

Violencia y mortalidad materna en contextos indígenas de Oaxaca: una mirada etnográfica*

Paola Sesia, Adriana Zentella, Karla Ruiz y Claudia Chávez

CIESAS-Istmo, Universidad Autónoma Metropolitana y Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca.

Resumen

El artículo explora la relación existente entre la muerte materna y la violencia en contextos indígenas del estado de Oaxaca; principalmente la violencia de género en la familia vista también como violencia estructural ejercida hacia las mujeres por los servicios de salud formales e informales. Mediante el análisis de los múltiples factores que intervinieron en el fallecimiento de tres mujeres durante el embarazo, parto o puerperio, evidenciamos las dinámicas sociales y los diferentes tipos de violencia que coadyuvaron o directamente causaron la muerte de estas mujeres indígenas.

Estos resultados derivan de un proyecto de investigación sobre muerte materna en regiones indígenas que actualmente se realizó en los estados de Oaxaca y Chiapas, entre CIESAS-Istmo y CIESAS-Sureste.

Palabras clave. Muerte materna, violencia de género, Mujeres indígenas.

Abstract

Violence and Death of Mothers in Indigenous Contexts of Oaxaca; an Ethnographic Perspective

The article explores the existing relationship between death of mothers and violence in indigenous contexts of the State of Oaxaca; mainly violence towards women in their family environment, as well as structural violence by formal and informal health services. By means of analyzing multiple factors that took part in the death of three women during pregnancy, childbirth or post partum, social dynamics and different types of violence are shown and how that directly contributed or caused the death of these indigenous women.

These results derive from a research project in indigenous regions of Oaxaca and Chiapas by CIESAS (Anthropology Research Centers)

Key words: Death of mothers, gender violence, structural violence.

Introducción

La relación entre la maternidad y la violencia ejercida contra las mujeres ha sido explorada de manera creciente a finales de la década de los ochenta en México y otros países de América. En particular, estudios aplicados a la salud han investigado la incidencia, prevalencia y daños provocados por la violencia durante el embarazo [Hillard, 1985; McFarlane *et al.*, 1996; Parker *et al.*, 1994; Saucedo, 1995; Valdez y Sanín, 1996] o en salud reproductiva en general [Heise, 1994; Path UNFPA, 2003], así como la relación entre el ejercicio de la violencia y la muerte materna [CPMSR, 1999; Dannenberg *et al.*, 1995; Freyermuth, 1999, 2003]. Asimismo, se ha abordado desde una perspectiva de género la interrelación entre la violencia, la maternidad y las inequidades que permean las relaciones entre hombres y mujeres en diversos contextos familiares, socioeconómicos y culturales [Castro, 2004; Freyermuth, 2003].

54

Evidentemente, este interés es parte de la preocupación creciente de visibilizar y actuar para abatir la violencia que se ejerce contra las mujeres a lo largo de su vida y no sólo durante la maternidad. El esfuerzo ha abarcado desde los organismos internacionales multilaterales como la ONU hasta la sociedad civil; pasando por los gobiernos nacionales e incluyendo en ellos a los ámbitos legislativo y judicial. En este contexto, es importante recordar brevemente el marco internacional que se ha construido en las últimas décadas para visibilizar, condenar y, finalmente, eliminar la violencia contra las mujeres.

La Convención para la Eliminación de Todas Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), convocada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979, fue la primera en tipificar la violencia contra las mujeres, definiéndola como «todo acto de violencia basado en la diferencia de género que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive la amenaza de tales actos, la coacción o la privación de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada». México suscribió los acuerdos emanados de esta convención, al igual que los de convenciones y conferencias internacionales que se dieron en siguientes años sobre la problemá-

tica de los derechos humanos, la violencia contra las mujeres y la necesidad de alcanzar una equidad de género.

En 1993 la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de las Naciones Unidas reunida en Viena estableció que toda violencia ejercida contra la mujer debe considerarse una violación a los derechos humanos de la persona. En 1994 la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo emitió una declaración final adoptada por el pleno de las Naciones Unidas y que México también ratificó. Se remarca además la estrecha relación entre violencia de género e inequidad de género en donde la primera se articula necesariamente con la segunda; por lo tanto, se hace hincapié sobre la necesidad de alcanzar la equidad entre hombres y mujeres como el mecanismo más importante para combatir la violencia.

En el mismo año, en Belém do Pará sesionó la Convención Interamericana de la Organización de Estados Americanos (OEA) para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Allí se retomó la definición de violencia de la CEDAW, sin embargo, estableció claramente su articulación con la condición de género: «[la violencia es] toda acción o conducta contra la mujer basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico tanto en el ámbito público como en el privado». México ratificó formalmente su adhesión a los compromisos adquiridos en 1998.

En 1995 se dio la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en donde se amplió la definición de qué es lo que constituye violencia e incluyó los ámbitos verbal y económico, además de la violencia sexual, física y psicológica que ya estaban tipificadas. En 1996 la Organización Mundial de la Salud en su 49ª. Asamblea Mundial declaró a la violencia como una alta prioridad de salud pública, involucrando directamente a los sistemas de salud como partes responsables en su identificación y erradicación. En los siguientes años, con El Cairo + 10 y Beijing + 10, se retomaron los acuerdos anteriores y se definió de manera creciente la responsabilidad de los gobiernos y sus distintas instituciones de intervenir directamente para implementar las medidas necesarias para alcanzar una equidad genérica y erradicar la violencia.

El marco internacional provee instrumentos claros de definición, ámbitos de responsabilidad y estrategias para erradicar la violencia ejercida en contra de las mujeres. Este marco ha sido muy importante en el caso de México por lo menos por tres razones, todas ellas relacionadas entre sí: a) ha proveído instrumentos para adecuar los marcos jurídicos y legislativos mexicanos, al ratificar las convenciones y conferencias; b) ha guiado y hasta ejercido presión sobre el gobierno mexicano para que no sólo se reformen leyes sino para que se funden programas nacionales de combate a la violencia; c) ha dotado a la sociedad civil de herramientas que le permiten reclamar los cambios necesarios en el marco legislativo, jurídico y programático del país para que realmente se identifique la problemática en todas sus facetas y magnitud, se intervenga sobre ella de manera oportuna y adecuada y se intente de una vez por todas, erradicar la violencia contra las mujeres.

56

Es importante mencionar muy brevemente lo que se ha logrado en México en la última década. En 1997, se aprobó la Ley de Violencia Intrafamiliar en la que se tipifican como delitos la violencia física en la familia y la violación sexual ejercida contra esposas o concubinas. Esta Ley ha servido de marco para las legislaciones estatales.

En 1999, se aprobó el Programa Nacional contra la Violencia Intrafamiliar 1999-2000 (PRONAVI) y el mismo año la Secretaría de Salud aprobó la Norma Oficial Mexicana 190-SSA1-1999 «Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar» en la cual se establece que el personal médico y paramédico tiene la obligación de detectar la violencia y el maltrato durante la consulta, reportarlo en la historia clínica, apoyar al o la paciente, canalizarlo a los servicios de apoyo, ofrecerle la opción de la denuncia ante al Ministerio Público y denunciar de oficio el hecho en caso de que los pacientes sean menores o discapacitados.

En el caso de Oaxaca se aprobó la Ley contra la violencia intrafamiliar en 2003, donde la violencia ejercida en el seno familiar se tipifica como un delito. Más recientemente (marzo 2006), se modificó el Código Penal aboliendo lo que se tipificaba como «delito de honor», un

rezago machista del Código Penal del Estado, en donde se daban atenuantes en caso de homicidios perpetrados por hombres hacia sus esposas o concubinas cuando se podía comprobar que la «honorabilidad masculina» había sido atacada por la conducta de ellas. Con esta modificación, la legislación estatal se adecua a la nacional, marcando un paso importante hacia la equidad genérica en el Código Penal.

En este contexto nacional e internacional, en los últimos años se ha logrado visibilizar la problemática de la violencia contra las mujeres en México, incluida su relación con la maternidad. En la presente investigación sobre mortalidad materna en regiones indígenas de Oaxaca, intentamos captar la articulación existente entre: a) relaciones sociales y familiares marcadas por una profunda inequidad de género, b) la violencia ejercida contra las mujeres; y c) el riesgo materno. Pensamos que esta articulación elucida parcialmente la panorámica compleja que hemos encontrado y que llevó a varias mujeres indígenas a fallecer durante el embarazo, el parto o el puerperio; muertes que, hay que recordarlo, nunca debieron ocurrir.

A continuación se presentan tres casos en donde se ilustra esta relación; casos en donde tres mujeres indígenas murieron de parto a consecuencia de la profunda inequidad de género en la que se desenvolvían sus vidas y a consecuencia de la violencia a la que fueron sometidas antes y durante el evento reproductivo.

Tres casos de muertes maternas relacionadas con violencia en Oaxaca¹

Caso 1: «La mujer pare sola»: Historia de la muerte de Rosa de Magdalena Peñasco²

El municipio de Magdalena Peñasco se localiza al este de la ciudad de Tlaxiaco en la región de la Mixteca, a 195 kilómetros de la capital del estado. Es un municipio que antes vivía de la agricultura y la artesanía de la palma, ahora sobrevive gracias a las remesas de los migrantes. Presenta un alto porcentaje de expulsión migratoria hacia el Distrito Federal, el norte del país o los Estados Unidos desde hace más de veinte años. Magdalena Peñasco tenía en el año 2000 3,700 habitantes, con siete agencias y cinco

poblados más pequeños. Se habla mixteco y español y se profesan las religiones católica y protestante. La cabecera municipal cuenta con escuela primaria, secundaria y una escuela técnica (Cecytec). El 98% de la población tiene luz eléctrica y casi todas las casas tienen agua entubada; la mayoría de las viviendas están dispersas, con piso de tierra, paredes de tabla de madera y techo de lámina galvanizada o asbesto. La cabecera está conectada a Tlaxiaco —capital de distrito— por carretera pavimentada, a una distancia en coche de 40 minutos; el camión público cobra 9 pesos a Tlaxiaco, el taxi ochenta pesos (2004). Hay una clínica del *IMSS-Oportunidades* en la cabecera, atendida noviembre 2004, cuando obtuvimos la información en trabajo de campo por una doctora pasante egresada de la UNAM. El municipio presenta tasas muy altas de morbi-mortalidad por alcoholismo, predominantemente entre los hombres pero también entre muchas mujeres.

58

En este municipio nació Rosa en 1970. Se casó de 15 años con Lorenzo, originario del mismo municipio, con quien tuvo 9 descendientes, de los cuales sobreviven siete, el mayor de ellos de diecisiete años. Rosa murió a los 34 años de edad al finalizar su décimo embarazo, cuyo niño también murió durante el trabajo de parto sin lograr nacer. Rosa falleció el primero de mayo de 2004 en el hospital civil de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) de la ciudad de Oaxaca donde fue finalmente internada después de un calvario de más de dos días de trabajo de parto y una hemorragia imparable.

Rosa y Lorenzo vivieron un tiempo en la ciudad de México a donde habían emigrado en busca de trabajo. Se trata de una familia pobre, de muy baja escolaridad y con pocos recursos materiales. En diciembre de 2003, Lorenzo decidió regresar a Peñasco. Sacó a sus hijos e hijas de la escuela, hicieron maletas y regresaron a su pueblo, Rosa desarrollaba el embarazo de su último bebé. Lorenzo bebía mucho y era violento, acostumbrado dentro y fuera de su casa a que el hombre manda y la mujer obedece. Rosa, quien también tomaba a veces, aceptaba en apariencia la autoridad del marido y estaba acostumbrada a recibir golpes de manera frecuente, sobre todo bajo el efecto del alcohol. De vez en cuando, sin embargo, expresaba resistencia: agarraba a sus progenitores y se refugiaba

en casa de una vecina o buscaba apoyo y consuelo con sus padrinos. Sin embargo, después él la iba a buscar y ella regresaba a la casa. Cuando él la veía platicar con ellos o con alguien más, se «molestaba mucho»; por eso, hasta los familiares de él no se acercaban demasiado por temor de que Lorenzo se enojara.

La trágica muerte de Rosa nos fue contada por su padrino Antonio de 47 años de edad, quien también es hermano de Lorenzo, y por la esposa de Antonio. Contrariamente a lo que se pudiera esperar por el parentesco de sangre que une a los dos hermanos, o tal vez por los vínculos de compadrazgo que los hacían responsables del bienestar de su ahijada, ambos tomaron partido por Rosa y por sus hijos, y estuvieron en contra de Lorenzo. Tal vez esta historia nos enseña los límites que hasta los vínculos de sangre pueden tener frente al horror de la violencia que un ser humano ejerce en contra de otros seres, supuestamente queridos, en el seno familiar.

Rosa estaba acostumbrada a parir sola a sus hijos, porque así quería su marido. El sostenía que la mujer da a luz sola porque así es la naturaleza de la mujer y no necesita de presencia, apoyo o atención médica. Tampoco quería que Rosa usara métodos anticonceptivos, así que ella quedaba embarazada cada año y medio. En su octavo parto, casi se murió; lo deducimos porque nos contaron que sufrió de preclampsia. Se salvó porque, en ausencia del marido, sus padrinos fueron avisados por una de las hijas mayores que Rosa se sentía muy mal. La fueron a ver y le trajeron al médico que atendía en la clínica ese año, el cual inmediatamente la hizo trasladar a Tlaxiaco donde le hicieron cesárea. El marido «se molestó» pero en esa ocasión Rosa logró salvarse y el niño nació bien.

Con el último embarazo, recién llegada de México, Rosa fue a consulta prenatal dos veces. No fue a las siguientes citas porque su marido «se molestaba» y le prohibía ir. En una de las consultas la doctora le pidió que se trasladara a Tlaxiaco a hacerse «unos estudios» porque sospechaba que iba a tener problemas y consideraba su embarazo de alto riesgo. Lorenzo se lo prohibió y Rosa se quedó en el pueblo. La segunda y última vez que fue a consulta prenatal fue en abril, un mes antes de fallecer.

Un jueves de finales de abril, Rosa empezó a tener los dolores. Pasó todo ese día y Lorenzo, que tenía cargo en el pueblo, no le hizo caso. Pasó el viernes y siguieron los dolores cada vez más incontenibles sin que el bebé naciera. El viernes fue cuando Rosa inició a sangrar profusamente. Fue hasta la madrugada entre el viernes y el sábado que Lorenzo, probablemente al fin preocupado por el sangrado que no sólo no cesaba sino que iba en aumento, mandó a las dos de la mañana a dos de sus hijas a la clínica a despertar a la doctora para que viniera a revisar a su mujer.

60 Sin embargo, la doctora no abrió la puerta de la clínica porque estaba acostumbrada a que, a esa hora, sólo los borrachos andan molestando. Las niñas se regresaron a la casa y fue hasta las seis de la mañana que el padre las mandó de vuelta a la clínica. Rosa seguía arrojando sangre. En esta ocasión, la doctora abrió e, informada sobre el suceso, se dirigió de prisa a la casa de Rosa. La encontró demacradísima, hecha un ovillo de dolor y en condición ya muy grave. Convenció a Lorenzo que la trasladara de inmediato al Hospital regional de Tlaxiaco. La doctora, muy preocupada, los acompañó.

En el hospital, se dieron cuenta que el bebé ya estaba muerto en el vientre de la madre y que había que intervenir de urgencia con cesárea para salvarle la vida a Rosa. Ese día en el hospital no tenían al médico cirujano para intervenirla; no sabemos si fue porque era sábado y el médico cirujano no estaba de turno o simplemente el hospital no contaba de rutina con este personal de planta. Cuando la doctora de la clínica de Peñasco salió de Urgencias para informar a Lorenzo que había que trasladar de inmediato a Rosa a la ciudad de Oaxaca para intentar salvarle la vida, éste se había ido sin avisar, regresando a su pueblo. La doctora lo tuvo que rastrear por radio, ordenándole que regresara a Tlaxiaco para trasladar a su esposa al Hospital Civil de Oaxaca. Más horas preciosas fueron perdidas. Rosa llegó finalmente al Hospital Civil, la intervinieron ese mismo sábado, le sacaron al óbito fetal más no resistió la operación. Según sus compadres, se le «reventó el útero» y se murió de hemorragia. El acta de defunción registra que falleció de *shock* hipovolémico.

Lorenzo informó a los padrinos por teléfono de la muerte de Rosa, quienes viajaron primero a Tlaxiaco y de ahí a Oaxaca, con la esperanza que por lo menos el bebé se hubiera salvado. Llegando al Hospital Civil se enteraron que tanto Rosa como el bebé habían fallecido. En los días siguientes, ya de regreso a Magdalena, los padrinos y otra hermana de Antonio y Lorenzo se reunieron y trataron de convencer a Lorenzo que dejara de tomar, que se pusiera a trabajar y de que ellos se encargaban de sus hijos e hijas porque no lo veían capaz de asumir su responsabilidad. Lorenzo se negó. Los familiares se resignaron porque «no había qué hacer; él es el padre».

Se quedaron entonces los hijos con el padre, quien tomaba los fines de semana más que antes, también lo hacía los lunes, martes, miércoles y jueves. Los padrinos se dieron cuenta que él les pegaba violentamente a los hijos de manera rutinaria, usando un cable de metal. Trataron de convencerlo para que los dejara hacerse cargo de sus hijos junto con otra hermana, mas Lorenzo «no quiso». En fechas posteriores sacó a sus hijas de la escuela con la justificación de que «las mujeres no necesitan escuela». Pocos días después, en plena borrachera, violó a su hija mayor de quince años. La hermana de Lorenzo, al enterarse, lo denunció y se llevó a los sobrinos a su casa. Antonio hizo lo mismo. Al momento de la entrevista, cinco meses después, los hijos de Rosa y Lorenzo viven repartidos entre las dos familias, mientras Lorenzo está preso en la cárcel. La hija violada estaba trabajando en Tlaxiaco, lejos de cualquier familiar y no sabemos en qué condición emocional.

Además de los padrinos, se entrevistó a la doctora, la cual no sólo confirmó la parte de la historia que ella había presenciado, sino nos relató que este episodio la había traumado tanto que estaba considerando seriamente dejar la profesión médica. Se sentía culpable de no haber abierto la puerta a las niñas en medio de la noche y de haber perdido cuatro horas preciosas en las que hubiera podido tal vez salvar la vida de esta mujer. El hecho de que en Magdalena Peñasco abunden los borrachos de noche y se viva en condiciones reales de inseguridad que justifican la necesidad de protegerse no abriendo la puerta de la clínica en la madrugada, no le era

suficiente consuelo. La conducta de Lorenzo se le hacía inadmisibles y no podía entender cómo puede haber situaciones familiares como ésta.

Además, hizo fuertes críticas al sistema médico, cuestionando la falta de medicamentos, apoyo, infraestructura y personal especializado en el *IMSS-Oportunidades*, tanto en la clínica a su cargo, como en el hospital de Tlaxiaco. También cuestionó que las autoridades municipales no hubieran puesto a disposición de la clínica una ambulancia. Nos hizo ver su cansancio, su inconformidad, su decepción y su desánimo. Había llegado un año antes al pueblo para hacer su servicio social llena de energía, bien preparada profesionalmente y con muy buena voluntad de hacer las cosas y apoyar.

Un año después, lo único que quería era terminar lo más rápido posible, irse de Magdalena Peñasco y nunca jamás regresar, dejar la profesión médica y tratar de olvidar lo que le había tocado vivir.

62

Análisis

La historia de Rosa y sus descendientes es una de las más dramáticas que nos encontramos en el trabajo de campo. En muchos sentidos, ilustra un caso clásico de violencia intrafamiliar extrema, desarrollada en un contexto de pobreza y alcoholismo. El padre ejerce un control casi absoluto hacia la mujer e hijos, mientras estos últimos viven en un estado de continua sumisión a la autoridad ilimitada del padre; autoridad conferida y derivada directamente de su condición masculina.

Por el relato de los padrinos, nos damos cuenta de que Lorenzo tenía control sobre cuatro ámbitos de la vida cotidiana de Rosa por lo menos: los espacios de socialización y amistad; los hijos e hijas de ambos; el lugar de residencia de la familia; y, por último y tal vez lo más importante, el cuerpo de «su» mujer, sobre todo en lo relativo a la reproducción, los cuidados médicos, el embarazo y el parto.

A juzgar por las opiniones de Antonio y su esposa, Lorenzo controlaba estrictamente las amistades de Rosa. Es de imaginarse que las relaciones sociales y la red de apoyo de ella fueran disminuyendo con el paso del tiempo. Él «se molestaba» cuando ella platicaba con alguien, hasta con sus padrinos, quienes son familiares de él. Es así como aumentaba el aisla-

miento de Rosa y el control del marido se volvía más totalizador. Al identificar la reacción de él, las palabras de los padrinos son reveladoras: él «se molestaba» cuando ella hablaba con alguien o visitaba a la vecina o a familiares. El «molestar» se vuelve un eufemismo que, sin ser una plena justificación de la reacción de Lorenzo, nos da a entender sin embargo que, con su conducta, Rosa le daba motivos para que después iniciara el conflicto entre ellos, llovieran los golpes y ella tuviera que confinarse al espacio de su casa. Aun si los padrinos toman partido por Rosa y por los hijos después de la trágica muerte de ella y la violación de la hija mayor, en su narración nunca cuestionaron el derecho del marido-padre a controlar estrictamente los tiempos, los espacios y las actividades de la esposa y sus progenitores. Es una autoridad patrimonial conferida a Lorenzo por su masculinidad y a la cual se debe obediencia. Es sólo después de la violación de la hija que los padrinos le ponen límites al denunciarlo.

El control de Lorenzo sobre sus descendientes se vuelve evidente cuando nos relataron que él decidió sacarlas de la escuela. Que este control se ejerciera como parte de la construcción de la masculinidad hegemónica y la construcción de la subordinación femenina se hace evidente no sólo en la ausencia de la madre en la toma de decisiones con respecto a los hijos, sino en el hecho de que el padre no les permitió a las niñas regresar a estudiar una vez en el pueblo porque «son mujeres y las mujeres no necesitan estudios». El control se ejercía con violencia física; una violencia cotidiana que además era conocida por los padrinos: Lorenzo le pegaba a los hijos con un cable de metal y ellos lo supieron. Sin embargo, su intervención no pasó de exhortos, apelando a su voluntad y juicio para que dejara de tomar y cuidara bien de sus hijos. Nunca se le cuestionó su derecho de ejercer su autoridad y su control con violencia. Fue hasta la violación de la hija que su familia intervino y lo denunció.

En cuanto al control del cuerpo de la mujer, Lorenzo le prohibió a Rosa usar métodos anticonceptivos y seguramente controlaba el ejercicio de la sexualidad, así, ella tuvo un embarazo tras otro, pese al riesgo creciente para su salud y seguramente en condiciones económicas muy precarias. Él decidía dónde debían de nacer sus hijos: en la casa y sin apoyo de nadie; ni un familiar, menos una partera o un médico. Rosa debía de parir

sola porque así derivaba de su condición de mujer. El aislamiento al que el marido la sometía incluyó un momento tan vulnerable como el parto. Lorenzo le prohibió además, ir a consulta prenatal, sin embargo, Rosa logró asistir dos veces a escondidas del marido.

Aquí es donde vemos una fisura en el control y el aislamiento que Lorenzo le imponía a su pareja. Los padrinos nos dejaron ver que en a veces Rosa lograba romper el círculo de poder y actuaba con un mínimo de autonomía en contra de las prohibiciones del marido. En ocasiones esto se logró con el apoyo de los padrinos mismos, como cuando la llevaron con el médico en su octavo embarazo y se le hizo cesárea. Es probable que el desafío al control dominante del esposo implicara costos; nos podemos fácilmente imaginar agresiones verbales y golpizas.

Cuando la doctora mandó a Rosa a hacerse «estudios» en el último embarazo que le costó la vida, él se lo prohibió y esta decisión no fue desafiada. Es probable que el costo financiero de los estudios, las severas limitaciones materiales en las que vivía esta familia y la dependencia económica total de Rosa hacia el marido, fueran factores que contribuyeron de manera decisiva a que la prohibición de Lorenzo se aceptara sin cuestionamientos.

Llama mucho la atención el abandono físico y emocional absoluto de este hombre hacia la mujer cuando ella está sufriendo en los dolores de parto y cuando, además hay evidencias de que su vida está realmente en peligro. Lorenzo la deja sola con los hijos en la casa con dolores crecientes y sangrado durante un día y medio mientras él se va a «cumplir con su servicio» en el pueblo. La deja sola en el Hospital de Tlaxiaco y se regresa a Magdalena Peñasco cuando ella ya se estaba muriendo. Hay una falta de humanidad básica en la actitud de este hombre, donde la desobligación y la indiferencia emocional hacia el sufrimiento de su cónyuge marcan la relación entre ellos. Las condiciones materiales de pobreza de la familia contribuyeron a reducir todavía más los espacios de acción y respuesta de Rosa.

El relato de los padrinos indica que Rosa realmente muere a causa del dominio de su pareja y, al mismo tiempo, por el descuido y la indiferencia que le manifiesta frente a su sufrimiento. Los testimonios revelan

que ella tenía una autonomía muy limitada y que el marido había logrado confinarla al espacio doméstico, controlando muchos de los tiempos, espacios y actividades de Rosa. Control que no era cuestionado ni por los padrinos, quienes lo veían como algo natural e inevitable.

La única forma de entender este control y la violencia con la que Lorenzo lo implementaba y reafirmaba en la vida cotidiana es desde una perspectiva de género. La violencia de Lorenzo hacia su esposa, es una violencia de género. Asimismo, la falta de cuestionamiento de este poder, a pesar de que las consecuencias son visibles y reprobables por parte de Antonio y su esposa sólo se puede entender desde una perspectiva de género.

Evidentemente el alcohol juega un papel desencadenador de la violencia en Lorenzo, aun si todo indica que principal causa es la violencia. El alcohol desinhibe pero la violencia es una herramienta a la que él recurre con o sin alcohol, por haber aprendido a ejercerla como parte de su hegemonía masculina en el seno familiar; hegemonía donde la agresividad se considera rasgo innato de la naturaleza del varón. La violación de la hija es el gesto último y más extremo del control y el poder absoluto que este hombre cree tener sobre su familia; un poder que, en ausencia de la madre, se extiende al cuerpo de la hija.

Estudios socioantropológicos sobre la violencia contra las mujeres y el ejercicio de la dominación masculina en la familia, han enfatizado el control que los hombres ejercen sobre ámbitos de la vida de la pareja, como los antes mencionados, remarcando que se trata de mecanismos para socavar la autonomía femenina y reiterar en la vida cotidiana la sumisión de la mujer y de los hijos e hijas. En estas circunstancias, recurrir a la violencia física, emocional, sexual, verbal y económica se vuelve una herramienta muy poderosa para ejercer el control y reiterar la relación de dominación-sumisión como algo inalterable e inevitable. Se construye socialmente y se vive en la cotidianidad como algo natural en la relación entre los géneros y entre el padre y sus descendientes [Castro, 2004]. Como nos demuestra este relato, las consecuencias pueden ser realmente desastrosas.

Caso 2: «Ella, de por sí una niña, murió al dar a luz a su bebé»: Historia de la muerte de Valentina de San José Independencia

El municipio mazateco de San José Independencia se encuentra en el distrito de Tuxtepec en el estado de Oaxaca. Es una comunidad indígena con alta marginación y pobreza. San José fue uno de los pueblos que durante los años cuarenta dieron sus mejores tierras para la construcción de la presa Miguel Alemán (Temascal), donde se genera la energía eléctrica que alimenta a gran parte del estado de Veracruz. El estado de pobreza y marginalidad que sufre el municipio se debe en parte al aislamiento geográfico que representa estar ubicado en medio de una presa. Actualmente cuenta con 5 mil 500 habitantes que viven de la agricultura, maíz para autoconsumo y, en menor medida, café para el mercado. La pesca de mojarra en la presa Miguel Alemán es una actividad constante tanto para autoconsumo como para venta, aunque en realidad se trata de un comercio en menor escala debido a que las mojarra se venden muy baratas tomando en cuenta que la pesca es una actividad desgastante y que lleva mucho tiempo, por ello, muchos jóvenes migran para sobrevivir, siendo el 15 por ciento de la población la que trabaja fuera del municipio, en la ciudad de Oaxaca y sobre todo en otros estados como el Distrito Federal, Puebla y Veracruz.

Las viviendas del municipio tienen los servicios mínimos, mas no todas cuentan con alguna fuente de agua y menos de la mitad tienen energía eléctrica. En San José se habla más el mazateco que el español, aunque la mayoría de la población es bilingüe debido a que existen las escuelas primaria y secundaria.

El traslado de la población para entrar y salir del municipio es muy difícil porque depende de las condiciones en que se encuentra la presa. Cuando el nivel del agua es considerable, el tiempo que tarda el cruzar la presa para llegar a Ixcatlán —el municipio más cercano— en lancha de motor es de una hora mínimo. Además, se debe tomar en cuenta el alto costo de la gasolina para la lancha, así como la temporada de sequía, pues si el agua baja, imposibilita un rápido traslado.

En cuanto a los servicios de salud, la cabecera municipal cuenta con una clínica de primer nivel de atención que pertenece al *IMSS-Oportunidades*, cuyo equipo, personal y herramientas es insuficiente para atender a toda la población. Además, hay poca accesibilidad a los servicios de salud de segundo nivel, pues implica salir de la presa y viajar otras horas adicionales por carretera. La clínica de San José refiere a sus pacientes al hospital de Tuxtepec, al que se hacen dos horas y media; a veces también envía a sus pacientes al hospital de Huautla, que queda a siete horas de camino. La clínica cuenta con una lancha a su disposición que funciona como ambulancia, pero el costo de este transporte es igual al de un viaje especial, así, los parientes del enfermo tienen que pagar la gasolina. Un viaje especial en lancha de motor desde San José a Ixcatlán cuesta, sólo de ida, cuatrocientos pesos. Además, de noche resulta casi imposible cruzar la presa. Saliendo de la presa, hay que sumar el costo del pasaje rumbo a Tuxtepec o a Huautla, en taxi o en camión según la emergencia médica.

En junio de 2005 visitamos la casa de Valentina en el pueblo de Buenos Aires, una isla a una hora en lancha de la cabecera municipal de San José Independencia. En este pueblo conversamos con la joven cuñada de la fallecida quien nos relató lo ocurrido; además, entrevistamos a la madre con ayuda de un traductor de mazateco, quien en su relato, describió la violencia que su hija sufría cotidianamente por parte de su marido y del partero en el momento de dar a luz.

Valentina asistió a la escuela primaria, cursó hasta el sexto grado y aprendió a leer y escribir en español, aunque hablaba más fluidamente el mazateco, su lengua materna. Era católica. A la edad de 13 años se juntó con Eusebio, quien le llevaba unos 20 años. Vivieron juntos por un año. Valentina sufrió violencia física y psicológica por parte de su marido durante ese tiempo, ya que Eusebio es un señor, nos dijeron, de «muy mal carácter» que consumía alcohol frecuentemente y que, aun cuando no estaba ebrio, era violento con Valentina.

De acuerdo con el relato de la madre, en la dinámica familiar de Valentina era cotidiana la violencia, Eusebio le pegaba constantemente, incluso durante su embarazo.

Valentina vivía en la casa de él, que queda más o menos cercana a la casa de su madre; es decir, las decisiones en cuanto a su vida cotidiana y su condición de salud, las tomaban Eusebio y/o sus familiares.

Poco más que una niña, a la edad de 14 años, Valentina falleció después de dar a luz a causa de una retención placentaria que le provocó una fuerte hemorragia. Su pequeño niño, el primero y único, sobrevivió. Atendieron su parto la madre, la suegra y la abuelita del esposo; la madre de Eusebio fue quien cortó el cordón umbilical. También estaba el partero del pueblo que, nos contó la madre, golpeó, forcejó e insultó a Valentina durante el parto. Según ella, el partero «tenía coraje» y por eso le pegó a su hija.

Durante su embarazo, Valentina nunca fue a visitar al médico porque su esposo no se lo permitió: «estaba molesto» con el personal de la clínica porque anteriormente le habían llamado la atención porque no llevaba a su esposa a consulta prenatal durante el embarazo. En una ocasión, la enfermera de la clínica de San José Independencia le había insistido en la importancia de la consulta prenatal. El regaño de la enfermera tuvo graves consecuencias para la salud física y emocional de Valentina. Eusebio, enojado por el regaño de esta agente de salud, que es parte de la comunidad pero, al mismo tiempo, se distancia del resto de la gente por su estatus social adquirido a través del ejercicio de la profesión, «se desquitó» con Valentina y comenzó a golpearla más que de costumbre. Además le prohibió tajantemente asistir a la clínica.

La versión del relato de la cuñada difiere de la madre, ya que sostiene que Valentina sí iba a consulta prenatal durante su embarazo y que nunca tuvo molestias, hinchazón o dolor aunque tomaba «unas pastillas blancas».

Cuando llegó el momento del parto y empezaron las contracciones de Valentina, Eusebio siguió ejerciendo su autoridad que le confiere su posición de varón y su edad. Tomó todas las decisiones en cuanto a cómo, quién y dónde se atendería el parto. No quiso llevarla a la clínica por la desconfianza que le generaba el personal médico a raíz del desencuentro con la enfermera, así que decidió llevar a un partero a casa para que la atendiera. Este partero de la localidad de Chapultepec tiene fama de vio-

lento en toda la región; según el testimonio de la madre de Valentina, se han muerto otras mujeres atendidas por él. Desde antes de parir y durante las varias horas que duró el trabajo de parto, el partero insultó, golpeó y presionó a Valentina repetidas veces. Es así como a ella le tocó dar a luz en un contexto violento y forzado porque el señor la obligó con golpes e insultos a pujar mucho y demasiado pronto. La madre nos comentó que él estuvo diciendo que Valentina *no ponía de su parte* pues el alumbramiento se logró hasta el anochecer, aunque tal demora suele ser normal para una primeriza. El niño nació vivo pero Valentina falleció después de dar a luz a causa de una retención placentaria que le provocó una fuerte hemorragia.

Ahora el hijo de Valentina tiene 4 años y vive con la familia de su padre. No permiten que vea a su abuela materna.

Análisis

En relación con la violencia que Valentina sufrió en el ámbito familiar, desconocemos las razones por las que Valentina se *juntó* con Eusebio a tan temprana edad. Valentina aceptó vivir con Eusebio porque él la obligó, y según el relato de la madre, tanto la familia de él como la de Valentina no se opusieron porque *le tenían miedo*. El carácter violento del esposo propició que sus deseos se volvieran incuestionables en el contexto familiar. Este es un tipo de violencia muy común que sufren las niñas y mujeres indígenas, quienes en muchos casos no participan en la elección de cómo, cuándo y con quién casarse. Valentina tenía sólo 13 años, acababa de terminar la primaria y fue obligada a casarse con un hombre mayor que ella que tenía una actitud impositiva, prepotente y violenta, conocida por ambas familias.

En las familias rurales indígenas es común que las mujeres se casen extremadamente jóvenes. Cuando se unen con hombres mucho mayores que ellas, las jóvenes se encuentran en una situación de profunda desventaja, siendo susceptibles a ser sometidas a relaciones de poder muy marcadas. En estas circunstancias, el riesgo de sufrir violencia es todavía mayor.

Cuando Valentina y Eusebio *se juntaron*, se fueron a vivir a la casa de la familia de él. La residencia patrilocal puso a Valentina en una situación

de mayor vulnerabilidad ya que las decisiones en cuanto a su vida cotidiana y en particular a su embarazo, las determinaban Eusebio y sus familiares. A pesar de la cercanía de la casa de su madre, Valentina dependía totalmente de la familia política, confinada al espacio doméstico del marido, sin ningún poder de decisión y totalmente a merced de lo que Eusebio y su familia decidieran hacer con ella. Evidentemente se trató de una situación de franca desventaja donde los familiares de él toleraban (si no aprobaban) los actos violentos por parte de Eusebio hacia ella.

En muchos casos, la cercanía de las redes familiares originales es un factor protector que permite a las mujeres, sobre todo a las adolescentes, sentirse y estar más seguras. Sin embargo, cuando viven con la familia del esposo, se encuentran potencialmente en una situación de mayor vulnerabilidad y en un factor de mayor riesgo en el embarazo y el parto, no contando con el mismo apoyo y protección que pudieran tener si estuvieran viviendo cerca de sus madres, hermanas o alguna otra mujer de su familia consanguínea.

70

A pesar de su corta edad, por *juntarse* con un señor, Valentina se vio obligada a cumplir con su papel de «mujer adulta»; a tener relaciones sexuales con el marido a su voluntad, tener hijos sin quejarse de las complicaciones y/o riesgos que pudieran presentarse, y cumplir con todas las tareas domésticas asignadas.

En la dinámica familiar de Valentina era cotidiana la violencia, dado que Eusebio le pegaba constantemente incluso durante su embarazo.

El embarazo durante la adolescencia es un factor de riesgo para las mujeres, ya que generalmente se encuentran desnutridas y obligadas a realizar tareas que implican mucho esfuerzo físico. Más riesgoso aún si no se lleva un adecuado control prenatal, se tiene sólo 13 años y cuando la joven se encuentra en una situación de profundo desamparo, como fue el caso de Valentina.

Uno de los factores que desencadenó la muerte de Valentina es el hecho de que no recibiera atención médica durante su embarazo y parto. El caso de Valentina ilustra de alguna forma el desencuentro intercultural entre las instituciones de salud y los pacientes o familiares de los pacientes

en torno a la salud materna en el ámbito rural. Es importante que los prestadores de servicios de salud en poblaciones indígenas: médicos, enfermeras y asistentes, sean sensibles a las dinámicas culturales del contexto local, aun si estas dinámicas pueden ser profundamente inequitativas. A partir del análisis de la información recabada en el trabajo de campo de nuestro proyecto de investigación, encontramos que una de las razones por las que las mujeres no asisten a la clínica durante el embarazo o sus maridos no «les dan permiso» de asistir, tiene que ver con que han recibido malos tratos por parte del personal de salud. Es frecuente que los doctores regañen a las señoras o regañen a sus esposos, en lugar de brindarles información necesaria para evitar riesgos en torno del proceso embarazo, parto y puerperio.

En este caso podemos inferir que la supuesta llamada de atención de la enfermera hacia el esposo —actitud justificada bajo las circunstancias de riesgo de la parturienta y el conocimiento que la enfermera tenía de la situación marital de Valentina— tuvo el efecto opuesto al deseado: agudizó el abuso y la violencia hacia Valentina e hizo que se cerrara toda posibilidad de que el marido «le permitiera» acceder al cuidado prenatal y durante el trabajo de parto.

Por otro lado, en el momento del parto Valentina sufrió abusos y maltratos también del partero, quien la presionó y golpeó cuando ella estaba dando a luz. Esta violencia ejercida por un agente de salud informal se puede interpretar como parte de la subvaloración de la vida de la mujer y de su proceso reproductivo (embarazo, parto y puerperio), según el patrón socio-cultural prevaleciente en este contexto indígena. En este contexto, la construcción social de la feminidad espera que las mujeres «se aguanten» y no expresen dolor durante el parto pues éste se concibe como un acto natural en sus vidas que no necesita de cuidados especiales ni de medidas preventivas. Para comprender la dinámica de la violencia relacionada con la salud materna en el medio indígena, necesitamos tener claro que los roles de género condicionan las formas en que se maneja todo el proceso reproductivo. Recordemos que la capacidad de ser madres es la que define la valoración social de la mujer indígena, por medio de la cual se adquiere prestigio social y familiar.

Es obvio que las condiciones emocionales y físicas en las que se encontró Valentina al momento del embarazo y del parto fueron desastrosas: era muy joven, casi una niña; cursaba su primer embarazo sin información alguna con respecto a los cambios que estaba transformando su cuerpo, lo que le esperaba durante el trabajo de parto y los posibles signos de alarma durante este periodo; tenía un marido mucho mayor, alcohólico, violento, y que en lugar de apoyarla, le pegaba y en el momento tan vulnerable del trabajo de parto la dejó en manos de un partero que la agredió y la forcejó. Aunque en el parto contó con la presencia y el apoyo de su madre y de dos mujeres de su familia política, llama la atención que la madre atestiguara el maltrato al que fue sometida su hija sin lograr intervenir para que este cesara. Tal vez, la interiorización profunda de las relaciones de poder de género, donde la mujer casada «pertenece al marido», no le permitió a la madre abogar por su hija.

72

Caso 3:»Porque el hombre lo manda...»: Historia de la muerte de Ana, San José Lachiguirí'

San José Lachiguirí es un municipio de la Sierra Sur de Oaxaca, con una población dispersa de aproximadamente 2000 habitantes. Este municipio tiene dos agencias de policía: Nizagoche y Lachivigoza donde residen casi 1000 habitantes, la mayor parte se dedica al campo y a tejer la palma para hacer petates y tenates. Se habla el zapoteco y se practica la religión católica. Las viviendas son de paredes de tierra caliza, piso de tierra y techo de lámina, con letrinas pero sin agua potable.

Lachivigoza cuenta con una casa de salud del *IMSS-Oportunidades*, la cual funciona en coordinación con la clínica que ofrece servicios en la cabecera municipal. Cada mes, el doctor llega a vacunar a los niños y a atender a veinte personas aproximadamente entre consultas generales y prenatales. Esta casa de salud, es atendida además por un auxiliar quien va a capacitación a Miahuatlán cada dos meses. Cuenta con teléfono que sirve para facilitar el traslado de pacientes en ambulancia o algún otro transporte en caso de emergencias médicas. Hay que mencionar que en esta agencia no hay parteras, a diferencia de otras localidades del municipio.

Entre Lachivigoza y Lachiguirí hay siete kilómetros de distancia, los cuales suelen recorrerse a pie, ya que un viaje especial cuesta trescientos y este precio se eleva si el traslado ocurre durante la noche. El traslado a Miahuatlán en estos casos, llega a tener un precio hasta de mil pesos, monto muy elevado para los ingresos económicos de los habitantes del lugar.

En el trabajo de campo le dimos seguimiento a la muerte materna de Ana, fallecida en 1998. Ana era casada, católica, analfabeta y monolingüe. De acuerdo con el diagnóstico médico, falleció a consecuencia de un *shock* hipovolémico, retención de placenta y sepsis. Los datos que nos dieron en la entrevista fueron proporcionados por la madre de la fallecida, Carolina, quien nos relató que Ana se casó muy joven como es la costumbre en muchos contextos rurales e indígenas del estado. Fue huérfana de padre a los cinco años de edad y esto coadyuvó a que sus posibilidades para recibir educación básica se volvieran nulas, debido a los escasos recursos económicos de su madre.

Cuando cumplió quince años se casó con un hombre con el que vivió casi veinte años. Tuvieron diez hijos, de los cuales viven siete ya que tres de ellos fallecieron muy jóvenes por diferentes circunstancias. Sólo uno de sus hijos nació en una clínica del sector salud, la cual correspondía a la jurisdicción del municipio donde vivían en ese tiempo. Los otros nueve partos fueron en su domicilio sin la ayuda de nadie y solamente auxiliada por su esposo, en algunas ocasiones.

El esposo de Ana es alcohólico, factor que contribuyó a desencadenar la violencia intrafamiliar. Según la madre, Ana era maltratada físicamente cada vez que el marido llegaba en estado de ebriedad, lo cual ocurrió con frecuencia durante su matrimonio.

La madre de Ana estaba consciente de esta situación y no la aprobaba; sin embargo, no podía hacer nada, debido a que ella no vive en la misma localidad y comparte la concepción de que en el matrimonio, «no debía involucrarse en los asuntos de la pareja». Durante la entrevista, Carolina estuvo llorando por la muerte de Ana acaecida siete años antes, comentándonos repetidamente que «*se quería morir por eso*». Las emociones enseñadas nos indicaron que no faltaba afecto entre ella y su hija y que la muerte de Ana la había marcado mucho.

Sin embargo, en sus palabras resultó evidente que Carolina tiene interiorizada la visión hegemónica de género en donde el hombre es quien decide, mientras la mujer acepta el poder del marido y se somete a su autoridad una vez casada. Su yerno, nos dijo, contaba con el derecho de mandar a su hija y a ella le tocaba obedecerlo.

Su madre nos comentó que a los 35 años, Ana esperaba a su décimo hijo. Su embarazo transcurría sin acontecimientos visiblemente fuera de lo normal. Sin embargo, Ana nunca fue a control prenatal puesto que su esposo le negaba recibir atención médica. En esta situación, completó sus nueve meses de embarazo y cuando llegó del momento del trabajo de parto, Ana se encontraba en su casa con sus hijos pequeños que, por supuesto, no podían brindarle ninguna ayuda. Al comenzar los dolores y por la experiencia adquirida en los otros partos, supo cómo atenderse y dio a luz a una niña. Sin embargo, la placenta no salió completa. El marido llegó borracho después del parto y aparentemente no se dio cuenta de nada. Aturdido por los efectos del alcohol, no reparó siquiera en su pequeña recién nacida, mucho menos en las condiciones de salud de su esposa que estaba sangrando y tenía mucho dolor.

La madre de Ana se enteró que su hija había dado a luz seis días después del parto y fue a verla a Lachivigoza. El escenario que encontró Carolina en casa de su hija fue devastador: El esposo estaba ebrio y Ana se encontraba en la cama con temperatura alta, sin apetito y con sangrado «...mucha sangre, mucha sangre negra, ¡mire usté!...». Ana estaba moribunda, «ya para morir» según la madre.

El hilo de vida que le quedaba a Ana cuando su madre llegó, le duró seis días más. Su cuerpo desgastado por su historia reproductiva no pudo resistir el último parto que la llevó a la muerte con una infección puerperal. Ana no amamantó a su pequeña, la madre de Ana nos platicó que le dieron leche de lata durante los 18 días que logró vivir la niña.

Durante esos seis días, Carolina nos contó que le pidió a su yerno que le permitiera que Ana fuera atendida por un médico, pero éste se lo prohibió reiteradamente. Al parecer, el marido de Ana no se daba cuenta de la situación por su estado de ebriedad permanente. Es así como no sólo no cuidó de su esposa sino que tampoco le hizo caso a su hijita.

Carolina se quedó al lado de Ana hasta que ésta falleció. Pocos días después murió también la recién nacida ya que, según la versión de Carolina, al padre se le olvidaba alimentarla.

Análisis

En este caso es importante remarcar varios aspectos. Ana estaba sola, sin la cercanía de su familia original que vivía en otro pueblo y sin redes sociales de apoyo en la localidad donde la llevó a vivir su marido. La pobreza en la que vivía esta familia y la dependencia total de Ana hacia el poco dinero que ganaba su marido limitaba aún más la movilidad potencial de Ana y no le permitía reunirse con su familia consanguínea seguido. Confinada al espacio doméstico, sin amistades, nadie abogó por ella cuando surgió la emergencia médica que le costó la vida. Con un marido agresivo y alcohólico que le controlaba sus movimientos y no le permitía acudir a control prenatal, Ana estaba acostumbrada a enfrentar sus partos sola. Todo indica que también estaba acostumbrada a que el marido decidiera por ella, llegara a la casa ebrio día tras día y le golpeará con frecuencia. Ésta era la vivencia cotidiana de Ana y es probable, aunque no tenemos certeza al respecto, que una actitud de resignación e inevitabilidad llenara sus días.

En apariencia, el orden estructural de la familia dominada por la figura masculina estaba aceptado sin fisuras por Ana, sus hijos e hijas y sobre todo, por la madre de Ana, quien no pudo cuestionarlo ni siquiera frente a la enfermedad y la muerte de su hija. La interiorización del orden patriarcal por parte de Carolina es totalizadora: resignada, pero desecha en llanto, señala que lo que ella opina no tiene importancia, ya que «la mujer debe obedecer sin cuestionar porque el hombre lo manda». Carolina acepta que el marido de Ana era y sigue siendo la única persona con autoridad para tomar decisiones con respecto a la vida, la salud y el cuerpo de su hija y su nieta. Impotente ante la situación, asegura que no le quedó otra alternativa más que resignarse al ver su hija morir frente a sus ojos.

Suponemos además que, a pesar de conocer la situación de constantes agresiones por parte del yerno hacia su hija, la madre no cuestionó

en ningún momento la obligación de Ana de permanecer con él. Frente a la enfermedad muy avanzada de su hija y ante a la negativa del marido de que la atendiera un médico o por lo menos el auxiliar de salud de la localidad, Carolina no se rebela y acepta la orden del yerno como algo inevitable que no se puede alterar. Es probable que la madre de Ana tuvo que aceptar con resignación que su hija no fuera atendida seguramente porque ella tampoco tenía dinero para un traslado o para atención médica. Así, la falta de acceso a servicios médicos cercanos de calidad y los costos de los traslados se convierten en factores que seguramente influyeron en la «inevitabilidad» de la muerte de Ana.

En este sentido y a diferencia de investigaciones donde se remarca la importancia de la cercanía y las redes de apoyo de la familia original como elementos de protección en la salud materna [Freyermuth, 2003], la presencia de la madre no logra representar por sí sola una herramienta de protección frente a la vulnerabilidad de la hija. Para que estas redes funcionen como factores de protección tienen que estar presentes por lo menos dos elementos: la voluntad y capacidad de desafiar la autoridad masculina en el seno familiar y los medios económicos para poder ofrecer una alternativa frente a las negativas de él.

Seguramente en esta historia hay otros factores agravantes. El alcoholismo del marido se vuelve un factor que, de alguna forma y en el ambiente sociocultural en que está inmersa esta familia, justifica el maltrato, el abuso, el descuido, el abandono y la «desobligación» de este hombre hacia su esposa y su familia. Se tolera que el hombre sea alcohólico y golpee a su esposa cuando está ebrio como algo que es reprobable pero inevitable porque se considera parte de la naturaleza masculina. En el caso de Ana, el alcoholismo del marido fue determinante en su fallecimiento y en el de su pequeña hija, pues el marido nunca tuvo conciencia de la situación que estaba enfrentando su esposa tras el parto.

Otro factor agravante fue el analfabetismo de Ana y las condiciones de extrema pobreza en la que transcurrió su vida. Fue huérfana de padre desde niña y su madre enfrentó limitaciones económicas muy fuertes que no permitieron que Ana pudiera ir a la escuela. Tuvo que trabajar

desde pequeña y siguió haciéndolo toda la vida. Tuvo muchos hijos, seguramente porque el marido nunca le permitió usar métodos anticonceptivos. Tal vez, Ana nunca supo que la familia se puede planificar.

Por último, hay que mencionar la ausencia de servicios de salud cercanos, gratuitos y con capacidad resolutoria en casos de emergencia obstétrica como la que vivió Ana, como un factor agravante en esta historia. Si hubiera habido servicios de salud de primer nivel en la localidad con un médico suficientemente entrenado y cercano a la población, tal vez hubiera podido detectar la retención de placenta y la sepsis a tiempo y Ana se hubiera salvado. Si los servicios de salud de segundo nivel fueran accesibles y gratuitos para emergencias obstétricas, tal vez Ana hubiera podido acceder a un legrado y a los antibióticos necesarios y se hubiera salvado. Quizá su madre hubiera tenido las opciones para poder intervenir y desafiarse a su yerno.

Carolina nos mencionó en la entrevista qué pasó con sus nietos al fallecer la madre: los dos mayores trabajan ahora fuera, a otro lo cuida Carolina y los cuatro más pequeños se quedaron con su padre, quien se volvió a casar y tiene otra hija más. A su segunda esposa también la maltrata. El «reparto» de estos pequeños es también una forma de violencia, ya que las circunstancias los orillaron a la separación del seno familiar y a la privación de la figura materna durante toda su vida.

Conclusiones

Es importante recordar que en nuestra investigación nos enfocamos hacia la reconstrucción de los episodios de muerte materna. Esto conlleva un sesgo para poder entender la relación entre inequidad de género, violencia contra las mujeres y riesgo materno: no tenemos las perspectivas de las mujeres mismas, protagonistas de estas historias tan trágicas pero realmente sin voz en la reconstrucción de sus vidas y de los acontecimientos que las condujeron a la muerte. Las personas que entrevistamos nos dieron sus puntos de vista que, evidentemente, reflejaban sus distintas posiciones y papeles que jugaron con respecto a la fallecida. Se trata, por lo tanto, de reconstrucciones muy parciales y proyectadas desde ángulos muy particulares: la visión de la madre, la cuñada, la médica, los padrinos.

No obstante esta limitante, lo que se logró captar en las entrevistas y en la observación en trabajo de campo, nos permite llegar a algunas conclusiones que nos parecen importantes y relevantes para el estudio de la muerte materna y de la relación que a veces existe entre ésta, la inequidad de género y la violencia.

Los tres casos que se presentaron en este artículo nos ilustran algunos de los múltiples factores que intervienen en la muerte materna en medios indígenas de extrema pobreza y con un acceso muy limitado a servicios de salud de primer nivel y prácticamente nulo a los de segundo nivel, por lo menos por los costos de traslado.

Estos factores estructurales son agravantes muy serias que limitan las opciones de los familiares involucrados en el cuidado de la mujer durante el trabajo de parto. Los casos de Valentina y de Ana son emblemáticos al respecto. El tener acceso a servicios de salud con capacidad resolutive hubiera dado una opción de intervención a las madres de las dos fallecidas; opción que les era claramente negada en ambos casos. Este contexto no es de olvidarse nunca cuando nos enfocamos, como hicimos en este artículo, a elucidar más en específico la relación entre inequidad de género, violencia ejercida contra la mujer y el ocurrir de la muerte materna en el ámbito doméstico.

En los tres casos resulta evidente que la articulación entre estos tres elementos es compleja y profunda. Se trata de tres historias en donde la dominación masculina en el hogar es casi absoluta, abarcando muchos aspectos de la vida de la mujer y de hijos e hijas, cortándole a ella la movilidad, confinándola al espacio doméstico, decidiendo no sólo sobre sus tiempos, espacios y actividades, sino también, y sobre todo, sobre su cuerpo. Esta dominación no se cuestiona ni por la mujer ni por los familiares (consanguíneos o políticos) y es interiorizada como inevitable y natural por todos los que intervienen en la escena del parto. Es una condición de inequidad profunda que nos explica en parte cómo una mujer indígena pobre se muere de parto cuando este tipo de muertes no tendrían que ocurrir. También nos explica en gran parte cómo y por qué se construye un ambiente familiar de violencia, hecho de abusos, maltratos, falta de cuidados, abandonos, insultos y hasta violaciones sexuales por parte del

hombre hacia la mujer y, en el caso de Rosa, hacia las hijas, en un ambiente donde la mujer no tiene opciones por ser mujer y pobre.

Nos parece importante remarcar dos aspectos importantes con respecto a los tres casos que presentamos. El primero tiene que ver con la debilidad estructural que pueden presentar las redes de apoyo familiares y, en específico, la presencia de la madre o de los padrinos como un factor de apoyo y de protección para la mujer en casos de extrema vulnerabilidad. Como vimos en los tres casos, esta protección puede ser muy relativa. En los tres estudios, se encontró su limitante más fuerte en la interiorización de estas personas del orden patriarcal que domina a la familia y que no les permiten cuestionar las decisiones del marido e intervenir ofreciendo otras opciones. En dos de los casos, la situación se agrava por la falta de alternativas reales por parte de la madre, quien no tiene opción económica para ofrecer pagar el traslado y los costos del cuidado médico frente a la emergencia obstétrica de la hija.

El segundo y último punto que queremos remarcar tiene que ver con la necesidad de cuestionar la imagen a veces romántica que existe, sobre todo en cierta literatura antropológica, con respecto a la importancia cultural y médica y al papel de apoyo a las mujeres de los terapeutas tradicionales en comunidades indígenas. Como vimos en el caso de Valentina, el partero mazateco que la atendió, en lugar de apoyarla contribuyó notablemente a agravar la situación, violentando a la parturienta con sus gestos, palabras y acciones que propiciaron un clima de extrema tensión que afectó en el desenlace fatal del parto. En el trabajo de campo encontramos múltiples ejemplos de violencia estructural ejercida en contra de la mujer parturienta indígena en los servicios formales de salud.⁴ Sin embargo, no siempre la violencia estructural en el contexto de la atención médica materna se ejerce por parte de médicos y enfermeras. Como el caso de Valentina nos enseña, surgen también casos en donde los terapeutas tradicionales, en lugar de volverse un recurso real para la salud materna local, juegan un papel opuesto. ●

Paola María Sesia

sesia@ciesas.edu.mx

Italiana. Doctora en antropología social con especialidad en antropología médica por la Universidad de Arizona, Tucson y maestra en salud pública por la Universidad de California, Berkeley. Actualmente es directora e investigadora titular del CIESAS-Istmo en Oaxaca, México. Es la responsable del proyecto «Mortalidad materna en municipios indígenas de Chiapas y Oaxaca».

Adriana Paola Zentella Chávez

adi_zentella@hotmail.com

Mexicana. Licenciada en antropología social por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa. Actualmente es becaria del proyecto de investigación «Mortalidad materna en municipios indígenas de Oaxaca». Coordinadora de trabajo de campo en el proyecto «Salud materna en el programa Oportunidades: alcances y limitaciones del programa en municipios indígenas de Oaxaca».

Karla Ruiz

koscura@yahoo.com.mx

Mexicana. Licenciada en antropología social por la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa.

Claudia Margarita Chávez Gómez

pettylu30@hotmail.com

Mexicana. Licenciada en ciencias de la educación por la Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca. Actualmente colabora en el proyecto «Mortalidad materna en municipios indígenas de Oaxaca» que coordina Paola Sesia en el CIESAS-Istmo. Es profesora titular en la preparatoria Carlos Gracida, A.C.

Notas

* El presente documento es parte de los resultados del proyecto de investigación «Mortalidad materna en municipios indígenas de Chiapas y Oaxaca», que se lleva a cabo en las unidades del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) de ambos estados con el apoyo del Fondo Sectorial Salud-CONACyT. Las entrevistas que originaron el presente artículo se realizaron entre noviembre de 2004 y diciembre de 2005.

¹ Todos los nombres de las personas han sido cambiados para respetar su anonimato y la confidencialidad de la información.

² Se agradece a Mirna Cruz el trabajo de campo que realizó en Magdalena Peñasco.

³ Se agradece a Adriana Zentella y al médico Ignacio Bernal el trabajo de campo realizado en San José Lachiguirí.

⁴ Este es un aspecto muy importante de la relación entre violencia ejercida contra las mujeres (pobres e indígenas), inequidad estructural profunda y muerte materna.

Bibliografía

82

- Castro, R. (2004). *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*. CRIM-UNAM, Cuernavaca.
- Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos (CPMSR) (1999). Boletín Semestral 9.
- Dannenberg, A. *et al.* (1995). «Homicide and other injuries as causes of maternal death in New York City, 1987 through 1991» *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 172(5): 1557-1564.
- Elú, M. C. y E. Santos (2000). *Carpeta de Apoyo para la Atención en los servicios de salud de mujeres embarazadas víctimas de violencia*. CPMSR, México.
- Freyermuth, G. (1999). «Muerte materna, lo que no dicen las estadísticas de salud». En: M.C. Elú y E. Santos. *Una nueva mirada a la mortalidad materna en México*. CPMSR, México.
- Freyermuth, G. (2003). *Las mujeres de humo* CIESAS, México.
- Heise, L. (1994). *Violencia contra la mujer: La carga oculta sobre la salud*. Banco Mundial/Organización Panamericana de la Salud, Washington.
- Hillard, P.J. (1985). «Physical abuse during pregnancy», *Obstetrics and Gynecology* 66:185.
- McFarlane, J. *et al.* (1996) «Abuse during pregnancy: Associations with maternal health and infant birthweight», *Nursing Research* 45:37-42.

- Parker, B. *et al.* (1994). «Abuse during pregnancy: Effects on maternal complications and birth-weight in adult and teenage women», *Obstetrics and Gynecology* 84(3):323-328.
- Path UNFPA (2003). «Violencia contra las mujeres: Efectos sobre la salud reproductiva». *Rev. Outlook*, 20 (1).
- Saucedo, I. (1995). «La relación violencia-salud reproductiva: Un nuevo campo de investigación». *Salud Reproductiva y Sociedad*, COLMEX.
- Valdez, R. y L.H. Sanín (1996): «La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer», *Salud Pública de México* 38:352-362.

