

# Embarazo adolescente: aristas bioculturales que coercionan la atención obstétrica garantizada

---

Pedro Yañez Moreno  
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores  
en Antropología Social de Occidente

## Resumen

La presente investigación busca identificar los efectos de la atención al embarazo adolescente a través de las prácticas formales institucionales que tratan de brindar un buen cuidado obstétrico en zonas rurales e indígenas de México. El estudio es descriptivo, adscrito a la antropología médica crítica, y se centra en una localidad de Oaxaca con población indígena chinanteca que vive en situaciones de muy alta marginación.

Palabras clave: embarazo adolescente, indígenas, atención obstétrica.

## Abstract

The research seeks to identify the effects of adolescent pregnancy care through formal institutional practices that seek to provide good obstetric care in rural and indigenous areas of Mexico. The study is descriptive appointed to critical medical anthropology and focuses on a town in Oaxaca with Chinanteca indigenous population who live in highly marginalized situations.

Keywords: adolescent pregnancy, indigenous people, obstetric care.

## Introducción

Las prácticas formales institucionales referentes a la atención del embarazo se enmarcan en las acciones médicas que tienen el objetivo de relacionar la competencia técnica, en conjunto con la competencia relacional y cultural, para vigilar la evolución del embarazo, detectar riesgos y prevenir las complicaciones de la madre que se pueden extender a su bebé al momento del parto (Almaguer *et al.*, 2014).

En México, según la NOM-007-SSA2-2016, "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio", dichas acciones médicas pue-

den prevenir los daños obstétricos si se llevan a cabo correctamente los procedimientos para la atención que se requiere, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, el cual supone reconocer a tiempo algún tipo de violencia en sus diferentes formas y que pueda incrementar el estado de vulnerabilidad durante el embarazo. Una acción más es la realización de actividades eminentemente preventivas, como la detección de enfermedades concomitantes, y finalmente, las indicaciones que guían hacia la eliminación de prácticas que pueden afectar los cuidados obstétricos esenciales (CNDH, 2016).

Aun cuando se tiene en cuenta que los factores sociales, económicos, educativos y culturales de las mujeres en edad reproductiva se tensan en el Sector Salud, y que existen numerosos estudios que visibilizan e, incluso, encuentran soluciones para mejorar la atención obstétrica, como aquellos monitoreos que ponen el reflector en las atenuantes deficiencias estructurales que a menudo impiden al personal de salud ejercer correctamente su trabajo, y que acentúan el seguimiento de las políticas públicas, los programas y servicios, siguen faltando las garantías en el reconocimiento de la violencia institucional durante la atención obstétrica.

Lo anterior sirve para nombrar la coerción que viven las mujeres durante el embarazo, el parto y puerperio, a falta de garantías en los Derechos Humanos orientados a la equidad, las relaciones de género y el acceso a la atención obstétrica, además del derecho a abortar (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010; Freyermuth, 2015; Cempag, 2020; Sesia, 2017).

Ese cúmulo de coerciones ya de por sí conocidas en otras literaturas (Goberna y Boladeras, 2018) que versan, por ejemplo, en el daño físico y psicológico producto de la medicalización del cuerpo de las mujeres a punto de parir que llevan a la ruptura de las membranas y la dilatación forzada del cuello uterino para adelantar el parto, la cesárea, cuyas secuelas físicas y psicológicas persisten, así como el consentimiento informado impuesto para la anticoncepción en la práctica médica de los servicios de salud, dan como resultado la violencia obstétrica, entendida como un ejercicio (por parte del personal de salud) de sufrimiento innecesario, maltrato y riesgo de muerte, insatisfacción generalizada e imposición a decidir dónde y cómo se quiere parir (Anaya *et al.*, 2008; García *et al.*, 2010; Villanueva, 2010).

De manera particular, en las niñas y adolescentes se realza la falta de autonomía y capacidad de decidir sobre su sexualidad y sus derechos reproductivos, por las garantías que el Estado no brinda al considerarlas como inferiores e ignorantes, lo que impide llevar a cabo las formas legales, jurídicas y judiciales para actuar sobre la violencia institucional.<sup>1</sup> Esto último explicaría los

<sup>1</sup> La violencia institucional son el conjunto de normas y procedimientos institucionales, así como los actos u omisiones que las y los servidores públicos generan para subordinar y menospreciar

motivos por los cuáles existen escasas demandas contra estos tipos de violencias, pero además ignoran el lugar de procedencia, el grado de marginación que vive la familia y la lengua materna como símbolo identitario.

## Embarazo adolescente: algunas causalidades

El embarazo a temprana edad o adolescente en México<sup>2</sup> es un fenómeno multicausal que resulta de desventaja en las niñas y adolescentes, debido al impacto negativo que conlleva el desarrollo de toda la vida en su conjunto y por sus aspectos afines a los patrones culturales (Ehrenfeld, 1999).

Cuando el embarazo ocurre, la vida de las menores corre peligro al estar comprometido el proceso de desarrollo bio-psico-social (crecimiento, madurez y contexto). El principal motivo por el que sucede es debido a que no se les respeta sus Derechos Humanos, los cuales consisten en el cuidado, protección y educación como proyectos de vida (CNDH, 2019).

Dicho proceso bio-psico-social se considera presente por la identificación de riesgo<sup>3</sup> en que se encuentra una menor que puede ser abusada, lo que resulta un problema de salud pública por los efectos físicos y psicológicos, dado que en términos de atención al embarazo adolescente, los servicios de salud no son adecuados para el manejo de urgencias y sí insuficientes en infraestructura, pero además algunos de los profesionales de la salud no pueden manejar las complicaciones obstétricas, toda vez que carecen del conocimiento para intervenir y comprometen la salud de las madres menores de edad y de sus hijos (Flores *et al.*, 2017; Sánchez y Montoya, 2019).

El embarazo a temprana edad está relacionado con la violencia sexual, con relaciones sin protección o matrimonios forzados, lo que demuestra que el número de niñas y adolescentes preñadas no ha disminuido desde la década 1990. Eso sí, las causas indirectas de complicación obstétrica<sup>4</sup> parecen haberse incrementado (Nove *et al.*, 2014; Flores *et al.*, 2017; Morales *et al.*, 2018; Ipas México, 2018).

---

los Derechos Humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia (Almaguer *et al.*, 2014).

<sup>2</sup> Ya sea que se hable de embarazo en adolescentes o a edades tempranas, su enunciación ratifica como adolescentes a las edades comprendidas entre los 10-19 años, edades que se dividen en primera adolescencia (10-14 años), y segunda adolescencia (15-19 años) (CEAMEG, 2010).

<sup>3</sup> "El riesgo es la probabilidad cuantificable de que se produzca un acontecimiento adverso con consecuencias trágicas o negativas para el ser humano". En ocasiones no es posible vivir el riesgo directamente, y no puede ser comprendido sin la mediación del conocimiento, por lo que puede ser trivializado o negado antes de experimentarse (Farré, 2005: 103).

<sup>4</sup> Las causas indirectas son aquellas que pueden resultar de afecciones no obstétricas, como las cardiopatías, o las afecciones endocrinas, gastro-intestinales, del sistema nervioso central, neoplasias, entre otras (véase la *Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM*, 2012).

Un estudio realizado que buscaba conocer el registro de partos en primigestas señala que las niñas mexicanas de 10-14 años tuvieron un promedio de 28 bebés nacidos al día (Valadez, 2019). Por si fuera poco, estas menores de 15 años tienen probabilidades marcadamente más altas de padecer eclampsia, anemia, hemorragia posparto, y endometritis puerperal, pero además sufren la complicación de parto obstruido, ya que sus huesos pélvicos todavía se están formando causando cuatro veces mayor riesgo de muerte materna en comparación con las mujeres de 20-24 años en proceso de alumbramiento (Neal *et al.*, 2012).

Estimaciones internacionales que proyectan la mortalidad materna señalan el incremento de muerte en las adolescentes de 15-19 años de hasta 28%, en comparación con las mujeres mayores de 20 años, y está atribuido a causas externas y/o sus secuelas; es decir, resulta de la pobreza y la escasa educación en muchas ocasiones<sup>5</sup> (Nove *et al.*, 2014).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2009), la muerte materna y las circunstancias de los embarazos en niñas y adolescentes se asocian a la pobreza, las pocas oportunidades educativas y la falta de cuidado que, en conjunto, influyen en el comportamiento sexual y reproductivo.

Estas circunstancias, aunque previsible, no abordan la complejidad del embarazo en las menores de edad, toda vez que la alta probabilidad de lesiones y muertes sucede porque:

[...] los cuerpos más jóvenes no están plenamente desarrollados para pasar por el proceso del embarazo y el parto sin consecuencias adversas. Las madres adolescentes se enfrentan a un riesgo más alto de parto obstruido que las mujeres de veinte y tantos años. Sin una atención obstétrica de urgencia adecuada esto puede conducir a la ruptura del útero, que conlleva un alto riesgo de muerte tanto para la madre como para el bebé. Para aquellas que sobreviven, el trabajo prolongado de parto puede causar una fístula obstétrica, que es un desgarramiento entre la vagina y la vejiga o el recto, que provoca fuga de orina o heces (OMS, 2009).

No obstante, y a sabiendas de que el conjunto de variables biológicas (de crecimiento) se evidencia para comprender el riesgo de muerte entre las primigestas, las variables culturales resultan coercitivas en el contexto rural indígena y en condiciones de alta marginación (así se inscribe este trabajo), como una carga adicional que impide intervenir en la atención de la propia maduración mental de la niña o adolescente, ya sea por considerar el embarazo como

<sup>5</sup> Los factores sociales y económicos pueden ser entendidos como causas externas que pueden derivar en muerte materna. Lo anterior tiene relación con lo que Salazar y colaboradores (2015) refieren como resultado de las condiciones de pobreza y baja educación de un país.

una transición hacia la vida adulta o figurar la propia identidad de la mujer como reproductora de vida, aun cuando se trate de niñas.

Por la poca posibilidad que tienen las menores de decidir sobre su vida y más particularmente del embarazo no deseado, estudios al respecto señalan que parte de la mortalidad y la morbilidad severa es atribuida a los abortos inseguros y a la mala atención obstétrica cuando buscan la interrupción (Nove *et al.*, 2014). Para Noemí Ehrenfeld, algunos factores que impiden la posibilidad de elegir un aborto seguro y/o que complican la atención al embarazo son:

La ignorancia, la falta de servicios médicos o la imposibilidad de acceder a ellos, recurrir a prestadores inadecuados, el retraso en tomar la decisión de abortar y poder llevarlo a cabo, el miedo y la vergüenza, la falta de recursos emocionales y económicos, todo esto conlleva a que el aborto sea un problema crítico (Ehrenfeld, 1999: 224).

De este modo se explica en parte por qué las niñas y adolescentes son particularmente vulnerables en términos sociales y biomédicos (Stern, 1997), puesto que presentan barreras para expresar sus necesidades, acaso por la "mayor probabilidad de no tener educación alguna o un nivel de educación bajo, de no tener una ocupación, de ser solteras y de no tener derechohabencia" (Urbina *et al.*, 2017: 712), y por estar situadas en un contexto que no las protege, y que los sistemas normativos indígenas no castigan el abuso sexual.

## Marco teórico

Considero la condición étnica como un factor que construye las diferencias culturales y sociales en la vida de las personas, y determina la evolución de las formas naturales, físicas, económicas, ecológicas, políticas, técnicas, ideológicas, educativas e institucionales de un grupo social. Lo étnico es, en la mayoría de casos, discriminatorio porque la experimentan quienes la padecen en forma de violencia simbólica, cotidiana y política (Bourgois, 2002). Lo anterior genera vulnerabilidad y reproduce los roles de desigualdad social<sup>6</sup> que dañan permanentemente a las personas, pero particularmente a las niñas, niños y adolescentes que inician su proyecto de vida.

En el caso de las niñas y adolescentes indígenas que son abusadas sexualmente, se presenta el embarazo como una condición no deseada que se enlista en el proyecto de vida y en articulación con "las vulnerabilidades compresión-

<sup>6</sup> La desigualdad social es evidente y merecería un estudio detallado y en profundidad ante las cuestiones de intersectorialidad y embarazo adolescente no deseado, por lo que aquí se piensa en el pleno reconocimiento de las necesidades de atención obstétrica y dentro del sistema normativo, en su concepción integral, a fin de alcanzar una distribución justa de los recursos para la salud (para mayor conocimiento del concepto intersectorialidad, léase a Ayres, Paiva y Franca, 2018).

vas” y significadas que están mutuamente relacionadas con los aspectos individuales, sociales y programáticos, que aumentan la aflicción y la enfermedad (Pechueny *et al.*, 2018: 27).

En el presente artículo, los marcos analíticos se sustentan como parte de la experiencia vital de las mujeres desde la vulnerabilidad en salud (Farmer, 2001). Un marco de referencia es aquél situado en la comprensión de que mientras sean limitados los recursos de las familias, mínimas serán las capacidades de respuesta para evitar y librar una situación desfavorable (Pizarro, 2001). Otro marco está relacionado con la noción de cuidado institucional, el cual se brinda a “los vulnerables” (Goodin, 1985), y que resulta útil para recordar las inconsistencias que guían la atención obstétrica con propósitos claros, definidos y aceptables.

Dichos marcos, que incluyen la capacidad de respuesta de los vulnerables, permiten cuestionar ¿cómo se pueden identificar los procesos bioculturales que inciden en la problemática de la atención al embarazo en un sistema de prácticas culturales?

Esta pregunta se explica por los acontecimientos adversos que dan contexto al embarazo adolescente y sitúa a las menores indígenas dentro de sus necesidades propias. Dicho de otro modo, los elementos de comprensión y análisis del fenómeno del embarazo adolescente en contexto indígena se logran tras el poder explicativo que otorgan las variables bioculturales.

Por ello, en el presente artículo se buscó identificar la atención del embarazo adolescente a través del enfoque biocultural en la región de la Chinantla, Oaxaca. Esto permite comprender las condiciones estructurales (económicas y socioculturales) en que vive una comunidad indígena de habla chinanteca, donde se mantienen los sistemas de creencia y el conocimiento médico tradicional para interpretar las afecciones corporales.

El enfoque biocultural, para el tema “embarazo adolescente”, se explica desde el conocimiento y las prácticas locales que generan una serie de interpretaciones para conjuntar “las formas complejas de la satisfacción de las necesidades básicas humanas o fisiológicas con aportaciones de la vida social y su cultura” (Peña, 2009: 26).

Si bien en términos concretos existe información relevante proveniente de una investigación de mediano plazo iniciada en 2018, que permite comprender la incidencia/prevalencia de la muerte materna en mujeres indígenas del estado de Oaxaca,<sup>7</sup> esta propuesta se enmarca en una investigación antropológica médica de 2019, que fue interrumpida por la pandemia por coronavirus.

<sup>7</sup> La investigación a la cual me refiero proviene del Proyecto Número 1978 “Vulnerabilidad al VIH-Sida y a la muerte materna entre poblaciones indígenas y migrantes en los estados de Chiapas y Oaxaca. Identificación de problemáticas y promoción de la mejora de políticas, programas y servicios institucionales de prevención y atención del sector salud y educativo”.

En este sentido, se trata de un estudio que a pesar de sus alcances generalizables, sólo brinda la posibilidad de formular explicaciones centradas en reconstruir un estudio de caso de embarazo en una niña chinanteca de 12 años.

## Metodología

El estudio es descriptivo interpretativo adscrito a la antropología médica crítica, la cual se interesa por comprender las relaciones de poder y las desigualdades sociales en relación con el impacto de la salud-enfermedad-atención, prevención y muerte de un grupo social determinado, lo que supone captar, desde el campo de las representaciones, las actitudes y creencias en torno a los Derechos Humanos y las implicaciones que se presentan durante el embarazo adolescente. Los procesos bioculturales, en este sentido, integran variables que se encargan de explicar los significados que se pueden reconocer desde los propios actos de la sexualidad y la reproducción.

Lo anterior se complementa con trabajo de campo, que se explica no sólo como una práctica de generación/recolección de información, sino que promueve el registro de las interpretaciones de la diferenciación subjetiva *emic-etic* de las niñas y las adolescentes indígenas que se recuperan como proceso; es decir, dentro de los intereses y formas de organización; a las aspiraciones individuales y colectivas, la vida cotidiana, las relaciones erótico-afectivas, la organización familiar, la salud-enfermedad, prevención y muerte, así como las prácticas y representaciones entre biología y cultura (Peña, 2007).

Esto debido a que los estudios antropológicos y de distintas ciencias sociales han revelado dimensiones sociales cruciales en la estrecha relación que tienen las mujeres frente a la desigualdad socioeconómica, de género y étnica; relaciones de poder y dinámicas de generación en los hogares que influyen en el comportamiento de búsqueda de salud y toma de decisiones (Sesia, 2017).

## El uso de la etnografía para documentar y narrar

En función del acercamiento a una situación con intermediarios de traducción, fue necesario revisar el proceso de investigación para aportar la demarcación del lugar de estudio, y con ello proponer los principios de la producción etnográfica, que consisten en la ética o responsabilidad profesional para normar las maneras de hacer antropología, tomando en cuenta el respeto de la otredad en todo momento y manteniendo el anonimato de las personas. El principio bioético estuvo dado por el respeto de las poblaciones vulnerables, y que para este caso resultaban visibles, por lo que carecían de recursos o autonomía y se encontraban en una posición de dependencia, provocando que en ocasiones no pudieran hablar por sí mismas (Sieber y Tolich 2013).

De ahí que entiendo el trabajo de campo como un proceso creativo que permite capturar la realidad que se presenta en forma de hechos sociales, los

cuales se deben transformar en preguntas precisas, y éstas deben estar acompañadas por el respeto a la opinión y las maneras en que se desenvuelven las personas al momento de conversar sobre algo (Ramírez, 2010).

En función del tipo de entrevista semiestructurada es que se buscó reformularla en algunos temas, dejando a las personas entrevistadas que se extendieran en su discurso, lo que identificó las vivencias en términos respetuosos y no ofensivos, siempre escuchando y no cortando el relato. De este modo, al escuchar se identificaron pesquisas sobre la vida social. Se puede decir que el estudio de caso se ubica en un contexto de vida real, resultado de una investigación empírica que aborda un fenómeno contemporáneo (Yin, 1994).

El consentimiento informado en la investigación fue dado a las personas y se leyó en voz alta y de manera pausada, y en ocasiones se resumió para que se pudiera traducir, por lo que no se perjudicó ni alteró la vida, mucho menos se desvirtuó el comportamiento. La principal crítica al estudio es la falta de comprensión del idioma chinanteco, desvirtuándose de inicio la interacción cara a cara, y por ello se pidió el apoyo de traducción a las promotoras de salud que eran bilingües al momento de visitar las casas donde vivían las mujeres. Esto alteró las respuestas, porque el sentido de intimidad se perdió por el contacto de una tercera y hasta cuarta persona durante la entrevista.

No obstante, la finalidad fue la de “describir las relaciones complejas entre prácticas y significados para unas personas concretas sobre algo particular” (Restrepo, 2016: 17), lo que representa la aprehensión narrativa derivado del pensamiento, la imaginación y la creatividad de los sujetos para significar su vida diaria.

El trabajo de campo se llevó a cabo en 2019, y las entrevistas fueron hechas a un partero, una promotora de salud, y varias mujeres de diferentes edades, para generar el contexto. Llama la atención el caso de una menor que tuvo que ser trasladada de emergencia por helicóptero al municipio de San Ildefonso Villa Alta, fecha en que las intensas lluvias de 2018 provocaron un enorme alud y dejaron incomunicada a la población de San Juan Petlapa.

## Área de estudio

De las características de la región del Papaloapan se considera que San Juan Petlapa (cuyo topónimo significa “En el agua de las esteras”) se sitúa a 2 400 msnm, en la boca de la cadena montañosa que da origen a la Sierra Mixe, con un elevado volumen de precipitación pluvial (3 250 mm), que se acrecienta en los meses de julio a septiembre. El cultivo de la región se considera de temporal, es decir, se siembra maíz, frijol, y chile principalmente, aunque también se cosecha piña y ajonjolí, caña, café, chayote, calabaza, camote y tomatito. Los terrenos de cultivo son inclinados y se les nombra “rejoya”, por ser lugares donde el agua de las lluvias pasa sin afectar los cultivos. El acceso a la co-

munidad es por terracería o herradura, y la única vía de acceso principal es un camino que conecta con la cabecera de San Idelfonso Villa Alta, con un recorrido de aproximadamente 50 kilómetros.

San Juan Petlapa se rige por sistemas normativos indígenas y concentra una gran población hablante de chinanteco, la lengua materna.<sup>8</sup> Las mujeres en la comunidad visten generalmente un vestido colorido, y las niñas y las más longevas siguen caminando descalzas. Los hombres, en cambio, portan pantalón casual, camisa de manga larga y huaraches. Se ubica en la región del Papaloapan, en Oaxaca, que colinda al oeste con Santiago Camotlán, al sureste con Santiago Choápam, al suroeste con San Idelfonso Villa Alta, y en el noroeste-este con Santiago Jocotepec. Según la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol, 2013), registra 3 117 habitantes distribuidos en siete localidades (INEGI, 2020), y es considerado un municipio con muy alto grado de marginación y con mayor porcentaje de población en situación de pobreza extrema (Coneval, 2011).

El nivel de escolaridad es muy bajo debido a la falta de maestros en la localidad, y el promedio de su estancia es de dos a tres meses. Para el caso de doctores o doctoras se considera la pasantía como el único medio para garantizar el acceso a la atención médica, sólo que la presencia del personal es limitada a seis meses. Existe la basificación de una enfermera de la comunidad, la cual ha tomado cursos de enfermería, pero no tiene la profesión.

## Llueve sobre mojado

Martina es una menor de 14 años que cursó hasta el quinto año de primaria, es madre soltera, es indígena, habla chinanteco y entiende el lenguaje español. Vive con su hija, sus padres, dos hermanos y dos hermanas. Los ocho integrantes de la familia habitan una casa con tres cuartos para dormir, construidos con block, losa y piso de cemento. Disponen de luz eléctrica, agua entubada y letrina, pero no poseen electrodomésticos. La mamá de Martina no supo que estaba embarazada, sino que fue notificada por la enfermera de la clínica. La menor no quería embarazarse.<sup>9</sup>

La mamá de Martina fue quien se encargó de dar seguimiento a las consultas prenatales. Tuvo en total seis en la clínica de la comunidad y cinco en el hospital de Villa Alta para practicarse el ultrasonido. Esto porque contaba con el Seguro Popular. Así que pudo acceder a los servicios y medicamentos que le proporcionó el médico en turno, como hierro, ácido fólico, estudios de sangre y orina, y la prueba de sífilis, aunque no le practicaron la prueba de VIH-sida. Du-

<sup>8</sup> Los chinantecos se llaman a sí mismos *tsa ju jmi'*, que significa gente de palabra antigua (sic, 2019).

<sup>9</sup> Por el tipo de entrevista donde participaron la mamá y la promotora de salud, no pude preguntar directamente la edad del padre.

rante las consultas en el hospital técnicamente le tomaban la presión, la pesaban, la medían junto con el crecimiento de su vientre, escuchaban el corazón del producto e, incluso, le acomodaban el bebé.

Sin embargo, no recibió buen trato en la clínica de su comunidad, mucho menos le explicaron cómo se encontraba su estado de embarazo. A eso se agrega que ella no hablaba, porque le daba pena, y por la misma razón no supo transmitir su estado de salud.

Así transcurrieron los meses hasta que San Juan Petlapa quedó incomunicado por las lluvias que se registraron todo el mes de octubre y provocaron un alud, dejando incomunicado el pueblo. Se cuenta que el único paso era por senderos que comunicaban a las poblaciones circunvecinas de Yahahui y Metlapa, donde se podían conseguir alimentos.

La mamá de la menor narra que hubo un derrumbe que dejó incomunicado el camino de terracería que conectaba a San Ildefonso Villa Alta. Se supo días después que, la cabecera al estar incomunicada, iría un helicóptero a dejar víveres.

Martina recuerda que la aeronave llegó un día a dejar víveres y se asustó al saber que por el embarazo que presentaba (39 semanas), las autoridades iban a pedir que se la llevaran al hospital, por lo que ella empezó a "latir" y le vinieron los dolores del parto que se concentraron en su vientre. La menor no quería subir al helicóptero, pero, además, el ejército mexicano no tenía autorización para trasladar a personas civiles, ya que sólo iban a dejar despensas, por lo que tuvieron que negociar y suplicar para que la trasladaran de emergencia. Martina lloraba y no quería subirse, pero su abuela la convenció y así lograron el puente aéreo. Así lo recuerda Ofelia, la mamá de Martina:

Dijeron que iba a venir el helicóptero de la ambulancia y por ello es que ella pensó que era el que venía por ella, y por eso nosotros bajamos allá donde se sentó el helicóptero. Eso cuando llegamos nosotros ahí, era de los soldados, que llevaba[n] despensa, y como ella se asustó y empezó con el dolor, y por eso los obligaron a ellos para que lo llevaran al hospital. Así es que fue que la llevaron (Ofelia, entrevista, San Juan Petlapa, 2019).

Fue el 27 de octubre de 2018 cuando la menor de 13 años tuvo que ser llevada por ese aparato al hospital del IMSS Prospera 65, de San Ildefonso Villa Alta. Se trataba de un embarazo de alto riesgo y fue intervenida de emergencia con cesárea "porque el bebé ya no tenía su líquido". A la abuela le comentaron que su nieta se encontraba en riesgo de morir. Al aterrizar el helicóptero fue recibida por un grupo de enfermeras, quienes tomaron una fotografía para dejar registro de la llegada, ingresando de manera inmediata al hospital.

La abuela dice haber firmado el consentimiento, pero no le informaron sobre la intervención que se realizaría. Por ser menor de edad tuvo que practicarse una cesárea, según le dijeron tiempo después. Martina, por su parte, recuerda que le pusieron anestesia para que no le doliera y le apretaron la panza para que saliera el producto. El bebé no presentó complicaciones y el hospital no cobró por el parto ni los servicios. Nació con 3.100 kg de peso y midió 49 centímetros.

A Martina no le dieron el bebé de inmediato debido a que debía dar su consentimiento para que le colocaran un método de planificación familiar. De otro modo no le iban a dar el certificado de nacimiento. Por eso tuvieron (Martina y su abuela) que aceptar a la fuerza y en contra de la voluntad el método de planificación familiar temporal. Así lo cuenta la mamá de Martina:

Ella estuvo allá en el hospital y estaba diciendo que [se] iba a cuidar porque, como le digo, no iban a dar el certificado, por eso es que le estaba[n] diciendo que si te vas a cuidar que así si le van a entregar el certificado, por eso digo que así le hicieron (Ofelia, entrevista, San Juan Petlapa, 2019).

Por esos acontecimientos nadie de la familia de Martina confía en las autoridades, en principio, porque la enfermera de la localidad trata deficientemente a las personas, y no traduce las dolencias al médico en turno, por lo que "se porta mal", y porque en base a los engaños y la presión, sus derechos no fueron considerados.

La enfermera es la que regaña a la gente y no quiere hablar con el doctor cuando una persona [...] una viejita llega y no puede hablar el español, y dice, pasa, habla con el doctor, y cómo va hablar la viejita. Eso es lo que hacen, por eso es que yo que no está bien lo que ella hace, porque está ella para atender a la gente porque ella es enfermera, por eso es que yo pienso así (Ofelia, entrevista, San Juan Petlapa, 2019).

Martina es una niña que está baja de peso y no va a la escuela; es muy tímida, habla muy poco, y las preguntas la distraen; sin embargo, al momento de que la entrevista terminó se despide diciendo que las niñas "se deben de cuidar".

## La atención obstétrica y los problemas de la falta de apoyo institucional

Juana tiene cerca de 60 años, padece diabetes y fue auxiliar de enfermería. A ella la comunidad nunca la reconoció como personal sanitario porque no sabe sobar según la costumbre de San Juan Petlapa y no posee conocimiento so-

bre los tés. Tiene el problema del rechazo, aunque, según ella, conoce todas las maniobras, posición del producto, atravesado, pélvico, de un piecito. Además de la comunidad, la clínica nunca permitió hacer las maniobras por el temor de ahorcar al bebé.

Recuerda que<sup>10</sup> para presentarse en la comunidad, siempre ha sido difícil. Por eso los médicos no podían llegar, porque la caminata era difícil. Se hacían 12 horas de la comunidad a Villa Alta, o a Choápam, e incluso a Río Manzo, debiendo caminar mucho si es que las personas de San Juan Petlapa requerían atención médica en el hospital de Villa Alta. "Así era en mi tiempo de trabajo".

Los médicos entraban por avioneta y, así, no aguantaban el tiempo que debían trabajar: "se salían por lo difícil que era para ellos". Por eso los médicos duraban 15 días nada más, porque no encontraban las condiciones de vida a las que estaban acostumbrados, "lo que se consume acá pues quelites, frijolito, chilito y los médicos pues no [...] Los médicos no soportaban ir a vacunación a otras rancherías", ya sea por las caminatas bajo el sol o la lluvia, y terminaban por irse del pueblo.

Sin embargo, ella también recuerda que los partos no resultaban complicados ni se consideraban un problema, porque la mujer solita se atendía en su domicilio, dado que los curanderos, el suegro o la mamá y, en ocasiones toda la familia, tenía conocimientos para la atención al parto. Sólo que hasta donde sabía:

Le dan su té y ya nacen solito los bebés. Raro es cuando viene pélvico, o así. Raro es cuando hubo una muerte, porque es el que le digo, porque hubo una muerte materna por la estatura de la muchachita y por el bebé, que viene transverso. Pero toda la familia era curandero, confiaron como familiares; aquí no pasa nada nosotros lo vamos atender. Hay cada rato hacerle entender que por favor salgan, pero fue difícil, ahí se murió una madre, un bebé (Juana, entrevista, San Juan Petlapa, 2019).

Según Juana, fue seis años atrás cuando una pareja llegó de urgencia a la clínica, pero el bebé nació muerto. Lo que pasó fue que creyeron que el producto podría nacer sin complicaciones: "todavía en ese tiempo, se confiaron, dice, yo puedo hacerle, pero en el dado momento surgen cosas y eso fue que pasó y se murió el bebé". La noticia afectó a la comunidad entera y por ello pusieron atención a las recomendaciones que daba el médico en turno, pero sólo fue:

<sup>10</sup> Hasta que recientemente entró la carretera, la cual es de terracería y por las lluvias se vuelve difícil el camino, incluso para los vehículos de tracción.

Hasta que ven el caso, se calma tantito, no toman importancia lo que uno les dice pues. Cada reunión que hacen, dicen, no nos sirve la clínica, ellos no hacen nada. Porque según como dicen, se han muerto los bebés en el hospital también, por eso dicen: ¿qué chiste tiene? Eso es lo que ha molestado también a la comunidad [...] pero le digo el momento que surgen los problemas, se hacen un lado, se ponen a tomar y hacen como que no pasaron las cosas, así evitan los problemas. Ni quieren ser testigos, ni quieren ser culpables, ése es el problema. Así, tristemente por acá, es difícil. Gracias a Dios últimamente ya no ha habido, por la exigencia pues, porque últimamente han estado las embarazadas en el albergue (Juana, entrevista, San Juan Petlapa, 2019).

De las preocupaciones que sigue teniendo Juana, son el sangrado, la posición del producto y el cordón umbilical, porque nunca vio casos tan difíciles como los que recientemente se han presentado.

En cuanto al traslado de Martina por puente aéreo, menciona que hubo muchos problemas para la atención de la primigesta, primero por ser menor de edad, y porque fue un embarazo de alto riesgo, "difícil pues", y como ya no se pudo salir de la comunidad por los derrumbes, ella fue la que tuvo que hacer el contacto de la ambulancia aérea para trasladarla. Fue muy complicado el acercamiento, porque no quería salir de su casa por el temor de viajar por aire. Por ello, la menor decía: "sí me voy a salir caminando, porque helicóptero no voy".

El caso de Martina no fue el único que se presentó durante el derrumbe; de hecho, otra mujer tuvo que ser trasladada, prácticamente a la fuerza, y fue por el convencimiento de todas las promotoras que la obligaron a que saliera de su casa.

Yo no sé en qué forma, pero por favor, prepárate, porque tienes que salir. Habla con tu esposo, tus hijos y duro, duro lloraba[en] sus familiares. Luego decía su esposo, todavía le falta mucho, no tengo dinero para ir allá, no puedo salir, decía su esposo. Sí hubo problema pues, no tan fácil salieron (Juana, entrevista, San Juan Petlapa, 2019).

Como se hace notar, los principales problemas y barreras que enfrentan las mujeres cuando generan el acercamiento a la clínica y/o el hospital, es que no confían en el personal adscrito y se quejan por el servicio, pero más porque las mandan al hospital. Hay mujeres que van a consulta a Villa Alta y les informa el personal en turno que les hace falta una o dos semanas para el parto y ellas aprovechan para regresarse a San Juan Petlapa por falta de recursos. El problema surge porque no se quedan en el albergue y cuando los especialistas preguntan por ellas, ya no están, debiendo comunicarse con la unidad

médica rural del pueblo al cabo de un tiempo. Luego ellos tienen que ir a buscarlas ya sea en su casa o en el campo, porque cuando se presenta el momento del alumbramiento quedan a la mitad del camino.

Así fue cuando pasó, y la mitad del camino, no sé hasta dónde llegó. Hace poco la encontré y me dice, no puedo registrar mi bebé, no puedo encontrar quién me dé certificado de alumbramiento, porque cómo, ni modo que el chofer. Ése es el problema últimamente, no hay registro si no hay certificado. Y yo digo, será por todos los problemas que existen, que tal si este bebé yo lo robé, que tal si lo agarré, ahí es donde no he tenido contacto más con ella. Pues solamente el Registro Civil creo yo le puede dar el certificado. Encontré esta muchacha y dice, ¿cómo voy a hacer? Quiero registrar. Le digo, pues habla con tu autoridad; ellos como promotoras a ver en qué forma te ayudan. Pero de ahí ya no sé, no sé si ya registró su bebé (Juana, entrevista, San Juan Petlapa, 2019).

## Consideraciones que coercionan la atención obstétrica

El embarazo adolescente que está asociado a la falta de desarrollo corporal y la inmadurez mental, requiere de la comprensión de las características diferenciales que se encuentran presentes en los contextos particulares, además de la identificación de los insumos para las tecnologías de prevención, promoción y protección de niñas y adolescentes, así como de la instauración del conocimiento que necesitan las mujeres relativo a la sexualidad y la vida reproductiva (fecundidad, uso de métodos, aborto legal).<sup>11</sup> No obstante, se debe reconocer un proceso de enunciación que ayude a analizar las experiencias de las personas que viven y sufren de la desigualdad social, la cual está atravesada por:

La vulnerabilidad social, la construcción sociocultural de género, la falta de políticas públicas adecuadas y la propia individualidad de la persona juega un papel fundamental en la manera de vivir la sexualidad, construir la identidad y llevar a cabo prácticas cuidadosas (Demol, 2014: 126).

Al parecer, ese proceso puede entenderse desde lo biocultural pensado como propuesta de indagación que reconoce e integra las problemáticas del

<sup>11</sup> La interrupción legal del embarazo en Oaxaca, en 2019, es considerado como un logro para los Derechos Humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres, sobre las consideraciones morales y religiosas, por lo que fue despenalizado (el aborto) hasta antes de las 12 semanas. No obstante, existe la falta de protocolos para la atención de casos de interrupción voluntaria de embarazos, considerando los hospitales públicos sólo causas médicas, lo que impide hacer valer los Derechos Humanos de niñas y adolescentes para interrumpir el embarazo no deseado. Para mayor información consulte el documento del Cempag (2020).

embarazo adolescente, que van desde el padecimiento, la morbilidad y mortalidad, hasta las secuelas que quedan inscritas en el proyecto de vida. Además, permite comprender de qué manera en los lugares inhóspitos y de difícil acceso emerge lo étnico como categoría que impide el desarrollo de procesos de lucha por la defensa del parto humanizado y las tendencias fisiológicas de alumbramiento más adecuadas en situaciones naturales.

Lo biocultural también ubica a la medicina tradicional como operadora de la recuperación de la salud y beneficio del cuerpo en su totalidad, mediante el uso de plantas medicinales para evitar los dolores y permitir la apertura del canal de parto. Da cuenta de las variables de la discriminación, no como parte de lo ya sabido, sino como agregado de una clara violencia simbólica sobre las mujeres indígenas, por la falta de respeto y consideración hacia sus creencias, su idioma, su cuerpo, su malestar, su vida (Freyermuth, 2003). Por esto, resulta natural la muerte temprana por complicaciones del embarazo, parto y aborto.

A mi parecer, las variables bioculturales pueden reconocer la falta de apropiación de los sistemas de procuración de justicia, dentro de los sistemas normativos indígenas, al reconocer las diferencias de los derechos entre niñas y adultas, lo que ocasiona daño real o potencial en perjuicio de una mujer.

Es cierto que la intersectorialidad ha sido un mecanismo para responder a las necesidades de salud en su concepción integral y por eso fue pensado para articular parte de los cuidados primarios en salud, las acciones de legislación e, incluso, la educación, sólo que en este caso, al proponer los procesos bioculturales en el tema del embarazo adolescente, se buscó dar cuenta de la experiencia de las niñas y adolescentes que viven su sufrimiento desde los acontecimientos que perjudican su proyecto de vida, y cómo la interacción entre las aspiraciones individuales, de la vida cotidiana, las nulas relaciones erótico-afectivas y las prácticas y representaciones entre biología y cultura, se encuentran en conflicto.

De este modo se pudo conocer que durante el proceso de embarazo adolescente intervienen diversas variables que pueden ser cuestionadas para identificar los principales problemas que siguen persistiendo en San Juan Petlapa. Hay que decir que las mujeres tienen un conocimiento bien definido sobre lo que debiera ser la atención al embarazo y el parto, y por falta de credibilidad a los servicios de salud siguen practicando los saberes tradicionales para amirorar el dolor; además, hay todavía quien conoce las técnicas para acomodar el bebé. En la comunidad reside un partero, pero sus funciones están limitadas por la unidad médica rural. De ahí que sus conocimientos no son aplicados para la atención obstétrica, sin embargo, cuando las mujeres acuden a él, las atiende en función del conocimiento que fue adquirido por necesidad. Por fal-

ta de espacio habrá que trabajar, en otra ocasión, variables bioculturales en términos de las nociones culturales del embarazo adolescente.

Finalmente, queda por reconocer que la emergencia sanitaria por Covid-19 ha incrementado la falta de atención obstétrica, presentando el estado de Oaxaca (y el resto del país) gran cantidad de subregistros relacionados con la muerte materna y el contagio por coronavirus, "lo que se ha profundizado por la escasez de personal, equipo e infraestructura de salud, desabasto de medicamentos anticonceptivos, hay racismo y una ausencia de enfoque intercultural y de respecto a los pueblos originarios" (Poy, 2020). Queda por hacer un trabajo de campo en San Juan Petlapa centrado en la post-pandemia para ofrecer hallazgos de una problemática más que la población enfrenta.

## Referencias bibliográficas

- Almaguer González, José Alejandro, Vicente Vargas Vite y Hernán José García Ramírez, 2014, *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*, México, Secretaría de Salud-Gobierno de la República (Biblioteca Mexicana del Conocimiento).
- Anaya Prado, Roberto, Susana Madrigal Flores, Juan Antonio Reveles Vázquez, Ector Jaime Ramírez Barba, Gabriela Frías Terrones y Juliana Marisol Godínez-Rubí, 2008, "Morbilidad materna asociada a operación cesárea", *Cirugía y Cirujanos*, vol. 76, núm. 6, pp. 467-472, recuperado de: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66276604>>.
- Ayres, José Ricardo, Vera Paiva e Iván Franca, 2018, "De la historia natural de la enfermedad a la vulnerabilidad. Conceptos y prácticas en transformación en la salud pública contemporánea", en Vera Paiva, José Ricardo Ayres, Alejandro Capriati, Ana Amuchástegui y Mario Pecheny (coords.), *Prevención, promoción y cuidado. Enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*, México, Teseo Press, pp. 20-35.
- Bourgois, Philippe, 2002, "The violence of moral binaries. Response to Leigh Binford", *Ethnography*, vol. 3, núm. 2, pp. 221-231, recuperado de: <<https://www.jstor.org/stable/24047831?seq=1>>.
- CEAMEG, 2010, *El embarazo en edades tempranas en México. Políticas públicas para su atención*, México, Comité del Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género/LXI Legislatura-Cámara de Diputados, recuperado de: <[http://archivos.diputados.gob.mx/Centros\\_Estudio/ceameg/informacion\\_analitica\\_2010/Doc\\_28.pdf](http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/informacion_analitica_2010/Doc_28.pdf)>.
- Cempag, 2020, *Interrupción legal del embarazo, a un año de su despenalización en el estado de Oaxaca*, México, Centro de Estudios de las Mujeres y Paridad de Género-LXIV Legislatura-Congreso del Estado de Oaxaca, recuperado de: <<https://docs64.congresoosaxaca.gob.mx/centros-estudios/>>

- CEMPAG/estudio/Interrupcion\_legal\_del\_embarazo\_a\_1\_de\_su\_despenalización.pdf>.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2010, *Género y Salud en Cifras*, México, Secretaría de Salud.
- CNDH, 2016, "NOM-007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio", recuperado de: <<https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/Leyes%20y%20normas%20y%20reglamentos/Norma%20Oficial%20Mexicana/NOM-007-SSA2-2016%20Embarazo,%20parto%20y%20puerperio.pdf>>.
- \_\_\_\_\_, 2019, *Los derechos de las niñas y los niños*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, recuperado de: <<http://www.cndh.org.mx/ni%C3%B1as-ni%C3%B1os/derechos-humanos-de-ninas-y-ninos>>.
- Coneval, 2011, *Medición de pobreza en los municipios de México, 2010*, México, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, recuperado de: <[https://www.coneval.org.mx/Informes/Pobreza/Pobreza\\_municipal/Presentacion/Pobreza\\_municipios.pdf#search=San%20Juan%20Petlapa](https://www.coneval.org.mx/Informes/Pobreza/Pobreza_municipal/Presentacion/Pobreza_municipios.pdf#search=San%20Juan%20Petlapa)>.
- Demol, Celine, 2014, "Aproximación a la sexualidad y al embarazo en jóvenes de comunidades rurales de Oaxaca (México)", en Oriol Romaní y Lina Casadó (eds.), *Jóvenes, desigualdades y salud. Vulnerabilidad y políticas públicas*, Tarragona, Cataluña, Publicaciones URV, pp. 125-142, recuperado de: <<http://digital.publicacionsurv.cat/index.php/purv/catalog/view/62/50/125-1>>.
- Ehrenfeld Lenkiewicz, Noemí, 1999, "El embarazo adolescente: encrucijada de varios universos", *Iztapalapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, vol. 19, núm. 45, México, UNAM, pp. 223-236,
- Farmer, Paul, 2001, *Infections and Inequalities. The Modern Plagues*, EUA, University of Carolina Press.
- Farré Coma, Jordi, 2005, "Comunicación de riesgo y espirales del miedo", *Comunicación y Sociedad*, núm. 3, México, Universidad de Guadalajara, pp. 95-119, recuperado de: <<https://www.redalyc.org/pdf/346/34600305.pdf>>.
- Flores Valencia, Margarita E., Graciela Nava Chapa y Luz Arenas Monreal, 2017, "Embarazo en la adolescencia en una región de México: un problema de salud pública", *Revista Salud Pública*, vol. 19, núm. 3, México, pp. 374-378, recuperado de: <<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v19n3/0124-0064-rsap-19-03-00374.pdf>>.
- Freyermuth Enciso, Graciela, 2003, *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Génesis, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, México, CIESAS.

- \_\_\_\_\_ (coord.), 2015, *25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia*, México, Observatorio de Mortalidad Materna en México/CIESAS.
- García Ramírez, Hernán José, José Alejandro Almaguer González y Vicente Vargas Vite, 2010, "La violencia obstétrica. Una forma de patriarcado en las instituciones de salud", *Género y Salud en Cifras*, vol. 8, núm. 3, México, Secretaría de Salud, pp. 3-12, recuperado de: <<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29347/ViolenciaObstetrica.pdf>>.
- Goberna Tricas, Josefina y Margarita Boladeras (coords.), 2018, *El concepto "violencia obstétrica" y el debate actual sobre la atención al nacimiento*, Madrid, Tecnos.
- Goodin, Robert E., 1985, *Protecting the Vulnerable: A Reanalysis of Our Social Responsibilities*, Chicago, University of Chicago Press.
- INEGI, 2020, *Censo de población y vivienda, 2020*, México, recuperado de: <<https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>>.
- Ipas México, 2018, *Violencia sexual y embarazo infantil en México: un problema de salud pública y derechos humanos*, recuperado de: <<https://www.ipas-mexico.org/wp-content/uploads/2018/06/Brochure%20Violencia%20Sexual%20y%20Embarazo%20Infantil%20en%20Me%CC%81xico,%20un%20problema%20de%20salud%20pu%CC%81blica%20y%20derechos%20humanos.pdf>>.
- Morales, E., I. Ayala, F. Morales, M. Astoraga y A. Castro, 2018, "Epidemiología de la muerte materna en México y el cumplimiento del Objetivo 5 del Desarrollo del Milenio, hacia los objetivos del desarrollo sostenible", *Revista de Especialidades Médico Quirúrgicas*, vol. 23, núm. 2, pp. 61-86.
- Morales López, Julio, 2017, "Mala gobernanza como contexto de la vulnerabilidad y violencia. La política de 'bloqueo' como recurso de los pobres", en Ivy Jasso (coord.), *Cultura, poder y desarrollo*, México, Universidad de Guanajuato, pp. 516-535, recuperado de: <[https://www.academia.edu/33515153/Mala\\_gobernanza\\_como\\_contexto\\_de\\_la\\_vulnerabilidad\\_y\\_violencia.\\_La\\_pol%C3%ADtica\\_de\\_bloqueo\\_como\\_recurso\\_de\\_los\\_pobres](https://www.academia.edu/33515153/Mala_gobernanza_como_contexto_de_la_vulnerabilidad_y_violencia._La_pol%C3%ADtica_de_bloqueo_como_recurso_de_los_pobres)>.
- Neal, Sarah, Zöe Matthews, Melanie Frost, Helga Fogstad, Alma V. Camacho y Laura Laski, 2012, "Childbearing in Adolescents Aged 12-15 Years in Low Resource Countries: A Neglected Issue. New Estimates from Demographic and Household Surveys in 42 Countries", *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 91, núm. 9, pp. 1114-1118, recuperado de: <<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-0412.2012.01467.x>>.

- Nove, Andrea, Zöe Matthews, Sara Neal y Alma Virginia Camacho, 2014, "Maternal Mortality in Adolescents Compared with Women of other Ages: Evidence from 144 Countries", *The Lancet. Global Health*, vol. 2, núm. 3, recuperado de: <[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(13\)70179-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(13)70179-7/fulltext)>.
- oms, 2009, "Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, recuperado de: <<https://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>>.
- \_\_\_\_\_, 2012, *Guía de la oms para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE-MM*, recuperado de: <[https://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=sip&alias=308-guia-de-la-oms-para-la-aplicacion-de-la-cie10-a-las-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-cie-mm-5&Itemid=219&lang=es](https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sip&alias=308-guia-de-la-oms-para-la-aplicacion-de-la-cie10-a-las-muertes-ocurridas-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-cie-mm-5&Itemid=219&lang=es)>, consultada el 30 de enero de 2022.
- Pechueny, Mario, Alejandro Capritiani y Ana Amuchástegui, 2018, "Introducción", en Vera Paiva, José Ricardo Ayres, Alejandro Capriati, Ana Amuchástegui y Mario Pecheny (coords.), *Prevención, promoción y cuidado. Enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos*, México, Teseo Press, pp. 7-19.
- Peña Sánchez, Edith Yesenia, 2007, "Del principio descriptivo comparativo a la investigación biocultural en antropología física", *Estudios de Antropología Biológica*, vol. 13, núm. 1, México, pp. 57-75, recuperado de: <<http://www.revistas.unam.mx/index.php/eab/article/view/21596/20387>>, consultada el 20 de enero de 2020.
- \_\_\_\_\_, 2009, "El proceso biocultural salud-enfermedad", *Diario de Campo*, núm. 105, pp. 26-41, recuperado de: <<https://revistas.inah.gob.mx/index.php/diariodecampo/article/view/7660>>.
- Pizarro, Roberto, 2001, *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*, Santiago de Chile, CEPAL-ECLAC, recuperado de: <[https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf)>.
- Poy Solano, Laura, 2020, "Aumentaron en 138% casos de contagio de Covid en embarazadas", *La Jornada*, 30 de julio de 2020, recuperado de: <<https://www.jornada.com.mx/2020/07/30/politica/019n1pol>>.
- Ramírez Velázquez, Josefina, 2010, "El trabajo etnográfico, un olvido de la antropología física", *Estudios de Antropología Biológica*, vol. 10, núm. 2, México, pp. 635-653, recuperado de: <<http://www.revistas.unam.mx/index.php/eab/article/view/43106/39122>>, consultada el 29 de enero de 2020.

- Restrepo, Eduardo, 2016, *Etnografía: alcances, técnicas y éticas*, Bogotá, Colombia, Evión Editores/Pontificia Universidad Javeriana-Facultad de Ciencias Sociales.
- Salazar, Edwin, Carolina Buitrago, Federico Molina y Catalina Arango Alzate, 2015, "Tendencia de la mortalidad por causas externas en mujeres gestantes o puérperas y su relación con factores socioeconómicos en Colombia, 1998-2010", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 35, núm. 4-5, pp. 225-231, recuperado de: <<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n4-5/225-231/>>.
- Sánchez Díaz, María del Rocío y Yura Andrea Montoya Núñez, 2019, "Panorama del embarazo y mortalidad materna adolescente en México", *Boletín Conamed*, vol. 5, núm. 25, México, Secretaría de Salud, pp. 53-65.
- Sedesol, 2013, "Unidad de Microrregiones", en "Acuerdo por el que se adscriben orgánicamente las unidades administrativas y los órganos administrativos desconcentrados de la Secretaría de Desarrollo Social", en *Diario Oficial de la Federación*, 19 de abril de 2013, recuperado de: <[https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5296504&fecha=19/04/2013#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5296504&fecha=19/04/2013#gsc.tab=0)>.
- Sesia, Paola, 2017, "Maternidades violentadas, ¿maternidades justiciables? Una primera aproximación a la judicialización de la violación de los derechos en la salud materna en México", en Abril Saldaña Tejeda, Lilia Venegas Aguilera y Tine Davids (coords.), *¡A toda madre! Una mirada multidisciplinaria a las maternidades en México*, México, INAH/Itaca/Universidad de Guanajuato/Universidad de Radboud, pp. 71-112.
- Sieber, Joan y Martin Tolich, 2013, *Planning Ethically Responsible Research*, Sage, Research Methods, recuperado de: <<https://methods.sagepub.com/book/planning-ethically-responsible-research-2e>>.
- Stern, Claudio, 1997, "El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica", *Revista Salud Pública de México*, vol. 39, núm. 2, pp. 137-143, recuperado de: <<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5990/6840>>.
- SIC, 2019, "Los chinantecos", recuperado de: <[http://sic.gob.mx/ficha.php?table=grupo\\_etnico&table\\_id=19](http://sic.gob.mx/ficha.php?table=grupo_etnico&table_id=19)>.
- Urbina Fuentes, Manuel, Luis Jasso Gutiérrez, Raffaella Schiavon Ermani, Rafael Lozano y Jacobo Finkelman, 2017, "La transición de los Objetivos de Desarrollo del Milenio a los Objetivos de Desarrollo Sostenible desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud", *Gaceta Médica de México*, núm. 153, México, pp. 697-730, recuperado de: <[https://www.anmm.org.mx/GMM/2017/n6/GMM\\_153\\_2017\\_6\\_697-730.pdf](https://www.anmm.org.mx/GMM/2017/n6/GMM_153_2017_6_697-730.pdf)>.

- Valadez, Blanca, 2019, "México ocupa el segundo lugar a nivel mundial en embarazo adolescente", *Milenio 2020*, 25 de septiembre de 2019, recuperado de: <<https://www.milenio.com/ciencia-y-salud/embarazo-adolescente-mexico-ocupa-mundo-latinoamerica>>.
- Villanueva Egan, Luis A., 2010, "El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra", *Revista Conamed*, num. 3, México, Secretaría de Salud, pp. 3-12, recuperado de: <<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29347/ViolenciaObstetrica.pdf>>.
- Yin, Robert K., 1994, *Investigación sobre estudio de casos. Diseño y métodos*, 2ª ed., Sage Publications (Applied Social Research Methods Series, 5), recuperado de: <<https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/YIN%20ROBERT%20.pdf>>.
- Zavala, Juan Carlos, 2021, "En Oaxaca, 1 de cada 10 mujeres se embarazó durante su adolescencia, según el Congreso del Estado", *El Universal Oaxaca*, 27 de junio de 2021, recuperado de: <<https://oaxaca.eluniversal.com.mx/sociedad/en-oaxaca-1-de-cada-10-mujeres-se-embarazo-durante-su-adolescencia-segun-el-congreso-del>>.

# Reseñas

