



Saberes de mujeres zapotecas serranas en el embarazo a principios del milenio

Carmen Flores-Cisneros,* Aidé Rodríguez-Salauz†

* Investigador en Ciencias Médicas "A" adscrita a la Subdirección de Investigación en Salud Pública, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (INPer).

† Participante en la Línea de Investigación sobre los Saberes de las Mujeres Indígenas en Salud Reproductiva y Género del Instituto Nacional de Perinatología (INPer).

RESUMEN

El artículo presenta los cambios y continuidades de las ideas y las prácticas en la atención del embarazo, parto y puerperio de las mujeres indígenas zapotecas serranas a principios del milenio. Las trayectorias de atención de las mujeres se conforman de prácticas que emanan de los distintos modelos y sistemas de salud, desde las de *autoatención* como un saber antiguo y vigente, pasando por las del *saber popular tradicional* de la cultura e identidad propias, con una predominante interacción de prácticas impuesta por las relaciones de poder político externas a la cultura e identidad étnica, y las prácticas biomédicas, institucionales promovidas por programas asistenciales del Estado a través del gobierno federal. Los resultados muestran las grandes desventajas estructurales en que se inscriben las mujeres indígenas como la pobreza, la anemia, la desnutrición.

Palabras clave: Antropología médica, mujeres indígenas, servicios de salud, saber biomédico, saber popular, *autoatención*.

ABSTRACT

The article presents the changes and the continuity of the ideas and the practices in the treatment of indigenous mountain region zapotec women during their pregnancies, births, and puerperium-40 day postpartum period, at the beginning of the millennium. The trajectory of treatment of the women compares the practices that emanate of distinct models and systems of healthcare; from self treatment through a current as well as ancient knowledge and the "passing on" of the traditional common sense practices of the culture and of their own identities, to a predominant interaction of practices imposed by the relations of political power, external to their cultural and ethnic identity, the institutionalized biomedical practices, promoted by state aid programs through the federal government. The results show the great structural disadvantages that the indigenous women enter into like poverty, anemia and malnutrition.

Key words: Medical anthropology, indigenous women, health services, common sense, self treatment.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Esta investigación surge en el marco jurídico de los Institutos Nacionales de Salud que prevé la importancia de estudiar los problemas de salud en el contexto nacional de acuerdo a la especialidad del Instituto Nacional de Perinatología INPer; en este caso, la salud reproductiva y perinatal vista desde nuestro planteamiento del problema y enfoque disciplinar como uno de los grandes problemas nacionales de salud: el de los sectores étnicos indígenas, al mismo tiempo que dicho interés se remite al Plan Nacional de Desarrollo¹ y al Programa Nacional de Salud vigentes.^{2,3} La Salud

Indígena es un campo que requiere ser estudiado y documentado para la previsión y la toma de decisiones a nivel de las políticas públicas del Estado Nacional,⁴ así como para la construcción de elementos concretos que acorten las distancias sociales y culturales entre un sector de población multiétnico y multicultural cuya ubicación social nos remite por sus condiciones de desventaja económica y material a los grupos "vulnerables".² El INPer ha tenido y tiene el interés de estudiar y documentar este tipo de problemas nacionales y proponer alternativas a nivel de planeación y generación de políticas públicas para el acceso y la atención a la salud reproductiva y perinatal indígena.

La línea de investigación sobre los *Saberes en la salud reproductiva y perinatal de las mujeres indígenas zapotecas serranas* del Instituto Nacional de

Perinatología^a propiamente visualizó estudiar las prácticas de salud materno-infantil y la influencia que la migración nacional e internacional tenía en el lugar de origen de las mujeres y hombres zapotecos serranos.^b Sin embargo, el estudio antropológico no siguió como único eje la migración y los cambios en la atención a la gestación; por su propia construcción heurística de la disciplina se consideró de mayor importancia seguir distintos ejes de descripción, análisis y comprensión; la migración en este caso es un elemento dentro de la complejidad de factores en la que visualizamos la vida y los saberes de las mujeres de la Sierra Norte de Oaxaca en el embarazo. En este sentido, las preguntas preliminares de la investigación giraban en torno a ¿qué estaba ocurriendo con las mujeres en el embarazo parto y puerperio con la influencia de la migración nacional e internacional? y ¿cómo la migración estaba cambiando las prácticas de atención en las culturas originarias?

El estudio, una vez reflexionado en su planteamiento del problema, se propuso describir tres generaciones de mujeres zapotecas serranas, sus ideas, creencias, prácticas e identidad en torno a su cultura y los conocimientos que han permitido la atención del embarazo, parto y puerperio apuntalando a la pregunta de investigación: ¿Continúan las prácticas culturales en torno a su vida reproductiva o se han transformado a principios de siglo?

La investigación concibió la perspectiva de género al incluir las representaciones de las mujeres en correlación con las de sus homólogos varones para entender de esta forma las relaciones mujeres-varones, mujeres-mujeres, varones-varones⁵⁻⁷ en el contexto cultural zapoteco, ya que hasta principios de los 90 los estudios empíricos únicamente habían logrado escuchar a las mujeres; sin embargo, se reconocía la

importancia de dar la palabra a los varones por tener una visión más completa de las relaciones sociales entre estos actores en la vida cotidiana de las mujeres y con especial interés en la *reproducción social* de la salud y la salud reproductiva y perinatal, específicamente en el proceso de la gestación.⁵⁻⁷

La investigación orientó al trabajo de campo en una comunidad menor a 500 habitantes que forma parte del municipio de Santiago Laxopa en la Sierra Norte de Oaxaca;^{8,9} posteriormente se contextualizó con una aproximación documental en archivos locales y municipales.^c Ésta favoreció la entrada al campo a nivel regional en la Sierra Norte de Oaxaca, zona en la que se ubica geográficamente la comunidad. Posteriormente, se destinaron tiempos de trabajo de gabinete y análisis de los datos y surgió la necesidad de volver a las tres comunidades que conforman el municipio de Santiago Laxopa. La cabecera municipal de las mismas representa el contexto de interés actual en la investigación.

La idea de contar con elementos testimoniales de las mujeres que están siendo atendidas en los servicios de salud institucional y, cómo estas prácticas se correlacionan con sus sistemas tradicionales de medicina popular y la atención que ellas implementan en sus hogares gira en torno a la idea de que existen modelos de medicina que juegan constantemente en relaciones de poder en un mismo contexto. El modelo médico hegemónico¹⁰ (MMH) legitimado por el Estado nacional ejerce poder político y domina al modelo alternativo subordinado¹¹ (MAS) de medicina popular tradicional y al de *Autoatención*¹¹ que opera en los hogares de las mujeres en el contexto comunitario municipal y regional.

Es importante cómo las mujeres desde los años 50 y hasta finales de los 90 han mantenido una práctica social que da cuenta de un saber a la atención del embarazo, parto y puerperio, y actualmente cómo sus prácticas y la toma de decisiones de estas actoras se ven impactadas en el uso de los servicios de salud tanto propios como ajenos. La actual investigación

^a Se ubica en la Subdirección de Investigación en Salud Pública y nació hace más de 10 años con los estudios de maestría en antropología social en la línea de investigación en antropología médica de la autora principal en la Escuela Nacional de Antropología e Historia, ENAH, inscrita en el Programa de CONACYT 1994-1996 y auspiciada por el Instituto Nacional de Perinatología, INPer, México.

^b Se seleccionó este grupo étnico en el estado de Oaxaca por ser uno de los más representativos por su magnitud poblacional entre los grupos indígenas de México y por ubicarse en uno de los estados con mayor diversidad étnica indígena; los zapotecos ocupan el tercer lugar de importancia demográfica. Además de que la mortalidad materna se ha registrado con más intensidad en la región sureste del país en la que se ubica Oaxaca con una tasa superior al promedio nacional,⁵ superior a 6.0 razón de MM. Se utiliza el término de razón en lugar de lo que tradicionalmente se llamaba tasa; en estricto sentido la razón expresa la relación de las muertes maternas entre los nacidos vivos registrados, la tasa se redefine y sería una aproximación a ésta, ya que en el denominador se incluye a las mujeres en edad fértil: 15-49 años.⁶

^c Los resultados de este artículo son originales. Las mujeres se estudiaron de finales de los 90 a 2005 (Proyecto INPer "Saberes y prácticas de atención al embarazo de mujeres indígenas zapotecas serranas" Reg. No. 08281). Con éste se articula un lapso de tiempo histórico más amplio: 1950-2005 lapso de tiempo histórico que abarcó la investigación punto de partida, realizada de 1994 a 2007 para tener perspectivas en el estudio del cambio y la continuidad de la salud reproductiva, particularmente de la atención del embarazo parto y puerperio de las mujeres zapotecas serranas desde 1950 a finales de los 90 y ahora de finales de los 90 al 2005.

se orienta a las experiencias de las mujeres del municipio estudiado.

Objetivo: Comprender la atención del embarazo y parto de las mujeres indígenas zapotecas serranas en los servicios de salud institucional y su correlación con el saber popular y las prácticas de *autoatención* en un contexto cultural.

Planteamiento del problema

Las investigaciones del proceso salud/enfermedad/atención en el campo de estudio de la gestación de mujeres indígenas en antropología médica son una prioridad en la agenda nacional e institucional, sin embargo casi no se han documentado las relaciones de poder en el acceso al uso de los servicios de salud para las mujeres indígenas.

Las prácticas de salud de las mujeres indígenas zapotecas serranas continúan inscritas en su cultura propia en una gran parte y en los sistemas de salud popular tradicional. Las relaciones de poder político les imponen el ejercicio de prácticas vinculadas al sistema de medicina académica con las que practican el acceso a los servicios de salud institucional, quedando sus prácticas culturales subordinadas al sistema de salud dominante; sin embargo, estas prácticas no logran garantizar el superar las desventajas de salud y nutrición, de pobreza estructural expresada en padeceres como la anemia de las mujeres¹² y la amenaza de muerte materna en el proceso reproductivo. El cambio generacional plantea una compleja red de relaciones sociales en que la identidad étnica del grupo zapoteco y actoras importantes como sus curadoras tradicionales son excluidas por el ejercicio del poder político del Estado, teniendo un control de la salud reproductiva y perinatal de las mujeres, de las nuevas generaciones que se sienten presionadas por los programas gubernamentales. ¿Qué trayectorias de atención realizan actualmente las mujeres en la gestación? ¿Cómo influye el sistema de salud dominante a nivel local y regional? ¿Qué cambios están ocurriendo a nivel social y de salud?

MÉTODOS

Los conceptos

La idea de *saber* y *autoatención* permite entretejer la construcción etnográfica de este artículo como par-

te de la línea de investigación, este último ubicado en el estudio de la antropología médica. El concepto de *Saber en* antropología médica es entendido como la abstracción más amplia que involucra la vinculación compleja entre representaciones simbólicas y prácticas sociales, inscrito en los saberes médicos y en sentidos y significados de las personas con relación a las distintas medicinas y prácticas durante procesos de gestación.

La *autoatención*^d es entendida como el saber y la práctica de las mujeres en la gestación para atender la salud del proceso fisiológico-social; los padecimientos vinculados a éste. Se estructura por las relaciones más próximas a la gestante en el grupo doméstico/parental; o bien, con personas de la comunidad cercanas a ella. Las trayectorias o carrera de cuidado-atención-prevención del proceso gestacional,^e y reproductivo son el ejercicio de todas las prácticas que realiza la mujer o su grupo de acuerdo a los saberes propios, de curadores populares o académicos, con el propósito de *autoatención*, *autoayuda* y *autocuidado*.

El trabajo de campo se realizó con métodos etnográficos, encauzando el *punto de vista del actor(a)* (*emic*^f), que incluye la observación directa y entrevistas en profundidad, a la par de los textos: discursos narrados, la *oralidad*, historia oral, testimonios e historia de vida reproductiva de las (os) informantes, con los cuales se recuperaron sus historias de vida reproductiva y las representaciones y prácticas de atención al embarazo-parto-puerperio en el contexto de sus sistemas de salud legítimos y el sistema de salud hegemónico ajeno a su concepción de cuerpo. Con ellas se reconstruyó la carrera o trayectoria de atención; al mismo tiempo, se buscó dar cuenta de las relaciones de poder microsocial que identificaron actores en el grupo parental/doméstico con más poder que las mujeres en la toma de decisiones para el cuidado y producción de la salud materna.

Se han organizado núcleos de información empírica conforme a las dimensiones que se visualizó investigar para dar cuenta de las representaciones y prácticas actuales y que bien hacen

^d Es también concebida como la primera etapa de la *carrera o trayectoria* del [enfermo].

^e Involucra embarazo-parto-puerperio en el contexto de la salud reproductiva de las mujeres zapotecas.

^f Ubicamos esta idea, como elementos que contribuyan a acortar distancias entre prácticas médicas y saberes populares en esta materia.

referencia a su continuidad en el saber propio. En este artículo se retomarán como referencia algunos aspectos de comparación en cuanto a la atención del embarazo y parto ya estudiados en esta línea de investigación.

Selección y descripción de las y los participantes

Los resultados forman parte de la línea de investigación referida. El estudio se llevó a cabo en un municipio menor a 2,500 habitantes,^g conformado por tres comunidades de la Sierra Norte de Oaxaca: Laxopa, Yahúo y Guiloixi. Éstas muestran la problemática de la región serrana. Se identificó un grupo de 42 mujeres zapotecas serranas bilingües de 17 a 49 años, ellas fueron invitadas a participar con el consentimiento libre e informado. Los criterios de inclusión del proyecto fueron: a) haber cursado con un embarazo a término en los dos últimos años; b) contar con un embarazo en el momento del trabajo de campo; c) casos con experiencias de muertes perinatales y/o maternas. Asimismo, se identificaron informantes calificados de las comunidades y de los sistemas de salud local y regional conocedores de la costumbre y de su cultura.

Para este artículo presentamos los saberes del grupo de mujeres estudiadas mediante las categorías empíricas que nos hablan de sus prácticas y representaciones de cuerpo, de mundo y de salud para la atención del embarazo, parto y el puerperio, mismas que nos permiten establecer el cambio generacional, la continuidad y los cambios. En un segundo momento nos centramos en los testimonios del caso de Carmina,^h una mujer originaria de una de las tres comunidades quien vive en el contexto comunitario regional con acceso a servicios de salud, sus prácticas se adscriben a los sistemas de *autoatención* en salud, al saber popular y al uso de servicios de salud biomédicos, las que impregnan su propia particularidad en la trayectoria de atención al embarazo parto y postparto de la mujer, ya que su historia de vida reproductiva y social demuestra una vez más que la salud de las mujeres indígenas está en mayor desventaja⁹ por todos los sucesos por

los que atraviesa a lo largo de su vida reproductiva en el contexto e influencia del sistema de salud dominante.

RESULTADOS

El municipio de Santiago Laxopa pertenece al distrito de Ixtlán de Juárez, se localiza en la Sierra Madre Occidental en el estado de Oaxaca, a una altura promedio de 1,200 metros snm. La región se caracteriza por su biodiversidad en flora y fauna, con bosques de pino y encino. Cuentan con la actividad económica productiva de aserradero; algunos pueblos como la cabecera municipal recientemente recuperaron ésta. Se dedican a la agricultura de temporal con la siembra de milpa: maíz, frijol y calabaza, cultivan bajo el sistema de roza, tumba y quema,ⁱ recogen una a dos cosechas al año; la mayoría de grupos domésticos no cubre las necesidades de subsistencia. Sus ingresos se complementan con el pastoreo de animales y siembra de café, en la cabecera municipal; crianza y venta de animales de traspatio y trabajos artesanales que realizan durante todo el año en los hogares.^{j,k} La división sexual del trabajo es diferenciada conforme a grupos etáreos en el ciclo de vida. Los intermediarios regionales impactan el precio de los productos y la capacidad de poder adquisitivo mensual de las familias al colocarlas por debajo de la línea de pobreza;^l sin embargo, es diferencial entre hogares y comunidades según el potencial de sus productos.

ⁱ Cfr. Boege, E. Los Mazatecos ante la Nación, Edit. Siglo XXI, México. Describe ampliamente en otro grupo étnico del mismo estado oaxaqueño cómo se da este proceso productivo con el medio ambiente.

^j Según la artesanía que cada comunidad produce, obtiene ingresos monetarios diferenciales. En Laxopa tejen cobijas de lana de bovinos, en Yahúo diseñan mecapanes de ixtle o yute; en Guiloixi tejen rebosos y ceñidores de algodón, bordado de blusas.

^k Las relaciones económicas y comerciales entre distintos pueblos y municipios de la región, durante décadas, han sido y son un articulador importante de las relaciones entre los sistemas sociales, económicos, culturales, ideológicos y políticos de la comunidad y la región. En éstos se acostumbra comprar/vender en los mercados de relativa cercanía. Y son también puntos comerciales para pueblos vecinos donde intercambian los productos del trabajo de las mujeres. Todas estas relaciones interaccionan con el sistema capitalista que los constriñe por su dominancia. Cfr. V. Salles, Condiciones de la Reproducción Campesina, 1989 en Grupos Domésticos y Reproducción Cotidiana, De Oliveira O. y Salles, V., UNAM, COLMEX.

^l Ingreso menor o igual al equivalente de un dólar diario. Aparentemente compiten más quienes venden artesanía de mayor costo: Guiloixi y Laxopa a diferencia de Yahúo; la pérdida de la capacidad del poder adquisitivo es tan alta que les impacta de modo semejante a las tres comunidades. Las mujeres de Yahúo históricamente han tenido la maternidad más intensiva (más alta fecundidad) que las otras.

^g 98% de las localidades de Oaxaca son menores a 2,500 habitantes. COESPO, Oaxaca, 1993, p. 2. El 70% de población habita en municipios menores a 2,500 habitantes. INEGI, 2000. XII Censo General de Población y Vivienda, México.

^h Se utilizaron pseudónimos para conservar el anonimato de las y los participantes.

Los saberes de las mujeres del primer grupo estudiado (antes de 2000), revelaron *Carreras de cuidados y atención* expresadas en ideas que han buscado antiguamente, el equilibrio del cuerpo entre lo frío y lo caliente; una diversidad de prácticas sociales comunes y diferenciales, de acuerdo a la ubicación histórica de las mujeres en su grupo étnico.^{8,9}

De las prácticas del saber popular, predomina el uso del ceñidor^m para sostener la cintura y espalda. Prevenir “aflojaduras de las cuerdas” y dolor del cuerpo, ser fuertes al trabajo en el periodo de la crisis corpórea, manteniendo el equilibrio. Las mujeres y parteras explicaron que con esta costumbre, el bebé no crece más de lo que debe: “...para que no se complique el parto y el bebé pueda nacer más rápido...ya que se puede morir la criatura o la mamá...”.

Las mujeres del nuevo estudio, por lo general, siguen realizando esta práctica y las que no lo hacen son menos, las más jóvenes. Lo que representa que son modernas dicen las mujeres anteriores “...y por eso se les mancha la cara de color café...aunque también las enfermeras las están aconsejando que es malo amarrar la cintura para la circulación de la sangre ...”.

El uso del soyate en el embarazo y después del alumbramiento: otra fajilla más antigua en las costumbres zapotecas, se encontró en las mujeres ancianas; práctica que se extinguió en la actualidad y desde los 90.⁸ Las parteras a lo largo del tiempo se han encargado de vigilar y enseñar a las mujeres jóvenes a que usen estas fajillas, para tener aliados en la salud del cuerpo femenino. La fortaleza y autoridad de estas actoras de la *comunalidad* en el patrón étnico, ahora pareciera esfumarse con su tendencia a la desaparición.

Las parteras en Guiloixi, la comunidad más pequeña de las tres en cuestión, una comunidad de religión católica que no ha aceptado el cambio religioso, a diferencia de lo que son las otras dos comunidades Yahuío y Laxopa. Conforme fue pasando el tiempo las parteras se fueron acabando, actualmente no hay parteras que atiendan, “ahora sólo queda una partera que es muy grande ya no aguanta a agarrar; es una viejita pero ya está muy cansada y no atiende”. Las mujeres empezaron a cuidarse con otras parteras de

la comunidad aledaña que es Yahuío y posteriormente comenzó la llegada de la brigada de salud jurisdiccional en forma periódica e iniciaron el control prenatal con este personal de salud alternando sus prácticas terapéuticas como el uso del temazcal.^{8,9}

Actualmente destaca el ejercicio de prácticas modernas como visitas a médicos, ingesta de vitamínicos incipiente, uso de inyección de *oxitocina* en el parto, éstas representan la idea de eficacia simbólicaⁿ en las más jóvenes del primer grupo y el actual. Hay mujeres que no las aceptan y no las eligen, prefieren sus prácticas propias.

Los matices en los patrones ideológico-culturales y cambios en las prácticas de las mujeres más jóvenes se registran como una moda que impone dinámicas distintas en las relaciones cotidianas al ritmo de actores externos del discurso dominante y de las políticas públicas social y de salud: la brigada de salud,^o la reuniones con promotores y comités comunitarios para la entrega de despensas, suplementos alimentarios, pláticas obligadas y recibidas “a la fuerza” por las mujeres que son “focalizadas” por el programa gubernamental federal. Esta dinámica muestra la vida agitada de las zapotecas en las tres comunidades y la región.

Las mujeres multíparas de las comunidades prefieren mantener su relación con la partera de su confianza, con ella se siente segura, acompañada y en solidaridad para el proceso que cursa y resolverá. Esta constante es una relación que perdura antiguamente en las zapotecas serranas:

“Me gusta ir aquí con la partera...Yo ya me acostumbé a sus manos”...

Con la partera la mujer encuentra seguridad, le saca el aire, purifica el cuerpo gestante o puerperal; la hojea para encontrar su tranquilidad, la soba para tener un parto seguro.

En el contexto de identidad cultural opera el saber de las mujeres de distintas generaciones vigilantes de los cuerpos de las mujeres en edad fértil. La *comunalidad* tiene sus tácticas para reconocer qué

ⁿ Strauss, L., 1982 en Flores 2003.

^o La forman un médico general, una enfermera, un promotor de salud y una coordinadora comunitaria COCS; coordinan al auxiliar de salud de la Comunidad. En los periodos de trabajo de campo, no hemos logrado ver completo a este equipo. Por lo común siempre falta alguno y en periodos vacacionales no asisten dejando al descubierto el programa de actividades que refieren.

^m Fajilla de algodón tejida por lo general por las mujeres de Guiloixi: Mide unos 2 m de largo por unos 20 cm de ancho y debe dar doble vuelta en la cintura de las mujeres (u hombres) que la usan.

mujeres están embarazadas, para vigilar el orden y producir las prácticas para la salud en la gestación. El síndrome de filiación cultural al que nombran *chipiloso [chibilit]* en los niños(as) de pecho; hace saber a actrices de la comunidad, quién ha concebido o “...*Quién tiene un embrión...*” de este modo habrá que brindar cuidados a esa mujer y a la niña(o) que padezca el [chibilit].

Las prácticas biomédicas en el nuevo milenio

Todas estas mujeres, por lo general, realizan las prácticas médicas por prescripción y el operar de los programas de desarrollo social del Gobierno Federal de los últimos sexenios denominados primero “Contigo”, “Oportunidades”; después, “Progresas” y “Solidaridad” a través de la brigada de salud jurisdiccional No. 6 de la Sierra Juárez, perteneciente a los Servicios Coordinados de Salud Estatales que llegan en forma mensual en coordinación con el mismo programa de becas y los auxiliares de las casas de salud de las comunidades. Les imponen una serie de tareas condicionantes a quienes fueron incluidas para tener acceso a esta beca. La diferencia entre las mujeres actuales con las que no tienen ni tuvieron una beca, es que ellas no se sienten obligadas a realizar las prácticas prescritas por el sistema biomédico, sean jóvenes o maduras. A éstas alternan la práctica tradicional popular y las acostumbradas en los hogares en alimentación, descanso, trabajo o lactancia en las que tienen un niño(a) pequeño. Subyace la concepción de cuerpo y de mundo de Mesoamérica⁹ en todas ellas. Estas prácticas son representadas por las mujeres del primer grupo de estudio (1994-2004) como del actual (2004-2008): como prácticas “ajenas a su cuerpo”, a sus creencias y a sus necesidades sentidas¹³ de salud en la gestación. Por ejemplo las Unidades Mixtas diseñadas en el Gobierno Federal en el sexenio 2000-2006 en Oaxaca. Para ello presentamos el testimonio del caso de Carmina con la historia oral de ella misma, de su madre y sus hermanas.

Carmina, de 23 años, cursó un embarazo y el tercer parto atendido en las unidades de medicina oficial de la región el año pasado. Parió en el Hospital In-

tegral de Ixtlán,⁹ donde estuvo a punto de morir por hemorragia del parto, situación que demostró las limitantes que el hospital tiene en el concepto moderno de servicios de salud integrales gubernamentales. El médico que atendía el parto de Carmina, salió de la sala de expulsión en busca de la madre diciendo: “...*señora (Jazmín), le aviso que su hija se va a morir; el bebé ya nació, pero no podemos parar la hemorragia que está teniendo su hija, no hay más que esperar..., se va a morir...*”.

La madre de Carmina al escuchar las palabras del médico se asustó y le dijo: “...*¡Doctor! ¡Haga algo, por favor, lo que sea, pero no deje morir a mi hija! Pues ya la mayor se me murió del segundo parto en la comunidad y no aguantaría otra muerte de mis hijas por parto doctor!*”

Carmina planeó su tercer embarazo, se tardó más de tres años después de su segundo embarazo para tener este bebé; inició control prenatal al primer trimestre de la gestación en el Centro de Salud de su localidad. Tuvo siete consultas de revisión por el personal médico en control prenatal. Le prescribieron hierro, ácido fólico y vitaminas, pero no se las tomaba con rigor.

Carmina recuerda que durante su embarazo se sentía bien y ella continuaba con su vida cotidiana atendiendo su hogar, a su hija menor y a su esposo, se sabía embarazada y acudió a control prenatal tempranamente pero ella misma narró que cuando le prescribieron las vitaminas no se las tomaba sistemáticamente:

“...*No me las tomaba por olvido; casi no me gustan... las tomé más seguido cuando tuve la amenaza de aborto a los cuatro meses, estuve internada en el Hospital de Ixtlán, tenía yo anemia, de ahí llevé control en las dos unidades.*” Se refiere a las consultas que obtuvo en el Centro de Salud de su comunidad donde reside en la región serrana y en la unidad de salud integral que le queda relativamente cerca de su hogar a diferencia de las mujeres que acuden obligadamente a control prenatal de donde ella es originaria y las comunidades que conforman el municipio de estudio. Carmina vive en un pueblo más grande y con mayor acceso a recursos de salud, vías de comunica-

⁹ Cfr. López-Austin, A. 1989; Flores Cisneros, 2003.

⁹ De Centro de Salud pasó a ser una Unidad Mixta de atención regional en el gobierno de Vicente Fox 2004.

ción terrestre, telefónica, radio, televisión, acceso a mercados regionales, trabajo remunerado, etcétera.

¿Por qué habría de morir la mujer en el parto si fue atendida a tiempo?

DISCUSIÓN

La reflexión desde los testimonios presentados plantea el sentir de estas mujeres y nos aporta elementos muy ricos para la construcción de alternativas donde se articula el elemento étnico en el proceso *salud/enfermedad/atención* del embarazo parto y postparto en el contexto indígena zapoteco y los grupos étnicos semejantes en el modelo mesoamericano.⁹

Los testimonios de Carmina nos demuestran que la mujer tiene acercamiento con los servicios de salud institucionales de corte biomédico. Que su embarazo fue planeado y mantuvo los cuidados médicos de control prenatal desde el primer trimestre del embarazo, que toma vitaminas, aunque con frecuencia también demuestra la resistencia cultural al uso de estas prácticas, olvidando la conducta rigurosa en la ingestión de vitamínicos ácido fólico, etcétera. La mujer se encuentra en desventaja estructural como parte de su contexto histórico político mostrando su vulnerabilidad con el padecer de anemia. La trayectoria de atención de esta mujer muestra la predominancia de las prácticas biomédicas en su trayectoria de atención al embarazo en el contexto étnico regional; por un lado se encuentra el cambio de práctica en la atención del embarazo y parto pero en su caso Carmina aun así está a punto de morir. La muerte materna es una amenaza constante en este contexto indígena, el Estado no logra atender las necesidades sentidas de estas mujeres. Se encuentran varios elementos de reflexión, el sistema de salud dominante presiona para que dejen sus prácticas tradicionales y rompe el tejido social, excluyendo prácticas tradicionales y propias. Las mujeres están contrariadas con lo que dice el sistema de salud y su cultura. Hay prácticas que aún se mantienen en continuidad; especialmente se muestra la concepción de cuerpo con la idea de lo frío/caliente, el contexto de las prácticas culturales como el uso del soyate y la práctica del ceñidor son el contexto ideológico cultural de estas mujeres y por supuesto de Carmina, pero esa serie

de prácticas preventivas se muestra desarticulado con las prácticas biomédicas en que se desarrolla la trayectoria de atención de esta mujer con sus testimonios. Pareciera que cuando acuden a los servicios de salud aún continúan en riesgo de morir, estructural a la condición de exclusión social y étnica. El problema no es cambiar las prácticas sino el problema estructural de pobreza y exclusión social. El Estado no cumple con el ejercicio de un acceso a justicia social, al ejercicio de los derechos humanos y ciudadanía de los grupos indígenas. El papel del Estado Nacional no logra dar respuesta a los problemas estructurales de pobreza, desnutrición, anemia, desventaja social indígena; de alguna manera, el sistema de salud atiende a las mujeres, pero es insuficiente para dar respuesta a las *necesidades sentidas*¹² y objetivas del mundo indígena.

CONCLUSIÓN

Las trayectorias de atención estudiadas a principios del milenio en las zapotecas de la región serrana del Estado de Oaxaca demuestran la continuidad de prácticas ancestrales adscritas a su identidad étnica entre las que destacan las ideas y prácticas preventivas, terapéuticas y de mantenimiento al proceso gestacional hasta cumplir el ciclo reproductivo biológico en el entorno cultural. Se demuestran los cambios generacionales en que son omitidas diversos tipos de prácticas preventivas y terapéuticas de acuerdo a su concepción de cuerpo y de mundo, reemplazadas por las del saber biomédico sin que necesariamente sustituyan a las propias. El sistema de salud dominante influye de manera vertical en los saberes de las mujeres indígenas de la nueva generación imponiendo una práctica ajena a su cosmovisión de salud y salud reproductiva y perinatal. Lo que no supera las desventajas estructurales de los grupos étnicos indígenas ubicados en Mesoamérica y de otras latitudes.

El papel del Estado Nacional no cumple con sus funciones, entendido en términos de respuestas a los problemas estructurales como son: pobreza, desnutrición, anemia, desventaja social indígenas; de alguna manera, el sistema de salud atiende a las mujeres, pero es insuficiente para dar respuesta a las necesidades sentidas¹³ y objetivas del mundo indígena.

REFERENCIAS

1. Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Mensaje del Presidente de la República, p. viii, ix, x y xi; 27 y 28; 37, 41; 42, 48;49; 53-54, Poder Ejecutivo Federal. En: http://bibliotecadigital.conevyt.org.mx/colecciones/conevyt/plan_desarrollo.pdf
2. Secretaría de Salud. Programa de Acción. Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas 2001-2006., 1a. Ed. 2001. México.
3. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, Primera edición, 2007. México.
4. Ricco MS. El Estado Nacional y su norma. Tesis de Maestría en Estudios Latinoamericanos. UNAM, México; 2005: 22-94.
5. De Barbieri MT. Sobre la categoría género. Una introducción teórico metodológica. Revista Interamericana de Sociología; 1992; VI: 147-177.
6. De Barbieri, Teresita. Certezas y Malos Entendidos sobre la Categoría de Género; en: Estudios Básicos sobre Derechos Humanos IV, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Serie Estudios de Derechos Humanos, 1995: 47-84.
7. De Barbieri MT. Comunicación académica en: Taller acerca de la categoría de Género para el curso de maestría y doctorado de Antropología Social de la Escuela Nacional de Antropología e Historia, ENAH, México, 1995.
8. Flores CC. Saber popular y prácticas de embarazo, parto y puerperio en Yahuío. Sierra Norte de Oaxaca. Perinatol Reprod Hum 2003; 17: 36-52.
9. Flores-Cisneros C. Saberes de Mujeres Zapotecas de la Sierra Norte de Oaxaca. Representaciones y Prácticas del embarazo parto y puerperio en tres generaciones. Tesis de maestría en antropología social, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México; 2007: 15.
10. Menéndez EL. Modelo hegemónico, Modelo alternativo sub-bordinado, Modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: Campos R. Antologías universitarias, UAM, Instituto Mora, México, 1992: 97-114.
11. Menéndez EL. Los modelos médicos en la antropología mexicana. En: Campos-Navarro R. La Antropología Médica en México, Edit. Antologías Universitarias Instituto Mora, Tomo 1, 1993; 97-115; 141-185.
12. Casanueva E, De Regil LM, Flores- Campuzano MF. Anemia por deficiencia de hierro en mujeres mexicanas en edad re-productiva. Historia de un problema no resuelto. Salud Pública Méx 2006;48:166-75.
13. Flores-Cisneros C., Martínez-León, G. Hacia una concepción del Trabajo Social contemporáneo en México. Su condición profesional. Katálisis:2006:9:2:249-59.

Correspondencia:

Mtra. en Antrop. Soc. Carmen Flores Cisneros.
 Subdirección de Investigación
 en Salud Pública.
 Instituto Nacional de Perinatología, INPer.
 Montes Urales 800, Col. Lomas de Virreyes,
 México, D.F., C.P. 11000
 Correo electrónico: malinali2000@yahoo.com