



Cadernos NAUI

Núcleo de Dinâmicas Urbanas e Patrimônio Cultural

Dossiê: Patrimônio local e global em tempos de pandemia

V 11 | n 21 | jul-dez 2022

Partería: patrimonio “mestizo” amuzgo en contextos de Covid-19

Geovani Valtierra Gil; José de Jesús Hernández López



Edição eletrônica

URL: [NAUI - Dinâmicas Urbanas e Patrimônio Cultural \(ufsc.br\)](http://NAUI - Dinâmicas Urbanas e Patrimônio Cultural (ufsc.br))

ISSN: 2558 - 2448

Organização

Núcleo de Dinâmicas Urbanas e Patrimônio Cultural

Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFSC

Referência Bibliográfica

GIL, Geovani Valtierra; LÓPEZ, José de Jesús Hernández. Partería: patrimonio “mestizo” amuzgo en contextos de Covid-19. Cadernos Naui: Núcleo de Dinâmicas Urbanas e Patrimônio Cultural, Florianópolis, v. 11, n. 21, p. 137-161, jul-dez 2022. Semestral.

Partería: patrimonio “mestizo” amuzgo en contextos de Covid-19

Geovani Valtierra Gil¹
José de Jesús Hernández López²

Resumen

Se trata de una investigación realizada en el contexto de la pandemia, en una localidad indígena amuzga del estado de Guerrero, en México, para conocer la relación entre Covid-19, las políticas públicas del Sector Salud oficial y la Medicina Tradicional como un patrimonio mestizo. Se pone atención al caso de las mujeres en los últimos meses de embarazo, para saber los motivos por los cuales recurrían a la medicina tradicional.

Palabras clave: parteras tradicionales; Covid-19; amuzgos; patrimonio mestizo.

Abstract

This research was conducted in the context of the pandemic, in an indigenous locality in the state of Guerrero, Mexico, to learn about the relationship between Covid-19, the public policies of the official Health Sector and Traditional Medicine as a mestizo heritage. It was decided to pay attention to the case of women in the last months of pregnancy, to accompany their process, and to know the reasons why they resorted to traditional medicine.

Keywords: traditional midwives; Covid-19; indigenous amuzgos; mestizo heritage.

¹ Licenciado en Antropología Social. Escuela Nacional de Antropología e Historia. natsjom@hotmail.com

² Doctor en Antropología Social. El Colegio de Michoacán. yacatzo@colmich.edu.mx

Introducción

La Medicina Tradicional (MT), además de servir para la atención de padecimientos y enfermedades, cumple varias funciones, ya que por lo general implica cercanía, acompañamiento, compasión en el sentido de “padecer con”; es un hecho social –en paráfrasis de Mauss- en el que se involucran distintos miembros de la comunidad, por ello afirmamos que fomenta un estado de sanación emocional, de restablecimiento o de fortalecimiento de los vínculos emocionales entre las personas. Es una medicina integral; concibe el proceso de salud-enfermedad-atención (SEA) integrado por los aspectos biológico, emocional, medio ambiental, sobrenatural y simbólico, esto es por padecimientos y enfermedades tradicionales que, en el caso particular, ponen en peligro la salud de las embarazadas.

La MT es tanto preventiva como correctiva, y tiene la capacidad de adaptarse a nuevas enfermedades, pero también identifica sus alcances. Hay situaciones de la vida cotidiana de una persona que le hacen perder la calma, el sueño, la tranquilidad, el apetito o el ánimo; y deben atenderse igualmente, porque podrían derivar en enfermedades. De ahí la importancia de una atención temprana por parte de los terapeutas tradicionales. En otros casos, el uso de brebajes, ungüentos, tés, pomadas o vendajes responde a enfermedades internas o a golpes que una persona recibió. No obstante, cuando los terapeutas identifican que esa enfermedad no es para ser tratada con medicina tradicional, o en caso de haber recibido tratamiento y cuando éste ya llegó a su límite, son capaces de indicar a la persona que es una enfermedad que precisa de la intervención de un médico del sistema de salud oficial. Lo anterior indica que los terapeutas saben de los alcances del otro sistema de salud; de hecho algunos elementos de esa medicina han sido incorporados en las prácticas tradicionales.

De manera semejante a como lo ha analizado Rotman (2010) para el caso mapuche de Neuquén, lo que constituye un patrimonio es el proceso que involucra tanto la construcción cultural de en qué momento una persona precisa de atención de un curandero, y por tanto que tiene un padecimiento, la confianza que se construye entre quien se encuentra en esa condición, su familia, y el o la terapeuta tradicional, el diagnóstico, tratamiento y el seguimiento que genera consolida los vínculos entre las personas.

Rotman señala que el patrimonio, “...implica un señalamiento de aquello que es valioso para una agrupación humana, para un conjunto socio-cultural determinado en un momento histórico dado” (Rotman, 2010, p. 21), y lo mismo puede referir a objetos, bienes, rituales, concepciones o prácticas, pero deben entenderse como parte de un proceso.

El patrimonio se materializa en objetos o bienes, pero no se reduce a la medicina, los materiales utilizados o las palabras utilizadas en los rituales, sino que involucra tanto a las personas que cumplen la función, el ritual para diagnosticar y/o sanar, y las relaciones entre personas, objetos o materialidades, espíritus y la naturaleza o seres vivos no humanos. Se trata, como ahora se dice, de una suerte de ensamblajes (Delanda, 2006), contextos, situaciones en las que convergen esos diferentes elementos; y que por eso mismo se actualizan y se nutren también de otros elementos que no son considerados como tradicionales, pero con los cuales se convive. En este caso, con la medicina occidental y sus agentes.

En consecuencia, no puede hablarse de una MT pura, como opuesta o contrapuesta a la medicina occidental, y más bien como un patrimonio mestizo, que se actualiza, se enriquece, o reconoce sus límites debido al contacto con otros saberes médicos, con otros métodos, instrumentos y procedimientos.

Este artículo sin pretensiones teóricas, deriva de una investigación realizada en el contexto de la pandemia, en una localidad indígena amuzga del estado de Guerrero, en México, para conocer la relación entre Covid-19, las políticas públicas del Sector Salud oficial (SS) y la MT como un patrimonio mestizo, entendido como ese proceso de confluencia referido antes, y por ello priorizamos la presentación de los datos.

Como se sabe, además de los ancianos y personas con comorbilidades, las embarazadas fueron consideradas en el grupo de mayor riesgo, sobre todo porque en los inicios de la pandemia se tenía menos conocimiento e información con respecto al virus de la Covid-19.

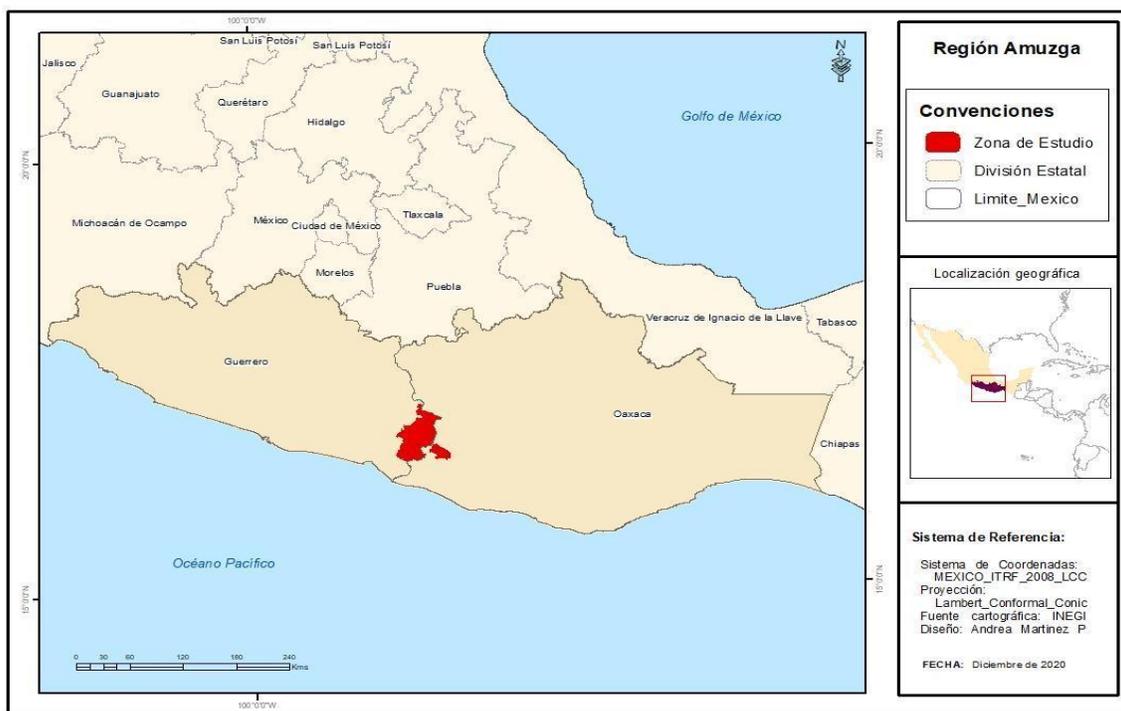
Se decidió poner atención en el caso de las mujeres en los últimos meses de embarazo, para acompañar su proceso, haciendo uso de todas las medidas oficiales y cuidados necesarios al momento de entrevistarlas. La pretensión era saber a qué servicios de salud habían asistido, y cuál había sido el motivo por el cual habían tomado esa decisión, y qué lugar ocupaba la MT en un contexto tan delicado.

El municipio elegido fue Xochistlahuaca, en su mayoría integrado por población hablante de amuzgo. La etnografía fue realizada entre 2020-2022.

Los amuzgos

Se encuentran asentados en la región fronteriza de los estados de Guerrero y Oaxaca. Los municipios que la integran son Ometepec, Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca en Guerrero, y representan el 1.28% del total estatal (Inegi, 2020). Los miembros de este grupo étnico se ubican en un terreno accidentado con altura de 500 a 900 metros sobre el nivel del mar, donde predomina el clima cálido subhúmedo con lluvias frecuentes en el verano y una vegetación de tipo bosque y selva³.

Mapa 1. Ubicación del municipio de Xochistlahuaca



Fuente: Andrea Martínez Pacheco.

³ Disponible en: www.INEGI.gob.m. Acceso en 27 de julio de 2022.

Con base en los datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval, 2015)⁴, la población en situación de pobreza en Xochistlahuaca es del 91.3% (26 639 personas), correspondientes con quienes presentan al menos una carencia social y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requieren para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias. El grado del rezago social (educación, salud, servicios básicos y espacios en la vivienda) se cataloga como muy alto.

Las principales actividades económicas son: la agricultura de subsistencia o de autoconsumo, se basa en diversas cosechas de la región (maíz, frijol, calabaza, chile, ajonjolí, *Hibiscus sabdariffa*), así como en frutas de temporada. En el ramo de la industria se producen tabiques y tejas, la producción de panelas (de caña de azúcar) y la elaboración de prendas artesanales (telar de cintura); esta última actividad a cargo de las mujeres, con fama internacional. Es un saber que se transmite de generación en generación desde la infancia, así que las niñas son capaces de elaborar una prenda con simbologías básicas llamadas luciérnagas.

Sistemas de salud

Se integran por la MT, y por la medicina alopática u occidental (MA), que a su vez se subdivide en pública y privada.

En el caso de la MA pública se compone de 5 Centros de Salud y un Hospital Básico Comunitario (HBC) que ofrece servicio médico de primer nivel; la MA privada se refiere a 5 consultorios de médicos particulares. En total son 10 doctores, 10 enfermeras, 2 traductores, 2 técnicas en Atención Primaria en Salud.

La MT se integra tanto por los remedios caseros como por terapeutas tradicionales con sus propios sistemas de salud: rezanderos, parteras, curanderos, sobre todo. En Xochistlahuaca existen más de 70: 40 curanderos y 30 parteras, más algunos rezanderos. Son los guardianes del saber tradicional, con sus prácticas refuerzan el tejido social de la comunidad, el servicio que ofrecen forma parte del trabajo comunitario. Ellos ofrecen apoyo físico y emocional a los convalecientes. No existe un pago, aunque siempre reciben compensaciones.

⁴ Disponible en: <http://sistemas.coneval.org.mx/DATAMUN/dato-actualizado?e=12&m=12071&sg=5&g=27>. Acceso en 27 de julio de 2022.

En las comunidades más apartadas es el único recurso del que se dispone. No obstante, a pesar del aislamiento, a la par de ese recelo por conservar la cultura, en su sistema médico tradicional también han incorporado elementos provenientes de otros sistemas.

De acuerdo con la información recolectada, algunas embarazadas oscilan entre los dos sistemas médicos. Los amuzgos se atienden en casa con brebajes en primer momento si el padecimiento no es de gravedad, si se agrava optan por acudir con el terapeuta tradicional en primer momento y posteriormente con el médico alópata o viceversa.

Las parteras, curanderos y rezanderos intervienen para restablecer el equilibrio y lograr *el estar bien* de la embarazada; que tiene una implicación física, emocional y social. Este vínculo se refuerza durante el acompañamiento desde que la mujer comunica a la partera su embarazo para el reacomodo del bebé hasta su culminación después del parto.

Las parteras generalmente identifican los síntomas de riesgo, y deciden si ellas pueden intervenir o si lo es más conveniente transferir a las mujeres al hospital.

La partería es un elemento clave de la atención de la salud sexual, reproductiva, materna y neonatal. Es una práctica ejercida por mujeres mayores, poseedoras de saberes ancestrales, sabias y consejeras, especialistas atención, tratamiento y acompañamiento del cuerpo y las emociones, específicamente durante el periodo de embarazo, el parto y el puerperio (EPP). Ellas poseen un amplio conocimiento en técnicas ancestrales para atención ginecológica como sobar⁵ y acomodar el bebé;⁶ elaboran preparados medicinales para el dolor, para facilitar la expulsión de la criatura durante el parto y para desinflamar el vientre durante el posparto (Aguirre, 2018).

En Xochistlahuaca las mujeres prefieren estar acompañadas durante el proceso de EPP por las parteras. El acompañamiento es importante para la liberación de tensiones, por las pláticas y

⁵ La sobada se practica durante la gestación; se aplica en todo el cuerpo para relajar los músculos, aliviar la incomodidad y los dolores de espalda. Se utiliza el aceite para el coraje (aceite de oliva).

⁶ El acomodo del bebé es una práctica común, aunque el parto sea en hospital. A partir de los cinco o seis meses la embarazada solicita el acomodo. La frecuencia dependerá del diagnóstico de la partera pero también de la sensación de bienestar que experimente la embarazada. En ocasiones hay hasta tres sesiones de reacomodo por mes, caso contrario una vez al mes. Si hay malestar físico, la partera atribuye el dolor a la mala posición del feto dentro de la matriz; causando demasiada presión sobre los huesos y otros órganos. Otras veces las molestias son dolor de pierna o de costilla, y se deben a una posición inadecuada. De no ser corregida puede implicar un riesgo durante el parto (Garduza y Rodríguez, 2007).

risas, por ser un trabajo conjunto y coordinado relacionado con preservar la vida ante el riesgo que implican embarazo y parto. La partera transmite valor y fortaleza a la parturienta.

En general, las parteras adquieren inicialmente el conocimiento por un proceso empírico; en una elevada proporción de casos, este conocimiento se amplía con capacitaciones y cursos con profesionales en cirugía obstétrica (Mellado, 1989). Sin embargo, la partera nunca deja de pertenecer a la población, ni de compartir los códigos culturales, lo que le asegura la confianza de las embarazadas y repercute directamente en el estado emocional de la gestante.

En la concepción amuzga, los agentes causales de la enfermedad transitan a través de cuatro niveles explicativos, a saber: a) las causas naturales, b) sociales, c) anímicas y d) los agentes divinos.

Las mujeres en condición de parto

Algunas de las enfermedades tradicionales más graves y de más incidencia durante el proceso de EPP y a las que se les atribuyen las principales causas de muerte materna son:

1. El espanto, ocasionado por causas de orden sobrenatural, y otras que guardan relación con sucesos fortuitos como una caída accidental. En el caso de las embarazadas se enferman por la violencia doméstica tanto física como emocional ocasionada por el marido en estado etílico.

Durante el puerperio cuando hay sangrado vaginal o hemorragia se atribuye a la enfermedad del espanto.

2. Coraje, al que se le atribuye la retención de la placenta. También ocasiona que el cordón umbilical provoque complicaciones cuando se enreda en el cuello del bebé con riesgo de asfixia.

3. Nahual. En la concepción amuzga el ser humano nace con una contraparte animal, y existe un vínculo con éste tanto en el plano terrenal y místico, y que se manifiesta en la salud de la persona. Si el nahual es herido o asesinado, repercute inmediatamente en la salud humana. La enfermedad se puede manifestar durante el sueño. Como todos los demás padecimientos el diagnóstico lo determina el curandero. Los síntomas son dolor de cabeza, resfriado, granos y/o ardor en la piel, temblores en el cuerpo, conjuntivitis, insomnio e hinchazón en el cuerpo, especialmente en los pies y el rostro.

4. Antojo, provoca la retención de la placenta. Se siente mucho dolor, no de parto, más bien provocado por el aire de antojo. La curación debe realizarse antes del trabajo de parto. El ritual consiste en satisfacer el antojo.

Ninguna de estas enfermedades se cura con MA, pero si no se atienden pueden ocasionar la muerte materna. Además, en la concepción amuzga durante el embarazo es importante mantener el equilibrio del cuerpo y en relación con el medio ambiente. Es importante evitar exponerse “a la temperatura fría” para no “enfriar la sangre” (Sesia, 1992, p.28).

Otro factor que las embarazadas consideran de riesgo para la salud es la mala alimentación. La fortaleza o debilidad de la mujer se determina por la sangre. Los síntomas de la debilidad se reflejan en su estado anímico pero también en su estado físico, la “delgadez” es sinónimo de debilidad. Para contrarrestarla se automedican vitaminas en los primeros meses de embarazo; conforme se aproxima el parto se debe de suspender porque se cree que el feto “engorda demasiado” y en consecuencia dificulta el trabajo de parto. De ahí que muchas de las recomendaciones de curanderos y parteras sea satisfacer el antojo generalmente con proteína animal acompañada de carbohidratos y cereales.

A las embarazadas que se les entumen los pies, tienen hinchazones y mareos, cuando tienen esos síntomas se comunica a la familia para que se organicen para llevarla al hospital, previa recomendación de la partera o curandero.

En la región la probabilidad de presentar riesgos durante la salud reproductiva es elevada, y esto se debe el contexto económico y social de pobreza y marginación histórica en la que se encuentran las comunidades. Aunado a lo anterior está el deficiente y difícil acceso a los servicios de salud.

El riesgo de morir⁷ de una mujer indígena durante el EPP es casi tres veces mayor que el de una mujer no indígena. Las indígenas pertenecen a los sectores del país en donde se concentran uno de los más grandes rezagos en materia de salud, hecho que tiene su origen en la triple marginación que enfrentan por su condición de género, clase y etnia (Lerín, 2004).

⁷ El indicador “Muerte Materna” (MM) incluye a las fallecidas durante el EPP; son defunciones que ocurren entre la concepción y hasta 42 días después del parto. La MM se asocia a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, no cuentan las causadas por accidentes. Las MM pueden ser: obstétricas directas, complicaciones o que resultan de patologías existentes antes del embarazo y que fueron agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo (Espinosa, 2008).

La Organización Panamericana de la Salud estima que el 95 por ciento de las muertes maternas podrían evitarse si las mujeres accedieran a servicios de salud, si éstos fueran de calidad y si todas las embarazadas recibieran atención prenatal. La detección y el manejo oportuno del riesgo reproductivo, con el fin de prevenir daños y complicaciones, son considerados por diversos autores como una de las estrategias para lograr una atención prenatal eficiente (García, 1993), y ahí las parteras cumplen un papel fundamental, contrario a lo que a veces se señala. Ahora, no existe ningún estudio que pruebe que haya una relación causal entre la práctica de las parteras empíricas y la mortalidad materna y perinatal (Zolla, 1998, p.187).

Entre los amuzgos la mayoría de los partos se llevan a cabo en las casas de las mujeres y como segunda opción en el hospital o un consultorio particular. La decisión de dónde parir va a depender de varios factores como la salud de la embarazada, antecedentes familiares, situación económica y capital cultural. La partera detecta durante el embarazo cuando un parto es de riesgo y, en consecuencia, si es necesaria la intervención obstétrica, ante esto los familiares buscan con anticipación el transporte para el traslado. En este sentido, las parteras detectan el límite de su intervención, no prohíben ni retienen a las mujeres. En el contexto de la pandemia se detectó que la renuencia de las mujeres a acudir al hospital se debía, principalmente, al miedo al contagio de la Covid-19.

Las posiciones⁸ del parto son en cuclillas, sentada sobre una silla, parada o sosteniéndose de una cuerda amarrada en un horcón de la casa. La elección va a depender de la comodidad de la parturienta. “Las posiciones verticales o inclinadas que favorecen las parteras son más efectivas pues, entre otras muchas consecuencias, tienen un efecto oxitócico que aumenta de manera natural la intensidad de las contracciones uterinas, y también más lógicas pues aprovechan la ley de la gravedad” (Zolla, 1998, p.191).

La partera acompaña y guía a la mujer en este momento culminante, indicándole los tiempos que debe seguir, por ejemplo el momento preciso de pujar con intervalos de relajación para no gastar fuerzas innecesarias. Ella es la encargada de recibir el bebé al momento de nacimiento de

⁸ Durante el período expulsivo la OMS (2002) recomienda usar una posición vertical si la mujer lo elige durante el parto. Evitar el uso de la posición supina para el parto, y particularmente la posición de litotomía (con las piernas levantadas). Abandonar las camas de parto tradicionales para los partos normales. No realizar episiotomía de rutina (o perineotomía o incisión mediana).

ahí proviene la forma de nombrarla que es *ts'aⁿ na nc'a yundaa* (la persona que atrapa el bebé) que está relacionado con el tipo de posición del parto "atrapa al bebé al momento de caer".

Durante el trabajo de parto miembros de la familia sirven de apoyo como auxiliares de la partera; el esposo es el encargado de sostener agarrando con ambas manos la espalda de la parturienta, apretando suavemente el vientre de su mujer, darle valor y fuerza, animarla y apretar el ombligo siguiendo las indicaciones de la partera, mientras que el resto de la familia esperan afuera de la casa y se encarga de preparar el brebaje o en caso necesario de conseguir transporte para su traslado al hospital. Este acompañamiento es necesario. La OMS (2002) propone que la atención perinatal debe ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente un cuidado biológico (Chalmers *et al*, 2002).

El uso de la MT durante el trabajo de parto es recurrente en la mayoría de los casos. Su uso puede ser efectiva y sugestiva, ayuda a apresurar el parto o neutralizar la dolencia. O cuando los dolores de dilatación se prolongan un día o dos.

Durante el puerperio se llevan algunas prácticas corporales y alimenticias, por ejemplo la protección del aire frío. Para esto se amarra el vientre y la cabeza por un mes. De igual forma la púérpera debe bañarse con agua caliente mezclada con un remedio herbolario, no tener relaciones sexuales.

Sobre los alimentos prohibidos por la concepción cultural del cuerpo y de las enfermedades, encontramos la tradicional oposición entre lo frío y lo caliente. El cuerpo de la recién parida es considerado como caliente, por lo tanto no debe comer alimentos fríos,⁹ dañinos para ella y el recién nacido (Marie-Jeanne, 2017, p.78), de lo contrario habrá hemorragias.

Después del parto la partera ofrece los cuidados y la atención necesaria a la recién "aliviada". En este aspecto la atención que las parteras brindan asistiendo en el cuidado del hogar, el lavado de la ropa y cuidado de los niños, constituye una prueba de esa "domesticación" del parto, opuesta a la "medicalización" persistente que impone el modelo académico (Zolla, 1998, p.182).

⁹ Cerdo, caldo de pescado o camarón, iguana, frijol, chipile y picantes.

La Covid-19

En el contexto de la Covid-19 ha sido común escuchar comentarios de personas que presentaron síntomas leves asociados a esta enfermedad, las cuales aseguran haber comprado algún fármaco para sobrellevar los malestares que se describen como: diarrea, resfriado y dolor de cabeza. Además en casa se prepara té de jengibre con miel.

Destaca el miedo a ir al Centro de Salud y que ante la sospecha de dar positivo a los síntomas, se le transfiriera al hospital, sobre todo por estar embarazadas. Esta práctica no es nueva porque de hecho el embarazo se suele ocultar, al menos durante los primeros meses, porque la Secretaría de Salud tiene campañas para que las mujeres acudan a control prenatal regularmente, para evitar cualquier riesgo.

A enero de 2021, la Secretaría de Salud de Guerrero reportó 34 147 casos positivos a Covid-19 y 3 401 defunciones¹⁰. Uno más tarde los datos son los siguientes: 82 835 positivos y 6 345 defunciones. En el caso de Xochistlahuaca, a enero de 2022 se habían registrado 427 casos positivos y 15 defunciones.

Sin embargo, estas cifras oficiales distan mucho de las estadísticas reales. Ya que las personas sospechosas con síntomas de la Covid-19 en su mayoría no acuden a las unidades de salud para el diagnóstico o tratamiento por diversos factores como el miedo, la falta de acompañamiento, la desconfianza, la lejanía y falta de recursos para pago de transporte.

De acuerdo con cifras no oficiales en Xochistlahuaca muchas más personas que las declaradas fallecieron entre julio de 2020 y marzo de 2022. Confirmaciones de médicos particulares, así como testimonios recogidos de informantes refieren que sus familiares o vecinos presentaron síntomas sospechosos de la Covid-19 pero que no fueron confirmadas. Ciertamente es que esas personas tenían comorbilidades.

De acuerdo con la Secretaría de Salud y la Dirección General de Epidemiología¹¹, la situación de embarazadas y puérperas durante la pandemia por la Covid-19 en México, desde junio de 2020

¹⁰ Secretaría de Salud del Estado de Guerrero. Disponible en: <http://salud.guerrero.gob.mx/salud-coronavirus/>. Acceso en 27 de julio de 2022.

¹¹ Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-epidemiologia>. Acceso en 27 de julio de 2022.

al 31 de octubre del 2021 se estudiaron 105 513 mujeres con embarazo-puerperio ante la sospecha de Covid-19. De las cuales 30 370 (28.8%) resultaron positivas y de éstas un total 629 fueron defunciones, con una letalidad acumulada de 2.07 %. Durante todo el 2021 se estudiaron 74 346 embarazadas-puérperas, de las cuales 19 805 casos fueron positivos, con 424 defunciones. La letalidad fue del 2.14 % y una razón de mortalidad materna (RMM) 26.3 x 100 000 nacidos vivos (RNV). La sintomatología registrada en pacientes con Covid-19 han sido: cefalea, tos, fiebre, mialgias, odinofagia, artralgia, rinorrea, entre otros.

De 2020 a 2021 la muerte de mujeres embarazadas por el virus aumentó un 87% al pasar de 248 a 465 fallecimientos, según las cifras de la Secretaría de Salud. En 2021 el coronavirus fue la principal causa de muerte materna, con una participación de un 46% de un total de 1 036 decesos registrados en el país (Suárez, 2022).

Desde que comenzó la pandemia hasta el 10 de febrero de 2022 fallecieron más de 790 mujeres embarazadas en México (Suárez, 2022).

Del total de casos confirmados en embarazadas y puérperas, el 26.5% (1 117) requirieron hospitalización, de las cuales 23.6% (264) se reportaron como graves. Se identificó en estos casos graves que, desde el inicio de síntomas a su ingreso hospitalario, pasaron 3.9 días. Los principales signos y síntomas reportados en esta población son: cefalea, tos, fiebre y mialgias. De la totalidad de pacientes graves la mediana de edad es de 29 años, el 10.6% (28) reporta obesidad como comorbilidad, el 16.7% (44) se encuentra en la Unidad de Cuidados Intensivos y el 47.0 (124) se encontraban el tercer trimestre de embarazo. Los datos disponibles hasta ese momento sugerían que las embarazadas estaban en mayor riesgo de desarrollar una forma grave de Covid-19 y, en algunos casos, podrían evolucionar a la muerte (Conave, 2020).¹²

En Xochistlahuaca el primer caso sospechoso se presentó el 24 de marzo de 2020 y el primero confirmado oficialmente fue el 09 de mayo. Para los amuzgos se trata de una “enfermedad nueva” o “gripe grave”. Los síntomas los relacionan con el espanto, el nahual y el coraje. Por esa razón algunas personas eran incrédulas respecto a la existencia de esta nueva enfermedad altamente contagiosa. En el municipio no se identificaron registros oficiales de embarazadas fallecidas por

¹² Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/570613/AE_embarazo_COVID-19_CONAVE_CNEGSR.PDF.

Acceso en 27 de julio de 2022.

esta enfermedad. No obstante, sí hubo casos de mujeres que durante el EPP se enfermaron de la Covid-19 cuyos síntomas fueron leves o moderadas.

A principios de 2020 cuando aún no se presentaba el primer caso de la Covid-19 en la localidad se vivió la pandemia del pánico e incertidumbre generados por los medios de comunicación y principalmente las redes sociales. De acuerdo con testimonios recogidos, se difundió la idea de que era un “plan orquestado por el gobierno para matar personas” y que la enfermedad como tal no existía, esto como se imaginará influyó también en la renuencia a acudir a los centros de salud estatales. Otros creían que la enfermedad no era nueva, porque como ya se dijo, sus síntomas se asociaban a otras enfermedades ya existentes como el espanto, nahual y el coraje.

Cuando inició el brote de contagios, en coordinación con el ayuntamiento se hicieron brigadas del personal médico que hicieron visitas domiciliarias en las comunidades donde hubo más incidencia. El personal de salud puso más atención a la población vulnerable como son los enfermos crónicos, los niños menores de cinco años y especialmente a las embarazadas. Otras medidas implementadas por el SS fueron los filtros sanitarios en los principales accesos a la comunidad, además se organizaron pláticas y perifoneo para difundir las medidas preventivas.

Por otro lado, el personal médico, de intendencia y administrativo recibió capacitación en la jurisdicción sanitaria de Ometepec sobre los signos, síntomas y las medidas preventivas de la Covid-19. Una vez capacitados, y previamente a que cerraran las escuelas, el personal médico acudió a las escuelas a dar orientación, prevención y las medidas sanitarias.

Las personas no adoptaron las medidas sanitarias recomendadas por el SS las cuales son sana distancia, evitar conglomeración, uso de cubrebocas o del gel antibacterial. Al contrario continuaron con sus actividades cotidianas, entre ellas las fiestas patronales. Este hecho generó tensión con el gobierno municipal ya que las personas no acataban las órdenes emitidas por la autoridad.

Cuando aparecieron los primeros casos asociados a esta enfermedad las personas bajo ninguna circunstancia querían acudir al hospital. Los enfermos se mantuvieron en casa, en compañía de sus seres queridos, quienes hicieron uso de la MT. Se preparaban té de jengibre, de limón hervido con todo y cáscara, jarabe a base de jugo de limón, miel y ajo. El hecho de que con

estos remedios muchos de quienes asumían que estaban enfermos de coronavirus hubieran sanado, reafirmó la efectividad de la MT. Los enfermos no se aislaron de los demás miembros de la familia, siempre hubo contacto, como una forma de mostrar apoyo anímico al enfermo. Empero cuando la enfermedad se complicaba e irremediamente la salud del enfermo empeoraba al grado de morir, los familiares daban una explicación religiosa y de predestinación es decir: “Dios así lo quiso” o “ya le tocaba morir”.

Los terapeutas tradicionales, con edades entre los 50 y los 80 años de edad, representan una población vulnerable ante esta enfermedad. Cuando comenzaron a curar personas con síntomas de la Covid-19 entre julio y agosto de 2020 un número elevado de ellos se enfermó también. Algunos de ellos refirieron haber tenido dolor de cabeza, fiebre muy alta, vómito, pérdida de sabor por los alimentos y del olfato, dificultades para respirar y diarrea. Señalaron que se les preparó el brebaje para el coraje, así como la medicina para el espanto y para el antojo, además de beber mucho suero.

Un cambio que los terapeutas hicieron en sus prácticas después de que sanaron fue dejar de acudir a las casas de las personas enfermas, algunos de ellos comenzaron a dar consultas vía telefónica, preguntaban primero los síntomas, y posteriormente indicaban el tratamiento.

Mientras tanto, en el HBC como parte de las medidas de la contingencia sanitaria por la pandemia se adaptó un área de atención a pacientes con enfermedades respiratorias especialmente sospechosos del Covid-19. De la misma forma en la entrada del hospital había personal como filtro sanitario para los pacientes o visitantes. El personal hacía preguntas sobre el historial clínico, y pedía el cumplimiento de las medidas sanitarias correspondientes.

De acuerdo con una de las doctoras con consultorio particular, más del 50% de casos de pacientes embarazadas que había atendido al momento de la entrevista (12) en octubre de 2021, habían tenido Covid-19. De hecho, señalando además que ése fue un factor que propició el aumento de cesáreas.

Seguimiento de casos

Por tratarse de mujeres indígenas, embarazadas, en sociedades tradicionales, y a pesar de que el investigador principal es también amuzgo, por cuestión de género (un hombre entrevistando a mujeres), debió diseñarse una estrategia metodológica: El contacto, transmisión de la finalidad de

la investigación y obtención de anuencia para realizar las entrevistas, se realizó a través de la madre y/o la esposa del investigador principal, la cual se puso en contacto con la madre o la suegra de la joven embarazada. Tras ese acuerdo informado, en algunos casos fue preciso también comunicarse con el esposo. Una vez con los permisos y aceptación manifiesta, formalmente comenzó el período de seguimiento de los casos.

Casi la totalidad de las entrevistas se realizaron en compañía de personas cercanas a la entrevistada. Los encuentros se realizaron en lugares y horarios que fueran cómodos para las interlocutoras, y en todos los casos se tomaron las precauciones necesarias para evitar cualquier riesgo sanitario.

Finalmente se tuvo interacciones con 23 embarazadas, pero se seleccionaron a 11 de acuerdo con los siguientes criterios: monolingües o bilingües, con diferente patrón de residencia, escolaridad distinta, primigestas o múltiparas, amas de casa o con empleo fuera de casa.

A continuación una síntesis del proceso de salud-enfermedad-atención que siguieron las mujeres con las cuales se interactuó para dar seguimiento a los embarazos, partos y primeras semanas después del nacimiento de los bebés. Se observa que ninguno de los casos se adhirió a un solo sistema de salud, más bien hubo una interesante combinación, empero al momento de preguntar por los motivos por los cuales se había decidido acudir a uno o a otro sistema de salud, toda vez que se tenía información con respecto a los criterios antes mencionados y se podía trazar la cercanía o lejanía de la persona con practicantes de la MT, se detectaron particularidades interesantes.¹³

Tabla 1. PSEA de casos de seguimiento

	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	+1 (después del parto)
Adaly	Centro de Salud (CS) Curandero (C)	RC CS MP	P C CS	Hospital Básico Comunitario (HBC) Hospital Regional de	RC

¹³ Estos datos se omiten del artículo debido a la restricción de caracteres.

	Remedio casero (RC) Partera (P) Médico particular (MP)	P		Ometepec (HRO)	
Bertha	C RC P MP	MP CS	CS	HBC	Para Bertha y el recién nacido: RC C CS MP
Leticia	P C RC HBC CS MP	P C HBC MP RC	HBC RC	P C HBC HRO	HRO RC C
Suleydi	CS HBC	CS MP	MP CS RC	MP CS RC	RC
Gaby	RC HBC C	MP HBC RC C	RC MP CS	P C MP	P RC CS

Aveyda	CS MP C	CS MP RC P C	CS P MP C	P RC C	RC P C CS
Enedina	MP HBC RC	HBC RC	HBC RC MP	HBC P	RC HBC
Griselda	P C RC MP CS	C RC CS MP P	RC CS C P	HBC P RC C	RC C
Alejandrina	P CS MP RC	P CS C	HBC CS RC P	HBC HRO	RC
Yosury	CS MP	CS MP	MP HBC RC	MP	HBC MP
Marlén	P CS MP	P C CS	P CS MP RC C	HBC	RC C CS MP

En el caso de Adaly, de 23 años con un ingreso económico fijo, tuvo cierto grado de independencia en la toma de decisiones al momento de elegir los recursos médicos durante el desarrollo de su embarazo, parto y puerperio. Su madre tuvo la función de guía y consejera, esto fue más visible con ella por ser primeriza, como también ocurrió con Suleydi, Griselda y Marlén.

Su mamá le aconsejó acudir con una partera para el acomodo del bebé y cuando se presentaron síntomas de parto fue ella quien la acompañó al HBC, donde finalmente se le practicó una cesárea. Adaly mostró tener más confianza en la medicina alópata privada y esto se debe a la atención que recibe. Hay una tendencia a la institucionalización del parto cada vez más marcada entre las jóvenes. Por otro lado influyó en ella que su familia tradicionalmente ante algún problema de salud se tratara como primer filtro con la MT. Es interesante que el papá, un reconocido curandero ubicara su función, toda vez que la curó de enfermedades tradicionales que ella padeció durante este proceso. Es decir se trata de un caso que muestra cómo se siguen compartiendo los mismos códigos culturales en las prácticas y representaciones para el cuidado de la salud materna.

El impacto que tuvo la Covid-19 en su embarazo fue el miedo al contagio y a ser internada en el HBC. En el seno de la familia se adoptaron más restricciones para realizar visitas familiares justo por el miedo al contagio.

Bertha tiene características similares a Adaly, mujer empoderada con ingresos económicos fijos, de mayor edad, con licenciatura y con experiencia de parto. Por el hecho de vivir con la familia de su marido, su cuñada y su suegra tomaban algunas decisiones sobre su salud; la suegra es una enfermera jubilada, cuestión que le facilitó el acceso y atención en el Centro de Salud. La cercanía geográfica de esta institución también fue un factor para la decisión.

Al igual que Adaly, ella distingue plenamente entre los padecimientos y enfermedades que requieren la atención de la MA con aquellas que requieren atención de la MT. Su esposo, como el de Adaly, se encontraba el mayor tiempo trabajando fuera de casa, este hecho limitó el acompañamiento en este proceso.

Al sexto mes acudió por única vez con la partera. Y como se puede observar, al igual que Adaly recurrió a los servicios de la curandera, reafirmando la importancia que tienen estos terapeutas en el cuidado de la salud materna. Cuando se presentaron los dolores de parto acudió al

HBC donde le practicaron la cesárea. La pandemia sí influyó en su embarazo limitando las visitas familiares.

Leticia, sólo habla amuzgo y es de escasos recursos económicos. Aunque vive en la misma unidad doméstica que la familia de su esposo tienen una casa aparte, ni su mamá ni su suegra fueron requeridas para cuidarla tal vez tal vez porque no era primeriza. No obstante, sí debió recurrir con más frecuencia a ambos sistemas médicos porque presentó más padecimientos y enfermedades que requerían de atención médica.

Para su acceso a la medicina alópata privada tuvo como limitante el recurso económico. De acuerdo a su historial clínico su primer recurso siempre fue la MT. A diferencia de Adaly y Bertha quienes por su solvencia económica transitaron entre uno y otro sistema médico.

Las mujeres multíparas identifican los partos que conllevan riesgos y que necesariamente necesitan ser atendidos en un hospital, la mayoría de las veces en uno particular. La Covid-19 influyó en la toma de decisiones de Leticia, quien mostró renuencia para acudir al HBC para el control prenatal y para el parto por el miedo al contagio, sin embargo, por lo riesgoso, apresurado y falta de recursos económicos no tuvo opciones, su parto fue por cesárea en el hospital regional de Ometepec.

Suleydi es primeriza y menor de edad a diferencia de Leticia. Es ama de casa, no tiene ingresos económicos propios, depende del esposo. Vive en casa de su mamá, y fue ella quien tomó las decisiones relacionadas con el cuidado de su salud. Primeriza como Adaly, con residencia en casa de los padres, con ausencia de su esposo, por ello la figura materna fungió como cuidadora. Debido a sus padecimientos recurrió con más frecuencia a ambas medicinas. La elección entre una y otra dependía del tipo de padecimientos. En la medicina alópata privada invirtió muchos recursos que concluyó con una cesárea en un hospital particular. La diferencia con todas las demás es que ella no acudió con una partera porque sus maniobras las consideraba riesgosas. La Covid-19 influyó sobre todo en lo que refiere al acceso al HBC por el miedo al contagio y al aislamiento.

Gaby primeriza también. Como Leticia es de escasos recursos, no tiene estudios ni un ingreso monetario fijo, reside en la unidad doméstica de su marido, por ello la suegra fue la encargada de cuidar su salud. A diferencia de Suleydi y Adaly a ella su esposo sí la acompañó durante el embarazo, le preparó brebajes y durante el trabajo de parto la apoyó siguiendo las indicaciones de

la partera. Como principal recurso médico acudió a la MT, pero sólo fue ocasionalmente, pues sus padecimientos no fueron muchos. A diferencia de Suleydi y Adaly ella tuvo su control prenatal con una partera de forma más continua, similar a Leticia. El trabajo de parto ocurrió en su casa. La elección entre uno y otro sistema médico dependió del tipo de padecimientos o enfermedades. La pandemia determinó su acceso a las unidades de salud pública por miedo al contagio.

Aveida, es múltipara, sólo habla amuzgo y con estudios de primaria. Es ama de casa y depende del ingreso económico de su marido. Tiene la misma caracterización que Leticia. Aunque económicamente la familia de su marido tiene más estabilidad que la de Leticia o Gaby. Vive en la unidad doméstica de su marido, su suegra y su marido fueron los encargados de cuidar su salud, similar a Gaby, aunque ella ya contaba con experiencia de trabajo de parto. Su suegra fue su consejera.

Su principal recurso fue la MT. Su parto fue en casa. Al igual que Leticia presentó múltiples malestares que requirieron de tratamiento médico. La elección de a quién y cuándo recurrir fue determinada por el tipo de padecimiento. Por ejemplo para la cura de espanto recurrió con un curandero y para el tratamiento de la Covid-19 fue con un médico alópata. En este sentido al igual que las demás distingue bien el límite de uno u otro sistema médico. La pandemia sí determinó el desarrollo de su embarazo, ya que uno de los motivos por los cuales no quería acudir al hospital para la atención de la Covid-19 fue el miedo al contagio.

Enedina tiene la misma caracterización que Gaby, los cuidados de su salud materna estuvieron a cargo de su suegra. Aunque a diferencia de ella su marido estuvo ausente. Tuvo como principal recurso los remedios caseros y curanderos. Su parto fue natural, en casa, bajo los cuidados de una partera. Su suegra había elegido que su parto ocurriera en el HBC sin embargo por la demora en su atención finalmente se regresó y parió en casa. Al igual que las demás embarazadas ella distingue el tipo de enfermedades o padecimientos que requieren de atención médica alópata con las que requieren de la MT. Un factor que limitó su acceso a las unidades de salud público fue la distancia a la que reside, a diferencia de otras embarazadas que viven relativamente cerca. También la pandemia influyó en su acceso a las unidades de salud público, en el sentido de que ella tuvo miedo al contagio y al ser internada en estas unidades de salud.

Griselda vive en casa de sus padres, y los cuidados de su salud materna estuvieron a cargo de su mamá. Su familia y la de su esposo son médicos tradicionales. Esto influyó en los cuidados de su salud materna y frecuentemente usó la MT como medida preventiva. Ante la falta de recursos económicos su acceso a la MA se limitó a la atención prenatal y a la realización de los estudios clínicos que el personal médico le requería.

Por diagnóstico de su madre y su suegra determinaron que “por ser una mujer vieja” su parto corría riesgos y debería parir en un hospital público como finalmente así ocurrió. Y como ellas lo manifestaron si tuvieran los recursos necesarios elegirían un hospital particular. La pandemia por la Covid-19 sí determinó su acceso al servicio de salud público porque ella acudió con renuencia al control prenatal por el miedo al contagio.

En el caso de Alejandrina lo que la distingue de las demás informantes es su espacio de residencia, ya que ella vive en casa propia. Al igual que Bertha, Aveida y Griselda es considerada en la comunidad como “una mujer vieja” para el embarazo. Su caracterización es similar a la de Leticia, la única diferencia es que ella habla el español y terminó la secundaria. Tuvo el control prenatal con una partera aunque su parto se realizó en el hospital público. Su madre fue su consejera y guía, al igual que otras informantes ella tomaba decisiones en torno a la salud de ella. Su primer recurso médico fue la MT.

A semejanza de las demás, ella distingue las limitantes de este sistema médico, pero reconoce también sus fortalezas y su importancia. Lo que determinaba el acceso de uno u otro sistema médico era el tipo de padecimiento o la persistencia de la enfermedad. Acudió mensualmente al control prenatal en el centro de salud y para los análisis clínicos recurrió a consultorios particulares. La pandemia por la Covid-19 influyó en la decisión de ir al hospital por el miedo al contagio. Además, al igual que Bertha, Griselda y Leticia manifestó haber recibido maltrato físico y verbal por parte del personal de salud, lo cual se añadió al miedo.

Yosuri fue la única mujer mestiza entrevistada. Ella no acudió con la partera para el control prenatal pero sí usó los servicios de un curandero, aunque en menor medida, así como la herbolaria casera. Se destaca que fue la única que manifestó haber establecido una buena comunicación y buena atención de parte del personal médico de la comunidad. Hubo diferencia en el trato por el hecho de hablar español y compartir los mismos códigos culturales que el personal médico. Éste

es un ejemplo de que en las comunidades amuzgas el enfoque intercultural aún no lo ejercen los profesionales de la salud.

Por otro lado, al residir en casa de los padres del marido, su suegra fue su consejera. En momentos determinantes del proceso de embarazo las decisiones de su mamá también fueron importantes. La pandemia influyó en su acceso a los servicios de salud porque al presentar síntomas recurrió a un consultorio particular y no quiso ir al HBC. Sin embargo, finalmente fue trasladada a este centro hospitalario.

Marlén vive con sus padres. Contó con apoyo de su mamá y abuela, ésta es una partera-curandera quien la acompañó todo el tiempo de su control prenatal, no obstante, por el diagnóstico que se le hizo decidió acudir al hospital para el parto. Manifestó que si no hubiera sido por eso, hubiera preferido parir en casa. Durante el proceso de embarazo usó ambos sistemas médicos al igual que las demás entrevistadas, puesto que acudió con curanderos para tratar enfermedades tradicionales. Acudió mensualmente a su control prenatal al centro de salud y para los análisis clínicos al consultorio particular. Ella manifestó preferir la atención de un médico particular. A pesar de lo anterior su parto se llevó a cabo en el HBC.

Conclusiones

Los casos demuestran que las embarazadas interactúan con ambos sistemas médicos en el desarrollo del EPP. Tanto las embarazadas como las parteras distinguen entre las enfermedades tradicionales que requieren de atención de un curandero o la medicina herbolaria casera, de aquélla que precisa de atención médica hospitalaria, así como el momento en el que debe ocurrir. Ninguna de las entrevistadas menospreció la efectividad de la MA, la renuencia en el uso de este recurso se debió, sobre todo, al trato que recibían del personal de salud y al contexto excepcional de la pandemia que asociaba el hospital como un centro de potencial contagio y de aislamiento de la familia.

El factor económico es también una variable importante. Para aquellas mujeres con limitaciones la atención de un médico particular no fue una alternativa, aunque todas tuvieron que acudir a una unidad médica privada para realizarse análisis clínicos, especialmente el ultrasonido. A varias mujeres este hecho les generó un gasto excesivo.

Se observaron varias tendencias. La primera, que las mujeres embarazadas con posibilidades económicas usan más el servicio médico privado. Ello se debió a los factores antes mencionados.

La segunda: la institucionalización del parto, en el caso de las mujeres son canalizadas a los servicios de salud públicos. En estas unidades de salud, ellas y sus familiares pierden la capacidad de decisión, se convierten en pacientes y no en sujetos de derechos, porque los médicos determinan cuándo se requiere de cesárea, situación que ocurre con la mayoría de las embarazadas que ingresan. Una vez adentro de estos hospitales la atención es meramente biologicista, impidiendo la entrada de familiares que estuvieron acompañando a la embarazada durante todo el proceso.

Las mujeres amuzgas carecen de empoderamiento y de conocimiento sobre sus derechos humanos, sexuales y reproductivos; desconocen también el procedimiento legal que deben de llevar para presentar una denuncia ante los maltratos.

Las parteras, quienes más contacto tienen con las embarazadas, además de la función obstétrica, cumplen la función de ser consejeras y acompañantes del proceso de gestación y parto, así como de establecer cuando el embarazo es de riesgo y requiere atención médica, lo cual genera tranquilidad y confianza en las mujeres, liberándolas de la ansiedad que a veces experimentan.

En este caso el patrimonio lo identificamos en el proceso que actualiza la MT, el cual comprende tanto la construcción cultural de en qué momento una persona precisa de atención por terapeutas, el acompañamiento que éstas realizan, y las recomendaciones que hacen, así como el involucramiento de más miembros de la familia, que en conjunto y en términos generales contrasta con la percepción que se tiene de la atención médica y hospitalaria.

La MT no es un patrimonio puro, sin interconexiones con la MA, por el contrario, se trata de un patrimonio mestizo, híbrido, intercultural, que se beneficia de las capacitaciones y contacto de terapeutas con el sistema de salud occidental, y por ende, más que ser una acción, una práctica o un objeto, es un proceso que se actualiza en contextos específicos.

Referencias

AGUIRRE Pérez, Irma Guadalupe, **Monografía del pueblo amuzgo de Oaxaca y Guerrero**. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México, 2018.

CONAVE. Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica. “Aviso epidemiológico”. México, 2020. Disponible en:

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/570613/AE_embarazo_COVID-19_CONAVE_CNEGSR.PDF . Acceso en: 27 de julio de 2022.

CONEVAL. “Grado de rezago social”. México, 2020. Disponible en:

<http://sistemas.coneval.org.mx/DATAMUN/dato-actualizado?e=12&m=12071&sg=5&g=27> . Acceso en: 27 de julio de 2022.

CHALMERS B., MANGIATERRA V., PORTER R. (2002). “Principios de la organización mundial de la salud en el cuidado perinatal: Lineamientos esenciales en el cuidado de la salud antenatal, perinatal y del postparto”. **Boletín electrónico del CLAP/OPS/OMS**, No. 14. Febrero. México. Disponible en: [Microsoft Word - Principios de la OMS Atención del Parto.doc \(www.gob.mx\)](http://www.gob.mx). Acceso en: 27 de jul de 2022;

DELANDA, Manuel. “Deleuzian Social Ontology and Assemblage Theory”, en **Deleuze and the social**. Fuglsang, M., y B. M. Sorensen. Edinburgh University Press, 2006. Pp. 250-267.

ESPINOSA Damián, Gisela (coord). **Protocolo de Investigación de Muerte Materna**. Secretaría de la Mujer. Instituto Nacional de las Mujeres. México, 2008.

GARCÍA Barrios, Cecilia y Castañeda Camey, Xóchitl. **Percepción de las parteras sobre factores de riesgo reproductivo**. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, 1993.

GARDUZA Pino, Rosa María y Rodríguez Balam, Enrique. “El proceso salud-enfermedad-atención en Kaua: Entre el sistema médico alópata y el tradicional” en **Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatán de hoy**. QUATTROCCHI, Patrizia, GÜEMEZ Pineda, Miguel (coord.) Asociación de Investigaciones Etno-Antropológicas y Sociales de Trieste, México, 2007.

LERÍN Piñón, Sergio. **Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta**. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Desacatos, núm. 16, otoño-invierno. México, pp.111-125, 2004.

MARIE-JEANNE Demol, Céline. **Protección y cura. Medicina Tradicional en Comunidades Negras de la Costa Chica, Oaxaca**. Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad. UNAM, México, D.F., 2017.

ROTMAN, Mónica Beatriz. “El patrimonio de pueblos mapuches de Neuquén desde las perspectivas de sus habitantes, de las instituciones estatales y del mercado” en **Patrimonio y cultura en América Latina: Nuevas vinculaciones con el estado, el mercado y el turismo y**

sus perspectivas actuales. Hernández López, José de Jesús; Mónica Beatriz Rotman y Alicia Norma González de Castells. Universidad de Guadalajara. Guadalajara. Pp. 19-34.

SESIA, Paola María. **Medicina tradicional, herbolaria, y salud comunitaria en Oaxaca.** Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Gobierno del Estado de Oaxaca, México, 1992.

SUÁREZ, Karina. “La muerte materna en México registra las peores cifras en dos décadas debido al coronavirus”. **El País.** México, 10 de febrero de 2022. Disponible en: <https://elpais.com/mexico/2022-02-10/la-muerte-materna-en-mexico-registra-las-peores-cifras-en-dos-decadas-debido-al-coronavirus.html>. Acceso en: 27 de julio de 2022

ZOLLA Luque, Carlos. **Mujeres, saberes médicos e institucionalización** en la Condición de la Mujer en el Espacio de La Salud, Juan Guillermo Figueroa Perea (ed.). El Colegio de México, México, pp. 167–98, 1998.

Recebido em 09 de junho de 2022 | Aceito em 26 de julho de 2022



Esta obra está licenciada
conforme Creative Commons
Atribuição 4.0 Internacional