

Barreras socioculturales y geográficas en la emergencia obstétrica rural: análisis autoetnográfico de un caso de mortalidad materna en la Sierra de Oaxaca

García-Ramírez, M^a*

RESUMEN

Objetivo: Analizar de manera crítica, bajo el modelo de las “cuatro demoras” de Thaddeus y Maine, las barreras socioculturales, la limitación logística de traslado y el desabasto institucional crónico involucrados en una emergencia obstétrica histórica. **Metodología:** Estudio cualitativo mediante el método de la autoetnografía analítica. Se examina la trayectoria asistencial y el eslabón de traslado de una paciente multigesta en la Sierra Sur de Oaxaca durante el año 2009, en el contexto de la contingencia epidemiológica por Influenza A (H1N1). **Resultados:** Se identificó una primera demora de 24 horas en la búsqueda de atención, mediada por estructuras morales-religiosas familiares (liderazgo de un pastor comunitario) ante un estigma de embarazo extramarital en contexto migratorio. La segunda demora se agudizó por la orografía extrema, requiriendo un traslado a pie en hamaca a través de veredas inaccesibles para vehículos. Al ingresar a la unidad de primer contacto en estado agónico (12 respiraciones por minuto y choque irreversible), la tercera demora se consumó ante la inviabilidad material debida al desabasto crítico de insumos (únicamente un litro de solución parenteral y un catéter disponible, sin *stock* de uterotónicos). **Conclusiones:** El análisis retrospectivo demuestra que los desenlaces fatales obstétricos en zonas de alta dispersión geográfica están condicionados por determinantes de género y cultura que imponen un escenario de imposibilidad terapéutica absoluta para el médico de campo. Es indispensable transitar de los paliativos administrativos actuales hacia la estandarización técnica del transporte prehospitalario comunitario bajo la normativa oficial vigente.

Palabras clave: Mortalidad materna; Primer nivel de atención; Determinantes sociales de la salud; Servicios de salud rural; Identidad de género.

^a Centro de Salud Soledad Pera, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), Oaxaca, México.
^{*} mgarciaramirez39@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna en entornos rurales de alta marginación en México no es un evento puramente clínico o fortuito; constituye un fenómeno multi-causal donde los determinantes sociales de la salud superan y asfixian la capacidad operativa del primer nivel de atención (1). Lejos de reducirse a una falla en la técnica médica, la muerte materna en regiones de alta dispersión es el eslabón final de una cadena de inequidades estructurales, vulnerabilidades de género y tensiones geográficas. Para desentrañar esta complejidad, el modelo de las “cuatro demoras” de Thaddeus y Maine (2) ofrece un marco analítico ideal que permite identificar con precisión cronológica en qué momentos se fractura el acceso a una maternidad segura: 1) la demora en decidir buscar atención, 2) la demora en alcanzar la unidad médica, 3) la demora en recibir el tratamiento adecuado en el primer contacto, y 4) la demora en el traslado interinstitucional hacia el segundo nivel de atención.

En la sierra sur de Oaxaca, estas demoras no operan de forma aislada, sino que se intersectan con barreras socioculturales complejas. La autonomía de la mujer rural para tomar decisiones oportunas sobre su salud gestacional se encuentra frecuentemente supeditada a dinámicas de poder familiar y liderazgos morales comunitarios de carácter patriarcal o religioso (3). Asimismo, la migración conyugal y el estigma social actúan como catalizadores de aislamiento, retrasando la solicitud de ayuda institucional. Cuando la emergencia finalmente obliga a la movilización, la orografía extrema del territorio —caracterizada por comunidades conectadas únicamente a través de veredas inaccesibles para transportes motorizados— transforma el espacio físico en un factor de riesgo biomédico crítico, donde el traslado prehospitalario depende de esfuerzos comunitarios rudimentarios (4).

A estas barreras comunitarias y geográficas se añade el componente de la vulnerabilidad institucional. En la periferia del Sistema de Salud, el desabasto de insumos críticos para la emergencia obstétrica (como los elementos esenciales de la “Caja Roja”) es una constante histórica (5). Sin embargo, este escenario de precariedad se agudiza drásticamente ante emergencias de salud pública a gran escala. Durante

el año 2009, la contingencia epidemiológica por la pandemia de Influenza A (H1N1) funcionó como un amplificador del desabasto estructural preexistente en el primer nivel de atención; la centralización de recursos, medicamentos y atención hacia los grandes centros urbanos desnudó y profundizó las carencias materiales de las unidades rurales, condicionando un escenario de imposibilidad terapéutica ante complicaciones obstétricas hemorrágicas (6).

Mediante una metodología cualitativa basada en la autoetnografía analítica, este artículo de perspectiva examina críticamente una emergencia obstétrica ocurrida en este contexto histórico de 2009. No busca emitir juicios de valor moralistas o etnocéntricos sobre las decisiones de la comunidad, sino a través del ejercicio de reflexividad del personal médico de primer contacto, analiza rigurosamente el impacto de las demoras logísticas y el desabasto institucional. El objetivo final es rescatar las lecciones de este caso histórico como una herramienta andragógica





Foto: Alfredo Pérez Bautista. Hospital General Dr. Agustín O'Horán

vigente para la sensibilización en el *triage* obstétrico contemporáneo y fundamentar propuestas técnico-normativas que transformen los paliativos administrativos actuales en redes reales de soporte vital en el territorio (7).

METODOLOGÍA

El presente manuscrito adopta el método de la autoetnografía analítica, un enfoque de investigación cualitativa que utiliza la experiencia personal y reflexiva del investigador en el campo para comprender y teorizar fenómenos sociales y estructurales más amplios (8). El *corpus* de datos proviene de las bitácoras clínicas, la memoria institucional y el proceso de reflexividad del autor como médico de primer contacto en la sierra sur de Oaxaca durante el año 2009. El análisis de la trayectoria asistencial se articula cronológicamente bajo el marco conceptual de las “Cuatro Demoras” ver **Tabla 1**.

- “Primera Demora” (Decisión de buscar atención): La paciente, una mujer multigesta en contexto de migración conyugal, presentaba un embarazo percibido bajo un estigma de transgresión moral colectiva dentro de su comunidad. Al iniciar el trabajo de parto, las decisiones familiares estuvieron centralizadas por la figura del padre, quien ejercía como pastor y líder religioso local. Bajo imperativos de ocultamiento y vergüenza social, se optó por trasladar a la mujer a una ranchería aún más aislada, ubicada a una hora hacia el interior de la Sierra, en lugar de acudir a la unidad médica. Esta subordinación de la salud gestacional a estructuras morales y patriarcales generó un retraso crítico de 24 horas en un trabajo de parto prolongado y desatendido.
- “Segunda Demora” (Acceso geográfico al territorio): El empeoramiento del cuadro clínico forzó una movilización tardía. La orografía extrema y la nula infraestructura vial carretera impidieron el acceso de vehículos motorizados. La comunidad improvisó un transporte rudimentario, la paciente fue trasladada cargada en una hamaca suspendida de un poste de madera apoyado sobre los hombros de dos personas, atravesando a pie veredas de una alta montaña por más de dos horas. Este esfuerzo físico comunitario, aunque solidario, consumió un tiempo biomédico irreversible.
- “Tercera Demora” (Capacidad resolutoria del primer contacto): Al ingresar a la unidad de primer nivel, la paciente se encontraba en estado inconsciente, con hemorragia obstétrica masiva activa y un patrón respiratorio agónico de 12 respiraciones por minuto, compatible con choque hipovolémico profundo e irreversible. El colapso vascular periférico severo dificultó la canalización venosa. Debido al desabasto crónico y estructural de la unidad (agudizado por la centralización de recursos de la contingencia por Influenza A (H1N1), sólo se disponía de un catéter periférico y un litro de solución Hartmann con normogotero, careciendo de *stock* de uterotónicos o expansores plasmáticos. A pesar de las maniobras inmediatas de reanimación cardiopulmonar básica (rcp) y la infusión enérgica del volumen disponible, la paciente y el producto fallecieron en la unidad pocos minutos después de su ingreso, configurando un escenario de imposibilidad terapéutica absoluta.
- “Cuarta Demora” y *Post mortem* (Interseccionalidad y choque normativo): Tras confirmarse el deceso, la tensión sociocultural se trasladó al plano deontológico. Guiados por el estigma moral del “pecado” asignado al origen del embarazo, los familiares solicitaron al personal médico la extracción quirúrgica inmediata del feto viéndose motivados por el deseo de sepultar a la mujer de forma aislada para mitigar la afrenta social. Desde la perspectiva autoetnográfica, este momento revela el choque entre los “usos y costumbres” punitivos del entorno rural y el marco normativo legal e institucional vigente. El médico de primer contacto rechazó la intervención *post mortem* y notificó la obligatoriedad de una autopsia médico-legal. Ante la resistencia comunitaria al escrutinio legal, el personal de salud procedió a dar parte formal al Ministerio Público (MP) para asegurar el resguardo de los cuerpos y deslindar responsabilidades, visibilizando la fractura final entre la burocracia estatal y las dinámicas territoriales aisladas.

Tabla 1. Línea de tiempo crónica y sistematización de las demoras asistenciales (año 2009)

Dimensión temporal	Evento clave e intervención	Demora asociada (Thaddeus y Maine)	Determinantes sociales e institucionales implicados
o a 24 horas	Inicio de trabajo de parto desatendido. Aislamiento en rancharía guiado por el líder religioso familiar (padre).	“Primera Demora”: Retraso en la búsqueda de atención médica.	Estigma social de embarazo extramarital, falta de autonomía femenina y subordinación a estructuras de poder moral.
Hora 24 a 26	Choque hemorrágico. Traslado a pie en hamaca y poste de madera a través de veredas serranas inaccesibles.	“Segunda Demora”: Retraso en el acceso geográfico a la unidad médica.	Orografía extrema, dispersión territorial y exclusión de infraestructura de caminos o transporte prehospitalario.
Hora 26	Ingreso a clínica de primer nivel en estado agónico (FR 12 rpm). RCP y reanimación desesperada con insumos mínimos.	“Tercera Demora”: Consumación del deceso por imposibilidad terapéutica.	Colapso hemodinámico irreversible. Desabasto crónico agravado por la contingencia nacional de Influenza A (H1N1).
Post mortem	Petición familiar de extracción fetal por razones morales. Choque normativo e intervención del Ministerio Público.	Fase Legal / Burocrática: Desarticulación comunitaria-estatal.	Tensiones sociales entre usos y costumbres punitivos frente a la normativa de medicina legal y la ley federal de salud.

RESULTADOS

El análisis autoetnográfico de este caso histórico del año 2009 revela que la persistencia de la mortalidad materna en el México rural no puede resolverse únicamente mediante paliativos burocráticos o la instalación simbólica de recursos. En el primer nivel de atención, se suele asumir que la presencia física de la “Caja Roja” es sinónimo de capacidad resolutive institucional (5). Sin embargo, la crudeza de la realidad en el territorio demuestra que una estrategia de seguridad obstétrica es inoperante si carece de tres dimensiones críticas: un abasto real y dinámico de insumos; capacitación andragógica y continua del personal de salud; y mecanismos estandarizados de mediación cultural (7).

En primer lugar, el desabasto crónico y estructural —que en este caso fue catalizado de forma crítica por la centralización de recursos debido a la pandemia de influenza A (H1N1)— expone al médico de primer contacto a un escenario de imposibilidad clínica y

desprotección legal. La estabilización de una hemorragia obstétrica masiva con colapso hemodinámico es inviable cuando la unidad sólo cuenta con un catéter periférico y un litro de solución Hartmann, careciendo de agentes uterotónicos indispensables como la oxitocina, la carbetocina o el misoprostol, normados en las Guías de Práctica Clínica (9). El surtimiento completo, oportuno y regionalizado de medicamentos debe ser una garantía innegociable dentro del modelo vigente de IMSS Bienestar.

En segundo lugar, la complejidad del caso demuestra que la capacitación del personal de salud de primer contacto debe trascender los cursos teóricos convencionales o los talleres de escritorio. Se requieren programas de educación médica continua, basados en simulacros de alta fidelidad *in situ* (Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica) adaptados a la escasez de recursos del medio rural (10). El personal médico en comunidades

dispersas debe desarrollar competencias técnicas avanzadas para optimizar el uso de los recursos mínimos disponibles bajo una presión extrema.

Finalmente, la lección más profunda de esta experiencia radica en la necesidad de incorporar la competencia cultural y la perspectiva de género en la gestión prehospitolaria. Como se constató en la trayectoria de la paciente, las primeras dos demoras (búsqueda de atención y acceso geográfico) no se debieron a la falta de conocimiento de la mujer, sino a estructuras morales y religiosas punitivas encarnadas en liderazgos locales que impusieron el aislamiento por razones de estigma social y vergüenza familiar. El personal de salud rural no puede operar de espaldas a los usos y costumbres de la comunidad; es imperativo capacitar al equipo de salud en herramientas de mediación comunitaria y negociación con líderes locales y religiosos para concientizarlos sobre los signos de alarma obstétrica y garantizar que permitan la salida oportuna de las pacientes antes de que el daño biomédico sea irreversible e incompatible con la vida (6).

CONCLUSIONES

1. Más allá de la infraestructura material:

La presencia de la “Caja Roja” en las unidades rurales es insuficiente si no está respaldada por un canal logístico que garantice el surtimiento completo y continuo de fármacos críticos y expansores plasmáticos, evitando que emergencias epidemiológicas urbanas desvíen los recursos de la periferia.

2. Capacitación técnica y humana continua:

Es prioritario implementar programas permanentes de adiestramiento práctico y simulacros de Código Mater dirigidos al personal médico y de enfermería de primer contacto en zonas de alta montaña, integrando módulos de reanimación avanzada con recursos limitados.

3. Formación en mediación sociocultural:

El modelo formativo institucional debe incluir capacitación obligatoria en determinantes sociales, enfoque de género y competencias socioculturales para capacitar al médico en la mediación activa con autoridades ejidales, co-

munitarias y líderes religiosos. El objetivo es co-diseñar redes comunitarias de notificación temprana y traslados seguros.

4. Estandarización del transporte comunitario: Urge transitar de la improvisación de traslados a pie en hamacas hacia el diseño técnico de redes prehospitolarias rurales, donde IMSS Bienestar colabore con las comunidades para establecer vehículos adaptados al terreno serrano o convenios de evacuación médica oportuna, rompiendo de manera definitiva la segunda demora de Thaddeus y Maine.

REFERENCIAS

1. Marmot, M. Determinantes sociales de la salud. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2021;29(1):12-21.
2. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med*. 1994;38(8):1091-110.
3. González, I. Contextos de vulnerabilidad y seguridad comunitaria en la Sierra Sur de Oaxaca. *Rev Mex Sociol*. 2015;77(3):45-62.
4. Secretaría de Salud. Plan Estatal de Desarrollo de Oaxaca: Eje de Salud y Marginación Estructural. Oaxaca: Gobierno del Estado; 2010.
5. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. México: Diario Oficial de la Federación; 2016.
6. Dirección General de Epidemiología. Reporte Histórico de la Pandemia de Influenza A (H1N1) en México. México: Secretaría de Salud; 2010.
7. Secretaría de Salud. Lineamiento Técnico: Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. México: Dirección General de Calidad y Educación en Salud; 2019.
8. Ellis C, Adams TE, Bochner AP. Autoethnography: an overview. *Hist Soc Res*. 2011;36(4):273-90.
9. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica: Prevención y tratamiento de la hemorragia obstétrica en el primer y segundo nivel de atención. México: CENETEC; 2018.
10. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage. Geneva: WHO; 2012.