Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA IZTAPALAPA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA

LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

"Escenarios de discriminación en las vivencias de la maternidad: el caso del oriente de Michoacán".

Trabajo terminal

que para acreditar las unidades de enseñanza aprendizaje de

Trabajo de Investigación Etnográfica y *Análisis Interpretativo III*

y obtener el título de

LICENCIADA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

presenta

Cristina Arias Sánchez

Matrícula No. 209316971

Comité de Investigación:

Directora: Dra. Laura R. Valladares de la Cruz

Asesores: Dra. Yanina Ávila González

Dr. Luis Reygadas Robles Gil

México, D.F. Agosto 2014

A Denia Eglé,
mi amada hija.

A Cristina y Thelma,
por su fuerza y compañía.

A todas las mujeres que han vivido
algún tipo de violencia obstétrica.

ESCENARIOS DE DISCRIMINACIÓN EN LAS VIVENCIAS DE LA MATERNIDAD: EL CASO DEL ORIENTE DE MICHOACÁN

AGRADECIMIENTOS **4**

INTRODUCCIÓN **6**

CAPÍTULO 1 ..... **9**

MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN **9**

1.1 ANTROPOLOGÍA MÉDICA 9
1.2 APLICACIÓN DE LA ANTROPOLOGÍA 13
1.3 LA SITUACIÓN DE LAS MUJERES INDÍGENAS Y SU ESTUDIO DESDE LA ANTROPOLOGÍA 15
1.4 ANTROPOLOGÍA Y FEMINISMO 19
1.5 LA CONSTRUCCIÓN DEL GÉNERO Y EL CUERPO DE LAS MUJERES 23
1.6 SALUD REPRODUCTIVA: HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS 33
1.7 LA SALUD REPRODUCTIVA EN EL MARCO INTERNACIONAL Y NACIONAL 40
1.8 CONDICIONES PARA LA REPRODUCCIÓN: MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO 49

CAPÍTULO 2 ..... **55**

MEDICALIZACIÓN Y MODERNIDAD: SALTOS Y RUPTURAS **55**

2.1 HISTORIA DE LA OBSTETRICIA: EXCLUSIÓN DE LOS SABERES FEMENINOS E INTRUSIÓN DEL VARÓN EN LAS PRÁCTICAS DE SANACIÓN 55
2.2 MEDICALIZACIÓN. UN RASGO FUNDAMENTAL DE LA MODERNIDAD CAPITALISTA 61
2.3 REPRODUCCIÓN Y DISCRIMINACIÓN 69
2.4 MEDICINA TRADICIONAL VERSUS MEDICINA MODERNA: TOMA DE DECISIONES 76

CAPÍTULO 3 ..... **81**

ETNOGRAFÍA DE LA SALUD INTERCULTURAL: EL ESTUDIO DE CASO DE UNA COMUNIDAD *JÑATO* **81**

3. 1 UNIVERSO DE INVESTIGACIÓN 81
3.1.2 El oriente de Michoacán: etnografía de Crescencio Morales *83*
3.1.3 Etnografía e Interculturalidad *92*
3.2 SER MUJER JÑATO 97
3.3 TRAYECTORIAS REPRODUCTIVAS DE LAS MUJERES NATIVAS 115
3.3.1 Datos de las informantes *115*
3.3.2 Trayectorias de vida reproductiva *116*
3.4 PERSPECTIVAS DE LAS INFORMANTES: EMBARAZO 123
3.5 ESCENARIOS EN LA TOMA DE DECISIONES 134

CAPÍTULO 4 ..... **146**

ESCENARIOS DE DISCRIMINACIÓN DE LAS MUJERES QUE DECIDEN AFRONTAR UN PROCESO REPRODUCTIVO **146**

4.1 ¿EXISTE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LA INTERVENCIÓN DEL CUERPO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS? 146
4.2 ¡CUERPOS RESPETADOS, PARTO HUMANIZADO! 150

APROXIMACIONES: A MODO DE CONCLUSIÓN **153**

BIBLIOGRAFÍA **156**

Agradecimientos

En primer lugar, deseo agradecer al Instituto Mexicano del Seguro Social-Oportunidades que a través del Director del Hospital Rural-Tuxpan Javier Chagolla Saucedo, me proporcionaron todas las facilidades para el desarrollo de esta investigación. No podría continuar sin antes mencionar al Supervisor de Acción Comunitaria de dicha Institución Gabriel Chávez Zavaleta, quien fue mi principal vínculo con las autoridades del Hospital Rural-Tuxpan.

En especial, quiero reconocer la voluntad del personal de salud de la Unidad Médica Rural-Crescencio Morales y del Centro de Atención Rural Obstétrica-Crescencio Morales: Siriamiris Calderón Ávila, Javier Bazán Martínez, Amparo Piñón Domínguez, María Isabel Contreras Salazar, Azusena Nava Claudio y Alicia Ancelmo Garnica; quienes me abrieron el espacio para entrevistar a las usuarias y me permitieron revisar los censos y expedientes médicos. Igualmente, participaron activamente en este estudio de caso. Me congratulo no sólo de haber conocido el ámbito profesional sino que me reafirmaron en todo momento su solidaridad.

Son muchas personas que a lo largo de este tiempo han colaborado con mi formación académica y profesional, en este sentido debo agradecer a Jorge Fuentes Morúa (†) y a José María Martinelli por enseñarme las bases teóricas para interpretar la realidad y la importancia del cambio histórico, así como por incentivar mi trabajo intelectual como marxista; a la Unión de Juristas de México a través de Guillermo Casillas Rodríguez (†) quien asesoró, desde el 2010, la lucha jurídica en contra de la violencia obstétrica en México; a Yanina Ávila González por colaborar en mi construcción como feminista y acompañar mi propio proceso de autodeterminación; a Olga Lilia Sánchez Gómez y a Juan Miguel Espinosa Ortiz por introducirme extraordinariamente en el mundo de los derechos sexuales y reproductivos; a Laura Valladares de la Cruz por acoger este proyecto y darle seguimiento; a Luis Reygadas Robles Gil por atender el desarrollo de mi trabajo de campo; a Paloma Bonfil Sánchez por los comentarios que hizo a la presentación de la investigación en el Coloquio de la Licenciatura en Antropología Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa; a Mercedes Alanís Rufino por su disposición para asesorar el producto final de la presente investigación; y a

Mayra Chávez Courtois por todas las contribuciones que, en su momento, realizó a mi perspectiva sobre la violencia obstétrica.

Quiero agradecer a Armando Huerta Velázquez por introducirme a la comunidad mazahua de Crescencio Morales, así como, por permitir la reproducción de su valioso material fotográfico. Finalmente, quiero hacer patente mi reconocimiento a Pablo Valentín Albarrán por realizar una cuidadosa revisión de todo el texto.

Este trabajo está dedicado a las mujeres que a lo largo de este trayecto se han prestado a compartir conmigo sus historias y experiencias en el arduo camino hacia la construcción de los derechos sexuales y reproductivos.

Cristina Arias Sánchez

Tepoztlán, Morelos, marzo 2014.

Introducción

La presente etnografía fue realizada geográficamente en el municipio de Zitácuaro, en una comunidad de origen *jñato* o mazahua en el estado de Michoacán entre los límites con el Estado de México. El punto de partida de esta investigación estuvo inmerso bajo la lente conceptual de la *salud reproductiva.*[1] Lo que implicó que a lo largo de su desenvolvimiento haya tenido que integrar distintos enfoques con la intención de proporcionarle una visión totalizadora, sin soslayar las características propias de la dinámica sociocultural de las mujeres mazahua.

En un principio, el marco teórico de esta pesquisa estuvo pensado para aplicarse únicamente en espacios urbanos, circunstancia que se modificó al tener acceso a un proyecto en construcción, me refiero al Centro de Atención Rural Obtétrica-Crescencio Morales en la región oriente de Michoacán. Al iniciar trabajo de campo replanteé mi perspectiva, sin dejar de lado el aspecto nodal que incluye a todas las mujeres que deciden afrontar un proceso reproductivo, ya sea en un entorno urbano o rural.

Desde mi propia experiencia, las investigaciones en salud reproductiva emprendidas en espacios de orden urbano y rural han arrojado resultados cualitativos paradigmáticamente diferentes, pero que no son del todo excluyentes entre sí, pues existe una situación general en ambos espacios y que, sin duda, es agudizada en comunidades indígenas. Así, después de varios acercamientos teóricos y prácticos, aprehendí las particularidades de las mujeres nativas en un contexto comunitario, partiendo de la premisa de que sus representaciones y prácticas se construyen de forma distinta a aquellas que se suscitan en un ámbito urbano.

Para ser más precisa inicié la investigación buscando formas manifiestas de *violencia obstétrica,* esto es, *grosso modo,* violencia médica e institucional que dificultarían o nulificarían el derecho de las mujeres nativas a recibir atención médica oportuna, efectiva y con calidez. Con ello quise consignar, en un primer momento, que la violencia que experimentan las mujeres en contextos rurales es de mayor escala, cuestión por lo que se explicaría, entre otras cosas, las tasas de *muerte*

[1] *Infra.*

materna.[2] Aunque esta afirmación es medianamente correcta, de cierto modo, hay otros factores que limitan las posibilidades y derechos de las mujeres nativas en materia de salud. Su particular situación no puede explicarse sin señalar su condición de pertenencia a un pueblo originario, que como tal han vivido una situación histórica de vulneración como son la baja escolaridad, la falta de acceso a servicios, la deficiente alimentación, todo ello aunado a su "adscripción étnica, genérica y generacional"[3] que conllevan relaciones de poder y discriminación.

En este tenor, llegué a una serie de planteamientos, que si bien me fueron de gran utilidad también me obligaron a reformular mi proyecto y los objetivos del mismo. En esta lógica, la investigación, en un primer momento, contextualizó socioculturalmente una comunidad *jñato* para poder indagar en las trayectorias de vida sexual y reproductiva de las mujeres que son parte de esta red de relaciones sociales. A su vez, ubicar que el contexto de estas mujeres está en tensión entre lo tradicional y lo moderno, situación que complejiza su perspectiva respecto a la atención del embarazo, parto y postparto. Haciendo hincapié que son, en gran parte, los factores culturales condicionantes de las vivencias y riesgos en la maternidad.

El levantamiento de datos etnográficos se realizó en el Instituto Mexicano del Seguro Social-Oportunidades (IMSS-Oportunidades), en específico, en el Centro de Atención Rural Obstétrica (CARO) y el Hospital Rural-Tuxpan (HR-Tuxpan). La etnografía estuvo dividida en dos etapas, de octubre a diciembre de 2012; y de enero a marzo de 2013. En el primer trabajo de campo entrevisté a 30 mujeres del oriente de Michoacán, en el CARO de Crescencio Morales; en el segundo campo trabajé en el HR-Tuxpan. En total, en un lapso de seis meses entrevisté a 40 usuarias de las clínicas u hospitales del IMSS-Oportunidades; 30 de ellas en control prenatal y 10 en resolución del embarazo.

En el primer capítulo, sitúo el marco teórico de la investigación el cual me permitió dialogar con las principales corrientes de pensamiento de la antropología médica, feminista y marxista. Lo cierto es que el hilo de la argumentación estuvo

[2] Entiéndase como la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. *Cfr.* Organización Mundial de la Salud (OMS).

[3] Freyermuth, Graciela, *Mujeres de humo: Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, CIESAS, México, p. 199.

dirigido hacia la discusión sobre el género y la construcción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en particular, aquellas de origen indígena.

El segundo capítulo, tuvo como objeto problematizar teóricamente el contexto de la investigación. El primer planteamiento radicó en situar la historia de la obstetricia como parte del proceso de exclusión de los saberes femeninos e intrusión del varón en las prácticas de sanación. Mi propuesta teórica retoma el materialismo histórico como enfoque para ubicar la *medicalización* como fenómeno constitutivo del modo de producción capitalista, en este punto planteó los argumentos teóricos de Karl Marx, Michel Foulcault, Iván Illich y Bolívar Echeverría. Asimismo, finalizo la discusión con la crítica al actual ejercicio de la medicina y la deshumanización en la atención obstétrica. Cierro el capítulo con el debate antropológico sobre el choque intercultural que genera la medicina occidental en espacios comunitarios donde aún la medicina tradicional tiene una presencia importante.

El tercer capítulo podría denominarlo, el corazón de la tesis. En éste incluyo los testimonios de las mujeres entrevistadas; sus sentires y significación respecto a la atención del embarazo, parto y puerperio; así como su perspectiva sobre el contacto de la medicina moderna y la tradicial. En el último apartado interpreto los datos para plantear los posibles *escenarios de discriminación* –en la toma de decisiones– que experimentan las mujeres nativas que deciden afrontar un estado reproductivo.

El cuarto capítulo, está planteado en términos abstractos y discute la situación de las mujeres que viven un proceso reproductivo. En esta lógica, se brinda de contenido al concepto de violencia obstétrica y se logran marcar los límites de la categorización del mismo en el ejercicio de la obstetricia y la intervención del cuerpo de las mujeres. Finalmente, hago un recuento de las nuevas corrientes de parto respetado y parto humanizado, que ciertamente han sido precursores en la enseñanza de la sensibilización de la práctica médica.

Capítulo 1

Marco teórico de la investigación

1.1 Antropología médica

En el presente capítulo contextualizaré teóricamente el universo a analizar para una mayor comprensión de su totalidad, así como los alcances y las posibilidades prácticas en la realización del mismo. Asimismo considero relevante indicar el punto de partida del estudio para el entendimiento conceptual de mis categorías de análisis.

En primer lugar, la presente investigación se circunscribe, entre otras corrientes, en la denominada antropología médica, la cual se desarrolló como una ramificación de la antropología social teniendo su origen a finales de los años 30 y principios de los 40 del siglo XX.[4] Una obra fundamental para comprender el arranque de la antropología médica es la obra póstuma *Medicina, magia y religión*[5] del inglés William Rivers, médico y antropólogo, en la cual sostenía que "las prácticas médicas son consecuencia lógica de creencias bien establecidas en cuanto hace a la causalidad de las enfermedades y que estas creencias y prácticas, tomadas en su conjunto, son parte de la cultura y, por tanto, constituyen una institución social que, por serlo, debe ser considerada en términos de principios y métodos".[6] Sin embargo, dicha premisa respondió al entendimiento teórico de la época planteando una escala jerárquica sobre la medicina primitiva, que va de la magia a la religión y de esta última a la ciencia.[7]

Por otra parte, en 1932 la Universidad de California publica la monografía *Conceptos primitivos de enfermedad*[8] del británico Forrest Clements, cuyo enfoque concibió la sistematización de las creencias y usos médicos en cinco categorías bien definidas: hechicería, quebrantamiento de un tabú, intrusión de un objeto-maleficio,

[4] Menéndez, Eduardo, *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones,* Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social, México, 1990, p. 5.
[5] *Cfr.* Rivers, W.H.R., *Medicine, magic and religión,* Harcourt, Nueva York, 1924.
[6] Aguirre Beltrán, Gonzalo, *Obra Antropológica XII Antropología Médica*, Fondo de Cultura Económica, México, 1994*,* pp. 22-23.
[7] *Ibíd.,* p. 23.
[8] *Cfr.* Clements, Forrest, *Primitive concept of disease,* Berkeley University of California Publications in Archeology and Ethnology, 1932.

intrusión de un espíritu y pérdida del alma. Todo esto bajo la sombra del método difusionista que distribuye los rasgos causales de la enfermedad en una carta geográfica marcando rutas posibles en el proceso de difusión.[9] Aunque el estudio fue útil para la reconstrucción histórica de materiales disponibles, Bronislaw Malinowski ya había dejado claro la inconsistencia de toda comparación que no tomara en cuenta el contexto en que funcionan los rasgos que a primera vista parecen semejantes.[10]

Más adelante, el interés por el enfoque cultural de la medicina toma cuerpo después de la Segunda Guerra Mundial gracias al ímpetu y apoyo recibido del trabajo de aplicación del concepto de *salud pública*[11] en la arena internacional.[12] En este sentido, en un primer momento, el objetivo del enfoque cultural se ocupó de aplicar ciertos conceptos y prácticas a la interpretación y al proceso de cambio de las ideas, patrones de acción y valores que norman el ejercicio de la medicina, con especial atención sobre el accidente y la enfermedad.[13] En México el estudio de los fenómenos englobados en la antropología médica se inauguró con la corriente funcionalista boasiana a través de Manuel Gamio, así como los trabajos realizados por antropólogos norteamericanos como Robert Redfield y George Foster.[14]

Por su parte, Robert Redfield redimensionó el evolucionismo de Rivers y el difusionismo de Clements a su llegada a México en 1926. Redfield se estableció en Tepoztlán en un pueblo tlahuica y a partir de su trabajo de campo concluyó que era inevitable discutir sobre la relación entre magia y medicina.[15] Tras su estancia en México se inauguró la corriente *folk*,[16] en la cual se retoma el debate sobre el

---

[9] *Ibíd.,* pp. 24-25.
[10] *Cfr.* Malinowsky, Bronislaw, *Magic, science and religion and other essays,* Doubleday, Garden City, 1925. Citado en Aguirre Beltrán, *Obra antropológico XII*, *op. cit.,* p. 25.
[11] La salud pública puede por tanto definirse como aquella disciplina académica y tradición profesional que tiene por objetivo conseguir la máxima salud posible para el máximo número de personas mediante la aplicación del conocimiento científico en cada contexto social, político e histórico. Así pues, es importante no confundir la "salud pública" con la propiedad pública de los servicios de salud o "sanidad pública", que habitualmente contraponemos a la sanidad privada. *Cfr.* Benach, Joan, "La salud pública, la equidad y sus causas: ¿de qué depende nuestra salud?, Revista *Rebelión*, febrero de 2012.
[12] Loustaunau, O. Martha and Elisa J. Sobo, *The cultural Context of Health Illness, and Medicine,* Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, London, 1997, p. 2.
[13] Aguirre Beltrán, *Obra antropológico XII*, *op. cit.,* pp. 9-10.
[14] Menéndez, *op. cit.,* 1990.
[15] *Cfr.* Redfield, Robert, "Remedial Plants of Tepoztlan: A mexican Folk Herbal", Journal of the Washington Academy of Science, vol.18, pp.216-226, 1928. Citado en Aguirre Beltrán, *Obra antropológico XII*, *op. cit.,* p. 27.
[16] *Ibíd.,* pp. 25-28.

contacto cultural y se plantea como respuesta la *teoría de la aculturación* como estrategia para entender las dinámicas y vínculos sociales que unen a la comunidad a una sociedad mayor; lo cual suponía que el *continuum folk-urbano* proporcionaba descriptivamente los contrastes en el intercambio cultural. Si bien es cierto que sus aportaciones son inigualables, hay un problema de fondo, pues al concebir las sociedades *folk* como tipos ideales se ocultan las contradicciones reales por supuestos ideales. Es decir, éste da cuenta de los cambios unidireccionales que la urbe impone a la comunidad nativa pero nada concede al movimiento dialéctico que constituye el proceso de aculturación.

Con seguridad se podría afirmar que la antropología médica en México nace al fervor de las discusiones y resoluciones del Congreso de Medicina Rural celebrado en la ciudad de San Luis Potosí en 1938, donde se creó una metodología de estudio. Antes de esta fecha, Manuel Gamio y Moisés Sáenz hicieron esfuerzos por comprender las implicaciones sociales derivadas del estado de salud de la población originaria pero con un inminente sesgo positivista.[17] Por su parte, Miguel Othón Mendizábal indagó en el estado de la salubridad entre la población rural y la idea de buscarle remedio. En sus investigaciones advirtió la situación "pavorosa" que viven los pueblos étnicos, definiendo cuatro problemas fundamentales: 1) el aislamiento, centro de "todos los males"; 2) la economía agraria de subsistencia que hunde al indio en la pobreza; 3) la ausencia de escolarización significativa y 4) el abandono, verdaderamente espantable de nuestra población, frente a las enfermedades y la muerte".[18]

En el congreso antes mencionado Mendizábal hace suya la perspectiva que reputa ineficaz la medicina india. Entre sus líneas de acción fue la presentación de estadísticas que exponían dramáticamente la distribución de los médicos en la República; las defunciones no certificadas por profesionales titulados; el número de médicos por habitante y por kilómetro cuadrado en estados y municipios. En esta lógica, propone innovar la medicina científica en la comunidades rezagadas adiestrando por medio de la formación de escuelas de médicos rurales. De hecho,

[17] Aguirre Beltrán, Gonzalo, *Obra Antropológica V Programas de salud en la situación intercultural,* Universidad Veracruzana, Instituto Nacional Indigenista, Gobierno del Estado de Veracruz, Fondo de Cultura Económica, México, 1994*,* pp. 7-8.
[18] *Cfr.* Mendizábal, Miguel Othón, *Obras completas,* "El día del indio en América", vol. 4, México, p. 299. Citado en Aguirre Beltrán, *Obra antropológico XIII*, *op. cit.,* p. 39-40.

en la Escuela de Medicina Rural, recién inaugurada en ese entonces, figuraba la antropología como materia básica.[19]

Uno de los antropólogos más relevantes en la consolidación de la antropología médica en México fue Gonzalo Aguirre Beltrán, el cual perfiló las primeras reflexiones en torno al estudio de la cultura médica india utilizando el enfoque y los procedimientos de la epidemiología para explicarse la difusión de ciertas entidades nosológicas de la medicina tradicional propia de las clases marginadas.[20] A decir verdad, en sus inicios la antropología médica estuvo plagada de inconsistencias teóricas y posturas políticas ideologizantes pues a través de su perspectiva integracionista posicionaban a los pueblos indígenas como objetos de estudio susceptibles de ser transformados mediante políticas del Estado; pero también es necesario mencionar que es esta antropología la que abrió la discusión médica en términos de interculturalidad. En consonancia con Eduardo Menéndez, dicho enfoque permitió analizar los diversos procesos relacionados con la salud/enfermedad/atención (S/E/A) en términos de perfil epidemiológico y de las diferentes variables que suelen ser utilizadas por las ciencias sociales para describir los procesos de salud/enfermedad.[21]

En particular, el concepto de *interculturalidad* fue el eje en la discusión sobre las prácticas de atención a la salud de las comunidades indígenas, mismo concepto que se ha ido transformando y en la actualidad posee nuevos matices que han permitido re-pensar el contexto de la S/E/A y el proceso de resignificación que ha experimentado por la influencia de la medicina alópata a través de las políticas de salud del Estado. Aunque resulta relevante profundizar en el origen de dicha categoría de análisis su principal fortaleza radica en el potencial teórico para el estudio de las comunidades nativas que a lo largo de las décadas han ido absorbiendo, filtrando y resemantizando sus prácticas y representaciones que se encuentran en constante choque con las occidentales.

---

[19] Aguirre Beltrán*, Obra antropológica V, op. cit.,* pp. 7-9.
[20] Aguirre Beltrán, *Obra antropológico XII, op. cit.*, pp. 22-24.
[21] Menéndez, Eduardo, *Miedos, riesgos e inseguridades. Los medios, los profesionales y los intelectuales en la construcción social de la salud como catástrofe,* Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, 2009, pp. 97-123.

1.2 Aplicación de la antropología

En la aplicación de la antropología se necesitan nuevas unidades de análisis que den cuenta de los actuales fenómenos sociales que responden a los profundos cambios históricos, como son: la superexplotación y la precarización del trabajo (relaciones laborales basadas en la productividad, flexibilización, movilidad y polivalencia en materia laboral); la tecnificación en materia educativa y privatización de la educación; los cambios alimenticios; y la migración como factor constitutivo de las sociedades multiétnicas y pluriculturales.

En el caso de la antropología médica, las transiciones en los patrones demográficos y epidemiológicos han demostrado el dinamismo de los fenómenos socioculturales que impactan directamente en la salud. Por ejemplo, en la década de 1940 el gran problema de salud que preocupaba a los gobiernos y a diversos grupos de profesionistas, entre ellos los antropólogos, era cómo convencer a las poblaciones campesinas y marginales para que permitieran vacunar a sus hijo/as. Hoy en día, que vivimos las consecuencias de las vacunaciones masivas, en que los niño/as no mueren tanto, las poblaciones crecen y los seres humanos vivimos más años, la mirada antropológica se ha volcado a la aparición y proliferación de nuevas enfermedades antes no conocidas que implican problemáticas novedosas, tales como la aceptación social y la necesidad de grupos de apoyo para los enfermos de alzheimer o sida.[22]

México, al igual que otros países ha experimentado cambios en su modelo *enfermedad-diagnóstico/tratamiento-sanación*[23] asociados con el envejecimiento de la población, la desnutrición, consumo de cigarro y alcohol, así como otras patologías asociadas a estilos de vida. Con ello inevitablemente la manera de morir se ha modificado. De acuerdo con el *Programa Nacional de Salud 2007-2012* de la Secretaría de Salud (SSA), en la actualidad las causas de daños a la salud en 84% se asocian con casos de enfermedades no transmisibles y lesiones que son mucho más difíciles de tratar y más costosas; por ello, se propuso un cambio con respecto

[22] Pérez Lizaur, Marisol, "Las perspectivas y Retos de la Antropología Aplicada en el Siglo XXI", Revista Mad, no. 17, Departamento de antropología, Universidad de Chile, 2007, pp. 4-5.
[23] *Cfr.* Huerta Velázquez, Armando, *Medicina tradicional y Medicina moderna en los altos de Xochimilco,* Capítulo 1, Tesis de Licenciatura, Departamento de Antropología, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, División de Ciencias Sociales y Humanidades, México, noviembre 2010.

al siglo XX, donde las principales causas de muerte eran las infecciones comunes, los problemas reproductivos y la mala nutrición.[24]

En este sentido, la esperanza de vida ha incrementado notablemente a 78 años en las mujeres y 73 años en los hombres. Sin embargo, en zonas rurales como Chiapas, Guerrero y Oaxaca, es casi 10 años menor que la esperanza de vida de las zonas urbanas como Nuevo León y Distrito Federal.[25] También es cierto que las tasas de mortalidad infantil bajaron notablemente, pero en la euforia por ofrecer buena salud a lo/as niño/as del mundo, se ha ignorado a un grupo importante: las madres y los recién nacidos, que representan un tercio de la población mundial. A la par que los nacimientos aumentan, el número de muertes maternas crece.[26] Esta situación se explica porque a diferencia de épocas pasadas, en las que el binomio madre-hijo tenía una importante presencia, hoy en día se aplican políticas de salud por separado, por un lado las madres y por el otro los niños. Las estrategias de los Estados para la atención de la salud, como es el caso de la salud materno-infantil o la muerte por complicaciones en el parto, son problemáticas abordadas desde los organismos internacionales y el diseño de las directrices generales es realizado por organismos como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En este tenor, en las últimas décadas ha habido una creciente preocupación en la antropología respecto a la necesidad de construir un papel más imbricado entre el mundo académico y el espacio público, lo que ha llevado a reclamar una antropología con un mayor impacto en lo que respecta al abordaje de los problemas sociales y las estructuras que los producen y que los mantienen bajo ese orden.[27] Por ello, la aplicación de la antropología posee grandes retos de cara al conjunto de realidades de un mundo cada vez más complejo y, a la vez, atomizado.

---

[24] *Cfr. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, Secretaría de Salud, Primera Edición, 2007, México, pp. 17-23.
[25] *Ibíd.,* p. 23.
[26] Karchmer, Samuel, "Maternidad segura. ¿Por qué siguen muriendo las mujeres?", Revista *Perinatología y Reproducción Humana*, vol. 25, núm. 1, México, 2011, p. 7.
[27] *Cfr.* Rylko-Baur, Barbara, Merrill Singer y John Van Willigen, "Reclaiming Applied Anthropology: Its past, present and future", *American Anthropologist*, vol. 108, pp. 177-190.

1.3 La situación de las mujeres indígenas y su estudio desde la antropología

México, como otros países latinoamericanos, cuenta con un pasado indígena del cual provienen alrededor de 57 grupos étnicos.[28] Sin embargo, en la actualidad la población originaria sólo equivale al 10% de la población total.[29] Del total de la población indígena el 35.9% viven en municipios con alta y muy alta marginación; el 72.5% no aparece cubierta por los sistema de seguridad social oficiales; 25.5% es analfabeta; y los rangos de carencias en la infraestructura básica también son elevados (viviendas sin agua entubada 29.5%, con piso de tierra 38% y sin drenaje el 44.4 %).[30]

De acuerdo con el *XII Censo General de Población y Vivienda 2000* y el *II Conteo de Población y Vivienda 2005* se mostró una disminución en el tamaño de la población indígena del país entre el año 2000 y el 2005, pasando de 10 253 627 personas a 10 103 571. Es decir, se registraron 150 mil indígenas menos que en el año 2000. En cuanto a las diferencias por género, los hombres representan el 49.1% contra 50.9% de las mujeres, existiendo una relación de 96.41 hombres por cada 100 mujeres, lo que se traduce en: una mortalidad femenina mayor que la que se puede encontrar entre las no indígenas; en mayores tasas de fecundidad entre las indígenas que entre las no indígenas; y un mayor número de nacimientos masculinos, 105 por cada 100 femeninos, lo que ayudaría a un mayor equilibrio en la relación numérica entre sexos.[31]

En México los primeros estudios sobre mujeres nativas, desde la antropología, fue bajo el auspicio del Instituto Indigenista Interamericano alrededor de la década de los cuarenta del siglo XX. Así, en 1940 se desarrolló el Primer Congreso Indigenista Interamericano con sede en Pátzcuaro, Michoacán, en el cual cabe resaltar hicieron falta esas mujeres originarias de carne y hueso que pudieran compartir sus perspectivas y problemáticas. Por su parte, Manuel Gamio, a través de su hija Margarita Gamio de Alba, encaminó el "Proyecto de la Mujer Indígena" o

[28] Bonfil, Paloma y Raúl Marcó del Pont, *Las mujeres indígenas al final del milenio,* FNUAP/CONMUJER, México, 1999. Citado por Araiza Díaz, Alejandra, "Las mujeres indígenas en México: un análisis desde la perspectiva de género", Universitat Autònoma de Barcelona, España, 2006, p. 1.
[29] Fuente: <http://cdi.gob.mx>.
[30] Ponce Sernicharo, Gabriela y René Flores Arenales, *Panorama de la condición indígena en México*, Documento de Trabajo núm 95, Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP), Cámara de Diputados, LX Legislatura, México, julio 2010, p. 3.
[31] *Ibíd.,* pp. 6-7.

"Proyecto Acerca de las Condiciones de Vida de la Mujer Indígena" con pleno desconocimiento de la realidad de las mujeres oriundas. El proyecto inició remarcando tres problemas fundamentales: la falta de atención médica, la dieta deficiente y las labores excesivas de las mujeres, que según la coordinadora del proyecto todo esto era causa directa de la situación de inferioridad de las mujeres dentro de la sociedad conyugal.[32]

Hasta 1960 sólo existían pocas investigaciones serias e independientes sobre la condición de las mujeres indígenas; ya para 1975, como parte de las actividades del Año Internacional de la Mujer, cuyo congreso fue realizado en México, se dedicó un número especial de *América Indígena*[33] a las mujeres nativas, donde, según algunas especialistas, predominaba la imagen de las mujeres indígenas como indefensas y víctimas de los hombres.[34] En general en América Latina el discurso oficial que promovían los Estados, en toda la década de los setenta, difundía la mirada donde las mujeres originarias eran vistas como heroínas, abnegadas y víctimas por lo cual se aplicaban y promocionaban programas de corte asistencialista e integracionista para paliar su situación. Sin embargo, no todas las voces se escucharon uniformes y paralelamente se realizaron encuentros donde se ponía en tela de juicio si realmente las mujeres en contextos rurales estaban en una situación de mayor subordinación respecto a las mujeres del medio urbano, revelando nuevamente que la opresión de la mujer es agudizado con la modernización pero no era únicamente producto de ésta.[35]

Entre las zonas con población originaria que mayormente se han estudiado se encuentran Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Puebla, Tabasco, Veracruz, Yucatán y la meseta de Michoacán. A su vez, esta tendencia la encontramos presente en los estudios sobre mujeres nativas, predominando los estudios sobre mujeres mayas y zapotecas, sobre todo las del Istmo. Entre otras investigaciones a profundidad, se encuentran los casos de mujeres huaves, chinantecas, chatinas, mazatecas y mixtecas. A su vez, con menor frecuencia, encontramos estudios sobre mujeres

[32] Sánchez Gómez, Martha Judith y Mary Goldsmith, "Reflexiones en torno a la identidad étnica y genérica. Estudios sobre las mujeres indígenas en México", artículo presentado en el XIII Congreso de LASA, Atlanta, marzo 1994, pp. 63-64.
[33] *América Indígena,* vol. 35, no. 1-4, 1975.
[34] Sánchez Gómez*, op. cit.,* pp. 63-64.
[35] *Cfr.* Sánchez Gómez*, op. cit.,* pp. 64-65.

amuzgas, huicholes, mazahuas, mixes, nahuas, otomíes, purépechas, pápagos, totonacas, yaquis y zoques.[36]

Una de las aportaciones más importantes en relación con los estudios sobre mujeres es el aprehender la construcción de las vivencias de las mujeres en los procesos sociales sin generalizar o universalizar conjeturas abstractas. La mayoría de los estudios sobre mujeres originarias se han centrado en entender cómo participan en los procesos de cambio de sus comunidades. Un ejemplo de ello fue, el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) donde las mujeres tuvieron y han tenido un papel activo y de relevancia. En un mensaje durante el tercer día de las Jornadas por la Paz y la Reconciliación, en San Cristóbal de las Casas, el 22 de febrero de 1994, el Subcomandante Marcos expresó su sentir sobre la situación de las mujeres:

> Venimos a preguntarle a la patria, a nuestra patria, ¿por qué nos dejó ahí tantos y tantos años? ¿Por qué nos dejó ahí con tantas muertes? Y queremos preguntarle otra vez a través de ustedes, ¿por qué es necesario matar y morir para que ustedes, y a través de ustedes, todo el mundo, escuchen a Ramona –que está aquí– decir cosas tan terribles como que las mujeres indígenas quieren vivir, quieren estudiar, quieren hospitales, quieren medicinas, quieren escuelas, quieren alimentos, quieren respeto, quieren justicia, quieren dignidad? ¿Por qué es necesario matar y morir para que pueda venir Ramona y que puedan ustedes poner atención a lo que ella dice? […].[37]

Así, las mujeres jóvenes zapatistas dejaron de vivir en el olvido para rebelarse contra la política local y contra los hombres de sus etnias, lo que condujo a la creación de la *Ley Revolucionaria de Mujeres*[38] donde se reivindicaban los derechos

[36] *Cfr.* Chambers, Erve J. Y Phillip Young, "Mesoamerican Community Studies. The Past Decade", Annual Review of Anthropology, vol. 8, 1979, pp. 45-69. Citado por: Sánchez Gómez, *op. cit.*
[37] Periódico *La Jornada,* México, 23 de febrero de 1994.
[38] La *Ley Revolucionaria de Mujeres* en su forma original incluye 10 puntos. En 1997 esta ley fue reformulada y ampliada a 34 puntos.
1. Las mujeres, sin importar su raza, credo, color o filiación política tienen derecho a participar en la lucha revolucionaria en el lugar y grado que su voluntad y capacidad determinen. *2.* Las mujeres tienen derecho de trabajar y recibir un salario justo. *3.* Las mujeres tienen derecho a decidir el número de hijos que pueden tener y cuidar. *4.* Las mujeres tienen derecho a participar en los asuntos de la comunidad y tener cargo si son elegidas libre y democráticamente. *5.* Las mujeres y sus hijos tienen derecho a atención primaria en su salud y alimentación. *6.* Las mujeres tienen derecho a la educación. 7. Las mujeres tienen derecho a elegir su pareja y a no ser obligadas por la fuerza a contraer matrimonio. *8.* Ninguna mujer podrá ser golpeada o maltratada físicamente ni por familiares ni por extraños. Los delitos de intento de violación o violación serán castigados severamente. *9.* Las

de las mujeres indígenas a la participación política, a trabajar en condiciones de equidad, al respeto, a expresarse libremente, a la educación, a la salud, a la alimentación, a elegir la pareja libremente, a vivir libre de violencia, a heredar, a poseer la tierra, a cambiar de costumbres, y a ser diferentes. El EZLN considera que el primer levantamiento en la selva fue el de las mujeres en marzo de 1993 y no el alzamiento del primero de enero de 1994.[39]

En otra declaración la Comandanta Esther dijo "Así que aquí estoy yo, una mujer indígena. Nadie tendrá por qué sentirse agredido, humillado o rebajado porque yo ocupe hoy esta tribuna y hable. Quienes no están ahora ya saben que se negaron a escuchar lo que una mujer indígena venía a decirles y se negaron a hablar para que yo los escuchara […] Soy indígena y soy mujer, y eso es lo único que importa ahora". [40] Diversas investigaciones reconocen que el EZLN es un parteaguas en la visibilización del tema de las mujeres, no sólo porque en sus filas había población femenina desde el principio del movimiento, sino porque las mujeres crearon sus propias demandas que exigían derechos individuales y colectivos que abarcaban desde el propio cuerpo hasta la educación y la salud.[41]

En este tenor, México se ha convertido en un escenario del proceso de participación y negociación que han protagonizado las mujeres de los distintos pueblos originarios, lo que ha permitido una plataforma de discusión desde la antropología en términos de interculturalidad.[42] Es en este contexto en el que se insertaron las investigaciones antropológicas sobre las condiciones de existencia de las mujeres indígenas.

---

mujeres podrán ocupar cargos de dirección en la organización y tener grados militares en las fuerzas armadas revolucionarias.*10.* Las mujeres tendrán todos los derechos y obligaciones que señalen las leyes y reglamentos revolucionarios. *Cfr.* Lovera, Sara y Nellys Palomo (coord.), *Las Alzadas,* Comunicación e Información de la Mujer-Convergencia socialista, México, 1997, pp. 345-348.

[39] Sánchez Gómez*, op. cit.,* pp. 62-63.

[40] Comandanta Esther, EZLN, Congreso de la Unión, 23 de marzo de 2001, en: <http://ezln.org>.

[41] Araiza Díaz, Alejandra, "Las mujeres indígenas en México: un análisis desde la perspectiva de género", *op. cit.,* p. 12.

[42] Bonfil Sánchez, Paloma, "Mujeres indígenas y derechos en el marco de las sociedades multiétnicas y pluriculturales de América Latina", Revista *Ra Ximhai. Revista de Sociedad, Cultura y Desarrollo Sustentable*, vol. 8, núm. 1, Universidad Indígena de México, Mochicahui, México, 2012, p. 141.

1.4 Antropología y Feminismo

Es conocida la cándida declaración de Bronislaw Malinowsky en torno a cómo él entendía el lugar de las mujeres en la antropología sociocultural clásica: "la antropología es el estudio de un hombre que abraza a una mujer". Sin embargo, no son tan conocidas las obras de algunas antropólogas,[43] que a pesar de haber sido discípulas del fundador de la etnografía moderna, investigaron y escribieron ya en aquellos tiempos lejanos sobre las vidas de mujeres en diversas culturas.[44]

A pesar de que desde los inicios de la antropología la presencia de la mujer en los informes etnográficos ha sido constante por el particular interés que la disciplina ha puesto a los estudios de parentesco, matrimonio y familia, su aparición siempre fue secundaria. En este caso el principal problema no era de orden analítico, sino únicamente figurativo, por lo que con el resurgimiento de los movimientos de mujeres en la década de los sesenta las antropólogas feministas se volcaron hacia los estudios de parentesco en busca de herramientas para entender el lugar de las mujeres.[45]

Antes de 1970, por un lado encontramos el papel tangencial de las mujeres en las etnografías y por el otro las etnógrafas subrayaron el papel crucial desempeñado por las mujeres. En ambos casos la mujer estaba presente pero de modo distinto. Así pues, nace a principios de los setenta la nueva antropología de la mujer que se identificó rápidamente con la cuestión de la crítica al androcentrismo[46] en tres niveles. El primero, la visión personal del antropólogo que imprime en las investigaciones juicios de valor sobre la relación entre hombres y mujeres; el segundo, el efecto distorsionador inherente a la sociedad objeto del estudio, el cual suponía que la mujer está subordinada al hombre y esta visión de las relaciones entre los dos sexos sería la que probablemente transmitiera el etnógrafo

[43] Véase las monografías de las antropólogas Audrey I. Richards y Phillis M. Kaberry .
[44] Stolcke, Verena, "Antropología del género. El cómo y el por qué de las mujeres", Ensayos de Antropología Cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat. J. Prat & A. Martínez (eds.), Ariel, Barcelona, España, p. 335.
[45] *Cfr.* Yanagisako, Sylvia y Jane Collier, "Género y Parentesco Reconsiderados: Hacia un Análisis Unificado", en: Borofsky Robert (*ed.*), Assessing Cultural Anthropology, Hawaii Pacific University, Mc Graw-Hill, Inc., 1994, pp. 190-203.
[46] *Androcentrismo* se refiere al enfoque de un estudio, análisis o investigación desde la perspectiva masculina únicamente, y utilización posterior de los resultados como válidos para la generalidad de los individuos, hombres y mujeres. *Cfr. Diccionario ideológico feminista* de Victoria Sau, Icaria Editorial S.A., Barcelona, 1989.

encuestador; y el tercer nivel, el sesgo etnocéntrico que equipara la relación asimétrica entre hombres y mujeres de otras culturas con la desigualdad y la jerarquía que presiden las relaciones entre los dos sexos en nuestra propia cultura occidental.[47]

Para los años ochenta, la corriente llamada etnografía feminista criticó las deficiencias del conocimiento antropológico producidas por una perspectiva no reflexiva que oponía naturaleza a cultura, para la exploración de la construcción cultural de los significados sexuales, en la dicotomía masculino/femenino y su mancuerna privado/público.[48] Algunas de las antropólogas más importantes en la redefinición de la antropología de los ochenta fueron las estadounidenses Sylvia Yanagisako y Jane Collier, así como la británica Marilyn Strathern.

Yanagisako y Collier, revitalizaron el debate problematizando "si verdaderamente la diferencia sexual era la base universal para las categorías culturales de masculino y femenino."[49] Strathern coincidió con las estadounidenses y además "mostró que los significados de masculino y femenino pueden ser alterados según el contexto. Encontró que las prácticas otorgan a las mujeres un papel activo en la construcción de sentido social y señaló que las categorías de *género* no abarcaban el rango de posibilidades de acción y posición para los hombres y las mujeres individuales […] El punto clave que Strathern subrayó fue que el significado típico del *género* no se aplica transculturalmente."[50] En sí lo que concluyeron dichas autoras es que "la distinción entre naturaleza y cultura como la de reproducción y producción o la de público y privado no eran supuestos culturales universales […]".[51]

Si bien es cierto que el desarrollo de una antropología de la mujer hizo visibles las declaraciones, puntos de vista y actitudes de las propias mujeres, también es cierto que el panorama se obnubiló y la nueva antropología feminista tuvo que redefinir la teoría antropológica al reconocer que limitarse a "añadir" mujeres a la antropología tradicional no resolvería el problema de invisibilidad

---

[47] *Cfr.* Moore, Henrietta L.*,* "Antropología y Feminismo: historia de una relación", en: *Antropología y Feminismo,* Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer, Madrid, 1991, pp. 13-14.
[48] Lamas, Marta, "Complejidad y claridad en torno al concepto *género*", en: Giglia, Angela, Garma y De Teresa (comp.), ¿A dónde va a antropología?, México, UAM/JP, 2007, p. 85-86.
[49] *Ibíd.,* p. 86.
[50] *Ibíd.,* pp. 86-87.
[51] *Ibíd.,* p. 87.

analítica de la mujer y no eliminaría el efecto distorsionador provocado por el androcentrismo.[52]

Matthew Gutmann menciona que en la antropología existe una clara tendencia masculinizante pues desde siempre se ha ocupado de hombres hablándole a hombres sobre hombres.[53] Por su parte, Edwin Ardener añadió que no obstante que las mujeres hablen muchísimo y el etnógrafo estudie minuciosamente sus actividades y responsabilidades no impide que ellas sigan silenciadas, dado que su modelo de la realidad, su visión del mundo, no puede materializarse ni expresarse en los mismos términos que el modelo masculino dominante.[54]

Por tanto, la crítica del androcentrismo en la disciplina y la falta de atención y/o la distorsión de que eran objeto la mujer y sus actividades se relaciona con esa fase de la antropología de la mujer. Es hasta la fase siguiente donde se materializó una reestructuración crítica de la categoría universal *mujer*, lo que condujo a franquear la frontera del estudio de la mujer para aventurarse a ir más allá, es decir, al estudio de la diferencia y al estudio del papel del género en la composición de las sociedades humanas. El salto de un antropología de la mujer a una antropología feminista lo constituyó justamente el estudio del *género*.[55]

El concepto de género en la antropología tiene más de tres décadas de uso y, sin duda, ha sido una de las disciplinas que más ha contribuido a la clarificación de éste por el desarrollo de teorías sobre el sujeto y la génesis de su identidad, que postulan la producción de la alteridad a partir de procesos relacionales e imaginarios tomando como referencia la diferente sexuación de los cuerpos. De hecho, el concepto no se refiere únicamente a individuos, sino a relaciones intersubjetivas y a un modo de organización sociocultural más amplio.[56]

Entre tanto, de acuerdo con Mary Hawkesworth, el concepto de género en la actualidad ha pasado de ser una categoría analítica a ser una fuerza causal, es decir, un comodín epistemológico que da cuenta tautológicamente de lo que ocurre en la interrelación de la especie humana,[57] lo que ha dirigido la discusión más allá de

---

[52] Moore, *op. cit.,* p. 15.
[53] Gutmann, Matthew C., "Traficando con hombres: la antropología de la masculinidad", *Revista de estudios de género. La ventana*, núm. 8, Universidad de Guadalajara, México, diciembre 1998, p. 48.
[54] Moore, *op. cit.,* p. 15
[55] *Ibíd.,* pp.18-24.
[56] Lamas, *op. cit.,* 2007, pp. 83-84.
[57] *Cfr.* Hawkesworth, Mary, "Confundir el género", Revista *Debate Feminista*, núm. 20, octubre, 1999, pp. 3-48. Citado por Lamas, *op. cit.,* 2007, p. 84.

una sola corriente epistemológica, transitando de ser una perspectiva secundaria a un problema fundamental en las ciencias sociales. Esto también implica algunas dificultades pues se ha convertido en un "concepto problemático no sólo por la dificultad para comprender la complejidad a la que alude sino también por el hecho generalizado y lamentable de su cosificación. De forma gradual, *género* se ha vuelto un sociologismo que cosifica las relaciones sociales, consideradas sus productoras, pues falla al explicar cómo los términos masculino y femenino están presentes en el lenguaje antes que cualquier formación social." [58] De ahí, su reificación[59] en tanto concepto, convirtiéndose en un fetiche desde la academia.

[58] *Ibíd.*, pp. 90-91.
[59] Entiéndase reificación como la humanización de un objeto o cosa. Esta categoría fue acuñada por Georg Lukács.

1.5 La construcción del género y el cuerpo de las mujeres

Con seguridad puedo afirmar que aunque el desarrollo histórico de las sociedades no fue homogéneo, al implementarse la propiedad particular y al incrementar las riquezas de las familias, las sociedades humanas experimentaron un cambio radical en el cual las mujeres adquirieron valor de cambio (VC),[60] con ello el orden de transmisión de la pertenencia se modificó aboliéndose la filiación femenina, cuestión por la que se dio paso al patriarcado.[61] En este rompimiento histórico se delineó la diferencia entre los ámbitos femenino y masculino que se tradujo en la división sexual del trabajo (DST) que fue la primigenia división social y ello no sólo porque fue la primera en tiempo, sino en el sentido, donde la división de los roles entre hombres y mujeres regularon todas las demás relaciones sociales.[62]

La DST antecede a cualquier otra división en términos históricos y por ende "la opresión de la mujer puede ser cabalmente explicada tan sólo como un producto del sexismo propio de una estructura patriarcal […]".[63] Lévi-Strauss señaló que "la división sexual del trabajo no es otra cosa que un mecanismo para construir un estado de dependencia recíproca entre los sexos".[64] Para la antropóloga Gayle Rubin, la división del trabajo por sexos "puede ser vista como un 'tabú': un tabú contra la igualdad de hombres y mujeres, un tabú que divide los sexos en dos categorías mutuamente exclusivas, un tabú que exacerba las diferencias biológicas y así crea el género […]".[65]

En particular, la tradición judeocristiana occidental que se reprodujo prácticamente en todas las posturas intelectuales imprimió un sesgo característico

---

[60] Para el marxismo el *valor de cambio* es la forma de valor, la expresión de un contenido diferenciable de él, su "forma de manifestarse".

[61] Engels, Friedrich, *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado,* Ediciones de Cultura Popular, México, 1989, pp. 59-63. (et al.)

[62] Nettel D., Ana Laura, "Justicia y feminismo (Primera de dos partes)", Revista *Trabajadores,* Universidad Obrera de México "Vicente Lombardo Toledano", vol. 64, México, enero-febrero, 2008, p. 36.

[63] Borón, Atilio A., "Problemas y perspectivas en el debate marxista contemporáneo", en el curso de Problemas Contemporáneos de la Teoría Marxista, Programa Latinoamericano de Educación a Distancia, Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini, Buenos Aires, Argentina, 2010, p. 9.

[64] *Cfr.* Lévi-Strauss, Claude, "The Family, cultura and society", en: *Man,* Shapiro, Oxford University Press, Londres, 1971, pp. 347-348. Citado por Elu, María del Carmen, *La luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala,* Fondo de Cultura Económica, México, 1993, p. 15.

[65] Rubin, Gayle, "El tráfico de mujeres: notas sobre la 'economía política' del sexo", en: "Hacia una historiografía de la mujer", Revista *Nueva Antropología. Estudios sobre la mujer: problemas teóricos*, 1986, vol. VII, núm. 30, México, 1986, p. 114.

que esencializaba las principales disposiciones construidas culturalmente[66], como fue el caso de la construcción de los conceptos de raza, etnia y género. De este hecho, se simbolizó a los seres humanos dualmente buscando la esencia de cada sexo en características biológicas, que asociaban a las mujeres con la naturaleza y a los hombres con la cultura.

Así, la cultura occidental ha estado plenamente comprometida con la idea de que existen sólo dos sexos, incluso el lenguaje y la misma cotidianeidad niega toda posibilidad de percibir otras realidades. En efecto, lo interesante del asunto es que son los propios investigadores médicos los que han tenido que reconocer el concepto de cuerpo intersexual al ser testigos de casos de personas que no podían encajar, ni física ni psicológicamente, en la categoría varón o mujer. Para la literatura médica se utiliza el término *intersexo* como aglutinador de los tres subgrupos principales: *herms*, que poseen un testículo y un ovario, así como sus receptáculos para la producción de esperma y óvulos; *merms*, que tienen testículos y algunos aspectos de los genitales femeninos, pero no tienen ovarios; y *ferms*, que tienen ovarios y algunos aspectos de los genitales masculinos pero carecen de testículos.[67]

De acuerdo con Anne Fausto-Sterling, basándonos en lo que se conoce sobre los tres intersexos podríamos ir más allá afirmando que el sexo es un *continuum* vasto e infinitamente maleable que sobrepasa las restricciones de cinco categorías.[68] Este debate no sólo giro en torno a la biología y a la medicina, sino que ha sido la punta de lanza en la antropología al pretender deslindar estos dos términos básicos, género y sexo, llamando "a hacer una pausa para reflexionar de forma crítica acerca del tipo de interrogaciones que la investigación feminista le plantea a la antropología".[69]

Por ende, a finales del siglo XX e inicios del XXI la biología vuelve a cobrar presencia en las reflexiones feministas sobre biología/cultura.[70] Si partimos de la premisa que el sexo como categoría analítica responde a una distinción derivada de cierta dotación cromosómica; el concepto de *género* ha sido utilizado por las

[66] Lamas, *op. cit.,* 2007, p. 85.
[67] Fausto-Sterling, Anne, "Los cinco sexos: Por qué no son suficientes macho y hembra", Traducción: Rafael Freda, en: Pecheny, Mario *(et al.), Sexualidades y ciencias sociales: textos fundamentales,* Pitt Latin American Studies, Buenos Aires, 2010, p. 80.
[68] *Ibíd.,* p. 81.
[69] Lamas, *op. cit.,* 2007, p. 87.
[70] *Ibíd.*, p. 97.

ciencias sociales para englobar un conjunto de simbolizaciones basados sobre la diferencia sexual y, con ello, entender ¿cómo se construyen culturalmente dichas simbolizaciones sobre la materialización del cuerpo y por qué éstas constituyen marcas de discriminación?

Marta Lamas, antropóloga feminista, plantea que la comprensión de la construcción del género se ha vuelto imprescindible en el estudio de las sociedades humanas pues explora "la verdadera diferencia entre los cuerpos sexuados y los seres socialmente construidos".[71] Lo primero que quiero recalcar, en consonancia con Lamas, es que tanto la biología como la ciencia social han tenido dificultades teóricas para situar las implicaciones de la anatomía sexuada de los seres humanos insertos en procesos culturales porque la *diferencia sexual* no es únicamente construcción social, ni la biología es destino.[72] Por tanto, "el comportamiento no es ni innato, ni adquirido, sino ambas cosas al mismo tiempo".[73] Thomas Laqueur menciona "que el cuerpo, como el sexo, es contextual e histórico, y que la biología cumple el papel de fundamento epistemológico de las afirmaciones normativas del orden social."[74]

En recuento, en toda la década de los setenta se habló del sistema sexo/género con autoras como Gayle Rubin; para los años ochenta "se definió género como una clara pauta de expectativas y creencias sociales que troquela la organización de la vida colectiva y que produce la desigualdad […]".[75] En los noventa, ocurre un grave olvido de la materialidad de los cuerpos por el hecho de soslayar las operaciones de la estructura sociohistórica dentro de formaciones sociales dadas en el proceso de sexuación, por lo que se llegó a la pregunta "¿las prácticas son producto del proceso de simbolización o tal vez ciertas diferencias biológicas condicionan algunas de ellas?"[76] Hoy en día, las feministas del siglo XXI

[71] Lamas, Marta (coord.), "Introducción", *El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual*, Coordinación de Humanidades, Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM, Miguel Ángel Porrúa, México, 1996, p. 10.
[72] Lamas, *op. cit.,* 2007, p. 95.
[73] Larsen, Roger, "Los fundamentos evolucionistas de las diferencias entre los sexos", en: Evelyne Sullerot (comp.), *El hecho femenino. ¿Qué es ser mujer?,* Argos Vergara, Barcelona, 1979, p. 352.
[74] *Cfr.* Laqueur, Thomas, *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud,* Ediciones Cátedra, Madrid, 1994. Citado por Ávila González, Yanina, "Desarmar el modelo mujer = madre", Revista *Debate Feminista*, año 15, vol. 30, México, octubre 2004, p. 40.
[75] Lamas, *op. cit.,* 2007, p. 88.
[76] *Ibíd.*

hemos retomado las principales tendencias para dialogar sobre el papel de los feminismos sobre la construcción del género y el cuerpo.

Como mencioné, el debate sobre la *diferencia*[77] y la *identidad sexual*[78] fue el arranque del análisis de las feministas de los años setenta, predominantemente de las inglesas[79] que usaron el concepto de *diferencia sexual*[80]*;* y las norteamericanas[81] que trabajaban con el *género* y la teoría de las relaciones de objeto.[82] Como punto de partida, el análisis feminista sistematizó en el concepto de género la frase célebre de la feminista de la diferencia Simone de Beauvoir "no se nace mujer, se llega a serlo".[83] En esta tónica, se produjo el debate sobre el cuerpo y el género, apuntando que *a pesar de tener un cuerpo de mujer no existe esencia femenina*.[84]

De acuerdo con Judith Butler "para Beauvoir *llegar a ser* mujer es un conjunto de actos intencionales y apropiativos, la adquisición gradual de ciertas destrezas […] para asumir un estilo y una significación corporales culturalmente establecidos".[85] Butler se pregunta "¿cómo puede ser el género a la vez una cuestión de elección y una construcción cultural?"[86] Retoma a Monique Wittig,[87] feminista francesa, para explicar que el género es un proceso corpóreo de interpretación de una realidad

[77] El concepto de *diferencia* en el feminismo es totalmente distinto al concepto de *diferencia cultural* de la antropología.
[78] La *identidad sexual* se compone por el amplio y complejo panorama de fantasías, deseos e identificaciones que no necesariamente tienen una significación cultural fija. *Cfr.* Lamas, Marta, "Género: Los conflictos y desafíos del nuevo paradigma", en: Ana María Portugal y Carmen Torres (*ed.*), *El siglo de las mujeres,* ISIS Internacional, Ediciones de las Mujeres, núm. 28 (volumen doble), Chile, 1999, p. 7.
[79] Las inglesas utilizaron la teoría psicoanalítica lacaniana para abordar los problemas de la diferencia sexual, a su vez, promovieron el análisis deconstructivo a la categoría de mujer. *Cfr.* Lamas, *op. cit.*,1999, p. 2-3.
[80] La *diferencia sexual* desde el psicoanálisis es una categoría que implica inconsciente; desde la sociología se refiere a la diferencia anatómica y los papeles de género; y desde la biología implica otra serie de diferencias que pueden corresponder a algo distinto de la anatomía aparente. *Cfr.* Lamas, *op. cit.*, 1999, p. 2.
[81] El feminismo norteamericano ha tenido más influencia que otros en América Latina desarrollando un psicoanálisis sociologizado que no incorpora el concepto lacaniano de realidad psíquica. Esta corriente plantea que las personas están configuradas por la historia de su propia infancia, por las relaciones del pasado y del presente dentro de la familia y fuera de ella. Su concepción de lo psíquico las lleva a considerar las relaciones sociales como si el principio de igualdad fuera a modificar el estatuto de lo psíquico. *Cfr.* Lamas, Marta, *op. cit.*, 1999, p. 2.
[82] *Ibíd.,* pp. 2-3.
[83] Me refiero como feminismo de la diferencia a un segundo momento del movimiento feminista que no sólo exigía igualdad en circunstancias y derechos, sino que reconoció la diferencia entre los sexos y relativizó la categoría "mujer" para adentrarse al curso de la equidad. *Cfr.* Beauvoir, Simone, *El Segundo Sexo,* Vintage Press, Nueva York, 1973, p. 301.
[84] Lamas, *op. cit.*, 1999, p. 7.
[85] Butler, Judith, "Variaciones sobre sexo y género: Beauvoir, Wittig y Foucault", en: Lamas, *op. cit.,* 1996*,* p. 303.
[86] *Ibíd.*, p. 303
[87] *Cfr.* Wittig, Monique, "One is not born a woman", *Feminist Issues*, New York, 1978.

cargada de sanciones, tabúes y prescripciones dentro de una red de normas culturales.[88]

Finalmente, Butler formula la teoría del género como *performance*[89]: "[…] el género es una forma de existir el propio cuerpo y el propio cuerpo es una situación, un campo de posibilidades culturales a la vez recibidas y reinterpretadas […]".[90] Concluye que "*lo que llegamos a ser es nuestro género y no nuestro cuerpo*"[91], es decir, "[…] uno es, desde luego, su cuerpo desde el principio, y sólo posteriormente llega a ser su género. El movimiento que lleva del sexo al género es interno a la vida corporeizada como esculpir el cuerpo original dándole forma cultural".[92]

Las críticas no se hicieron esperar y "Butler es criticada por varias antropólogas entre las cuales destaca la británica Henrietta L. Moore, quien […] cuestiona la interpretación sobre la performatividad del *género* de Butler y se deslinda de lo que califica una actitud voluntarista sobre el género. A partir del supuesto de Butler de que como el género se hace culturalmente, entonces se puede deshacer, se alienta también a la suposición de que el sexo es una construcción cultural, entonces se puede deconstruir."[93]

Más tarde Butler, ante las inminentes críticas, tuvo que precisar que el género es "una incesante actividad realizada, en parte, sin que una misma sepa y sin la voluntad de una misma".[94] La psicoanalista Virginia Goldner arroja al debate que "el género es una verdad falsa, pues, por un lado, la oposición binaria masculino-femenino es supraordenada, estructural, fundante y trasciende cualquier relación concreta; así masculino-femenino, como formas reificadas de la diferencia sexual, son una verdad. Pero, por otro lado, esta verdad es falsa en la medida en que las variaciones concretas de las vidas humanas rebasan cualquier marco binario de *género* y existen multitud de casos que no se ajustan a la definición dual."[95]

Freud ya en su época había consignado cabalmente que "ni la anatomía ni las convenciones sociales podían dar cuenta por sí solas de la existencia del sexo […]

---

[88] Butler, *op. cit.,* pp. 304-309.
[89] Butler parte de que el *género* es central en el proceso de adquisición de la identidad y de estructuración de la subjetividad, poniendo el énfasis en la performatividad, o sea, la capacidad para abrirse a resignificaciones e intervenciones personales.
[90] Butler, *op. cit.,* p. 313.
[91] *Ibíd.,* p. 305.
[92] *Ibíd.,* p. 308.
[93] Lamas, *op. cit.,* 2007, p. 89.
[94] Butler, Judith, *Undoing Gender,* Routledge, Nueva York, 2004, p. 1.
[95] Lamas, *op. cit.,* 2007, pp. 92-93.

(por su parte) Lacan fue más lejos al decir que la sexuación no es un fenómeno biológico, porque, para asumir una posición sexuada hay que pasar por el lenguaje y la representación: la diferencia sexual se produce en el ámbito de lo simbólico."[96] Entonces, si la diferencia sexual no es únicamente biológica, ni únicamente construcción simbólica, "¿hay o no una relación contingente entre cuerpo de hombre y masculinidad y cuerpo de mujer y feminidad?".[97]

Lo cierto es que si los seres humanos somos "carne (hormonas, procesos bioquímicos), mente (cultura, prescripciones sociales, tradiciones) e inconsciente (deseos, pulsiones identificaciones) […] el cuerpo es más que la 'envoltura' del sujeto […] el cuerpo es la bisagra entre lo psíquico y lo social".[98] En este mismo tono de argumentación, la antropóloga feminista Françoise Héritier fue reveladora al consignar que "el cuerpo humano, lugar de observación de constantes –asiento de órganos, funciones elementales, humores–, presenta un rasgo notable y ciertamente escandaloso: la diferencia de sexos y el papel distinto de éstos en la reproducción".[99]

En la línea de Héritier, "no es el sexo, sino la capacidad reproductora lo que hace la diferencia real entre lo masculino y lo femenino […]".[100] En esta lógica, "los dos pivotes de la desigualdad sexual consisten por un lado en el control social de la fertilidad de las mujeres y la división sexual del trabajo."[101] Según Héritier, para comprender el rol de la mujer en las sociedades humanas hay que considerar la apropiación del poder reproductor de las mujeres, hecho vital para la constitución y sobrevivencia de toda sociedad, hecho que le ha atribuido un valor desigual a las tareas mismas, no por la cantidad de trabajo invertido o por la maestría de su ejecución.[102]

Para Héritier, es alrededor del cuerpo donde se fabrican un conjunto de juicios de valor que denotan características naturalizadas en el comportamiento y en el desempeño de las mujeres u hombres: "cualidades" o "defectos" típicamente

---

[96] *Ibíd.*, p. 98.
[97] *Ibíd.*, p. 99
[98] *Ibíd.*, p. 100.
[99] Héritier, Françoise, "La valencia diferencial de los sexos ¿se halla en los cimientos de la sociedad?", en: *Masculino/Femenino: El pensamiento de la diferencia,* Ariel, Barcelona, 1996, p. 19.
[100] Héritier, Françoise, "La sangre de los guerreros y la sangre de las mujeres", Revista *Alteridades*, año 1, núm. 2, 1991, p.100.
[101] *Ibíd.*
[102] Héritier, *op. cit.,* 1991, p. 101.

considerados como marcas sexuales.[103] El género, por tanto, implica "sectores recónditos del imaginario humano, sobretodo en relación con el cuerpo y los fluidos que segrega".[104] Lo innovador de Héritier es que ubica la construcción simbólica del cuerpo como una interpretación cultural que le damos a los fluidos que segregamos, percepciones configuradas a partir de expresiones bajo la apariencia de sabiduría, de arquetipos comúnmente compartidos.[105]

Para Rubin "el sistema sexo/género es el conjunto de arreglos por los cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en los que estas necesidades sexuales transformadas son satisfechas."[106] Así, una relectura de Rubin nos permite aprehender los modelos basados en el género de forma dialéctica pues éstos varían por el hecho de vivir un mundo compartido que se compone por una gama de matices donde la diferencia sexual se manifiesta social y psíquicamente. Por esta razón, metodológicamente es inútil y anacrónico contraponer categorías binarias, como hombre y mujer, pues sólo dan cuenta del *deber ser* y no del *continuum* que sobrepasa las restricciones impuestas socialmente.

La historiadora Joan W. Scott menciona que el sistema de género cruza toda la organización social y es la causa de la desigualdad entre los sexos. Todas las sociedades representan el género y hacen uso de éste para enunciar las normas de las relaciones sociales o para construir el significado de la experiencia. Las identidades subjetivas, por su parte, son procesos de diferenciación y que requieren la eliminación de ambigüedades y de elementos opuestos con el fin de asegurar una comprensión común. Por lo que masculino y femenino son construcciones ficticias donde el sujeto está en un vaivén que interpreta el deseo consciente e inconsciente.[107]

La psicoanalista Muriel Dimen concluye que "el género a veces es algo central, pero otras veces es algo marginal; a veces es algo definitivo, otras algo contingente, Y así, al relativizar el papel del *género,* se tienen más elementos para

[103] *Ibíd.*, p. 92.
[104] Héritier, *op. cit.,* 1996, p. 7.
[105] Héritier, *op. cit.,* 1991, p. 98
[106] Lamas, *op. cit.,* 1996, p. 14.
[107] *Cfr.* Scott, Joan, "El género: una categoría útil para el análisis histórico", en: Lamas, *op. cit.,* 1996, pp. 275-283.

desechar la línea interpretativa que una, casi como un axioma cultural, a los hombres a la dominación y a las mujeres a la subordinación."[108]

Para Scott "necesitamos rechazar la calidad fija y permanente de la oposición binaria, lograr una historicidad y una deconstrucción genuinas de los términos de la diferencia sexual".[109] A su vez, si bien es cierto que el género se construye a través del parentesco, no es de forma exclusiva. El antropólogo marxista Maurice Godelier expresó que "no es la sexualidad lo que obsesiona a la sociedad, sino la sociedad la que obsesiona la sexualidad del cuerpo. Las diferencias relativas al sexo entre los cuerpos son evocadas continuamente como testimonios de relaciones y fenómenos sociales que nada tiene que ver con la sexualidad, […] (sino) con la legitimación".[110]

La fuerza de los sistemas de representación radica en su contenido de ocultación y al contextualizar la historia de occidente se evidencia la censura y privación de los placeres: lo que se calla.[111] En palabras de Foucault, las prohibiciones, rechazos, censuras, denegaciones reagrupan en un gran mecanismo central destinado a decir *no*, sin duda sólo piezas que tienen un papel local y táctico que desempeñar en una puesta en discurso.[112] Finalmente, a partir de la lectura de Beauvoir podemos decir con seguridad que las mujeres somos el "Otro" en la medida en que somos definidas por una perspectiva masculina que intenta salvaguardar su propio estatus. Para Butler, el cuerpo situado como Otro –cuerpo reprimido o negado y, entonces, proyectado– vuelve a emerger de este "Yo" en opinión de otros como esencialmente cuerpo.[113]

De manera similar, la perspectiva normativa que conlleva a percibir el cuerpo femenino a partir del binomio naturalizado, mujer es igual a madre. Lo cierto es que, "la asociación entre <<mujer>> y <<madre>> no es ni mucho menos todo lo <<natural>> que podría parecer a primera vista".[114] Un punto de arranque implica el reconocer cómo ha sido construido "el modelo maternidad/maternazgo[115] en la cultura propia y, por tanto, asumir que no en todas las culturas ni en todos los tiempos se ha establecido una asociación como la que ha hecho la sociedad

[108] Lamas, *op. cit.,* 2007, p.93.
[109] *Ibíd.,* p. 286.
[110] *Ap.* Scott, "El género: una categoría…", p. 293.
[111] Héritier, *op. cit.,* 1991, p. 99.
[112] Foucault, Michel, *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber*, Siglo XXI, México, 2009, p. 20.
[113] *Cfr.* Butler en "Las Variaciones sobre sexo y género…", *op. cit.,* p. 311.
[114] Moore, "Género y estatus: la situación de la mujer", *op. cit.,* p. 40.
[115] Entiéndase m*aternidad* (física) y el m*aternazgo* (cultural/social).

occidental moderna, donde la figura de la mujer y la figura de la madre se superponen y juntas concatenan una relación unívoca […]".[116] Por ello, si hablamos de "la maternidad biológica como la marca del tránsito de una mujer a una madre, valga señalar que desde la antropología social no se considera que el vínculo consanguíneo –ni de cualquier otro fluido o parte del cuerpo, como el esperma o el óvulo– establezca una relación unívoca de parentesco."[117] Butler argumenta que el esfuerzo por interpretar los sentimientos maternales como necesidades orgánicas desvela un deseo de disfrazar la maternidad como práctica opcional.[118]

Un primer acercamiento indica que el sustrato del enigma en la diferencia entre los sexos es la elaboración simbólica del cuerpo, con toda la relevancia que implica como lugar primario de observación de datos sensibles y con respecto a la sangre donde se encuentra, es posible, el asunto fundamental de toda elaboración simbólica registrada en los orígenes de la relación entre los sexos.[119] Retomando a Héritier y otras autoras: "los hombres, a diferencia de las mujeres –que 'ven fluir su sangre fuera de su cuerpo'– hacen brotar su propia sangre al arriesgar la vida y tomar la de los demás […] Este control masculino se lleva a cabo por mecanismo de poder que no están basados únicamente en la fuerza física, sino también en la fuerza simbólica de discursos como los mitos tantos trasmisores de un mensaje y legitimadores de un orden social existente".[120]

De acuerdo con los estudios antropológicos es común a todas las sociedades un tratamiento sobre los fenómenos vitales y la sexualidad, en especial en cuanto *representaciones sexuales.*[121] Según, Jack Goody siempre hay una aparición ambivalente, distribuida poco homogénea, entre las culturas. "En primer lugar, las variaciones en la forma de mostrar el cuerpo humano […]; en segundo lugar, las modificaciones en la representación y descripción de la sexualidad humana".[122]

---

[116] Ávila, *op. cit.,* 2004, pp. 51-52.
[117] Ávila, *op. cit.,* 2004, p. 39.
[118] *Cfr.* Butler, "Variaciones sobre sexo y género…", *op. cit.,* p. 310.
[119] Héritier, *op. cit.,* 1991, pp. 101-102
[120] Héritier, Francoise, "Mujeres ancianas, mujeres de corazón de hombre, mujeres de peso", en: *Fragmentos para una historia del cuerpo humano*, Taurus, Madrid, 1990, p. 288. Citado por Ávila, *op. cit.,* 2004, p. 46.
[121] Goody, Jack, "Representaciones de sexo y su negación", en: *Representaciones y Contradicciones, la ambivalencia hacia las imágenes, el teatro, la ficción, las reliquias y la sexualidad*, Paidós, Barcelona, 1999, p. 221.
[122] *Ibíd.,* pp. 221-222.

Resultó eximio para el desarrollo de la presente investigación que se tuviera un panorama amplio sobre las discusiones que se habían gestado respecto a la construcción del *género* y el cuerpo de las mujeres así como su abordaje desde el feminismo para el entendimiento de la sujeción de la mujer en las diversas sociedades. Si bien el concepto de género fue y sigue siendo la piedra angular de todas las investigaciones de esta índole, éste sólo fue posible como consecuencia de la reflexión feminista en torno a la situación de las mujeres. Es imprescindible, a su vez, que su utilización esté planteada de forma holística para llevar a cabo un análisis concreto de los fenómenos socioculturales; si lo entendemos de este modo, entonces, la perspectiva de género nos refiere a una honda reflexión que, aún hoy, no está acabada.

1.6 Salud reproductiva: Hacia la construcción de los derechos sexuales y reproductivos

Entrando en el tema, la presente investigación está inscrita bajo la lente conceptual de la *salud reproductiva,* la cual es producto de las luchas políticas por los derechos de finales del siglo XX y no menos importante del desarrollo teórico respecto a la salud de las mujeres. En este apartado esbozaré, *grosso modo,* el conjunto de reflexiones sobre el significado de ciertos conceptos como son: *salud reproductiva*, así como, *derechos sexuales y reproductivos*, pues su pertinente contextualización nos indicará una referencia indispensable del momento histórico en el que se acuñaron. Asimismo, considero que los conceptos de *salud* y *derechos* son un crisol de la discusión teórica, las tendencias políticas y el activismo social.

Acudiendo a esta idea, "mientras que *salud* es un término multivalente, *derechos* en cambio, tendrá siempre un sentido más preciso, relacionado con la posibilidad de tomar decisiones autónomas y responsables."[123] Nancy Fraser señala que "los derechos son aquellas necesidades que a través de amplios procesos históricos […] entran al ámbito de la política, ya que participan en debates éticos y en procesos de legitimación […]".[124] Sin embargo, el panorama se complejiza cuando las nociones de *salud* y *derechos* aparecen adjetivadas por *sexual* y *reproductivo*, porque adquieren otras proyecciones que hacen necesario indagar en los cambios históricos, sociales y culturales.[125]

En retrospectiva, antes de poder hablar de *salud reproductiva* sólo eran parte del lenguaje teórico y del activismo social las concepciones de *salud obstétrica y ginecológica*, *salud materna* y *salud de las mujeres*. La primera tenía una implicación meramente biomédica; la segunda era limitada en su capacidad explicativa; y la tercera aunque se extiende más allá de los años reproductivos y es más amplia que

[123] Stern, Claudio y Juan Guillermo Figueroa (coord.), *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*, El Colegio de México, México, 2001, p. 26.
[124] Fraser, Nancy, "La lucha por las necesidades. Esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío", Revista *Debate Feminista*, núm. 3, 1991, p. 3-40. Citado por Ortiz-Ortega, Adriana, "Debates actuales en torno a los derechos sexuales y la ciudadanía sexual. Precarias negociaciones sobre los derechos sexuales desde los movimientos sociales", en: Szasz, Ivonne y Guadalupe Salas (coord.), *Sexualidad, Derechos Humanos y Ciudadanía: Diálogos sobre un proyecto en construcción*, "Aportes para el desarrollo conceptual de los derechos humanos en el ámbito de las sexualidades", El Colegio de México, Centro de Estudios demográficos, Urbanos y Ambientales, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, México, 2008, p. 380.
[125] Stern, *op. cit.,* p. 26.

la salud reproductiva, no tiene las mismas cualidades teóricas, ni hace referencia al mismo fenómeno sociocultural.[126]

Como he mencionado, la sexualidad y la reproducción eran vistas como actos "naturales". Durante la segunda mitad del siglo XX éstas dejaron de pertenecer a los campos de la religión y la biología para pasar al terreno de las ciencias sociales.[127] En esta nueva conformación influyeron diversos factores como las formas alternativas de reproducción que incluyen las técnicas de reproducción asistida (TRA), por ejemplo, en el mundo nació la primer niña de probeta en el Reino Unido en 1978.[128] Otro ejemplo es el actual debate sobre quién es la madre cuando una mujer dona un óvulo, otra se deja implantar el embrión y lleva a término el embarazo, y una tercera adopta al recién nacido/a.[129] Como consecuencia, en los años ochenta las feministas habían plasmado conceptualmente la separación entre reproducción y sexualidad[130] y ya para los años noventa hubo un reconocimiento institucional de los *derechos sexuales*.[131]

En términos prácticos el concepto de salud reproductiva ofreció el salto teórico para examinar las relaciones de género. Por tanto, resulta necesario precisar que el desarrollo de los conceptos de salud sexual y reproductiva fueron resultado de diversas discusiones entre las que destacan las siguientes: a) las sexualidades son construcciones culturales fluidas y maleables que se insertan en un contexto de significados;[132] b) la reproducción humana no es un hecho únicamente biológico, sino forma parte de procesos más amplios de reproducción social y cultural;[133] c) la

---

[126] *Stern, op. cit.,* p. *27;* Leslie, Joanne, Jane Rubin-Kurtzman y Ana María Goldani, "La definición de salud reproductiva en el contexto de la vida de las mujeres", en: Stern, *op. cit.,* p.165.
[127] Ortiz-Ortega, *op. cit.,* p. 375.
[128] *Cfr.* Ortíz-Ortega, *op. cit.,* p. 375.
[129] *Cfr.* Olavarría, María Eugenia, "De la casa al laboratorio. La teoría del parentesco hoy día", Revista *Alteridades*, núm. 24, año 12, julio-diciembre 2002, pp. 99-116.
[130] Entiéndase por *sexualidad* como una elaboración psíquica y cultural sobre los placeres de los intercambios corporales, construida discursivamente, regulada y reglamentada mediante prohibiciones y sanciones. A su vez, es una organización social que incluye comportamientos, prácticas y hábitos, pero que también designa relaciones sociales, conjunto de ideas, moralidades, discursos y significados que las sociedades y sus instituciones construyen en torno a los deseos eróticos y los comportamientos sexuales. *Cfr.* Lamas, Marta, "Sexualidad y Género: La voluntad de saber feminista", en: Szasz, Ivonne y Susana Lerner (comp.), *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales,* El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, México, 2005, p. 49.
[131] *Cfr.* Ortíz-Ortega, *op. cit.,* p. 378.
[132] Szasz, *op. cit.,* 2008, p. 10.
[133] Salles, Vania y Rodolfo Tuirán, "El Discurso de la salud reproductiva: ¿Un nuevo dogma?, en: Stern, *op. cit.,* p. 99.

sexualidad y la reproducción se encuentran determinadas históricamente; d) las prácticas reproductivas y sexuales son moldeadas por el ejercicio del poder, por ejemplo, las asimetrías de clase social, etnia y género;[134] e) los comportamientos reproductivos, sexuales y de cuidado de la salud son conductas estructuradas que crean, de modos diversos, una serie de representaciones sociales en cada cultura;[135] f) el *modo de producción*[136] y las instituciones sociales correspondientes a cada *formación social*[137] interfieren en los comportamientos reproductivos y sexuales de los individuos, familias y grupos sociales; g) las mujeres y hombres no son meros receptores de información (reglas, normas, valores, prohibiciones), sino que "interpretan" y reaccionan de manera diversa a los mandatos sociales, ya sea aceptando, modificando o rechazando las prescripciones.[138]

Entre tanto, la salud reproductiva se visibilizó en los años ochenta como respuesta a movimientos sociales de ideología variada y se pone en el centro de la agenda política internacional. El primer avance para la definición de lo que hoy llamamos salud reproductiva se dio a partir del enfoque de salud pública que constituyó los programas de planificación familiar, de salud materno-infantil y de maternidad sin riesgos; cuyas aportaciones, tanto las críticas, fueron momentos iniciales para construir el proceso de reflexión-acción.[139]

Entre los años ochenta y noventa los esfuerzos para legitimar la salud reproductiva articularon una serie de motivaciones para la formulación de dos

---

[134] *Salles, op. cit.,* p. 99*;* Freyermuth, *op. cit.,* 2003, p. 199.
[135] Salles, *op. cit.,* p. 99.
[136] El concepto de *modo de producción* se constituye por el desarrollo de las *fuerzas productivas* y las *relaciones sociales de producción* que de ella se emanan. Así, la totalidad de esas relaciones sociales de producción condicionan las formas ideológicas, jurídicas y políticas del estadio económico que denominamos modo de producción. La vinculación de los conceptos fuerzas productivas y relaciones sociales constituyen el concepto *modo de producción,* mencionado por Marx en 1859 en el "Prólogo a la Contribución de crítica de la economía política" cuando se refiere al efecto condicionante que la estructura económica de la sociedad produce sobre las superestructuras y las formas de conciencia social. *Cfr.* Karl, Marx, "Prólogo a la Contribución a la crítica de la economía política*",* en: *Contribución a la crítica de la economía política,* Siglo XXI, México, 1986, pp. 4-5.
[137] El concepto de formación social refiere al contenido material de una totalidad social en la que se articulan diversos modos de producción, de los cuales uno es el preponderante. El análisis de las relaciones sociales materiales, permite observar la repetición y la regularidad, así como sintetizar los sistemas de los diversos países en un solo concepto fundamental: el de formación social. Las relaciones sociales materiales se establecen sin pasar por la conciencia de los hombres. De acuerdo con Marx, dichas relaciones se desarrollan cuando las mujeres y los hombres intercambian mercancías contrayendo con ello relaciones concretas de producción. Estas relaciones se establecen aunque los seres humanos no tengan conciencia de que ello constituye una relación social de producción. *Cfr.* Lenin, V.I., *¿Quiénes son los amigos del pueblo y cómo luchan contra los socialdemócratas?*, Primera parte, Ediciones en lenguas extranjeras, Pekín, 1976.
[138] Salles, *op. cit.,* p. 100.
[139] Salles, *op. cit.,* p. 94.

vertientes. Por un lado, la que se encontraba orquestada por la OMS y los aparatos institucionales vinculados a la aplicación y difusión de la planificación familiar que empujaban la noción de *salud reproductiva* en un marco institucional; por el otro, los movimientos de mujeres que vieron nacer en un marco no institucional el concepto de *derechos reproductivos*.[140] Una vez establecido un consenso híbrido respecto a la noción de salud reproductiva se creó un campo de disputa en el que las tensiones conceptuales se materializaron en la lucha entre los diversos grupos de interés.[141]

La genealogía del concepto de *derechos reproductivos,* de hecho, inicia en la lucha por el derecho al aborto y a la anticoncepción en Europa y Estados Unidos. Así, el concepto es producto de un consenso discursivo en un encuentro internacional entre feministas del norte y del sur, en la *Internacional Women's Health Meeting* en Amsterdam en 1984.[142] Entre 1984 y en El Cairo 1994 finalmente "el concepto fue afinado en colaboración con activistas e investigadores del campo de los derechos humanos".[143] En la misma corriente, el adjetivo sexual hizo eclosión en los escenarios de politización de salud y derechos reproductivos en una etapa bastante avanzada del proceso de legitimación y las feministas lo adoptaron en las puertas de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo.[144] Nuevamente la genealogía de las nociones de *salud sexual* y *derechos sexuales* siguió un proceso paralelo en el cual la primera había surgido en un marco institucional y la segunda a partir de las reflexiones feministas y del movimiento gay y lésbico.[145] Poco a poco, los conceptos de *salud reproductiva*, *género* y *sexualidades* que originalmente fueron usados por la academia y los movimientos sociales, cobraron particular legitimación en los programas de acción de conferencias nacionales e internacionales.[146]

En suma, cuando hablamos de salud reproductiva nos referimos a las relaciones de género y toma de decisiones en materia de sexualidad y reproducción; a la *cultura de los cuidados* respecto a la sexualidad y la reproducción; a las

[140] Stern, *op. cit.,* pp. 24-25.
[141] Correa, Sonia, "Salud reproductiva, Género y sexualidad: Legitimación y nuevas interrogantes", en: Stern, *op. cit.,* p. 130.
[142] Correa, Sonia y R. Reichmann, *Population and Reproductive Rights: feminist perspectives from the south,* Zed Books, Londres, 1994. Citado en: Correa, "Salud reproductiva…", *op. cit.,* 2001, p. 130.
[143] Correa, *op. cit.,* 2001, p. 130.
[144] *Ibíd.*, p. 131.
[145] *Ibíd.,* p. 25.
[146] Stern, *op. cit.,* pp. 24.

condiciones de salud que cubren los años reproductivos; y a las problemáticas de salud pública, como son: aborto inducido, epidemia de VIH, detección y tratamiento del cáncer de mama y cérvico-uterino, manejo de las infecciones del tracto vaginal e infecciones de transmisión sexual (ITS), embarazo adolescente, tratamiento de la infertilidad, violencia obstétrica[147] y mortalidad materna.[148] Una caracterización más acabada nos refiere que la *salud reproductiva* puede ser definida como una perspectiva que reconoce el derecho de toda persona a regular su fecundidad segura y eficientemente; tener y criar hijos saludables; comprender y disfrutar su propia sexualidad; y permanecer libre de enfermedades, incapacidades o muerte asociadas con el ejercicio de su sexualidad y reproducción.[149]

Otro factor en la aplicación de la noción de salud reproductiva es el reconocimiento de las especificidades de las mujeres nativas en un ámbito comunitario, ya que sus vivencias se construyen de forma distinta a aquellas que se originan en un contexto urbano por los límites y posibilidades que condicionan el ejercicio de los derechos de las mujeres nativas en materia de salud pues su particular situación no puede explicarse sin señalar su condición de pertenencia a un pueblo originario, que como tal han vivido una situación histórica de vulneración como son la baja escolaridad, la falta de acceso a servicios, la deficiente alimentación.

En el panorama de los derechos reproductivos hoy en día la discusión desde el activismo social señala: el derecho a la integridad corporal y al respeto del propio cuerpo; respeto a la autodeterminación sobre sexualidad y reproducción; el derecho a vivir la sexualidad con reconocimiento; el respeto a la diversidad, entendido como el derecho a las afinidades grupales o las diferencias culturales mientras sean elegidas libremente; el derecho a la información para tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas sobre sexualidad y reproducción; la igualdad en el acceso a los servicios de salud y equidad en la atención integral, oportuna y efectiva; el

[147] Incluyo en esta lista la violencia obstétrica como un problema de salud pública por ser un fenómeno que afecta a las mujeres sin importar clase social, etnia y generación. *Cfr.* Arias Sánchez, Cristina, "Medicalización del cuerpo de las mujeres y su relación con la violencia obstétrica", Conferencia presentada en el Ciclo de Actividades "Horizontes para la Equidad de Género", Programa de Gestión 3 del PIFI 2010-2011, Universidad de Guanajuato, Guanajuato, mayo 2012, *s.p.i.*; Legislación venezolana, Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Capitulo II, Definición de Violencia contra las Mujeres, Artículo 15: Formas de violencia. Artículo 51 Capítulo VI, de los delitos.
[148] Leslie, *op. cit.,* p. 165.
[149] Salles, *op. cit.,* p. 94.

derecho a la apropiación del cuerpo como espacio de lucha; y el derecho a ser protagonistas en los propios procesos reproductivos. En otro sentido, aunque los *derechos reproductivos* fungieron como un avance en términos políticos "al estar basados en una concepción heterosexual, no afirman el derecho a la atención de la salud reproductiva de los individuos no heterosexuales."[150]

También es cierto que para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos existen una serie de problemáticas que impiden libremente su apego y disfrute. Por mencionar las más representativas nos encontramos con las transiciones demográficas y epidemiológicas causadas por los cambios en el trabajo, en la educación, en la nutrición, por los estilos de vida, por la migración y la aparición de nuevas infecciones y enfermedades; las representaciones discriminatorias en torno a la sexualidad que subordinan a las mujeres; la coerción social para iniciar una vida sexual temprana; la atribución de universalidad a la adolescencia pues el hablar de características universales conduce a la producción de estereotipos limitantes; la censura y privación de los placeres en la sexualidad y reproducción que se traducen en el control del placer cotidiano, en una heteronormatividad y en la promoción de eventos reproductivos sufrientes y dolorosos; la sobrevalorización y obligatoriedad de la maternidad; el rechazo cultural hacia la sexualidad no procreativa de la mujer; el incremento en la proporción y en el número de madres solteras jóvenes como resultado de cambios culturales en el grupo doméstico, así como de otros cambios derivados de las crisis económicas; el carácter ambivalente del embarazo que provoca la ocultación del mismo situación por la que se obstaculiza la atención prenatal temprana; la creciente medicalización del embarazo y la patologización de los ciclos cronológicos de las mujeres; los cambios históricos que conducen a la desapropiación del cuerpo y despojan a las mujeres de su propio proceso reproductivo; la tecnoburocratización de la gestión y asistencia en los servicios de salud; la privatización del sistema médico y la no cobertura universal en materia de salud, es decir, de asistencia médica, hospitalización y medicinas; la insuficiente capacidad resolutiva en emergencias obstétricas; los obstáculos para el acceso a la atención integral ginecoobstétrica; el "fantasma" que opera a través del Seguro Popular; y la morbi-mortalidad materna.[151]

[150] Stern, *op. cit.,* p. 30.
[151] Stern, *op. cit.,* pp. 45-58.

Este panorama es el que se vive en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos pero no por ellos se va a soslayar el planteamiento de denuncia que se inserta directamente en la agenda política internacional, lo que posee toda la relevancia pues se convierte en nuestras consignas de lucha en defensa y construcción de los derechos de las mujeres.

1.7 La salud reproductiva en el marco internacional y nacional

Este apartado abordará el resultado jurídico que desde finales del siglo XX fue allanado para recorrer el sinuoso camino hacia la constitución de los derechos sexuales y reproductivos, en particular, de las mujeres indígenas. La importancia de este recuento reside en brindar el contexto en el que se fincó la construcción de los derechos sexuales y reproductivos plasmados, en su mayoría, en los marcos institucionales que se produjeron a partir de las incesantes luchas políticas de las feministas y por la legitimación discursiva que se llevo a cabo en las reuniones entre feministas del norte y del sur.

En el terreno de la salud, claramente el salto conceptual de la noción de salud reproductiva hacia los derechos sexuales y reproductivos fue gracias a los debates feministas plasmados en los encuentros internacionales. En este tenor, haré un recuento sobre las conferencias, encuentros y documentos que en el marco internacional han sido base del mundo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

En 1946, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) formó una comisión relacionada con el estatus de la mujer y en 1973 ante la necesidad de integrar políticamente a las mujeres se dio marcha a una serie de medidas como la creación en 1976 de un fondo de las Naciones Unidas (Unifem). En 1975 se celebró el "Año internacional de la mujer" y a partir de esto la ONU designó la década de 1976 a 1985 como la "década de la mujer".[152] En la "Década de las Naciones Unidas para la mujer" se celebraron las tres Conferencias Mundiales sobre la Mujer; en la Ciudad de México (1975), Copenhague (1980) y Nairobi (1985).

Entre los tratados y acuerdos que han allanado el camino hacia la construcción de la perspectiva de género en las problemáticas sociales están la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres* (Convención Belem Do Pará, 1995), adoptada por la "Asamblea Nacional de los Estados Americanos". A su vez, en 1979 se celebró la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* (CEDAW). Asimismo, en 1993 Naciones Unidas ratificó la *Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer*. Otros grandes esfuerzos

[152] Freyermuth, *op. cit.*, 2003, p. 41.

se concretaron en 1994 en la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo* (El Cairo) y en 1995 en la *IV Conferencia Mundial de la Mujer* (Beijing).

La importancia de CEDAW radicó en que habían sido integradas una serie de declaraciones que en épocas anteriores se habían formulado, como "el pago igual para trabajo igual (1953), igualdad en derechos políticos (1954), protección a la maternidad (1955), igualdad en el empleo (1960), e igualdad en los derechos matrimoniales (1964). Específicamente, esta convención contempla los derechos en el área de la salud reproductiva en los artículos […] que incluyen el derecho a la maternidad sin discriminación laboral, las recomendaciones en cuanto a la participación del hombre en el cuidado de los hijos, la libertad de decisión sobre el número y espaciamientos de los mismos, la protección de la salud de la mujer embarazada, y el acceso a una atención médica gratuita y de calidad."[153] De ahí que esta Convención Internacional es uno de los instrumentos internacionales de derechos humanos fundamentales pues contempla una amplia gama de áreas como la participación política, salud, derechos laborales y matrimonio. Sin embargo, aunque abarca la situación de la mujeres no hizo referencia alguna a las mujeres indígenas, es decir, no incluyó ninguna disposición sobre la prohibición de discriminación de tipo racial.[154]

En 1974 se desarrolló la primera *Conferencia Internacional de Población* a través del Plan Mundial de Población en la que incluyeron una serie de recomendaciones sobre la planificación familiar para la transición demográfica y el cambio de prácticas respecto a la fecundidad por el crecimiento de la población y la disminución de la mortalidad.[155] En México, gracias a la presión internacional, la promoción de los programas de planificación familiar tuvo impacto hasta 1975, en el marco de la primera Conferencia Mundial sobre la Mujer.

En la *Conferencia Internacional de Población y Desarrollo* se dio un salto cualitativo alrededor de las nociones de salud reproductiva y sexual pues en ella se consensuó alrededor de su interpretación multidisciplinaria lo que significó superar el enfoque biomédico.[156] El alcance de ésta consistió en "promover el conjunto de

[153] *Ibíd.,* pp. 41-42.
[154] *Cfr. Guía Sobre los Derechos de la Mujer Indígena bajo la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer*, Forest People Programme, Reino Unido, enero 2004.
[155] Freyermuth*, op. cit.,* 2003, pp. 42-43.
[156] Stern, *op. cit.*, p. 26.

reflexiones, acciones y programas vinculados con la salud reproductiva"[157] donde se visibilizó que la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, a su vez que implica el derecho a recibir servicios adecuados de salud reproductiva, lo que llevo a marcar objetivos y metas encaminadas a la disminución de la muerte materna y los embarazos no deseados.[158]

En 1995, se celebró en Beijing, China la *IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres*, en la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer; donde los países del mundo presentes y representados consensuaron en el reconocimiento de la violencia contra las mujeres como un impedimento para lograr los objetivos de equidad, desarrollo y paz. En suma, se definió la violencia como una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres. Lo notable de la conferencia de Beijing es que plantea el tema de los derechos sexuales de manera más notable, sin embargo, El Cairo es un antecedente importante en tanto abre la discusión sobre los derechos reproductivos a través de su Plan de Acción. [159] Tanto en El Cairo como en Beijing se legitimaron "varios conceptos además del término *salud reproductiva* (que) están hoy consagradas […] (en) los contenidos relativos a los derechos sexuales."[160] Además "es hasta las conferencias del El Cairo y Beijing que los diversos organismos internacionales que laboran tanto en el campo de los derechos humanos como en temas de población, comenzaron a incluir las violaciones de los derechos sexuales y reproductivos como violaciones a los derechos humanos."[161]

La *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer* es un acuerdo firmada en 1994, en la ciudad de Belem do Pará, Brasil, por 32 de los 34 Estados del Hemisferio. La Convención tuvo como objetivo fundamental proteger los derechos humanos de las mujeres y prevenir, sancionar y eliminar los estados de violencia que puedan afectarlas, en el entendido que toda humana tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado. En la Convención Belem Do Pará se definió como

[157] Salles, *op. cit.*, p. 94.
[158] Freyermuth, *op. cit.*, 2003, pp. 44-45.
[159] Ortiz-Ortega, *op. cit.*, p. 386.
[160] Correa, *op. cit.*, p. 129.
[161] Ortíz-Ortega, *op. cit.,* p. 384.

violencia contra la mujer toda acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado.[162]

Respecto a la mortalidad materna en 1987 se realizó la *Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgos* en Nairobi, Kenia. Esta iniciativa fue lanzada a nivel mundial ante el fracaso de los programas materno-infantiles y las iniciativas de la atención de primer nivel.[163] México se unió a ella a partir de la *1ra. Conferencia Nacional sobre Maternidad sin Riesgos* (1993). Representantes de muy variados sectores elaboraron la "Declaración de México para una Maternidad sin Riesgos" y crearon el *Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México* (CPMSR) con el fin de impulsar su puesta en marcha, desde la fecha este comité ha promovido la formación de *Comités Estatales por una Maternidad sin Riesgos*.[164]

En México, la diversidad étnica y la garantía de los derechos de las mujeres indígenas están respaldados por un marco jurídico basado en el artículo segundo de la Carta Magna; en los artículos sexto y séptimo del Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo (OIT); y en el artículo segundo de la Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) que señalan el reconocimiento de los pueblos indígenas.[165]

El artículo segundo de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece:

> […]
>
> La Nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas que son aquellos que descienden de poblaciones que habitaban en el territorio actual del país al iniciarse la colonización y que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.

---

[162] *Cfr.* Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer "Convención de Belém Do Pará", adoptada en el vigésimo cuarto período ordinario de sesiones de la Asamblea General, en: <http://www.cidh.org/Basicos/Basicos8.htm>, Belém do Pará, Brasil, el 9 de junio de 1994.
[163] Freyermuth, *op. cit.,* 2003, p. 44.
[164] *Ibíd.*, p. 46.
[165] *Cfr. Consulta Nacional Sobre los Derechos de las Mujeres Indígenas*, Carpeta de apoyo para facilitadoras del Estado de Michoacán, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), México, 2011.

> La conciencia de su identidad indígena deberá ser criterio fundamental para determinar a quiénes se aplican las disposiciones sobre pueblos indígenas.
>
> Son comunidades integrantes de un pueblo indígena, aquellas que formen una unidad social, económica y cultural, asentadas en un territorio y que reconocen autoridades propias de acuerdo con sus usos y costumbres.
>
> El derecho de los pueblos indígenas a la libre determinación se ejercerá en un marco constitucional de autonomía que asegure la unidad nacional. El reconocimiento de los pueblos y comunidades indígenas se hará en las constituciones y leyes de las entidades federativas, las que deberán tomar en cuenta, además de los principios generales establecidos en los párrafos anteriores de este artículo, criterios etnolingüísticos y de asentamiento físico.
>
> […][166]

En el Convenio 169 de la OIT, México ratificó en 1991 y ha servido como un instrumento jurídico para las luchas sociales de los pueblos, comunidades y organizaciones indígenas. Así el Convenio marca en sus artículos sexto y séptimo:

> […]
>
> Los gobiernos deberán Consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados y en particular a través de sus instituciones representativas cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente.
>
> […]
>
> Los pueblos indígenas interesados deberán tener el derecho de decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo, en la medida en que éste afecte sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual y a las tierras que ocupan o utilizan de alguna manera, y de controlar, en la medida de lo posible, su propio desarrollo económico, social y cultural.
>
> […][167]

[166] *Cfr.* Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, última reforma: 08/10/2013.
[167] *Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes,* Cuadernos de Legislación Indígena, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 1990.

Por su parte, el artículo segundo de la Ley de la CDI marca que:

> […]
>
> La Comisión tiene como objeto orientar, coordinar, promover, apoyar, fomentar, dar seguimiento y evaluar los programas, proyectos, estrategias y acciones públicas para el desarrollo integral y sustentable de los pueblos y comunidades indígenas de conformidad con el artículo 2 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicano.
>
> […][168]

En este contexto, discursivamente se han reconocido a los pueblos indígenas como interlocutores corresponsables en la toma de decisiones respecto de las políticas que les conciernen. En el marco de los derechos sexuales y reproductivos México adoptó a partir de 1994 los principios propuestos en la *IV Conferencia sobre Población y Desarrollo*. El antecedente directo nos remite al artículo cuarto constitucional donde a partir de 1974 se estipula que *"toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos"*.[169] Como consecuencia, se amplió y promovió el uso de anticonceptivos.

En el marco internacional, a partir de la Declaración del Milenio en las Naciones Unidas, en el año 2000 se creó una iniciativa de carácter global *Declaración del Milenio* en la cual se plantearon los Ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por 192 países. En Quinto objetivo se planteó la mejora de la salud materna reduciendo la mortalidad materna a 3/4 partes para el año 2015 y proporcionando acceso universal a la salud reproductiva.[170]

En América Latina ha habido avances significativos con base en los contenidos de los tratados y convenciones internacionales con los cuales se instrumentó toda la legislación con perspectiva de género. Otro elemento relevante que contribuyó fueron los informes y sentencias de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (COIDH), en los que se hace un análisis que motivó a la creación de la Ley Orgánica sobre el

---

[168] *Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas,* Diario Oficial de la Federación, 21 de mayo de 2003.
[169] Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, *ed. cit.*
[170] *Cfr.* Naciones Unidas, Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>, 2000.

Derecho de las mujeres a una Vida Libre de Violencia, con base en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Ésta establece un elemento innovador en el marco jurídico, contempla la *violencia obstétrica* como una de las diversas formas de maltrato en contra de las mujeres antes y durante el parto o durante una emergencia obstétrica y la esterilización forzada, concebida como un atentado a la capacidad reproductiva de la mujer. Defino ***violencia obstétrica*** como *apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de una mujer embarazada, en trabajo de parto, parto, puerperio o emergencias obstétricas, por parte del personal de salud, del sistema público o privado, que se concreta en actos de no cuidado*[171] *y se manifiesta en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales; provocando con ello sufrimiento físico, psicológico o emocional, o trayendo consigo pasividad o indefensión ante la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad impactando en su calidad de vida.*[172]

En México la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV)[173] aunque constituyó un avance significativo al incluir como tipos de violencia: la psicológica, la física, la patrimonial, la económica y la sexual; no consideraba la violencia obstétrica como una forma de violencia. Sólo algunas leyes locales de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia contemplan específicamente las definiciones de violencia obstétrica, en los estados de Chiapas, Guanajuato, Durango y Veracruz.[174]

Pero, ¿qué es la la LGAMVLV? De acuerdo con la *Consultoría sobre Acceso a la Justicia de Mujeres Víctimas de Violencia en el Sistema de Procuración y Administración de justicia en México*, sólo son pautas que se establecen para realizar la prevención, pero son escasos los artículos dedicados a medidas

[171] Para una revisión puntual sobre cuáles son los *actos de no cuidado. Cfr.* Wolff, Leila Regina y Vera Regina, "Violencia consentida: mujeres en el trabajo de parto y el parto", Revista *Salud y Sociedad*, vol.17, núm. 3, Sao Paulo, agosto-septiembre, 2008, p. 14.
[172] Definición retomada por la autora a partir de la confrontación y estudio de diferentes legislaciones internacionales como es el caso de Venezuela, Argentina y México. *Cfr.* Arias Sánchez, Cristina, "Medicalización del cuerpo de las mujeres y su relación con la violencia obstétrica", *op. cit.*
[173] En la actualidad existen nuevas iniciativas de ley para incluir la violencia obstétrica como un tipo de violencia que viven las mujeres.
[174] Informe del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), "Capítulo 4: Violencia obstétrica", p. 126.

concretas que ponen un coto o límite a la violencia.[175] La LGAMVLV al no ser vinculante resulta imperfecta pues no garantiza el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Por el contrario, son sólo marcos de protección que intentan coordinar a nivel federal la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres; lo cual no sucede, un ejemplo de esto son las políticas de criminalización en algunos Estados de la República en contra de la autonomía de decisión de las mujeres sobre la interrupción del embarazo y la no consagración efectiva del derecho a condiciones seguras para la interrupción.

Aunque dicha ley es abordada con perspectiva de género se acomete bajo una lógica de víctima/pasiva y agresor/activo. Es decir, no se atreve a ir más allá de los parámetros de violencia que desde la psicología se manejan. La víctima (mujer) de cualquier edad puede demandar cualquier acción u omisión basada en su género. La crítica es que tampoco existe una integralidad que garantice la dignidad humana entre hombres y mujeres. Como mencioné es una ley que protege a la mujer pero a la vez, paradójicamente, la vulnerabiliza en el seno de la sociedad.

Hoy en día el Senado de la República aprobó iniciativas de reforma a diversas legislaciones a fin de mejorar las condiciones legales para la denuncia de la violencia obstétrica. En la sesión del pasado 30 de abril de 2014, se aprobaron los dictámenes de modificación a la LGAMVLV, con esta reforma se incluyó la definición de violencia obstétrica.[176] Y como la animosidad de los legisladores y funcionarios es grande, el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México organizó un encuentro –en el marco del Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres– para proponer alternativas concretas al problema de la violencia obstétrica. Se esperaba la presencia de los mismos diputados y funcionarias federales que promovieron las iniciativas de ley, sin embargo, ni los legisladores ni las funcionarias asistieron. A propósito del descontento de los ponentes, el Observatorio de Medios de Comunicación e Información de la Mujer (CIMAC), informó que desde mediados de 2013 hasta mayo de 2014 se denunciaron veinticinco casos de mujeres que han parido en condiciones inseguras tras ser rechazadas por los servicios de salud en

[175] *Cfr. Consultoría sobre el Acceso a la Justicia de Mujeres Víctimas de Violencia en el Sistema de Procuración y Administración de Justicia en México*, Comisión Nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, diciembre de 2009.
[176] *Cfr.* "Medidas contra violencia obstétrica y despidos por embarazo", *Cimacnoticias,* 2 de mayo 2014.

nueve estados de la República, la mayoría en Oaxaca.[177] Se confirmó, una vez más, la falta de voluntad política del Estado mexicano para afrontar una problemática que le es inherente, no olvidemos que acción y omisión, ambas son violencia. Consigamos la falta de animosidad para erradicar la impunidad en los casos de violencia obstétrica.

La mayoría de los países cuentan con legislación sobre violencia de género. Sin embargo, no basta consagrar los derechos en las constituciones y en los tratados internacionales, sino, garantizar su cumplimiento. Lo cierto es que el esfuerzo internacional por erradicar la violencia de género se ha vuelto un ejercicio retórico. La inoperatividad de las leyes es un problema estructural que no se puede solucionar de fondo bajo la lógica de políticas públicas en materia de seguridad social, aunque lo cierto es que hay una debilidad en cuanto a éstas. Al no existir soportes institucionales que brinden soluciones integrales se consigna una notable distinción entre los derechos reconocidos y los realmente ejercidos. El reconocimiento de "sujeto de derecho" no garantiza el cumplimiento de los derechos humanos, esto se evidencia con la continua vulneración y la no aplicación de los mismos.[178]

Hasta aquí he ofrecido un recorrido general sobre el punto de partida del presente estudio, así como el contexto de la aplicación de la antropología en espacios rurales con población indígena. Asimismo se hizo hincapié en el debate sobre la salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos en el marco nacional e internacional. Partiendo de esta línea teórica podremos profundizar en las condiciones para la reproducción en México, así como en la problemática de la mortalidad materna y cómo impacta ésta en la población indígena.

[177] *Cfr.* "Avalan diputadas y funcionarias violencia obstétrica", Periódico *Ciudadanía, Periodismo de paz*, 29 de mayo de 2014.
[178] *Cfr.* Magnet Colomer, Jordi, "Fetichización jurídica y derechos sociales", *Revista Nómadas. Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, Universidad de Barcelona, Observatorio de los Derechos Sociales, núm. 20, 2008.

1.8 Condiciones para la reproducción: mortalidad materna en México

México siendo un país con una enorme diversidad es también un lugar de contrastes que aunque posee una remota cultura milenaria es troquel de racismo, discriminación y violencia. En este encuentro de circunstancias inquisidoras es probable que una de las caras más cruentas en los procesos de discriminación son aquellas que viven las mujeres que deciden afrontar un proceso reproductivo. La mortalidad materna es el más trágico ejemplo de los problemas de salud pública que afectan a las mujeres en edad reproductiva. Pero la "mortalidad materna es mucho más que un problema de salud pública y que una variable demográfica. Es quizá el reflejo más sensible de las circunstancias globales de vida de las mujeres, y del lugar que ocupa en ellas la búsqueda de la maternidad, así como de las contradicciones sociales relacionadas con el ejercicio de sus capacidades reproductivas."[179]

Algunos indicadores estiman que el mundo anualmente fallecen entre 343 000 y 358 000 mujeres a causa de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. De estos decesos el 99% ocurren en condiciones de marginación.[180] La mortalidad materna se mide a partir del comportamiento de un indicador conocido como *tasa de mortalidad materna*. Esta denominación se le designa adecuadamente como *razón de la mortalidad materna* la cual se construye a partir de relacionar: como numerador, las defunciones cuya causa básica es una de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio; y como denominador, los nacidos vivos registrados en un cierto lugar y en un determinado tiempo.[181] De acuerdo con los especialistas en el tema este indicador, como muchos otros, presenta serios problemas por dos razones. Primero, existe un elevado subregistro de las muertes maternas debido al llenado del certificado de defunción y por problemas de codificación; además del rechazo institucional a afrontar con datos reales las complicaciones en el sector

[179] Elu, María del Carmen, *La luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala,* Fondo de Cultura Económica, México, 1993, p. 13.
[180] *Cfr.* Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos; CIESAS-Pacífico Sur, Oaxaca; Secretaría de Salud del Estado de Veracruz, Veracruz. Citado por Rouvier, Mariel (*et al.*) "Mapeo de problemas para la atención a la salud materna por actores estatales y federales", Revista *Salud Pública de México*, vol. 53, núm. 1, México, 2011, p. 49.
[181] Lezama, Miguel Angel, "Evolución de las tasas de Mortalidad Materna en México", en: Elu Cayado, Ma. del Carmen y Elsa Santos Pruneda, *Una Nueva Mirada a la Mortalidad Materna en México,* Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, México, 1993, p. 53.

salud. Segundo, hay problemas en cuanto al denominador por la poca claridad en la estadística que obtienen los registros civiles sobre los nacidos vivos.[182]

En específico, la mortalidad materna en México está asociada a causas directas (mal manejo) e indirectas (enfermedades preexistentes). En las áreas urbanas predominan las causas asociadas al embarazo, en particular la enfermedad hipertensiva y diabetes; mientras que en el medio rural son más frecuentes las hemorragias del embarazo, parto y puerperio. En ambos contextos se agudizan los riesgos de salud por las infecciones comunes y la desnutrición.[183] En un plano general, todas las complicaciones obstétricas, a excepción del aborto, ocurren en el parto o poco después del mismo y la mayor parte de las muertes maternas se deben a las mismas complicaciones desde 1980: hemorragia, sepsis, eclampsia, obstrucción del parto y aborto; en su mayoría estas complicaciones son atendidas en primer o segundo nivel de atención.[184]

Los cifras oficiales han sugerido una disminución en la razón de mortalidad materna desde 1990 pero a través de la observación puedo concluir que la supuesta tendencia decreciente en la morbi-mortalidad materna no es lineal, al contrario responde a determinados periodos de aplicación de política en los modelos de salud.[185] Por ejemplo, en el periodo panista del poder ejecutivo (2000-2012) aunque se implementaron políticas públicas dirigidas a la salud reproductiva como resultado –no esperado– se registraron 1 242 muertes maternas (67.7% sin seguridad social y 19% fuera de una unidad médica) en el 2005;[186] lo que, por supuesto, pone en entredicho la eficiencia real de la integración del Seguro Popular en materia de seguridad social, implementado en México en el inicio de los gobiernos panistas.

La muerte de una mujer por razones asociadas a las vivencias de la maternidad no sólo es trágica por el deceso mismo, sino que entraña consecuencias profundas en la sociedad. En la mayoría de los grupos domésticos donde se enfrentan con una muerte materna se experimentan otra serie de circunstancias subyacentes en la vida del padre –si es que no está ausente– en la familia de la

[182] *Ibíd.,* p. 59.
[183] *Ibíd.,* p. 39.
[184] *Cfr.* Canales de la Fuente, Raymundo, "Estrategia para Disminuir la Mortalidad Materna en México", Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal, agosto 2009; Karchmer, *op. cit.,* 2011, pp. 8-9.
[185] Se reportó una reducción de 1.84% anual entre 1990 y 1999. Entre 2000 y 2006 reportaron aumento de un punto (2.84%).
[186] *Cfr. Programa Nacional de Salud*, *op. cit.,* p.39.

mujer y en el o la recién nacido/a. Este acontecimiento muchas veces desenlaza en familias desintegradas e historias complicadas donde la violencia es el común denominador y ésta es sólo una arista del por qué las muertes materna deben ser prevenidas. Para poder afrontar la problemática hay dos factores en el horizonte de lo inmediato: la deficiente atención que se le brinda a las mujeres embarazadas y la falta de soportes institucionales para sacar a flote las emergencias obstétricas. El reflejo de lo antes mencionado culmina en altas tasas de mortalidad materna.

En el tema de la atención, aunque la ENADID[187] reporta una tendencia nacional de 90% de control prenatal esto no necesariamente está relacionado con el acceso equitativo en salud, lo que me interesa recalcar son las condiciones reproductivas poco igualitarias. Ejemplo de esto es la contraposición entre la ciudad y las zonas marginadas, en Guerrero en el año 2005 el riesgo de fallecer de una mujer embarazada fue dos veces mayor que el promedio nacional. En este mismo periodo, las entidades con mayores problemas de mortalidad fueron Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Nayarit y Oaxaca, donde las cifras de razón de mortalidad materna fueron superiores a 80 por 100 000 nacidos vivos; esto es alarmante pues en el caso del resto de la República Mexicana se redujo de 89 a 63 por 100 000 vivos entre 1990 y 2005.[188]

Otro aspecto que se ha tomado en cuenta para valorar las complicaciones que se presentan es el embarazo en mujeres con menos de 20 años de edad. De acuerdo con la SSA aunque la fecundidad ha disminuido de 6.8 en 1970 a 2.2 hijo/as vivos en 2006, el embarazo adolescente está profundamente asociado con etapas cada vez más tempranas de la vida, lo mismo sucede con la menarquía. Los porcentajes más altos de embarazos en adolescentes se presentan en los Servicios Estatales de Salud (SESA) y en el IMSS-Oportunidades, y los más bajos en el IMSS e ISSSTE. Algunos resultados de estudios han reforzado la relación inversa entre la frecuencia de estos embarazos y el nivel de ingreso y educación.[189]

De acuerdo con distintas investigaciones sobre el tema, la problemática de muerte materna en las comunidades nativas es vista culturalmente como un obstáculo nuevo pues se piensa que se ha perdido la capacidad de reproducirse sin

[187] *Encuenta Nacional de Dinámica Demográfica*, en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/demograficos/enadid/index.html>.
[188] *Cfr. Programa Nacional de Salud*, *op. cit.,* pp. 36-39.
[189] *Ibíd.* p. 75.

complicaciones porque son estas nuevas generaciones las que están recibiendo nuevas formas de atención.[190] Lo cierto es que en mi particular mirada también la muerte materna, entre otras cosas, está muy ligada a la renuencia a recibir atención médica por lo que tenemos casos donde las mujeres llegaron con alguna emergencia obstétrica y para aquel momento resultaba irreparable la complicación.

En México, cuando aparecen complicaciones en el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio las más comunes son los trastornos hipertensivos y las hemorragias. En las zonas urbanas casi la mitad de las muertes se debe a complicaciones del embarazo, como la preeclampsia, los padecimientos sistémicos subyacentes, como la diabetes, y son profundamente agudizados por las causas obstétricas directas e indirectas.[191] Por su parte, el porcentaje de complicaciones de los partos vaginales en los hospitales (SESA) y de la Secretaría de Salud Federal es 2.6 veces mayor que el porcentaje de los hospitales que opera el IMSS.[192]

México por más de una década exploró en la aplicación del enfoque de riesgo en los programas sociales, éste se caracterizo en identificar acciones y actores prioritarios de riesgo, sin embargo, especialistas como la Dra. Raffaela Shiavon Ermani y el Dr. Raymundo Canales de la Fuente han demostrado que es poco posible reducir y detectar con oportunidad los embarazos susceptibles de presentar complicaciones obstétricas. Así, el principal problema –aún hoy– es que las mujeres que no aparecen como "población objetivo" terminan con grandes complicaciones y pasan inadvertidas. De hecho, el 50% de las complicaciones obstétricas no pueden prevenirse debido a que no presentan signos o síntomas de alarma.[193]

La *Declaración de México para una Maternidad sin Riesgos*[194] desde 1993 consignó que el énfasis debería estar que la detección temprana y oportuna de problemas de salud sería una estrategia más eficiente pero caso contrario en México se tiene un modelo fragmentado de atención a la salud materna. La SSA ha encabezado las políticas sectoriales e intersectoriales con el programa Arranque

[190] Freyermuth, *op. cit.,* p. 200.
[191] *Programa Nacional de Salud, op. cit.,* p. 39.
[192] *Ibíd.,* p. 65.
[193] *Cfr.* Canales de la Fuente, *op. cit.,* 2009; Schiavon Ermani, Raffaela, Simposio "Mortalidad Materna: qué necesitamos hacer", Participación de organismos internacionales en la reducción de la Mortalidad materna, Cuernavaca, Morelos, 2011.
[194] La *Declaración de México para una Maternidad sin Riesgos* es producto de la Conferencia sobre Maternidad sin Riesgos en México del 8 al 11 de febrero de 1993 en Cocoyoc, Morelos. Esta conferencia formó parte de la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgos en Nairobi en 1987.

Parejo en la Vida (APV), cuyas acciones fueron incorporadas al Seguro Popular de Salud en 2004 y el programa de Embarazo Saludable. Entre los programas que abarcan la salud materna destaca *Oportunidades.* Estas estrategias fueron acompañadas por el enfoque de atención de la emergencia obstétrica debido a que más del 80% de las muertes maternas en la República ocurrieron mientras las mujeres recibían atención en una emergencia obstétrica con la operación del grupo de atención inmediata a las defunciones maternas a los estados por parte del Consejo Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR).[195]

En este panorama México ha simulado animosidad para paliar el problema pero, en caso contrario, no ha habido avances significativos. El Dr. Canales ha declarado que un manejo adecuado de las complicaciones obstétricas disminuiría "la mayoría de las causas directas de muerte materna (que) tienen la característica de ser complicaciones obstétricas cuyo efecto letal puede ser prácticamente eliminado mediante el uso oportuno de la tecnología adecuada."[196] De acuerdo con el Observatorio de Muerte Materna (OMM) "En 2011 murieron 971 mujeres por causas relacionadas con la maternidad; la mitad estaban afiliadas al Seguro Popular; sólo 12 por ciento no asistió a control prenatal en los servicios de salud y 67 por ciento tuvo la atención de un médico durante el parto. La causa de los decesos puede ser por dos razones: llegaron tarde a los hospitales o no recibieron la atención médica de calidad que requerían".[197] En el 2012, el OMM reportó un total nacional de muertes maternas de 960, siendo el 12.8% mujeres menores de 19 años, el 75.9% se dedicanban al hogar mientras el 6.9 no tenía escolaridad alguna.[198]

La vida sexual y reproductiva de las mujeres forman parte de mecanismos sociales cruzados por una combinación de negligencia, abuso, sumisión, maltrato y amenazas, que lleva muchas veces a la muerte a mujeres en edad reproductiva y si bien la condición social de las mujeres es un factor crítico en la mortalidad materna,

[195] Rouvier, Mariel (*et al.*), "Mapeo de problemas para la atención a la salud materna por actores estatales y federales", *op. cit.,* 2011, p. 49.
[196] Canales de la Fuente, *op. cit.,* 2009.
[197] Cruz Martínez, Ángeles, Periódico *La Jornada,* Sociedad y Justicia, en: http://www.jornada.unam.mx/2012/12/07/sociedad/050n1soc, viernes 7 de diciembre de 2012, p. 50.
[198] *Cfr. Numeralia 2012. Mortalidad Materna en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Organización Panamericana de la Salud en México (OPS), Observatorio de mortalidad materna en México (OMM), México, 2011.

no es el único determinante.[199] También es cierto que el contexto donde ocurren las muertes maternas es significativamente diferente en cada país y que las tasas de morbi-mortalidad materna se modifican en relación a población, recursos y capacidades de los sistemas de salud.[200] En el discurso oficial de los Estados nacionales y en los organismos internacionales es común encontrar animosidad para la reducción de la mortalidad materna, pero este "ánimo" no se ha traducido en el seguimiento prenatal hasta la efectiva resolución del embarazo de forma oportuna, efectiva y con calidez. Es por ello que se han puesto en evidencia –desde la agenda política internacional del movimiento de mujeres– las profundas raíces de la mortalidad materna que nos conducen al terreno del no reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres, a la violencia institucional, a la discriminación étnica y de género, a la privatización de los servicios de salud, la inequidad social y la falta de intencionalidad política para controlar las muertes maternas en las clínicas y hospitales, así como en los hogares y en el espacio público.

En el siguiente capítulo haremos un recorrido histórico para entender el fondo de las problemáticas en el ámbito de la salud reproductiva de las mujeres y las prácticas de atención propiamente desarrolladas por parteras empíricas. En esta ruta resulta necesario un marco histórico que nos explique la exclusión de los saberes femeninos y la intrusión del varón en las prácticas de atención en a partir de la introducción de la obstetricia; esta cuestión nos atañe directamente porque a través de este fenómeno de prohibición de prácticas de sanación aprehenderemos la discriminación y el control social del embarazo y el parto.

---

[199] Sánchez Bringas, Ángeles, *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México,* Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM, México, 2003, pp. 24-26; Terrazas Mata, Beatriz, "Ganar el paraíso: mujeres indígenas contra la violencia y la muerte materna", en: Espinosa Damián, Gisela (*et al.), El desarrollo rural desde la mirada local,* Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Colección Teoría y Análisis, México, 2009, p. 117.

[200] Pizarro, Ana María, "Mortalidad materna: Estrategias desde el movimiento de salud de las mujeres", Revista *América Latina en Movimiento*, núm. 366, en: <http://alainet.org/active/9457>, 2005.

Capítulo 2

Medicalización y modernidad: Saltos y rupturas

2.1 Historia de la Obstetricia: exclusión de los saberes femeninos e intrusión del varón en las prácticas de sanación

Cuando destruyes comadronas,
destruyes también un conocimiento que se
comparte entre mujeres,
que no se puede crear al juntar
un grupo de cirujanos o un grupo de obstetras.
Porque fisiológicamente el parto
no ocurre de la misma manera entre cirujanos
entrenados en medicina
que entre mujeres comprensivas.

Ina May Gaskin

Históricamente las mujeres han sido curanderas, comadres o madrinas, ellas sabían realizar abortos y actuaban como enfermeras y consejeras; sabían de las propiedades de las hierbas y eran las únicas encargadas de asistir los partos. Más tarde, las monjas cumplieron la función de sanadoras hasta el siglo XIII respetando la asistencia de partos como una actividad que realizaban las mujeres. Sin embargo, desde el medioevo a la actualidad la hegemonía médica ha sido intolerante con otros tipos de conocimientos autoproclamándose como la única posibilidad para curar. De esta forma, no ha perseguido sólo las prácticas de las mujeres, sino, se ha ocupado de desprestigiar y prohibir todo tipo de medicinas tradicionales o alternativas.[201]

En el periodo en que la inquisición operaba para castigar la herejía se separaron celosamente los dos tipos de medicina existentes. Por un lado; una de cristianos cultos, asociada a hombres en alianza con dios, la antecesora de la actual medicina moderna. Por el otro; la magia, la hechicería y la superstición femenina.[202]

[201] *Cfr.* Magnone, Natalia, *Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización*, Trabajo presentado en las IX Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 13-15 de septiembre de 2010, s.p.i., p. 3; Rigol Cuadra, Assumpta, "Antropología. Saberes de mujeres. La legitimación del conocimiento masculino", Universitat de Barcelona, Revista *Cultura de los Cuidados*, año VII, 2o. semestre, Barcelona, 2003, núm. 14*,* p. 23. (*et al.)*

[202] *Ap.* Magnone, *op. cit.,* p. 4.

Para perseguir cualquier práctica asociada a las mujeres se instrumentó la caza de brujas que abarcó del siglo XIV al siglo XVII, si bien ésta adoptó formas diferentes se caracterizó por ser una campaña de terror desencadenada por la clase dominante. Las "brujas", en su mayoría mujeres que prestaban asistencia médica a la gente del pueblo, representaban una amenaza política, religiosa y sexual para la Iglesia y el Estado misógino de la época. En esta campaña de odio se calcula que se asesinaron a millones de mujeres.[203]

Para hacer eficaz la persecución y el exterminio se organizaron procedimientos respaldados por la ley y financiados por la Iglesia católica, protestante y el Estado. Se realizaban proclamas públicas en donde se ordenaba delatar personas herejes o brujas, si alguien no denunciaba se exponía a la excomunión y a los castigos corporales. El libro guía para todo el procedimiento fue el *Malleus Maleficarum,* libro misógino, aterrador y obsesionado con la sexualidad femenina, escrito en 1484 por Heinrich Kramer y Jacobus Sprenger, dos monjes domínicos. En este escrito se dedicaban capítulos enteros sobre el intercambio sexual entre las brujas y los demonios con el fin de asociar a la mujer con el acto sexual y condenar todo tipo de placer sexual.[204]

Además de que la inquisición condenó la sexualidad femenina, acusaba a las "brujas" de poseer poderes mágicos sobre la salud, las brujas que eran comadronas que ayudaban a parir o asistían un aborto eran consideradas las más peligrosas de todas.[205] La caza de brujas no eliminó a las sanadoras de extracción popular pero las marcó para siempre con el estigma de charlatanas. Llegaron a estar tan desacreditadas entre los siglos XVII y XVIII que el Estado, la Iglesia y la profesión médica expresaron su máxima alianza posicionando al médico varón en el papel del experto, invadiendo el último bastión de las sanadoras: la obstetricia.[206]

La caza de brujas aún en nuestros días ha tenido relevancia en la vida de las mujeres pero también en la vida de los "otros" negados y silenciados en la historia de occidente. La historiadora feminista Silvia Federici ha estudiado el tema con profundidad y plantea que este fenómeno fue "extremadamente importante y además se dio de forma simultánea con el cerco (*enclousure* en inglés), la expulsión

[203] *Cfr.* Ehrenreich, Bárbara y Deirdre English, *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las Sanadoras*, Barcelona, La Sal ediciones de les dones, 1973, p. 11. Citado por Magnone, *op. cit.,* p. 4.
[204] *Ibíd.* Magnone, pp. 4-5.
[205] *Ibíd.,* p. 6.
[206] *Cfr.* Ehrenreich y English, *op. cit.*, p. 20; Magnone, *op. cit.,* p. 6.

de el campesinado de sus tierras, el proceso de colonización o con el comienzo del tráfico de esclavos […] estos procesos están basados en la exterminación: del sujeto colonial, de la gente africana que sufrió la trata de esclavos y también de las brujas."[207]

La estrategia misógina para inutilizar los partos en casa con madronas, sanadoras y parteras fue a través del poder/saber médico masculinizante:

> El crucial salto del parto domiciliario al intrahospitalario es la consumación masiva de este poder-saber médico organizado y ampliado, el cual comenzó tímidamente con la labor de controlar los altos índices de mortalidad materna hasta adjudicarse, hoy por hoy, la tarea de controlar y modificar los procesos vitales en el individuo. El cuerpo de la mujer-madre como espacio material donde se efectúa la faena de asistencia al parto, podría resultar una categoría central de análisis y una metáfora del control regulador que sujeta el cuerpo de la madre y vuelca al parto en ejercicios de normalización y disciplinamiento.[208]

Finalmente, fue en la segunda mitad del siglo XVIII cuando la hegemonía de las parteras comenzó a perder terreno porque se reglamentó su ejercicio y se subordinó su labor a los médicos titulados.[209] Ya en el siglo XIX se concreto su exclusión con la formación de parteras profesionales, con ello se buscaba remplazar a las parteras tradicionales por mujeres alfabetas entrenadas por los médicos; situación que además permitía a los médicos acceder a las embarazadas, parturientas y puérperas. La partera profesional nació como una profesión médica represora de la actividad de las parteras tradicionales.[210] En México, aunque hubo partera inscritas en el Establecimiento de Ciencias Médicas desde 1833, la primera partera que obtuvo un título lo hizo en 1841. De ese año a 1888 se recibieron 140 mujeres y de esa fecha a 1932 se graduaron 627.[211]

---

[207] Federici, Silvia, "La cadena de montaje empieza en la cocina, en el lavabo, en nuestros cuerpos", Entrevista realizada el 16 de junio de 2012, Revista Rebelión, fecha de consulta: 19 de agosto de 2013.
[208] Contreras Figueroa, Natalia, "El parto medicalizado: Un espacio de disciplinamiento corporal", *La Pala,* 22 de abril de 2013.
[209] *Ap.* Valdez, Rosario, Luz Arenas e Isabel Hernández, "Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo", Revista *Salud Pública de México*, vol. 46, núm. 1, México, 2004, p. 57.
[210] Carrillo, Ana María, "Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México", Revista *Dynamis*, México, 1999, p. 170.
[211] *Ibíd.*

Este proceso tuvo una característica pues "las escuelas del siglo XIX fue la discontinuidad institucional, y por supuesto los cursos para parteras no estuvieron exentos de esa inestabilidad. Varias escuelas de medicina –y sus cursos de obstetricia con ellas– estuvieron cerrados en ciertos periodos a causa de las convulsiones políticas y sociales como la guerra de tres años o la intervención francesa, o por falta de recursos; de hecho, algunos duraron sólo unos años."[212]

Lejos de erradicar la partería tradicional se creó un sistema mixto de atención a la salud donde interactúan la medicina doméstica, la tradicional y la moderna. Y "como las parteras tradicionales siguieron ejerciendo, se llamaba a castigar con todo el rigor de la ley a aquellas parteras que sin tener título ejercían la profesión.[213] Los médicos del siglo XIX denunciaban indiscriminadamente las prácticas tradicionales como perniciosas, como es el uso de oxitócicos naturales en infusión, el baño de temazcal, las posturas verticales o inclinadas en el parto, justificándose en el argumento de que su medicina estaba fundamentada científicamente.[214] Con la intrusión del varón en la atención del embarazo y el parto se estableció un poder/saber médico donde se condenaban todo tipo de prácticas disímiles a las occidentales.

Después de la Revolución Mexicana se dio un auge de las maternidades y finalmente, en 1944, con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social aumentó el número de usuarias por lo que hubo un mayor control del embarazo, el parto y la atención.[215] Durante muchos años las parteras pudieron introducirse en las instituciones de salud y atender los partos pero a mediados del siglo XX se empezaron a hacer mucho más rígidas las fronteras entre los médicos y las parteras, desplazándose paulatinamente a las parteras por lo que se sostuvo que sólo los médicos debían atender todos los partos. En realidad, la partera profesional nunca pudo desplazar a la tradicional, que por siglos había permanecido en el campo, sin reconocimiento del Estado.[216] COPLAMAR reportó que en la década de los ochenta

[212] *Ibíd.,* p. 172.
[213] *Ibíd.,* p. 177
[214] *Ibíd.,* p. 183.
[215] *Ibíd.,* p. 187.
[216] *Ibíd.,* p. 189.

del siglo XX el 64% de los partos del país no eran atendidos por instituciones de salud.[217]

En conclusión, la institucionalización de la partería ocurrió en el siglo XIX como medio para eliminar a las parteras tradicionales y para poder acceder a las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas. En este proceso coercitivo la relación entre médicos y parteras nunca estuvo exenta de contradicciones, pero éstas se agudizaron con la instauración de la ginecología como especialidad en México. En el siglo XX los médicos redujeron la profesión de las parteras hasta finalmente eliminarla.[218] Para exponer estas transformaciones Ana María Carrillo comenta sobre el nacimiento y muerte de las parteras tituladas en México:

> En la pasada centuria, la profesión médica empleó a las parteras preparadas en las escuelas de medicina para ingresar al cuarto de la parturienta de las ciudades y trató de limitar la acción de aquéllas a la atención de partos eutócicos; cien años después las convirtió de profesionales libres en asalariadas; más tarde les cerró las posibilidades de trabajo institucional y, para evitar que ejercieran por su cuenta, también eliminó los centros formadores de parteras. Hoy, recurre a las parteras tradicionales para acercarse a las embarazadas, parturientas y puérperas de las zonas rurales, con lo que busca extender su actividad a un campo donde sobreviven otros saberes y poderes médicos.[219]

La principal estrategia de control para legitimar el poder/saber médico, como he expuesto, ha sido la invisibilización de los saberes de mujeres que generacionalmente han sido aprendido y reproducidos:

> Una de las estrategias utilizadas para legitimar su saber, ha sido la invisibilidad de las aportaciones de las mujeres a la salud, sus prácticas y sus saberes, para ello ha necesitado marcar la línea divisoria entre lo que es profesional y lo que no, es decir lo que es científico, incuestionable y lo que es superchería, relacionado con el saber de las mujeres, construyendo un saber "objetivo" desde una perspectiva ideológica de dominación y control. Instrumento principal para ello, fue la creación e institucionalización de las escuelas de medicina y de los hospitales, como elemento de

[217] *Cfr.* COPLAMAR, *Necesidades esenciales en México. Salud, situación y perspectivas al año 2000*, Siglo XXI/COPLAMAR, México, 1983.
[218] Carrillo, Ana María, *op. cit.,* p. 167.
[219] *Ibíd.,* p. 190.

> transmisión y reproducción del conocimiento y de un orden social masculino.[220]

Como mencioné, luego la implantación de la medicina como profesión para cuyo ejercicio se exigía una formación universitaria facilitó la exclusión legal de las mujeres de su práctica, al vetar la entrada de las mismas incluso a aquellas que podían pagar sus estudios.[221] A su vez, el lenguaje sirvió para separar a los médicos del lenguaje profano, que cualquiera podía tener.[222]

Hoy, en las comunidades rururbanas e indígenas las parteras empíricas fungen un papel primordial, lamentablemente en la actualidad cada vez hay menos mujeres ejerciendo su profesión, lo que se traduce en una pérdida en el conocimiento tradicional. En el siguiente apartado haremos un recuento de cómo el ejercicio de la medicina se posicionó como una actividad construida paralelamente al proceso de modernización.

[220] Rigol Cuadra, Assumpta. "Antropología. Saberes de mujeres…", *op. cit.*, pp. 22-23.
[221] Magnone, *op. cit.,* p. 7.
[222] *Cfr.* Illich, Ivan*, "*Némesis médica. La expropiación de la salud", en: *Obras Completas,* Barral, Barcelona, 1975, pp. 562-583.

2.2 Medicalización. Un rasgo fundamental de la modernidad capitalista

La medicina como actividad destinada a conservar la salud del ser humano en conjunto […] se halla en tal estado de estancamiento que, más que inútil, se está volviendo una entidad perjudicial para la comunidad en general aunque ofrezca el aspecto de ser beneficiosa para el individuo singular […] la deshumanización de la Medicina es un proceso deletéreo que avanza vertiginosamente.

Escardó, F.
Carta Abierta a los Pacientes.

En este capítulo el comodín a analizar será la *medicalización* con el cual debatiré éticamente el actual ejercicio de la ciencia médica encuadrada en el condicionamiento de la salud a las dinámicas de la modernidad capitalista,[223] en particular me centraré en la evaluación y tratamiento de los procesos que atañen a las mujeres. Asimismo es mi deseo señalar el impacto que la implantación de la gineco-obstetricia ha tenido en el cuidado de la salud y tratamiento/sanación del cuerpo de las mujeres. Todo ello sin soslayar el efecto que tiene la cultura y las relaciones de género en la construcción de la salud.

Para poder desarrollar mi propósito en este primer apartado fincaré la discusión sobre la modernización como proceso intrínseco al desarrollo del modo de producción capitalista, el cual se plantea discursivamente el establecimiento de la modernidad en el seno de la sociedad. En consonancia con Bolívar Echeverría:

> La modernidad es la característica determinante de un conjunto de comportamientos que aparecen desde hace ya varios siglos por todas partes en la vida social y que el entendimiento común reconoce como discontinuos e incluso contrapuestos a la constitución tradicional […] comportamientos a los que precisamente llama "modernos". Se trata además de un conjunto de comportamientos que estarían en proceso de sustituir esa constitución tradicional, después de ponerla en evidencia como obsoleta, es decir, como inconsistente e ineficaz. Puede ser vista también, desde otro ángulo, como un conjunto de hechos objetivos que resultan

[223] Entiéndase por modernidad capitalista aquella donde el modo de producción se sostiene a partir de la relación básica del trabajo asalariado sobre el capital (TA-K). En este caso, para que la sociedad en su lógica capitalista funcione se debe garantizar la propiedad privada. El Estado capitalista es el instrumento de clase por excelencia para la conservación de la relación entre capital y trabajo. En este modo de producción, la salud es mercantilizada como cualquier otra mercancía producida en el capitalismo que se somete a los mecanismos de acumulación del capital a través de la industria farmaceútica.

> tajantemente incompatibles con la configuración establecida del mundo de la vida y que se afirman como innovaciones substanciales llamadas a satisfacer una necesidad de trasformación surgida en el propio seno de ese mundo. Tomados así, como un conjunto en el que todos ellos se complementan y fortalecen entre sí, ya de entrada estos fenómenos modernos presentan su modernidad como una tendencia civilizatoria dotada de un nuevo principio unitario de coherencia o estructuración de la vida social civilizada y del mundo correspondiente a esa vida, de una nueva "lógica" que se encontraría en proceso de sustituir al principio organizador ancestral, al que ella designa como "tradicional".[224]

Es en este proceso de modernización donde se materializan formas de control ideológico donde los capitalismos contemporáneos,[225] en tanto sociedades en las cuales el poder de los monopolios han polarizado un abismo entre los países industrializados y las naciones dependientes que componemos el ochenta por ciento de la población del planeta.[226] En su actual fase, "el capitalismo 'mercantilizó' todos los aspectos de la vida social, desde la fuerza de trabajo, por supuesto, hasta la salud y el medio ambiente, desde las creencias religiosas hasta la identidad de los sujetos."[227]

Como resultado del conjunto de reflexiones sobre la intervención de los cuerpos de las personas, en la década de los ochenta del siglo XX se consensuó que el cuerpo constituye un concepto central para comprender el ordenamiento social y simbólico de la sociedad porque en él se encuentra una clave ontológica para avanzar hacia una comprensión sintética de la sociedad.[228] Por tanto, lo que había permanecido en un debate oculto sobre cuerpo-alma y mente-cerebro pasó a incorporarse a las agendas antropológicas, sociológicas, históricas, feministas y de los estudios culturales. También, la sociología de la ciencia y, en general, las orientaciones críticas frente al desarrollo del conocimiento científico volvieron los

[224] Echeverría, Bolívar, *Antología Bolívar Echeverría. Crítica a la modernidad capitalista,* Publicaciones Vicepresidencia del Estado Plurinacional de Bolivia, Bolivia, marzo 2011, pp. 117-118.
[225] Entiéndase por capitalismos contemporáneos como las formas diversas de instauración del modo de producción dominante. Si bien es cierto que el capitalismo pretende borrar "taras" del pasado y universalizar prácticas y visiones del mundo, también se deben reconocer las formaciones sociales que resemantizan de maneras distintas el modo de vivir e interactuar socialmente con el capitalismo global.
[226] Borón, Atilio, "Problemas y perspectivas…", *op. cit.,* p. 4.
[227] *Ibíd.,* p. 5.
[228] *Cfr.* Pedraza, Gómez Zandra (coord.), *Políticas y estéticas del cuerpo: la modernidad en América Latina*, "Cómo pensamos el cuerpo", Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales-CESO, Departamento de Antropología, Colombia, 2007, pp. 13-15.

ojos hacia hechos que se expresan corporalmente o cuyos indicadores se muestran en el cuerpo haciendo visibles temas como el control de la natalidad, el aborto, las terapias hormonales, la ingeniería genética, los cambios de sexo, la clonación, las intervenciones estéticas, el trasplante de órganos, la eutanasia.[229]

En las discusiones teórico-políticas, el tema de la medicalización se hizo presente hace poco más de un cuarto de siglo en los debates sanitarios y en los albores de movimientos alternativos fundados a partir de críticos como Michel Foucault, Eliot Freidson, Iván Illich, Vicente Navarro, Robert Mendelsohn y Petr Skrabanek; aunque todos ellos partían de posturas divergentes tenían en común la crítica de la medicalización y de las instituciones que aseguraban crear cuerpos potencialmente enfermos.[230] Por su parte, en la antropología se creó un basamento epistémico para el estudio del cuerpo con autores como John Blacking, Michael Jackson, David Le Bretón y Margaret Lock.[231]

Una obra de suma importancia para la discusión de dicho tema es *Némesis médica* de Illich, la cual en 1975 era bastante escandalosa pues afirmaba que "la medicina institucionalizada ha llegado a ser una grave amenaza para la salud. El impacto del control profesional sobre la medicina, que inhabilita a la gente, ha alcanzado las proporciones de una epidemia".[232] En este contexto, las críticas a la medicalización habían declarado abiertamente que "muchas intervenciones sanitarias se sitúan en la 'parte plana de la curva' –aquella en la que los beneficios marginales que aportan son mínimos y a menudo inferiores a los riesgos o costes que suponen– […]".[233]

En su momento también se criticaron los principales vacíos heredados del enfoque teórico de Foucault cuyo interés radicó en desplegar la capacidad interpretativa de los conceptos de la anátomo-política y la biopolítica en relación con fenómenos como la higiene, la medicina, la sexualidad o los jóvenes. El problema fue y es como los intelectuales regionales han acogido estos conceptos y la investigación ha tendido entonces a concentrarse en procesos directamente relacionados con la formación y consolidación de los Estados nacionales y de las

[229] *Ibíd.,* p. 16.
[230] *Cfr.* Márquez, Soledad y Ricard Meneu, "La medicalización de la vida y sus protagonistas", *Eikasia. Revista de Filosofía*, enero 2007, p. 66.
[231] Pedraza, *op. cit.,* p. 13.
[232] Illich, Iván, "Némesis Médica", *ed. cit.*, p. 535.
[233] Márquez, *op. cit.,* p. 66.

instituciones que ejercen estos tipos de biopoder, en especial durante los siglos XIX y XX. De hecho, el cuerpo se empezó a estudiar como fenómeno social a partir de mediados del siglo XIX por lo que se dejaron de lado discusiones tan importantes como sus particularidades y condición durante los procesos de colonización en América Latina, a su vez, cuestiones como la variedad étnica de los sobrevivientes y las maneras de enfrentar las imposiciones coloniales, la discriminación racial o las diversas influencias de las migraciones en diferentes territorios.[234]

En la antropología médica este aspecto cobró vida a partir de las preguntas, "¿qué es curarse para los pacientes?, ¿cómo conciben la salud, la vida, el padecimiento y la muerte?"[235] En la actualidad tomó especial relevancia por los procesos, ligados a las disponibilidades tecnológicas, que fomentan una excesiva medicación e intervención de los cuerpos. Lo interesante del asunto es cómo estos procesos son interpretados por los hombres y las mujeres que participan en la construcción de lo que socialmente se define como salud y enfermedad.

Hoy en día la salud está contrapuesta a la noción de enfermedad y es en esta última donde se fincan los parámetros para la medicación e intervención del cuerpo. Como he dicho, la tecnología juega un papel fundamental en esta puesta en escena y es que "establece los signos, marcadores y resultados que definen las entidades nosológicas. También influye poderosamente sobre los modelos explicativos de la enfermedad, así como en el modo en que se organizan el conocimiento médico, su taxonomía. En conjunto, el incremento de capacidades tecnológicas aumenta la sensibilidad de la identificación de patologías y reduce el umbral a partir del cual tratarlas, aumentando así la incidencia de las enfermedades".[236]

De acuerdo con Foucault, la superposición exacta del "cuerpo" enfermo no es, sino, un dato histórico transitorio. El espacio de *configuración* de la enfermedad se localiza depositado en el cuerpo.[237] Cada vez más y con mayor frecuencia se define el cuerpo como enfermo ante síntomas comunes, aspectos estéticos y de lo que se

---

[234] Pedraza*, op. cit.,* p. 10.
[235] *Cfr.* Álvarez Pedrosian, Eduardo, "Espacios de internación hospitalaria. Desafíos para la etnografía de la subjetividad", II Jornadas de Investigación en Humanidades de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, UdelaR, Montevideo, 10 al 12 de noviembre de 2009.
[236] Hofmann, B., *The technological invention of disease. Med Humanit,* 2001, p. 9-10. Citado por Márquez, *op. cit.,* p. 69.
[237] *Cfr.* Foucault, Michel, *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica,* México, Siglo XXI, 1997, pp. 16-17.

cree bello para la sociedad contemporánea o por la aparición de factores de riesgo que no necesariamente implican presencia de patologías.[238]

Una mirada superficial nos señala que existe una relación indisoluble entre medicación y medicalización. Sin embargo, mientras la medicación puede ser considerada como un acto inofensivo y muchas veces benéfico para la salud, siempre y cuando persiga un fin terapéutico; la medicalización contribuye a la creación de un desequilibrio social. Fríamente, la medicalización puede considerarse como "la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas".[239]

Una perspectiva de mayor profundidad nos indica que la medicalización abarca tres grandes cuestiones. Primero, la inclusión de ciertos procesos a la mirada médica para caracterizarlos como enfermedades abiertas a la intervención médica. Segundo, el nulo reconocimiento de los riesgos o pérdidas para la salud que implica la medicina científica. Tercero, la marginación de cualquier modo alternativo de lidiar con las dolencias, incluyendo los modos de sanación probados empíricamente como las formas desprofesionalizadas que van desde el parto hasta la muerte.[240] En este fenómeno participan desde los proveedores sanitarios tanto los profesionales de la salud, como las empresas médico-farmacéuticas, sin dejar de lado el importantísimo y único papel desempeñado por la industria de la comunicación.[241]

En consonancia con el antropólogo Eduardo Menéndez y su estudio en México de las representaciones sociales que propone la prensa escrita y medios de comunicación en relación con la S/E/A, se tiene una "visión negativa, que a menudo aparece como catastrófica, respecto de la situación salud/enfermedad, (que) se halla reforzada por la información de tipo internacional, que también propone una visión negativa de la situación epidemiológica mundial, y en especial para el 'Tercer Mundo'".[242] Menéndez menciona que "la prensa escrita tiende a dar información básicamente sobre el presente y en segundo lugar sobre el futuro, pero es muy escasa la información sobre el pasado, inclusive del pasado inmediato. Esta orientación reduce la posibilidad de observar no sólo la reducción de la incidencia de

[238] Márquez, *op. cit.,* p. 70.
[239] Kishore J. A dictionary of Public Health. New Delhi: Century Publications 2002.
[240] Márquez*, op. cit.,* p. 65.
[241] *Ibíd.,* p. 73.
[242] Menéndez, Eduardo, *Miedos, riesgos e inseguridades…, op. cit.,* p. 132.

algunos de los principales padecimientos, sino de su desaparición en términos de mortalidad."[243] Un ejemplo de esto es que en la actualidad están erradicadas enfermedades que hace dos siglos tenían tasas significativas de morbilidad pero los medios de comunicación nunca hablan de ello, verbigracia el paludismo que desde 1982 no ha habido ningún caso de muerte en México por esta enfermedad. [244]

Por tanto, el ejercicio de la medicina y todo lo que conlleva "está basado en los métodos reduccionistas que promueven otra metáfora para tratar al cuerpo, el cuerpo como máquina. Esta metáfora sugiere que el cuerpo puede ser separado en partes y que al hacer eso las partes rotas pueden ser arregladas. Se trata las partes enfermas sin entender y menos facilitar la capacidad natural que tiene el cuerpo."[245] En el caso de las mujeres la medicina actúa bajo tres premisas básicas: la medicina occidental es la mejor; el médico o médica sabe lo mejor para la persona usuaria; y el uso de procedimientos invasivos y de tecnologías no deben ser cuestionados.[246]

Según Françoise Héritier, el "discurso médico-filosófico, que provee de un formato letrado a creencias populares es, tal como el mito, un discurso propiamente ideológico [..] El pensamiento griego ha condicionado nuestra propia cultura occidental ¿y cómo explicar entonces (el cuerpo de la mujer), sino por las constantes propias a la elaboración simbólica?"[247] El discurso cultural heredado de Aristóteles fundó a partir de diferencias biológicas y sobre la base de una pretendida naturaleza eterna, una relación social instituida que influyó en el discurso científico y médico desde el siglo XIX y que hoy sigue vigente.[248] Podría decir con seguridad, siguiendo a esta autora, que es en esta prolongación del pensamiento griego donde se construyeron racionalmente arquetipos muy antiguos, y que prefiguran en el discurso de los médicos alienistas e higienistas, sobre todo alrededor de la histeria femenina.[249]

En la actualidad la medicina occidental, siendo ésta la hegemónica, afirma el discurso de la enfermedad que se encuentra institucionalizado en la práctica médica,

---

[243] *Ibíd.*
[244] *Ibíd.*
[245] Arroba, Anna, "La medicalización de los Cuerpos de las Mujeres en la Era de la Globalización", Revista *Mujer Salud*, núm. 1, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Santiago, Chile, enero-marzo 2003, p. 2.
[246] *Ibíd*.
[247] Héritier, *op. cit.,* 1991, p. 97.
[248] *Ibíd.*
[249] *Ibíd.*, p. 98.

en la atención y en la evaluación de los diversos ciclos cronológicos de la mujer: la niñez, la menarquía, la adolescencia, la adultez, el climaterio y la tercera edad. Discurso simbólico que se trasfiguró en "patologías propias de la mujer", con la consecuente construcción de mitos sobre "dolores", "depresiones", "irritabilidades", "inestabilidad emocional", "estallidos de ira", "libido baja", "jaquecas" y otra cantidad de síntomas generales que se sustentan en el paradigma del biologicismo y el determinismo naturalista; situación que crea todo una serie de criterios imprecisos que se convierten en verdades incuestionables de la ciencia médica.[250]

Toda cultura posee mitos pero un mito no refiere únicamente a un lugar de origen compartido, ni a la historia de un pueblo, sino que transfiere un mensaje y su función es legitimar el orden social existente.[251] Como he dicho, los mitos creados desde la ciencia médica y la industria farmacológica construyen cuerpos potencialmente enfermos que declaran explícitamente que la "sociedad está fundada sobre la desigualdad sexual y que esta desigualdad es un acto de violencia."[252] Además de la filosofía, la política y la historia, la medicina también es expresión del pensamiento patriarcal y la práctica médica se ha apropiado de los procesos naturales de los diferentes ciclos de la vida de la mujer a través de la historia de la humanidad.[253]

En este contexto la ciencia médica ha sido un terreno construido a partir de la visión masculina, en especial, en la práctica médica de la obstetricia y la ginecología, se percibe el cuerpo femenino como "enfermo". En la atención al parto se puede reconocer una precisa expresión de la subordinación de género que se aprueba desde la sociedad. El parto y trabajo de parto son convertidos en procedimientos médicos donde la mujer es despojada de su identidad, cosificada y fragmentada en su integridad dejando de ser una humana para convertirse en una especie de "gran útero", cobijo de un "producto fetal".[254] El patrón de medicalización de los ciclos de vida de la mujer tiene diversas manifestaciones y a través de la religión, las empresas químico-farmacológicas, los medios de comunicación y el Estado se

[250] *Cfr.* Villegas Poljak, Asia, "La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico", *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, vol. 14, núm. 32, Venezuela, enero 2009, p. 131.
[251] Héritier, *op. cit.,*1991, p. 96.
[252] *Ibíd.*
[253] Villegas, *op. cit.,* p. 132.
[254] *Ibíd.*

construye consenso ideológico respecto a la excesiva medicalización que se convierte en diversos procesos encallados en el "ritual de la carrera de la enferma", como es el caso del acceso a la salud en emergencias obstétricas y el multirechazo hospitalario generalizado, infranqueables barreras que lleva, en muchas ocasiones, a la mujer a la muerte.

Existen diversos factores que condicionan la desapropiación del cuerpo de la mujer y por tanto la apropiación del mismo desde la medicina científica. Es decir, las representaciones y prácticas sociales permiten la medicalización y patologización del cuerpo femenino y de los procesos cronológicos que afectan a las mujeres, teniendo diversas manifestaciones tal como las conocemos hoy en la sociedad occidental:

> La hegemonía de la cultura médica occidental, se asienta en unas relaciones asimétricas de poder, tanto en lo relativo a su cuerpo de conocimientos, como a las profesiones sanitarias que intervienen en el proceso de cuidar y a los sujetos receptores de estos cuidados. El arbitrario cultural que supone el cuerpo de conocimientos médicos, ha necesitado apoyarse en criterios de biologización de las mujeres, asignándoles una naturalidad culturalmente determinada, que ha permitido justificar la asignación de tareas que las relacionaran mejor con la naturaleza, y decidir en base a ello, la normalidad o anormalidad de sus conductas y establecer así unas relaciones de dominación justificadas a partir del conocimiento legitimado científicamente, verdad "objetiva" y por tanto incuestionable, como si la racionalidad científica no tuviera un claro sesgo de género (*sic*).[255]

Desde comienzos del siglo XIX hasta la actualidad con la creación de la obstetricia como especialidad el cuerpo femenino al ser un espacio de interacción simbólica construido a partir de discursos se encuentra eternamente medicalizado por lo que inevitablemente se enfrenta a escenarios muy concretos de violencia a través de la ocultación de los saberes femeninos.

[255] Rigol Cuadra, *op. cit.,* pp. 22-23.

2.3 Reproducción y discriminación

Posteriormente de hilar una serie de ideas he llegado a este espacio donde haré una aproximación teórica de los escenarios de discriminación que viven las mujeres como formas de *violencia obstétrica*. El objetivo de este apartados es concretar y marcar una ruta de investigación sobre los derechos reproductivos de las mujeres originarias.

Después de la revolución científica en Europa se entendió la realidad a partir de la separación mecánica de mente-cuerpo, esta separación se puede percibir como un yo masculino que se ha separado de las impurezas de la naturaleza que se asoció con lo femenino. En el dualismo filosófico cartesiano la racionalidad domina el cuerpo, en consecuencia se derivó el modelo tecnocrático de atención donde se consideró al paciente como objeto y se diagnosticó a partir de disfunciones con énfasis en resultados a corto plazo, además de que se sobrevalorizó la tecnología, se percibió la muerte como derrota y se basó en la represión de la sexualidad de las mujeres.[256] Todo ello trajo consigo una "cortina de humo" que ofuscó la realidad, situación por lo cual perdimos de vista aquellos detalles que parecían escandalosos. Esta fragmentación de la realidad creó una cierta "normalización" que impide ver más allá de lo que se nos presenta como "natural", prueba de ello es cómo la reproducción –cotidiano evento fisiológico– se transformó en un elaborado entramado de mitos, tabúes y prohibiciones que arrebataron el carácter humanizador de las mujeres.

En términos llanos, un proceso reproductivo, en el mayor de los casos, cambia por completo la dinámica de un grupo doméstico y, sin duda, en la vida de la mujer se podría convertir en el más traumático episodio en cualquiera de sus variantes. El embarazo, trabajo de parto y parto son despojados de su cualidad prístina para envolverse en un sinnúmero de elementos culturales que cada vez más parecen alejarse de la naturaleza y la dignidad humana. El parto llega a ser muy traumático y se ha encontrado una alta prevalencia de síntomas de estrés postraumático tras la resolución del embarazo. El parto traumático se acompaña de

[256] *Cfr.* Magnone, *op. cit.,* p. 11, 15; Sadler Michelle, *Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario,* Chile, 2003, p. 40.

miedo, indefensión y terror, seguido por pensamientos que incluyen recuerdos vívidos del suceso, *flashbacks,* pesadillas e irritabilidad.[257]

Una de las primeras preocupaciones sobre las formas de nacer es hasta qué punto éstas determinan la vida en sociedad. Según Michel Odent, revolucionario obstetra, el manera de parir y nacer afecta de manera directa a la cultura:

> Después de la mitad del siglo XX, todas las actividades humanas han evolucionado bajo la influencia del plástico […] Hoy en un hospital todas las personas internadas están conectadas a tubos de plástico. Y existen ramas que nacieron a partir del plástico. Ahora hay servicios de neonatología y vemos a bebitos que están en incubadoras de plástico con catetes de plástico en todos los orificios naturales y en las venas. El nacimiento actual es el nacimiento en la era del plástico. Es una situación dramática: estamos en el fondo de un abismo.[258]

Entre los estudiosos del tema existe un consenso en que a pesar de que la atención a la salud reproductiva es fundamental para reducir los factores de riesgo en el embarazo también ésta puede actuar en detrimento de la población. La atención institucional del embarazo cuenta con varias etapas y de antemano se sabe que la etapa para detectar "focos rojos" es el control prenatal, en éste es importante que existan todos los elementos de integración de un seguimiento oportuno y con calidez: el número de las visitas desde que inició la gestación hasta la resolución del embarazo; la manera en la que se brindo el seguimiento; y la capacidad técnica de los proveedores de los servicios de salud, cualesquiera que éstos sean.[259]

Cuando formulé la premisa sobre los *escenarios de discriminación*[260] a los que se enfrentan las mujeres en la atención del embarazo me refería a dos formas

---

[257] *Cfr.* Olza, Ibone, "Las secuelas de la violencia obstétrica", Blog, 15 de abril de 2013.
[258] Entrevista realizada por Luciana Peker a Michel Odent, "Silencio: mujer pariendo", Revista *Página 12*, Argentina, viernes 13 de enero de 2012.
[259] *Cfr.* López, Paz, "Indicadores sociales para evaluar el riesgo de Morbilidad y Mortalidad Materna", en: Elú, María del Carmen (*ed.*), *Una Nueva Mirada*, *op. cit.,* p. 72.
[260] Según Fernando Guash un escenario es "el medio o ente físico, delimitado por una superficie real o ficticia, permeable al intercambio con el entorno […] integrados en un contexto, bajo un objetivo común". La discriminación según el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación es "una práctica cotidiana que consiste en dar un trato desfavorable o de desprecio inmerecido a determinada persona o grupo, que a veces no percibimos, pero que en algún momento la hemos causado o recibido." Por lo tanto, un *escenario de discriminación* es una situación construida socialmente que sólo puede llevarse a cabo en un cierto espacio y contexto histórico. Para este caso, un escenario de discriminación se caracteriza por prácticas y acciones que incluyen violencia –directa u oculta– contra una mujer embarazada en cualquier espacio real o ficticio de atención de la salud por parte de una persona que detenta el poder/saber médico.

de violencia discernible. La primera, franca y abierta, dirigida y desarrollada en el terreno de lo físico; y la segunda, aquella que se encuentra soterrada, que se reproduce por omisión cuando se ejecutan mecánicamente las enseñanzas de la profesión médica. Sin embargo, el desconocimiento de los derechos de las mujeres y de lo/as recién nacidos es también violencia, por lo que la práctica médica puede llegar a obviar la dignidad de una mujer por el hecho de vivir la maternidad.

Existen diversos procedimientos médicos en los cuales lo/as médico/as pueden llegar a ignorar las consecuencias físicas pero sobre todo las emocionales, psicológicas y eróticas-afectivas. Hoy en día es común que la gente sepa sobre los daños que pueden llegar a causar los fórceps pero hace 40 años esto no figuraba entre los temas a discutir. En la actualidad, una de las técnicas más practicadas y menos conocidas es la maniobra de Kristeller, este procedimiento es realizado en las clínicas y hospitales diariamente y consiste en aplicar presión en el fondo uterino –en la parte del estómago más cercana a las costillas– en dirección hacia abajo, para "ayudar" a salir al bebé.[261] Una matrona mencionó sobre esta maniobra:

> Es una técnica tan arraigada en la práctica clínica que se considera normal, tanto que muchas veces ni se refleja en las historias clínicas, por lo que podría ser que esa tasa en realidad sea mayor. Mi sensación es que la mayoría de los profesionales creen que con ella están haciendo una favor y ayudando a la mujer, pero esto es fruto de la dejadez de una de las obligaciones de los profesionales sanitarios: el reciclaje constante, estudiar y aprender cosas nuevas el resto de tu vida profesional.
>
> Madres que han sufrido esta maniobra me han comentado que la han vivido con dolor y, sobre todo, con miedo, ya que no se les había explicado ni el procedimiento ni sus riesgos […].[262]

Las consecuencias de esta maniobra Kristeller son muchas pero los riesgos para la madre son: hemorragia,[263] hematomas,[264] fractura de alguna costilla,

[261] *Cfr.* Campaña Stop Kristeller, "Entrevista a una matrona, sobre la maniobra de Kristeller", Blog *El parto es Nuestro*.
[262] *Ibíd.*
[263] Se refiere a la pérdida de sangre y puede ocurrir dentro del cuerpo (internamente) o por fuera de éste (externamente). *Cfr.* Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU, Institutos Nacionales de la Salud, *MedlinePlus, Información de salud para usted*, en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/medlineplus.html>, fecha de consulta: 21 de agosto de 2013.

aumento del riesgo de desgarros perineales y vaginales de tercer y cuarto grado, prolapso urogenital,[265] dolores musculares y daños emocionales. Entre las más graves estás la rotura uterina e inversión uterina que ponen en peligro la vida de la madre porque puede provocar hemorragias graves y, en algunos casos, para resolverlo se necesita extirpar el útero.[266] Los riesgos para el recién nacido son: el aumento de la probabilidad de distocia de hombros,[267] fracturas de húmero o de costillas, hipoxia,[268] lesiones de órganos internos, hematomas, lesiones en el plexo braquial del bebé,[269] incremento de la presión intracraneal, cefalohematoma y hemorragias intracraneales.[270]

Además la rotura artificial de membranas, llamada amniorrexis, es uno de los procedimientos más comunes en obstetricia. Se practica con el objetivo de aumentar las contracciones y de disminuir la duración del parto, sin embargo, se realiza de manera precoz y muchas veces acompañada de perfusión de oxitocina. En entrevista a una comadrona ella dice:

> Cuando la bolsa de aguas se rompe, el niño se queda con un poco menos de líquido amniótico, pero como se va regenerando, no pasa nada. El peligro viene porque los microbios normales que viven en la vagina y que no pueden hacer ningún daño allí, tienen ya la puerta abierta y pueden entrar a la matriz y provocar una infección en las aguas y las membranas. Realizar un tacto vaginal cuando se ha roto aguas ayuda a que se produzca

---

[264] Es un área de decoloración de la piel que se presenta cuando se rompen pequeños vasos sanguíneos y filtran sus contenidos dentro del tejido blando que se encuentra debajo de la piel. *Cfr. MedlinePlus*, *op. cit.*

[265] El prolapso genital es el descolgamiento del útero a través de la vagina, acompañado o no de la vejiga o del recto. *Cfr*. Zapardiel Gutiérrez, Ignacio (*et al*.), *Guía Práctica de urgencias en obstetricia y ginecología*, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (S.E.G.O.), Madrid.

[266] *Cfr.* "Dossier STOP Kristeller: riesgos para la madre y el bebé", Blog *El Parto es Nuestro*.

[267] La distocia de hombros (DH) se define como el fallo en la salida del tronco fetal, que precisa maniobras obstétricas adicionales para la extracción de los hombros fetales, durante el parto vaginal, una vez que la tracción moderada de la cabeza hacia abajo ha fallado. *Cfr.* Barranco Armenteros, Manuel (*et al.)* "Distocia de hombros", Medicina Materno-Fetal, Actualización Obstetricia y Ginecología, en: <www.hvn.es/servicios.../curso2011_mmf_04_distocia_de_hombros.pdf>, 2011.

[268] La hipoxia cerebral ocurre cuando no llega suficiente oxígeno al cerebro. El cerebro necesita un suministro constante de oxígeno y nutrientes para funcionar. *Cfr. MedlinePlus*, *op. cit.*

[269] Durante el parto más bebés sufren de lesiones del plexo braquial que de Síndrome Down. El plexo braquial *es la red nerviosa que se origina en la médula espinal distribuyéndose por el brazo. Por el se trasmiten todos los movimientos y sensaciones del miembro superior. Cfr.* Lesiones del plexo braquial en recién nacidos: La historia jamás contada, Blog *El Parto es Nuestro*.

[270] *Ibíd.*

> este tipo de infección ya que con el tacto "se suben" los microbios hacia arriba.[271]

Las consecuencias de la rotura de membranas según las expertas son:

> En un hospital, una vez rota la bolsa, ya no hay marcha atrás: en 24 horas debe haber nacido el bebé, de la forma que sea. En un parto respetado y fisiológico, jamás se rompe la bolsa de las aguas.
>
> La OMS sostiene que un enfoque conservador, apoyado por la evidencia, aconseja una política de observación, sin práctica de exámenes vaginales ni antibióticos, durante las primeras 48 horas después de la ruptura de membranas. Si la mujer no se ha puesto de parto durante este período de tiempo (cerca del 20% de las mujeres), se podría considerar la utilización de oxitocina. Sin embargo, estos resultados han sido obtenidos en poblaciones de mujeres sanas de países desarrollados y en hospitales donde era posible mantener altos niveles de higiene. En poblaciones diferentes puede ser necesario un manejo más activo, con el uso de antibióticos y una inducción más rápida del parto. Dado que en los países en desarrollo la sepsis puerperal es generalmente la tercera o cuarta causa de mortalidad materna, son necesarios todos los esfuerzos posibles para prevenirla.[272]

Otro obstetra francés Fréderick Leboyer –base del pensamiento de Michel Odent– escribió en 1974 un libro clásico *Por un nacimiento sin violencia* en éste el autor incluyó fotografías, en blanco y negro, que mostraban los terribles episodios que vivían las mujeres del siglo XX. Después de tanto llegamos al siglo XXI y seguimos encontrando este tipo fotografías que muestran la violencia ejercida contra las madres y los recién nacidos. La siguiente imagen fue tomada de la internet del Blog *El Parto es Nuestro*, titulada "Momento único" y fue tomada en el hospital Evangélico de Londrina, en Brasil.[273]

[271] Entrevista a Blanca Herrera (comadrona), "Rotura artificial de bolsa (Amniorexis)", Blog *El Parto es Nuestro*.
[272] *Ibíd.*
[273] "Intentémoslo sin violencia", Blog *El parto en Nuestro*, fecha de consulta: 23 de agosto de 2013.



Leboyer fue y sigue siendo uno de los pilares para entender el traumatismo que puede llegar a desencadenar un nacimiento. En una entrevista a Leboyer expresó su visión sobre el nacimiento:

> Cada instante es nuevo, cada nacimiento es distinto. Quererlo abordar científicamente es un error […] Cuando la aproximación científica no funciona, desgraciadamente, pensamos que hacen falta más conocimientos, más investigaciones, más créditos y que entonces sabremos. Hay que tomar otro camino, otra actitud, otra perspectiva. Hay que considerar que la ciencia sólo es verdad entre ciertos límites. […] El nacimiento es un cambio de nivel. Y es por ello que hay que dejar de verlo como un problema médico, biológico, fisiológico. No hay que mirarlo con nuestros ojos de médicos, ni de seres humanos. Es otro lenguaje, otra dimensión, como la muerte. El nacimiento es una intersección de la duración, una entrada en el tiempo cotidiano, ordinario.[274]

Huelga decir que el tema de los escenarios de discriminación latentes en los procesos reproductivos de las mujeres en México posee una gran relevancia frente las problemáticas sociales y de salud pública. Aprehender y "dar la cara" a la violencia que se reproduce cotidianamente en las clínicas y hospitales es el primer paso para ofrecer mejores escenarios de desenvolvimiento en el trabajo de parto y

[274] Embid, Alfredo, "Entrevista con el Dr. Frederick Leboyer", Revista *Asociación Medicinas Complementarias*.

parto. En el próximo apartado profundizaré, en específico, en los discursos y perspectivas de las mujeres en la toma de decisiones entre lo tradicional y lo moderno.

2.4 Medicina tradicional versus medicina moderna: toma de decisiones

Este apartado ahondará en la interacción entre la medicina tradicional y la medicina moderna en el marco de la salud, tomando en cuenta aquel conocimiento que se significa en el grupo doméstico, me refiero al saber que incluye la percepción del cuerpo –el autocuidado– la enseñanzas que toman sentido en la infancia y te permiten tener una noción del cuidado o no cuidado. En particular, las mujeres contienen un tipo de saberes que se identifican con lo femenino.

Respecto a la salud reproductiva de las mujeres nativas podemos distinguir dos vertientes contrapuestas entre sí. Por un lado, el autocuidado y las manifestaciones tradicionales de la salud/enfermedad/atención; por el otro, el bombardeo institucional que arraiga nuevas formas de entender las formas de sanación. En este último "los rezagos son considerables y las diferencias entre las entidades y localidad rurales y las urbanas, (son) muy marcadas".[275] El cambio cultural de las prácticas de tratamiento y sanación despliega un abanico de posibilidades en las cuales las mujeres toman decisiones, dando una respuesta a los cambios que observan en su entorno, esta respuesta tiene un origen en el grupo doméstico, las instituciones y el nivel de responsabilización de los varones en los procesos reproductivos.[276]

La medicina tradicional y la medicina alópata asumen distintos conceptos de atención de salud, el tipo de interacción entre quién atiende y quién consulta, así como la definición de su campo de intervención definen los factores en la toma de decisiones de las mujeres sobre su cuerpo, sexualidad y reproducción.[277] La relación más estrecha entre las prácticas indígenas y las de las instituciones se está dando a través de la industria farmacéutica, con un impacto negativo a nivel de generacional.[278]

---

[275] López, Paz, "Indicadores sociales para evaluar el riesgo de Morbilidad y Mortalidad Materna", en: Elú, María del Carmen (*ed.*), *Una Nueva Mirada, op. cit.,* p. 76.
[276] *Ibíd.*, p. 77.
[277] Valdez, Rosario, Luz Arenas e Isabel Hernández, "Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo", *op. cit.,* 2004, p. 61.
[278] Freyermuth Enciso, Graciela, "Muerte Materna, lo que no dicen las estadísticas de salud", en: Elu Cayado, Ma. del Carmen y Elsa Santos Pruneda, *Una Nueva Mirada, op. cit.,* 1993, p. 148.

Michel Odent ha dicho que las experiencias de parto nos afectan como sociedad y que hay ciertas trazas de comportamiento que son capaces de heredarse:[279]

> Es posible que la capacidad de dar a luz se esté deteriorando luego de tres o cuatro generaciones de partos controlados y medicalizados. Al no usarse las hormonas naturales no necesitamos más la oxitocina para dar a luz. Es posible que el sistema de la oxitocina se esté debilitando. Esta es otra explicación sobre por qué los partos son tan difíciles […] Las dificultades para dar a luz no se pueden explicar diciendo solamente que el ambiente en el hospital es inapropiado […] Los nacimientos no están funcionando bien porque se le da más fuerza a un condicionamiento cultural –que tiene miles de años– y que nos dice que la mujer no puede parir sola y que siempre necesita de alguien que la guíe, que la controle, que la observe.[280]

Una de las preocupaciones de la introducción de la medicina moderna en las comunidades rurales está ligado con la inserción de la obstetricia que lleva consigo técnicas que llegan a ser nocivas física, emocional y psicológicamente en la vida de las mujeres y lo/as recién nacido/as, por ejemplo, la inducción al parto con hormonas sintéticas. El uso de la oxitocina sintética se institucionalizó de manera rutinaria en la segunda mitad del siglo XX.[281] El caso de la oxitocina muestra claramente las estrategias del capital para abrirse espacio en los mercados mundiales.[282] La inducción del parto es extremadamente peligroso si no se realiza con precaución ya que existe la posibilidad de que se termine en cesárea hasta en un 50% de los casos, asimismo se debe valorar que los beneficios para la madre y el bebé son mayores a los riesgos que ambos corren.[283] Odent menciona:

---

[279] *Cfr.* "Cómo nos afectan las experiencias de parto como civilización", Blog *Placentera,* 8 de agosto de 2013.
[280] Entrevista a Michel Odent, *op. cit.*
[281] Entrevista al doctor Emilio Santos, Primera Parte, "La epidemia de oxitocina podría estar relacionada con la epidemia de autismo", Blog *Bebés y más. Embarazo, infancia, mamás y papás,* 17 de febrero de 2010.
[282] *Ibíd.*
[283] Los riesgos de la inducción del parto con oxitocina sintética son: crisis emocional en la madre y sobre el propio feto; fracaso de inducción; contracciones demasiado fuertes y prolongadas; la necesidad de analgésicos ya que el cuerpo pierde la capacidad fisiológica de afrontar el dolor; traumatismo al nacer producido por expulsivos más dificultosos; y sufrimiento fetal agudo a consecuencia de la necesidad de intervención. *Cfr.* Méndez Pérez, Gemma, "Inducción al parto", Blog *El Parto es Nuestro*.

> Los científicos han descubierto que todas las hormonas que las mujeres liberan durante el parto tienen tanto efectos mecánicos como sobre el comportamiento. Hablamos de la oxitocina, pero también de las endorfinas, prolactina, etcétera. Toda esta mezcla es un cóctel de hormonas de amor. Hoy estamos en la era de la oxitocina sintética –que se da con goteo– y de la cesárea. Por eso, a escala mundial, el número de mujeres que dan a luz al niño y a la placenta únicamente gracias a las hormonas del amor se está acercando a cero. Es como si pensáramos que las hormonas del amor son inútiles en el nacimiento. Es una situación completamente nueva.[284]

Las hormonas sintéticas administradas a las mujeres han demostrado ser palabras mayores pues desencadenan reacciones químicas –en la madre y en el recién nacido– que desconocemos y hasta la fecha no alcanzamos a medir las consecuencias reales. En el caso de lo/as recién nacido/as se ha documentado complicaciones en la respiración hasta un impacto en el comportamiento. Un estudio preliminar[285] de Universidad Duke y la Universidad de Michigan actualizó, una vez más, la discusión sobre la inducción del parto con oxitocina sintética. El estudio indicó una asociación –no causalidad– entre la inducción del parto y el autismo:[286]

> […] las mujeres embarazadas a las que se les induce el trabajo de parto con oxitocina sintética entre 18%-35% (tienen) más probabilidades de que su bebé sea diagnosticado con Autismo.
>
> El estudio contempló tanto que a la madre se le indujera el parto tanto como que se le aumentaran las contracciones así el comienzo de la labor de parto hubiera sido espontánea. Se compararon más de 625.000 registros de partos vivos con archivos escolares, Los resultados indicaron que hay una mayor incidencia de diagnósticos de autismo de madres cuyos partos fueron inducidos, sobre todo cuando el bebé es varón.[287]

---

[284] Entrevista a Michel Odent, *op. cit.*

[285] *Cfr.* Simon G. Gregory (*et al.),* "Association of Autism With Induced or Augmented Childbirth in North Carolina Birth Record (1990-1998) and Education Research (1997-2007) Databases", *Journal of the American Medical Association (JAMA) Pediatric*s, Formerly Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 12 de agosto 2013.

[286] *Cfr.* "Duke Study Sheds Light on Factors Contributing to Autism", Revista *NC Research Campus,* en: <http://www.ncresearchcampus.net/partners-and-research/latest-research/duke-study-sheds-light-on-factors-contributing-to-autism>, fecha de consulta: 23 de agosto de 2013.

[287] "Estudio encuentra vínculo entre el autismo y la inducción del parto", Blog *Placentera,* 13 de agosto de 2013.

Las mujeres en el embarazo y trabajo de parto sufren un centenar de situaciones colocadas en la incertidumbre pero aquellas que deciden acudir a las clínicas y hospitales privados estas dificultades se acrecientan pues "al paciente se le trata muy bien, igual que a su familia. El médico les ofrece todas las explicaciones y atenciones posibles, pero nadie se percata si la cirugía realizada era necesaria o no".[288] De acuerdo con Raymundo Canales:

> Incertidumbre es la palabra que mejor define la situación que viven los pacientes cuando se ponen en manos de un servicio médico privado. Nadie puede estar plenamente seguro de que tendrá el mejor diagnóstico ni el tratamiento más adecuado, a veces ni siquiera porque los atienda el médico de su confianza. Nunca se sabe lo que ocurrirá dentro de un hospital, y tampoco es garantía de que se trata de la unidad médica de mayor prestigio o que su costo sea de los más elevados.

En este panorama, tomar decisiones es muy complejo para las mujeres ya que sus decisiones no son unidireccionales y están determinadas por las relaciones familiares, por la pareja y la sociedad; aún teniendo conciencia la posibilidad cultural de vivir una experiencia alternativa es nula. En diferentes ocasiones las parteras han mencionado que se puede lograr identificar algunas características de las mujeres incapaces de tomar decisiones sobre el cuidado de su salud; estas son: la timidez, el miedo y un descuido visible en su apariencia.[289]

En el caso de las mujeres que viven en ámbitos rurales/campesinos, en algunas ocasiones, ellas suelen ser renuentes a recibir atención médica en aras de preservar prácticas tradicionales, habiendo el caso donde se niegan completamente a acudir a consultas. Desde mi interpretación, este hecho resulta ser congruente con su cosmovisión, y responde a sus representaciones como grupo étnico. Esta posición, sin ser moralizada, es totalmente entendible cuando contextualizamos las maneras en que han introducido la medicina moderna queriendo erradicar cualquier tipo de conocimiento diferente al "científico".

Después de este recorrido teórico sobre el contexto de la investigación me introduciré en el corazón de la tesis, es decir, en el estudio de caso de una

[288] Entrevista realizada por Ángeles Cruz Martínez a Raymundo Canales de la Fuente, "La medicina privada, entre la duda y el descontrol", Periódico *La Jornada*,17 de agosto de 2011.
[289] Valdez, Rosario, Luz Arenas e Isabel Hernández, "Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo", *op. cit.,* 2004*,* p. 60.

comunidad mazahua del oriente de Michoacán. A lo largo del tercer capítulo me centraré en la etnografía para posteriormente dialogar con dichas posturas de las mujeres que fueron mis informantes clave.

Capítulo 3

Etnografía de la salud intercultural: el estudio de caso de una comunidad *jñato*

3. 1 Universo de investigación

De aquí en adelante tendré como objeto mostrar el contexto sociocultural de la zona indígena del oriente de Michoacán, con la finalidad de ubicar el trabajo de campo que realicé en una comunidad de origen *jñato.*[290] Los jñato durante su existencia como grupo originario estuvieron subordinados a centros de autoridad política antes y después del contacto con los españoles, por ello, la carencia de testimonios o evidencias documentales han oscurecido el panorama para una mayor comprensión de su pasado histórico. [291]

Los estudios historiográficos han revelado que los jñato que ocuparon la región oriental de Michoacán provienen de la "clasificación lingüística el otopame (que) es una rama del tronco otomangue que se extendió desde el Norte del Altiplano hasta Centroamérica y que incluye los idiomas pame (con su variantes Norte y Sur), chichimeca-jonaz, otomí, mazahua, matlatzinca y ocuilteca."[292] La presencia de los grupos otopames en el territorio michoacano abarcó del periodo Clásico (200-650 d.n.e) al Epiclásico (650-900 d.n.e).[293]

El periodo de asentamiento en la zona de Zitácuaro produjo que convivieran matlatzincas, otomíes, mazahuas y purépechas; la diferencia entre ellos es que los primeros tres remiten de "un sitio de procedencia común: la provincia de México o las tierras de Toluca."[294] Zitácuaro se deriva de la palabra tarasca *Tzitaqua*[295] y es probable que significa lugar donde se hacen sogas o cordeles; por su parte los

[290] Usaré el término jñato para referirme a la cultura mazahua. Jñato significa "Nosotros hablamos", es la autodenominación de la comunidad y denota un pasado común. Mazahua es la denominación que los nahuas le dieron a esta población y que significa "gente del venado".
[291] *Cfr.* Guzmán Pérez, Moisés, "Otomíes y mazahuas de Michoacán, siglos XV-XVII. Trazos de una historia", Tzintzun. Revista de Estudios Históricos, no. 55, Instituto de Investigaciones Históricas de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México, enero-junio 2012, p. 14.
[292] *Ap.* Guzmán Pérez, *op. cit.,* p. 15.
[293] *Ibíd.*
[294] Guzmán Pérez, *op. cit.,* p. 37.
[295] Fray Maturino Gilberti registro en su diccionario de mediados del siglo XVI que *Tzitacuaro* significa lugar donde se hacen sogas o cordeles. *Cfr.* Gilberti, Maturino, *Diccionario de la lengua tarasca o de Michoacán,* de la orden de San Francisco,1559; Guzmán Pérez, *op. cit.,* p. 39.

otomíes le decían *gnchanschua*.[296] Lo que es correcto es, que la lengua en que están escritos los topónimos no siempre es la que hablan los habitantes,[297] a su vez, "las fuentes etnohistóricas tempranas nos indican que la lengua materna que desde inmemorial tiempo se hablaba en la zona era el mazahua, ni siquiera el otomí."[298] La ubicación geográfica de la región propició que Zitácuaro se convirtiera un punto de comercial donde se intercambiaban productos, por ello, funcionó como "el principal centro de autoridad religiosa, administrativa y militar al que quedaron sujetos los pequeños poblados".[299] Los mazahuas se instalaron entre bosques y fauna silvestre, cerca de un río que les permitió abastecerse de agua, en las tierras frías del noreste de la provincia, aprovechando los recursos naturales para la sobrevivencia del grupo.[300]

Los nativos jñato fueron de los últimos pueblos subordinados por la conquista militar española, esto se debió por las ventajas geográficas. Por esta misma razón se carece de información sobre ellos en la transición al mundo hispano. Los evangelizadores en 1525 y 1528 "entraron a Michoacán (Zitácuaro) pero se regresaron al poco tiempo dadas las difíciles condiciones del lugar".[301] Finalmente, desde 1526 los franciscanos comenzaron a profesar el catolicismo y a construir edificaciones civiles y eclesiásticas.[302] A partir de entonces algunos nativos fueron "encomendados" a las haciendas para la explotación de la fuerza de trabajo, es hasta 1719 que se recuperaron las tierras de las haciendas.[303]

Se ha sugerido que otomíes y mazahuas lograron mantener sus costumbres, tradiciones y lengua gracias a su capacidad adaptativa a los cambios políticos y territoriales que vivieron antes y después de la conquista militar y espiritual

---

[296] Duarte, Soto, Crispín, *Zitácuaro, Memoria Fotográfica (Tomo III),* Obra conmemorativa del bicentenario de la Independencia y Centenario de la Revolución Mexicana, Morelia, Michoacán, México, 2010, p. 11; Guzmán Pérez, *op. cit.,* p. 30.
[297] Guzmán Pérez, *op. cit.,* p. 29.
[298] *Ibíd.*
[299] *Ibíd.,* p. 39.
[300] *Cfr.* Velasco, Alfonso Luis, *Geografía y estadística del Estado de Michoacán,* Instituto de Investigaciones Histótricas-Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Centro de Investigación y Desarrollo del Estado de Michoacán, Morelia, 2006, p. 119; Guzmán Pérez, *op. cit.,* p. 38-39.
[301] *Cfr.* León Alanís, Ricardo, *Los orígenes del clero y la iglesia en Michoacán,* 1526-1640, Morelia, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Colección Historia Nuestra 16, 1997, pp. 59-60.
[302] *Ibíd;* Duarte, Soto, *op. cit.,* 2010, p. 11.
[303] Información levantada en el "Primer Encuentro Interinstitucional y Comunitario", Casa Comunal, San Mateo, Crescencio Morales, 20 de junio de 2013.

española.[304] De los grupos menos estudiados y documentados están los pueblos jñato de Michoacán, en coincidencia con Felipe Medrano la falta de interés radica en que fueron un grupo minoritario que al no tener basamentos piramidales o vestigios arqueológicos salió del panorama antropológico para su reconstrucción histórica y por ende no llama la atención de los investigadores.[305]

3.1.2 El oriente de Michoacán: etnografía de Crescencio Morales



Imagen 1. Vista de Crescencio Morales.
Foto: Armando Huerta Velázquez (A.H.V.).

El presente estudio de caso estuvo ubicado geográficamente en la región oriente de Michoacán, en el municipio de Zitácuaro, entre los límites con el Estado de México. El municipio se divide en una cabecera municipal y trece tenencias que son: Aputzio de Juárez, Coatepec de Morelos, Crescencio Morales, Curungueo, Chichimequillas de Escobedo, Donaciano Ojeda, Francisco Serrato, Ignacio López Rayón, Nicolás Romero, San Felipe Los Alzati, San Juan Zitácuaro, Los Contreras y Los Bernal.[306] Zitácuaro está surcado de este a oeste por la Sierra Madre de México por esta razón se compone de sierras, sierras con mesetas, lomerío con mesetas y llanura.[307]

[304] *Cfr.* Guzmán Pérez, *op. cit.,* p. 16.
[305] *Cfr.* Medrano Macías, Felipe, "Gente del Venado", *Bordado Tradicional Mazahua de Michocán,* Programa de Apoyo a las Culturas Municipales y Comunitarias, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México, 2005, p. 33.
[306] Duarte, Soto, Crispín, *op. cit.*, 2010, p. 12.
[307] *Ibíd.,* p. 13.

La tenencia de Crescencio Morales es una comunidad de origen jñato que, como he comentado líneas arriba, posee elementos compartidos con la cultura otomí, la cual tiene menor presencia poblacional y lingüística en la región, de hecho de acuerdo con recientes estudios está en proceso de desaparición, en concomitancia con mis informantes aproximadamente sólo quinientas personas aún lo hablan y no existe el dato exacto de cuántas lo escriben.

Crescencio Morales está compuesto por cinco manzanas comunales y dos ejidos. En la primera manzana están las localidades o encargaturas de San Mateo, La Ladera y El Rincón; en la segunda manzana están El Tigre, El Tigrito, El Rincón del Tigre, El Lindero, Loma de Aparicio y un parte de La Dieta; la tercera manzana comprende El Capulín y parte del Río de Guadalupe; la cuarta manzana abarca la localidad del Río de Guadalupe, Boca de la cañada y La Viguita; y la quinta manzana se compone por parte de Boca de la Cañada, Macho de Agua, La Barranca, Los Escobales, La Loma y La Cumbre.

La cabecera de la tenencia se ubica al oriente de Zitácuaro, recibe su nombre por el Santo Patrón de la comunidad. [308] San Mateo, rodeada de bosque de coníferas, ocote y cedro es quizá el lugar de mayor confluencia social, donde se realiza la fiesta más importante, donde se hacen las elecciones para los cargos políticos y donde a propósito del pago de oportunidades se lleva a cabo cada dos meses el tianguis que reúne a las localidades. En la cabecera se encuentra el menor número de población originaria, por tanto, en ella el choque intercultural impacta con mayor fuerza. En el resto de las localidades se asientan los jñato monolingües o bilingües, se calcula que en 2013 sólo 5 000 personas hablan o entienden la lengua en la región.[309]

[308] San Mateo actualmente es la cabecera de la tenencia pero recibió su nombre por los franciscanos que lo bautizaron con el nombre de San Mateo del Rincón. El lugar estaba compuesto por caseríos dispersos en el campo y unas cuantas casas agrupadas en torno a una capilla abierta que se convertiría en la iglesia principal en la actualidad. *Cfr.* Guzmán Pérez, Moisés, *op. cit.,* pp. 53-54.
[309] Información levantada en el "Primer Encuentro Interinstitucional y Comunitario", Casa Comunal, San Mateo, Crescencio Morales, 20 de junio de 2013.



Imagen 2. Iglesia de San Mateo.
Foto: A.H.V.

Crescencio Morales para 1632 sólo contaba con 60 familias, seguido por un período de estabilidad demográfica hasta 1910 sufriendo una baja por su participación en el período de Independencia. En 1937, según la Carpeta Básica de la Dotación Ejidal, había 2,547 personas y 719 jefes de familia. El último censo del INEGI registró 10 070 en la comunidad originaria.[310] Este dato es una aproximación pues sabemos que existe un alto porcentaje de la población que sale de su comunidad para trabajar en el Distrito Federal, Estado de México o Estados Unidos. En algunas ocasiones, al terminar las jornadas de trabajo regresan a su comunidad. De acuerdo con mis informantes es posible que el número de habitantes deambule entre 6 000 y 7 000 habitantes. En Michoacán, como en otros estados, la migración funciona como una válvula de escape ante las crisis económicas que determinan la vida social del país.

La principal actividad de la población originaria es la siembra de maíz nativo, trigo, frijol, haba, chícharo, calabaza de bola, flor de calabaza, cebada, avena y ébol; en su mayoría los grupos domésticos siembran maíz y trigo para el consumo de nixtamal, así como forraje para autoconsumo. A partir de la inyección de capital por

[310] Información levantada en el "Primer Encuentro Interinstitucional y Comunitario", *op. cit.*

medio de remesas y programas sociales, así como la construcción de carreteras para la transportación, el cultivo de aguacate ha aumentado en proporción y cada vez desempeña un papel de mayor importancia para la economía de la zona.



Imagen 3. La región cuenta con aproximadamente diez tipos de maíz nativo.
Foto: A.H.V.

El trabajo artesanal sólo ha funcionado como actividad interna y su comercialización ha sido nula. Las artesanías realizadas en Crescencio Morales, Francisco Serrato, Donaciano Ojeda y Nicolás Romero utilizan como base la lana. En la tenencia de Crescencio Morales la artesanía es una actividad en la que participan hombres y mujeres. La producción de gabanes está a cargo de los varones utilizando el telar de pie. Las mujeres con el telar de cintura se hacen cargo de los *mapes*, cobijas, colchas y prendas de vestir, también tejen servilletas o *mandressi* y manteles utilizando doble punto de cruz. El mape, el rebozo y el gabán poseen un valor simbólico pues fungen como precio de la novia[311] o dote[312], según corresponda, para llevar a término un lazo matrimonial.

[311] A partir de este momento empezaré a expresar la composición del grupo en términos de la teoría de la filiación en las relaciones de parentesco. Me refiero con *precio de la novia* a los obsequios que el grupo doméstico del novio dona al de la novia.
[312] *Dote* son los obsequios que el grupo doméstico de la novia dona al del novio.



Imagen 4. Telar de cintura.
Foto: Archivo A.H.V.

La política local en Crescencio Morales se compone de tres figuras principales, por un lado se encuentra el Jefe de tenencia; por el otro el Comisariado de bienes comunales; y el Encargado de Manzana. Primero, el Jefe o Jefa de tenencia se encarga de la representación de la tenencia y gestiona proyectos o mejoras para la comunidad ante el municipio. Actualmente el cargo de Jefe de tenencia lo ocupa, por segunda ocasión, una mujer. Segundo, el Comisariado de bienes comunales se encarga de todos los aspectos de orden agrario, es decir, es el encargado de los bienes, recursos o derechos que pertenecen a la comunidad. Por su parte, el uso de la tierra en la región implica un punto de controversia ya que en los documentos catastrales el uso político de la tierra es de tipo comunal, mientras que en otras localidades como El Lindero, La Dieta y Lomas de Aparicio es de tipo ejidal. Estas formas de uso de la tierra así como el recurso forestal son los principales elementos que desintegran las relaciones sociales entre los jñato. Por último, existe la figura de Encargado de Manzana que es el representante que elije en asamblea la comunidad, su principal función es la representación ante el comisariado, la resolución de conflictos o contradicciones entre familias, manzanas o con otras tenencias. La comunidad puede hacer uso de ambas figuras, Jefe de tenencia y Comisariado, dependiendo del trámite que se requiera o conflicto por resolver.



Imagen 5. Jefa de tenencia "Doña Gilberta Sámano Mondragón" (Izquierda).
Foto: A.H.V.

Su sistema político aunque está apegado a usos y costumbres mantiene elementos corporativistas y clientelares.[313] El voto para elección de los representantes de la comunidad sólo lo ejerce la población comunera. Un comunero es aquel o aquella que sea originario, posea uno o más hectáreas y asista a las asambleas locales para la toma de decisiones que "suben" a la Asamblea General de Comuneros. Según información del actual Comisariado, el primer censo en Crescencio Morales se realizó en 1926 con 663 ejidatarios y actualmente de acuerdo con el padrón de 2012 se registraron 2 373 comuneros.[314] Este aumento también ha respondido a las dinámicas políticas que ensanchan el padrón para negociar votos y cargos políticos.

En 2006 se hizo la titulación de bienes comunales y el 26 de agosto de 2012 se aprobó la Ley Interna y Estatuto comunal, un mes después se llevo a término la inscripción al Registro Agrario Nacional (RAN). En cuanto la elección de los cargos

[313] El corporativismo tiene sus inicios en la época revolucionaria y se consolidó en el cardenismo. El corporativismo se caracteriza por generar en las organizaciones políticas demandas inmediatistas que no logran trascender en demandas a largo plazo. Por tanto, el objetivo del corporativismo es el control mediatizado de las demandas para el control político de las organizaciones desde el Estado. Para el funcionamiento del corporativismo es clave el clientelismo, que no es un intercambio de favores en el cual las *pseudorepresentaciones* populares poseen poder sobre sus representados para conservar sus privilegios. El clientelismo al ser percibido como un favor genera sobre el favorecido una actitud de servilismo y sumisión. El clientelismo es una forma de hacer política en la que se mercantiliza la oportunidad de tomar parte activa en los procesos políticos. *Cfr. Gaceta Unión de Lucha. Por la emancipación de los trabajadores,* núm. 4, marzo 2011, pp. 6-7.
[314] Información levantada en el "Primer Encuentro Interinstitucional y Comunitario", *op. cit.*

políticos es realizada conforme a los usos y costumbres de la comunidad aunque el proceso es supervisado por la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano (SEDATU)[315] con el supuesto fin de dar fe y legalidad. Estos han sido mecanismo impulsados por el Estado para mantener el control político en las comunidades donde se rigen por el derecho consuetudinario, por tanto, no funcionan apegadas al poder federal, estatal o municipal. Los programas sociales de corte asistencial que destina el gobierno y los proyectos de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) en su mayoría sólo resultan beneficiosos para los gestionadores de los recursos mientras que los dineros públicos no "bajan" a la población en condiciones de marginación por lo que la mejora de la calidad de vida de la comunidad mazahua no llega por el cauce institucional.

Las relaciones políticas en la cotidianeidad se troquelan a partir de los líderes innatos que son la vinculación con el Estado, a su vez, la participación de las familias en las actividades comunales es indispensable. Un elemento que pertenece al ámbito de lo político-religioso y es necesario para el ejercicio de los derechos sociales son las mayordomías para la organización anual de la fiesta de San Mateo que concluye el 21 de septiembre; para la celebración de la Virgen de Guadalupe iniciando los preparativos un mes antes y concluyendo el 12 de diciembre; para la fiesta de la Santísima Trinidad que se celebra cincuenta días después de la Pascua; y la organización de la fiesta del santo patrón en cada localidad. La bebida que acompaña la celebración de la fiesta es el *chencho* o *zende* que es un fermentado de maíz.



Imagen 6. Entrada de la iglesia.
Foto: A.H.V.



Imagen 7. Fiesta de la Virgen de Guadalupe.
Foto: A.H.V.

[315] Antes Secretaría de Reforma Agraria.



Imagen 8. “Las Pastoras”.

Foto: A.H.V.

Además en cada localidad existen una serie de mecanismos sociales para obtener acceso al agua, uso de la iglesia (bautismo, casamiento, misas), servicio de panteón y cargos políticos; estos son: la asistencia a las faenas[316] o el pago con equivalencia monetaria; la defensa de los bienes comunales ante el requerimiento del Encargado de manzana; la colaboración para cesar incendios forestales; y de ser necesario la limpieza de los afluentes de agua. Debo decir que uno de los conflictos más fuertes en la toma de decisiones para el consenso social ha sido la incursión de religiones disímiles al catolicismo; los evangélicos y testigos de Jehová son los principales cultos que hacen divergir en opiniones, por ejemplo, respecto a las donaciones para la iglesia.

Respecto a la infraestructura en Crescencio Morales antes de la década de los cincuenta sólo existían caminos reales o de herradura y veredas. Alrededor de 1955 los habitantes comenzaron la construcción a pico y pala. Para 1958 el presbítero Ángel Espino García fue uno de los que gestionó las mejoras para el tránsito de vehículos de Macho de Agua a San Mateo.[317] La actual carretera, ya pavimentada, recorre 7.5 kilómetros de Macho de Agua a San Mateo; abriendo brecha hacia Francisco Serrato y conectando con Donaciano Ojeda hasta Carpinteros.[318] La propuesta es que esta carretera pueda conducirse hasta La Soledad y finalmente desembocar en El Polvorín que se encuentra sobre la carretera

[316] Forma de intercambio inherente al trabajo comunal que se efectúa entre la fuerza de trabajo y los bienes de subsistencia, derechos, reconocimiento social, protección familiar. Por medio de la realización de la faena se asegura la reproducción material e inmaterial de la comunidad.
[317] *Cfr.* Duarte Soto, Crispín, *Zitácuaro. Compilación de Artículos,* “La carretera a Crescencio Morales, Una Obra de Justicia Social”, H. Ayuntamiento de Zitácuaro, México, 2000, p. 30.
[318] *Ibíd.*

federal Zitácuaro-Morelia.[319] En la actualidad se han presentado nuevos fenómenos de urbanización que han desembocado en el relativo alumbrado público, la construcción de centros de salud y escuelas para la educación básica y media-superior.



Imagen 9. Carretera “El Tigre”.
Foto: A.H.V.

Crescencio Morales además de su riqueza cultural posee 1 131 hectáreas de la reserva de la mariposa monarca que por ser parte del Fondo Monarca es Patrimonio de la humanidad.[320] Aunque es una zona protegida sufre un profundo colapso ecológico que se manifiesta en una terrible amenaza para la flora como es el caso del oyamel y el encino; y para la fauna como el tlacuache, el armadillo, el tejón, el mapache y el coyote. Quiero apuntalar que esto es un grave problema a nivel cultural y social, por ejemplo, el caso de la desaparición del venado que se encuentra presente en la mitología, cosmovisión y el arte del grupo. A su vez, el agua está amenazada por la escases, lo que no es un tema menor pues en la región es en donde se originan los escurrimientos de agua que son trasladados a las zonas industriales de Zitácuaro, el Edo. México y la Cd. de México.

[319] *Ibíd.,* p. 31.
[320] Información levantada en el “Primer Encuentro Interinstitucional y Comunitario”, *op. cit.*



Imagen 10. Mariposa Monarca.
Foto: A.H.V.

La importancia de ofrecer este recorrido sobre las condiciones de la comunidad es porque en la actualidad aún no contamos con vasta bibliografía que logre plasmar la vida y las complejidades de este grupo nativo que se asienta en el oriente de Michoacán. En este tenor se inserta la presente investigación que pretende hacer un vaivén en las trayectorias de vida sexual y reproductiva de las mujeres de la comunidad jñato de Crescencio Morales.

3.1.3 Etnografía e Interculturalidad

La realización del trabajo etnográfico de la salud de las mujeres de una comunidad originaria implicó su construcción cualitativa bajo el espejo de la interculturalidad. La observación participante se puso en marcha para registrar las experiencias de vida sexual y reproductiva a través de la incursión en los espacios médicos y hospitalarios de la red de atención del IMSS-Oportunidades[321] que opera en el oriente de Michoacán.

La investigación estuvo soportada por tres instituciones de salud: la Unidad Médica Rural UMR-Crescencio Morales, el Centro de Atención Rural Obstétrica

[321] Como resultado de la aplicación del componente de salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades se implementó la vinculación del Programa con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El IMSS-Oportunidades es un Programa de Salud del Gobierno Federal que fue implementado a partir del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Esta red actúa a través de los Hospitales Rurales, Unidades Médicas Rurales, Unidades Médicas Urbanas y Centros de Atención Rural Obstétrica en las zonas rurales y urbano-marginadas de México. Tiene como objetivo principal cubrir a aquellos que no cuentan con Seguridad Social.

CARO-Crescencio Morales y el Hospital Rural-Tuxpan. Las dos primeras son clínicas de primer nivel de atención y este último un hospital de segundo nivel de atención. El CARO resultó particularmente interesante pues es un proyecto de reciente actuación y en Michoacán sólo existen tres construidos en, Pueblo Viejo-La huacana, Crescencio Morales-Zitácuaro y Capacuaro-Urupan.



Imagen 11. Centro de Atención Rural Obstétrica-Crescencio Morales.

Los CAROs comenzaron a construirse adjuntos a sus respectivas Unidades Médicas Rurales en 2011 y se ubicaron en las comunidades de alta marginación e inaccesibilidad geográfica respecto a la atención obstétrica; estos son: Chiapas, Chihuahua, Michoacán, Oaxaca, SLP, Veracruz, Puebla y Nayarit. Como parte de las *Estrategias de Intervención para reducir la mortalidad materna en IMSS-Oportunidades* es un proyecto "para disminuir las defunciones maternas que ocurren en el trayecto a un hospital de apoyo y donde la falta de acceso o disponibilidad de una unidad médica de segundo nivel cercana, son factores para la ocurrencia de una defunción […]".[322]

[322] *Estrategias de Intervención para reducir la mortalidad materna en IMSS-Oportunidades,* Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad IMSS-Oportunidades, México, marzo 2011, p. 9.



Imagen 12. CARO-Crescencio Morales.

El CARO-Crescencio Morales comenzó a funcionar el primero de junio de 2012 brindando atención especializada para el control prenatal y la realización de partos vaginales. La UMR y el CARO funcionan de forma conjunta para la identificación de las embarazadas, monitoreo de la gestación y resolución del embarazo. Si por alguna circunstancia el embarazo indica complicaciones obstétricas se deriva al módulo de embarazos de alto riesgo del Hospital Rural-Tuxpan. De acuerdo con la Ruta crítica para la vigilancia del embarazo cuando se detecta un Embarazo de Alto Riesgo (EAR) se activa la Red social para la referencia de embarazadas[323] que teóricamente brindan soportes para el bienestar de la madre y el producto ante cualquier dificultad, aunque de acuerdo con mis informantes esta Red no funciona en lo absoluto y cuando se presenta alguna emergencia obstétrica las mujeres y sus familiares tienen que transportarse a Zitácuaro, Toluca o Morelia para recibir atención de segundo o tercer nivel.



Imagen 13. Consultorio de atención del CARO.

[323] *Ibíd.,* p. 4.

La investigación etnográfica estuvo dividida en dos etapas, la primera de octubre a diciembre de 2012 y la segunda de enero a marzo de 2013. En la primera etapa me centré en las mujeres originarias o residentes de Crescencio Morales que llevaban su control prenatal en la UMR y el CARO; después amplié mi campo de estudio para rastrear a las mujeres de la región indígena del oriente de Michoacán que ingresaron al Hospital Rural-Tuxpan para la resolución de su embarazo. En ambas etapas el levantamiento de datos fue a partir de una serie de herramientas antropológicas, epidemiológicas y demográficas. Sin duda la principal técnica fue la *observación* sin soslayar la riqueza de la información cualitativa que recogió la aplicación del *cuestionario sociodemográfico*, el *perfil biosocial* para la identificación de embarazos de alto riesgo y la *entrevista* con preguntas cerradas y abiertas. Otra parte del estudio también requirió la revisión de expedientes y censos médicos.



Imagen 14. Hospital Rural-Tuxpan.

En este trayecto de seis meses de trabajo de campo entrevisté a 40 usuarias de las clínicas u hospitales del Programa IMSS-Oportunidades, 30 estaban en control prenatal y 10 en la terminación de su embarazo. Al iniciar las entrevistas la selección de mis informantes fue arbitraria pero al avanzar el estudio realicé un filtro en razón a los factores de riesgo que presentaban, por ejemplo, por condición social o familiar, por edad materna (menor de 16 o mayor de 35), por enfermedades pre-existentes y/o por complicaciones en sus trayectorias reproductivas. Todas las entrevistas están respaldadas con *Carta de Consentimiento Informado* en la cual las mujeres

asentaron que están de acuerdo con los términos de la investigación y la divulgación de la misma siempre y cuando se respete el anonimato, razón por la que no mencionaré nombres, sólo problemáticas en concreto.

Finalmente la etnografía me reveló las condiciones de atención de las mujeres en el embarazo de bajo riesgo y los *cuidados transculturales*[324] que experimentan. Por último, logré rastrear la ruta de acción de las mujeres de la comunidad en emergencias obstétricas, así como sus límites y posibilidades para recibir atención obstétrica oportuna, efectiva y con calidez.

[324] Madeleine Leininger, primera enfermera antropóloga profesional de EE.UU., que tras doctorarse en antropología trabajó con los Gadsup de las tierras altas orientales de Nueva Guinea (Papua), con quienes vivió sola durante año y medio, dirigiendo un estudio etnográfico de cuidados y salud, a partir del cual desarrolló su teoría de los cuidados transculturales. *Cfr.* Amezcua, Manuel, "El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la Observación Participante", Index de Enfermería, año IX, no. 30, otoño 2000, p. 31.

3.2 Ser mujer jñato



Imagen 15. Mujer haciendo tortillas.

Foto: A.H.V.

Entre los jñato sus historias se tejen en los inicios del siglo XXI, para las mujeres y los hombres originarios de estas tierras la vida pasa lentamente y sólo el trabajo marca los ritmos, viven adaptados a un periodo histórico donde, en palabras de Marx "todo lo sólido se desvanece en el aire, todo lo sagrado es profanado". Las mujeres están determinadas a partir de los procesos de socialización en los que se convierten en una mujer reconocida por los jñato. Las funciones de una mujer en la comunidad se encuentran condicionadas por el consenso social, por tanto, las mujeres del grupo formulan su papel en el interior de la familia y con ello las formas de cortejo, compromiso, relación de pareja y maternazgo.[325] Además, las diferencias de género enfrentan todos los escenarios posibles de sus vivencias como grupo. Por su puesto, ambos enfoques, el étnico y el genérico, enmarcan su visión del mundo, por lo que disciernen inconscientemente lo que es y no es de su origen común porque les interesa reconocer cuáles son sus representaciones.[326]

[325] *Cfr.* Freyermuth, *op. cit.,* 2003, p. 14.
[326] Las representaciones son ambivalentes y pueden llegar a ser el principio generador de las prácticas, son el marco de referencia a través del cual la sociedad debe actuar. Se adquieren desde la infancia y cambian respecto al individuo. *Ibíd.*



Imagen 16. Rebozos tradicionales.
Foto: A.H.V.

Una mujer jñato transita por diferentes etapas en su vida, el nacimiento, la niñez, la adultez y la muerte. En ellas existen representaciones que permean las prácticas de las mujeres posicionándolas en su rol social, puede darse el caso que las prácticas y las representaciones lleguen a ser diferentes e incluso contradictorias entre sí. Para una mujer mazahua no existe la adolescencia, se camina por un conjunto de experiencias que ineludiblemente la llevarán de ser una niña a una adulta que decidirá conforme a sus creencias y consideraciones en cualquier actuación individual y social.

El primer acontecimiento que resulta significativo en la vida de cualquier ser humano es el nacimiento, por supuesto, entre los jñato esto no es diferente. En esta cultura el parto posee elementos únicos pues conserva las prácticas como en los tiempos remotos, enarbolando los saberes femeninos para llevar a cabo un nacimiento que era considerado un acto social. El acompañamiento fue de suma importancia y las mujeres por muchas generaciones asistieron los partos de sus hijas o de sus nueras. También existía un cierto número de parteras en las localidades que se dedicaban al arte de parir, ellas eran la representación de la sabiduría.



Imagen 17. Partera de “El Tigre” (†).
Foto: A.H.V.

El momento del parto iniciaba con los primeros dolores donde se acompañaba y respetaba el proceso de cada mujer, conforme iba avanzando el trabajo de parto, la mujer que lo asistía ponía en marcha una serie de herramientas que facilitarían la expulsión. La forma de parir en cuclillas con ayuda de dos lazos proviene del saber de las nativas. El rebozo aún hoy juega un papel importante para acomodar al o la bebé y ayudar en la resolución del embarazo. La planta endémica del *too* o “sacachiquillos*”* les ayudaba a acelerar las contracciones, acortar el trabajo de parto y a expulsar el producto. Una vez nacido el nueva/o integrante no se apresuraba el corte de cordón y se permitía el contacto de madre e hija/o para la primera lactancia.

Este conocimiento se acompañaba de los relatos de las mujeres sobre la prevención de alguna complicación. Lo que aún se cuenta es que nunca se debe recostar por completo a una mujer porque puede desangrarse en el momento del nacimiento; cuando va a nacer el o la bebé amarrar el rebozo por arriba de la panza para que no se “regrese”; si por algún motivo el parto viene “seco”, es decir, con poco líquido, se deberá aplicar aceite comestible en la vulva, también se daba a tomar una cucharada del aceite para acelerar la expulsión. Otro aspecto en la cosmovisión jñato es el baño de vapor con jaras para la madre pues aseguraba que el útero volviera a su lugar. Todo esto aún se práctica pero, es probable, que el ritual de dar a luz y nacer como jñato tienda a difuminarse.

Cuando se es niña se aprenden la mayoría de las enseñanzas para la adultez; es a través de la imitación que se transmiten los mandatos sociales. La madre, las abuelas y las tías son las figuras por la que las niñas adquieren el conocimiento de una mujer jñato, desde encender un fogón, preparar el nixtamal, hacer las tortillas de trigo y de maíz, cultivar la tierra, cuidar a los animales y tejer las servilletas y *mapes*. En contrasentido, los niños también observan el comportamiento femenino para el desarrollo de los propios patrones masculinos.



Imagen 18. Niñas y niño mazahua.
Foto: Cristina Arias Sánchez (C.A.S.).

Las festividades desde siempre han sido el espacio donde las parejas se conocen. Principalmente la fiesta de San Mateo permite que las mujeres y los hombres de diferentes localidades se relacionen entre sí. La introducción de la escuela en la vida de las niñas y los niños, los “bailes”, como los llaman en la comunidad, y los ritos religiosos son los puntos importantes de confluencia social donde el cortejo se pone en marcha para el inicio de una nueva etapa: el noviazgo; gracias a esta situación ha existido la alianza entre diferentes linajes. A nivel generacional, se ha modificado la edad en que las mujeres se salen de su casa para crear un nuevo grupo doméstico, en muchos de los casos inician una vida en pareja al enfrentar un período reproductivo que no estaba previsto.



Imagen 19. Fiesta de “El Tigre”.
Foto: A.H.V.

En la actualidad, con menor frecuencia las mujeres se casan por el ritual católico y jñato, muchas de ellas sólo deciden iniciar la vida en pareja sin necesidad de un rito religioso o vínculo jurídico. Una informante nos indica una experiencia respecto al noviazgo y el proceso en el que salió del grupo de su madre para vivir con la familia del novio, en la cual su suegra no la reconoce como su parentela. En concreto se le preguntó cómo conoció a su actual pareja:

> Por parte de los rosarios de allá que hacen, rosarios del divino niño, pues yo iba a los rosarios y pues ahí lo conocí a él […] fuimos novios, después anduve con él cinco meses de novia y ya después salí embarazada, después se quería echar para atrás, él ya no quería, decía que no que porque su mamá no lo iba a querer, dije bueno está bien si tu mamá no, yo me regresé para mi casa y dejé de trabajar ahí donde estaba trabajando y vine acá les dije a mi papá, mi papá se molesto primero pero ya después me dijo no te preocupes que no vas a hacer nada para abortarlo nada eso, y le dije que yo tampoco quiero abortarlo porque él no tiene la culpa, la culpa la tengo yo, me dijo mi mamá te quedas aquí, nosotros te vamos a echar la mano […] ya después el muchacho vino por mí y me fui con él a los dos meses de embarazada y ahorita vivo con él y mi suegra pero la verdad me trata muy mal […] hasta se enoja porque mi suegro me dice hija. (18 años, El Tigrito)

En la misma entrevista refirió sobre lo que pensaba su suegra sobre no estar casada con su hijo. En la comunidad la gente asocia el estar casada con la aprobación social que le dará protección al nuevo integrante. Por lo general estas

ideas están mucho más marcadas en generaciones previas a las jóvenes que actualmente viven un estado reproductivo. La informante comentó lo siguiente:

> Pues aquí dicen, bueno mi familia, que tener hijo a esta edad para mí que no es bueno, bueno mi suegra también dice que no es bueno que porque no estamos casados y que así mi hijo es hijo de parte del mal porque no estoy casada con su hijo pero pues la verdad quien sabe.

Sin embargo, cuando los novios deciden casarse hay una serie de pasos que se deben cumplir. Para casarse es indispensable que las familias se conozcan. El primer encuentro es fundamental y es la familia del novio la que hace la visita, ésta tendrá entonces que llevar algunos regalos para la familia de la novia, como pueden ser fruta o comida y cerveza. Después los encuentros entre ambos grupos domésticos pueden ser esporádicos. Hoy en día muchas parejas deciden hacer un contrato ante el Estado, es decir, casarse por vía civil pero el ritual religioso es el relevante y el que reconoce la comunidad. La relación afinal resulta ser muy significativa para una mujer mazahua pues al llevarse a cabo tiene que abandonar a su grupo para formar parte de un nuevo linaje. La filiación de los jñato es *patrilineal.*[327] Su residencia es *patrivirilocal* porque los hijo/as y la madre vivirán en la residencia del esposo para formar una *familia extensa*[328] que comparte una olla en común, sin embargo no se descarta la formación de *familias restringidas.*[329]

La boda es el *rito de paso* en el cual se reconocen socialmente como esposos. La preparación de la alianza contempla todo un día de celebración que empieza desde muy temprano, es de mencionar que los padrinos tienen un papel muy activo; generalmente éstos son los padrinos de bautismo de alguno de los novios. Al iniciar el día, la futura esposa lleva atole a la familia del novio; los familiares de los novios y los padrinos se hacen cargo de la decoración de sus residencias, una característica es la colocación de manteles tradicionales de la región; y las mujeres encargadas de la comida y tortillas desde muy temprano trabajan para tener listo los alimentos. El ritual inicia con una misa católica, al concluir ésta los novios y los padrinos montan a caballo para dirigirse, primero, a la

[327] Los agentes masculinos son los que trasmiten la pertenencia al grupo.
[328] Se refiere a dos o más matrimonios en una sola residencia.
[329] Se refiere a un solo matrimonio que comparte una olla en común. En este caso la mujer sale al grupo de su marido.

casa de la madrina y el padrino. La gente cuenta que el caballo dócil se le da a la novia y el bronco al novio.



Imagen 20. La novia.
Foto: C.A.S.

Los asistentes peregrinan detrás de los novios y los padrinos hasta llegar a su primer parada, ahí se ofrece atole y pan para que la gente descanse de la caminata.



Imagen 21. Peregrinación a casa de los padrinos.
Foto: C.A.S.



Imagen 22. Atole y pan en casa de los padrinos.
Foto: A.H.V.

Desde un día antes en la casa cavaron un hoyo, donde previamente se colocaron cigarros y bebidas, encima de éste sobre unas tablas, los novios y los padrinos son los primeros en bailar, son acompañados con música tradicional de la región. Al terminar invitan a bailar a personas que son representativos para que se efectúe la alianza.



Imagen 23. Tablas para bailar
Foto: C.A.S.



Imagen 24. El primer baile.
Foto: C.A.S.

Es importante que en el transcurso de la celebración se ofrezca comida, pulque y cerveza en abundancia. Después del baile, la gente empieza a caminar hacia el segundo punto de reunión para llegar antes que los novios, el encuentro será en la casa de los genitores[330] de la novia. Cuando los padrinos y los novios llegan, la gente les da la bienvenida mientras el padrino avienta dulces de colación que extrae de su *mape* para los niño/as.





Imágenes 25 y 26. El padrino y los novios llegan a la casa de los genitores de la novia
Fotos: C.A.S.

Al llegar se reúnen los dos grupos domésticos para dar los regalos correspondientes de la alianza. El novio recibe un gabán, *mapes y* cobija de lana de la familia de la novia, y a la novia se le regala un metate y un molcajete que podría

[330] Me refiero a padres.

llegar a ser el que ocupó la madre del novio, a su vez, ambos reciben *mapes*,[331] *mandressi*,[332] manteles y jarros.





Imágenes 27 y 28. Los regalos y los novios.
Fotos: C.A.S.

El rito de despedida se lleva a cabo en la cocina de la madre de la novia. Antes de iniciar, el padrino enciende el sahumerio y comienza a rolarlo mientras bailan alrededor del fogón para que la novia se despida del lugar donde anteriormente cocinaba.

[331] Morrales de lana bordados.
[332] Servilletas.



Imagen 29. El padrino encendiendo el sahumerio.
Foto: C.A.S.



Imagen 30. La novia con el sahumerio.
Foto: C.A.S.



Imagen 31. Los familiares y la cocinera.
Foto: C.A.S.

Al concluir nuevamente los padrinos y los novios bailan sobre las tablas sobrepuestas que cubren el hoyo donde se esconden los obsequios, en ese momento, la comunidad se enrola y todos comienzan a bailar, a beber, y la comida tampoco se hace esperar ofrecen pollo, pozole o algún platillo que las cocineras decidan preparar para poder dirigirse al tercer punto de encuentro.





Imágenes 32 y 33. La comida.

Fotos: A.H.V.



Imagen 34. Búsqueda de los obsequios.

Foto: C.A.S.

Finalmente los novios, los padrinos y las personas que los acompañan llegan a la casa del grupo doméstico del novio y la futura residencia de la novia. En la cocina se lleva a cabo el rito de recibimiento de la novia al lugar donde ahora cocinará, en ella se monta una ofrenda con leña, flores y veladoras para danzar alrededor de ésta. Todo concluye con las palabras de despedida y recibimiento entre las dos familias, con lo que queda realizada la alianza entre los afines.



Imágenes 35 a la 38. El ritual de despedida.

Fotos: C.A.S.

Posteriormente, comienza a bailar toda la comunidad, participan y bailan en acompañamiento de los novios. Para celebración se matan borregos, guajolotes o pollos; la comida tradicional en las bodas jñato es el mole, tortillas de trigo y tamales de ceniza.



Imagen 39. Los familiares bailando.

Foto: C.A.S.

Una vez reconocido el matrimonio, la mujer cambiará por completo la relación con su genitores, al punto que incluso será mal vista si los va a visitar con demasiada frecuencia. Algunas de mis informantes refirieron que visitaban a sus familiares sólo si tenían que hacer algún "mandado" pero que a sus esposos no les gustaba la cercanía entre ella y su madre. Por el contrario, la relación entre la suegra y la nuera es fundamental, pues esta última llega a suplir a las hijas que salieron del grupo doméstico. Mis informantes comentaron recibir malos tratos de su suegra y que el trabajo más pesado era para ellas. La única situación en la que la suegra es comprensiva es cuando se embarazan, y de hecho se rechaza enérgicamente que no lo hagan rápidamente, pues se cree que la mujer tiene la obligación de procrear.

Cuando una mujer en la comunidad está embarazada las demás mujeres le transfieren el conocimiento sobre lo que no debe de hacer, y por tanto se entrelazan una serie de historias alrededor de la maternidad. En pláticas casuales las mujeres me hicieron saber que una embarazada no puede estar cerca del comal sin que tenga tortilla; no deben cargar las tortillas recién calientes; y no deben ir al río por las tardes porque les pega "aire". Reproduzco algunos de los testimonios:

> Terminando de moler hay que poner algo al comal para que no se pegue el bebé. (19 años, Donaciano Ojeda)
>
> Dicen que cuando está en eclipse o está roja la luna se puede comer a tu bebé cuando tienes pocos meses de embarazo […] hay que evitar el ajenjo, la ruda y el *too* porque según supuestamente son para aliviarse más pronto […] tampoco hay que tener el comal sin tortilla porque sino se les pega el bebé. (19 años, San Mateo)

> Nunca hay que dejar el comal ardiendo que porque se pega la placenta […] que no hay que odiar a los perros también que porque el bebé nace con vellos en la cara […] que al comal hay que echarle siempre poquita cal, que porque sino los bebés cuando nacen que les sale blanco la cara. (18 años, El Tigrito)

La gente del pueblo cuenta que la planta del *too* puede provocar un aborto por lo que no se debe tomar cuando están embarazadas. Sin embargo, las mujeres llegan a utilizarlo; las informantes dijeron saber de mujeres que lo tomaban esporádicamente, para ellas el uso abortivo de la planta es un tema delicado por lo que nunca hablaron en primera persona. He aquí un testimonio:

Yo veía que mi cuñada se la tomaba (*too*) pero pues la verdad yo nunca supe por qué, se la tomó varias veces con piloncillo y después supuestamente estaba enferma, eso es lo que ella decía y esta vez resulta que ya nos dimos cuenta que estaba embarazada, tiene seis meses ya ahorita, ya ahorita dijo que se lo tomó para que se le cayera pero nunca se le cayó nada, para que se le saliera pero no se le salió nada. (18 años, El Tigrito)

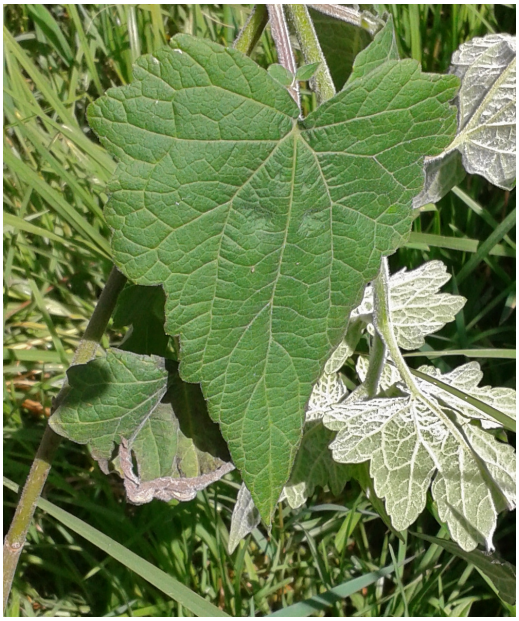


Imagen 40. "*Too".*
Foto: C.A.S.

Una mujer mazahua tiene varias gestas en su vida aunque en proporción el número de hijos vivos se ha reducido por los métodos que practican para la anticoncepción, desde el coito interrumpido hasta el uso hormonal. Hoy en día estos temas tienen un cierto alcance pues las generaciones más jóvenes y la migración han introducido nuevos elementos a la cultura de los cuidados de la salud. Por ejemplo; la vida sexual y reproductiva cada vez inicia más tarde; el conocimiento de las infecciones de transmisión sexual; y el uso del condón empieza a estar presente en el discurso.



Imagen 41. Madre mazahua.
Foto: C.A.S.

La migración es un tema crucial en la situación económica de la mujeres jñato porque por ésta han entrado nuevas prácticas sociales para injertarse con las que previamente ya existían. El aspecto de la remesas marca la diferencia entre los grupos domésticos, ya que las mujeres que las reciben no tienen necesidad de salir a buscar trabajo a las principales ciudades de México y Estados Unidos. Por el contrario, las que no reciben remesas tienen que buscar opciones para sobrevivir con sus hija/os. En este escenario, donde la composición familiar se ha modificado, las mujeres prefieren regresar al grupo doméstico de sus padres, mientras otras tantas se quedan viviendo con sus suegras. Los esposos tienden a irse por largas temporadas y sólo regresan a visitar a su familia. Otro caso es que los hombres deciden vivir en Estados Unidos y sólo envían dinero; en este caso forma otro grupo doméstico o su esposa cruza la línea fronteriza para alcanzarlos, los hijo/as se quedan con sus abuelas o tías y éstas fungen como sus madres. Si por algún motivo no ocurre ninguna de estas dos opciones, es muy difícil que la mujer contraiga una nueva alianza porque la comunidad no lo aprueba y si llega a suceder no lo reconoce.

Las mujeres llevan una vida con una gran carga de responsabilidades, son las que se ocupan de la alimentación y de los animales, del cuidado de los hijo/as, son trabajadoras del campo, la mayoría aún lava a mano, se encargan de la manutención de la casa y de los residuos ecológicos del grupo. Los hombres responsables del campo y en la actualidad son los que salen a laborar en la construcción, en el servicio de la transportación o como cargadores, es decir, se suman a las filas de la clase trabajadora. Ya que las crisis económicas se han

profundizado y por el cambio en la estructura familiar, también las mujeres han salido de sus grupos domésticos para trabajar en las ciudades importantes, donde hay mayor probabilidad de vender la fuerza de trabajo para el sustento de su progenie.




Imágenes 42 y 43. La mujer y el campo.
Fotos: C.A.S.

El papel de las mujeres en las mayordomías para las fiestas del pueblo es una enseñanza heredada de sus madres. Para ser mayordomas tienen que dominar la preparación del *zende*, para ello se usa maíz de color y se necesita aproximadamente un mes para obtenerlo. Las mayordomas lo preparan para la comunidad, además pueden participar las pastoras, mayordomitas y ayudantes. Las fiestas y la participación de las mujeres en ellas es con el objetivo de que los grupos domésticos puedan acceder a servicios como agua para riego, uso del panteón y otros privilegios para los que se necesita ser mayordomo.




Imágenes 44 y 45. El papel de las mujeres en las festividades.
Foto: A.H.V.

El consumo de bebidas alcohólicas es frecuente tanto en hombres como en mujeres, ellas no se quedan en casa a esperar a su marido, sino lo acompañan en la

bebida. Igualmente los jóvenes inician a consumirlo desde muy temprana edad en las festividades. En consecuencia, en la comunidad se experimentan relaciones sociales con mucha violencia, ya sea entre hermano/as, esposos y/o conocidos. Los “bailes” y las bebidas funcionan como una válvula ante los conflictos internos y externos; por la gravedad de esta problemática, los grupos religiosos y de Alcohólicos Anónimos han incursionado con éxito, asimismo algunas personas han optado por unirse a los cristianos o testigos de Jehová porque prohíben a sus feligreses el consumo de alcohol.



Imagen 46. Mujeres diversas.
Foto: Archivo A.H.V.

El final de la vida de un jñato, la muerte. Se llega a ser viejo porque se trabaja arduamente. Antes, los abuelos y las abuelas en la cosmovisión *jñato* eran símbolo de experiencia, sin embargo, hoy en día las condiciones de vida de las personas mayores han sido mermadas por la introducción de las relaciones capitalistas, una vez agotada la fuerza de trabajo la persona se convierte inservible. Las mujeres por sus propias experiencias de vida, envejecen rápido aunque son más longevas. La esperanza de vida ha aumentado en ambos géneros; ellas mueren por edad avanzada o por enfermedades como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cirrosis, mientras que los hombres mueren por accidentes en la vía pública o esfera laboral o por enfermedades como cirrosis, EPOC, diabetes.

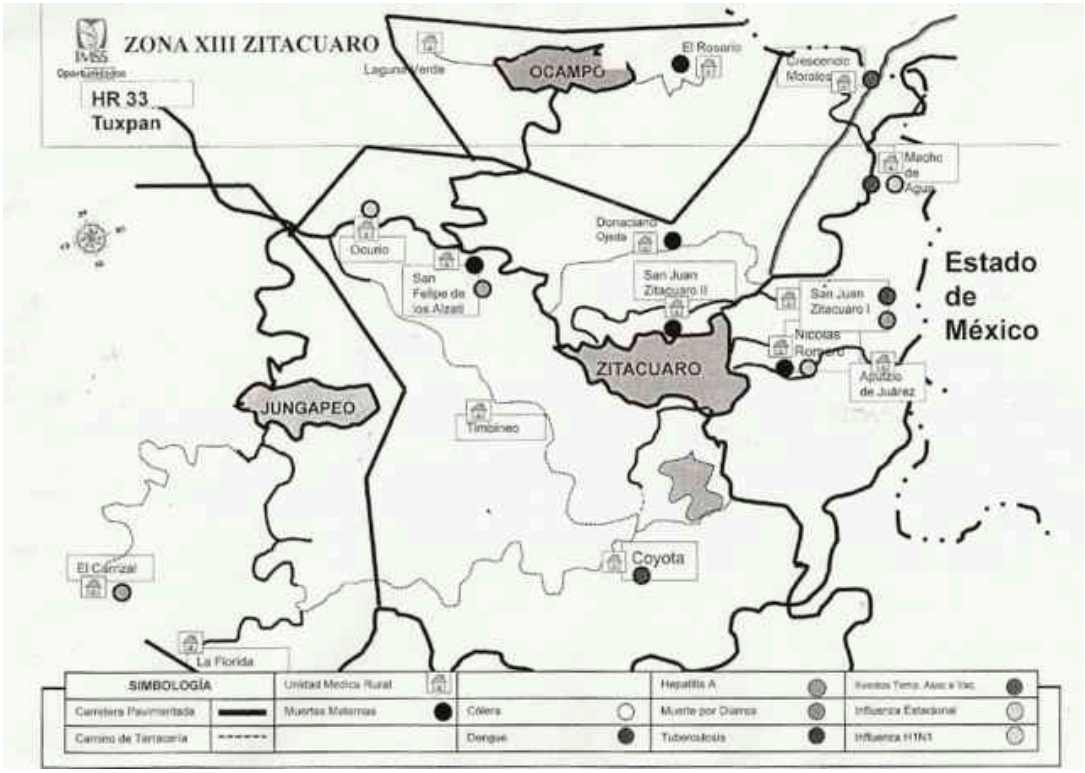


Imagen 47. Mujeres sabias.

Foto: Archivo A.H.V.

3.3 Trayectorias reproductivas de las mujeres nativas

3.3.1 Datos de las informantes



Para el desarrollo de la presente investigación entrevisté a 40 usuarias de la red de atención del IMSS-Oportunidades. Del total de entrevistas, 35 corresponden a mujeres que recibieron atención prenatal en el Centro de Atención Rural Obstétrica-Crescencio Morales, de las cuales 21 eran originarias o residentes de Crescencio Morales y 14 eran usuarias foráneas derivadas de Nicolás Romero, Donaciano Ojeda, La Coyota y San Esteban Tiripitio. El resto de las informantes corresponde a las puérperas que fueron entrevistadas en el Hospital Rural-Tuxpan, en total 10 informantes fueron entrevistadas antes o después de la resolución de su embarazo.

Por su relevancia, hice el seguimiento de dos embarazos que fueron referidos del CARO al HR-Tuxpan. De las dos mujeres sólo una fue transportada por el IMSS e ingresada al Albergue Comunitario de Tuxpan, ella carecía de un control prenatal oportuno y posiblemente fue víctima de una relación forzada aunque la información que nos brindo no fue concluyente; el segundo contacto se estableció a los ocho días de estar pernoctando en el albergue esperando su fecha de parto. La segunda

informante la entrevisté en control prenatal y di el seguimiento hasta después de la cesárea, no habiendo complicaciones posteriores a la cirugía.

De las mujeres entrevistadas en el CARO, 31 de los casos fueron detectados como Embarazos de Alto Riesgo (EAR) y sólo 4 de bajo riesgo (EBR).[333] Del total de ellas, el *estándar* de sus edades en el momento del estudio fue de 19 años, siendo la edad mínima 14 y la máxima 40. El 61% estaban casadas, el 31% vivían en unión libre y el 8% eran solteras. El máximo grado de estudios de estas mujeres era la preparatoria; el 43% sólo contaba con educación primaria, el 49 % con secundaria y el 8 % con preparatoria. La mayoría de las informantes eran católicas (87%) excepto 5 que dijeron ser creyentes o cristianas.

En consonancia con nuestra primera pesquisa, las relaciones de parentesco son patrilineales y las familias restringidas, es decir, las mujeres salen de su grupo doméstico para formar uno nuevo. El máximo de generaciones que conviven entre sí son cinco, también debo recalcar que se presentaron casos de familias extensas de hasta cinco matrimonios que compartían una olla en común. La ocupación de las entrevistadas era mayoritariamente el hogar y el campo, sólo 2 dijeron tener un trabajo remunerado. El 51% recibe apoyo económico del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades[334] y 49% dijo no ser beneficiaria.

3.3.2 Trayectorias de vida reproductiva

Las trayectorias reproductivas de las mujeres jñato iniciaban prácticamente con la menarca, esta situación ha cambiado y hoy en día el inicio de la reproducción se ha modificado considerablemente, esto tiene relación con el aumento de la edad en la que las mujeres deciden tener una pareja estable. En la mayoría de los casos, la reproducción está relacionada con una pareja fija aunque debo decir que ha crecido

[333] Los embarazos de alto riesgo son detectados clínicamente con base en el formato MF-5 "Vigilancia Prenatal. Riesgo reproductivo y riesgo obstétrico", Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, 2000.

[334] El programa Oportunidades fue la iniciativa en materia de política social del sexenio presidencial 2000-2006. El objetivo de Oportunidades, continúa siendo el mismo que en los tiempos de su antecesor el Programa de Educación, Alimentación y Salud (PROGRESA), consiste en romper con el círculo intergeneracional de la pobreza a través de una estrategia centrada en el desarrollo humano. Para lograr esta meta a largo plazo se otorga a las familias seleccionadas transferencias monetarias directas y servicios públicos relacionados con la educación, la salud y la alimentación. *Cfr.* Orozco Ramírez, Mariana, *"Pocos hijos para darles mucho": reproducción social y salud reproductiva en Valle Real, Valle Nacional, Oaxaca,* Tesina de Maestría en Ciencias Antropológicas, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, julio 2006, pp. 6, 23.

notablemente el fenómeno de la crianza de los hijo/as sólo por parte de la madre. En los espacios urbanos las mujeres experimentan el embarazo a temprana edad como un *embarazo adolescente* que es abiertamente señalado por la sociedad, entre los jñato, esto cambia por la no existencia de la adolescencia como fenómeno social. Claudio Stern menciona que "la adolescencia y la juventud son etapas sorprendentemente variables, tanto históricamente como entre culturas. Se trata de fases de la vida construidas socialmente, *artefactos culturales* establecidos en momentos específicos de la historia para servir a propósitos específicos."[335]

En concreto, en el estudio se observó una normatividad en el inicio de la vida reproductiva de entre los 16 a los 20 años. En el periodo de levantamiento en *promedio* cursaban su segunda gesta y tenían 22 años, con una edad mínima de 14 y una máxima de 40. Los datos indicaron que tenían un hijo/a vivo hasta el momento del parto, ningún aborto[336] y un aumento en la reproducción a los 39 años. Respecto a la resolución de embarazos previos se observó una *media* de dos partos vaginales y una cesárea, es decir, el número de partos vaginales es mayor al número de cesáreas que se practican. En la gesta que cursaban acudieron a consulta médica a partir de la doceava semana de gestación, el 53% tuvieron *cuidados prenatales*[337] y el 47% no tuvo ningún cuidado; sólo quince de las informantes tuvieron un control prenatal oportuno.

Respecto a la vida sexual, en preguntas abiertas las mujeres de mayor edad dijeron haber atravesado padecimientos relacionados con infecciones de transmisión sexual de forma autoregulada, mientras que las más jóvenes consultaron con algún médico. Existe otra distinción respecto a los cuidados en la vida reproductiva, las mujeres que cuentan con Oportunidades y que en consecuencia asisten a las pláticas de salud tienen un mayor número de consultas que las que no son beneficiarias, muchas de ellas son las más jóvenes e iniciaban su control prenatal después de la doceava semana.

---

[335] Stern, *op. cit.*, p. 47.

[336] El aborto en la comunidad es un tema del cual las mujeres no hablan abiertamente. Entre los casos de abortos u óbitos las causas fueron en su mayoría por complicaciones obstétricas (hemorragia, sepsis) o por violencia doméstica. El mayor número de abortos que recibe el CARO provienen de la comunidad de Francisco Serrato.

[337] Los cuidados prenatales los valoré con base en la intensidad del trabajo que desarrollaban en su embarazo tomando en cuenta que en su mayoría eran embarazos de alto riesgo. También tomé en cuenta la ingesta de ácido fólico y la cantidad de proteínas ingeridas diariamente.

Una vez embarazadas, las mujeres de la comunidad esperan hasta el último momento para confirmarlo, en la mayoría de los casos no son embarazos planeados; el 91% de las informantes no se habían preparado para el embarazo que cursaban.[338] En otros casos, lo/as médico/as dieron malos diagnósticos, está el ejemplo de una mujer originaria y residente que usó hormonal por dos años pero lo suspendió porque le dijeron que ya estaba en la menopausia, diagnosticándole colitis. Sobre su último embarazo me comentó:

> Ya tenía hartillo que no me cuidaba porque la doctora me decía que ya estaba en la menopausia que por eso tenía un descontrol, el que use fue la inyección ya hace dos años que lo dejé porque ya decían que ya no iba a tener bebés y si yo estaba creída y que quedo de repente […] No supe si estaba embarazada, yo supe hasta que me fui a hacer un ultrasonido, decía la doctora que era colitis la que yo tenía, fui con un particular y me dijo lo mismo, entonces dije voy con ella (la doctora) porque ya son varios estudios y me da el pase a Tuxpan y me fui, me hace la receta y es que usted tiene colitis y le dije doctora entonces por qué se me mueve algo y dijo es que las tripas también se mueven, no pero es muy diferente y me dijo que pidiera el estudio del embarazo, para esto me quita la receta y me da el pase para hacerme los estudios […] en el mes de agosto supuestamente ya tenía como cuatro meses y todavía tardaba bajándome, ella también me decía que ya era un descontrol porque tardaba hasta quince días y me dijo que yo ya tenía la menopausia, en este embarazo supe hasta los cinco meses y fue hasta que me hicieron el estudio, ahorita me baso en el ultrasonido […] le lleve los estudios y dice qué cree que no es cierto eso que le dije, usted está embarazada y le dije si doctora ya vi, porque ya había visto los estudios […] no lo había planeado pero pues dije pues si ya viene, todavía el ginecólogo que me hizo el ultrasonido también me dice que no estaba embarazada pero antes de que me pusiera esa cosa, usted no trae nada dice porque tampoco me creció el estómago, usted no trae nada pero acuéstese y dijo ¡ay señora pero si ya hasta está grande!, de hecho la doctora dijo que yo ya no podía tener otra familia por la punzada en el corazón por eso mi esposo dijo que era peligroso pero pues ya ni modo ya venía, a echarle ganas porque pues que le queda a uno. (39 años, Macho de Agua)

[338] Los mecanismos con los que indagué si las mujeres habían planeado el embarazo que cursaban eran preguntas cerradas en las que se pregunto sobre la fecha de última regla o cómo confirmaron su embarazo. Algunos casos no tenían conocimiento de la fecha de su última regla y el 91% dijeron enterarse del embarazo por retraso de regla. Cabe señalar que muchas de ellas se rigen por las fases lunares para controlar su ciclo menstrual.

Otro caso lo recopilé en una jornada de salud del IMSS-Oportunidades donde llegó una joven de 16 años que aseguró tener un embarazo de siete meses por la fecha de su última relación sexual, ella fue enviada por la UMR-La Coyota con el mismo diagnóstico. Al realizar la médica el ultrasonido no se encontró producto, ni placenta, ni restos embrionarios en útero ni en trompas de Falopio. Al entrevistar a la mujer dijo que ella tenía su regla normal, pero que el médico le dijo que estaba embarazada por haber tenido relaciones sexuales, situación por la que fue referida al CARO. Estos dos ejemplos son muestra del tipo de situaciones a las que se enfrentaron mis informantes por la excesiva valoración de la maternidad por parte de los médico/as.

En sentido opuesto, las mujeres acuden a las unidades médicas hasta que se presentan casos de emergencias gineco-obstétricas. Una mujer de 19 años, originaria de San Mateo comentó: “Fui a consulta por dolor y porque sangraba, estaba en México y andaba abortando y evite caminar mucho, estar tanto tiempo parada, cambié de alimentación”. Otra mujer residente de la tenencia me compartió su experiencia respecto al por qué empezó a tener cuidados en su embarazo hasta las doce semanas de gestación:

> Empecé a ir desde los tres meses porque tuve un sangrado […] es que lo que pasa que ahí como es un pueblo, esa vez yo me fui a caminar y entonces en la subida, ya para llegar al pueblito, a la comunidad, íbamos muy rápido y a lo mejor eso fue lo que me ocasionó, y después me empezó a dar el mal de orín, infección en los riñones, y me dolía y me dolía así el vientre, ya después pasaron otros dos días o tres y seguí yendo a caminar, no me sentía mal, ni sangraba, ni nada y me puse a lavar ropa y ya cuando me andaba de la pipí fui y había sangre. (17 años, La Coyota)

Una informante dijo que pudo haber iniciado un control prenatal temprano pero al presentarse a la clínica no recibió atención, motivo por el cual ya no regresó hasta que la fueron a buscar la promotora, la enfermera y la doctora, finalmente ella accedió teniendo veintiocho semanas de gestación:

> Antes acudí a consulta por dolor en el estómago pero no estaba la doctora y ya no regresé hasta los siete meses porque hasta que me fueron

> a visitar la enfermera, la doctora y la promotora de mi comunidad, fue hasta que empecé a ir. (17 años, Nicolás Romero)

El factor de la cultura en estos casos también resulta relevante pues la maternidad aunque es un fenómeno universal tiene para cada mujer una significación diferente. "Una mujer vive y siente su maternidad, pero el significado que la maternidad adquiera para ella estará mediado por la respuesta que reciba de su entorno a su condición […] dependiendo de su adscripción étnica, genérica y generacional".[339] Es habitual que las mujeres no actúen de manera unidireccional pues responden a un abanico de posibilidades transculturales y la decisión de los llamados "otros significativos" influyen en el proceso del embarazo.[340] Un ejemplo es una mujer originaria que comentó que ella no había ido a consulta porque la suegra no la dejaba:

> Tenía cinco meses ya cuando fui a consulta porque mi pareja es muy rara, no me dejaba ir a los doctores que porque para qué fuera a un doctor si todo iba a salir bien y luego pues sí mi suegra se oponía pues tampoco no me dejaba hasta que mi mamá fue por mí y ya empecé a atenderme hasta acá […] mi mamá fue la que me empezó a traer acá, mi suegra se opone, ahorita ya sabe porque me mandan a Tuxpan y ella me acompaña pero antes no quería, antes ella decía que para qué si ella tuvo sus hijos en su casa y que nosotros lo podíamos tener ahí. (18 años, El Tigrito)

Por lo general, las mujeres proceden de acuerdo a lo que les han transmitido, es decir, a aquellas que les enseñaron a autocuidarse de forma tradicional es difícil que accedan a otro tipo de conocimiento. Transcribo testimonio de mujer originaria respecto a acudir a la clínica:

> Pues la mera verdad no, o sea como tuve a los demás y nunca me fui así al doctor, no quiero ir porque pues la mera verdad no quiero ir porque, este, no pues no […] ya tenía creo tres meses si hasta cuando vine aquí, o sea me mandaron a llamar de Macho de agua, pero de Macho de agua me mandaron para acá, entonces ya me dijeron que viniera para acá entonces ya aquí me pregunto la doctora que si estaba yo tomando eso (ácido fólico) y le

[339] Freyermuth, *op. cit.,* 2003, p. 199.
[340] Los "otros significativos" son las personas que son social, cultural y afectivamente relevantes para las mujeres. Stern, *op. cit.,* p. 40.

> digo no pues no la mera verdad no había ido yo a la clínica y apenas me mandaron a hacer el Papanicolaou pero le dije no pues cómo me voy a ir entonces fue que ya platiqué con la partera y como es asistente también y entonces ella ya fue la que llevo los papeles para Macho de Agua, entonces ya ella dice no pues que te subes mañana entonces ya subí pero luego luego me mandaron para acá (CARO). (39 años, Boca de la Cañada)

A pesar de las ideas preconcebidas que las mujeres han reproducido, actualmente permiten el uso de métodos anticonceptivos. El siguiente testimonio relata cómo ha regulado su vida reproductiva y el por qué de su último embarazo:

> Tengo cinco hijos, todos fueron en casa, después estuve ocho años con DIU y cuatro años no me cuide hasta ahorita que me embaracé y ya tengo cuarenta años, yo sé que es un riesgo pero hay que echarle ganas de pujarle y tiene que salir. (40 años, Los Escobales)

Una informante originaria que cursaba su cuarta gesta, con tres varones vivos, decidió retirarse el DIU en busca de su primer hija, además relata qué cómo ha regulado su reproducción:

> Más bien si ya me quité la inyección porque me estaba inyectando y le digo a mi esposo ya me lo voy a quitar quiero a ver si me sale niña, este ya me aviento otro, ya ahora sí el último, lo que sea, ya lo decidí y ya no me bajó entonces dije ya estoy embarazada […] métodos use once años, primero fue DIU tres años, después se fue mi esposo para el otro lado y me quedé así cuatro años y ya después me puse la inyección. (37 años, La Dieta)

Esta misma informante dijo que no es común que las mujeres del pueblo se hagan pruebas de Infecciones de transmisión sexual (ITS) aunque sus maridos se vayan por largas temporadas. Las mujeres de las comunidades indígenas no comentan sus padecimientos con el médico/a por temor de ser juzgadas, en especial aquellas que tienen que ver con ITS; de hecho, ninguna de mis informantes contaban con pruebas de VIH. Otra informante, residente de San Bartolo le habían realizado OTB en el HR-Tuxpan, lugar donde la entrevisté. Dijo sobre el método al que fue sometida después se su última cesárea: “Sé que me operaron pero no sé qué me hicieron, sólo sé que ya no voy a tener bebés”. Al consultar con su

expediente supe que la operación que le habían realizado fue ligadura de trompas (OTB), esto podría parecer un dato aislado, pero en realidad es muy común que aunque las mujeres firman carta de consentimiento no saben exactamente qué método les aplican, y en realidad no deciden conscientemente el número de hijo/as que desean tener.

Además de las entrevistas consulté los expedientes médicos para revisar la información sobre los métodos anticonceptivos que habían utilizado antes de su última gesta. Según los datos levantados en la investigación, los métodos más usados por parte de estas mujeres son el dispositivo intrauterino (DIU) y la anticoncepción hormonal aunque el 45% reportó no usar ningún método de anticoncepción. Lo cierto es, que todas las mujeres debieron haber practicado el coito interrumpido y también usaron ocasionalmente condón, a petición de la pareja, pues muchas de ellas pasaron largas temporadas sin reportar ningún embarazo. Respecto a los riesgos del embarazo las mujeres han pensado en usar métodos definitivos, pero temen tomar esta decisión:

> Pues yo en los embarazos anteriores yo me sentía muy bien, ahora si en este embarazo como que hay ratos que ya no me siento muy confiada […] yo pienso operarme pero me da miedo, que tal si a la mera hora me arrepiento, pues a como me siento ahorita en el embarazo yo digo que ya no pero también me da miedo operarme, ya no quiero hijos pero tampoco no quiero operación y pues todos los métodos como son temporales, porque en la clínica nada más manejan la de cada mes pues esa ya la calé y no me caía, mi esposo no se haría la vasectomía porque dice que él por qué, bien machista como todos. (31 años, Mesas de Enandio)

Las trayectorias de vida sexual y reproductiva de las mujeres jñato están condicionadas por diversos factores sociales y culturales, como son: el ser hablante de una lengua originaria, pertenecer a una generación determinada, ser beneficiaria o no de programa sociales, recibir remesas y/o contar con soportes familiares que le posibiliten el apoyo físico y emocional. Todos estos aspectos los seguiré puntualizando a lo largo del capitulado.

3.4 Perspectivas de las informantes: Embarazo

Todas las informantes entrevistadas fueron usuarias de algún servicio de salud público o privado en por lo menos una de sus gestas, por lo que cada una de ellas experimentó la relación intercultural entre médico/a–usuaria. Estas experiencias no sólo forman parte de la manera de vivir el propio cuerpo, sino le brindan contenido a la maternidad como fenómeno social. En el presente apartado haré un análisis cualitativo sobre las perspectivas de las informantes respecto a la evaluación y atención del embarazo, el lenguaje médico, los espacios hospitalarios y los riesgos de la maternidad.

La primera característica ubicable entre los testimonios de las mujeres es la distinción entre los grupos nativos y los que no lo son, ésta antecede a cualquier otra diferencia pues establece desigualdades en el trato, como es el caso de la relación intercultural entre médico/as y usuarias. Esta situación plantea un filtro inescrutable para recibir atención, este es: la barrera lingüística. Las mujeres monolingües de la región y que son las de mayor edad no pueden acceder a una consulta médica de calidad. Por su parte, el impacto de la incorporación de las embarazadas bilingües al sistema de salud público se ha traducido en un cambio paradigmático en sus vivencias como mujeres, haciéndolas enfrentar *situaciones de riesgos innecesarios, obstaculizando el desarrollo de sus propios conocimientos (medicina tradicional) y limitando el acceso a la medicina occidental*.[341]

Las informantes en el desarrollo de la investigación expresaron su sentir desde el inicio de su maternidad y en específico el por qué atenderse en las clínicas u hospitales resulta una obligación y no una acción voluntaria. Un elemento que estuvo presente fue la burocratización de la medicina y lo cansado que puede llegar a ser una consulta, estudio o procedimiento médico por el sistema de referencia y contrarreferencia. Reiteradamente mencionaron sentirse disgustadas como es el caso de una usuaria de 37 años originaria de La Dieta que expresó: “En el segundo si ya no me gusto por eso que le digo de lo que me traían de aquí para allá y luego ya no me atendieron [...]”. También una mujer originaria reveló su inconformidad por

[341] La medicina occidental es el modelo hegemónico que se caracteriza por su biologicismo, por sus concepciones teóricas positivistas, ahistóricas e individuales; que sólo poseen eficacia pragmática. La salud se concibe como mercancía, la relación médico-paciente es asimétrica, la identificación ideológica excluye a otro tipo de saberes. *Cfr.* Freyermuth*, op. cit.,* p. 14.

el “ir y venir” de su unidad de adscripción al HR-Tuxpan, en ese mismo tenor mencionó su sensación respecto a la atención:

> En Macho de Agua la misma doctora me mandó a Tuxpan, ya fui y me atendieron una vez y me puso dos citas, y voy y no hay ginecóloga vuelvo a ir y que no hay, ahora como la doctora ya supo que hay por eso tengo que ir mañana, en la primera cita nomás fui a que me regañara porque me dijo que con el problema que traía sabía que no podía tener otro embarazo y le digo doctora pero si ya está que quiere qué haga, no puedo tampoco abortarlo, y tampoco si estaba embarazada y aunque tuviera poco no soy capaz de hacer eso. (39 años, Macho de Agua)

En su mayoría las informantes dijeron que no se logra cubrir la asistencia médica y que ellas lo perciben como un obstáculo para atenderse de manera satisfactoria en el embarazo o parto:

> Desde los tres meses he ido a la clínica de Macho de Agua, no había ido primero porque no había doctor porque la doctora estaba embarazada y luego vino un doctor y también se fue. (39 años, La Barranca)

> Mi primer hija fue cesárea en Zitácuaro en el Hospital San Juan, es privado porque no había cupo en el Hospital Regional y pues no, mi hija ya se estaba muriendo y me fui a un particular, yo hice el gasto, hace 10 años me salió en doce mil pesos […] la segunda también nació en una clínica con un doctor particular, también cesárea, así que tengo mi cruz (risas). (38 años, Mesas de Enandio)

> Llegue aquí (Tuxpan) con sangrado, me enviaron de la clínica de allá, de San Bartolo, lo que pasa es que ya me habían traído porque estaba tirando líquido pero me dijeron que no me podía aliviar porque no había ginecólogo, ni pediatra, […] aparte mi bebé no traía los pulmones lo suficientemente desarrollados y se podía morir, mejor me inyectaron para detener el líquido y para el bebé. (19 años, San Bartolo)

> No quisieron atenderme (Tuxpan) porque decían que era como iban llegando pero a mí ya me habían dicho que me iban a atender el domingo a las diez, me hicieron esperar dos horas porque me ingresaron a las doce y ya traía dolores. (20 años, Nicolás Romero)

A lo largo de las entrevistas llegaron a expresar la sensación de que no las quieren atender, por tanto, llegué a la conclusión de que tiene que ver con los imaginarios simbólicos para dejar intervenir su cuerpo. Un caso fue una mujer de 22 años, originaria de Francisco Serrato, que sin control prenatal fue recibida para la resolución de su sexta gesta y dijo sobre no haberse atendido: “No acudí a consulta hasta los cinco meses porque casi no me quieren atender y me da pena que me revisen”. En otra ocasión, una informante que cursaba su séptima gesta con todos sus partos previos asistidos por la suegra en casa, me comentó que no iba a consulta porque nunca les hablaban de atenderse en clínicas hasta su último embarazo, mi informante cuenta con Oportunidades y por tanto asiste a las pláticas de salud donde la canalizaron en su último embarazo a la UMR. Le pregunté si se sentía en confianza durante sus consultas y ella expresó su disgusto por los regaños y por las amenazas que recibe sobre ponerle faltas en Oportunidades:

> Me amenazan con ponerme falta y los regaños me hacen sentir incómoda y me siento mal pero sé que yo quise tener otro bebé y la responsabilidad es mía. (34 años, Los Escobales)

La lógica en que opera Oportunidades complejiza el panorama ya que la intervención de este programa asistencial tiene diversas implicaciones. Primero, les exige ir a sus consultas prenatales para seguir recibiendo su apoyo económico; segundo, obliga a las enfermeras y médico/as a colocarse en un papel de “capataces” que amenazan con faltas a las consultas o las dichosas pláticas. Por ejemplo, una de las informantes platicó su sentir cuando la regañan por las faltas:

> Es que una vez me tocaba venir y no había consulta de citas y apenas ahora que vine en la mañana me dijo (la enfermera) ya como gritando que por qué no vine […] a veces me regaña, bueno la que está si luego si se enoja porque luego no venimos el día que nos toca, como ahora si nos toca un día o ellos ponen un letrero y también se equivocan […] pero ella misma tenía el letrero allá afuera que no había consultas y luego ya la culpa la tenemos nosotros y como tengo oportunidades se basan en eso y me mandan con falta. (21 años, El Tigre)

Otra informante originaria de la tenencia vecina comenta que incluso las enfermeras son presionadas por la gente para llevar un control de asistencia:

> En oportunidades si uno no participa en las pláticas o en las faenas, todo eso si les ponen falta, no sólo las enfermeras pues a veces entre toda la gente todas las señoras pues, ésta ya llego tarde pónganle falta de asistencia, pero si uno no va a hacer faena o algún trabajo que se requiere también es falta y a veces uno cuando más lo necesita su dinero es cuando también no le dan todo. (30 años, Francisco Serrato)

Otro aspecto es la deslegitimación de los saberes de las parteras. A pesar de que la Secretaría de Salud establece la promoción de la formación técnica científica e inclusión de las parteras profesionales a los servicios de salud [342], esto no opera en la realidad y sucede exactamente lo contrario: la exclusión de todo tipo de conocimientos alternativos a los hegemónicos. Las mujeres de origen jñato son señaladas si por alguna razón deciden consultar su embarazo con las parteras, mis informantes han dicho, en más de una ocasión, que el personal de salud llama su atención si comentan con ir a sobarse para acomodar al bebé o si tomaban algún remedio casero. Esta situación llamó mi atención pues existe una contundente riña entre médico/as y parteras, con la notable deslegitimación de estas últimas por las instancias de salud, por la familia, los vecinos, comadres, etc. Algunas informantes externaron sus razones por las que no va con parteras, lo que quiero señalar es que ninguna de ellas dijo tener información de primera fuente sino que a todas alguien les contó una historia sobre atenderse con las parteras:

> Nunca he asistido con parteras […] pues mi mamá nos dice que no vayamos y no nunca, si me han dicho ve con una partera para que te lo acomode […] pero mis hermanos nunca nos han dejado ir tampoco […] porque si se alivia uno con una partera no tiene los medicamentos suficientes como para un algo, este que uno se ponga mal o que no pueda nacer el bebé […] ahí en el rancho no hay (parteras), antes si había y dicen que eran muy buenas y mi mamá incluso se alivió con una partera […] pero ya no hay parteras […] y donde hay está lejos y quién sabe si sean buenas […] porque ahí en el rancho la mayoría de la gente se aliviaba con parteras, incluso mi hermana se llegó a aliviar con parteras pero a mí ya no me tocó. (38 años, Mesas de Enandio)

[342] *Cfr. Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNGySR), Secretaría de Salud, 2011-12, pp. 19-27.

> A mí los médicos me tratan bien porque a otras me han dicho que se portan groseros con ellas […] aún así no les tengo confianza a las parteras, prefiero los doctores porque los vecinos dicen que se mueren los bebés o les dejan la placenta. (26 años, El Rincón)

> Si iría a que me lo acomoden, conozco una por Tuzantla […] no me atendería con partera porque no te limpian bien, no sé de nadie muera con partera pero mi mamá decía que es mejor con doctor. (14 años, Caña Quemada)

Al preguntarle a una de las informantes el por qué sentía que las parteras estaban tan desacreditadas dijo:

> Pues es que pues yo luego oigo que hay mucha muerte pero nada más dicen pero pues luego unas dicen pues de todos modos a los doctores también se les mueren, es igual […] y luego aparte en la clínica pues también nos dicen que es muy riesgoso. (38 años, Mesas de Enandio)

Muchas de las informantes hicieron evidente que antes eran las parteras las que atendían los partos pero que actualmente es distinto por la introducción de los servicios de salud, lo que llamó mi atención es que ubican con claridad que el rompimiento entre atenderse con partera o no es generacional:

> Yo siento que son buenas las parteras porque antes se hacía así […] no un parto no lo atendería por miedo a que pasara algo […] mi suegra todos los hijos los atendía con partera pero ahora ya no es lo mismo. (32 años, El Rincón)

> Si iría, allá en Macho de Agua está una, si es normal si tendría un parto con partera, si tengo confianza en las parteras, la gente ya no va porque se les hace más fácil en hospital. (20 años, Macho de Agua)

Según las informantes, las parteras en muchas ocasiones han funcionado como el único nivel de atención al que tienen acceso. Una mujer originaria de Crescencio Morales me comentó lo siguiente sobre el nacimiento de su primogénita:

> Nació con una partera de Macho de Agua […] lo que pasa es que tocó entre sábado y domingo, tocó un día domingo y yo no vine a pedir el pase para Tuxpan, según me decían que ya no iba a llegar y tuve que llegar con ella (la partera). (29 años, San Mateo)

En el momento de la entrevista esta mujer cursaba el tercer trimestre de su segunda gesta y dijo sobre volverse a intervenir con partera:

> Me han dicho que sí, que si vaya con una partera pero luego me dicen que no porque […] anteriormente se me abrió la cadera cuando mi marido no estaba aquí yo hacía trabajos pesados […] me dicen que si me va sobar, que si me soba probablemente se me venga antes […] yo en mi caso de las parteras de que tuve desconfianza fue de mi primer niña, yo para gracias a dios todo pasé bien pero no me acuerdo si tenía como dos o tres años que yo me había aliviado[…] fue otra señora y pues ella murió y la bebé vivió […] no son parteras que tengan lo que deberían de ocupar […] ahorita ya ese es mi miedo.

La mayoría de mis informantes coincidieron que su mayor miedo es que las parteras no cuentan con el equipo y los medicamentos necesarios:

> No les tengo mucha confianza a esas señoras la verdad, en una clínica o en un hospital tienen los medios o cosas mejor que una persona cualquiera, a lo mejor si tienen algo de conocimiento pero algo si se te complica el parto o un sangrado o demás, ellas qué pueden hacer por uno, bueno esa es mi forma de pensar, yo no me arriesgaría a irme así si yo sé que hasta ahorita me están diciendo mi bebé está así, la partera no me va a hacer una cesárea, o me va a dejar ahí el chiquillo o me descompone al bebé al jalón, tampoco voy a poner en riesgo a mí misma y a mi bebé. (39 años, La Barranca)

Esta última cuestión se podría resolver incluyendo a éstas a cursos de capacitación sobre factores de riesgo en el embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio, así como facilitarles oxitocina, suero, medicamentos y equipo para medir signos vitales. El ejemplo de Chiapas y el programa *Atención integral en salud reproductiva y violencia familiar en comunidades indígenas en municipios de alta marginación en México*. Elsa Santos comentó “este proyecto fortalece la red comunitaria integrada por los representantes de las comunidades, las parteras y autoridades municipales, para

vincularlos con los servicios de salud, en aras de atender oportunamente a las mujeres en proceso de parto y que los embarazos lleguen a buen término".[343] Uno de los principales logros en Chiapas fue incluir a las parteras en los servicios de salud, situación que tuvo excelentes resultados y logró mejorar las condiciones de salud, así como la muerte materna.

En Michoacán sería difícil resaltar que se ha cumplido con las nociones básicas para el trabajo compartido con las parteras, un mecanismo que opera en el sector salud para la manipulación de las usuarias es con los Certificados de Nacimiento que dicen no facilitarlos a las parteras a sabiendas de que si por alguna razón se atendieran con partera existen mecanismos para la obtención del mismo, situación por la que las mujeres prefieren ir a las clínicas u hospitales para que no tengan problemas para obtener el certificado:

> En mi primer embarazo me hicieron un legrado en el Hospital Regional supuestamente porque tengo abierta la cintura, ya en mi segundo embarazo me atendí con una partera, con Doña Elisa, dejé de ir con ella porque en la clínica nos dijeron que tiene que ser en el hospital por el certificado médico y en los últimos dos embarazos me vine a Tuxpan. (27 años, Río de Guadalupe)

En cambio, en el *Plan de Intervención para reducir la mortalidad materna* y de acuerdo con el Supervisor de Acción Comunitaria del IMSS-Oportunidades, la Red Social pretende incorporar orgánicamente a las parteras en la región para colaborar con el sector salud, es decir, discursivamente se pretende trabajar conjuntamente pero aún los esfuerzos se encuentra atomizados.

Un segundo filtro resultaron ser los espacios simbólicos de las clínicas y hospitales que interfieren en el desenvolvimiento de la relación médico/a–usuaria. Algunas informantes dijeron no sentirse seguras en los espacios hospitalarios:

> En general me he sentido cómoda pero no se siente uno a gusto en las clínicas, como que entrando uno le da como nervios, no sé cómo, como que le da pena a uno preguntar o decir esto para qué o esto cómo y así. (37 años, La Dieta)

[343] *Cfr.* Periódico La Jornada, "Chiapas podría ser modelo en el país en reducción de muerte materna", viernes 13 de julio de 2012, p. 24.

> El espacio en las clínicas y hospitales me hace sentir mal, no me hace sentir cómoda. (19 años, Boca de la Cañada)

> Pues aquí (CARO) como que hay mucho espacio como que hay una forma de enseñar mi pancita, como que si es algo medio incómodo que te estén revisando ahí y entren otras personas y así. (39 años, La Barranca)

Otra característica que resultaba significativa en el sentir de las mujeres fue el trato médico; el 56% dijeron sentirse en confianza y el 44% se percibe ajena en el momento de las consultas. Los dos primeros testimonios están asociados el momento de las consultas con el bienestar del bebé y los últimos dos son ejemplo del sentir relacionado directamente con la atención:

> Yo me siento bien porque me dicen que el bebé está bien y si estuviera mal me sentiría mal. (25 años, El Tigre)

> Pregunto por el bebé cómo está […] como ahorita la doctora me dice que está todo bien, o sea, […] ella ya me está explicando y me dice que está bien que viene bien, no pues ya para qué (pregunto) […] pues si me lo dicen pero al rato se me olvida. (39 años, Boca de la Cañada)

> Pues ahorita cuando iba empezando pues me tocó un doctor en la clínica (La Coyota) que mandaron de Tuxpan que de todo me regañaba, se enojaba porque se embarazaba uno, ya nomás iba porque tengo que ir aunque no me sintiera tan bien […] Él como que de todo se enojaba y yo decía yo soy la mala, yo no sé el doctor de qué se enojará y decía ¿señora cómo le va a hacer? Que bueno que yo ni voy a estar para el día del parto, lo bueno que ya no voy a estar aquí, porque como están un año, ya se le iba a cumplir su año, decía ya está como fulanita, ya hasta andaba poniendo nombres de animales ya, o sea otra vecina de la misma localidad, ya está como la burra de Vicenta usted también me decía, porque a ella la regañaba porque ya iba a tener seis hijos y ella no quería operarse y como sabía que nos conocíamos porque somos cuñadas por eso me decía ustedes no entienden […] y luego me ponía muchos ejemplo como yo en mi caso yo nada más tengo un hijo para qué quiero tantos hijos, en lo económico está bien pero yo no estoy para darle cariño, para qué quiero tanto mocoso yo , así ustedes qué piensan, y yo le decía ay doctor no crea que vengo porque me guste venir, porque tengo que venir no crea que me encanta venir a consulta. (31 años, Mesas de Enandio)

> Un doctor temporal de Macho de Agua fue el que me dijo 'bueno usted madre qué piensa a su edad y embarazada' en un tono así como no. (39 años, La Barranca)

En las entrevistas realizadas, todas las informantes mencionaron sentirse en una circunstancia más cómoda con una médica. Relacionaron indistintamente el hecho de ser mujer con el trato médico, por lo que permiten con mayor facilidad desde un sobrenombre hasta señalamientos hostiles por estar embarazadas. El primer testimonio, muestra la perspectiva de una mujer sobre los diminutivos como sobrenombres; el segundo, tercer y cuarto testimonio hacen referencia a la importancia del género del médico/a respecto al lenguaje; por último, una informante cuenta la experiencia de otra mujer con la que compartió el trabajo de parto en el HR-Tuxpan:

> En las consultas no me gustaría que usaran diminutivos, ningún tipo de comentarios que me hagan sentir incómoda. (16 años, El Olivo)

> Con mujeres prefiero las consultas porque yo siento que estoy hablando con alguna hermana o como ahora mi mamá, como que le tiene uno más confianza a una mujer que a un hombre […] Nomás me dicen señora, si me dijeran madrecita con cariño si se siente uno bien pero si lo regañan a uno ya no, pues no. (37 años, La Dieta)

> Si fuera por ejemplo un doctor hombre si me molestaría porque a lo mejor al decirte eso diría que tal que el doctor me quiere hacer otra cosa pero por ejemplo en doctores es mejor que te digan por tu nombre. (17 años, La Coyota)

> Si me dijeran hijita, madrecita, gordita algún médico me sentiría ofendida (risas), sería distinto si me lo dijera una mujer, me molestaría menos. (19 años, Boca de la Cañada)

> En uno de mis partos una muchacha en Tuxpan estaba grite y grite y el doctor le dijo que eso hubiera dicho cuando lo estaba haciendo, a mí sólo me dijeron aquí (CARO) que no gritara tanto. (21 años, San Mateo)

La aplicación de la medicina alópata en espacios rurales carece de efectividad en cuanto a comunicación se trata. El 84% del total de las informantes consideraron que

la terminología médica y la falta de claridad en los diagnósticos son una barrera en la comunicación entre el médico/a y paciente; tan sólo el 16% dijo aprehender por completo lo que el médico/a emite en las consultas. Para retomar, partiendo de la idea que el lenguaje es la representación del entendimiento, el término *paciente* posee una carga pasiva y profundamente jerárquica, desde este punto de vista se fomenta el estereotipo de médico-conocedor y paciente-ignorante. Por este aspecto las mujeres han visto afectada su relación, en concreto, reproduciré algunos aserciones que dan cuenta de lo antes dicho:

> Yo digo que sí deberían ser más claros […] lo que me explica pues sí le entiendo, lo que no me explica pues no entramos en tema porque pues no, como me ha dicho que todo está bien. (29 años, San Mateo)

> A veces no entiendo lo que me dicen en consulta y me es difícil preguntar, lo que entiendo y lo que no ya ni modo. (23 años, Donaciano Ojeda)

> A veces hay palabras que uno ni entiende, pero a veces aunque nos digan las cosas claras no entendemos como me paso a mí, si hubiera entendido ya no tuviera el otro embarazo. (39 años, Macho de Agua)

> El doctor […] no explica bien las cosas dice una cosa y dice otra cosa y la verdad no le entiendo […] nada más me toca la panza y me dice que está bien pero más no me dice está bien su bebé o no está doblado, nada de eso […] el doctor habla mucho y no le entiendo las cosas que dice, a unas sí y otras no […] unas cosas no pregunto porque si ya me dijo muchas veces para qué le pregunto porque me da vergüenza volverle a preguntar si ya me dijo dos veces y ya no le pregunto. (18 años, El Tigrito)

Cuando las informantes matizaron que el lenguaje es una barrera para conocer sobre su embarazo, se les preguntó por qué no preguntaban cuando tenían una duda o comentario:

> No pregunto, no estoy acostumbrada a preguntar, no me siento como si estuviera en casa. (17 años, Nicolás Romero)

> Cuando no pregunta uno es por miedo que le vayan a regañar […] uno se queda con dudas, es mejor preguntar. (21 años, San Mateo)

> En mis consultas me revisan y atienden bien pero si deberían ser más claros, explicarse mejor […] si pregunto hasta que terminan de hablar pero a veces se me olvidan las cosas. (19 años, Boca de la Cañada)

> Las doctoras me tratan bien pero el doctor que estuvo de temporal en Macho de Agua tenía la voz alta y altanera, nunca me veía, no preguntaba, decía ¿para qué pregunto si se van a molestar? Mejor así me quedo […] Si me regañan me hacen sentir mal, me siento incómoda. (40 años, Los Escobales)

El objetivo de la investigación estuvo motivado por la inquietud de conocer cómo se sienten en el momento de las consultas y en caso que algo les incomodara de qué forma les gustaría que les trataran. Reproduzco dos declaraciones:

> Pues yo como que así que si fuéramos más igual pues, porque le da más confianza a uno y ya uno aclara bien sus dudas y pues ya platicamos más bien con ellos pero ya cuando me empiezan a decir algo, así como que me están agrediendo pues ya ni les pregunto, ya ni les digo nada, mejor me quedo callada, pero si me gustaría que fueran así ahora sí que estar platicando como quien dice como amigos, un amigo al otro, no como doctor y paciente como que pues yo porque soy el doctor tengo que decir que debes de hacer y que no. (31 años, Mesas de Enandio)

> Deberían de ser más claros pero aparte de ser claros no deberían de ser a veces no sé tan altaneros, en pocas palabras, porque cuando tenía dos meses vine aquí a Zitácuaro fui con una ginecóloga y es así como que muy, si por ejemplo si uno tiene la ilusión de estoy embaraza y son como que muy, te dicen cosas como 'no se ve, está muy chiquito todavía', te dicen cosas que te desilusionan en pocas palabras, no sé yo digo que tampoco deben de ser así, cuando es por ejemplo ya una enfermedad que tienen que decirlo así como es pues mejor que lo digan pero en cosas así que de embarazo decirlo diferente, no deben ser tan fríos. (17 años, La Coyota)

3.5 Escenarios en la toma de decisiones

El maternazgo se construye como respuesta a los estímulos externos como son la clase social, la pertenencia a un grupo, las diferencias generacionales y la discriminación que conllevan todos estos aspectos. La atención del embarazo podría ser abordado desde varias aristas. En primer lugar, esta falta de acceso comienza desde la visión del mundo y los posibles escenarios en la maternidad se relacionan con "los vínculos que se establecen entre hombres y mujeres, y cómo estas relaciones son creadoras de riesgos durante la maternidad […] la violencia doméstica y las redes de apoyo son resultado de las ligas creadas por el matrimonio y las relaciones familiares.[344] Por tanto, habría que preguntarnos si únicamente son el ingreso, la infraestructura disponible o las políticas de salud la única explicación sobre el acceso de la mujeres a dichos servicios o si entonces tendríamos que incluir el factor de la *cultura de los cuidados* de las mujeres cuya concepción prioriza la salud del "otro" por encima de la suya.

Las mujeres son las encargadas de las tareas domésticas, la crianza y la subsistencia del grupo doméstico, por encima del propio, obvian el cuidado de su salud en aras del bienestar de la familia. A su vez, la trama que cruza todas las historias de vida de las mujeres es la *violencia de género,*[345] evidente o soterrada, interviene en el horizonte de las relaciones familiares, de pareja y en el maternazgo. Graciela Freyermuth ha señalado en diferentes ocasiones que la violencia es un dispositivo que constantemente aparece en los riesgos para la salud de las mujeres y en particular durante la maternidad.[346] Así, a lo largo de las entrevistas me encontré con un conglomerado de vivencias individuales, familiares, de pareja e interculturales que determinan *los límites y posibilidades de sobrevivencia de las mujeres que viven una situación crítica durante la maternidad*.[347]

Para analizar los escenarios que provocan situaciones críticas durante el embarazo, trabajo de parto, parto y posparto, la presente investigación se propuso

---

[344] *Cfr.* Freyermuth, *op. cit.,* 2003*,* p. 221.
[345] La violencia de género es concepto que permite analizar teóricamente la violencia dirigida contra las mujeres, incluye la violencia emocional, psicológica, física, patrimonial, económica, sexual, feminicida u obstétrica; ya sea en el ámbito familiar, laboral, institucional, comunitario o público. *Cfr. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*, Gobierno Federal, México, 1 de febrero 2007. (*et al.)*
[346] Freyermuth, *op. cit.,* 2003, p. 220.
[347] *Ibíd.,* p. 221.

hacer una recopilación de lo que las mujeres jñato reconocen, desde su sentir, además de los riesgos en la maternidad. En un plano general, el 66% de las mujeres entrevistadas sentía que la maternidad es riesgosa; mientras el 28% no creía que estar embarazada implicaba ningún riesgo; y el 6% no sabía si existía un riesgo. Una parte valiosa del estudio fue la información recopilada en la que se observó una gama de creencias desde vivir corporalmente los riesgos hasta ignorarlos por completo por la valoración personal que las entrevistadas le brindan a la maternidad, esta valoración la aprendieron culturalmente a través del grupo doméstico y la comunidad. Un dato relevante es que en sus sensaciones estaba de por medio lo que los profesionales de la salud les han dicho o no:

> Ningún médico me ha hablado de los riesgos de ser madre pero pienso que si es un riesgo porque por cualquier cosa puede llegar a abortar pero para mí no. (19 años, Donaciano Ojeda)

> No creo que ser madre sea riesgoso […] si me dijo que firmara una carta pero no me dijeron que hay algún riesgo. (20 años, Macho de Agua)

> Mi madre se atendió en casa y tuvo nueve hijos, pienso que la maternidad no implica un riesgo pero vine por todas las cosas que se han visto. (24 años, Macho de Agua)

> Pues yo creo que sí, para mí, bueno o depende cómo se sienta uno, porque yo la verdad ahorita sí, no me siento como a mis veintiocho años, el último parto, que me sentía yo bien físicamente, me sentía muy bien, yo me sentía bien, tranquila, hacía mis quehaceres, lavaba mis cobijas, ropa, muy bien, pero ya la verdad ahorita ya no, así como si que la edad si es cierto, como que tu cuerpo ya está más cansado ya no puedes hacer lo mismo como a tus veintitantos años. (39 años, La Barranca)

> Pues sí, pues cómo te diré, de que pues como la he vivido siento que si es muy riesgoso porque como a como yo he vivido mi maternidad (risas) para mí si ha sido muy riesgoso, pues de que como mis dos niñas se me juntaron y o sea en cuestión de que por atender a uno no atiendes al otro, ahora otra vez mi embarazo se volvió casi a juntar y como que sí es difícil. (22 años, Mesas de Enandio)

Conforme fue avanzando la investigación me percataba de las vivencias grupales de la comunidad, siempre teniendo en cuenta en la subjetividad en cada mujer, en las que sacaban a la luz una mayor conciencia sobre la precaria vida que se les brinda a los hijos cuando son muchos. Una de las informantes originaria de la cabecera me compartió la decisión que tomó con su marido sobre tener sólo una hija, en el momento de la entrevista cursaba su segunda gesta:

> Yo en mi caso si considero que es un riesgo porque a veces por la edad […] cuando tuve a mi niña yo como que decía que iba a tener a mis hijos así seguidos pero igual mi marido desde un principio me dijo no hay que tener seguido hijos porque no quería que su niña sufriera lo que él sufrió, yo ya quiero darle lo que yo pueda […] durante dos años y medio me cuide casi tres años con dispositivo y cuando él salió fuera pues me dejé de cuidar y ya desde ahí hasta que volvió a regresar pero ya ahorita ya no me cuide […] hasta ahorita me he sentido bien y tranquila, me siento segura de todo, porque siento que ellos (los médicos) es otro apoyo más para mí, más seguridad para mi bebé. (29 años, San Mateo)

La posibilidad de tomar una decisión consciente, libre y voluntaria en un estado reproductivo está determinada por diversos factores externos e internos. El trabajo de parto y parto son la mejor expresión para aprehender los elementos que pueden propiciar la autonomía para la toma de decisiones. Para el escrutinio en la toma de decisiones, me aventuré al cómo las mujeres se imaginaban su parto y qué posibilidades había para que se llevara a cabo. Un testimonio da cuenta de las nulas posibilidades para realizar un plan de acción y dos más evidencian los bloqueos impuestos desde fuera, uno por prejuicios y el otro por diagnóstico clínico:

> La verdad no sé porque a veces se presenta y ya ni cómo correrle porque como nosotros vivimos lejos de Zitácuaro, a veces que pues ya hay muchas mujeres que se les han aliviado en el camino por eso. (22 años, Mesas de Enandio)

> Prefiero parto vaginal, si a lo mejor iría con una partera para que me sobara pero no acudiría para que me atendiera el parto porque aunque por ejemplo ya tuviera experiencia no todos los partos son iguales y uno nunca sabe […] en un hospital siempre es mejor porque aunque te hagan cesárea

> ahí tienes todo a la mano digámoslo así y en la casa de una señora pienso que no. (17 años, La Coyota)

> Pues yo si quisiera que fuera vaginal pero ya me dijeron que va a ser cesárea porque como mis cesáreas, una es vertical y la otra es horizontal, y como ya son dos, la doctora me acaba de decir que como ya son dos que como está una acostada y la otra está parada que el útero se va inflando con el bebé, puede romperse y que al hacer fuerza pues igual. (22 años, Mesas de Enandio)

De las diez informantes que se les dio seguimiento hasta la resolución de su embarazo, seis tuvieron parto vaginal y cuatro tuvieron cesárea. De las cuatro cesáreas realizadas, sólo dos estaban justificadas, una por preeclampsia y otra por dos cesáreas previas; las otras dos cirugías fueron realizadas por un mal manejo médico. Ambas informantes primíparas de 19 años, originarias de Crescencio Morales y Donaciano Ojeda, fueron sujetas a una excesiva medicalización para la inducción del parto y expuestas a exorbitante estrés por impedirles buscar sus necesidades como caminar, cambiar de posición, ver a sus familiares y recibían demasiadas indicaciones por parte del personal de salud. Al final, las mujeres pidieron ser transportadas a Zitácuaro, trataron de ser ingresadas por sufrimiento fetal leve al Hospital General y al HR-Tuxpan pero este intento fue desprovisto y ambas tuvieron que trasladarse a unidades privadas.

El panorama de las parturientas, sobre todo las primerizas, no siempre es amistoso ya que terminan por resolver su estado con una intervención quirúrgica mucho más costosa y peligrosa para la madre. De acuerdo con investigaciones serias "indicar o no una operación cesárea es una responsabilidad importante en la práctica diaria del obstetra, que implica interrogantes que justifiquen su indicación; sin embargo, en las últimas décadas esta situación parece haberse resuelto y hoy en día la frecuencia de la cesárea es cada vez mayor, con indicaciones que parecieran no justificables […] Por estas razones es la cirugía que con mayor frecuencia se realiza en todos los hospitales de segundo nivel de atención médica en el sector salud y aún más en hospitales privados".[348]

[348] La *Norma Oficial Mexicana para la atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido,* emitida en 1995, propone 20% de cesáreas en hospitales de tercer nivel y 15% en los de segundo nivel. En el período 2000-2008 la OMS reportó cifras de 36 a 42% en México cuando la cifra más alta aceptable debería ser el 15% de cesáreas del total de embarazos. *Cfr.* Muñoz, José Manuel (*et al.)*,

Una informante residente de la tenencia de Crescencio Morales me expresó que en el embarazo que cursaba ella tenía muchos miedos por la cesárea a la que había sido sometida, dijo que de ser posible querría tener un parto natural pero que los médicos no le habían dado ninguna pauta:

> Mi primer bebé nació hace diez años en un hospital privado, fue cesárea porque venía atravesado y no tenía dolor, me estuve cuidando pero un año antes dejé de usar las inyecciones, yo ya no quería otro porque me entró miedo con la cesárea. (32 años, El Rincón)

Una de las usuarias residente de San Bartolo inició su vida reproductiva a los 20 años y en ocho años ya había atravesado por tres cesáreas. Su primer cirugía fue en el HR-Tuxpan por posición transversa del producto; en su segunda gesta tuvo un embarazo múltiple, situación que complico la posibilidad de vivir un parto vaginal; y en su último embarazado nuevamente fue intervenida. Esta mujer había sido dada de alta pero la volvieron a ingresar por una anemia severa que no había logrado superar, por esta razón le hicieron una hemotransfusión. En el momento de la entrevista estaba en el HR-Tuxpan por segunda ocasión. Este caso problematiza la autonomía en la toma de decisiones pues su testimonio muestra claramente cómo las mujeres deciden hacer ciertos procedimientos no porque tengan conciencia de lo que ocurre en sus cuerpos sino porque el médico/a lo dice:

> Nací en el Estado de México pero ahora vivo en San Bartolo […] tengo cuatro, dos niñas y unos gemelos, todas han sido cesárea, la primera en Tuxpan, la segunda en Morelia en el Hospital de la Mujer y esta última pues aquí (Tuxpan), ayer me dieron de alta y me mandaron a decir con la doctora que viniera, que era urgente que me regresara porque me iban a poner sangre, la verdad yo ya no quería venir porque ya estaba en mi casa pero mi suegra dijo si debes ir porque sino regañan a la doctora (UMR San Bartolo) […] les he preguntado qué tengo pero me dicen ya merito vamos a saber, estoy preocupada porque mi bebé está allá afuera. (28 años, San Bartolo)

Otra situación se observa a través de una informante originaria de Tuxpan. Ella deseaba tener un parto natural pero al desencadenar –en el trabajo de parto–

"Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada?", Revista *Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 79, núm. 2, México, 2011, pp. 68-69.

preeclampsia leve la intervinieron de inmediato. Antes del parto empezó, con malestares por lo que fue a su unidad de adscripción “La Coyota” donde la refirieron a un segundo nivel de atención:

> Me mandaron de la clínica porque tenía cólicos y no me quisieron revisar, me dijeron que mejor me viniera para aquí (Tuxpan) […] no tuve trabajo de parto porque fue cesárea, si pregunte porque no podía tener parto normal pero no me dijeron cómo iba a ser […] a mis familiares creo que no los han informado de nada, yo he sido la que les ha estado diciendo. (17 años, La Coyota)

La única situación que disgustó a la informante fue la suspensión de la lactancia materna: “Me dijeron que no le diera pecho porque estaba tomando medicamento y ahora ya me dijeron que le diera y ya no quiere”.

Las seis mujeres que pudieron vivenciar trabajo de parto comentaron que el primer contacto con el personal de salud fue hostil y ellos sólo les daban indicaciones que les impidieron expresar su dolor, caminar, gritar:

> Cuando ingresé sólo me dijeron que me tranquilizara porque le podía hacer daño a mi bebé porque le robaba oxigeno, al principio me dijeron que podía caminar y podía ir al baño, cuando había mayor dilatación ya no me dejaban levantarme al baño. (19 años, San Bartolo)

> Me decían que no gritara porque le hacía daño a mi niña y que si se salía era por mí […] en cuanto llegué me hicieron sentir mal, tampoco me dieron información sobre lo que me iban a hacer, lo que sí es que me hicieron hartos tactos […] yo siento que lo hizo todo el doctor, en el parto tuve que estar acostada y no me gustaba pero la doctora decía que tenía que estar así […] me regañó por los gritos que daba y porque cuando me estaba limpiando adentro la placenta yo grité, y apenas que moje la cama me dijo que ya no era yo una niña […] mi bebé lo sacaron y lo pusieron en un mueblecito que tienen ahí, ya cuando me brincaron a la otra camilla me lo dieron. (20 años, Nicolás Romero)

> Inicié trabajo de parto a medio día, vine yo y mi hermana al CARO pero como las dos somos menores mandaron a llamar a algún familiar, cuando empezaron los dolores más fuertes me dijeron que no gritara que al contrario tenía que echarle ganas, caminé un ratito y después ya me acosté,

> a las seis de la tarde nació mi hija, después de veinte minutos me dejaron verla. (16 años, Macho de Agua)

Las mujeres que compartieron sus experiencias mencionaron que no recibieron información detallada y esto fue un factor que las hizo sentir con miedos. Los procedimientos a los que fueron sometidas fueron: inducción medicalizada del parto, reiterados tactos vaginales por diferentes personas, compresión del abdomen en el momento de los pujos, episiotomía y raspaje de útero. Debo hacer el señalamiento que en el CARO-Crescencio Morales sólo se llevaron a cabo la inducción, compresión, episiotomía y limpieza de la cavidad uterina. Todos estos procedimientos fueron efectuados sin el amplio conocimiento de las parturientas, aquellas multíparas me expusieron que ya sabían que iban a hacerlos por sus experiencias anteriores pero no porque los médico/as les informaran.

Al preguntarles si ellas se sintieron protagonistas en su trabajo de parto y parto, así como si sintieron que tomaron decisiones conjuntas con el médico/a ellas dijeron:

> No, sentí que todo fue muy rápido y el médico lo hizo todo. (22 años, Francisco Serrato)

> No me sentí protagonista pues yo digo que entre los dos porque ellos daban apoyo y también ponía de mi parte. (16 años, Macho de Agua)

> Si me sentí protagonista porque yo sentí que hice lo que debía hacer, primero cuando estaba en el parto sentía un poquito de miedo y ya después se me quitó. (19 años, San Bartolo)

> Me dijo la doctora que me había portado bien, yo sentí que sí le eche ganas, nada más sentí un poco de miedo por dos o tres puntadas que me hizo por el desgarre porque no me cortaron. (27 años, El Tigre)

> Me hubiera gustado estar acompañada pero si no se puede […] yo creo yo creo que si fui la protagonista en mi parto (risas), también los que estuvieron ahí. (28 años, San Bartolo)

Uno de los fenómenos de mayor visibilidad, en cualquier hospital, es el sinnúmero de familiares que carecen de información y están en expectativa de algún

informe de su familiar. En el HR-Tuxpan, me entrevisté con dos familiar de las puérperas que se encontraban fastidiados de la espera y de no haber sido informados. El primer familiar indignado comentó “No me dijeron nada, me avisaron que nació hasta que pidieron la ropita hasta las nueve y media de la noche y ella había nacido poquito después de las siete”. Otro familiar usuario del Albergue Comunitario dijo “Me quedé en el albergue, nació a las doce treinta y me dijeron porque les pregunté porque no me decían nada”.

Otra particularidad que mencionaron, más de la mitad de las puérperas, fue que les impidieron el apego inmediato con su recién nacido/a, sólo dos informantes dijeron que no les impidieron estar cerca de su bebé. Una informante de 17 años en el HR-Tuxpan dijo que ellas de daban cuenta que las enfermeras tienen la posibilidad de facilitar el apego o no. Al platicar con otras usuarias me dijeron que la decisión no era suya sino de las enfermeras o médico/as que deciden si dárselos o no, dicen que en el mejor de los casos sólo se los enseñan para que conozcan a sus bebés.

Como he consignado las situaciones críticas en la maternidad carecen de tiempo para resolverlas. Una mujer multigesta supo que debía actuar de inmediato pues sentía que su bebé ya iba a nacer y como sucedió entre semana el CARO[349] sólo estaría abierto hasta las cuatro de la tarde, por ello fue traslada por sus familiares:

> Me dijo (la doctora) que todavía me faltaba […] y me siguieron más fuertes los dolores cuando yo salí de ahí porque traía dolor de cintura, nada más fui a mi casa a recoger la ropa para el bebé y me vine (Tuxpan), venía llegando como a las siete de la tarde y enseguida llegando llegando me recibieron aquí, ya traía ocho de dilatación y a los quince minutos que nace la niña […] Llegando llegando me hicieron el tacto y me dijo que ya me iba a quedar que me quitara la ropa y me dieron la bata para que me pusieran el suero, pero lo hicieron todo aprisa porque no aguantaba más […] nada más me quejaba y me decían que me aguantara que no pujara pero ya cuando viene el bebé no lo puedes evitar […] ya ni les dio tiempo de decirme nada porque nació en la camilla la niña porque ya no llegué a la sala de parto […] la pasaron a valoración, como una hora después que nació la vi hasta que me pasaron a cama. (27 años, El Tigre)

[349] El Centro de Atención Rural Obstétrica ofrece una atención de lunes a viernes de 08:00 a 16:00 horas; sólo sábados y domingos está abierto 24 horas.

En su mayoría, su maternizaje lo viven al límite, las mujeres no suelen tener cuidados específicos al ser encargadas de los labores de la casa: siguen lavando, barriendo, moliendo semilla y cocinando. Las informantes reiteradamente dijeron sentirse con mucha carga de trabajo y que no tienen tiempo de cuidarse. Una de ellas había experimentado cuatro gestas y comentó sobre el apoyo familiar:

> Pues yo hago todo normal cuando estoy embarazada, ¿pues ahorita quién me ayuda? Yo solita, mi marido si me ayuda pero no es lo mismo, ahorita lavo poquito, mi hijo el grande si me ayuda pero los chiquitos no, en lugar de ayudarme, me cargan. Una de mis cuñadas también, ya ve que tengo harta ropa y ya me dice dame ropa y ya, sí me ayuda. Mi mamá pues también a veces me ayuda, pero pues no, ella está enferma y no le quiero cargar mucho la mano, sufre mucho de un brazo por el sobrepeso. (37 años, La Dieta)

Las decisiones que toman las mujeres merecen ser respetadas éticamente y los médico/as no deben señalar ningún tipo de comportamiento. En el estudio trabajé con mujeres que habían asistido sus partos en el hogar y hablaron de sentirse avergonzadas de contarles al personal de salud por temor a ser descalificadas. Copio declaración de informante originaria que atendió todos sus partos sola en casa por decisión propia:

> Son ocho (gestas), mi primer hijo nació en casa con una partera de Boca de la Cañada, el segundo hijo fue en casa yo sola, el tercer parto fue en casa también yo misma, el cuarto fue el que se me murió, el de nueve también fue en casa, todos fueron en casa, yo sola [..] este sí, ya la de nueve esa sí fue ya cuando nació a los días que ya me paré que fui a orinar y yo sentía que se me colgaba algo por abajo y ya entonces pues ya le dije a mi esposo, le digo pues no sé qué ese yo siento que se me cuelga por abajo y entonces mandé a mi niño el más grande y ya fue a traer la señora (la partera) y me dijo que según era un pedazo de la placenta y pues ya ella me la sacó. (39 años, Boca de la Cañada)

Los riesgos en el embarazo, sin duda, podrían ser disminuidos enrolando a las mujeres en su propio maternazgo, si ellas perciben que están tomando decisiones con mayor facilidad estarían interesadas en saber qué está pasando en su cuerpo y

procesos reproductivos. Si por el contrario las avergonzamos de sus decisiones evitaran hablar de sus antecedentes reproductivos e involucrarse con su embarazo.

La parte clínica de la investigación fue a partir de la realización de un perfil biosocial sobre los factores de riesgo en su embarazo con el objetivo de ubicar embarazos de alto riesgo atendidos en primer nivel de atención, que no era una cuestión menor pues existe una contundente exclusión y centralización del conocimiento médico, con ello quiero referirme que los hospitales de segundo o tercer nivel de atención se encuentran en las ciudades pero nunca en zonas marginadas. Mis informantes narraron tener que pasar largos trayectos para llegar únicamente a un segundo nivel de atención, que en este caso es el HR-Tuxpan. Un testimonio indica que en momentos críticos de su embarazo han tenido que pagar un hospital o clínica privada para salir de la emergencia, por ejemplo la informante al preguntarle dónde planeaba su parto me dijo:

> Aquí (CARO) no creo atenderme porque está muy lejísimos, a dos horas, me queda más cerca Tuxpan y en el Hospital Regional de Zitácuaro pero ahí no atienden ahorita creo que porque no hay medicamentos, no hay anestesiólogo, no hay quien sabe que tanto y no reciben, por eso me he ido a particulares, no por gusto sino porque no hay donde, porque cuando me toco en Tuxpan se acababa de aliviar una muchacha y dijo que en Tuxpan no la habían querido recibir porque no había camas y dijo mi hermano pues a qué te llevo si no hay camas, mejor vámonos con particular pero si queda uno bien gastadísimo. (38 años, Mesas de Enandio)

Otro alegato sugiere los escenarios riesgosos que pueden llevar al deceso a una mujer, estas situaciones entrañan causas culturales, pero no se podría excluir la burocracia médica que impide la mejora de la atención:

> Mi segundo embarazo fueron gemelos, ese fue en particular en Zitácuaro en el 'Hospital Memorial' porque me estuve atendiendo y todo en Tuxpan, luego me dijeron que iba a ser cesárea porque uno venía sentado y el otro de cabecita pues, pero me pedían sangre y yo la verdad lleve varios donadores y ninguno pasaba para que me dieran a mí la sangre y me dijeron que había que hacer un intercambio que yo llevara a Morelia un donante para que me dieran a mí mi tipo de sangre, o sea no tenían el tipo de sangre que yo necesitaba, el mío es B positivo. Primero me dieron una cita que ya me iba a aliviar, fui y ya luego me dijeron no sabe qué los niños

están muy chiquitos todavía no, según ya me habían programado la cesárea y no a la mera hora que no y que por la sangre que no estaba ya después se fue mi esposo a Morelia con el otro donador y en ese día yo me sentí mal, él andaba en Morelia y yo me sentía mal, y ya me llevo mi mamá y me dijo no señora sabe qué que pues no porque aquí no las podemos operar porque una, no está la sangre, otra, que no había anestesiólogo y que los niños necesitan incubadora y no hay, y entonces me dijeron necesita irse a Morelia le damos el pase pero yo sentía que ya no llegaba, y ya uno de mis tíos me dice no hija mejor vámonos allá (Hospital Memorial), porque ya había ido a una cita y ya me dijeron pues si quiere aquí, aquí se puede aliviar pero pues yo decía no pues voy gastar mucho, pero ya en ese momento me dijo uno de mis tíos, el que me llevaba, no hija dice no te preocupes dice vale más tu vida que tal si nos vamos y su camioneta estaba viejita, dice yo siento que no alcanzo a llegar, entonces nos regresamos y ya por eso fue allí y ya pues cuando llego mi esposo de Morelia yo ya estaba internada acá, él también se enojo porque me dice es que es mucho dinero, pues sí pero ellos dijeron que aquí, pues dice bueno pues ya ni modo vamos a ver cómo le hacemos y pues si conseguimos y todo pero pues ya gracias a dios sí, y como tenía la preeclampsia y eso también pues me decían es peligroso, o sea porque me dijeron que no debía de haber llegado el parto a término, o sea porque cuando yo fui que ya me iba a aliviar entonces si ya me habían dado los dolores, si me hubieran operado cuando me citaron en Tuxpan ni pasa eso, me operan y ya, fue lo que me dijo el médico del Memorial, y le digo que me dieron cama y todo, me internaron ya para el otro día operarme y fue una doctora y me dice sabe qué usted se va porque sus niños están muy chiquitos y no la podemos operar todavía […] por eso le digo en este embarazo como que si me quiero ir a Tuxpan y no, pero ahorita sí porque me quiero operar ya definitivamente. (37 años, La Dieta)

El Observatorio de Muerte Materna (OMM) ha descrito estas situaciones y ha dicho que a pesar de que "en 2009, las instituciones del sector salud suscribieron un convenio de colaboración para la atención de la emergencia obstétrica, el cual empezó a operar dos años después […] a la fecha, el personal médico y directivo de los nosocomios desconoce los alcances del acuerdo o simplemente no los aplica".[350]

[350] Cruz Martínez, Ángeles, "El tema de la mortalidad materna debe ser prioridad del sector salud: OMM", Periódico *La Jornada*, Sociedad y Justicia, viernes 7 de diciembre de 2012.

Hay muchos factores que juegan un papel de suma importancia en las trayectorias de vida sexual y reproductiva de las mujeres nativas, como son las relaciones familiares y de pareja, la violencia de género, las representaciones y prácticas de salud asociadas a la maternidad, los riesgos reproductivos, la disputa entre la medicina tradicional y la medicina alópata, la subjetividad implícita en cada mujer y la condiciones de discriminación e interculturalidad. Todos estos aspectos deben ser revisados y releídos a la luz de las propias experiencias de las mujeres.

Capítulo 4

Escenarios de discriminación de las mujeres que deciden afrontar un proceso reproductivo

Silencio y soledad.
Tan sencillo como eso y
tan complejo como parir.

Michel Odent

4.1 ¿Existe violencia obstétrica en la intervención del cuerpo de las mujeres embarazadas?

La violencia en contra de las mujeres se desarrolla en todos los niveles de la vida en sociedad, por lo tanto, los horizontes de la medicina no están exentos. La violencia obstétrica es una problemática legitimada desde la sociedad que produce el silencio de miles de mujeres. Este tipo de violencia crea continuamente espacios simbólicos donde se materializa la violencia. Por esta razón, al convertirse en una posibilidad real en la maternidad de las mujeres se prolonga como un problema de salud pública. Bajo esta lente, esbozaré la institucionalización de la violencia obstétrica con todas sus implicaciones que traspasan las clínicas u hospitales.

La violencia contra el género femenino ha crecido notablemente en la vida moderna, lo que ha llevado al reconocimiento institucional y social como un problema de salud pública, esto se evidencia por los dramáticos incrementos de la tasa de mortalidad, morbilidad y discapacidad femenina.[351] Según la Primera Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, realizada por la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en México una de cada cinco mujeres sufre violencia de pareja a escala nacional y una de cada tres ha sufrido violencia de pareja a escala nacional; sin embargo en la población rural suele manifestarse de manera más cruda, más concretamente las mujeres indígenas sufren mayor violencia física, aislamiento, ignorancia, todo ello sumado a la desidia por parte de las autoridades. En este contexto, no existen datos cuantitativos que puedan reportarnos la incidencia de la violencia en sus vidas y en particular en su

[351] Terrazas Mata, Beatriz, "Ganar el paraíso: mujeres indígenas contra la violencia y la muerte materna", *op. cit.,* p. 118.

salud. Lo cierto es que los problemas de pobreza, muerte materna, enfermedad se presentan tres veces más frecuentemente en población indígena que en la urbana.[352]

Para comprender las repercusiones que tiene la violencia en la vida de las mujeres se debe dirigir la discusión al terreno de los derechos. Marisa Germain comenta que la violación de un derecho –o conjunto de derechos– tiene siempre una dimensión experiencial: como sufrimiento, como violencia y como indefensión. En lo cotidiano, un derecho se nos presenta como un privilegio, lo que invisibiliza los derechos en el terreno de las conquistas sociales. Los sujetos en sociedad perciben sus derechos existencialmente como una falta, una ausencia, una desprotección. Pensamos los derechos como el intento de erigir una defensa, en una situación de debilidad, en una relación de fuerzas desigualmente distribuidas.[353]

Sí socialmente se carecen de soportes institucionales para ejercer los derechos, por consiguiente, se crean las condiciones para la violación de los mismos. En particular, la violencia obstétrica podemos ubicarla como una violación de derechos por sesgo de género. Daré sustento a esta afirmación: Primero, simbólicamente se percibe el cuerpo de las mujeres maternizado. Segundo, se fomenta la culpa y el sufrimiento en la vivencia de la maternidad: "multiplicaré tus sufrimientos en los embarazos. Con dolor darás a luz a tus hijos, necesitarás de tu marido y él te dominará".[354] Tercero, cuando una mujer se enfrenta a un proceso reproductivo totalmente desprovisto de soportes institucionales se crean las condiciones para un multirechazo hospitalario generalizado. Cuarto, dicho rechazo hospitalario se incrementa en emergencias obstétricas. Quinto, en la resolución del embarazo se someten a las parturientas a un procedimiento maquinizado que arrebata la humanización en el parto. Sexto, la violencia obstétrica sintomáticamente representa un problema de acceso de atención obstétrica hospitalaria oportuna y produce la inexistente garantía en la seguridad social de las mujeres.

Es importante recalcar la responsabilidad de las instituciones de salud en la medida que evoluciona una complicación obstétrica por negligencia, lo que representa un obstáculo en el acceso al mismo en el control prenatal, resolución del

[352] *Ibíd.*
[353] Germain, Marisa, "Medicalización en institucionalización de los derechos", Conferencia impartida en el Seminario Nacional: Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en los Efectores Públicos de Salud.Trato Humanizado, 15-16 de septiembre del 2005, *s.p.i.*, 7 p.
[354] Génesis 3:16.

embarazo, sistema de referencia y contrareferencia.[355]

Si partimos de la premisa de que la violencia obstétrica es un tipo de violencia generada por parte del personal de salud, del sistema público o privado, que se concreta en *actos de no cuidado* y se manifiesta en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.[356] Su caracterización es una forma de asistencia obstétrica que da por sentado que el embarazo es una enfermedad, que al ser estimado como tal, sólo puede ser resuelto por el equipo de salud. De esta manera, la violencia obstétrica encuentra su base en la relación de poder entre el cuerpo médico y las mujeres, violencia legitimada en el saber médico y silenciada aún más desde el seno familiar.

Las mujeres una vez recibidas en la clínicas u hospitales esperan largas horas, sin derecho a la compañía de sus parejas o familiares más cercanos y cercanas, incluso las primigestas. Una vez que ingresaron, "sin información amplia y suficiente, ni consentimiento previo, se les toma inmediatamente una vía (vena) y se les administra oxitocina, un suero endovenoso que acelera las contracciones uterinas e, inclusive, llegado el nivel de máxima dilatación del cuello uterino, se les llega a realizar una incisión o corte en los genitales externos para facilitar la expulsión de la cabeza fetal del o de la bebé".[357]

Ya en el parto, son las pacientes y el objeto de trabajo. "Además de la posición impuesta en nuestras maternidades y centros públicos y privados de salud, se impone la premura en el parto. Es común que muchas veces las parturientas sean devueltas a sus casas, sin importar distancias ni condiciones sociales, luego de un largo ruleteo, hasta 'que estén listas'".[358] Ya una vez adentro, ellas no tienen voz ni decisión sobre su propio proceso reproductivo, son sometidas como "niñas" incapaces de comprender sus procesos: son acostadas todo el tiempo, no caminan, no comen, les rompen las membranas, utilizan oxitócicos para apresurar el parto, se realiza intervención de cesáreas sin respeto a las indicaciones médicas precisas, se aplica anestesia epidural para aliviar dolores –a veces excesivamente– hacen reiterados y públicos tactos vaginales por distintas personas; las obligan a parir

[355] Hasta antes del Convenio de Portabilidad Integral.
[356] Definición retomada por la autora, *supra.*
[357] Villegas, *op. cit.,* p. 137.
[358] *Ibíd.* p. 140

acostadas; les aplican episiotomía,[359] enema,[360] rasurados genitales, les comprimen el abdomen en el momento de los pujos, hacen raspaje del útero sin anestesia, hacen el uso contraproducente de los fórceps y realizan la esterilización forzada.[361] Todos estos procesos se dan diariamente en las clínicas u hospitales sin el consentimiento voluntario, consciente e informado de las mujeres y de los familiares siempre en espera. De esta conducta médica intervencionista se genera la deshumanización del parto convirtiendo este proceso en el trágico episodio que vive la mujer.

He ubicado formas concretas de violencia obstétrica pero existe otro tipo de violencia cifrada, aquella que se presenta de forma cotidiana y se expresa en las voces del personal de salud, muchas veces de boca del personal femenino, frases con un profundo contenido imperativo que violentan la dignidad e integridad de la mujer. Por el contrario, en el sector privado, el personal de salud asume un discurso "expresado en otras conductas diferentes, como el uso y la indicación excesiva, la aplicación de cesáreas poco justificadas, el adelanto de la fecha de parto por 'recomendaciones médicas' o la solicitud de las parturientas y sus parejas o familiares. Esto pone en tela de juicio la flexibilidad de una ética laxa para lo privado y rígida para el sector público, donde para realizar una cesárea, se llega hasta el último momento".[362]

En particular, la violencia obstétrica es un fenómeno desatendido por la sociedad contemporánea sin importar que al experimentar un tipo de violencia en una institución de salud, las mujeres no dan seguimiento a su tratamiento, lo que se traduce en pérdidas económicas y en un problema de empoderamiento de la mujer en materia de seguridad social.

[359] Incisión lateral del orificio vulvar en el acto del parto.
[360] Lavado anal.
[361] *Cfr. Test de violencia obstétrica*, Marco Legal: Ley Nacional No. 26485 y 25929, Colectivo Maternidad Libertaria y Asociación Civil Dando a Luz, Argentina, Buenos Aires.
[362] Villegas*, op. cit.,* p. 138.

4.2 ¡Cuerpos respetados, parto humanizado!

He llegado a la recta final de este viaje de historias íntimas, sublimes, pintorescas y femeninas. En este último apartado abordaré la esfera que seguramente ha sido la directriz de ya hoy tres años de promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El parto humanizado es el camino que he decidido recorrer con sus relieves, texturas, olores, fluidos y sensaciones que nos remontan a una realidad más sensible, mucha más humana. Los seres humanos merecemos vivir con dignidad y las mujeres queremos respeto sobre nuestros cuerpos, procesos y decisiones.

Dentro de los movimientos feministas por la autodeterminación de las mujeres se ha hablado de, entre otras cosas, de la educación no sexista, de equidad entre géneros y de la sexualidad no procreativa pero, en menor medida, ha discutido sobre la violencia ejercida por el hecho de ser <<madres>>. El embarazo se visibilizó como un momento de crisis en la vida de las mujeres por lo que debía ser evitado a toda costa:

> El movimiento de mujeres y el movimiento feminista casi nunca han tocado el tema del embarazo, el parto y la maternidad, como si sólo tuviésemos derechos siempre y cuando no estemos esperando un bebé. Durante el embarazo pertenecemos a la industria de la medicina, el médico es quien conoce todo. Quedarnos pasivas e ignorantes ante "el que sabe y manda" sobre nosotras mismas. El silencio del movimiento de mujeres y del movimiento feminista transmite una sumisión hacia esa forma de violencia que sufrimos tantas mujeres en el embarazo, parto o la maternidad.[363]

Muchas mujeres, después de haber sido víctimas de algún maltrato en la vivencia de la maternidad, se sienten profundamente heridas, angustiadas, ansiosas, culpables, sienten pesadez por la herida que las acompaña toda la vida y, según especialistas, “las marca de una manera permanente y pueden sentirse mal consigo mismas, con su autoconfianza destruida o lesionada. Para casi todas las mujeres los recuerdos de parir son muy vívidos y las historias que cuentan son tristes y

[363] Tyndall, Marie, “Humanizar el parto y el nacimiento; humanizar la vida”, *Midwifery Today. The heart and science of birth*, traducción del inglés al español por Midwifery Today.

dolorosas […] El parto no es seguro cuando los deseos de la madre toman un segundo lugar frente a las rutinas de quienes asisten el parto."[364]

A sabiendas que la medicina moderna atiende y evalúa los ciclos cronológicos de las mujeres de manera mecanicista e inhumana, de las críticas del modelo tecnocrático de atención emana el movimiento por la humanización del parto y el nacimiento. El *parto humanizado*[365] se define como aquel en donde:

> […] el control del proceso lo tenga la mujer, no el equipo de salud; requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa, calidad y calidez de atención, estimular la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo-emocional). En suma, la mujer debe ser el foco en la atención maternal; los servicios ofrecidos deben ser sensibles a sus necesidades y expectativas.[366]

El paradigma de humanización deja de lado el modelo biomédico/tecnológico[367] para integrar un nuevo modelo biopsicosocial donde la mujer sea la protagonista y el trato que se le brinde la dignifique como ser humano, la atención que recibe es en calidad de acompañamiento para resolver sus necesidades biológicas emocionales, familiares y culturales.[368] El parto humanizado parte de la premisa de que cada mujer es diversa y por tanto cada trabajo de parto debe ser un proceso respetado donde ella tome las decisiones sobre su estado reproductivo.

En el marco de los partos respetados se han abierto nuevos espacios para la vuelta de las parteras a esta antigua profesión. Los partos en casa se han centrado en los de bajo riesgo, siendo la principal ventaja que al atender los partos en los domicilios se evitarían procedimientos innecesarios, por lo tanto, los partos de alto riesgo estarían oportunamente atendidos en las clínicas y hospitales.

---

[364] *Ibíd.*

[365] En la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, celebrada en noviembre del año 2000 en Fortaleza, Brasil se definió el parto humanizado. *Cfr.* Muñoz, Hugo (*et al.), Nacer en el Siglo XXI, de vuelta a lo Humano,* Ministerio de Salud, Universidad de Chile, Santiago de Chile, 2001.

[366] *Ap.* Magnone Alemán, Natalia, *Los derechos sexuales y reproductivos en el parto, op. cit.,* p. 15.

[367] Considera el parto como un proceso de riesgo, que requiere intervenciones médico quirúrgicas y en el que los protagonistas son los profesionales, con una conducta paternalista hacia la mujer, que la infantiliza, para convertirse en un sujeto pasivo que no participa activamente en la toma de decisiones sobre su cuerpo, debiendo "colaborar" en todo momento con lo que decide el equipo profesional de forma unilateral. *Cfr.* Al Adib Mendiri, Miriam, "Sobre el parto humanizado: un cambio de paradigma", Blog *Mujer al día en Ginecología,* marzo de 2013.

[368] *Ibíd.*

> Hay que tener en cuenta que en partos de bajo riesgo la posibilidad de que se dé una situación obstétrica de urgencia sin que previamente haya manifestado síntoma alguno y (la posibilidad) que requiera una intervención en un tiempo inferior a una hora es extremadamente baja.
>
> No hay diferencias significativas en mortalidad del bebé o la madre entre el parto hospitalario y el parto planificado en casa. Aunque el tiempo de respuesta ante una eventualidad en un parto domiciliario es mayor que el que se daría en un centro hospitalario, la probabilidad de que esta eventualidad ocurra es menor. En consecuencia, cuando se valora un número suficiente de casos y se cuenta con asistencia de un profesional sanitario atendiendo al parto los resultados finales para la salud de la madre y el bebé son mejores en los partos planificados en casa con relación los partos planificados en una unidad obstétrica.[369]

El parto con dignidad es aquel que respeta la fisiología del parto; que no omite las necesidades de cada mujer; que provee un clima de intimidad, confianza y tranquilidad; que permite el acompañamiento si se desea; aquel donde se brinda la información adecuada y se explican las posibles rutas de acción; que alienta a la libre autodeterminación de las mujeres en la toma de decisiones; que respeta el apego inmediato entre madre-hijo/a; y donde no se realicen técnicas invasivas –sin previa justificación– que atenten contra la integridad de toda mujer. El parto humanizado no supone la vuelta a los tiempos de antaño, ni quiere decir renunciar a la tecnología médica, tampoco implica parir en el agua, ni mucho menos es evitar a toda costa una cesárea llegando a poner en peligro la vida de la madre y su hija/o.[370] Estamos conscientes que la operación cesárea permite salvar vidas aunque el señalamiento es que ésta aporta más inconvenientes cuando no están indicadas.[371]

Michel Odent concluye que una de las mayores preocupaciones en el mundo deberían ser las condiciones de nacimiento de las próximas generaciones ya que la manera en que nacen los bebés es susceptible de modificarse para construir relaciones más equitativas, con otros seres humanos y con la naturaleza.[372] Por último, hago un alegato por los feminismos que deconstruyan el estudio del maternazgo.

---

[369] "Parto en casa y cesáreas", *El Blog del Parto en casa,* Atención a familias y formación de profesionales en nacimiento, crianza y ciclo vital, EDUCER, España.
[370] *Cfr.* Al Adib Mendiri, Miriam, "Sobre el parto humanizado (segunda parte)", Blog *Mujer al día en Ginecología*, abril de 2013.
[371] *Ibíd.*
[372] *Cfr.* Magnone Alemán, Natalia, *Los derechos sexuales y reproductivos en el parto, op. cit.,* p. 12.

Aproximaciones: a modo de conclusión

Me parecería irrelevante llegar a conclusiones rotundas, sino a aproximaciones susceptibles a la crítica siempre en función de un mejor entendimiento de los tipos de violencia que experimentan las mujeres que atraviesan un proceso reproductivo. Las siguientes reflexiones han sido forjadas a partir de tres años de seguimiento a distintos casos de violencia obstétrica, en la Ciudad de México y en el estado de Michoacán, lo que aquí vierto son una serie de planteamientos que bien podrían ser de utilidad para entender el actual panorama de la salud reproductiva de las mujeres en México.

Para la comprensión integral de esta investigación, se deben vislumbrar los dos niveles de interpretación que se utilizaron para decodificar los datos etnográficos. El primer nivel se localizó en el análisis particular del estudio de caso emprendido en dos espacios hospitalarios de la región oriente de Michoacán (CARO-Crescencio Morales/HR-Tuxpan); en un segundo nivel están las aproximaciones generales sobre el actual horizonte de la salud reproductiva de las mujeres en México, en especial las de origen étnico. Estos dos niveles teóricos fueron determinantes en el presente trabajo terminal para analizar los posibles escenarios de discriminación que se experimentan por el hecho de ser mujer, de ser madre, de ser indígena. A su vez, con el fin de no particularizar los procesos generales o, por el contrario, esquematizar los procesos generales coexistentes, mantuve un enfoque dialéctico que me permitió encontrar las raíces estructurales de las problemáticas que indiscriminadamente afectan a las mujeres que atraviesan un estado reproductivo.

En el escrutinio, para el desarrollo del tema de violencia obstétrica, se hizo evidente una gama de situaciones que van desde la violencia psicológica –hostil o soterrada– hasta la muerte materna, esta última como el desenlace más trágico en las vivencias de la maternidad. En este punto, haré un paréntesis para advertir que la línea argumentativa que planteé fue a partir de la premisa que los factores que componen la mortalidad materna son de diversa índole: fisiológico, sociocultural, institucional y de Estado. Si bien es cierto que muchos de los elementos que influyen en la mortalidad materna no son inherentes a las instituciones de salud, también es

correcto que la violencia que denominamos como obstétrica, se explica como un principio estructural del capitalismo por la deshumanización en el ejercicio de la medicina.

En esta lógica, la primera aproximación que se sugiere es que reduciendo los parámetros de violencia obstétrica se hacen presentes mejoras en las condiciones de salud y, por consiguiente, se traduce en la reducción de los riesgos en el embarazo, parto, trabajo de parto y puerperio ocasionados por factores socioculturales pero también por descuido del personal de salud y negligencia médica. Es decir, la violencia obstétrica es consecuencia de la propia degradación del modo de producción imperante. La segunda aproximación arrojó que la violencia obstétrica y la mortalidad materna existirán en tanto el desarrollo del capitalismo siga operando por la creciente pauperización y deshumanización en el trato médico.

He aquí un tercer punto a discutir. Para que la violencia obstétrica sea posible deben existir las condiciones de discriminación que son generadas por la propia dinámica productivista e inmediatista del capitalismo, cuestión que se agudiza en espacios rururbanos y en el campo. ¿Cómo es entonces que la violencia obstétrica encuentra su base en la realidad concreta? El primer aspecto radica en la inserción de la salud a los intereses de la burguesía internacional a través de los organismos internacionales como la OMS, de la industria farmacéutica y de la hegemonía capitalista que, de forma reiterada, ha atentado contra la lucha histórica por la seguridad social que se consagró en el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Un ejemplo, es la introducción de la iniciativa privada en el funcionamiento de la seguridad social, situación que se hace visible por la fragmentación de los hospitales públicos, al convertirlos en instituciones descentralizadas que siguen funcionando con los dineros públicos pero de manera independiente.

En este mismo tenor, la dinámica del Estado originó la tecnoburocratización de la medicina, lo que ha creado continuamente barreras infranqueables para el acceso oportuno a la atención obstétrica, aún más en el caso de las emergencias obstétricas. Este punto resulta nodal, pues los decesos por condiciones de embarazo que en mucho menor medida se pueden prevenir son aquellos ocasionados por emergencias obstétricas (eclampsia, hemorragias, etcétera), por lo que se hace necesario consignar cómo el funcionamiento burocrático de la medicina

se relaciona con casos de violencia obstétrica y de muerte materna. A su vez, se ha denunciado reiteradamente cómo la burocracia crea apatía social respecto a recibir atención en las instituciones públicas de salud, lo que se ha convertido en un filtro para las mujeres embarazadas, en trabajo de parto o puerperio, sobre todo para aquellas en condiciones de marginación.[373]

Pero como no todo es totalmente negro o completamente blanco, no sólo el Estado, a través de sus instituciones de salud, es el protagonista de las problemáticas de salud pública. Como he venido sosteniendo, en las grises tonalidades aparecen los factores socioculturales como el origen de las relaciones inequitativas entre los géneros, situación que se origina en el grupo doméstico. Por ello, las personas que resultan significativas para las mujeres intervienen en la toma de decisiones y en algunas ocasiones estos "otros significativos" son agentes que ejercen violencia –por acción u omisión– en la toma de decisiones, situación que expone a las mujeres a riesgos innecesarios.

A modo de conclusión, podría decir que la violencia obstétrica tiene distintas manifestaciones que van desde el universo simbólico hasta los escenarios más cruentos como la maquinización y deshumanización del parto, la falta de acceso a la atención obstétrica hospitalaria oportuna y la reiterada violación de los derechos sociales de las mujeres, lo que hace patente la inexistencia operante en la seguridad social en México.

[373] Hasta antes del *Convenio Interinstitucional entre SSA, ISSSTE e IMSS*, Secretaría de Salud, México, mayo 2009.

Bibliografía

FUENTES DE CONSULTA:

A) BIBLIOGRÁFICAS

Aguirre Beltrán, Gonzalo, *Obra Antropológica V Programas de salud en la situación intercultural*, Fondo de Cultura Económica, México, 1994.

———————————, *Obra Antropológica XII Antropología Médica*, Fondo de Cultura Económica, México, 1994.

Beauvoir, Simone, *El Segundo Sexo,* Vintage Press, Nueva York, 1973.

Bonfil Sánchez, Paloma y Raúl Marco del Pont Lalli, *Las mujeres indígenas al final del milenio*, FNUAP, México, 1999.

Butler, Judith, *Undoing Gender,* Routledge, Nueva York, 2004.

Castañeda, Martha; Daniela Díaz; Gisela Espinosa (*et al.)*, *Mortalidad materna en México: Cuatro visiones críticas*, Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas-Fundar: Centro de Análisis e Investigación-K'inal Antzetik A.C., El Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población- Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, 2004.

Cannellotto, Adrian y Erwin Luchtenberg (coord.), *Medicalización y Sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno de expansión*, Observatorio Argentino de Drogas y la Universidad Nacional de General San Martín a través del Programa Mundos Contemporáneos, Argentina, 2008.

Duarte, Soto, Crispín, *Zitácuaro, Memoria Fotográfica (Tomo III),* Obra conmemorativa del bicentenario de la Independencia y Centenario de la Revolución Mexicana, Morelia, Michoacán, México, 2010.

Echeverría, Bolívar, *Antología Bolívar Echeverría. Crítica a la modernidad capitalista*, Publicaciones Vicepresidencia del Estado Plurinacional de Bolivia, Bolivia, marzo 2011.

Ehrenreich, Bárbara y Deirdre English, *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las Sanadoras*, La Sal, Barcelona, 1988.

Elu, María del Carmen, *La luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala*, Fondo de Cultura Económica, México, 1993.

——————————— y Elsa Santos Pruneda, *Una Nueva Mirada a la Mortalidad Materna en México*, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, México, 1993.

Engels, Friedrich, *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado,* Ediciones de Cultura Popular, México, 1989

Freyermuth, Graciela, *Mujeres de humo: Morir en Chenalhó: género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, 2003.

_____ y Paola Sesia (coord.), *La Muerte Materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, México, 2009.

Foucault, Michel, *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*, Siglo XXI, México, 1997.

————————, *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber*, Siglo XXI, México, 2009.

García, Luz María (*et al.*), *Las mujeres indígenas de México: su contexto socioeconómico demográfico y de salud*, INMUJERES, México, 2006.

Goody, Jack, *Representaciones y Contradicciones, la ambivalencia hacia las imágenes, el teatro, la ficción, las reliquias y la sexualidad*, Paidós, Barcelona, 1999.

Héritier, Françoise, Masculino/Femenino: El pensamiento de la diferencia, Ariel, Barcelona, 1996.

Illich, Iván, "Némesis médica. La expropiación de la salud", en: *Obras Completas,* Barral, Barcelona, 1975.

Lamas, Marta (comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, Coordinación de Humanidades, Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM/Miguel Ángel Porrúa, México, 1996.

Laqueur, Thomas, *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud,* Ediciones Cátedra, Madrid, 1994.

Lenin, V.I., *¿Quiénes son los amigos del pueblo y cómo luchan contra los socialdemócratas?*, Primera parte, Ediciones en lenguas extranjeras, Pekín, 1976.

León Alanís, Ricardo, *Los orígenes del clero y la iglesia en Michoacán,* 1526-1640, Morelia, Instituto de Investigaciones Históricas, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Colección Historia Nuestra 16, 1997.

Loustaunau, O. Martha and Elisa J. Sobo, *The cultural Context of Health Illness, and Medicine*, Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, London, 1997.

Lovera, Sara y Nellys Palomo (coord.), *Las Alzadas,* Comunicación e Información de la Mujer-Convergencia socialista, México, 1997.

Menéndez, L. Eduardo, *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social, México, 1990.

-——————————— y Renée B. Di Pardo, *Miedos, Riesgos e Inseguridades. Los medios, los profesionales y los intelectuales en la construcción social de la salud como catástrofe,* Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, 2009.

Moore, Henrietta L., *Antropología y Feminismo*, Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer, Madrid, 1991.

Ortiz-Ortega, Adriana y Adriana Leona Rosales Mendoza (coord.), *Aportaciones a los estudios de las sexualidades, las identidades y los derechos sexuales y reproductivos*, Universidad Pedagógica Nacional, Universidad Autónoma de Baja California, México, 2009.

Sadler Michelle, *Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario,* Chile, 2003.

Sánchez Bringas, Ángeles, *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México*, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM, México, 2003.

Stern, Claudio y Juan Guillermo Figueroa (coord.), *Sexualidad y Salud reproductiva: avances y retos para la investigación*, El Colegio de México, México, 2001.

Szasz, Ivonne, Guadalupe Salas (coord.), *Sexualidad, Derechos Humanos y Ciudadanía: Diálogos sobre un proyecto en construcción*, El Colegio de México, Centro de Estudios demográficos, Urbanos y Ambientales, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, México, 2008.

Velasco, Alfonso Luis, *Geografía y estadística del Estado de Michoacán,* Instituto de Investigaciones Histótricas-Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Centro de Investigación y Desarrollo del Estado de Michoacán, Morelia, 2006.

B) ARTÍCULOS, REVISTAS ESPECIALIZADAS Y CAPÍTULOS EN LIBROS

Amezcua, Manuel, “El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la Observación Participante”, *Index de Enfermería*, año IX, núm. 30, otoño 2000.

Arias Sánchez, Cristina, “Medicalización del cuerpo de las mujeres y su relación con la violencia obstétrica”, Conferencia presentada en el Ciclo de Actividades “Horizontes para la Equidad de Género”, Programa de Gestión 3 del PIFI 2010-2011, Universidad de Guanajuato, Guanajuato, mayo 2012, *s.p.i.*

Arroba, Anna, “La medicalización de los Cuerpos de las Mujeres en la Era de la Globalización”, Revista *Mujer Salud*, núm. 1, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Santiago, Chile, enero-marzo 2003

Ávila González, Yanina, “Desarmar el modelo mujer = madre”, Revista *Debate Feminista*, Año 15, Vol. 30, México, octubre 2004.

Borón, Atilio A., “Problemas y perspectivas en el debate marxista contemporáneo”, Curso de Problemas Contemporáneos de la Teoría Marxista, Programa Latinoamericano de Educación a Distancia, Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini, Buenos Aires, Argentina, 2010.

Canales de la Fuente, Raymundo, “Estrategia para Disminuir la Mortalidad Materna en México”, Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal, agosto 2009.

Carrillo, Ana María, “Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México”, Revista *Dynamis*, México, 1999.

Duarte Soto, Crispín, “La carretera a Crescencio Morales, Una Obra de Justicia Social”, en: *Zitácuaro. Compilación de Artículos,* H. Ayuntamiento de Zitácuaro, México, 2000.

Fausto-Sterling, Anne, “Los cinco sexos: Por qué no son suficientes macho y hembra”, trad. Rafael Freda, en: Pecheny, Mario *(et al.), Sexualidades y ciencias sociales: textos fundamentales,* Pitt Latin American Studies, Buenos Aires, 2010.

Flores Cisneros, Carmen (*et al.*), “Mujeres indígenas migrantes, sus derechos, salud sexual y reproductiva”, *Revista Katálysis*, vol. 8, núm. 1, ene-jun 2005.

Freyermuth, Graciela, “Mortalidad materna. Inequidad institucional y desigual entre mujeres, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo, Comisión Nacional de los Derechos Humanos México, México, 2009.

Germain, Marisa, “Medicalización e institucionalización de los derechos”, Conferencia impartida en el Seminario Nacional: Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en los Efectores Públicos de Salud. Trato Humanizado, Argentina, 15-16 de septiembre del 2005.

Guzmán Pérez, Moisés, “Otomíes y mazahuas de Michoacán, siglos XV-XVII. Trazos de una historia”, Tzintzun. Revista de Estudios Históricos, no. 55, Instituto de Investigaciones Históricas de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México, enero-junio 2012.

Hahn, Robert A., “Divisions of labor: Obstetrician Woman, and society in Williams Obstetrics, 1903-1989”, en: *Sickness and Healing. An Anthropological Perspective,* Yale University, Chelsea, Michigan, 1995.

Héritier, Françoise, “La sangre de los guerreros y la sangre de las mujeres”, en Revista Alteridades. Identidad, año 1, núm. 2, 1991.

Huerta Velázquez, Armando, *Medicina tradicional y Medicina moderna en los altos de Xochimilco,* Capítulo 1, Tesis de Licenciatura, Departamento de Antropología, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, División de Ciencias Sociales y Humanidades, México, noviembre 2010, s.p.i.

Jazen, M. John*,* “The Origins and Theories of Medical Anthropology”, en: *The Social Fabric of Health. An Introduction to Medical Anthropology,* Mc Graw Hill, New York, 2002.

Lamas, Marta, “Género: Los conflictos y desafíos del nuevo paradigma”, en: Ana María Portugal y Carmen Torres (ed.), *El siglo de las mujeres,* ISIS Internacional, Ediciones de las Mujeres, núm. 28 (volumen doble), Chile, 1999.

——————, “Complejidad y claridad en torno al concepto *género*”, en: Giglia, Angela, Garma y De Teresa (comp.), *¿A dónde va a antropología?*, México, UAM/JP, 2007.

Larsen, Roger, “Los fundamentos evolucionistas de las diferencias entre los sexos”, en: Evelyne Sullerot (comp.), *El hecho femenino. ¿Qué es ser mujer?,* Argos Vergara, Barcelona, 1979.

Cfr. Magnet Colomer, Jordi, “Fetichización jurídica y derechos sociales”, *Revista Nómadas. Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, Universidad de Barcelona, Observatorio de los Derechos Sociales, núm. 20, 2008.

Magnone Alemán, Natalia, “Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización”, Trabajo presentado en las IX Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 13-15 de septiembre de 2010, s.p.i.

Marx, Karl, “Prólogo a la Contribución a la crítica de la economía política*”,* en: *Contribución a la crítica de la economía política,* Siglo XXI, México, 1986.

Medrano Macías, Felipe, “Gente del Venado”, *Bordado Tradicional Mazahua de Michocán,* Programa de Apoyo a las Culturas Municipales y Comunitarias, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, México, 2005.

Mendizábal, Miguel Othón*,* “El día del indio en América”, en: *Obras completas*, vol. 4.

Muñoz, Hugo (*et al.), Nacer en el Siglo XXI, de vuelta a lo Humano,* Ministerio de Salud, Universidad de Chile, Santiago de Chile, 2001.

Nettel D., Ana Laura, “Justicia y feminismo” (Primera de dos partes)”, en Revista *Trabajadores*, Universidad Obrera de México “Vicente Lombardo Toledano”, vol. 64, México, enero-febrero, 2008

Olavarría, María Eugenia, “De la casa al laboratorio. La teoría del parentesco hoy día”, Revista *Alteridades*, núm. 24, año 12, julio-diciembre 2002.

Orozco Ramírez, Mariana, *“Pocos hijos para darles mucho”: reproducción social y salud reproductiva en Valle Real, Valle Nacional, Oaxaca,* Capítulo 1, Tesina de Maestría, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa, División de Ciencias Sociales y Humanidades, Posgrado en Ciencias Antropológicas, México, 2006.

Rigol Cuadra, Assumpta. "Antropología. Saberes de mujeres. La legitimación del conocimiento masculino", Revista *Cultura de los Cuidados*, Año VII, núm. 14, 2o. semestre, 2003.

Rylko-Baur, Barbara, Merrill Singer y John Van Willigen, “Reclaiming Applied Anthropology: Its past, present and future”, *American Anthropologist*, vol. 108.

Rubin, Gayle, “El tráfico de mujeres: notas sobre la ‘economía política’ del sexo”, Revista *Nueva Antropología. Estudios sobre la mujer: problemas teóricos*, Universidad Autónoma Metropolitana, México, 1986, vol. VII, núm. 30, México, 1986.

Schiavon Ermani, Raffaela, “Mortalidad Materna: qué necesitamos hacer”, Simposio con la participación de organismos internacionales para la reducción de la mortalidad materna, Cuernavaca, Morelos, 2011.

Solch, Dario, “El cuerpo como antidisciplina: las miradas de Foucault y de Certeau”, Trabajo presentado en las VII Jornadas Rosarinas de Antropología Sociocultural, Escuela de Antropología, Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina, 21-22 de octubre de 2004, s.p.i.

Sierra, María Teresa, “Las mujeres indígenas ante la justicia comunitaria. Perspectivas desde la interculturalidad y los derechos”, Revista *Desacatos*, núm. 31, México, sep-dic 2009.

Terrazas Mata, Beatriz, “Ganar el paraíso: mujeres indígenas contra la violencia y la muerte materna”, en: Espinosa Damián, Gisela (*et al.), El desarrollo rural desde la mirada local,* Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Colección Teoría y Análisis, México, 2009.

Wolff, Leila Regina y Vera Regina, "Violencia consentida: mujeres en el trabajo de parto y el parto", Revista *Salud y Sociedad*, vol.17, núm.3, Sao Paulo, agosto-septiembre, 2008.

Yanagisako, Sylvia y Jane Collier, “Género y Parentesco Reconsiderados: Hacia un Análisis Unificado”, en: Borofsky, Robert (ed.), Assessing Cultural Anthropology, Hawaii Pacific University, Mc Graw-Hill, Inc., 1994.

C) INTERNET

Al Adib Mendiri, Miriam, “Sobre el parto humanizado: un cambio de paradigma”, Blog *Mujer al día en Ginecología,* en: http://www.miriamginecologia.com/blog/?p=1041, marzo de 2013, fecha de consulta: 24 de agosto de 2013.

———————————, “Sobre el parto humanizado (segunda parte)”, Blog *Mujer al día en Ginecología*, en: http://www.miriamginecologia.com/blog/?p=1076, abril de 2013, fecha de consulta: 24 de agosto de 2013.

Álvarez Pedrosian, Eduardo, *Lo subjetivo lo cultural en escenarios médicos,* “Espacios de internación hospitalaria. Desafíos para la etnografía de la subjetividad”, Una versión parcial (la III sección) fue presentada en la Mesa Antropología de las instituciones y de la vida cotidiana, II Jornadas de Investigación en Humanidades de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, UdelaR, en: http://www.unesco.org.uy, Montevideo, 10 al 12 de noviembre de 2009.

Araiza Díaz, Alejandra, “Las mujeres indígenas en México: un análisis desde la perspectiva de género”, Universitat Autònoma de Barcelona, en: http://www.antropologia.cat/antiga/quaderns-e/08/Araiza.htm, España, 2006.

Benach, Joan, “La salud pública, la equidad y sus causas: ¿de qué depende nuestra salud?, Revista *Rebelión,* en: http://www.rebelion.org/noticia.php?id=143976&titular=la-salud-p%FAblica-la-equidad-y-sus-causas%3A-%BFde-qu%E9-depende-nuestra-salud%3F, febrero de 2012.

Biedma Velázquez, Lourdes y Rafael Serrano del Rosal, “Médicos y médicas, estilos asistenciales distintos: ¿satisfacción diferente de los usuarios?, Revista *Salud Pública de México*, vol. 51, núm. 4, en: http://new.medigraphic.com/, México, 2009.

Bonfil Sánchez, Paloma, “Mujeres indígenas y derechos en el marco de las sociedades multiétnicas y pluriculturales de América Latina”, Revista *Ra Ximhai. Revista de Sociedad, Cultura y Desarrollo Sustentable*, vol. 8, núm. 1, Universidad Autónoma Indígena de México, Mochicahui, en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3829118, México, 2012.

Campaña Stop Kristeller, “Entrevista a una matrona, sobre la maniobra de Kristeller”, Blog *El parto es Nuestro,* en: http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2013/05/07/entrevista-una-matrona-sobre-la-maniobra-de-kristeller, fecha de consulta: 21 de agosto de 2013.

“Cómo nos afectan las experiencias de parto como civilización”, Blog *Placentera,* 8 de agosto de 2013, fecha de consulta: 23 de agosto de 2013.

Contreras Figueroa, Natalia, “El parto medicalizado: Un espacio de disciplinamiento corporal”, Blog *La Pala,* 22 de abril de 2013, en: http://www.lapala.cl/2013/el-parto-medicalizado-un-espacio-de-disciplinamiento-corporal-revisado, fecha de consulta: 19 de agosto de 2013.

Cuellar Romero, Ricardo, “Medicina y Poder en Michel Foucault”, Revista *Salud Problema*, núm. 7, Primera Época, en: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=6&tipo=ARTICULO&id=990&archivo=4-76-990oob.pdf&titulo=Medicina%20y%20Poder%20de%20Foucault, mayo 1981.

“Dossier STOP Kristeller: riesgos para la madre y el bebé”, Blog *El Parto es Nuestro*, en: http://www.elpartoesnuestro.es/informacion/dossier-stop-kristeller-riesgos-para-la-madre-y-el-bebe, fecha de consulta: 21 de agosto de 2013.

Elu, María del Carmen y Elsa Santos Pruneda, “Mortalidad Materna: Una tragedia Evitable”, Revista *Perinatología y Reproducción humana*, vol. 18, núm. 1, en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372004000100006&lng=en&nrm=iso, México, marzo 2004.

Embid, Alfredo, “Entrevista con el Dr. Frederick Leboyer”, Revista *Asociación Medicinas Complementarias*, en: http://www.holistika.net/parto_natural/parto_fisiologico/entrevista_con_el_dr._frederick_leboyer.asp, fecha de consulta: 23 de agosto de 2013.

Entrevista a Blanca Herrera (comadrona), “Rotura artificial de bolsa (Amniorexis)”, Blog *El Parto es Nuestro,* en: http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2012/09/22/induccion-al-parto, fecha de consulta: 23 de agosto de 2013.

Entrevista al doctor Emilio Santos, Primera Parte, “La epidemia de oxitocina podría estar relacionada con la epidemia de autismo”, Blog *Bebés y más. Embarazo, infancia, mamás y papás,* 17 de febrero de 2010, en: http://www.bebesymas.com/embarazo/la-epidemia-de-oxitocina-podria-estar-relacionada-con-la-epidemia-de-autismo-entrevista-al-doctor-emilio-santos-i, fecha de consulta: 23 de agosto de 2013.

“Estudio encuentra vínculo entre el autismo y la inducción del parto”, Blog *Placentera,* en: http://www.placentera.com/1/post/2013/08/estudio-encuentra-vnculo-entre-el-autismo-y-la-induccin-del-parto.html, 13 de agosto de 2013, fecha de consulta: 23 de agosto de 2013.

Federici, Silvia, “La cadena de montaje empieza en la cocina, en el lavabo, en nuestros cuerpos”, Entrevista realizada el 16 de junio de 2012, Revista *Rebelión*, en: http://www.rebelion.org/noticia.php?id=151406&fb_source=message, fecha de consulta: 19 de agosto de 2013.

Gutmann, Matthew C., “Traficando con hombres: la antropología de la masculinidad”, *Revista de estudios de género. La ventana*, núm. 8, Universidad de Guadalajara, en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88411133004, México, diciembre 1998.

Huertas, Rafael, “La salud y la norma. Para una genealogía de la mirada médica”, Trabajo realizado en el marco del Proyecto de Investigación HUM2006-12278-C03-

01/HIST, Ministerio de Edudación y Ciencia, en: http://www.google.com.mx/search?q=Huertas%2C+Rafael%2C+%E2%80%9CLa+salud+y+la+norma.+Para+una+genealog%C3%ADa+de+la+mirada+m%C3%A9dica%E2%80%9D%2C+Trabajo+realizado+en+el+marco+del+Proyecto+de+Investigaci%C3%B3n+HUM2006-12278-C03-01%2FHIST%2C+Ministerio+de+Edudaci%C3%B3n+y+Ciencia%2C+&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:es-ES:official&client=firefox-a, España, 1991.

"Intentémoslo sin violencia", Blog *El parto en Nuestro*, en: <http://elpartoesnuestro.es/blog/2013/05/08/intentemoslo-sin-violencia>, fecha de consulta: 23 de agosto de 2013.

Karchmer, Samuel, "Maternidad segura. ¿Por qué siguen muriendo las mujeres?", Revista *Perinatología y Reproducción Humana*, vol. 25, núm. 1, en: http://new.medigraphic.com/, México, 2011.

"Lesiones del plexo braquial en recién nacidos: La historia jamás contada", Blog *El Parto es Nuestro*, en: http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2011/01/21/lesiones-del-plexo-braquial-en-recien-nacidos-la-historia-jamas-contada, fecha de consulta: 21 de agosto de 2013.

Márquez, Soledad y Ricard Meneu, "La medicalización de la vida y sus protagonistas", Eikasia. *Revista de Filosofía*, vol. II, núm. 8, en: http://www.revistadefilosofia.org/, 2007.

Méndez Pérez, Gemma, "Inducción al parto", Blog *El Parto es Nuestro*, en: http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2012/09/22/induccion-al-parto, fecha de consulta: 19 de agosto de 2013.

Muñoz, José Manuel, Enrique Rosales, Guillermo Domínguez y César Leopoldo, "Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada?", Revista *Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 79, núm.2, en: http://new.medigraphic.com/, México, 2011.

Olza, Ibone, "Las secuelas de la violencia obstétrica", Blog, 15 de abril de 2013, en: http://iboneolza.wordpress.com/2013/04/15/las-secuelas-de-la-violencia-obstetrica/, fecha de consulta: 19 de agosto de 2013.

Orozco, Emanuel, Miguel Ángel González, Luz María Kageyama y Bernardo Hernández, "Participación social en salud: la experiencia del programa de salud materna Arranque Parejo en la Vida", Salud Pública de México, vol. 51, núm. 2, en: http://new.medigraphic.com/ México, 2009.

"Parto en casa y cesáreas", *El Blog del Parto en casa,* Atención a familias y formación de profesionales en nacimiento, crianza y ciclo vital, en: http://educer.es/cesareas-y-parto-en-casa/?fb_action_ids=310302222432767&fb_action_types=og.likes&fb_ref=AL2FB&fb_source=timeline_og&action_object_map={%2231030222243276 7%22%3A553893

557965124}&action_type_map={%2231030222243276 7%22%3A%22og.likes%22}&action, EDUCER, España.

Pedraza Gómez, Zandra, “Políticas y estéticas del cuerpo: la modernidad en América Latina”, Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología, en: http://www.google.com.mx/search?q=Pedraza+G%C3%B3mez%2C+Zandra%2C+%E2%80%9CPol%C3%ADticas+y+est%C3%A9ticas+del+cuerpo%3A+la+modernidad+en+Am%C3%A9rica+Latina%E2%80%9D%2C+en%3A+http%3A%2F%2Fantropologia.uniandes.edu.co&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:es-ES:official&client=firefox-a, Colombia, 2007.

Peker, Luciana, “Silencio: mujer pariendo”, Entrevista realizada a Michel Odent, Revista *Página 12*, viernes 13 de enero de 2012, Argentina, en: http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-7005-2012-01-13.html, fecha de consulta: 19 de agosto de 2013.

Pérez Lizaur, Marisol, “Las perspectivas y Retos de la Antropología Aplicada en el Siglo XXI”, Revista *Mad,* núm. 17, en: http://www.revistamad.uchile.cl/index.php/RMAD/article/viewArticle/13935/html, Departamento de antropología, Universidad de Chile, 2007.

Rivas Zivy, Marta G., “Cambios y permanencias en los significados de la sexualidad femenina. Una visión trigeneracional”, 3 Foro departamental de educación y comunicación 1995: Psicología, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, Departamento de Educación y Comunicación, en: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=6&tipo=CAPITULO&id=1172&archivo=34-1172prc.pdf&titulo=Cambios%20y%20permanencias%20en%20los%20significados%20de%20las%20sexualidad%20femenina:%20Una%20visi%C3%B3n%20trigeneracional, México, 1996.

Rouvier, Mariel, Miguel Ángel González, Víctor Becerril, Paola Sesia, María Beatriz Duarte y Estrella Flores, “Mapeo de problemas para la atención a la salud materna por actores estatales y federales”, Revista *Salud Pública de México*, vol. 53, núm. 1, en: http://new.medigraphic.com/, México, 2011.

Ruíz Durá, Juan Ramiro, “Medicina basada en evidencias: beneficios, inconvenientes y riesgos de un nuevo dogma”, Revista *Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 76, núm. 3, en: http://new.medigraphic.com/, México, 2008.

Rylko-Baur, Barbara, Merrill Singer y John Van Willigen, “Reclaiming Applied Anthropology: Its past, present and future”, *American Anthropologist*, vol. 108, en: http://www.ucpress.edu/.

Sánchez, Ana, “La biotecnologización de los cuerpos de las mujeres”, Revista *Veredas. Revista del Pensamiento Sociológico*, núm. 17, en: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=6&tipo=ARTICULO&

id=4998&archivo=12-320-4998vhh.pdf&titulo=La%20biotecnologizaci%C3%B3n%20de%20los%20cuerpos%20de%20las%20mujeres, México, Segundo semestre 2008.

Sánchez Gómez, Martha Judith y Mary Goldsmith, “Reflexiones en torno a la identidad étnica y genérica. Estudios sobre las mujeres indígenas en México”, Artículo presentado en el XIII Congreso de LASA, en: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=6&tipo=ARTICULO&id=2643&archivo=8-214-2643bhh.pdf&titulo=Reflexiones%20en%20torno%20a%20la%20identidad%20%C3%A9tnica%20y%20gen%C3%A9rica.%20Estudios%20sobre%20las%20mujeres%20ind%C3%ADgenas%20en%20M%C3%A9xico, Atlanta, marzo 1994.

Stolcke, Verena, “Antropología del género. El cómo y el por qué de las mujeres”, Ensayos de Antropología Cultural. Homenaje a Claudio Esteva-Fabregat. J. Prat & A. Martínez (eds.), Ariel, en: http://www.cholonautas.edu.pe/biblioteca-virtual/, Barcelona, España.

Tyndall, Marie, “Humanizar el parto y el nacimiento; humanizar la vida”, *Midwifery Today. The heart and science of birth*, traducción del inglés al español por Midwifery Today, en: http://www.midwiferytoday.com/articles/humanizingsp.asp, fecha de consulta: 19 de agosto de 2013.

Valdez, Rosario, Luz Arenas e Isabel Hernández, “Experiencia de las parteras en la identificación de mujeres maltratadas durante el embarazo”, Revista *Salud Pública de México*, vol. 46, núm. 1, en: http://new.medigraphic.com/, México, 2004.

Villegas Poljak, Asia, “La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico”, *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, vol. 14, núm. 32, en: www.scielo.org.ve/pdf/rvem/v14n32/art10.pdf, 2009.

D) HEMEROGRÁFICAS

Periódico *Cimacnoticias, “*Medidas contra violencia obstétrica y despidos por embarazo”, en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/66363>, viernes 2 de mayo 2014.

Periódico *Ciudadanía. Periodismo de paz,* “Avalan diputadas y funcionarias violencia obstétrica”, en: <http://ciudadania-express.com/2014/05/29/avalan-diputadas-y-funcionarias-violencia-obstetrica/>, 29 de mayo de 2014.

Periódico *La Jornada*, “La medicina privada, entre la duda y el descontrol”, 17 de agosto de 2011.

———————, “Chiapas podría ser modelo en el país en reducción de muerte materna”, viernes 13 de julio de 2012.

———————————, “El tema de la mortalidad materna debe ser prioridad del sector salud: OMM”, viernes 7 de diciembre de 2012.

E) OTRAS FUENTES

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, última reforma: 08/10/2013.

Consulta Nacional Sobre los Derechos de las Mujeres Indígenas, Carpeta de apoyo para facilitadoras del Estado de Michoacán, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), México, 2011.

Consultoría sobre el Acceso a la Justicia de Mujeres Víctimas de Violencia en el Sistema de Procuración y Administración de Justicia en México, Comisión Nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, diciembre de 2009.

Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, Cuadernos de Legislación Indígena, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, 1990.

Convenio Interinstitucional entre SSA, ISSSTE e IMSS, Secretaría de Salud, México, mayo 2009.

COPLAMAR, Necesidades esenciales en México. Salud, situación y perspectivas al año 2000, Siglo XXI/COPLAMAR, México, 1983.

Cuaderno de Trabajo 1, La Salud Sexual y Reproductiva. Reflexiones de SIPAM sobre una experiencias de atención a mujeres con perspectiva de género, Grupo Interdisciplinario sobre Mujer, Trabajo y Pobreza, A.C. (GIMTRAP), México, marzo 1996.

Derechos Reproductivos de las Mujeres Indígenas. Consulta sobre la situación de los derechos de las mujeres indígenas en sus pueblos y comunidades, CDI-UNIFEM-GIMTRAP, México, 2012.

Encuesta Nacional sobre Discriminación en México, Enadis 2012, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, México, abril 2011.

Estadísticas Mortalidad Materna, Sistema Nacional de Información en salud (SINAIS), Secretaría de Salud, México, 2002-2008.

Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNGySR), Secretaría de Salud, 2011-12.

Estrategias de intervención para reducir la Mortalidad Materna en IMSS-Oportunidades, Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad IMSS-Oportunidades, México, marzo 2011.

Guía Sobre los Derechos de la Mujer Indígena bajo la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, Forest People Programme, Reino Unido, enero 2004.

Indicadores 2010 Muerte Materna, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Organización Panamericana de la Salud en México (OPS), Observatorio de mortalidad materna en México (OMM), México, 2012.

Informe Omisión e Indiferencia: Derechos Reproductivos en México, Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), "Capítulo 4: Violencia obstétrica", en: <https://www.gire.org.mx>, 2012.

La migración México-Estados Unidos: un enfoque de género, Instituto Nacional de las Mujeres, México, octubre 2007.

La muerte materna tiene rostro. Indicadores, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Sureste (CIESAS), Organización Panamericana de la Salud en México (OPS), El Fondo para la Población de Naciones Unidas en México (UNFPA), Observatorio de mortalidad materna en México (OMM), México, 2010.

Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Diario Oficial de la Federación, México, 21 de mayo de 2003.

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), Diario Oficial de la Federación, México,1 de febrero de 2007.

Ley Orgánica por el Derecho a una vida libre de violencia, Publicaciones de la Asamblea Nacional y del Fondo de Población de Naciones Unidas, Caracas, marzo 2007.

Numeralia 2012. Mortalidad Materna en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Organización Panamericana de la Salud en México (OPS), Observatorio de mortalidad materna en México (OMM), México, 2011.

Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), Organización de las Naciones Unidas, en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>, 2000.

Panorama de la condición indígena en México, Documento de Trabajo núm. 95, Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP), Cámara de Diputados, LX Legislatura, México, julio 2010.

Panorama de la Muerte Materna 2010, Reunión Nacional APV, Secretaría de Salud, México, diciembre 2010.

Principales Indicadores de Salud Reproductiva, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), México, 2009.

Programa de Acción Específico 2007-2012. Arranque Parejo a la Vida, Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, México, 2008.

Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, Secretaría de Salud, Primera Edición, 2007, México.
Test de violencia obstétrica, Marco Legal: Ley Nacional No. 26485 y 25929, Colectivo Maternidad Libertaria y Asociación Civil Dando a Luz, Argentina, Buenos Aires.