y no verbalmente la desmotivación, el fastidio y la baja calidad de su atención, fundada en la convicción sobre su inutilidad, así como en la definición biomédica de los

---

<sup>34</sup> Algo similar ocurre en el ámbito de la educación primaria, secundaria y preparatoria en Jesús María, según manifestó David (psicólogo): allí al parecer algunos maestros “se resignan” a no explicar y degradan la calidad de su enseñanza ante estudiantes que consideran casos perdidos por “faltar el respeto constantemente y no prestar atención” (entrevista 09/10/2023)

que constituyen motivos válidos para una consulta en un hospital y la desestimación de los que caen por fuera de ese criterio. Del otro lado, la población indígena percibe estos elementos y responde con hostilidad, desconfianza y miedo, favoreciendo un refuerzo de su estigma étnico frente al personal mestizo o blanco. Sin embargo, en este proceso de “comunicación” no es simétrico sino regido por una fuerte asimetría y desigualdad social, económica y simbólica (Castro, 2020). Es por ello que corresponde a quienes se encuentran en una posición de poder y representan al Estado tomar las medidas necesarias para romper este proceso de retroalimentación negativa, si es que están interesados en ello.

#### **4.5 Síntesis y reflexiones del capítulo**

En este capítulo describí en primer lugar una serie de problemas y carencias institucionales que obstaculizan la comunicación verbal y no verbal entre médicos y usuarias, volviéndola precaria y básica, comprometiendo la aceptabilidad y la calidad de los servicios de salud dirigidos a poblaciones indígenas.

En una segunda parte, describí la forma en la que las problemáticas estructurales que afectan a las poblaciones indígenas y en particular a la etnia naayeri, tales como la pobreza, la violencia de género y las dificultades de acceso a la educación formal, son selectivamente reconocidas por parte del personal de salud no indígena como prácticamente los únicos atributos que estas poblaciones poseen. Se construye de esta forma un estigma étnico (Goffman, 1985) cuyas propiedades se basan exclusivamente en carencias y problemáticas, una otrificación de las poblaciones indígenas en el contexto de la atención a la salud (Montesi, 2023, Colmenares-Roa, 2020, Dörr y Dietz, 2020, Smith-Oka 2012-2015, Vega, 2017) basada en la postulación de una diferencia radical entre un “nosotros” mestizo y un “ellos” indígena (Cardoso de Oliveira, 2007).

Estas representaciones de otrificación permean profundamente los discursos del personal biomédico del HMJM como expresiones de racismo personalmente mediado (Jones, 2000) y encuentran un correlato, por una parte, en prácticas de rechazo de la atención que comprometen los criterios de accesibilidad y aceptabilidad de las poblaciones usuarias al servicio de salud (ONU-CoDESC, 2000). Asimismo, estas representaciones encuentran su correlato en prácticas de atención hacia las mujeres indígenas encuadrables en el paradigma de la violencia obstétrica (Berrio y Sánchez, 2014, Berrio, 2021) y de la “reproducción estratificada” (Colen, 2009). Se trata de prácticas de racismo personal e institucionalmente mediado (Jones, 2000, Dörr & Dietz, 2020) que se realizan subrepticamente y que encuentran su justificación en criterios sanitarios de prevención

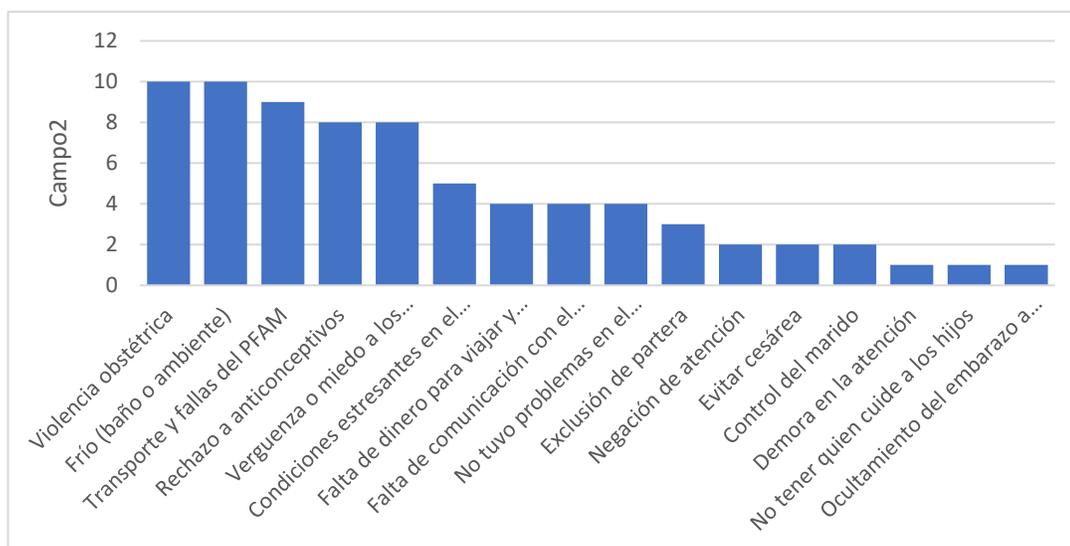
de las muertes maternas tanto como en criterios económico-demográficos y de empoderamiento femenino (Bronfman y Castro, 1989:63).

Finalmente, examino las consecuencias posibles sobre la subjetividad del personal biomédico que poseen las relaciones de interculturalidad negativas con los usuarios indígenas, en conjunción con condiciones laborales desfavorables, vividas como difíciles de sostener para la mayor parte del personal biomédico. En este sentido, obtuve testimonios que señalan un estado de agotamiento emocional crónico, frustración y finalmente indiferencia, que potencialmente pueden degradar la calidad de la atención y constituirse como una limitante más de la aceptabilidad y la calidad del servicio de salud del HMJM.

# CAPÍTULO 5 – TRAYECTORIAS Y LIMITANTES DE LA ATENCIÓN

El objetivo principal de este capítulo es describir la incidencia de las dimensiones estructural, institucional e intercultural en las trayectorias reproductivas de las mujeres que utilizan el HMJM, identificando los elementos que constituyen limitantes efectivos o potenciales de la atención, en términos de accesibilidad, aceptabilidad y calidad (ONU-CoDESC, 2000). Para ello, desde el punto de vista del actor de estas mujeres (Menéndez, 2010) y teniendo en cuenta que es en la autoatención que se articulan las diferentes formas de atención (Menéndez, 2005:54) describo sus formas de atender el embarazo y el parto, en relación a una o más de las siguientes transiciones de sus trayectorias reproductivas: inicio de la vida conyugal (IVC), inicio de la maternidad, número total de gestaciones, tipo de atención obstétrica utilizada en el embarazo y parto, lugar de resolución del evento obstétrico, inicio de uso y tipo de métodos de anticoncepción (Berrio y Sánchez, 2014:214).

Es en estas trayectorias y sus transiciones, reconstruidas en las entrevistas hechas, que se manifestaron con mayor o menor recurrencia los siguientes limitantes potenciales de la atención que comprenden tanto impedimentos y dificultades para acceder a la atención (accesibilidad) como experiencias negativas en la atención misma (aceptabilidad y calidad), representados en la ilustración 5.1:



**ILUSTRACIÓN 5.1: : LIMITANTES EFECTIVOS O POTENCIALES DE LA ATENCIÓN 4**

**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA**

Esta variedad de elementos son encuadrables, cada uno, dentro de las tres dimensiones mencionadas: estructural, institucional e intercultural. La “dimensión estructural” comprende el plano económico, las relaciones de género ubicadas a nivel familiar y comunitario, la ubicación geográfica la infraestructura y asistencia sanitaria que reciben las mujeres en sus comunidades, en particular a través del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica (PFAM-Caravanas). En la dimensión institucional incluyo los elementos identificados como potenciales limitantes de la calidad y aceptabilidad de la atención hospitalaria dentro del HMJM, entre los que destacan la violencia obstétrica en sus diferentes formas y las negaciones de la atención. Finalmente, en la “dimensión intercultural” incluyo aquellos elementos de la dimensión institucional que remiten a la interculturalidad en la atención. Esto es, el lugar reconocido dentro del HMJM a los recursos para la salud que utilizan las propias mujeres, lo que incluye las atribuciones de las parteras tradicionales y la forma de trabajar con ellas.

### **5.1 Lo estructural y lo infraestructural**

Julia es una mujer naayeri de 32 años que vive en la comunidad de El Sabino, muy cercana a la aldea “Las huertitas” y a unos 9 km de Jesús María. Si bien la distancia que separa su ranchería del hospital no es mucha, su mayor altura y la calidad de los caminos de tierra que conducen a ella hacen muy difícil el acceso a este paraje. Por este último motivo y por la falta de vehículos 4 x 4 por parte del programa que puedan superar esas condiciones de infraestructura vial deficientes, la

unidad de atención del programa PFAM-Caravanas a la que acompañé no había podido visitar esta comunidad durante los siete meses previos, siendo que esas visitas deben ser mensuales. Debido a este motivo, pude saber durante la breve visita con el PFAM a esa comunidad, que en esos siete meses había fallecido una niña de tres años por diarrea y dolor de cabeza, sin tener la atención médica necesaria.

Habiendo nacido en Los Limones, Julia se fue a vivir al Sabino “porque el hombre [su marido] aquí vive”. Ambos se casaron en la iglesia de Jesús María y tienen 4 hijos de 10, 6, 4 y 1 quienes comparten un mismo dormitorio mientras la pareja duerme en otra habitación (“a lo mejor le haremos otra pieza, sabe”). En la casa tienen agua, pero no tienen luz y cocinan con leña. Julia trabaja como ama de casa y su marido produciendo maíz para el autoconsumo en una parcela que no está dividida por alambrado, sino que la trabaja toda la comunidad (“todavía hay espacio”). A veces, ambos bajan a trabajar a la costa. Batallan mucho para comprar sal, frijol, todo tipo de comida y jabón. Dice que su marido no bebe porque no tiene dinero para comprar alcohol, y cuando tiene, “compra comida nomás”. Ambos miembros de la pareja colaboran para las tareas domésticas, pero de la comida y el cuidado de los niños se encarga más ella. Dice que a veces necesita que su esposo la ayude más con los niños mientras ella cocina, pero que él no quiere. De su familia y vecinos, no la ayuda nadie y no tiene amigas en El Sabino.

Julia planificó los niños intentando dejar más de un año entre uno y otro, aunque a algunos de ellos no los planificó: “Uno está chiquito todavía (...) y enseguida quedé embarazada de nuevo. Le decía a mi marido que quería esperar, pero ya ves... Con el que ahora tiene 4 años quería esperar 4 años más y luego me embaracé de la niña y para ella también quería esperar más. Le decía esto a mi marido, pero no me respondía nada” [Fragmento de entrevista, 19/12/2023].

En relación con el uso de métodos anticonceptivos, cuenta que la primera vez usó inyectables y la segunda DIU. Se lo quitó tres años después porque le molestaba. No le resulta fácil conseguir anticonceptivos en El Sabino “A veces aquí en el Sabino no están siempre los médicos” a diferencia de su rancho en Gavilanes, donde siempre había una clínica (UMR) y allí pedía los anticonceptivos. “Acá está más difícil”. La caravana vino en mayo recién [última visita]. A lo mejor es por el Andrés Manuel [AMLO]” especula. Los jóvenes en Gavilanes iban de nueve a 19 años a pláticas sobre salud sexual: allí aprendió que cuando no le bajaba [la menstruación] estaba embarazada. Al mes ya estaba embarazada. “Nuestras mamás nunca más platican de eso, de cómo se quedan embarazadas”.

Julia no asistió a sus controles prenatales mensuales en el HMJM porque “las caravanas” [el programa PFAM, encargado de llevar y traer a las embarazadas al HMJM una vez por mes] no fueron a El Sabino durante todo su embarazo hasta ahora, por la situación con los caminos en mal estado y la falta de vehículos adecuados del programa. Dice que cuando estuvo embarazada de la niña tampoco fueron las caravanas a su comunidad. En los dos primeros embarazos sí había ido a hacerse exámenes de sangre y orina al HMJM mientras su madre le cuidaba a la niña. Pero durante los dos últimos embarazos nunca se hizo controles prenatales, de sangre ni de orina, porque: “los otros niños estaban bien solos y ¿quién cuida la casa? Por eso no me fui a la atención. Si hubiera alguien que me cuide la casa, habría ido. Podía cuidarla mi marido, pero siempre no. Pues nunca hablamos de eso.” [Ibid.]

Su segundo hijo, lo tuvo en su casa. Iba a aliviarse en “San Cayetano” [Hospital Rural del IMSS N°22] y “no alcanzó”. Lo sacó su marido al bebé. Resultó todo bien: salió “de cabeza” porque se había sobado antes. Para la última bebé que tuvo, con la panza de 8 meses de embarazo se fue caminando los 9 km desde el Sabino hasta el refugio “Casa AME” del HMJM con su marido y todos sus hijos, un mes antes de la fecha estimada de parto. Allí en la Casa AME, Julia cuenta que gastó más dinero que en El Sabino “pues así, batallando”, compraba comida y cooperaban 20-50 MXN para comprar Maseca, frijol y pollo, todos los días: “Ahí no te daban comida, la encargada siempre pedía cooperar, ahí puro gastar. No apoya el gobernador, el presidente: antes no pedían dinero para la comida. Es la primera vez que me piden. Antes había apoyo, ahora no” [Ibid.].

Julia también se sentía aburrida en Casa AME y algo agobiada por el calor, que no le gustaba: “Hay que barrer, trapear, lavar trastes, etc. Los hombres deben buscar leña”. Como observaciones sobre cosas que cree que podrían mejorar en la atención del HMJM dice: “Que nos atiendan mejor y que haya medicamentos. No le dieron vacunas al bebé (todavía le falta la BCG) y tuvimos que comprar paracetamol. Antes nos atendían más mejor, porque la primera vez me atendieron bien y no tuve que comprar medicamentos. También me daban pañales grandes y pequeños para el bebé. Yo digo que antes nos atendían más mejor” [Ibid.].

Este testimonio recoge una gran cantidad de limitantes provenientes de condiciones estructurales e infraestructurales descritas en forma general en el capítulo 2, pero que se encarnan en una historia de vida concreta. En primer lugar, el aislamiento de esta comunidad depende de las características geográficas en las que se ubica y de sus condiciones infraestructurales que limitan el acceso, más que de la distancia real al hospital más cercano (HMJM), lo que constituye una fuerte

limitante de la accesibilidad a los servicios de salud. La falta de inversión y presencia estatal en la zona hace que los caminos no se encuentren en condiciones transitables para que puedan llegar los vehículos del programa PFAM, que tampoco cuenta con las unidades necesarias para el acceso a este tipo de parajes. Esta misma falta de inversión en infraestructura local explica la carencia de una red de telefonía que permita avisar a los servicios de salud sobre alguna emergencia de salud, lo que aisló a la comunidad durante 7 meses. El conjunto de las condiciones descritas desembocó en la muerte de una niña de 3 años que no pudo tener atención sanitaria.

El hecho de que el PFAM no hubiera asistido durante ese período de siete meses a la comunidad por no contar el programa con los vehículos y la supervisión adecuada, significó que las mujeres de El Sabino no pudieran tampoco tener acceso a métodos anticonceptivos, ni tampoco a ninguna clase o taller de educación sexual. Finalmente, la estructura patriarcal prevaleciente en la comunidad de Julia propició que su marido desoyera sus pedidos de esperar o posponer un nuevo embarazo y que no colaborara cuidando al resto de sus hijos para que Julia pudiera asistir al HMJM a controlarse. Así, se generó una situación de riesgo debida a factores superpuestos: por multiparidad, por períodos intergenésicos cortos y por no haber podido asistir a ningún control prenatal, de forma de poder determinar si su embarazo presentaba o no algún riesgo.

### **5.1.1 Las dificultades para la movilidad de las mujeres**

Jimena es una naayeri de la localidad de Coyunque, tuvo a su bebé hace poco en el HMJM y está esperando el segundo, en la Casa AME, donde su hermana la acompañó un mes antes del parto. Ambas salieron a las 5 de la mañana de Coyunque caminando bajo el sol y el calor extremo hasta Tepetate, donde llegaron a las 15 hs (10 horas de recorrido) y desde allí tomaron un camión. Después del parto, Jimena estuvo un día en “piso” (recuperación) y volvió a la “Casa AME” donde se quedó 2 días más hasta que le hicieron el estudio “tamiz” al bebé y le pusieron las vacunas. Al día siguiente a las 6 am se tomó el camión, que le costó 600 MXN desde Jesús María y llegó a Tepetate a las 11 am. Desde allí caminó con su bebé bajo el sol hasta El Coyunque. No tenía nada para proteger del sol a su bebé. Lo tapó con un trapo y se fue caminando. Llegó a El Coyunque a las 17 hs, luego de caminar seis horas bajo el sol con su bebé en brazos [Entrevista, 12/12/2023].

Eugenia, por su parte, es una wixárika de 37 años que vive en Ciénega de San Felipe, un rancho de unos 100 habitantes localizado al este de Jesús María, cerca de la frontera con Jalisco. Los caminos su comunidad hasta Jesús María (así como el que conecta con el Saucito y el Crucero de Santa Cruz, señalados por otras embarazadas) son peligrosos y quienes viajan pueden ser

interceptados robados y secuestrados por el crimen organizado. Esto le da a ella mucho miedo y por ello su marido e hijas se quedaron en Ciénega de San Felipe, para no exponerse a ese riesgo. Cuenta que cuando el año pasado entraron por la fuerza en su casa y les quisieron robar, sus hijas se escondieron bajo la cama [Entrevista, 05/12/2023].

Estos dos casos muestran las dificultades en términos de distancias, costos de transporte y riesgos e inseguridad que las mujeres deben afrontar para ir a hacer sus controles prenatales en el HMJM, llegar a la Casa AME o atender sus partos en el hospital. Los costos de los viajes son altos y en entrevistas en una localidad tan cercana al HMJM y comunicada en términos de transporte como Mesa del Nayar, obtuve testimonios de que muchas personas no podían costear los 1000 MXN que les significaba conseguir un carro que las llevara hasta el hospital. Los costos desde otras localidades pueden ser mucho más elevados. Este aspecto se refiere a la violencia infraestructural que implica vivir en un lugar donde no existe la necesaria inversión estatal en transporte público, donde programas como el PFAM muchas veces no se hacen presentes, con las consecuencias que esto implica en un entorno de población económicamente excluida.

El testimonio de Jimena muestra además que, aún en los casos en los que el programa PFAM funciona correctamente y traslada a las mujeres al HMJM antes de la fecha estimada de parto, no está contemplado en este programa el transporte para que la mujer pueda retornar del HMJM a su comunidad, lo cual puede ser muy difícil y implicar largas horas de caminata bajo el sol con un recién nacido. Este es un factor que debe ser ponderado seriamente al momento de comprender por qué tantas mujeres deciden tener sus partos en sus comunidades.

Un segundo aspecto que se visualiza en el caso de Eugenia es la situación de inseguridad que afecta a zonas enteras e incluso pueblos que se encuentran tomados por grupos del crimen organizado. Estos grupos frecuentemente interceptan vehículos y ponen en peligro a quienes están viajando, lo cual constituye una situación que puede disuadir inmediatamente a cualquier persona de decidir trasladarse, más aún si se trata de una mujer embarazada. Esto puede implicar importantes consecuencias en términos de las decisiones de las mujeres de asistir o no asistir a controles prenatales, al ponderar la inseguridad en el traslado como un peligro aún mayor que el de un parto domiciliario.

### 5.1.2 El costo de parir en el Hospital

Desde el programa PFAM se invita a las mujeres embarazadas que viven en lugares alejados a que se queden en el refugio “Casa AME” desde 15 días hasta un mes antes de la fecha estimada de parto hasta dos o tres días después de dar a luz, para que al bebé se le realicen los estudios y vacunas correspondientes. El propósito del traslado y permanencia en el refugio es evitar las dificultades obstétricas que puedan ocurrir lejos del hospital, en caso de que se desencadene el parto antes de la fecha estimada. Marisel, la coordinadora más antigua del refugio explica: “Hay mujeres que se quedan 3 o 4 meses en casa AME y no se las puede correr. A veces se satura la casa y se acaban las camas para todas, tienen que poner colchones en el suelo” [Fragmento de entrevista, 07/12/2023].

En una de las tres entrevistas que hice con Eugenia, a quien recién mencioné, en la Casa AME, se encontraba junto a Roberta, otra mujer usando el refugio, y ambas coincidieron en que allí las embarazadas se aburren: “es aburrido y es caro”. Eugenia cuenta que en la Casa AME “ya no es igual” porque la encargada nueva casi no les habla a las mujeres, no se lleva bien con la gente, no la conocen, al contrario de Marisel, coordinadora que sí habla con las mujeres y está muy presente para ellas [Entrevista, 05/12/2023].

Marisel reconoce que la comida es quizá el problema más importante del refugio, por los gastos extras que deben afrontar las mujeres. Si bien ella siempre les cocina “frijoles y arroz, aunque sea, las embarazadas se ven obligadas a comprar Maseca, que es cara y no las llena tanto como el maíz de sus casas. La mayoría de las mujeres y los niños comen solamente tortilla y frijoles a lo sumo, lo que reproduce el déficit de proteínas del que hablan los doctores del HMJM. Al consultarle por “el otro turno” de 15 días, me responde que muchas veces en ese turno no hay comida para las mujeres porque la encargada de ese turno “no va a pedir al almacén y no cocina” [Fragmento de entrevista, 07/12/2023].

A Eugenia le falta dinero para comprar agua en la Casa AME, porque casi no hay agua para tomar en el lugar. También para comprar Maseca para tortear porque “hay comida, pero no hay Maseca”. A diferencia de lo que ocurre en ese refugio, dice que en su rancho usan Maseca mezclada con maíz para que rinda más. En el rancho tiene maíz de colores: azul, morado y pinta. En la Casa AME tienen que usar (y comprar) solo Maseca que usada sola “llena menos”. Cuando en la entrevista, luego del mediodía, le pregunté si había comido, me respondió que había tomado un té de canela con galletas y eso significaba para ella haber comido. Había traído 700 MXN al HMJM

y con eso le había pagado al chofer 150 MXN y ya no le quedaba dinero: compró jabón para bañarse y lavar su ropa. A veces necesita champú. En contraste, en su rancho cada viernes sube un carro de la tienda CONASUPO que es más barato que las tiendas de Jesús María y les vende champú, crema de enjuague, Suavitel, etc. “Cuando vuelva mi marido sí voy a tener dinero para comer”, me dijo [Fragmento de entrevista, 12/12/2023].

Graciela, vecina del barrio de Guadalupe y ex usuaria de la Casa, en entrevista comenta por qué no le gusta ir al hospital ni a Casa AME: “Batallan mucho las mujeres con la comida”. Había solo 3 paquetes de Maseca para 15 mujeres para toda una semana y solo teníamos eso y además debíamos tortear. Cuando fue la visita de AMLO a Jesús María en 2021, le dijeron mi hermana: ‘digan que comen bien, que comen las tres comidas del día’ y pusieron frutas y verduras, Maseca, frijol y hasta leche, que nunca sabe haber” [Fragmento de entrevista, 29/10/2023].

Graciela agrega que la comida y la despensa está peor ahora que antes de que llegara el IMSS Bienestar y que la forma de procurarse comida que tienen las embarazadas es “cooperarse” para comprar Maseca, además de que en el HMJM les dan 3 o 4 kg de Maseca, lo cual les dura para una semana, aparte de las sobras de lo que comen los médicos y enfermeros en el día a día que les dan a las mujeres “como a los puercos de engorde”. También comenta que parte del acuerdo con las embarazadas es que deben prepararse su propia comida y ocuparse de limpiar el lugar entre todas [Ibid.].

Un factor adicional importante que puede operar como limitante para disuadir a las mujeres de quedarse en la Casa AME es que, si no cuentan con nadie que les cuide a sus hijos pequeños, muchas veces deben llevarlos con ellas, con el aumento correspondiente en los gastos que ello implica<sup>35</sup>. Esto es frecuente en una sociedad en la que los hombres colaboran muy poco en estas tareas y donde a las mujeres muchas veces se les dificulta tejer nuevas redes en contextos de residencia patrilocal.

En suma, estas dimensiones estructurales ejercen su peso sobre las mujeres usuarias del HMJM de una forma que les dejan un margen de maniobra bastante estrecho para tomar decisiones sobre sus trayectorias reproductivas. Ello ocurre en primer lugar mediante una dimensión económica que les restringe los recursos disponibles para desplazarse hacia y desde el HMJM y en

---

<sup>35</sup> La contracara es que si los niños están escolarizados y acompañan a la madre al refugio de embarazadas durante un tiempo prolongado, pueden correr el riesgo de que la escuela reporte la suspensión de sus estudios y así perder el dinero la beca escolar. Esto fue una situación de preocupación que atestigüé por parte de una madre.

caso de que las traslade el PFAM, les implica una serie de costos importantes en el refugio del hospital que muchas veces no pueden afrontar y que no tienen si se quedan en sus casas. En términos geográficos e infraestructurales, las condiciones en las que viven muchas mujeres usuarias restringen su capacidad de acceder fácilmente al HMJM mediante transporte público y de comunicarse en casos de urgencias obstétricas con un centro de salud, ya que no hay red de teléfono ni de telefonía móvil en una gran cantidad de lugares. En términos de la infraestructura de salud que se supone que debe servir para ayudarlas a sortear estos escollos económicos, geográficos e infraestructurales, el funcionamiento actual del programa PFAM restringe su derecho a la salud, al no estar visitando una cantidad de comunidades por motivos de falta de supervisión y desfinanciamiento del programa.

Finalmente, la dimensión del género y el machismo imperante en muchas comunidades indígenas les pueden limitar a las mujeres la autonomía de decidir el número y el espaciamiento con el que tienen a sus hijos, el uso de métodos de anticoncepción y en general los cuidados y controles que les brindan a sus vidas sexuales y reproductivas, incluyendo la asistencia a controles prenatales y la atención del parto.

## **5.2 La dimensión institucional de la atención**

Dentro de la dimensión institucional se pueden identificar en los testimonios de las mujeres usuarias dos tipos de prácticas que constituyen posibles factores limitantes de la atención, tanto en términos de accesibilidad como de aceptabilidad y calidad (ONU-CoDESC, 2000): las negaciones de atención y la violencia obstétrica. Esta última se presentó en dos formas: malos tratos y regaños en el contexto de la atención del embarazo y el parto y las prácticas compulsivas de promoción de métodos de planificación familiar, junto a la negativa a removerlos cuando es solicitado. Finalmente, presento un caso en el que la práctica de cesárea operó como motivo principal para que una mujer decidiera tener su parto en su casa con una partera y sin comunicárselo al personal de salud del hospital.

### **5.2.1 Las negaciones de la atención**

#### **Alberta**

Alberta vive en la comunidad de Santa Cruz de Guaybel y la conocí en la explanada del HMJM, mientras esperaba para hacerse un control prenatal junto a su marido, cerca de su fecha de parto. Ella relata que, al no haber podido atenderse con la caravana del PFAM por no llegar ésta a

su comunidad, llegó al HMJM a hacerse controles prenatales recién a los 8 meses de embarazo, y entonces se hizo por primera vez los análisis de sangre y de orina y fue al ginecólogo. Dice que “la vez anterior” que vino con su esposo al HMJM a hacerse controles prenatales, llegaron al hospital a las 13 hs porque los camiones para ir al HMJM no pasaban y los médicos no la quisieron atender porque el horario de atención había terminado y los turnos del día se habían asignado. Les dijeron que se quedaran a dormir en la explanada del HMJM hasta el día siguiente, cuando podrían atenderlos. Fue entonces que ella y su marido, muy disgustados por haber sido rechazados luego de viajar 64 km decidieron viajar desde el HMJM hasta la ciudad de Ruiz (a 164 km del HMJM) para atenderse en un hospital privado. Allí la atendieron, la chequearon, le hicieron estudios de laboratorio y la diagnosticaron con anemia, para lo cual le dieron una inyección, pero les costó mucho dinero tanto la consulta como el viaje a Ruiz.

Sin embargo, una semana después, en la consulta siguiente que tuvo en el HMJM, a Alberta le volvieron a hacer los mismos estudios que ya le habían hecho en Ruiz, con lo cual se dieron cuenta de que habían hecho esos gastos en forma innecesaria. Reflexionando en la entrevista, ambos reconocen que reaccionaron con enojo y sin pensar al atenderse a otra ciudad, en vez de esperar al día siguiente. Son claros al manifestar que lo hicieron por el disgusto, por el enojo de que no les quisieran atender luego de tantas dificultades para viajar hasta Jesús María.

## **Mariana**

En un caso similar, Mariana, una mujer wixárika de 24 años, fue con su pareja dos veces seguidas al HMJM a hacer su control prenatal. La primera vez que fue no estaba en ayunas y le dijeron que esperara, pero no la atendieron porque “el ginecólogo estaba ocupado con un parto y se fue rápido”. La segunda vez, fue en ayunas para hacerse los exámenes de laboratorio para saber si estaba embarazada, por recomendación de Ámbar, la partera: "vine a hacerme una prueba y (una enfermera) me preguntó de mala manera ‘si tantas ganas de estar embarazada tenía’. [No querían hacerle la prueba de embarazo] Mi hermano, que es enfermero me dijo que como servidores públicos no me pueden hablar así. Así como me contestó no me puede contestar” [Fragmento de entrevista, 07/12/2023]. Ese segundo día que fue a atenderse le dijeron primero que el ginecólogo estaba. Esperó hasta las 14 hs en ayunas y finalmente el ginecólogo “no estaba”. Ella y su pareja habían ido al HMJM porque consideran importante controlarse y chequear con los médicos que el bebé estuviera bien. Sin embargo, Mariana manifestó: "con la experiencia mala que tuve no quiero volver al hospital a atenderme". Sin embargo, al final de la entrevista me terminó diciendo que a su

bebé lo tendrá en el HMJM: "a las mujeres embarazadas de mi rancho siempre las mandan para acá a Jesús María" [Ibid.].

### **Silvana**

Silvana, una vecina del barrio Guadalupe, es aprendiz de hierbera y fue coordinadora de los curadores tradicionales del HMJM en 2019 (antes de la llegada del IMSS al HMJM) además de haber atendido sus embarazos y partos en el HMJM. Por este motivo, además de poseer el “punto de vista de la usuaria”, tuvo la oportunidad de observar la atención de los médicos “desde adentro”, desde el punto de vista de los curadores tradicionales.

En una entrevista con ella y sus tres hermanas en su casa, todas consideraron que existe una mala atención en el HMJM por parte de los médicos, que “te atienden cuando quieren”, “a veces te atienden y otras veces no te atienden” o “te dicen que no tienes nada o no te recetan nada que te quite lo que tienes” [Fragmento de entrevista, 27/10/2023]. Las cuatro hermanas dieron testimonios de haber ido en distintos momentos al sector de urgencias del hospital, ya sea para tratarse a ellas mismas o a sus hijos enfermos de gravedad y aunque no hubiera personas en la fila para ser atendidas, una y otra vez les fue negada la atención, indicándoseles que fueran a “la consulta” al sector de consultas, generalmente al día siguiente. Cuando siguieron esa indicación, hubo casos en los que el tratamiento que les dieron no fue el adecuado para resolver la condición de salud que tenían. Recientemente les tocó simplemente esperar horas en vano, ya que no había médicos en la consulta: los residentes se habían ido del HMJM hace ya más de una semana y nadie se los dijo.

Como excoordinadora de los curadores tradicionales, Silvana da su perspectiva: “[los médicos estaban] todo el día con sus celulares y los pacientes esperando y no los atendían. De repente, iban a pegar la ronda y los atendían cuando querían: Ellos bien que se fijan en lo que hacen los tradicionales, pero entre ellos mismos no se dicen nada.” [Ibid.]. De esta forma, contrasta las deficiencias de los médicos para atender a los usuarios con la rigidez y exigencia que tienen hacia los curadores tradicionales.

Tanto el caso de Alberta, como el de Mariana y el de Silvana y sus hermanas, tienen en común el hecho de que las experiencias de negación de la atención fueron acompañadas de una valoración negativa del HMJM, a veces mediante la representación de la “flojera” de los médicos. El caso de Alberta nuclea dos limitantes de la accesibilidad respecto a su derecho a la atención de calidad: una por las fallas en el funcionamiento del programa PFAM/Caravanas y otra por la

negación de la atención en el HMJM. El caso permite ver la respuesta emocional negativa que puede generar en las mujeres el rechazo o la posposición de la atención cuando viajan desde lejos con grandes esfuerzos. A esta negativa se le añade la condición incómoda y humillante de tener que pasar una noche durmiendo en la explanada del hospital para esperar que las atiendan al día siguiente.

En el caso de Mariana, a la negación de la atención se le suma un componente de violencia obstétrica y racismo personalmente mediado (Jones, 2000) implícito en el contenido del mensaje de la enfermera y en la forma de dirigirse a ella cuando buscaba hacerse un examen de embarazo por recomendación de la partera tradicional. Esta situación de maltrato le generó un enojo que la llevó a desear no volver a atenderse al HMJM, aunque finalizó diciendo que sí iba a hacerlo, dado que a las mujeres de su rancho “siempre las mandan al HMJM”. Este último detalle destaca que, pese a las representaciones negativas sobre el HMJM, una gran cantidad de mujeres han interiorizado la importancia mayor de las intervenciones biomédicas sobre el embarazo, parto y puerperio (Sesia y Muñoz, 2024, Castro, 2024) y la figura discursiva de la muerte materna como parte del ejercicio del biopoder orientado a regular sus procesos vitales (Bautista Jiménez et al, 2017:40-50).

### **5.2.2. La violencia obstétrica**

#### **Amira, parir en la explanada del hospital**

Amira, hija de una partera del barrio de Guadalupe, tuvo a sus dos hijas en el HMJM y la última fue hace 7 meses, relatándome la experiencia de este último parto en el contexto de una conversación en la puerta de la Casa AME. Por la mañana del día de su parto la atendió en el HMJM una Dra. que le dijo que todavía le faltaba tiempo para dilatar y tener su bebé. Al tener dolores a medianoche, volvió desde su casa al hospital y fue atendida por el Dr. Julián, quien la revisó y le dijo que “todavía le faltaba, que vaya a caminar”. La mujer salió del consultorio y se le agudizaron los dolores y desencadenó el trabajo de parto en el medio de la explanada del hospital, donde literalmente terminó pariendo a su hijo en el suelo. Cuenta que “afortunadamente” había dos enfermeras que estaban saliendo del HMJM que la asistieron, llevaron adentro al bebé y a ella la tuvieron en cama 24 horas. Amira manifiesta que le dio mucho coraje “que el doctor le mintiera” [que no le diagnosticara correctamente que estaba “a punto” para el parto] lo cual ella contrasta con la buena atención y el buen diagnóstico de la doctora que la atendió por la mañana. Tanto coraje le dio, que luego le gritó al doctor, quien dice que le respondió: “¿y por qué no se apuró y corrió [al

hospital]?” “te atienden cuando quieren siendo que era imposible que lo hiciera estando embarazada y a punto de parir” [Fragmento de entrevista, 05/11/2023].

Este caso constituye un claro ejemplo de violencia obstétrica, en tanto se trata por un lado de una falta de atención oportuna y eficaz ante una emergencias obstétrica a la que se le suma un trato deshumanizado con descuido y abuso verbal (República Bolivariana de Venezuela, 2007). Se imbrican así la violencia institucional con la de género en el contexto de un espacio socio médico de atención (Sesia, 2020:3-4). Resulta además asimilable al caso de Irma, la mujer mazateca que debió dar a luz en el pasto al lado de la clínica de su pueblo después de habersele negado el acceso, que se volvió viral y que representó un escándalo para la Secretaría de Salud del estado y la federal (Sesia, 2017).

### **Mariela: el maltrato y el regaño**

Mariela es una naayeri que vive en El Salitre, un barrio a unos 6 km del centro de Jesús María en cuya Casa de Salud a quien pude entrevistar mientras acompañaba al programa PFAM en su visita a esa comunidad. Es madre de un recién nacido, su tercer hijo y es hermana de un enfermero del HMJM. Ella cuenta que, luego de su primer parto, en el “piso” (sala de recuperación) le daban pláticas de cuidado sobre cómo darle de comer al bebé, cambiarlo, etc., pero que la última vez no, que “fueron solo regaños” y que se fue disgustada del hospital. Su bebé nació el 9 de noviembre en el HMJM. Mariela entró a “la toco” a las 8 am y lo tuvo a las 12.30. Dice que estaba relajada porque la atendían y revisaban a cada rato, pero que duró mucho el parto, perdió mucha sangre y tenía anemia. Cuenta que luego del parto, una enfermera agarró mal al bebé, sin cuidado y con una mano dejándolo cabeza abajo y le lastimó el ombligo, en la unión de la panza con el cordón. Asimismo, afirma que al bebé de la mujer que estaba al lado suyo no lo habían bañado, que estaba sucio y no estaba a gusto. Las enfermeras la regañaron por no agarrar bien al bebé: “Los médicos a las mestizas las atienden bien, pero a las indígenas nos gritan y nos regañan. Los enfermeros cora (como su hermano) nos entienden mejor y nos explican bien” [Fragmento de entrevista, 07/12/2023]. Mariela tuvo que esperar 5 días a que le trajeran sangre. Se sentía débil, con calentura y mucho frío. “Sangre de burro me hubieran puesto, el burro tenía más sangre que yo”, bromea.

### **Eugenia: abandono en el hospital**

Eugenia, mujer wixárika que se estaba quedando en la casa AME para tener su parto en el HMJM cuenta que en el parto que tuvo ahí mismo, hace siete años, los médicos no mostraban

ningún interés por ella: estaban distraídos con el celular y tenían puesta una música que la molestaba, mientras que ella quería estar tranquila y hubiese preferido el silencio o una música relajante. En el momento de mayores contracciones y expulsión del bebé, Eugenia dice que los médicos se fueron, estaban con sus celulares y la música o que se durmieron y no despertaban, mientras ella gritaba y lloraba: la dejaron parir sola. En contraste con esta experiencia en el HMJM, Eugenia dice que en los partos que tuvo en el Hospital Rural del IMSS en San Cayetano, en Tepic, el personal de salud la atendió “como si fuera de la familia”, preguntándole todo el tiempo como estaba y le dieron cobijas, pero en Jesús María se sintió mal atendida y abandonada [Entrevista, 05/12/2023].

Tanto en el caso de Amira como en el de Mariela y Eugenia, hay elementos en común: el “abandono de paciente”, la violencia verbal y física no son hechos inconexos ni aislados sino que, en tanto sistémicos, resultan abordables mediante la episteme de la violencia obstétrica, producto de un “habitus médico autoritario” que interioriza las jerarquías de la profesión, la desigualdad de género y los castigos como recurso didáctico (Castro, 2014: 191).

### **Marcela y Ariana**

Marcela es una mujer naayeri que vive en la comunidad de Arroyo del Fraile (muy cercana al HMJM) que pude entrevistar brevemente en mi visita a esa comunidad, acompañando a la unidad de atención del PFAM-Caravanas. A los 34 años Marcela se encuentra embarazada por segunda vez, ya que tuvo a su primera hija a los 17 años por cesárea en el HMJM. Luego de tener a su hija, Marcela estuvo 17 años intentando tener otro hijo y no podía quedar embarazada, hasta que en una ecografía que se hizo dos años atrás en Tepic los médicos vieron que tenía un DIU puesto. Lo que había ocurrido es que, en aquella cesárea, 17 años atrás, los médicos le habían colocado un DIU sin su conocimiento. Recién el año pasado le quitaron el DIU en el HMJM y quedó embarazada de inmediato.

Ariana, otra mujer de 29 años de Arroyo del Fraile, recuerda a Sara, la enfermera del PFAM que los atendía recientemente, porque las regañaba a las mujeres de la comunidad preguntándoles “¿por qué siguen teniendo bebés? ¿por qué no se cuidan?”. Hasta que un día Sara tuvo bebé y las mujeres de otra la comunidad le dijeron: ‘vio que usted también podía tener un bebé? [Fragmento de conversación, 09/12/2023].

Ambos casos relatados, con claras diferencias en su gravedad, constituyen casos muy claros de violencia obstétrica y control corporal que “se aplican sobre unos cuerpos y no sobre otros” (Berrio, 2021). En el caso de Marcela, si bien la implantación del DIU sin su consentimiento no se realizó en la actualidad, sí ocurrió en el HMJM hace 18 años. El caso de Ariana da cuenta de ciertas continuidades entre prácticas violatorias del consentimiento que ocurrieron en un pasado y otras actuales atenuadas, en las que el consentimiento es inducido, pero que apuntan al mismo objetivo de limitar la capacidad reproductiva de las mujeres indígenas.

### **Graciela: querer quitarte el DIU y que no te dejen**

Graciela, una mujer de origen naayeri de unos 30 años del Barrio de Guadalupe, cuenta que tenía puesto un DIU y le empezó a sangrar mucho, a tener hemorragias. Se fue a Tepic a un hospital del IMSS a que se lo quitaran y cuenta: “no quisieron quitármelo, dijeron que solo lo me lo iban a quitar si comprobaban que la hemorragia era por el DIU” [Fragmento de entrevista, 29/10/2023]. Luego de muchas idas y vueltas y preguntas, le dijeron que la iban a derivar a otra unidad del IMSS a que le sacaran el DIU que tenía y ponerle otro. Ella les dijo que no quería que le pusieran otro DIU, ante lo cual le dijeron que “debía ser así”. Ella no quiso discutir, le dieron el traslado, la interrogaron y solo recuerda que la durmieron y se despertó sin saber lo que había ocurrido. Le dijeron que efectivamente tenía un sangrado del DIU y que “le habían hecho una limpieza en la zona”. Pero destaca: “nunca me explicaron que es lo que le había pasado ni qué intervención me hicieron” [Ibid.].

Para cerrar su testimonio, cuenta el caso que presenció en el contexto de esas consultas en Tepic, de una mujer que se quería quitar el DIU y los doctores le decían que no era responsable quitárselo; su marido se enojó, fue al hospital y le preguntó al doctor si era él quien iba a mantener a sus hijos o si más bien era él: “¿ni que los fueran a mantener ustedes!”. Ensaya una explicación, un poco en broma, sobre la negativa de los médicos “de bata blanca” a quitar métodos anticonceptivos y su afán por colocarlos: “es que los médicos no quieren trabajar: no quieren que tengan más partos (...) no quieren que se quiten los métodos anticonceptivos: ya 3, 4 o 5 hijos y ya te están diciendo que son muchos, que te deberías cuidar, etc.” [Ibid.].

Este caso se suma a los variados testimonios de mujeres en los que manifiestan molestias y efectos secundarios de métodos como las inyecciones, el implante o el DIU. En este sentido unas 8 mujeres manifestaron rechazo hacia la combinación de distintos métodos, lo cual era motivado por

la experiencia propia o de otras mujeres que les relataban efectos secundarios producto de esa combinación. Asimismo, se relató que los métodos que se les ofrecieron en el momento del parto eran limitados, ya que muchas veces el hospital no cuenta con todos los métodos disponibles.

### **Greta (o cómo la programación de una cesárea te lleva a parir en casa)**

Greta tiene 20 años y es una mujer “media mestiza de Monterrey” y “media kuare” (una rama de la etnia naayeri) que vive en Santa Teresa junto a su pareja (“kuare puro”). La particularidad de la pareja es que reniegan hasta cierto punto de las costumbres kuare actuales, por considerarlas violentas, y se convirtieron al cristianismo. Ambos tuvieron una hija, Gloria y la entrevista la tuvimos afuera de la Casa AME, mientras ellos esperaban para hacerle un chequeo de salud a la bebé. Ella terminó el quinto semestre del bachillerato y su pareja el segundo semestre de la universidad, en la carrera de mantenimiento industrial, siendo ambos las personas indígenas con mayor nivel de educación formal que pude entrevistar.

La noticia del embarazo “les cayó complicada” porque no tenían resuelto el tema de la vivienda. Además, ambos estaban trabajando como maestros en CONAFE, asignados a una comunidad muy lejana, para llegar a la cual debían caminar casi un día y era muy difícil llegar. Por el embarazo y las necesidades de cuidado de Greta, ambos empezaron a faltar más al trabajo y casi le llamaron la atención por ello a él, por faltar, pero los padres de los alumnos finalmente comprendieron. Entonces resolvieron que él empezara a cubrir el turno de los dos y ella se quedara en su casa.

Greta empezó a controlarse en el hospital de Santa Teresa, pero la mandaron a Jesús María a realizarse los estudios de laboratorio (orina, saliva y sangre) y ultrasonido, ya que la unidad de Santa Teresa no los posee. Al llevarle a su médico los resultados de esos estudios en el Hospital de Santa Teresa, ella se aterró porque él le dijo que por estar “atravesado” el bebé y ser primeriza, el embarazo “era de alto riesgo” y que por eso se lo iban a sacar por cesárea. Eso a ella le implicaba no poder reincorporarse al trabajo de maestra, para el cual debía caminar mucha distancia y por ello, perder el trabajo.

Por este motivo, a los siete meses Greta le preguntó a su madre si había alguna partera que se lo podría acomodar el bebé. Y entonces fue que con el apoyo de ella y “muchísima fe en Dios” decidió tener al bebé en su casa pero sin decirle nada al personal del hospital de Santa Teresa, con quienes se seguía controlando, por miedo a ser regañada. Aparte de los controles prenatales, de los

siete meses en adelante Greta, mediante recomendaciones de otras mujeres “empezó a calar con distintas parteras” para sobarse y acomodar al bebé: “pero siempre me dejaban la panza rasguñada. Entonces ya no me animé a ir con ninguna porque le dejaban siempre la panza moreteada. Me daba miedo. Por eso en el momento de tenerla tuve que buscar a alguien, pero ninguna de las que ya había consultado” [Fragmento de entrevista, 18/12/2023].

A lo largo del trabajo de parto la atendieron 3 parteras distintas consecutivamente, ya que no lograban acomodar al bebé en posición cefálica, o no le comunicaban correctamente como estaba el bebé: “La primera partera me sobó y me decía ‘el niño está bien’, pero no estaba bien: tenía su cabecita por acá [arriba] y sus piececitos por acá [pélvico]” [Ibid.]. Entonces Greta fue a llamar a otra partera que le dijo::

“‘es que este bebé todavía no se acomoda’. Y no sé cómo le hizo, pero me sobó. Bueno, no me sobó como que agarró el bebé y le dio vueltas “así” y rápido sentí que sí se acomodó. Entonces ya me tranquilicé, dije, no va a pasar a tanto porque ya me lo acomodaron, pues venía atravesado Eso fue el sábado entonces que me lo acomodó como en la tarde a las 3” [Ibid.].

Según Greta, si bien esta segunda partera, logró acomodar al bebé:

[la partera] no me explicaba cómo estaba el bebé, si ya se había puesto bien o cuanto faltaba, como estaba el proceso... hablaba poco... mi esposo llamó a una tercera partera una partera que allá, pues la anterior era muy joven, no nadie la conocía más que una señora nos la recomendó y mi esposo fue por ella. Esa tercera partera, ya mayor, falleció hace poco y le dijo que al bebé le faltaba y que lo iba a tener a la mañana y efectivamente lo tuve al bebé el domingo a las 5 de la madrugada [Ibid.].

Esta tercera partera le explicó bien como era que estaba el bebé y logró sacarlo. Tenía una tijera bien desinfectada, los hilitos para amarrar el cordón umbilical, guantes, alcohol. Esa partera estaba registrada con el hospital de Santa Teresa, con el cual trabajaba en conjunto. Le pagó 500 MXN a la partera y a su ayudante MXN 200. La partera le pasó el registro del parto al Hospital de Santa Teresa, donde no sabían de la decisión de Greta de tener el bebé en su casa: pensaban que ella iba a tener su bebé en el HMJM. Greta afirma que no le comunicó al Hospital su decisión de tener a su bebé en su casa porque pensó que en ese caso “le habrían dado una regañada”. Sin embargo, luego de tenerlo, la Dra. Analía (que estaba en Santa Teresa y luego se trasladó al HMJM) le preguntó “si lo había tenido en su casa” y “si no la había (ella) mandado a Jesús María”. Dice que “no la regañó ni nada” y que “es muy buena doctora”. Dice que “sintió un milagro en su vida” por estar viva su hija y ella.

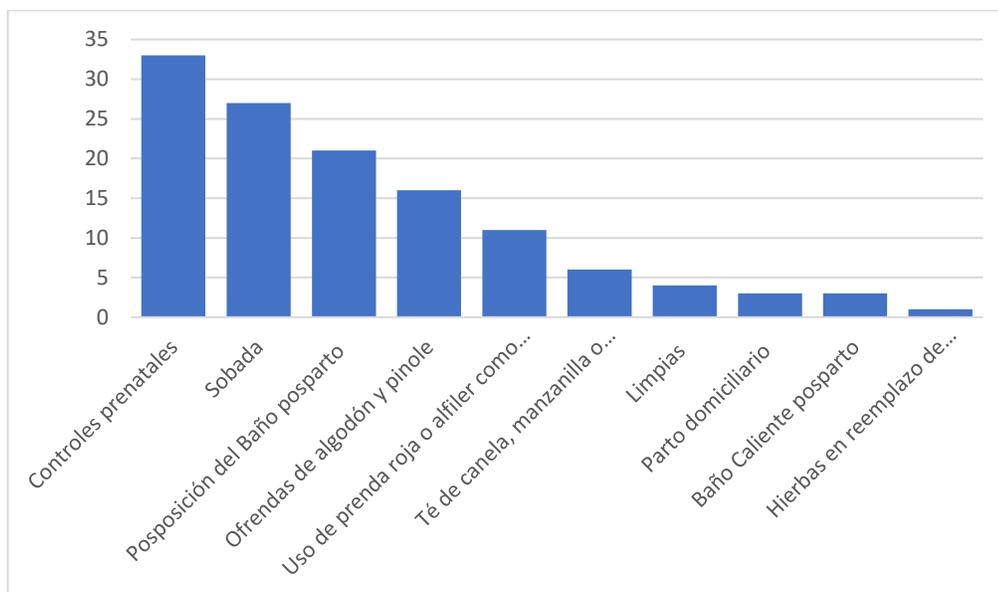
Con este caso me interesa mostrar en primer lugar, que la práctica de la cesárea puede constituirse en un motivo de peso en contextos rurales e indígenas para decidir evitar el parto en el hospital, más aún si se consideran los importantes excesos en las prácticas de cesárea que son denunciados a nivel nacional (Sesia, 2020:9, Berrio). El hecho de que no le hubiera comunicado su decisión de tener el parto en la casa a la médica por miedo a ser regañada, muestra nuevamente que la práctica del regaño puede tener como consecuencia la evitación de la comunicación al personal biomédico de un tipo de decisión en la que se pone en juego la propia vida de la mujer. Por otra parte, el caso, al igual que el de la partera de OMITEN que causó graves daños a mujeres a las que sobó muy fuerte, habilita la pregunta sobre si la violencia obstétrica es exclusiva del personal biomédico o si también puede ser ejercida por parteras tradicionales.

Finalmente, una pregunta refiere a las consecuencias inhabilitantes para el trabajo de la cesárea, las que en el caso de Greta representan una preocupación, siendo una mujer mestiza de origen naayeri con nivel de educación formal relativamente alto y un trabajo que, si bien le implicaba recorrer largas distancias, era de tipo intelectual. ¿Cuánto más no existirá esta preocupación y condicionamiento para mujeres que, como la mayoría de las indígenas, realizan trabajos físicos intensos en labores domésticas y no domésticas, cosechando y sembrando a la par de los hombres y recorriendo largas distancias frecuentemente?

### **5.3 La dimensión intercultural en la atención del parto**

La dimensión intercultural forma parte de la institucional e implica el lugar que se le da dentro del HMJM a las concepciones, pautas y criterios de atención propios de las mujeres, lo cual incluye el rol y las atribuciones de las parteras tradicionales en la atención del embarazo y el parto. Como describí en el capítulo 3, para las parteras actualmente se reserva en el HMJM un rol marginal durante la atención del parto, siendo la norma la segregación entre formas de atención, es decir, sin que se suponga ninguna clase de colaboración entre ambas que no sea la derivación del sector tradicional al biomédico.

Para conocer cómo se experimentan e inciden estas condiciones interculturales de la atención sobre las trayectorias de atención, describiré las prácticas más frecuentes que conforman un perfil típico de atención de los embarazos, partos y puerperios de las mujeres usuarias del HMJM, poniéndolas en relación con aquellas condiciones, prácticas y experiencias que vivieron las mujeres durante la atención en el HMJM. Las prácticas de atención que las mujeres utilizan que pudieron ser identificadas en las entrevistas se resumen en la ilustración 5.2:

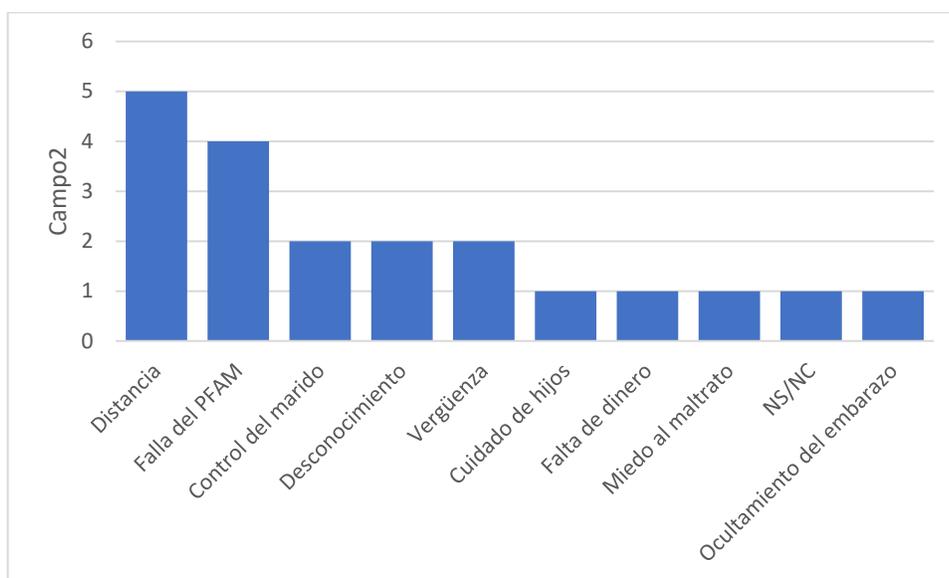


**ILUSTRACIÓN 5.2: RECURSOS EMPLEADOS EN LAS TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN.**

**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA**

Como se observa, el recurso más utilizado por las mujeres, quizá a la par de la sobada, son los controles prenatales, en su enorme mayoría promovidos y realizados a través de las unidades del PFAM, en los casos en que estas cumplen su función y asisten a las comunidades. Estos controles consisten en mediciones de la presión arterial, la temperatura y el registro de síntomas tales como dolores de cabeza o abdomen, edemas, visión de luces, zumbidos en los oídos, pérdida de sangre o agua. Asimismo, se les debe suministrar a las mujeres fumarato ferroso y ácido fólico, no siempre disponibles en las unidades del. Finalmente, estas unidades, una vez por mes deben llevar a las mujeres a que se hagan un control más exhaustivo al HMJM, que incluye un examen de sangre y otro de orina, ya que las unidades móviles no cuentan con el equipamiento necesario para estos estudios.

La motivación de las mujeres para asistir a estos controles mensuales y al HMJM a tener sus partos es producto en gran medida del trabajo de los promotores y enfermeras del PFAM, quienes les insisten sobre la necesidad de estas prácticas, llevadas a cabo tanto con ellos como en el HMJM. La asistencia a controles prenatales, como se señaló en el capítulo 2, muchas veces no ocurre y los motivos dados para ello en entrevista se sintetizan en la gráfica 3:



**ILUSTRACIÓN 5.3: MOTIVOS DEL CONTROL PRENATAL NULO O INCOMPLETO**

**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.**

Por lo menos la mitad de las mujeres que entrevisté realizaban controles prenatales en forma nula o insuficiente según los criterios biomédicos, es decir, asistiendo solo hacia final del embarazo, en forma muy espaciada o solo con la unidad del PFAM (sin exámenes de laboratorio). Se destaca la distancia de las comunidades a las UMR y el HMJM o su difícil acceso y las fallas en el cumplimiento de las visitas por parte del PFAM como motivos principales manifestados por los que las mujeres asisten poco o nada a sus controles. Estos dos motivos, así como la falta de dinero para viajar, aparecen como separados en el gráfico, pero bien podrían pertenecer a la misma categoría, no pudiéndose saber con la información registrada si quienes alegaron no haber ido a sus controles “por la distancia” no recibieron la visita del PFAM y no tenían dinero para viajar a hacerse en control o si bien recibieron la visita del PFAM pero decidieron no presentarse al control prenatal.

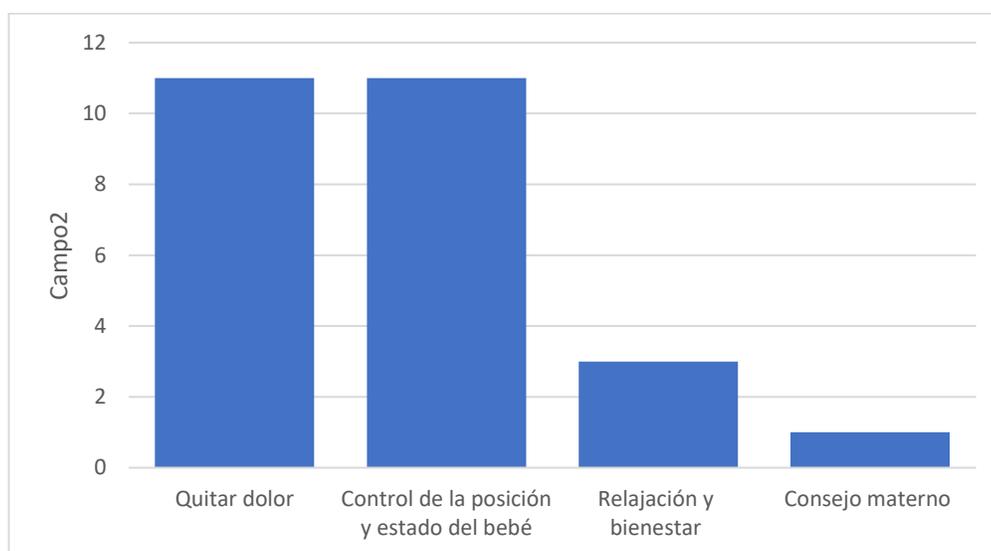
En dos casos, la falta de control prenatal se debió a que las mujeres tenían vergüenza y/o miedo a los médicos, en otros dos se debió al control del marido que no las dejaba asistir y dos de ellas manifestaron desconocer la necesidad del control prenatal (en uno de esos casos la mujer confiaba en la sobada como medio de control). Finalmente, una mujer no tenía quien cuidara a sus demás hijos y otra, muy joven había ocultado el embarazo a su familia y por lo tanto el único control lo hizo inmediatamente antes del parto.

Es necesario resaltar el carácter eminentemente estructural de las limitantes en el acceso a la atención dando por tierra con la idea de que es la cultura de las mujeres o su preferencia por las

parteras las que principalmente conducen a eludir tanto los controles prenatales como la atención hospitalaria del parto. Los casos expuestos muestran que la causa principal que se destaca como explicativa de la falta de asistencia al HMJM para los controles prenatales es la distancia y el aislamiento geográfico en conjunción con una insuficiente presencia del Estado, representado aquí por el PFAM como garante del acceso a la salud de las mujeres, así como en las deficiencias viales, de transporte económico y de redes de comunicaciones de la zona. En un segundo lugar aparece el control de los hombres sobre las mujeres, que remite a un factor estructural de género, la falta de conocimiento sobre la importancia del control prenatal, que remite al aspecto educativo, correlativo de la dimensión económica y finalmente la vergüenza y el miedo a los médicos, contracara de los malos tratos que se reciben de aquellos.

### 5.3.1 La sobada y el rol de la partera en la atención

En segundo lugar, dentro de las formas tradicionales de atención, se destaca como recurso para la salud más popular la sobada con partera. Fueron excepcionales los casos en que las mujeres no recurrían a sobarse en su comunidad o al HMJM, desde los primeros meses del embarazo hasta, a veces, inmediatamente antes del parto. Esta práctica es realizada motu proprio, sintetizándose sus motivaciones en la gráfica 5.4:



**ILUSTRACIÓN 5.4: MOTIVOS DE UTILIZACIÓN DE LA SOBADA**

**FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA**

Como puede verse los principales motivos para hacer la sobada son el alivio de los dolores del embarazo causados por los malos acomodamientos del feto en el útero y el control del embarazo, lo cual a veces es expresado como “para que el bebé esté bien” y otras “para acomodar al bebé”,

muy por debajo le sigue la obtención de relajación y bienestar y finalmente una sola mujer señaló que se sobó por consejo de su propia madre. Más allá de su uso como analgésico y preventivo del parto pélvico, que reconocen tanto las mujeres usuarias como las parteras, se infiere de estas prácticas y a partir de los testimonios y observaciones realizadas la necesidad de las mujeres de ser acompañadas por alguien en quien confían y que les brinde una sensación de seguridad y bienestar, lo que se significa al expresar el motivo “para que el bebé esté bien”. El control de la posición y la manipulación del vientre de la mujer implica un grado de comunicación y confianza en la partera y esto pude observarlo en la búsqueda activa de ciertas parteras y la evitación de otras, solamente porque no le comunicaban con mayor detalle “cómo estaba el bebé”, lo cual relata Greta, cuyo caso se expuso, en su proceso de encontrar una partera adecuada:

G: (...) vino una señora y me la acomodó. Sí, y estaba ahí, pero no estaba tan segura, porque no me explicaba. La señora no me explicaba cómo estaba el bebé, cómo estaba el proceso y mi esposo fue por otra partera que una señora nos la recomendó.

N: ¿Y por qué si por qué no, por qué no te explicaba qué cosa, qué?

G: No me explicaba cómo estaba el bebé, si ya se había puesto bien, cuánto faltaba, no me explicaba, pues entonces.

N: ¿Como que esa hablaba poco?.

G: Sí, casi no hablaba, entonces mi esposo fue, por otra partera y fue y por esa partera Y nada más me subo, me tocó la panza y dijo, Ay, tú bebé falta todavía por nacer, va a nacer como en la mañana, me dijo. Y ajá y resulta que sí nació el domingo a las 6:00 de la mañana. [Fragmento de entrevista, 18/12/2023].

Algo similar cuenta Silvana en una entrevista acerca de las diferencias entre ser atendida por la partera y por la ginecóloga: “La gineco te dice solamente "todo está bien", pero no te dice nada de la posición del bebé. En cambio, la partera te dice que su cabecita está bien, donde debe de estar" [Fragmento de entrevista, 27/10/2023].

La comunicación con la partera aparece entonces como muy importante y determinante incluso de la elección de las parteras y va de la mano de la confianza que se les tiene. Durante las dos sobadas que pude observar, así como desde la sala de espera, registré como las mujeres y la partera conversaban en forma distendida, así como en los testimonios resalta el carácter placentero y relajante de esta práctica, hasta el punto de que algunas mujeres a veces se duermen durante esta actividad.

En el apartado anterior mostré ciertas prácticas categorizadas como malos tratos y regaños en el contexto de la atención constituyen una forma frecuente de violencia obstétrica en el HMJM y se expresan en el calificativo de “regañones” que las mujeres usan para referirse a médicos y enfermeras biomédicas. Como resultado, se manifestaron el miedo<sup>36</sup> y la vergüenza ante el personal biomédico como motivos secundarios, pero presentes, por los que se evitó la asistencia al HMJM. Quisiera señalar que estas prácticas resultan opuestas a la clase de vínculo que las mujeres suelen buscar y encuentran en las parteras.

Mientras casi todas las mujeres que entrevisté sabían el nombre de las parteras que las atendían, las conocían y confiaban en sus conocimientos y habilidades particulares, eso rara vez ocurría con el personal biomédico. Asimismo, solo conocí tres casos en los que se expresaba una preferencia por ciertos médicos y en esos casos se trataba de profesionales que manifestaban empatía e interés por las pacientes. Esto pone de relieve una dimensión afectivo - vincular de la partería tradicional que conforma el horizonte de expectativas de las mujeres indígenas en términos de acompañamiento y bienestar para esta forma de atención, es decir, constituye un parámetro de su calidad (Hamui Sutton, 2013). Es justamente esta dimensión afectivo - vincular la que parece estar relativamente ausente en la atención biomédica.

Pese a esta importancia de las parteras para las mujeres, pude registrar solo cuatro casos en los que una mujer llamó a la partera para que la acompañara durante el parto o incluso inmediatamente antes y uno de ellos había ocurrido hacía siete años. Como mostré en el capítulo 4, la sobada es desaconsejada y a lo sumo, tolerada por los médicos y enfermeras, pero lo es mucho menos cerca de la fecha de parto. Si bien Ámbar, partera que estaba trabajando en el HMJM durante mi trabajo de campo, manifestó haber acompañado a las embarazadas en el momento previo al parto unas ocho veces en dos meses de trabajo, hubo otros casos en los que las mujeres se vieron inhibidas de llamar a las parteras a que las acompañaran durante el parto porque se les dijo de antemano que se les iba a negar esa posibilidad

Por ejemplo, Marisa, mujer wixárika de Arroyo de Cañaveral, comenta que cuando se acercaba el momento del parto de su último hijo, hace dos años, en el HMJM las enfermeras le

---

<sup>36</sup> En este sentido, los traslados a Tepic y la posibilidad de una cesárea son los tópicos más temidos por las mujeres. Hay que recordar, además, que el contexto social e histórico desde el cual se interpreta este tipo de prácticas, sobre todo por parte de sus sectores de mayor edad, se caracteriza por la postulación de un plan de genocidio histórico por parte del sector mestizo, siendo una representación típica la de que el hospital constituye un lugar de consumación de ese genocidio, como se señaló al comienzo de este trabajo.

decían “con la partera, nada” es decir que no acudiera, ni se sobara, ni hiciera nada. Del mismo modo le decían que no tomara tés de hierbas como el comino, que induce las contracciones.

Mariela, de la localidad de El Salitre, cuyo caso ya fue presentado, en contraposición a los malos tratos que recibió por parte de las enfermeras y médicos, manifestó que cuando se sentía mal porque el bebé se atravesaba se hacía sobar por Ámbar. Cuenta que ella se lo acomodaba y entonces "se sentía bien a gusto", se le controlaba el dolor: “Es buena partera, me sobó bien y me decía ‘cuando tengas alguna molestia, ven conmigo para aliviarte’” [Fragmento de entrevista, 07/12/2023].

Sin embargo, tanto Ámbar como Marisel, la coordinadora de Casa AME, le dijeron a Mariela que las parteras no podían ir a “la toco” porque las regañaban: “no las dejan ir a la Toco, les tienen prohibido. Que cuando se atore, que venga directo” [con la partera, a sobarse]. Con este mensaje le comunicaban que si quería sobarse antes del parto, que fuera directamente a su consultorio y que no llamara a la partera desde la sala de toco cirugía, porque corría el riesgo de que no la dejaran ingresar. Mediante esta pequeña forma infrapolítica de resistencia (Scott, 2005) , estas mujeres naayeri buscaban evadir la norma biomédica para garantizar que la mujer pudiera recibir su sobada, al tiempo que reforzaban el lugar marginal asignado a la partería dentro del HMJM.

En dos entrevistas más hechas a usuarias fuera del HMJM, el comentario fue el mismo. Por ejemplo, Felipa, una mujer de 25 años de Mesa del Nayar que había tenido su parto hacía poco en el HMJM dijo: “Los doctores son regañones y cambian (rotan). No dejan entrar a la partera que la embarazada lleve a la sala de parto” [Fragmento de entrevista, 26/11/2023]. Lía, enfermera de la UMR de Linda Vista y ex usuaria del HMJM también manifestó: “En HMJM no dejan pasar a las parteras a ‘la toco’, solo a la sala de recuperación” [Fragmento de entrevista, 04/12/2023].

Estos testimonios coinciden con los obtenidos del personal tradicional y biomédico del HMJM en entrevistas y mostrados en capítulos anteriores, en el sentido de que en el hospital a las parteras no se les permite atender partos ni muchas veces se los incluye en estos. Se trata de una situación, en general no conflictiva en tanto naturalizada para las mujeres usuarias y también para las parteras tradicionales del HMJM. Es en este sentido que se puede hablar de procesos de violencia simbólica e injusticia epistémica, como mecanismos que naturalizan formas de

gobernanza reproductivas que les quitan autonomía a las mujeres sobre cómo atender su parto (Sesia y Yáñez Moreno, 2024:85-86, Bourdieu, 1995, Fricker, 2013, Castro, 2024).

### **5.3.2 La temperatura ambiente, el baño y la dieta posparto**

La tercera práctica de atención que se destacó por su alta frecuencia en las entrevistas es el cuidado de la temperatura corporal durante el momento del parto y el puerperio inmediato, dado que la exposición al frío, particularmente si es causada por el baño, es considerada causante de dolores óseos y articulares crónicos. En una conversación con Mariana, prima de la coordinadora de los curadores tradicionales, en la fiesta de aniversario de la radio local, al preguntarle por qué hay mujeres que no quieren atender sus partos en el hospital, me dijo:

En el hospital te dicen que te bañes luego del parto para darte el alta. Encima el agua que hay es fría. Existe la creencia y la costumbre entre los coras [naayeri] de no poder dar un baño frío a la embarazada hasta pasados 5 días luego del parto. Muchas mujeres no quieren ir a parir al hospital por eso, porque es considerado un daño grande el baño de agua fría luego del parto: produce enfriamiento y que entre aire en el vientre de la embarazada, lo cual produce que quede hinchada y panzona luego. Los doctores regañan a las mujeres, lo que hace que éstas se asusten. Igual puedes no bañarte, pero te regañan, te dicen [Fragmento de entrevista, 24/11/2023].

Desde el momento en que identifiqué esta cuestión del “baño posparto” y la temperatura ambiente de la sala de parto como posibles factores limitantes de la aceptabilidad de la atención, incluí esas variables en las entrevistas. De un total de 37 mujeres a las que les consulté por las condiciones de temperatura durante el parto en el HMJM, 13 (35%) manifestaron haber sufrido frío durante el parto y puerperio inmediato, debido a la fuerte climatización ambiental de la “toco” y la sala de recuperación del HMJM, a la falta de provisión de cobijas o al baño posparto. La mayoría de las veces se manifestó que este baño era condición excluyente para darles el alta a las mujeres y que el agua disponible para hacerlo estaba fría.

Mercedes, una wixárika que había tenido a su último hijo hace 4 meses en el HMJM, comentó que “hace frío en “la toco” y que no le daban cobijas: “hay que estar calentito, cuando uno está frío le entra el aire por todas partes” Cuando salió a “piso” (la sala de recuperación) “ahí me agarró el frío” y dice que hasta el día de hoy le duele la espalda. Para darle el alta le exigieron que se duchara y el agua estaba “fría-fría”, dice que eso, cuando la mujer se acaba de aliviar, la mujer “sigue reglando” y si entra en contacto con algo frío “se le congela la sangre en la matriz”. Cuenta

a modo de anécdota que cuando su cuñada se metió al arroyo después de “aliviarse”, la tuvieron que trasladar a un centro de atención en Tepic por el dolor que le dio [En entrevista, 11/12/2023].

Eugenia, wixárika de San Felipe, también relató que tuvo frío en la sala de partos y que no le habían dado cobija “ni las permitían”. Según ella, el frío hace mal después de aliviarse, pero no durante el embarazo. Aquella vez los médicos le hicieron bañarse después del parto, con agua fría que le hizo mal: le dolió la espalda y la matriz y dice que hasta el día de hoy le duelen los huesos por eso y agrega: “Por eso cuando nos aliviamos en la casa nos tomamos agua caliente para que salga toda la sangre y algún remedio de hierbas, como el Brasil, que sabe parecido a la canela. Ese llega a la matriz cuando se lo toma caliente (no muy caliente, más o menos).” [Fragmento de entrevista, 12/12/2023].

Ahora bien, que el baño les sea indicado en el HMJM para darles el alta no implica que las embarazadas siempre lo cumplan. Jimena, quien también sintió frío en la sala de recuperación, cuenta como procedió ante la orden del médico: “mi mamá me decía que cuando esté más adulta me van a doler las rodillas y todo el cuerpo y no hay medicamentos para eso. Por eso entré al baño, abrí la regadera, no me bañé y salí.” [Fragmento de entrevista, 19/12/2023]. El mismo procedimiento aplicó en su propio parto Lía, la enfermera de la UMR de Linda Vista, de origen naayeri y wixárika, quien también consideró que le haría mal el agua fría, siendo estos quizá pequeños actos de resistencia infrapolítica (Scott, Op. Cit).

Finalmente en términos tradicionales la puérpera debe mantener una dieta estricta durante cuarenta días de tostadas solas o a lo sumo con queso agregado, evitando la carne, la manteca, el chile y el limón. Esto se debe, según cuenta Lía, a la creencia de que otro tipo de comidas puede inflamar la matriz de la mujer, en estado de gran debilidad luego del parto<sup>37</sup>. En este sentido, no pude explorar si esta dieta era respetada en el HMJM en relación a la comida que se les ofrece a las puérperas y en todo caso no se mostró como un aspecto problemático de la experiencia de las mujeres en el HMJM.

---

<sup>37</sup> En este esquema explicativo parece considerarse que la matriz y el estómago son parte de una misma cavidad o que ambas están conectadas. La misma idea podría subyacer a la práctica de que el té de canela o manzanilla luego del parto ayuda a ablandar y limpiar los restos de sangre de la matriz materna. La práctica de parteras como Alberta, de darle de tomar una cucharada de aceite a la mujer cuando el bebé se atora en el canal de parto, abona la misma teoría.

### 5.3.3 La posición del parto y otras condiciones de la atención en el HMJM

Mariana tuvo a sus 3 bebés en el HMJM, pero la última vez, hace 4 años, la pasó muy mal, ya que la hicieron parir en una sala repleta de otras mujeres en la misma situación: “Tenía una a cada costado, todas juntas, como las vacas. Una primeriza quería parir en el piso y los médicos le decían que no se podía. Esto hizo que me asuste y se me corte el trabajo de parto a mí. Me tuvieron que poner un medicamento para que vuelva a tener las contracciones, la pasé muy mal”. [Fragmento de entrevista, 27/11/2023].

Esta mujer, quien ya fue mencionada al introducir el tema del baño posparto, da cuenta de un conjunto de condiciones que pueden llegar a configurar el ambiente en el que las mujeres atienden su parto en el HMJM. Por un lado, se manifiesta un estado de hacinamiento en la sala de parto, con muchas mujeres en distintas situaciones y estados, una de las cuales quería tener su parto en el piso pero no se le permitía. La escena, a su vez le provocó a Mariana *susto*<sup>38</sup> con lo cual se interrumpió su trabajo de parto, dando lugar a una intervención de sobremedicalización por parte de los médicos, al inducirle contracciones por vía medicamentosa. Todo ello ocurrió en un ambiente estresante, dado que al hacinamiento se le sumaba el personal biomédico que entraba y salía de la sala, haciéndoles perder la intimidad a esas mujeres y empeorando aún más sus experiencias de parto. Mariana completa su testimonio con una reflexión que involucra los cambios en el HMJM: “Antes no era así, cada una paría en una habitación separada y estaba más tranquila [con sus tres primeros hijos fue distinto]. Hace 4 años cambió”. [Ibid.]

Las condiciones recién descritas de la atención se encuentran ligadas a la alta saturación que puede llegar a tener el servicio de atención obstétrica en ciertos momentos en el HMJM, el cual, como señala Hamui Sutton, es inversamente proporcional a la calidad de la atención percibida por los usuarios (Hamui Sutton, 2013:179). Por este motivo, deberían considerarse en términos de la evaluación que hacen las propias embarazadas sobre el lugar y la forma en que deciden tener sus partos ya que, con todos sus riesgos, una ventaja del parto domiciliario es la intimidad y la tranquilidad que pueden llegar a encontrar las mujeres frente a escenarios como el recién descrito.

Finalmente, una práctica muy extendida en las embarazadas es tanto la realización de ofrendas de algodón y pinole, llevadas por la mujer o por un familiar o curandero a un lugar sagrado

---

<sup>38</sup> El susto es una enfermedad que fue definida por Ámbar como un estado desmejorado de la salud producto de un evento que provoca sobresalto en la persona, causando inflamación, dolor de estómago, inapetencia, “timidez” y desmotivación cuando ocurre en adultos.

en el cerro (el lugar más sagrado para los Naayeri es Tuakamuta, en Mesa del Nayar) o bien a la iglesia más cercana. Estas ofrendas se acompañan de rezos y se realizan principalmente en dos momentos: cuando la mujer se entera del embarazo y al nacer el bebé. En el primer caso, el sentido de la ofrenda es pedir que el embarazo tenga un curso favorable y en el último es en señal de agradecimiento por haberse concretado el nacimiento. Las consecuencias de no realizar este tipo de ofrendas pueden ser de gravedad, como pude saber en el caso de Greta, a quien su familia le vaticinaba que ella o su hija iban a perder la vida en el parto si no hacían las ofrendas tradicionales.

Con esto último quiero dar contexto a la utilización de otro recurso frecuente y cuya falta también se considera que puede traer consecuencias graves. Me refiero al uso de prendas o pulseras rojas como amuletos o medios de protección contra la luz, lunar, que se considera que puede generar malformaciones en el desarrollo del futuro bebé, como labio leporino o la falta de alguna parte facial. Javiera, de origen naayeri, trabaja en la cocina del HMJM y cuenta que en su segundo embarazo, luego de tener a su primer bebé con labio leporino, su madre le habló y le dijo que eso se debió a no haberse cuidado cubriéndose con un trapo rojo. Luego de entenderlo, se cuidó de esa forma y ya sus siguientes bebés no nacieron con esa condición.

Roberto, enfermero del HMJM, comentó al respecto en una entrevista: “Hay [médicos, enfermeras] quienes les cortan [a las mujeres, al ingresarlas] las pulseras de hilo rojo que traen. Y para ellos es algo bien importante, es un amuleto, es como una manda y uno de no debe de cortárselas debe uno preguntarles a ellas. Debemos tomarlas en cuenta, pues debemos respetarlas” [Fragmento de entrevista, 20/12/2023]. El hecho de que esto ocurra también habla sobre la falta de visión y supervisión de la dimensión intercultural en la atención del parto, la cual no se adecua de esta forma a criterios de aceptabilidad cultural para las poblaciones usuarias.

#### **5.4 Síntesis y reflexiones del capítulo**

A través de las entrevistas a mujeres usuarias del HMJM pudieron reconstruirse algunas secuencias o transiciones de sus trayectorias de atención (Osorio, 2003) que permitieron identificar sus formas más frecuentes de entender y atender el embarazo, parto y puerperio, las que combinan a la par prácticas biomédicas y tradicionales. En este sentido interesó saber los motivos por los cuales las mujeres elegían o dejaban de elegir una práctica, así como, si al hacerla, se encontraban con una experiencia positiva o una que las indujera a preferir no hacerla. Esto es: si se encontraban con limitantes efectivos o potenciales de la accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención. Estas limitantes de la atención, inicialmente heterogéneas pudieron ser clasificadas en dos grandes

dimensiones: la estructural y la institucional, encontrándose dentro de esta última la dimensión intercultural de la atención.

Este trabajo es exploratorio y su muestra está sesgada por haberse entrevistado mujeres que, pese a todo las limitantes estructurales de todo tipo estaban obteniendo acceso a la atención. Sin embargo, al evaluarse los factores por los que esas mismas mujeres *en algún momento o forma* vieron limitado su acceso a la atención, se vuelve evidente la prevalencia de los factores estructurales por sobre los institucionales, especialmente el aislamiento geográfico, las carencias económicas que impiden la movilidad y permanencia en Casa AME y las fallas del Programa de Fortalecimiento de Atención Médica (PFAM), que fueron señaladas en gran cantidad de casos por las mujeres y que yo mismo pude presenciar. Estas fallas conducen a enormes limitantes no solo de accesibilidad sino también respecto a la calidad de la salud que se les ofrece a las mujeres, es decir de la naturaleza idónea desde el punto de vista científico y médico, de los establecimientos, bienes y servicios de salud a los que pueden acceder (ONU-CoDESC, 2000).

Asimismo, dentro de los factores estructurales se encuentran los de género, que fueron manifestados en forma frecuente en las entrevistas en términos de violencia de género en la pareja. Nuevamente, al estar entrevistando mujeres que estaban recibiendo atención, el sesgo de ese muestreo no me permitió establecer el alcance real de esta limitante, así como lo hizo la sensibilidad del tema, mi posicionamiento en el campo y el tiempo disponible.

En segundo lugar se encuentran las limitantes institucionales: las negaciones de atención, la violencia obstétrica y la inadecuación intercultural. De estas tres, las negaciones de atención son la única limitante que afecta tanto la accesibilidad como la aceptabilidad de la atención. Estas negaciones se presentaron casi siempre bajo la forma de una demora o posposición de la atención, que podía provocar que la mujer que iba a atenderse al hospital se vaya y busque otras alternativas fuera del mismo, con los costos económicos y de tiempo que ello implica. En todo caso, se pudieron ver los efectos de frustración y enojo que estas negaciones provocaban, afectando la experiencia, la calidad de la atención y también la imagen y aceptabilidad del servicio.

Es necesario resaltar también que varios estudios previos reconocen a la negación, rechazos o demora en la atención obstétrica como factor propiciatorio de la muerte materna, por ejemplo debido a la falta de un diagnóstico preciso en el momento en que se inició la complicación obstétrica (Collado, 2010, Romero, 2014, Castro, 2024). En este sentido, estas complicaciones no son detectables hasta que la atención se efectiviza, por lo que un rechazo a priori de un control prenatal puede constituirse en un factor de riesgo.

Como segundo componente de la dimensión institucional se encuentra la violencia obstétrica, cuya primera forma identificada fueron los maltratos y el abandono durante la atención del embarazo y el parto. Estos maltratos provocan enojo, temor y falta de confianza, los cuales fueron motivos dados por algunas mujeres para no acercarse al hospital. Otro efecto de los regaños ocurre en el plano de la comunicación y la confianza de las mujeres hacia el personal biomédico, como pudo verse en el caso de Greta, quien no comunicó a su hospital su decisión de tener su parto en su casa, por miedo a que la regañaran.

La segunda forma de violencia obstétrica identificada, que considero quizá constituya el nudo más importante de conflicto entre e HMJM y la comunidad, es la ejercida en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Fueron muchos los testimonios que refieren a las complicaciones del uso de DIU, implantes subdérmicos o inyecciones que provocaban todo tipo de molestias, dolores o desbalances hormonales en las mujeres. Mientras que la actividad persuasiva del personal biomédico para que adopten estos métodos anticonceptivos es intensa y son reacios a retirarlos cuando se les pide, pude ver como esta área de la atención genera suspicacias y resistencias por parte de las mujeres y sus parejas. Se plantea así la cuestión del desfasaje en las demandas, categorías y puntos de vista de las poblaciones y los de los proveedores de salud (Bronfman y Castro, 1989:63-64).

Estas prácticas buscan bajar la natalidad específicamente entre población indígena y pobre, constituyéndose en una forma de racismo de estado que, si bien adopta argumentos sanitarios, demográficos y de género como sus justificativos, se aplica en personas específicas, según su clase, raza, género y lugar de residencia (Berrio, 2021). De esta manera, además de ser una forma de violación a los derechos humanos, estas prácticas en algún sentido dan la razón a las teorizaciones de las poblaciones naayeri sobre los planes de exterminio a su “raza” por parte de los mestizos y blancos, afectando así la imagen, confiabilidad y aceptabilidad de las instituciones de salud para esta población.

Finalmente, identifiqué a la cesárea como una práctica que, más allá de constituir violencia obstétrica, puede ser percibida por las mujeres como un motivo suficiente para decidir tener un parto domiciliario.

Como tercera dimensión en importancia, se encuentra la intercultural, que implica la aceptabilidad de los servicios de salud en tanto respeto de la cultura de las personas, minorías, pueblos y comunidades y también la calidad de la atención, entendida como la experiencia subjetiva

de los usuarios, mediada por sus horizontes de expectativas sobre la atención (ONU-CoDESC, 2000, Hamui Sutton et al, 2013). En este sentido, se destaca la falta de implementación de una modalidad interculturalidad en el HMJM, en primer lugar por el esquema de atención segregado de las formas tradicional y biomédica, pensadas como ofertas de atención completamente separadas, independientes y libradas a las decisiones de autoatención de los usuarios. En segundo lugar, la falta de una gestión intercultural de la salud se evidencia en la participación subordinada, degradada y casi nula de las parteras durante los partos en el HMJM, cuando la propia historia de la institución muestra claramente que otro esquema de trabajo, con mucha mayor participación de las parteras, es posible.

Finalmente, existe una importante falta de consideración por los criterios y condiciones bajo los cuales las mujeres indígenas conciben el parto, tal como ocurre con la temperatura ambiente y el nivel de abrigo, el baño posparto y la falta de conocimiento del personal biomédico sobre la importancia cultural de los elementos de protección que se les quitan al ingresarlas a la sala de partos. Todas estas constituyen evidencias de que no existe una formación intercultural en el personal del HMJM, producto de que la propia institución no implementa un abordaje intercultural de la atención a la salud. En este sentido, las mujeres siguen siendo forzadas a elegir entre un parto biomédicamente gestionado, sobre medicalizado y deshumanizado y otro “tradicional” en sus comunidades, muchas veces con riesgos altos, sin tener la posibilidad de conjugar “lo mejor de los dos mundos”.

Para finalizar esta síntesis, es necesario aclarar que, pese a que en este capítulo se recogen eminentemente casos de experiencias negativas, esto no impide que la mayoría de las mujeres evalúe como de mayor valor la atención hospitalaria de sus embarazos y partos, a los fines de reducir los riesgos a los que de otra forma expondrían sus vidas, muchas veces desestimando o ni siquiera ponderando estos elementos que aquí han sido categorizados como violencia. Esta desestimación se explica por la naturalización de un intervencionismo biomédico que excluye y subordina sus formas de atención más cercanas y les quita autonomía sobre sus decisiones reproductivas (Sesia y Yáñez, 2024, Castro, 2024:39).

---

<sup>39</sup> Es por ello que existe quizá cierta contradicción entre la adopción un enfoque de la calidad de los servicios de salud que se base en los horizontes de expectativas de las personas y la existencia de procesos de violencia simbólica que naturalizan condiciones para esas mismas personas, modificando así su horizonte de expectativas.

## 6. CONCLUSIONES

En este apartado considero importante en primer lugar recordar las preguntas, objetivos e hipótesis planteados como guía de este trabajo para luego exponer los hallazgos empíricos y así dar respuesta a esos elementos fundamentales. Las preguntas de cuales partí en este estudio fueron:

¿Qué factores limitan el cumplimiento del derecho a la atención de la salud materna en la zona Sierra de El Nayar?

En particular: ¿Cómo afecta la gestión intercultural de la salud (o la falta de esta) el cumplimiento de ese mismo derecho?

Para responder estas preguntas, mis objetivos generales fueron

1. Identificar y jerarquizar los diversos factores geográficos, económicos, culturales, de género e interculturales que limitan el acceso, la aceptabilidad y la calidad de la atención de la salud de las mujeres embarazadas de la zona de influencia del Hospital Mixto de Jesús María.
2. Identificar los factores que determinaron a lo largo del tiempo sostenimiento del carácter mixto o intercultural del hospital como institución de salud pública por parte del Estado, realizando un balance de las necesidades y demandas que quedan desatendidas por el mismo para sus usuarias.

Respecto al primer objetivo de la tesis, los datos obtenidos en las entrevistas realizadas, así como de la revisión bibliográfica, no dejan dudas sobre el hecho de que los factores que peores consecuencias tienen sobre la salud materna y la Razón de Muerte Materna son los que limitan el acceso a la Atención Obstétrica de Emergencia (AOE) (Holmer, et al, 2014) y no tanto a los controles prenatales, cuyo papel en la mortalidad y morbilidad materna aún no está claro (Carroli, 2001).

Dentro de los factores limitantes del acceso a la AOE identificados en este estudio prevalecen los de tipo estructural, es decir, aquellos que responden a propiedades de la realidad social y material que producen efectos negativos sobre las oportunidades de supervivencia, bienestar, identidad y/o libertad de las personas (Castro y Farmer, 2003, p.37). A estas limitantes se les suman otras de la calidad y aceptabilidad de la atención, configurando un escenario adverso

para las mujeres indígenas que desean atender en forma hospitalaria sus embarazos, partos y puerperios.

Es necesario resaltar que el acceso limitado o nulo tanto a los controles prenatales como a la AOE se produce mucho más por la dificultad que representa superar una serie de elementos estructurales concatenados que por una supuesta preferencia cultural de las mujeres por la partería tradicional, que también existe, pero que no explica, al menos de acuerdo con los testimonios, la falta de acceso. Estos elementos estructurales son: la exclusión económica asociada a bajos niveles de educación<sup>40</sup>, de nutrición y de recursos que les permitan el traslado al HMJM o a la Casa AME para poder recibir AOE, la falta de caminos transitables, de medios de transporte accesibles, de una red de telecomunicaciones que permita coordinar la AEO y la subordinación de género asociada al control masculino sobre las mujeres y sus recursos.

A nivel institucional el factor que más fuertemente limita el acceso a la AEO que este estudio encontró fueron las enormes fallas y deficiencias en el funcionamiento del Programa de Fortalecimiento de la Atención a la Salud (PFAM), dado que si sus unidades no visitan regularmente las comunidades alejadas y aisladas (que son la gran mayoría en la zona de influencia del HMJM) una gran cantidad de las mujeres embarazadas que las habitan directamente no pueden acceder a la AOE, multiplicando sus posibilidades de morir durante el parto o el puerperio. Es necesario decir que estas fallas están fundamentalmente asociadas al desfinanciamiento estatal de este programa de salud, que no provee a sus trabajadores de los vehículos y combustibles necesarios para llegar a las comunidades que más lo necesitan ni tampoco dispone del personal médico y de supervisión necesario para garantizar el cumplimiento del propósito del PFAM.

De la misma forma se puede afirmar que si el Estado promoviese en mayor medida la descentralización de la AEO de todos los partos (no solo los de bajo riesgo) en las UMR existentes y creara nuevas unidades cercanas a la mayoría de las comunidades, esto mejoraría la atención obstétrica, ya que no deberían recorrer enormes distancias con problemas de infraestructura para poder atender su parto en el HMJM, única posibilidad actual de atención institucionalizada del parto en la zona para partos que no son de bajo riesgo.

---

<sup>40</sup> Esto se debe a que las mujeres analfabetas tienen 6 veces más probabilidades de sufrir muerte materna, así como 4 veces más y tres veces más si no finalizaron la primaria o la secundaria respectivamente (Calderón et al, 2007)

En segundo lugar en términos de su importancia para la salud materna (y de su incidencia sobre la RMM) se encuentran todos aquellos factores que ya una vez en contacto la mujer con el servicio de salud limitan su accesibilidad, aceptabilidad y calidad (ONU-CoDESC, 2000). Entre estos factores sobresalen las negaciones de la atención, los malos tratos de médicos (y especialmente de enfermeras) y la promoción de métodos de planificación familiar temporales y permanentes mediante prácticas de consentimiento inducido y otras que no respetan las decisiones de las mujeres<sup>41</sup>. Finalmente, constituyen limitantes de la aceptabilidad del servicio la falta de mecanismos de traducción confiables y que respeten la privacidad de las pacientes y la falta de un abordaje verdaderamente intercultural de la salud que respete sus pautas tradicionales de atención y las incorpore en un esquema no segregado.

El motivo por el que, salvo las negaciones de las AOE, este segundo grupo de limitantes resulta secundario en términos de su incidencia en la morbilidad y mortalidad materna es que, si bien estos elementos dañan la calidad de la atención y la percepción que la población usuaria mantiene sobre el HMJM no impiden objetivamente el acceso a la AOE<sup>42</sup>. Si bien este estudio no pudo medir el grado en que los aspectos de baja aceptabilidad de la atención resultan disuasivos de su búsqueda, casi todas las mujeres entrevistadas le otorgan a la institución hospitalaria la exclusividad de brindar seguridad o de asegurar la supervivencia, ante la posibilidad de complicaciones que lleven a la pérdida de la vida o la salud materna (Sesia y Yáñez, 2024). Esto las conduce a naturalizar o bien a tolerar una cantidad de condiciones que van en detrimento de la calidad del servicio de atención y que aquí fueron clasificadas como limitantes de la aceptabilidad y la calidad.

Las negaciones de la atención en el HMJM pueden tomar la forma de derivación al sector de la consulta, de indicación de volver otro día (o más tarde) o de limitación de los turnos de la consulta, que de no obtenerse implican una espera hasta el día siguiente. Es necesario resaltar que, de las limitantes que pude documentar, las negaciones de la AOE son el único factor propiciatorio de la muerte materna una vez que la mujer logró trasladarse hasta HMJM. Un ejemplo de este caso

---

<sup>41</sup> Ejemplos de estas prácticas son las negaciones de remoción de implantes subdérmicos o DIUs, cuyos casos pude documentar para el HMJM y para otras instituciones de salud.

<sup>42</sup> Nuevamente, esta es una afirmación basada en un sesgo de la muestra de mujeres entrevistadas, porque va de suyo que las mujeres que se encuentran en el hospital no están dejando de ir a atenderse allí, aunque sufran condiciones clasificadas en este trabajo como limitantes de la aceptabilidad o de la calidad del servicio. Sería necesario en todo caso entrevistar a muchas más mujeres en las comunidades y registrar cuantas no han ido a atenderse al HMJM y por qué motivos.

podría ser la falta de un diagnóstico preciso en el momento en que se inició la complicación obstétrica (Collado, 2010, Romero, 2014, Castro, 2024). Si bien durante mi trabajo de campo solo documenté un caso (el de Amira) en el que estando la mujer en el HMJM durante el trabajo de parto no se le brindó AOE, hubo otros casos mujeres que iban a hacerse controles y consultas prenatales en los que se les indicó que debían volver otro día, por lo que cualquiera de ellos podría haberse constituido, a priori, en una demora en la AOE .

En este sentido, teniendo en cuenta el hecho de que la conducta de las mujeres indígenas en muchos casos es minimizar o soportar los síntomas (entre ellos, el dolor) sería de gran importancia que ellas conozcan los signos y síntomas que las colocan en situación de necesidad de AOE y que exista siempre una atención inmediata prioritaria para estos casos. Para que ello sea posible, la comunicación entre el personal médico del HMJM y las poblaciones indígenas, en particular sobre estos aspectos de la AOE, debería ser la mejor posible y producirse tanto en español como en lengua indígena.

En cualquier caso, también deben considerarse las consecuencias en la experiencia subjetiva de la mujer a la que se le niega la atención, las acciones inmediatas que emprende como respuesta, el cambio en su horizonte de expectativas sobre el servicio de salud (Hamui Sutton, 2013), los cambios en sus prácticas de atención y las consecuencias en sus trayectorias de atención que todo lo anterior implica.

Como formas de violencia obstétrica, se pudieron en primer lugar identificar maltratos (frecuentemente bajo la forma discursiva de “regañños”) y abandono de las mujeres durante o antes de la situación del parto. Estas prácticas no resultan fortuitas sino que forman parte de un “habitus médico autoritario” consustancial a la formación biomédica vigente, que interioriza las jerarquías de la profesión, la desigualdad de género y los castigos como recurso didáctico (Castro, 2014: 191). Los maltratos, regañños y abandonos no solo impiden la prestación de una atención clínica adecuada y oportuna, sino que también generan miedo, vergüenza y un trato ineficaz, lo que, junto con las barreras financieras, disuade a las mujeres de buscar atención médica (Castro et al, 2015, Meneses, 2005). Esta disuasión pudo ser documentada a lo largo de las entrevistas a mujeres.

Si consideramos la definición (abierta) de la episteme “violencia obstétrica” como una “apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres (...) que resulta en la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre los propios cuerpos y sexualidad” (República

Bolivariana de Venezuela, 2007, en Sesia, 2020), la silenciosa exclusión de las parteras tradicionales de la atención de los partos podría conceptualizarse como una forma de VO imbricada con la negación de la interculturalidad en la atención. En términos de una humanización del parto, todos estos aspectos deberían considerarse junto al acompañamiento cercano, evitando situaciones y elementos que perturben la tranquilidad y privacidad de las mujeres, tales como el hacinamiento de las mujeres en una misma sala, el ingreso y egreso del personal de salud a la misma o la utilización de música, cuando esta es en verdad un mero distractor de los médicos y no se elige en función del bienestar de las parturientas.

Por otra parte, la forma más conflictiva de violencia obstétrica, por ser la que más frecuentemente apareció en las entrevistas y conversaciones, es la que se da en el ámbito de la planificación familiar. Por una parte, aparecieron muchos casos de mujeres que manifestaron molestias y efectos secundarios indeseados a partir de métodos como el DIU, la inyección y el implante, lo cual las preocupaba de cara al momento del parto, momento en el que se les pregunta obligatoriamente qué método van a adoptar, no teniendo el hospital todos los métodos disponibles todo el tiempo. Estos efectos secundarios eran referidos por las mujeres a veces como producto del cambio de un método a otro y otras veces eran atribuidos a un método particular, el cual no se quería adoptar bajo ningún punto de vista. Las apreciaciones, recomendaciones y advertencias “de boca en boca” entre mujeres sobre los métodos en este sentido tenía mucho más peso que la palabra de los médicos y enfermeras. Con relación a los tipos de métodos que se implantan dentro del cuerpo, tales como el DIU o el implante subdérmico, documenté más de un caso en el que, una vez que la mujer tenía una molestia, efecto secundario y sangrado e iba al hospital o UMR a que se lo quitaran, el personal se negaba a hacerlo. La justificación dada a las mujeres en esos casos refería al costo económico de estos métodos, los cuales se ponían por encima del bienestar de la mujer.

Aquí se encuentra la cuestión de la labor de persuasión sobre la adopción de pautas y métodos de planificación familiar por parte del personal biomédico hacia las mujeres. Esta labor hay que señalar que es selectivamente dirigida a estas poblaciones indígenas y no es una política universalmente aplicada, por lo que se puede hablar aquí de racismo institucional (Jones, 2000, Dörr & Dietz, 2020), y de “reproducción estratificada” (Colen, 2009). Es interesante notar que, tal como señalan Bronfman y Castro (1989), los discursos de persuasión que apuntan a generar adherencia a patrones de planificación familiar tienen varias dimensiones que constituyen sus fundamentos sanitarios, demográficos y de género. Estos patrones de planificación familiar se

formulan como si fuesen deseados por la “población objetivo”, cuando claramente distan de serlo, a juzgar por las manifestaciones en varias entrevistas, habiendo un desfasaje entre demandas, categorías y puntos de vista de las poblaciones y los de los proveedores de salud (Bronfman y Castro, 1989:64).

Uno de los aspectos más problemáticos y asimétricos de estas prácticas de atención a la salud sexual y reproductiva son las circunstancias excepcionales en las que se les propone a las mujeres aplicar los métodos de planificación familiar, particularmente las esterilizaciones. Estas circunstancias, es decir, el momento del parto, implican una inestabilidad emocional y vulnerabilidad de las mujeres a las recomendaciones médicas, por lo que la noción de consentimiento se vuelve, al menos, cuestionable (Op. Cit:65). A esto se le suman las diferencias lingüísticas debido a las cuales difícilmente la mujer puede estar bien informada sobre las implicaciones de los procedimientos, de acuerdo con lo que establece la normativa mexicana. Si bien esta medicalización de la vida reproductiva de las mujeres a través de la utilización de métodos anticonceptivos ha logrado un notable grado de adherencia<sup>43</sup>, sí pude detectar rechazo por buena parte de las mujeres hacia la actitud de enfermeras y médicos, que les insistían que no tengan más hijos, lo cual afecta la aceptabilidad del servicio de salud.

Como tercera forma de violencia obstétrica se encuentra la cesárea, cuya relativa ausencia como aspecto problemático en las entrevistas podría deberse más a su naturalización como práctica de medicalización entre mujeres que estaban habituadas a atenderse con personal biomédico que a sus aspectos problemáticos como práctica biomédica realizada en exceso en México<sup>44</sup>. Aquí vuelve a hacerse patente el sesgo en la muestra de entrevistas realizadas, debido a que la enorme mayoría de las entrevistadas, a priori, asistió al HMJM a atender su parto y por lo tanto no vieron como limitante la posibilidad de una cesárea. Las manifestaciones más notables en contra de esta práctica fueron de una partera, Alberta, y una sobadora de Mesa del Nayar quienes afirmaron que las mujeres temían a la cesárea porque corrían el riesgo de que se les vuelva a abrir la herida dado el intenso trabajo físico y desplazamientos que realizan las mujeres naayeri.

---

<sup>43</sup> La pregunta aquí es si no vale aquí también, aplicar el concepto de violencia simbólica (Sesia y Yáñez Moreno, 2024) para explicar esta adherencia naturalizada a pautas que medicalizan la vida reproductiva, como fruto de la labor biomédica persuasiva constante, que ha logrado disminuir la natalidad de 6 hijos por mujer en la década de 1960 a 2 en la actualidad (Menéndez, 2009:160, Menéndez 2022:11).

<sup>44</sup> Teniendo en cuenta la cantidad de partos pélvicos que se atendían en el HMJM, es esperable que la tasa de cesáreas allí sea alta. En un contexto en el cual la tasa de cesárea a nivel nacional triplica la recomendada por la OMS, no puede dejar de señalarse el carácter de violencia obstétrica que constituye esta práctica.

Sin embargo llamó mucho mi atención el caso de Greta, por ser una excepción en la que la mera perspectiva de una cesárea, propuesta por el hospital de Santa Teresa, le hizo decidir tener el parto en su casa. Se muestra también aquí el efecto que producen las relaciones de poca confianza entre médicos y pacientes, traducidas en el ocultamiento de su decisión como forma de evitar regaños, lo que implicó un mayor grado de vulnerabilidad para la salud y la vida de esta mujer. Esa decisión de no comunicar puede ser considerada indicativa de un horizonte de expectativas de las mujeres sobre el personal biomédico en el que resalta la poca flexibilidad y el poco margen de negociación sobre decisiones que implican tanto a la intervención biomédica como a la autonomía de la paciente. Se pone en juego aquí la asimetría y la subordinación social y técnica como rasgos y condiciones de posibilidad del modelo médico hegemónico que modela la relación médico - paciente (Menéndez, 1990).

En términos de interculturalidad en las relaciones entre médicos y usuarias, pude identificar una serie de carencias importantes en el HMJM, comenzando por la falta de traductores disponibles confiables y con los conocimientos necesarios para asesorar a las mujeres y a los médicos. Aún si este tipo de traductores se encontrase disponible, sigue existiendo la cuestión de la confidencialidad de la consulta, que se ve vulnerada por la presencia de un tercero, incumpliendo unos de los componentes de aceptabilidad de los servicios de salud (ONU-CoDESC, 2000) y resultando disuasivo del uso del HMJM. El hecho de que el personal de salud en su enorme mayoría no hablase lengua indígena dificulta enormemente su comunicación con la población usuaria, empobreciendo la atención y reduciéndola, a lo sumo, a la *disease* empiricista (Good, 1981) frente a la cual el paciente no puede comunicar su *illness* y cuando lo hace, es ignorado: “no tiene nada” (o peor: “no quiere trabajar”). Este esquema de atención, así planteado mediante una comunicación precaria, solamente puede suponer una obediencia de lo que indica el médico biomédico por parte del paciente.

En segundo lugar, la “inclusión” de las prácticas de atención a la salud materna tradicionales y domésticas dentro del HMJM se realiza únicamente durante la atención prenatal mediante un esquema segregado de atención que la mujer utiliza de acuerdo al modelo de autoatención (Menéndez, 2005). Mientras que las primeras parteras que hace años trabajaban en HMJM disponían de una sala especial para atender partos, hace mucho tiempo este espacio les fue quitado junto a esa atribución, que si bien es reconocida discursivamente desde la dirección del HMJM (e incluso por autoridades del IMSS Bienestar) no se ha puesto en juego nunca en los últimos años.

En el esquema actual, las parteras jamás son incluidas durante el parto propiamente dicho, solamente pueden acompañar a la mujer en el momento previo a la expulsión, si ella lo pide y si el médico a cargo de la atención del parto lo permite. Es por ello que puede hablarse de una exclusión de las parteras “de facto” de los partos y en general de los controles de salud que el punto de vista biomédico considera más importantes y prescribe, a la vez que los médicos, en voz baja, desaconsejan la sobada.

Lo importante de esta limitante en términos de aceptabilidad y adecuación intercultural es que si una mujer prefiere tener su parto con una partera no se le está dando la opción de ser atendida de una forma respetuosa culturalmente y que no ponga en riesgo su vida, como si ambas cosas fueran mutuamente excluyentes. Es por ello que, como planteé, esta puede ser una forma velada de violencia obstétrica, en tanto le quita autonomía a la mujer sobre su cuerpo y buena parte de su proceso reproductivo. La disyuntiva planteada por el sistema de salud biomédico de facto es una atención del parto medicalizada y con sobre intervención que priva a la mujer de su centralidad y autonomía de decisión (República Bolivariana de Venezuela, 2005, Castro, 2024) o un parto autónomo domiciliario, tradicional y con un riesgo mayor de muerte materna. Una verdadera atención intercultural permitiría que las parteras atiendan los partos en el HMJM o en una UMR con asistencia del sector biomédico, lo que no es algo descabellado y que por otra parte, ocurría en los comienzos del HMJM. Otros elementos de la gestión intercultural de la atención del parto que sería apropiado incorporar y que el HMJM no lo hace o no explicita como hacerlo son la regulación de la temperatura ambiente antes, durante y después del parto, el respeto sobre la decisión de posponer el baño posparto, la dieta posparto y los elementos de protección de las embarazadas al ingresar al servicio.

Finalmente, desarrollaré unas breves reflexiones respecto a los factores que a lo largo del tiempo determinaron el carácter mixto o intercultural del hospital como institución de salud, así como un balance de las necesidades y demandas que quedan desatendidas por el mismo para sus usuarias.

Al analizar el devenir del HMJM es necesario considerar que su creación como institución intercultural responde a reclamos históricos de parte de múltiples organizaciones de médicos tradicionales. Es interesante considerar lo que plantea Eduardo Menéndez (2018) en el sentido de que estas organizaciones no fueron impulsadas por grupos étnicos y curadores tradicionales sino fundamentalmente por instituciones gubernamentales con intereses propios (op. Cit:47), como el

INI, cuyo apoyo continúa, bajo la figura del INPI. La desorganización y desmotivación que pude presenciar en la asamblea de OMITEN de alguna forma abona esta tesis acerca de la falta de organicidad de estas organizaciones, ante lo cual queda la pregunta acerca de los motivos de adherencia y pertenencia a las mismas por parte de curadores y parteras. Una respuesta algo obvia es la utilidad de OMITEN para facilitar el ejercicio de la medicina y partería tradicional de forma institucionalmente avalada, tanto dentro de la organización como en el HMJM. Aún con un bajo nivel de participación y de organización no puede negarse que muchos curadores y parteras tradicionales que son miembros de OMITEN se encuentran comprometidos con su actividad, poseen conocimientos valiosos y desean ser incorporados en el sistema de atención pública.

Los objetivos de reconocimiento e inclusión de la medicina y la partería tradicional inicialmente planteados en la creación del HMJM han ido erosionándose progresivamente, conduciendo a una situación actual que puede ser descrita como subalternidad institucional de estas prácticas y su degradación a un rol cuasi testimonial dentro del hospital. Esta subalternidad se refleja en la desigualdad de las condiciones de atención de los curadores y parteras tradicionales respecto a las de los médicos, su subordinación respecto a estos y la marginación de la atención de situaciones de salud consideradas de importancia, como el caso de la atención de los partos. Intervienen aquí también las normativas internacionales que desde comienzos del tercer milenio les han quitado a las parteras tradicionales el reconocimiento de cualquier utilidad, tanto en términos de atención de los partos como de identificación y derivación de emergencias (Sesia y Berrio, 2024). La subalternización del sector tradicional de atención se refleja también en su desfinanciamiento en términos de apoyos e insumos, lo que es más notable para el caso de las parteras y hierberos, para los que la dirección del HMJM hoy está proponiendo esquemas de autofinanciamiento que no están siendo adoptados por los curadores, siendo que en épocas no muy lejanas recibían insumos y financiamientos de la Secretaría de Salud y del INI.

Es importante señalar que la mayoría de los médicos y enfermeros del HMJM que desestiman el potencial de la partería y la medicina tradicional en la atención de la salud, consideran a estas prácticas rezagos de otras épocas de la humanidad, fruto de la costumbre y de la ignorancia de quienes las practican. Por el contrario, el único caso documentado durante mi trabajo de campo de apertura a la colaboración de parte de un médico hacia las parteras fue acompañado de la representación de que la inclusión de la medicina tradicional en el hospital tiene un sentido y constituye una aportación a la salud de quienes la utilizan, así como la idea de que los médicos

pueden tener aprendizajes valiosos a partir de la colaboración con curadores y parteras. En este sentido, tanto en lo que refiere a las actitudes de los médicos hacia curadores y parteras como hacia las poblaciones indígenas usuarias, este trabajo ilustra la forma en que sus representaciones se articulan y funcionan como orientativas de sus percepciones, interpretaciones, juicios y actuaciones en el plano de la atención (Abric, 2001: 14, Moscovici, 1976). Esto abre la puerta al trabajo institucional y a una formación en interculturalidad que permita transitar desde las etapas «etnocéntricas» hacia las «etnorelativas» en las representaciones y prácticas del personal médico (Bennett, 1993, 2017, Byram, 1997).

Finalmente, abordando los cambios en las relaciones entre el HMJM y la población usuaria, por una parte en los testimonios de las mujeres se rastrea la percepción de que existe un empeoramiento de la calidad de la atención que el HMJM ofrece, reflejada en el señalamiento de los malos tratos, deficiencias y actual falta de insumos que antes se daban gratuitamente a las mujeres usuarias luego del parto. Si bien a lo largo de este trabajo se señalaron múltiples elementos en el plano de la atención como sumamente negativos, como los malos tratos, las negaciones de atención y distintas formas de violencia obstétrica, se corre el riesgo de ser injusto si se cargan todos estos elementos exclusivamente a la cuenta del personal médico. La recurrencia de limitantes de la aceptabilidad y calidad de la atención se ve favorecida no solamente por la ausencia de un enfoque institucional intercultural, crítico y autorreflexivo sino principalmente por la saturación en el servicio de salud materna del HMJM generada por la alta demanda de este y las difíciles condiciones laborales y vitales que debe afrontar el personal biomédico en este contexto. Mientras el Estado no invierta de manera integral en el sistema de salud local, descentralizando la atención y aliviando la saturación del HMJM para que deje de ser un 'embudo' donde se concentre la mayor parte de la atención obstétrica dirigida a las comunidades indígenas del municipio, de municipios cercanos y de estados aledaños, considero que será muy difícil lograr un servicio de calidad distinto.

# **ANEXO 1: GUÍA DE ENTREVISTAS A USUARIAS QUE USARON EL SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA DEL HMJM**

¿Cómo es tu nombre? ¿Dónde vives? ¿Cómo se compone tu familia? ¿Cuándo tuviste tu último bebé?

¿Dónde te atendiste?

¿Qué cosas fuiste haciendo para cuidar a tu bebé a lo largo del embarazo? (se incluyen las consultas a médicos, parteras, hierberos pero también el uso propio de tés, hierbas, masajes, comidas, abrigo, medicamentos que toma, amuletos, etc.)

¿Con quien o quienes te atendiste durante tu último embarazo? ¿Te atendiste de alguna otra forma?

¿Cuál? ¿En qué orden usaste cada opción? ¿Por qué? ¿Para qué usaste cada una?

Si tuvieras que elegir entre dar a luz en tu casa o en el hospital ¿dónde lo harías? ¿por qué?

¿Tuviste alguna complicación durante tu embarazo? ¿Cómo te diste cuenta de que la tenías?

Si tuvieras que resumir tu opinión sobre el Hospital de Jesús María ¿Qué dirías?

Cuéntame tu experiencia durante la atención del embarazo en el hospital ¿Te sentiste escuchada y bien atendida? ¿Te atendieron rápido? ¿Qué te dijeron los médicos? ¿Y las enfermeras? ¿Qué diferencias en la atención entre ambos viste? ¿qué tratamientos te dieron?

¿Qué te dijeron respecto al uso de métodos anticonceptivos? ¿Quién te lo dijo? ¿De qué forma te lo dijo? ¿te presionaron? ¿Por qué?

Relátame por favor cómo fue la atención de tu parto, momento a momento. ¿Cómo eran los espacios en los que estuviste? ¿Te sentiste cómoda? ¿Por qué? ¿Qué cosas te molestaron/asustaron/estresaron? ¿Con qué cosas no estuviste de acuerdo en la forma de atender del hospital? ¿Qué cambiarías?

¿Cómo te habías atendido en tus primeros embarazos? ¿Qué diferencias hubo respecto a cómo te atendiste ahora? ¿Qué cambios observas en el hospital?

¿Por qué fuiste con la partera/curandero/médico tradicional? Cuéntame tu experiencia durante la atención del embarazo con ella ¿cómo fue tu atención? ¿Te sentiste escuchada y bien atendida?

¿Por qué? ¿en qué consistió el tratamiento que te dio? ¿qué te dijo/dijeron?

¿Fuiste a la partera o médico tradicional en tus primeros embarazos? ¿Qué diferencias hubo respecto a ahora? ¿Qué cambios ves en la forma de atender de las parteras o médicos tradicionales de ahora y las de antes?

# **ANEXO 2: GUÍA DE ENTREVISTA A PERSONAL BIOMÉDICO FOCALIZADA EN EMBARAZOS (ENFERMERAS Y MÉDICOS)**

¿Por qué motivos puede llegar una embarazada a esta parte del servicio? ¿Qué complicaciones se suelen presentar? ¿En qué consisten esas complicaciones? ¿A qué se deben? (y eso, a su vez, a qué se debe?) ¿Qué efectos o consecuencias producen?

¿Qué suelen hacer para solucionar esta situación las mujeres que llegan con este problema antes y después de venir al servicio?

¿Qué tratamiento se le da en el servicio médico a esas situaciones/problemas recién descritos?

¿Cómo es la experiencia de estas mujeres que vienen al servicio médico (a controlarse o a parir)? ¿Cómo reaccionan? ¿Cómo la pasan? ¿Qué conflictos o qué objeciones presentan? ¿Están cómodas? ¿Por qué? ¿Cómo es la participación de sus familiares en estas ocasiones? ¿Hay conflictos con los mismos? ¿Cuáles? ¿A qué se deben?

¿Qué porcentaje aproximado de las mujeres:

- a) No se controla adecuadamente durante el embarazo. ¿A qué se debe? ¿Qué consecuencias tiene? ¿Cuáles son las mujeres que sí se controlan?
- b) Utiliza a la partera tradicional. ¿A qué se debe? ¿Qué consecuencias tiene? ¿Cuáles son las mujeres que no las usan?
- c) Utiliza téis o hierbas durante el embarazo ¿Para qué? ¿Qué consecuencias tienen? ¿Cuáles son las mujeres que no las usan?
- d) Tienen a sus hijos en su casa ¿A qué se debe? ¿Qué consecuencias tiene? ¿Cuáles son las mujeres que tienen a sus hijos en el hospital o centros de salud?

¿Cómo pueden participar las parteras en el parto? ¿En qué espacios y de qué maneras pueden hacerlo? ¿En cuales no? ¿Cómo se trabaja en conjunto con ellas? ¿En qué instancias? ¿Y con los demás médicos tradicionales? ¿Qué conflictos surgen?

# **ANEXO 3: GUÍA DE ENTREVISTA MÉDICO O PARTERA TRADICIONAL DEL HOSPITAL Y DE LA COMUNIDAD**

¿Por qué problemas vienen con usted las embarazadas? ¿Por qué les ocurren ese/esos problema/s?

¿Por qué las usuarias vienen con usted? ¿Por qué motivos van con el médico del centro de salud o al hospital? ¿De qué forma combinan ellas la medicina tradicional y LA de bata blanca?

¿Cómo trata estos problemas de las embarazadas?

¿Qué diferencias hay entre el tratamiento que usted ofrece a las embarazadas y el que les ofrece el médico de bata blanca? Ventajas y desventajas de cada uno.

¿Cómo es el trabajo con los médicos de bata blanca? ¿De qué forma se relaciona con ellos? ¿Qué problemas hubo o hay entre lo que usted hace y lo que ellos hacen con la paciente?

¿Siempre fue esta la forma de trabajar con los médicos de bata blanca? ¿Cómo era antes? ¿En qué cambió?

# **ANEXO 3: GUÍA DE OBSERVACIÓN EN CONSULTA:**

Condiciones materiales de la consulta: condiciones de habitabilidad y comodidad del consultorio y adecuación de las condiciones materiales a las prácticas curativas.

Kinésica y proxémica entre curador y usuario/a. Actitudes corporales y comunicación no verbal por parte del curador y de la usuaria durante la consulta.

Implicaturas en el discurso: representaciones sobre el otro implicadas.

Descripción de dolencias/padecimientos: representaciones de las dolencias o problemas, sus causas y tratamientos desde: a) el punto de vista del médico tradicional b) el punto de vista del usuario.

Prácticas concretas de atención

Indicaciones en consulta: descripción de prescripciones médicas y tratamientos dados al padecimiento

Tenor de la atención al usuario (amable, no amable, paternalista, paciente, impaciente, regañador, etc.)

Experiencia del usuario a partir de la atención: comodidad, incomodidad, satisfacción, resolución de su problema, etc.

Itinerarios terapéuticos del paciente

# BIBLIOGRAFÍA

- Abric, Jean Claude. 2001. "Prácticas sociales y representación".
- Albó, Xavier. 1999. "Iguales, aunque diferentes. Hacia unas políticas interculturales y lingüísticas para Bolivia." En "Obras Selectas, tomo XI: 1998-2002", editado por Xavier Albó.
- Aguirre Beltrán, Gonzalo. 1967. "Regiones de refugio; el desarrollo de la comunidad y el proceso dominical en Mestizo américa".
- Aguirre Beltrán, Gonzalo. 1980. "Programas de salud en la situación intercultural." En "Programas de salud en la situación intercultural", 225-225.
- Aguirre Beltrán, Gonzalo. 1988. "Formación de una teoría y una práctica indigenistas." En "Instituto Nacional Indigenista. 40 años", 11-40. México: INI.
- Aguirre Beltrán, Gonzalo. 2016. "Nace la antropología médica." En "Antropología médica e interculturalidad", 474-487. McGraw Hill Education.
- Almaguer González, José Antonio, Virginia Vargas Vite, y Héctor Javier García Ramírez. 2014. Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud.
- Alonso, Carmen, y Thierry Gerard. 2009. "El parto humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno-infantil." En #La muerte materna#, 95.
- Anthias, Floya, y Yuval-Davis, Nira. 1992. Racialized Boundaries: Race, Nation, Gender, Colour and Class and the Anti-Racist Struggle. Londres: Routledge.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. 1966. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Nueva York: ONU.
- Banke-Thomas, A., K. Wright, O. Sonoiki, O. Banke-Thomas, B. Ajayi, O. Ilozumba, y O. Akinola. 2016. "Assessing Emergency Obstetric Care Provision in Low-and Middle-Income Countries: A Systematic Review of the Application of Global Guidelines." "Global Health Action" 9 (1): 31880.
- Beltrão, N., I. Cornejo, y M. Rufer. 2020. "El conocimiento cuerpo a cuerpo como forma de resistencia ante el racismo/sexismo epistémico."
- Benciolini, M. 2019. "Costumbre y cosmopolítica náayeri. El dilema del hermetismo y la lucha por el territorio en contra de los megaproyectos." "Revista de El Colegio de San Luis" 9 (18): 159-181.
- Bennett, Milton J. 2017. "Developmental Model of Intercultural Sensitivity." En "The International Encyclopedia of Intercultural Communication." Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Berrio, L., y A. Sánchez. 2014. "Trayectorias reproductivas y prácticas de atención a la salud materna entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero." En "Desigualdades en la procreación: La morbilidad asociada al embarazo, parto y puerperio y las trayectorias de atención de las mujeres mexicanas en el Siglo XXI". Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

- Berio Palomo, Lina Rosa. 2021. "Cuerpos intervenidos, violencias naturalizadas. Reflexiones sobre la violencia obstétrica e institucional experimentada por mujeres indígenas en Guerrero." "Antropologías" 431.
- Berio Palomo, Lina Rosa. 2024. "Cesáreas entre mujeres indígenas de Guerrero: reflexiones sobre un fenómeno en expansión." En "Políticas globales, vulnerabilidades locales y desigualdades persistentes. La salud de los pueblos indígenas en el sur de México", editado por Paola María Sesia y Rubén Muñoz Martínez. Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Bourdieu, Pierre. 1989. "Social Space and Symbolic Power." "Sociological Theory" 7 (1): 14-25.
- Bourdieu, Pierre, y Loic Wacquant. 1995. "La violencia simbólica." En "Respuestas por una antropología reflexiva", 101-128. México: Grijalbo.
- Bourdieu, Pierre, y Thomas Kauf. 1999. "Meditaciones pascalianas". Vol. 1. Barcelona: Anagrama.
- Bourgois, Philippe. 1988. "Conjugated Oppression: Class and Ethnicity among Guaymi and Kuna Banana Workers." "American Ethnologist" 15 (2): 328-348.
- Bronfman, Mario N., y Roberto Castro. 1989. "Discurso y práctica de la planificación familiar: el caso de América Latina." "Saúde Debate" 61-8.
- Byram, Michael. 1997. "Teaching and Assessing Intercultural Communicative Competence". Clevedon: Multilingual Matters.
- Calderón, María Antonieta K., Patricia B. Montes, María C. González, y Ángel C. Pliego. 2007. "Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México." "Medicina Social/Social Medicine" 2 (4): 205-211.
- Campos Navarro, Roberto, Erika Y. P. Sánchez, y Adrián P. Maya. 2017. "Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016)." "Salud Colectiva" 13: 443-455.
- Carroli, G., Rooney, C., y Villar, J. 2001. "How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence". "Paediatric and Perinatal Epidemiology" 15: 1-42.
- Castro, A. R. 2021. "Hacia una tipología de la Interculturalidad en salud: alcances, disputas y retos". "Andamios" 18(45): 535-552.
- Castro, Arachu, y Farmer, Paul. 2003. "El Sida y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima". "Cuadernos de Antropología Social" (17): 29-47. Recuperado en 29 de febrero de 2024, de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-275X2003000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2003000100003&lng=es&tlng=es)
- Castro, A., Savage, V., y Kaufman, H. 2015. "Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America". "Revista Panamericana de Salud Pública" 38(2): 96-109.

- Castro, A. 2024. "La violencia obstétrica o la provocación de la vulnerabilidad estructural en la atención del parto y en la mortalidad materna". En "Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina", 75.
- Castro, R., y Erviti, J. 2014. "25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México". "Revista Conamed" 19(1): 37-42.
- Castro, R. 2014. "Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México". "Revista Mexicana de Sociología" 76(2): 167-197.
- Colen, S. 2009. "Stratified reproduction and West Indian childcare workers and employers in New York". En "Feminist Anthropology: A Reader", 380.
- Collado Peña, S. P. 2010. "Tienes que buscar otro Hospital: acceso y rechazo hospitalario en la resolución obstétrica". Tesis doctoral, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- Colmenares-Roa, T., y Peláez-Ballestas, I. 2020. "Indigenous identification by health professionals in a Mexican hospital setting". "Medical Anthropology" 39(2): 123-138.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). 2012. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y su Protocolo Facultativo. México: CNDH.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). 2020. "¿Qué es el Rezago Social?". Recuperado de <https://www.coneval.org.mx/Medicion/IRS/Paginas/Que-es-el-indice-de-rezago-social.aspx#:~:text=El%20Rezago%20Social%20es%20una,federativas%2C%20municipios%20y%20localidades.> [Consultado el 28/10/2024]
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). 2020. "Clasificación de municipios por grado de marginalidad". Informe recuperado de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/877922/Municipios\\_\\_Marginaci\\_n.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/877922/Municipios__Marginaci_n.pdf). [Consultado el 12/02/2025]
- Congote-Arango, L. M., Vélez-García, M. A., Restrepo-Orrego, L., Cubides-Munévar, Á., y Cifuentes-Borrero, R. 2012. "Adolescencia como factor de riesgo para complicaciones maternas y perinatales en Cali, Colombia, 2002-2007: estudio de corte transversal". "Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología" 63(2): 119-126.
- Dörr, N. M., y Dietz, G. 2020. "Racism against Totonaco women in Veracruz: Intercultural competences for health professionals are necessary". "PLoS One" 15(1): e0227149.
- Duarte-Gómez, M. B., Brachet-Márquez, V., Campos-Navarro, R., y Nigenda, G. 2004. "Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla". "Salud Pública de México" 46(5): 388-398.
- Farmer, P. 2004. "An Anthropology of Structural Violence". "Current Anthropology" 45(3): 305-325. doi:10.1086/382250
- Farmer, P. 2009. "On Suffering and Structural Violence: A View from Below". "Race / Ethnicity: Multidisciplinary Global Contexts" 3. doi:10.1353/rac.0.0025

- Farmer, P. E., Nizeye, B., Stulac, S., y Keshavjee, S. 2006. "Structural Violence and Clinical Medicine". "PLoS Medicine" 3(10): e449. doi:10.1371/journal.pmed.0030449
- Figuroa Perea, J. G., Ganado, B. M. A., y Dussel, M. G. H. 1994. "Una aproximación al entorno de los derechos reproductivos por medio de un enfoque de conflictos". "Estudios Sociológicos" 129-154.
- Freyermuth, G. 1993. "Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas". Chiapas: Talleres Gráficos del Estado, 46.
- Freyermuth Enciso, G. 2003. "Las mujeres de humo: morir en Chenalhó, género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad". CIESAS.
- Freyermuth Enciso, G., y Sesia, P. 2009. "La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura".
- Freyermuth Enciso, G. 2016. "Determinantes sociales en la mortalidad materna en México". "Revista Conamed" 21(1): 25-32.
- Freyermuth Enciso, G., Argüello Avendaño, H., y Muñoz Hernández, J. A. 2024. "La muerte materna en mujeres indígenas, una agenda pendiente. Un análisis desde el derecho a la salud". En "Políticas globales, vulnerabilidades locales y desigualdades persistentes. La salud de los pueblos indígenas en el sur de México", editado por Paola María Sesia y Rubén Muñoz Martínez. Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Fricker, Miranda. 2013. "Epistemic justice as a condition of political freedom?". "Synthese" 190: 1317-1332.
- Galtung, J. 2016. "La violencia: cultural, estructural y directa". "Cuadernos de Estrategia" (183): 147-168.
- Galtung, J. 1969. "Violence, Peace, and Peace Research". "Journal of Peace Research" 6(3): 167-191. doi:10.1177/002234336900600301
- Gamlin, J. 2024. "Indigeneidad y vulnerabilidad: Una reconsideración crítica desde activismos wixaritari para un futuro diferente". En "Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina", 47.
- Gamlin, J. B. 2013. "Shame as a barrier to health seeking among indigenous Huichol migrant labourers: An interpretive approach of the 'violence continuum' and 'authoritative knowledge'". "Social Science & Medicine" 97: 75-81.
- Goffman, E. 2006. "Estigma: la identidad deteriorada". Amorrortu Editores. Madrid. [Citado 20 Jul 2022].
- Good, M.-J. D., y Good, B. J. 2000. "Clinical narratives and the study of contemporary doctor-patient relationships". En "The Handbook of Social Studies in Health and Medicine," editado por G. L. Albrecht, R. Fitzpatrick, y S. C. Scrimshaw, 243-258. Sage Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781848608412.n16>.

- Gutiérrez Ramírez, J. A., Díaz Montiel, J. C., Santamaría Benhumea, A. M., Sil Jaimes, P. A., Mendieta Zerón, H., y Herrera Villalobos, J. E. 2016. "Asociación de factores de riesgo de preeclampsia en mujeres mexiquenses". "Revista del Nacional (Itauguá)" 8(1): 33-42.
- Herrera Vacaflor, C. 2020. "Género, responsabilidad penal y castigo: ¿cómo el derecho penal comprende a la violencia en la salud materna?". En "Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias", editado por P. Quattrocchi y N. Magnone, 1: 31-56.
- Holmer, H., Oyerinde, K., Meara, J. G., Gillies, R., Liljestrand, J., y Hagander, L. 2015. "The global met need for emergency obstetric care: a systematic review". "BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology" 122(2): 183-189.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). 2021. "Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021". Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/>.
- Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres). 2009. "Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. ¡Conócela!" México: Inmujeres. [En línea] disponible en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/178863/ley-general-acceso-mujeres-vida-libre-violencia.pdf>. [Consulta 13 noviembre 2024].
- Jacobo Herrera, Frida Erika. 2013. "Hacia una antropología de las emociones. La atención de la envidia entre los nahuas de Cuetzalan Puebla".
- Jáuregui, J., Alcocer, P., Coyle, P. E., Guzmán, A., Neurath, J., Magriñá, L., y Valdovinos, M. 2003. "La autoridad de los antepasados. ¿Un sistema de organización social de tradición aborígen entre los coras y huicholes?". En "La comunidad sin límites. Estructura social y organización comunitaria en las regiones indígenas de México", 3. Coras. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.
- Jiménez, E. R., y Lopez-Arellano, O. 2017. "Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado. Dispositivos biopolíticos en salud". "SaludProbi" 11(21): 28-53. [Citado 2021 Sep 4].
- Jodelet, D. 2008. "El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales". "Cultura y Representaciones Sociales" 3(5): 32-63.
- Jones, C. P. 2000. "Levels of racism: a theoretic framework and a gardener's tale". "American Journal of Public Health" 90(8): 1212.
- Hersch, Paul, y Salamanca, María Grace. 2021. El cuidado y los procesos de atención-desatención como referentes analíticos y operativos para la salud colectiva. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Kikuchi, K., Ansah, E. K., Okawa, S., Enuameh, Y., Yasuoka, J., Nanishi, K., y Ghana EMBRACE Implementation Research Project Team. 2015. "Effective linkages of continuum of care for improving neonatal, perinatal, and maternal mortality: a systematic review and meta-analysis". "PLoS One" 10(9): e0139288.
- Latorre, María, y Tovar, Juan. 2014. Salud Materna en Comunidades Rurales. México: Editorial Salud Pública.

- Lazcano-Ponce, E., Schiavon, R., Uribe-Zúñiga, P., Walker, D., Suárez-López, L., Luna-Gordillo, R., y Ulloa-Aguirre, A. 2013. "Cobertura de atención del parto en México: Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna". "Salud Pública de México" 55: S214-S224.
- Lilford, R. J., Van Coeverden de Groot, H. A., Moore, P. J., y Bingham, P. 1990. "The relative risks of caesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery: A detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances". "British Journal of Obstetrics and Gynaecology" 97(10): 883-92.
- Lupton, Deborah. 1999. "Risk and the ontology of pregnant embodiment". En "Risk and Sociocultural Theory," editado por Deborah Lupton, 59-85. Cambridge: Cambridge University Press.
- McDonagh, M. 1996. "Is antenatal care effective in reducing maternal morbidity and mortality?". "Health Policy and Planning" 11(1): 1-15.
- Mejía, M. L., Ortiz, R. C., Laureano, J., Alcántara, E. C. G., López, M. D. C., y Gil, E. 2013. "Aspectos sociales de la muerte materna: análisis de 5 años en el Hospital General de Occidente: Jalisco, México". "Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología" 78(6): 419-424.
- Menéndez, E. L. 1983. "Hacia una práctica médica alternativa: hegemonía y autoatención (gestión) en salud" (Vol. 86). Secretaría de Educación Pública, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Menéndez, E. L. 1984. "El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud". "Arxiu D'etnografia de Catalunya" (3): 84-119.
- Menéndez, E. L. 1990. "Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones".
- Menéndez, E. L. 1992. "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales". En "La antropología médica en México", 1: 97-111.
- Menéndez, E. L. 2005a. "Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos". "Revista de Antropología Social" 14: 33-69.
- Menéndez, E. L. 2005b. "Antropología social como práctica y como representación". "Alteridades" 15(29): 65-80.
- Menéndez, E. L. 2009. "De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas". "Salud Colectiva" 5: 155-179.
- Menéndez, E. L. 2010. "La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo". Prohistoria Ediciones. Rosario.
- Menéndez, E. L. 2017. "Los racismos son eternos, pero los racistas no".
- Menéndez, E. 2018a. "Colonialismo, neocolonialismo y racismo. El papel de la ideología y de la ciencia en las estrategias de control y dominación". México: UNAM, 1-8.
- Menéndez, E. L. 2018b. "Poder, estratificación social y salud: Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán".

- Menéndez, E. L. 2022. "De los usos pragmáticos de la medicina tradicional por parte del sector salud a las exclusiones ideológicas de las orientaciones antropológicas: el caso mexicano (1930-2022)". "Salud Colectiva" 18: e4051.
- Meneses Navarro, S. 2005. "Semiótica de la otredad, la diferencia como diagnosis. Etnografía de los encuentros médicos interétnicos en los altos de Chiapas". Recurso impreso, recurso electrónico.
- Meneses-Navarro, S., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Bautista-Ruiz, Ó. A., Toledo-Cruz, R. J., De la Rosacruz, S. A., Alcalde-Rabanal, J., y de los Ángeles Mejía-Marengo, J. 2021. "Innovación pedagógica para mejorar la calidad del trato en la atención de la salud de mujeres indígenas". "Salud Pública de México" 63(1): 51-59.
- Montesi, L. 2023. "Representaciones estereotipadas de la etnicidad en un hospital rural oaxaqueño: barreras a la salud intercultural". "Alteridades" 33(65): 111-122.
- Morón, L. S., Latorre, C., y Tovar, J. R. 2014. "Risk factors for adolescent pregnancy in Bogotá, Colombia, 2010: a case-control study". "Revista Panamericana de Salud Pública" 36(3): 179-184. Recuperado de: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892014000800006&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000800006&lng=en&nrm=iso&tlng=en).
- Moscovici, Serge. 1976. "La psychanalyse, son image, son public". Presses Universitaires de France, París. [1961].
- Muñoz Martínez, R. 2024. "Hacia una antropología médica crítica de los actores que vulneran: De las estructuras sin sujeto a la vulnerabilidad relacional en salud". En "Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina", 15.
- Muñoz Martínez, R., y Sesia, Paola M. 2024. "Introducción. Salud materna, VIH y diabetes en pueblos indígenas. Una panorámica actual". En "Políticas globales, vulnerabilidades locales y desigualdades persistentes. La salud de los pueblos indígenas en el sur de México", editado por Paola María Sesia y Rubén Muñoz Martínez. Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Muñoz Soto, C. 2018. "La atención del parto desde una perspectiva intercultural dentro de Los Servicios de la Secretaría de Salud. Estudio de caso de San Cristóbal de Las Casas, 2017".
- Murrieta, A. P. 2021. "La cesárea rutinaria como una forma de violencia obstétrica: Experiencias de mujeres y médicos de un hospital público en la Ciudad de México". "MUSAS. Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad" 6(1): 59-76.
- Nájera, S., y Tuesca, R. 2015. "Desigualdades y características sociodemográficas de la mortalidad materna en La Guajira, Colombia, 2010-2012". "Rev Panam Salud Publica" 37(4/5): 239-44. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=368445004004>. [Consultado el 12/02/2025].
- Oehmichen, Cristina. 1999. "Reforma del Estado. Política social e indigenismo en México 1988-1996". México: UNAM-IIA, Cap. II (pp. 57-86).
- Oliva, L. A., y Rodolfo, B. J. E. 2017. "Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado. Dispositivos biopolíticos en salud". "Salud Problema" (21): 28-53.

- ONU-CoDESC. 2000. "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación 14, artículo 12". [Versión electrónica], Ginebra: ONU. Consultado el 11 de mayo de 2016. Disponible en <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>. [Consultado el 12/02/2025].
- Organización Internacional del Trabajo. 2010. "Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes". OIT.
- Organización Mundial de la Salud. 2013. "Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023". Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). 1966. "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales". Recuperado de [https://www.ohchr.org/sites/default/files/ceschr\\_SP.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/ceschr_SP.pdf). [Consultado el 12/02/2025].
- Osorio Carranza, R. M. 2001. "Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles" (No. 306.46 O8).
- Page Pliego, J. T. 2002. "Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas, 1857-1995" (Vol. 9). UNAM.
- Pancino, C. 2015. "Doctor and patient in the modern age: words, gaze and gestures". En "Doctors and Patients. History, Representation, Communication from Antiquity to the Present," 81-107. University of California Medical Humanities Press.
- Quattrocchi, P., Natalia, M., Sadler, M., Arguedas Ramírez, G., Berrio Palomo, L. R., Castro, R., y Sibirian, N. 2020. "Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias".
- Quesada, J., Hart, L. K., y Bourgois, P. 2011. "Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States". "Medical Anthropology" 30(4): 339-362. <https://doi.org/10.1080/01459740.2011.576725>.
- Rangel Flores, Y. Y., López Pérez, O., y Juárez Moreno, M. 2022. "Resistencias y sincretismo indígena de mujeres tének y nahuas de San Luis Potosí, México, en la experiencia del autocuidado durante el embarazo y parto". "Revista de El Colegio de San Luis" 12(23).
- República Bolivariana de Venezuela. 2007. "Ley 38668: Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia". Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. Recuperado de <https://tinyurl.com/rk5xmjh>.
- Rodgers, D., y O'Neill, B. 2012. "Infrastructural violence: Introduction to the special issue". "Ethnography" 13(4): 401-412.
- Rosales-Silva, Gerardo J., Lemoine-Loredo, S., Rodríguez-Pérez, Vicente C., y Andrade-Rodríguez, H. de Jesús. 2013. "Características sociodemográficas de adolescentes embarazadas menores de 16 años de una unidad de medicina familiar en San Luis Potosí, México". "Atención Familiar" 20: 103-105. doi: 10.1016/S1405-8871(16)30103-1.
- Royston, E., y Armstrong, S. 1989. "Preventing Maternal Deaths." Ginebra: World Health Organization.

- Sachs, B. P., McCarthy, B. J., Rubin, G., Burton, A., Terry, J., y Tyler, C. W. Jr. 1983. "Cesarean section. Risk and benefits for mother and fetus". "Journal of the American Medical Association" 250: 2157-2159.
- Sachse, M., Sesia, P., Pintado, A., y Lastra, Z. 2012. "Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca". "Revista Conamed" 17(1): 4-15.
- Sandall, J., Turienzo, C. F., Devane, D., Soltani, H., Gillespie, P., Gates, S., y Rayment-Jones, H. 2024. "Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women". "Cochrane Database of Systematic Reviews" (4).
- Sariego, J. L. 2002. "La cruzada indigenista en la Tarahumara". "Alteridades" 12(24): 129-141.
- Secretaría de Salud (SSA). 1987. "Boletín SSA, 1987". México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud (SSA). 1996. "1996: Año de Reformas a la Salud" (Cuadernillo, p. 22). México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. 2005. Fortalecimiento y relación intercultural con la Medicina Tradicional Indígena. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. 2022. Guías de implantación actualizadas para el programa de Medicina Tradicional Indígena. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud (SS/DGIS). 2022. Recuperado de [http://dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD\\_Cubos\\_gobmx.html](http://dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html).
- Secretaría de Salud. 2022. "Recuperación histórica del programa de medicina tradicional indígena". Relación de acciones, logros y aprendizajes a lo largo de la existencia de la DMTDI.
- Scheper, N. 1997. "La Muerte Sin Llanto: Violencia y Vida Cotidiana en Brasil". Barcelona: Editorial Ariel.
- Sesia, P. M. 1996. "Women come here on their own when they need to: prenatal care, authoritative knowledge, and maternal health in Oaxaca". "Medical Anthropology Quarterly" 10(2): 121-140.
- Sesia, P. 2009. "El potencial del programa Oportunidades para promover una maternidad segura y abatir la muerte materna en México: una propuesta en política pública para regiones indígenas de alto rezago social". En "Freyermuth G y Sesia P, ver referencia, 3".
- Sesia, P. 2011. "El papel de la desigualdad social en la muerte de mujeres indígenas oaxaqueñas durante la maternidad. Aportes desde una epidemiología social y una antropología médica 'crítica'". En "Epidemiología sociocultural: un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances", coordinado por Haro JA, 241-269. Buenos Aires: Centro de Estudios en Salud y Sociedad-El Colegio de Sonora.
- Sesia, P. 2017. "Maternal death in Mexico". En "Oxford Research Encyclopedia of Latin American History."

- Sesia, P., y Yáñez, P. 2019. "Apreciaciones de mujeres indígenas de Oaxaca acerca de la calidad de la atención recibida en el sistema institucional de salud durante la atención materna. Un análisis desde la antropología médica crítica".
- Sesia, P. 2020. "Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma". En "Violencia obstétrica en América Latina", 2.
- Sesia, P. M., y Palomo, L. R. B. 2024a. "Indigenous midwifery revisited in COVID-19 times: The making of global maternal health and some anthropological lessons from southern Mexico". En "The Routledge Handbook of Anthropology and Global Health," 169-184. Routledge.
- Sesia, P. M., y Palomo, L. R. B. 2024b. "Entre la vulnerabilidad y la precariedad estructural: La partería tradicional indígena mexicana en tiempos pandémicos y pospandémicos". En "Salud sexual y reproductiva y vulnerabilidad estructural en América Latina: contribuciones de la antropología médica crítica", editado por Rubén Muñoz Martínez y Paola María Sesia, 147. Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús.
- Serván-Mori, E., Meneses-Navarro, S., García-Díaz, R., Cerecero-García, D., Contreras-Loya, D., Gómez-Dantés, O., y Castro, A. 2025. "Ethnic and racial discrimination in maternal health care in Mexico: a neglected challenge in the search for universal health coverage". "International Journal for Equity in Health" 24(1): 10.
- Smith-Oka, V. 2012. "Bodies of risk: constructing motherhood in a Mexican public hospital". "Social Science & Medicine" 75(12): 2275-2282.
- Spivak, G. C. 1985. "The Rani of Sirmur: An essay in reading the archives". "History and Theory" 24(3): 247-272.
- Stavenhagen, R. 2013. "La política indigenista del Estado mexicano y los pueblos indígenas en el siglo XX". En "Educación e Interculturalidad: política y políticas".
- Sutton, L. H., García, R. F., Hernández, R. A., y de la Roche, O. F. R. 2013. "Un estudio de satisfacción con la atención médica".
- UU, N. 1966. "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)".
- Valdovinos, M. 2010. "Acciones e interacciones institucionales en el actual sistema normativo náayeri". En "Sistemas normativos indígenas huichol, cora, tepehuano y mexicano", editado por Alvarado, N., 77-134.
- Vega, R. A. 2017. "I(nte) rdenificación racial: racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México". "Salud Colectiva" 13: 489-505.
- Wade, Peter. 2018. *Mestizaje and Conviviality in Brazil, Colombia and Mexico*. São Paulo: The Maria Sibylla Merian International Centre for Advanced Studies in the Humanities and Social Sciences Conviviality-Inequality in Latin America
- Wade, P. 2000. "Raza y etnicidad en Latinoamérica". Editorial Abya Yala.
- Walsh, C. 2010. "Interculturalidad crítica y educación intercultural". En "Construyendo Interculturalidad Crítica", editado por Viaña, J. et al., 75-96. La Paz, Bolivia: Instituto Internacional de Integración del Convenio Andrés Bello.

- Watzlawick, P., y Jackson, J. otros. 1985. "Teoría de la comunicación humana". Escuela de Palo Alto, California.
- Zolla, C. 1983. "La Medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la salud". En "La medicina invisible", 14-37. México: Folios Ediciones.
- Zolla, C. 2011. "Del IMSS-Coplamar a la experiencia del Hospital Mixto de Cuetzalan. Diálogos, asimetrías e interculturalidad médica". En "Diálogos, asimetrías e interculturalidad médica", coordinado por Argueta, Corona-M, y Hersch.