



Nueva Antropología

ISSN: 0185-0636

nuevaantropologia@hotmail.com

Asociación Nueva Antropología A.C.

México

Freyermuth Enciso, Graciela

Mortalidad materna: género, familia y etnia en Chenalhó

Nueva Antropología, vol. XVI, núm. 53, agosto, 1997, pp. 141-166

Asociación Nueva Antropología A.C.

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15905307>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Mortalidad materna: Género, familia y etnia en Chenalhó¹

Graciela Freyermuth Enciso*

En Chiapas, la muerte materna nos remite a factores de orden económico, de infraestructura y de política sanitaria. Aunque se ha reconocido ya que el acceso a los servicios de salud crece

* Medicina Social, Candidata al doctorado en Antropología UNAM.

¹ En el proyecto de muerte materna participaron Sebastiana Vázquez y Delmi Marcela Pinto del Grupo de Mujeres de San Cristóbal A.C.; Juana María Ruiz y Angelino Calvo del Instituto de Estudios Indígenas; Emilio Luna y Agustina González, bajo la coordinación de Graciela Freyermuth del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social del Sureste y de Anna María Garza del Instituto de Estudios Indígenas y con el apoyo financiero del Programa de Salud Reproductiva de El Colegio de México. Algunas de las ideas que aquí se exponen han sido fruto del trabajo colectivo de coordinación, pero las interpretaciones son responsabilidad de la autora.

a medida que se asciende en nivel económico (Hernández B: 1993, OPS: 1992) habría que preguntarse, en lo referente a la población indígena, si los ingresos, la infraestructura disponible y las características de las políticas de salud deben ser los únicos factores a considerar para explicar el nivel de acceso a dichos servicios.

Analizar las circunstancias, contexto y antecedentes de la muerte de mujeres durante su embarazo, parto o puerperio, nos permite indagar sobre el peso que pueden tener en la mortalidad materna otros aspectos: aquellos que se han llamado *factores culturales*. Cuestiones como la desigualdad étnica y de género no pueden

dejarse a un lado, pues así como existen diferencias entre la muerte de indígenas y mestizos, las causas y circunstancias que rodean a la muerte de hombres y mujeres no son las mismas.

En los Altos de Chiapas el análisis de la identidad étnica -de indios y no indios- es central para comprender la dinámica de las poblaciones, sus aspiraciones y conflictos. El desarrollo de identidades diferentes remite más que a un conjunto de rasgos específicos inmutables, a formas distintas de concebir el mundo, entender y vivir la vida (o concebir la muerte y enfrentarla). Además, entre los diversos grupos indios y no indios se establecen relaciones profundamente racistas y desiguales que permean la estructura social, política y económica, mezclándose y confundiéndose con la estructura de clases. Esta desigualdad limita las posibilidades y derechos de los indígenas en materia de salud en múltiples aspectos: haciéndolos enfrentar riesgos importantes, obstaculizando el desarrollo de la medicina popular indígena y limitando el acceso a la medicina alópata.

En los Altos de Chiapas la identidad de género, interiorizada por las mujeres gracias a largos procesos de socialización, no puede abstraerse del contexto sociocultural que le da forma y contenido específico. En las comunidades indígenas de los Altos, las normas de relación entre los géneros, los espacios y roles de competencia para cada uno de ellos y los derechos en torno a la salud son diferenciados y profundamente inequitativos.

Así, consideramos que el proceso de la muerte materna podía constituirse en el mirador a través del cual es posible analizar las formas en que las personas se relacionan y montan una serie de estrategias sociales y familiares en torno a la salud; y de qué manera las asimetrías, desigualdades, diferencias, consensos y apoyos mutuos entre hombres y mujeres indígenas se entrelazan a lo largo de la vida para construir formas particulares de morir.

Dar cuenta de estos procesos complejos en el análisis de las condiciones, causas y circunstancias de la muerte materna fue el motivo de nuestra investigación. Partir de lo microsocial, de las experiencias concretas y de las percepciones que ellas originan (a través de instrumentos cualitativos como la entrevista a profundidad)² nos permitió realizar algunas consideraciones sobre la muerte materna, concretamente en las comunidades de Chenalhó.

Los alcances de este trabajo se limitarán a los casos de muerte captados por la estadística oficial entre 1988 y 1993 en el municipio de Chenalhó; once reconocidos como muerte materna. El seguimiento de otras 31 defunciones con diagnósticos inespe-

² Por entrevista a profundidad entendemos aquellas que se realizan en varias sesiones y que pretenden explorar un tema en profundidad, son entrevistas que se realizaron con una guía temática, pero en ocasiones se abordaron temas que no estaban considerados en la guía pero que fueron abordados por el entrevistado. Por cada muerte materna entrevistadas al padre o la madre; el esposo o la suegra; la amiga o el amigo, cada caso por lo tanto incluye entrevista de 4 hasta 8 personas relacionadas con la fallecida.

cíficos nos proporcionaron nueve casos adicionales de muerte materna. De todos los identificados, ocho son el objeto principal de esta reflexión, que junto con las entrevistas realizadas a parteras, autoridades y médicos del lugar, nos permitieron configurar un perfil de la problemática de salud de las mujeres indígenas en edad reproductiva. Mi experiencia de campo en la región de los Altos de Chiapas data de ocho años; el trabajo de campo de este proyecto en particular se realizó en 1995.

Ofrecemos inicialmente un breve esbozo del contexto en el que fue realizado el trabajo y algunos resultados del trabajo de archivo. Nuestra intención fue identificar los temas, perspectivas y problemas comunes que en relación a la muerte materna enfrentan los integrantes de una etnia y una cultura subalterna, e indagar cuáles de estos elementos pueden ser atribuidos a la muerte de las mujeres indígenas en razón de su género; estas reflexiones se encuentran en el último apartado del presente artículo.

EL CONTEXTO

Entre 1988 y 1993 se registraron en Chenalhó 230 muertes de hombres y mujeres en edad reproductiva, la mayoría murieron en su hogar, con la atención que les ofrecían la medicina tradicional, las alternativas populares o el autocuidado. Infecciones intestinales, respiratorias y tuberculosis fueron sus principales causas de muerte. Es decir, que los adul-

tos indígenas de Chenalhó suelen morir por las mismas causas que los niños preescolares del país en su conjunto.

Estos hombres y mujeres, con un promedio de dos hectáreas de terrenos sobretrabajados y desgastados (Parra, 1987:5) sobreviven sin créditos para el cultivo, aparte de aquellos que les proporciona el *Procampo*. La milpa y la cafeticultura ocupan prácticamente a toda la población de Chenalhó, desde niños hasta ancianos. El trabajo de la mujer es invisible en las estadísticas; pues apenas *ayuda* en la vida real. La tierra y sus productos, los alimentos, los pocos recursos económicos de la familia y su distribución son generados y controlados por los hombres. No aparece en las estadísticas la contribución de la mujer en la siembra, limpia y cosecha de la milpa y el café, en el cuidado de los animales, o en la elaboración de las telas, vestidos y artesanías que se utilizan cotidianamente.

Muchos chenalheros, igual que tzeltales y tzotziles de los restantes 16 municipios de la región de los Altos, se ven obligados a recurrir también a otras actividades laborales que podríamos llamar complementarias: el trabajo agrícola asalariado que en años recientes ha perdido vitalidad; el empleo inseguro y temporal de la construcción en ciudades del sur, sureste y del centro de la república; el comercio, la venta de artesanías y de alimentos preparados a pequeña escala; y el servicio doméstico (Angulo: 1994; Rus: 1990). Con todo ello, pocos en Chenalhó -según el Censo de 1990- percibían por su trabajo un salario mínimo o mayor, mientras casi

la mitad no obtenía ingreso alguno y los restantes, menos del mínimo.

La escasez, e incluso situaciones que se acercan a la hambruna, no son desconocidas en los Altos (González Casanova: 1988). Sin embargo, la desnutrición ha sido muy poco valorada como causa de muerte en las cifras oficiales. Para sus pobladores, el alimento es tema central de la vida y de la muerte (Arias, 1975): el alimento es descrito minuciosamente; el alimento establece relaciones, construye y sella la intimidad; el alimento nutre y causa daño; el alimento puede causar la muerte y sirve para compartir la pena de la pérdida (Freyermuth y Garza 1996).

Chenalhó cuenta con 101 localidades, de las cuales sólo cinco superan los mil habitantes y ninguna los 2,000 (Censo 1990). En estos pequeños asentamientos dispersos, muchos sin transporte o siquiera caminos transitables,³ viven 30,868 personas. El traslado de enfermos graves implica entonces esfuerzos económicos e incluso físicos inusitados, pues en muchos casos es necesario cargarlos en mecapal, por veredas, a través de valles y montañas hasta la carretera, con el riesgo de no encontrar transporte alguno (*lloktor* de Chenalhó; 1995).

Los hogares con una o dos habitaciones, construidas en su mayoría de materiales locales y pisos de tierra pro-

tegen precariamente de la humedad, el viento y el frío a los Chenalheros, haciéndolos presa fácil de enfermedades e infecciones respiratorias, segunda causa de muerte entre sus adultos, y tercera causa de muerte en los Altos. El agua entubada es privilegio de aquellos que habitan los centros de población más grandes, e incluso entre ellos, de quienes viven cerca de los edificios públicos comunitarios como la escuela primaria, la agencia municipal o la casa ejidal. La mitad de las viviendas de Chenalhó no tienen agua *potable* (que debe aclararse, se refiere al agua entubada, pues no existe control alguno sobre su calidad), ni aún como toma pública. El drenaje es prácticamente inexistente y la luz eléctrica, aunque ha incrementado notablemente su cobertura en los últimos años, no ha sido introducida todavía en muchos de los pequeños parajes.⁴ Todo tipo de diarreas e infecciones intestinales, desde el cólera hasta las parasitosis masivas, son causa del 25% de los decesos del municipio y la primera causa de muerte entre los adultos. Juntas -infecciones gastrointestinales y de vías respiratorias- producen el 40% del total de defunciones.

Muchas diferencias internas existen en el municipio de Chenalhó: de ingresos, étnicas, políticas, partida-

³ El pavimento cubre, sólo parcialmente, la carretera que comunica San Cristóbal con las cabeceras de Chenalhó, Chalchihuitán y Pantelhó. Los poblados que tienen la suerte de quedar a orilla de carretera son los únicos que cuentan con transporte regular. Este camino se pavimentó apenas en 1994-5, a la cabecera de Chenalhó.

⁴ El paraje generalmente se compone de varios patrilineajes que viven en la misma área, cuyos jefes estaban originalmente -y en muchos casos aún lo están- unidos por lazos familiares. Las casas están dispersas en una zona bastante amplia. Los miembros de estas familias viven y trabajan juntos y se consideran parientes, aunque no pueden delimitar con exactitud las relaciones de parentesco. Cf. Holland 1963:52

rias y religiosas. Los censos no desagregan la información según etnias, y el registro civil, tampoco. Sin embargo, podemos reconocer que algunas de estas diferencias tienen la posibilidad de ampliar las limitadas opciones de salud disponibles para la población indígena, sobre las concepciones en torno a la enfermedad y la muerte y sobre las estrategias para enfrentarlas.

Cierto que no encontramos una acumulación importante en Chenalhó, sin embargo, algunos maestros, los *coyotes* (intermediarios del café y del maíz) y comerciantes de aguardiente tienen mejores condiciones económicas, ligándose frecuentemente a intereses políticos de dentro y fuera de la comunidad. Es muy probable que estas familias con las mejores tierras, mejores condiciones de nutrición, de vivienda, de servicios básicos y de acceso a servicios médicos reduzcan los riesgos a los que el común de los indios está expuesto. Sin embargo, en el contexto indígena la relación entre mayores recursos económicos y mejores condiciones de salud no es automática, pues intervienen muchos otros factores.

En Chenalhó, una buena parte de los entrevistados consideran que ricos y pobres mueren por igual y que el dinero no salva de la muerte (Chenalhó; marzo-mayo 1994). La salud y la enfermedad, la sobrevivencia o la muerte dependen, en gran medida, de los recursos económicos; pero el acceso diferencial a la salud tiene que ver también con desigualdades como las étnicas y las de género, que surgen, se actualizan y circulan a nivel familiar, comunitario e institucional.

Varias etnias, en su mayoría de habla tzotzil, conviven en este municipio: los pedranos, la etnia dominante; los chamulas, migueleros y tenejapanecos que migraron en diferentes momentos de municipios vecinos; los tzotziles del pueblo de Santa Marta, los del pueblo de Magdalena, y algunas pocas familias mestizas establecidas en el centro de los poblados más importantes: la cabecera y Yabteclum (Gutiérrez:1986). La lengua no es necesariamente el centro de la etnidad; sin embargo, es uno de los elementos más poderosos para establecer las fronteras entre indios y mestizos. Ya que el tzotzil no es el idioma de uso en las clínicas y hospitales, la mitad de la población de Chenalhó queda excluida del sistema médico y una gran mayoría de aquellos que el censo registra como bilingües tiene un manejo apenas rudimentario del castellano⁵. Pocos conocen los centros de salud, y menos aún la manera de relacionarse con el personal que labora en ellos.

En los Altos, la religión, asociada a intereses de orden económico y político, ha sido causa de conflictos serios y de estallidos de violencia constantes en las últimas décadas.⁶ En

⁵ Mi trabajo de campo en la región, como investigadora en el área de salud, a lo largo de muchos años de investigación me hace sospechar que la educación primaria en Chenalhó no es suficiente para asegurar siquiera el aprendizaje del español; los censos parecen sobrevalorar el número de hablantes de español y los logros de la educación formal.

⁶ Las formas en que se han dado este tipo de conflictos en San Juan Chamula, vigentes hasta la fecha, ha sido difundidas ampliamente por la prensa

los ochentas, particularmente en Santa Marta y en algunas comunidades chamulas del municipio, hubo expulsiones de presbiterianos y católicos ligados a la diócesis de San Cristóbal. Sin embargo, a diferencia de lo ocurrido en San Juan Chamula, el gobierno del estado intervino para obligar a los expulsadores a aceptar el regreso de los *disidentes*; y éstos, por su parte, debieron comprometerse a contribuir con las cooperaciones económicas y de trabajo, y a asumir los cargos comunitarios (Pérez: 1990).

La religiosidad no es solamente fuente de conflicto, sino que encontramos también en ella material importante para el análisis en cuestión de salud. Como el bienestar en la vida y en la muerte se relaciona estrechamente con lo sobrenatural, la conversión a las distintas iglesias y denominaciones es en parte una búsqueda de mejoramiento en las condiciones de vida, para evitar la muerte y para abrirse mejores espacios en la vida después de la muerte.⁷

LA MUERTE EN CIFRAS

Hasta antes de 1992, un porcentaje muy pequeño de las defunciones registradas en los municipios alteños

nacional y aún internacional y han merecido incluso la intervención de la federación a través de la CNDH; mucho menos conocidos son los procesos que se han desarrollado en otros municipios como San Miguel Mitontic, Oxchuc, Chenalhó y otros municipios de Los Altos.

⁷ Cf. Freyermuth, Graciela 1993; Carlos Fernández, 1993; Marisa Pérez 1990.

contaban con la certificación médica o de personal autorizado por la Secretaría de Salud (Garza y Freyermuth: 1995).

La limitada presencia institucional puede reconocerse a partir de los registros de la propia SSA (SSA: 1995). Según éstos, en 1992 la muerte materna no figuró entre las primeras 20 causas de mortalidad general, lo cual no se corresponde con nuestros hallazgos en trabajo de archivo, pues encontramos para ese año -en 6 de los 17 municipios de la región- 11 muertes maternas; esto la situaba ya en el 15avo. lugar entre las causas de mortalidad general. En 1993, solamente en Chenalhó, se registraron 6 muertes maternas, y hemos obtenido razones de muerte materna (RMM) hasta de 30/10 000,⁸ lo que correspondía a seis veces la nacional.

El subregistro de la muerte materna no es un problema privativo de México, sino compartido por los países en desarrollo y en algunos casos por los propios países desarrollados. Es por eso que los especialistas se han preocupado por reconocer cuáles son los diferentes niveles en los que pueden ocurrir omisiones y errores en el proceso de captación y procesamiento de la información (Hernández B: 1992, Olaiz y Fernández: 1994).⁹ En

⁸ Es el caso del municipio de Oxchuc.

⁹ Al expedirse el certificado, una copia se envía al registro civil, otra al archivo de la Secretaría de Salud y otra a las oficinas centrales del INEGI en donde se elaboran las estadísticas vitales. Las estadísticas vitales se elaboran en función de la causa básica de la muerte, de tal manera que embarazo, parto o puerperio pueden no aparecer consignados. Por ejemplo, una muerte debida a shock séptico en

un contexto cultural como el de Chiapas, la captación de la información puede estar matizada por la dinámica particular que las instituciones gubernamentales o religiosas han observado en cada uno de los municipios. Incluimos a las instituciones religiosas porque son estas las que han demostrado una capacidad mayor para promover cambios en las prácticas en salud en la región (Freyermuth: 1993).

Las diferencias en las tasas de incidencia de la muerte materna nos pueden dar pistas sobre las formas en que la población o las instituciones se han ido organizando para la atención de la salud, y cuáles son los recursos con que cuentan para ello, sean estos comunitarios, religiosos o gubernamentales. Por ejemplo, la tasa de muerte materna más baja en los años 1988-1990 corresponde a Chamula, con una incidencia de 2 muertes por cada 10,000 nacidos vivos, y la más alta a Oxchuc, con 31/10,000. En este caso la muerte materna no nos sirve, como han sugerido otros autores, como un indicador fiel del grado de bienestar social pues en Chamula prácticamente no existe la certificación de las muertes y lo único que se expide, en el mejor de los casos, es un acta de defunción elaborada en base a un interrogatorio que se realiza en la oficaría del registro civil. En cambio, Oxchuc cuenta con una mayor organización alrededor de la salud,¹⁰ mer-

infección puerperal puede aparecer finalmente registrada como *sepsis*.

¹⁰ En Oxchuc, desde la década de los cincuenta,

ced a una red de promotores que se encargan de la primera certificación de la causa de muerte, lo que resulta en un mejor registro y en tasas más elevadas de mortalidad materna.

El subregistro, por otra parte, es un indicador fiel de la escasa penetración de la práctica médica institucional en la región. Un elevado número de hombres y mujeres mueren asistidos solamente por las formas populares de curación. En 1991, según los certificados de defunción disponibles en la Dirección de Estadística, Informática, y Evaluación de la SSA, el 70% de los pacientes (principalmente mujeres) no contaron con seguridad social ni atención médica antes de su muerte (Garza y Freyermuth: 1995). En 1992, en Chamula, solamente en el 11% de los casos hubo un médico que extendiera el certificado de defunción, lo que de ninguna manera significa que hayan recibido atención médica antes del deceso. La relación entre la población y las instituciones, en el momento de un fallecimiento, se ve reflejada en el siguiente testimonio:

El que llegó fue el agente, el agente hizo un papel. Si tienen acta de nacimiento o registro civil él lo lleva y se van tres hombres: un declarante y dos testigos, y allá tienen que llegar a hablar al doctor. Después que llegan con el doctor se van a dejar el papel, allá con el secretario en el registro civil, y el secretario saca el acta de defunc-

ha tenido influencia de la iglesia presbiteriana la cual, entre otras cosas, se encargó de la capacitación de promotores de salud. Posteriormente, también en la capacitación de personal de salud, tendría una presencia importante la iglesia católica. Cf. Freyermuth (1993).

ción; así es como queda y así se termina nada más. El agente sabía que estaba embarazada mi mujer y allí no aparece; como que no lo dijeron, no sé qué hicieron. Como yo no fui no lo supe cómo lo hicieron el papel. Tal vez lo dijeron que en el parto murió, pero no lo apuntaron, no lo supieron. (Chenalhó, marzo 1995).

En estas circunstancias, la estimación de la RMM en la región resulta complicada pues el numerador lo constituyen las muertes maternas registradas -muchas de ellas no declaradas como tales- y el denominador los nacidos vivos para el mismo periodo. Este último dato es especialmente difícil de obtener, ya que la mayoría de los niños no son registrados en el momento de su nacimiento, ni en el de su muerte. Frecuentemente los registros de nacimientos son extemporáneos, ya que el registrar a un niño es visto, en algunos municipios, como un medio de control del Estado (Freyermuth, Fernández:1994). Si la estimación correcta de la muerte materna puede resultar difícil, la de los nacidos vivos lo es más.

Desde 1992 se realiza una campaña intensiva, por parte de las oficinas del registro civil, con el fin de que se cumpla con el registro de los fallecimientos. En Chenalhó se considera que el no declarar la muerte de una persona es incurrir en delito y los convierte en sospechosos de homicidio. Para la mayoría de los entrevistados, autoridades o no, es necesaria la declaración de la muerte para que los difuntos sean *borrados de una lista*. No se tiene información sobre el objetivo de la certificación de las defunciones, lo que ha generado

que la declaración de las verdaderas causas de defunción tenga un valor secundario en este proceso:

Rápido se fueron a registrarlo, a borrarlo su nombre allá en Chenalhó, llegando el marido que lo fue a borrar su nombre ya se entierra. Así tiene que ser, antes de que llegue el papel no se puede enterrar, porque si no, te castigan. (Chenalhó; abril 1995).

Desde entonces, exceptuando a Oxchuc, todos los municipios estudiados¹¹ han mostrado una tendencia al aumento en el registro de los casos de muerte materna, y una disminución de las muertes registradas.

Para los años 1988-1993 se registraron en Chenalhó 117 muertes de mujeres entre 10 y 49 años de edad; de éstas, 11 eran muertes maternas. La muerte materna ocupaba el segundo lugar, siendo la primera causa la producida por las enfermedades gastrointestinales. La *hinchazón, alteración, calentura y dolor de estómago* (síndromes de filiación cultural), aparecían entre las primeras diez causas de muerte, y las últimas dos de éstas eran el sarampión y el paludismo.

De las once muertes maternas, nueve eran atribuidas al parto o hemorragia transparto; y dos de ellas, a abortos. El seguimiento de estas muertes confirmó el diagnóstico inicial. Simultáneamente realizamos un seguimiento de otras treinta y un muertes de mujeres, no consignadas en acta como maternas, y encontramos otros nueve

¹¹ Nos referimos a los municipios de Chamula, Huixtán, Oxchuc, Larráinzar, Chenalhó y San Cristóbal de Las Casas.

fallecimientos que, según testimonio¹² de madre, padre, hermanas(os), esposo u otro familiar cercano, había ocurrido por causas relacionadas directamente con la maternidad.¹³ De estos decesos, tres ocurrieron durante el embarazo, tres en el parto y otros tres durante el puerperio.

De un total de 38 casos de muertes de mujeres en edad reproductiva, 16 corresponden a muertes maternas; las otras 22 son decesos ocurridos por múltiples causas. Al estimar la RMM, partiendo de los datos obtenidos en el trabajo de campo, encontramos un subregistro de 45%, considerando todo el periodo (1988-1993).

Como podemos observar, el subregistro es mayor antes de 1992. Mientras que según los datos del Registro Civil, la RMM para 1988-1990 fue de 5.87/10 000, según nuestras estimaciones fue de 20.54/10,000, lo que representa un subregistro de poco más de 71%. Para el periodo de 1991-1993 la diferencia entre las RMM es menor, pero el subregistro -de 33%- sigue siendo elevado y es probable que sea aún mayor si tomamos en cuenta que estas estimaciones las realizamos a partir del seguimiento de sólo 38 de un total de 117 defunciones.

En los ajustes realizados -posteriormente al trabajo de campo- la

CUADRO 1
RAZON DE MUERTE MATERNA
1988-1990 y 1991-1993

| RMM* | Año | Acta de defunción | Trabajo de campo | Nacidos vivos |
|-------|------|-------------------|------------------|---------------|
| 5.87 | 1988 | 1 | 2 | 1,008 |
| 20.54 | 1989 | 0 | 4 | 1,018 |
| | 1990 | 1 | 1 | 1,381 |
| | 1991 | 1 | 4 | 1,299 |
| 21.02 | 1992 | 4 | 4 | 1,389 |
| 31.56 | 1993 | 4 | 5 | 1,431 |
| TOTAL | | 11 | 20 | 7,526 |

* Número de muertes maternas por 10 000 nacidos vivos
Subregistro para 1988-1990: 71%, 1991-1993: 33%, 1988-1993: 45%.

¹² Con entrevista a un sólo informante.

¹³ Los criterios que nos guiaron para considerar un caso como *materno* fueron los siguientes: 1) Confirmación del embarazo por más de una persona.2) Cuadro Clínico.3) Periodo de riesgo: desde que la mujer se declara embarazada, lo que ocurre habitualmente durante el primer trimestre de gestación, hasta 45 días después del parto.

muerte materna pasa del octavo al cuarto sitio en la ubicación de las diez principales causas de muerte para el grupo de edad de 10-49 años.

Los datos que presentamos nos pueden dar cuenta de las formas de

morir de las mujeres en Chenalhó. Estas mujeres indígenas mueren por motivos que ya no aparecen entre las primeras causas para los niños escolares a nivel nacional (sarampión), y mueren por causas maternas seis veces más frecuentemente que lo reportado a nivel nacional.

De acuerdo a la Secretaría de Salud, Chenalhó cuenta con una cobertura potencial de servicios de salud del 68%, merced a la presencia de casas de salud rurales, clínicas del IMSS y técnicos en Atención Primaria de Salud. Obviamente, esta supuesta cobertura no se refleja en las cifras de mortalidad mencionadas arriba. Si existe tal cobertura potencial habría que preguntarse cuáles son los factores que influyen en la muerte prematura de las mujeres y de qué manera las desigualdades étnicas, de género, económicas, y las relaciones asimétricas entre las distintas prácticas médicas contribuyen a tan elevada mortalidad.

ALGUNAS REFLEXIONES

Desde hace algunas décadas han ocurrido cambios importantes al interior de las comunidades alteñas; los procesos de diferenciación se han acentuado. Las diferencias en el ingreso y en la participación política y religiosa están presentes en las historias de las mujeres que estudiamos. Sin embargo, estas familias comparten muchos rasgos del resto de los chenalheros. La mayoría de ellos tienen dos hectáreas

para el cultivo de maíz; sólo una familia contaba con un mayor número de hectáreas y eran considerados como ricos por el resto de la comunidad. Las diferencias en escolaridad también estuvieron presentes y solamente una de las mujeres que estudiamos había tenido estudios básicos completos. Las mujeres que murieron entre 1988 y 1993 formaban parte de familias en etapa inicial, con residencia virilocal que permitía el intercambio entre otras familias del mismo grupo parental y que obligaron a estas mujeres a construir alianzas con su nuevo grupo. Las mujeres contaban con una edad de 15 a 30 años, con un promedio de 23 años en el momento de morir, siendo la más joven de 15 años y la mayor de 28. Sus hijos, al momento de morir, tenían menos de 10 años, y dos de ellas murieron a consecuencia de su primer parto. La muerte infantil fue un evento frecuente en estas familias; la mitad de ellas había tenido la experiencia de haber perdido entre uno y tres hijos antes del fallecimiento de la madre. En uno de los casos, en donde la pareja había concebido tres hijos, al momento de la entrevista no sobrevivía ninguno.

Consideramos que son varios los elementos que intervienen en las formas de vivir y de morir de las mujeres de Chenalhó, particularmente de las que fallecen por causas relacionadas con la maternidad: las relaciones intra e interfamiliares, la violencia doméstica y la disputa en torno a las concepciones y prácticas de salud con relación a la maternidad (lo considerado *tradicional*, la medicina alópata y

otras formas nuevas de medicina popular). Estos elementos van orientando, limitando o configurando la forma de vivir y de morir de las mujeres.

LA VIOLENCIA

Es uno de los elementos que caracteriza la vida y muerte de estas mujeres.¹⁴ La violencia puede acompañar a las mujeres en casi todos los procesos de su vida, en la niñez, en el matrimonio etc.; y algunas veces se reconoce como la causa principal de su muerte.

El marido había empezado a tomar y regresó a su casa bien borracho. Como encontró a la Catarina durmiendo y como no vivió el niño, y era varón, le dijo: -¿qué haces hija de la chingada? ¡durmiente! Ni siquiera vivió tu hijo, sólo estás estorbando aquí. Y parece que le iba a pegar o le pegó, no sé. Hasta con la escopeta la amenazó y eso la asustó; por eso se enfermó y se murió.

La violencia doméstica se presenta frecuentemente durante el embarazo (entre los casos estudiados a profundidad, el 75% de las mujeres la habían padecido). Las parteras y las mujeres reconocen que con frecuencia el aborto es inducido por los golpes que el marido le da a su mujer en el abdomen, o que la muerte de una mujer embarazada puede deberse a la negligencia:

A Martha su esposo no le pegaba, pero no le tenía lástima, no la quería tanto.

¹⁴ La violencia no es privativa de este grupo, estudios recientes han dado cuenta de su carácter transclásista. Lo que sí llama la atención es que en las etnografías clásicas de Chenalhó no se menciona.

No le daba lo que quería comer; le daba contado el guineo para vender y tenía que recibir completo el dinero. No le tenía lástima. No le hizo caso. Así estuvo grave su mujer, y no le hizo caso. Ni siquiera vió qué cosa le dolía. Ni siquiera le dió su medicina, y eso que era promotor del IMSS. La regañaba. Cuando Martha vendía punta de calabaza estando embarazada, la llevaba cargando. Sufrió mucho la pobrecita. Tenía que pedir permiso si come alguna cosa; aunque sea un poco. Cuando se murió, no dió su petróleo. Vinieron todos los visitantes y ellos tienen que comer; la familia de la difunta tiene que mantener a los visitantes y el no dió ni su maíz, ni su frijol. Así se vió que no quería a la mujer.

La violencia no sólo es ejercida en contra de las mujeres, sino que en ocasiones son ellas quienes la ejercen frente aquellos que se encuentran en una situación subordinada, llámanse hijos en caso de una madre, o nueras en el caso de las suegras. Las mujeres mismas pueden estar incorporadas al círculo de la violencia:

El hermano pensó que a lo mejor ya la castigó el Señor, porque molestaba a su hijo. Y es que molestó mucho a su hijo. Sus padres contaron que no le daba de mamar. Cuando torteaba o molía su maíz, buscaba un palo y sembraba allí a su hijo; lo amarraba todo el día. Se iba asoleando la pobre criatura y ahí le pegó la enfermedad y se murió. Ella no sabía cuidar al niño, no le daba lástima.

Para los Chenalheros la violencia no es aceptable, pero sí comprensible; sobre todo en casos de desobediencia de la mujer o de *incumplimiento en sus labores*. El marido, como jefe de familia, como su *dueño*, puede ejercerla

para fines correctivos. Cuando se ejerce en forma *injustificada*, puede ser cuestionada sobre todo por la familia de la mujer y es una de las causales más frecuentes de separación. Dependiendo de la forma en que se ha estructurado el matrimonio y del apoyo que las mujeres tienen de su grupo familiar, la mujer podrá salir de una situación de esta naturaleza o la familia podrá negociar ante el marido un cambio en su actitud. El hombre violento es menos censurado cuando ejerce la violencia en estado de ebriedad, pero el ejercicio de la violencia en condiciones normales es muy cuestionada, tanto por hombres y mujeres.

Las formas en que se ejerce la violencia contra las mujeres es más dramática cuando éstas muestran más independencia y autonomía frente a sus grupos. Por otra parte, la violencia se ejerce como negligencia cuando las mujeres guardan una condición de sumisión y obediencia frente al marido y su familia. La negligencia, que se expresa como que *no le tenía lástima a su mujer*. Es más cuestionada socialmente porque implica la irresponsabilidad respecto al cuidado, vestido y alimentación que el marido debe proporcionar a su cónyuge, lo cual de ninguna manera puede ser tolerado. La violencia física contra la mujer, en ocasiones es percibida por su grupo familiar como justificada, y generalmente llega a niveles extremos cuando las redes de apoyo familiar están tan deterioradas que ponen en una situación de gran vulnerabilidad a la joven mujer.

Independientemente del tipo de violencia que se ejerza contra la mujer,

sea física, psicológica o por negligencia, y de la forma en que sea valorada por la comunidad en su conjunto, no es sancionada de ninguna manera por las autoridades, por los familiares o por la comunidad. Su presencia no es un indicador de la manera en que se han dado las relaciones inter e intrafamiliares.

LAS RELACIONES INTRA E INTERFAMILIARES

El ingreso a la región de diversos grupos religiosos, incluyendo al catolicismo, ha abierto espacios de transformación para la sociedad de Chenalhó. Estos espacios son generados por dichos grupos religiosos y también son gestados por las familias conversas en la búsqueda de nuevas formas de vida. En estas opciones religiosas se van reconstruyendo, con la participación de todos, otras posibilidades de vida, tanto para las mujeres como para los hombres. Hay varios elementos que han cambiado a partir del ingreso de estas religiones en la comunidad: la reducción en el consumo de alcohol; ha limitado el ejercicio de la violencia doméstica, la cual, como ya mencionamos antes, es menos condenada cuando se realiza en estado de ebriedad; la poligamia, pues un hombre con dos mujeres es muy sancionado por su comunidad religiosa y no puede asistir a las ceremonias de su iglesia; y finalmente, la disminución del periodo en el que el desposado tiene que

permanecer trabajando en la casa de sus suegros. Los dos primeros han mejorado la calidad de vida de las mujeres, pero el último las puede poner en una situación vulnerable.

La modificación de los dos primeros aspectos favorecen la vida cotidiana de las mujeres y van creando posiciones más abiertas con respecto a su papel y su participación en la sociedad, sobre todo en relación a los grupos tradicionales. La participación en organizaciones como las de artesanas brinda a las mujeres espacios de reflexión en torno a la sociedad en la que viven, particularmente respecto al papel que en ella quieren desempeñar.

En estos espacios las mujeres se van creando expectativas distintas, no solamente en cuanto a su vida sino también en cuanto al cuidado de su salud, que se traducen en demanda de servicios, de capacitación o de mejores vías de comunicación. La participación activa de las mujeres como catequistas ha posibilitado su ingreso en el ámbito público sin la oposición de la comunidad, aunque a la larga, sobre todo cuando su ingreso ocurre durante la soltería, llevan una vida distinta a la del resto de las mujeres.¹⁵ Sin embargo, católicos, evangelistas y protestantes en conjunto todavía no constituyen la mitad de los alteños. Entre los casos que estudiamos, solamente en uno el cuidado de la mujer estuvo en manos de una familia presbiteriana, en el resto este cuidado se llevó a cabo por familias tradicionales.

¹⁵ Las líderes catequistas llegan a no contraer matrimonio.

En Chenalhó, todavía la mujer ejerce su poder principalmente en el ámbito familiar; es en éste en donde la suegra puede llegar a tener el control de la dinámica familiar, y a través de este control las nueras se fortalecen o caen en desgracia. El poder de las suegras puede ser tal que lleguen a elegir a la esposa de sus hijos, pues como las nueras estarán bajo su mando, muchas veces las eligen por sus cualidades como trabajadoras, independientemente del interés que muestren sus hijos por ellas. Las mujeres jóvenes deberán esperar muchos años para hacer suyo este poder que, sin embargo, siempre estará supeditado a un varón de la familia, sea el esposo, el hijo u otro pariente masculino. Como señala Linda Alcoff, el concepto de mujer se define no sólo por un conjunto particular de atributos, sino por una posición particular. La situación externa determina la posición relativa de la persona, y ésta -como un peón de ajedrez- puede ser peligrosa o segura, poderosa o fuerte según sea su relación con las otras piezas (Alcoff:4/14).

Las mujeres pueden ser solicitadas en matrimonio tan temprano como a los 13 años de edad, dependiendo del municipio del que se trate, aunque cada vez son más las mujeres en Chenalhó que inician vida en pareja entre los 16 y los 18 años. El pedimento es realizado por la familia del novio o una persona dedicada a tales menesteres, y algunos creyentes de la iglesia presbiteriana se hacen acompañar de los *ancianos*, predadores de gran prestigio.

La pertenencia a religiones diferentes no es obstáculo para establecer un matrimonio. La familia de la joven siempre tratará de convertir al novio a su religión antes del matrimonio, pero cuando éste se haya consumado, la mujer se adscribe a la religión que el marido determine.

Algunos padres de familia, sobre todo los protestantes o evangélicos, toman en consideración el parecer de las hijas para la aceptación del novio; en cambio, entre los tradicionalistas es el padre o un hermano quien decidirá el arreglo matrimonial, independientemente del parecer de la mujer.

Lo que pasa es que nosotros no nos hablamos, ni siquiera de eso tienes una idea. De hablarte de un hombre. Fue nuestro padre, nuestra madre, cuando se encuentra en el mercado, en la calle o en la carretera que se habla con el papá del señor, y ya. Les dan trago, les dan de tomar el trago y ya; así es. Cuando ya recibe el trago, cuando vengas a ver ya te casan, así es el costumbre. Nosotros olvidate que hablamos, ellos deciden cuando te casas. A la fuerza tienes que ir, hasta con cincho te pueden llevar; no te piden el opinión, ni te preguntan. Cuando tu dices: yo no me quiero ir, dicen que estás durmiendo con otro hombre o tienes otro hombre.

La pertenencia a una familia de alcohólicos, la orfandad, la invalidez, haber trabajado en la ciudad, la viudez o el ser madre soltera ponen en mayor desventaja a la mujer en el arreglo matrimonial, más no lo impide.

El matrimonio, que anteriormente se establecía por servicio, ha pasado a ser en algunos lugares matrimonio por compra. Sobre todo en aquellos en don-

de las diferencias en torno a la religiosidad o a la política han fracturado la cohesión comunitaria. Los presbiterianos han marcado como obligatorio tres meses de servicio a diferencia de un año que era lo obligatorio. Solamente cuando la familia de la novia tiene prestigio y poder, la pareja queda permanentemente al amparo de esta residencia. Esto fortalece a la recién desposada, ya que permanecer en la residencia de sus padres le permitirá contar con más apoyo en caso de embarazo, parto, enfermedad o violencia doméstica. Por otro lado, los hombres consideran que esto no beneficia a la pareja sino al padre de la novia y mientras permanezca el marido al servicio de su suegro no podrán acumular nada para ellos.

Aunque la edad para contraer matrimonio ha aumentado en dos años en la última década¹⁶ y la mujer, en algunos casos, puede intervenir en la decisión de cuándo y con quién casarse, cuando decide hacerlo con un integrante de un grupo familiar que no comparte con el suyo la adscripción religiosa o partidaria, se da la separación, muchas veces definitiva, de su grupo familiar, lo que la coloca en una situación de riesgo, sobre todo en momentos críticos tales como los de enfermedad.

El novio puede pedir a la novia varias veces y no ser aceptado hasta la séptima u octava ocasión. Los pedernos tienen la convicción de que si

¹⁶ De acuerdo a Laughlin (1993:163) en las décadas pasadas la edad para contraer matrimonio en Chenalhó era de 14 años.

quieren por esposa a una mujer, con constancia podrán lograrlo. El pedimento se puede realizar muchas veces y en caso de que el novio no sea aceptado, se puede recurrir al *robo* o al embarazo para ganar la *aceptación* de la familia política.

El *pago* de la novia puede hacerse a través de dinero o de obsequios. En un paraje presbiteriano de Chenalhó, cuando en la ceremonia participan los familiares y amigos y el novio invita con comida, el pago en efectivo es menor. Cuando el arreglo matrimonial se realiza solamente entre el padre y el novio no se hacen necesarios los regalos ni la comida, pero el pago en efectivo es mayor. Si el pedimento lo realiza una persona de prestigio -un *anciano*- el arreglo matrimonial puede ser más ventajoso para el novio con un pago menor en dinero. Para lograr la *aceptación* familiar, aún en los casos en que la mujer esté embarazada o haya sido raptada, la familia del novio deberá pagar una retribución, a menos que la unión resulte en una ruptura familiar definitiva.

Siempre está presente la inconformidad con el trato, tanto por parte de los padres de la novia como de los padres del novio. Estos últimos siempre mencionarán el alto precio que tuvo la mujer de su hijo y los primeros señalarán que el pago fue regateado y no cubierto en su totalidad. Tales referencias son la regla cuando existen problemas en la pareja; y en casos de violencia doméstica los padres de la joven justifican su retorno bajo esa argumentación. En el caso en que los padres de la novia no quieran el regre-

so de su hija argumentarán lo contrario para no recibirla.

Cuando la mujer decide irse con un hombre al margen de toda negociación familiar, rompe con todas las redes de apoyo con las que contaría en caso de violencia doméstica o enfermedad. A mediano plazo, esto la coloca en un estado de vulnerabilidad frente a su esposo y su nueva familia adoptiva. Ella deberá construir sus nuevas redes de apoyo al interior de la familia del esposo y realizar alianzas, sobre todo con su suegra, sus cuñadas y las otras nueras de la familia para poder contar con los apoyos que se requieren durante la maternidad.

CONCEPCIONES Y PRACTICAS DE SALUD EN TORNO A LA MATERNIDAD

El embarazo es un proceso natural y en general bien recibido, sobre todo cuando la pareja es joven. Sin embargo, también se presentan casos de parejas jóvenes en que el hombre prefiere que su esposa no se embarace o amamante a sus hijos.¹⁷ Aunque los y las pedranas asocian claramente el desgaste físico de la mujer con los continuos embarazos, el control de la fertilidad no se encuentra entre sus prioridades, probablemente por la

¹⁷ Conocemos un caso de una joven de 14 años, cuyo primer hijo murió en los primeros meses de vida debido a que el esposo le prohibió amamantar al niño.

poca relación que mantienen con las instituciones de salud. Algunas mujeres están interesadas en conocer más sobre los métodos de control natal, pero la forma en que se han puesto en marcha los programas de planificación familiar han despertado un fuerte rechazo, sobre todo entre la población católica.

Las mujeres juegan un papel esencial para aliviar y curar una serie de males y problemas que se presentan en su vida cotidiana. La responsabilidad social de ayudar a las mujeres a parir recae en las mujeres, madres, suegras o parteras. En comunidades muy pequeñas esta atención la realizan tradicionalmente las mujeres de mayor edad de un grupo familiar, y en estos casos la atención no se remunera, a diferencia de cuando lo hace una partera.

El papel de curanderas es realizado tanto en el ámbito familiar como en el comunitario, encargándose en casi todos los casos de la atención relacionada con el embarazo y el parto. En un estudio realizado en la región de los Altos (Freyermuth: 1993), se estimó que existen un total de 1,400 parteras en los 16 municipios de la región, con un promedio de una a dos por comunidad y una presencia importante en todas las subregiones de los Altos, independientemente del grupo étnico, religión o presencia institucional.

En Chenalhó encontramos que las mujeres, además de ser parteras, pueden ser hueseras e *iloles*. Se pueden identificar dos tipos de parteras: aquellas que establecen algún vínculo

institucional y toman *cursos* en San Cristóbal de Las Casas, y quienes han permanecido al margen de éstos. Las parteras relacionadas con las instituciones no necesariamente cuentan con mayor prestigio o *status* que las otras. De hecho, se llega a cuestionar su verdadero *don* de curar al requerir un curso de capacitación para atender un parto.

Las instituciones de salud con mayor presencia en la región son la Secretaría de Salud y el IMSS-Solidaridad. En el caso de la Secretaría de Salud la interrelación con las parteras es menos orgánica; parteras e institución tienen una relación de intercambio. A cambio de material para atender el parto las parteras llevan un control del número de partos que atienden y lo reportan al Centro de Salud. Esta es la manera en que las instituciones establecen sus acciones de salud.

La interrelación, concebida como referencia y contrareferencia de pacientes, está muy lejos de establecerse en esta institución. Una de las parteras con las que tuvimos más contacto durante el trabajo de campo, y que estuvo involucrada en uno de los casos de muerte materna, identifica los embarazos de alto riesgo y los canaliza al *Joktor Chiltak* de Yabteclum, o sugiere a los familiares de la paciente trasladarla a San Cristóbal de Las Casas, sin especificar lugar alguno. En ninguno de los casos que ha referido (cuatro) sugirió la atención en el Centro de Salud.

En el caso de otra partera con vínculos con el IMSS-Solidaridad, la relación establecida es más fuerte.

Apoya al equipo de salud de la clínica como traductora en la propia clínica y en las visitas domiciliarias. Acude a los cursos de capacitación que ofrece el IMSS-Solidaridad y recibe una compensación económica. Su relación con el personal masculino de la clínica le ha creado problemas con la comunidad pues ha generado rumores que la desestimian. Sin embargo, el trabajo en la clínica le ha facilitado aprender castellano, viajar a la ciudad y conocer otras formas de vivir y de pensar.

Estas ganancias secundarias le han permitido continuar su trabajo con los médicos del lugar. De hecho, sólo cuatro de las 38 fallecidas a las que se dió seguimiento habían buscado atención médica alópata, esto representó una demanda de sólo el 10% en situaciones de extrema gravedad.

Las parteras y los hombres y mujeres de Chenalhó coinciden en reconocer al parto como el único momento del proceso reproductivo que pone en riesgo la vida de la madre. Así también es percibido por autoridades religiosas y civiles y se manifiesta en las actas de defunción. El embarazo y la salud van de la mano. Sin embargo, las embarazadas pueden tener mayor vulnerabilidad pues con mayor facilidad pueden ser víctimas del *mal echado* o de la *envidio*. Aunque el trabajo físico es considerado un factor de riesgo -sobre todo por las parteras-; embarazadas o no, las mujeres desempeñan los mismos quehaceres, y sólo en caso de muerte materna el trabajo puede ser mencionado como una de sus posibles causas. La participación del marido para el buen desarrollo del

embarazo y el parto es fundamental; la violencia doméstica, la negligencia y el alcoholismo del esposo son prácticas identificadas como riesgosas para la salud de la embarazada.

Cuando se jerarquizan las causas que pudieron llevar a la muerte a una mujer, aparecen con más peso aquellas que se relacionan con prácticas sociales inadecuadas que las relacionadas con las *enfermedades naturales*.

Generalmente, las mujeres son atendidas por la misma partera durante toda su vida reproductiva; y en algunos casos en que ocurre la muerte de la mujer, el esposo cambiará de partera en caso de un nuevo matrimonio. Cuando una mujer está embarazada, solicita la atención de la partera a partir del quinto mes de gestación. Esta solicitud generalmente es tardía, a menos que la embarazada presente ciertos problemas o molestias, o sea su primer embarazo. El diagnóstico de embarazo se basa en los síntomas del primer trimestre de la gestación, pero incluye signos que tienen una gran significación cultural y en razón de los cuales la embarazada tiene ciertas restricciones. Así, se dice que la embarazada adquiere un brillo especial en la mirada y por lo tanto puede causar *mal de ojo*.

Es posible que por esa fuerza especial que se le atribuye a la embarazada, nunca se considera que la muerte durante el embarazo pueda estar relacionada con el propio embarazo; prueba de ésto es que cuando una mujer muere por *calentura*, *hinchazón* u otra causa, nunca se señala en el registro civil que la mujer estaba

embarazada. El mayor subregistro de muerte materna lo encontramos en las etapas de embarazo y puerperio (*cfr. Muerte en cifras*).

Para las parteras es incómodo dar asistencia a una mujer que ha consultado previamente a otras parteras, o que cuando es llamada por los familiares a la casa de la parturienta se encuentre con otra u otras parteras. Por otro lado, la estrategia familiar de una parturienta es ir llamando a los diferentes especialistas de la comunidad en la medida en que un parto se complica. La presencia femenina se incrementa en la casa de la parturienta en la medida en que el parto entra en una etapa de mayor complicación. Parteras, madre, suegra, hermanas, cuñadas y amigas pueden llegar a participar en la resolución de un parto complicado.

Sobre todo en los partos complicados, el esposo tiene la obligación de informar a sus suegros. La madre de la parturienta tiene un papel fundamental en la toma de decisiones, principalmente cuando estas son congruentes con las formas comunitarias. Cualquier decisión que rompa con estas formas debe ser analizada y aprobada por los integrantes varones de la familia.

Las parteras pedranas identifican varias complicaciones como son las situaciones¹⁸ anormales del producto -sobre todo la transversa- y la retención placentaria (o de restos), aunque la mayoría niega haber tenido

que enfrentarlas. La mala *situación* puede prevenirse antes de que el embarazo esté a término, por eso consideran tan importante la vigilancia del embarazo con visitas quincenales o mensuales; *acomodar* mes con mes al producto es fundamental. Reconocen que en etapas avanzadas del embarazo o cuando éste es de término, corregir una mala *situación* es mucho más difícil y peligroso, y una vez identificada, las lleva a referir a la paciente. Sin embargo, si los familiares deciden no trasladarla y les solicitan que sea ella quien atienda el parto, no se niegan a hacerlo.

Un parto prolongado puede deberse a un diagnóstico inadecuado sobre el inicio del trabajo de parto o a una malposición. Con aceite y alcohol en el abdomen algunas parteras corren el problema. En casos de malposiciones es imposible la expulsión del bebé, las parteras o las mujeres que acompañan en el proceso pueden llegar a intentar versiones internas. Estas versiones a veces son exitosas para la madre pero no para el niño, en otros casos no lo son y terminan con la vida de ambos.¹⁹

En caso de periodo expulsivo prolongado; las parteras pedranas utilizan remedios de herbolaria. Ultimamente se ha incrementado, en algunos parajes, el uso de sueros o inyecciones con sustancias para ellas

¹⁸ La situación es la relación que guarda el eje longitudinal del producto con el eje longitudinal de la madre.

¹⁹ En 1990 llegó a la clínica de campo una mujer con retención de un producto que había sido mutilado para tratar de sacarlo; y al no lograrlo decidieron trasladarla con mepacal, 24 horas de camino hasta la clínica de campo, la mujer sobrevivió. Un caso similar se presentó en 1996.

desconocidas, pero que ayudan a *apurar* el parto. La mayoría de ellas desconoce el nombre exacto de la sustancia, y refieren que no tiene sentido aprenderlo porque no saben leer ni escribir. Los distribuidores de este tipo de medicamentos son los llamados *Jloktores chiltak*, y los familiares de las mismas parturientas sugieren su uso y son los encargados de su compra. Los *Jloktores* aunque no atienden partos,²⁰ son solicitados para el manejo de las complicaciones y sobre todo para la utilización de esas *medicinas* que *curan* todos los problemas durante el parto. La mala utilización de este tipo de drogas puede llevar a la muerte a la parturienta como lo sugieren dos de los casos.

La muerte durante el parto es un riesgo al cual todas las mujeres embarazadas están expuestas. Para las parteras las mujeres con mayor riesgo son las primigestas, porque nunca han tenido la experiencia de un parto; entre la vida y la muerte hay un instante. Una mujer que tiene un sangrado profuso puede salir de él, reponerse y vivir. Otra no. Las mujeres que murieron por hemorragia durante el parto habían tenido por lo menos un episodio similar en su vida, la mayoría de las mujeres sobreviven a partos y abortos subsecuentes durante 10 o 20 años. Es por esto que el destino o la suerte es una de las explicaciones a las que recurren las parteras en caso de muerte.

Las complicaciones del parto por placenta previa y retención de placenta o de restos placentarios son situaciones

muy difíciles para las parteras y en las que las posibilidades de actuar son mínimas. Las mujeres que murieron por hemorragia profusa fueron aconsejadas por las parteras, antes de trabajo de parto, para su atención fuera de la comunidad. Sin embargo, la familia (en un caso) y el esposo (en el otro) decidieron atenderlas en la comunidad.

Hasta después del alumbramiento, que dura de 10 a 30 minutos, se corta el cordón umbilical y se separa al niño de la placenta. Cuando existe retención placentaria y ha pasado un tiempo mayor de lo esperado, se corta el cordón umbilical y se separa al niño de la madre; esta práctica ha permitido la sobrevivencia de los niños a pesar de que la complicación lleve a la muerte materna.

Cuando el alumbramiento se prolonga, las parteras presionan el abdomen, le colocan plantas calientes y realizan un masaje más enérgico. Se pueden utilizar, en vez de plantas, trapos calientes o ladrillos calientes envueltos en trapos. Sólo las parteras con mayor experiencia exploran la placenta después del alumbramiento, y son capaces de diagnosticar la retención de restos placentarios. Algunas parteras utilizan plantas medicinales para la expulsión de los fragmentos y otras utilizan el *suero* o la inyección preparada por el *Jloktor Chiltak*. En otros lugares de Chiapas se han reportado casos en que, habiendo muerto por retención placentaria, el recién nacido no es separado de la placenta y finalmente muere con la madre.²¹

²⁰ En Oxchuc, los promotores de salud o los doctores chiltak sí atienden los partos.

²¹ Es el caso de Bachajón; comunicación personal Dra. Gloria Sayavedra., PRODUSSEP.

Después del parto, a la madre se le da de beber pozol para que recupere su fuerza y energía; y si ha habido hemorragias profusa se le da a beber agua con sal. El tiempo de reposo posparto varía de paraje a paraje pero no excede de los 15 días; pasada una semana la mujer ya se encuentra realizando sus labores en el fogón. La actividad que las mujeres desarrollen y el tiempo que permanezcan en descanso dependerá de las redes de apoyo familiar con que cuenten. Cuando la mujer vive sola con su pareja deberá incorporarse mucho más rápidamente a los quehaceres del hogar porque no habrá nadie que la ayude; se da el caso de que a los tres días del parto estén realizando sus actividades cotidianas.

En la medida en que se presentan complicaciones, como en los casos de aborto, parto prolongado y retención placentaria, la explicación de los fenómenos a partir de una causa no natural se hace necesaria. Es en estas situaciones cuando, además de echar mano de algunos recursos terapéuticos de cierta eficacia -como el uso de algunas plantas medicinales- se utilizan los recursos de otros especialistas. Los tradicionales suelen acudir para el manejo de las complicaciones a uno o más *iloles*. Los de la Iglesia de Cristo requieren la presencia de los hermanos de su grey y juntos elevan una serie de plegarias para que se mejore la enferma. Los católicos pueden consultar a su red de promotores y en algunos casos referir a la mujer al hospital.

La causalidad de la muerte es explicada como el resultado de la conjugación de una serie de elementos,

con distintas jerarquías, y no como causas aisladas o únicas. La condición fatal y retrospectiva del evento permite a los entrevistados reflexionar sobre toda una serie de elementos que pudieron haber contribuido a la muerte. Esto no significa que en los momentos en que el suceso se desarrollaba éstas eran las mismas apreciaciones que a tres o cinco años de distancia. A pesar de esto, creemos que las respuestas que se dieron a la enfermedad sí contribuyeron a esta elaboración retrospectiva. La jerarquía que se atribuye a cada elemento depende del caso, aunque para fines de exposición los agrupamos de la siguiente manera: por designio divino, por desviación de las normas sociales, fenómenos sobrenaturales (envidía, mal echado, susto) y por conductas dañinas.

El rezo, tanto entre católicos como entre los de denominaciones o sectas protestantes y tradicionales, juega un papel primordial durante el desarrollo del embarazo y parto, y sobre todo en los casos de complicaciones y enfermedad. Para prevenir cualquier enfermedad, en la casa y en la iglesia, durante varios días, *prenden vela* o rezan con fe.

Entre los fenómenos sobrenaturales, sobresale la *envidía o mal echado*. Una persona en particular, el vecino, la suegra, el esposo u otra mujer puede *cortar vela*. La envidía, el *mal echado*, que puede estar dirigido a una persona en particular, o a una familia, se materializa en la enfermedad y muerte del más vulnerable. Ser envidiada como mujer por varios hombres, o la pérdida del espíritu por una caída o un

susto coloca a la mujer en un estado de vulnerabilidad o riesgo permanente.

Las conductas dañinas pueden estar asociadas a otros fenómenos y contribuir a la muerte o ser reconocidas como uno de los elementos fundamentales de ella. Entre estas conductas dañinas se encuentran la violencia doméstica en sus diferentes formas y la violencia física que pueden llevar hasta la muerte; la violencia emocional, a través de insultos, del imponer a otra mujer en la casa o de amedrentar con amenazas y la negligencia, que se manifiesta en la limitación impuesta en las necesidades básicas de alimentación, vestido y habitación.

Otra conducta dañina es el exceso de trabajo durante el embarazo, como el cargar a un niño permanentemente. Sin embargo, algunas familias no limitan las actividades de las embarazadas o de las puerperas. El deseo no cumplido de un alimento, la preparación de éste por alguien que desea hacer daño, o el consumo de ciertos alimentos, pueden ser elementos que agraven la enfermedad.

Algunos de los elementos que explícita o implícitamente se encuentran en el discurso de los entrevistados, y que contribuyen a la muerte, son acciones que sin ser transgresiones a normas sociales establecidas son consideradas como situaciones no del todo deseables. Entre estas se encuentra la relación con el *otro*. La relación entre un tradicionalista y una presbiteriana determina la conversión religiosa de alguno de ellos. La conversión, en uno de nuestros casos, de una prebiteriana a la religión tradicional desvía la conducta de la norma y de las expectativas familiares.

Dos de los casos ejemplifican la relación con un *no pedrano*. En uno de ellos se establece la relación de una pedrana con un tzotzil de Santa Martha, y en el otro la de un pedrano con una chamula. Las diferencias se establecen en todos los sentidos: en el hablar, en el vestir, en los gustos y en las costumbres. Estas diferencias se llegan a ver como coadyuvantes en los casos de muerte.

La infidelidad o las relaciones bigámicas naturalmente aceptadas entre los hombres, tienen una connotación muy riesgosa cuando son adoptadas por una mujer.

REFLEXIONES EN TORNO A LA MUERTE MATERNA EN CHENALHO

La toma de decisión, y la forma en que se resuelven las situaciones de crisis al interior de la pareja en una comunidad indígena, tienen muy poco que ver con el concepto de los derechos reproductivos como parte de los derechos individuales. En la sociedad pedrana no existen hombres y mujeres autónomos que toman decisiones al margen de su contexto familiar. La familia se convierte en la unidad fundamental en donde se construyen las formas de relacionarse con el mundo. El poder de decisión y el tipo de decisiones que se toman en torno a la enfermedad de una mujer es un proceso que se viene gestando desde el

inicio de la constitución de una pareja, o a veces desde antes. El matrimonio entre los chenalheros se da en términos de acuerdo entre dos grupos familiares. Cada uno de ellos tiene su propia dinámica de poder, jerarquías y solidaridades. Tanto la mujer como el hombre, antes de que contraigan matrimonio, ya tienen una posición de poder al interior de su grupo familiar que han ido construyendo a través de tiempo, con sus conductas, con sus actos. Se han conformado las redes de apoyo y solidaridad con sus hermanos, hermanas padres y abuelos.

Estas redes le permitirán en casos de crisis y enfermedad contar con un respaldo. El cumplimiento de las reglas y de los roles que se esperan como hija o como hijo, van consolidando estas redes; a medida que un hombre o una mujer sea más independiente de su grupo familiar y transgreda las normas comunitarias, la enfermedad será explicada como el castigo natural a su comportamiento y los recursos y esfuerzos que se invierten para su solución serán menores.

Si las dos familias de los contrayentes mantienen lazos de amistad y respeto, las mujeres serán menos vulnerables. Cuando la relación entre ambas familias no se da bajo estas premisas y la residencia de la pareja es patrilocal, el bienestar de la mujer dependerá de su capacidad para establecer nuevas alianzas con su nueva familia. Generalmente son el padre y los hermanos quienes vigilan el comportamiento del yerno, y ellos son los que pueden en un momento dado poner fin a una relación desventajosa.

En el ámbito de la salud, es la religiosidad popular la que ha tenido una mayor influencia en la ampliación de las alternativas para resolver los problemas, aunque el bienestar, la enfermedad y la muerte se siguen relacionando con lo sobrenatural y el destino. La conversión a las distintas sectas y denominaciones está generada, en parte, por una búsqueda de mejoría en las condiciones de vida, para evitar la muerte, o por mejores perspectivas en la vida después de la muerte. Las contiendas entre grupos políticos, religiosos y económicos matizan de manera importante la cohesión comunitaria y abren o cierran distintas posibilidades en materia de salud. Así, encontramos en los Altos distintas opciones de atención: velas, rezos, yerbas, oraciones, medicamentos, *Joklones*, promotores, médicos y hospitales.

La salud se ha convertido en una reivindicación importante para los grupos organizados, políticos o religiosos. Pero también, lo que otrora era un campo de cooptación y consenso ahora se ha transformado en uno de resistencia ciudadana. La no utilización de los servicios de atención disponible y el no permitir la vacunación de niños o de animales son unas de las tantas formas en que se está dando, desde 1994, la insurrección ciudadana en los municipios alteños.

En estos tiempos, la no asistencia a los centros de salud del IMSS o de la SSA se explica como una forma de protesta civil, aunque no está claro hasta qué punto es una forma de resistencia o una práctica cotidiana. Si analizamos las estadísticas disponibles, generadas por el registro civil o

por la certificación médica de los últimos ocho años, lo que sobresale en forma más evidente es la ausencia de presencia médica en la región. En algunos municipios no existe certificación médica en más del 90% de los casos; y en los que existe, es realizada fundamentalmente por promotores de salud. Chenalhó presenta una mortalidad materna cinco veces mayor que la nacional. La prácticamente nula utilización de los servicios de salud disponibles -sugerida por las cifras oficiales- se constató en el trabajo de campo, pues solamente el 10% de los familiares declararon haber utilizado, como una opción de atención para la difunta, a la medicina alópata.

En los últimos 20 años han proliferado en la región los centros de atención del IMSS y de la SSA, pero aún se encuentran muy subutilizados; en todos estos años no han podido legitimarse ante la población. Son pocos los que acuden a dichos centros de atención y posiblemente cada vez sean menos por las razones mencionadas arriba. Existe una resistencia fuerte al traslado de pacientes graves para su atención en el hospital, espacio al que se reconoce más como un preámbulo a la muerte que como una oportunidad de salvar la vida.

Los chenalheros han construido una serie de representaciones acerca de los servicios de salud y sobre todo de la medicina que practican los hombres y mujeres blancos o *caxlanes*. Estas representaciones en ocasiones no tienen que ver con una experiencia personal directa, ni tampoco con el resultado de una intervención de los médicos en

la resolución de un problema de salud, pero forman parte de las representaciones sociales colectivas, de una historia de relaciones profundamente desiguales y rica en experiencias de abuso y dolor (Arias: s/f).

Frecuentemente, una intervención juzgada por los representantes de la medicina alópata como exitosa, es considerada por los indígenas como una experiencia traumática, sobre todo por el trato racista que reciben en las instituciones de salud. Es a partir de la relación entre indígenas y mestizos que se ha generado en los indígenas la percepción de que los *caxlanes*, o la medicina que estos practican, tienen como objetivo último su exterminio, su esterilización, o simplemente su maltrato. Así, *Jloktores* o médicos *chiltak* son los que se han convertido en representantes de la medicina alópata a nivel local. Ellos son los que, con los instrumentos de la medicina *caxlana*, se han constituido en otra alternativa para la solución de sus problemas de salud, sin necesidad de salir del paraje o del lugar de origen.

En cambio en el consumo de prácticas médicas han influido los grupos religiosos, desde los presbiterianos hasta los católicos, los cuales de alguna manera se han visto beneficiados con la ampliación de su clientela a partir de posibilitar una mejor forma de vida en base a la atención de la salud, aunque en muchas ocasiones esto no sea del todo posible. Sin embargo, estos grupos han sido capaces no solamente de introducir hábitos que favorecen la prevención de enfermedades diarreicas o

pulmonares, como hervir el agua o mejorar la vivienda, sino que también han estimulado la capacitación de promotores de salud para la atención de los enfermos. Sin embargo, en algunos casos estas modificaciones han ido aparejadas de la pérdida de algunas prácticas anteriores que también contribuían al cuidado de la salud (como el manejo de la herbolaria), o de la inclusión de algunas prácticas muy nocivas, como el manejo inadecuado de ocitócicos o corticoesteroides, provocando reacciones secundarias que en alguna ocasiones pueden ser causales directas de la muerte.

Las relaciones inter e intrafamiliares, y la violencia doméstica como un elemento indicativo de las contradicciones que se establecen con los nuevos arreglos familiares, nos pueden brindar los elementos contextuales en los que se desarrollan situaciones críticas en torno a la enfermedad y la muerte, como es el caso de la muerte materna. Sin embargo, es en las representaciones y en las prácticas en torno a la enfermedad así como en la disputa entre los distintos actores involucrados en la atención a la salud, en donde podemos reconocer los elementos fundamentales para el entendimiento de este tipo de muertes.

La mayoría de estas muertes hubieran podido evitarse de haber sido posible la canalización de estas mujeres a través de redes familiares y sociales que posibilitaran la interrelación con la sociedad mestiza, y de contar con servicios hospitalarios con disposición de recursos humanos especializados y materiales suficientes. Solamente una de

las ocho mujeres acudió a un servicio hospitalario y murió 24 horas después de su alta. Evitar muertes como las maternas requiere de esfuerzos no sólo de la población, para detectar oportunamente las situaciones de riesgo, sino de una profunda transformación de los sistemas de salud y de las prácticas de atención dirigidas a las mujeres en general y a las indígenas en particular. Estas cifras y estas historias son las demandas mudas de las mujeres de Chenalhó.

BIBLIOGRAFIA

- ALCOFF, Linda. "Feminismo cultural *versus* posestructuralismo: La crisis de la identidad en la teoría feminista", *Feminaria*, Número 4, 1989, publicado originalmente en *SIGNS Journal of Women in Culture and Society*. Vol 13, No 3, Spring 1988.
- ANGULO, Jorge. "Migración indígena y organización social en los Altos de Chiapas", *Anuario IV* del Centro de Estudios Universitarios, UNACH, San Cristóbal de Las Casas. 1994.
- ARIAS, Jacinto. *El mundo numinoso de los mayas. Estructura y cambios contemporáneos*. Sepsetentas, Secretaría de Educación Pública, México D.F. 1975.
- (Compilador). *Historia de la colonia de Los Chorros, Chenalhó, Chiapas, fomento y enriquecimiento de las culturas*, Sub Secretaría de Asuntos Indígenas, Chiapas. s/f, Chiapas México.

- ELU, María del Carmen. *La luz enterrada. Estudio antropológico de la muerte materna en Tlaxcala*. Fondo de Cultura Económica, México. 1993.
- FREYERMUTH Enciso, Graciela. *Medicina alópata y medicina indígena. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*, CIESAS-ICHIC, San Cristóbal, Chiapas. 1993.
- y Mariana Fernández Guerrero. "Factores Culturales en el registro de actas de defunción", en prensa. 1994.
- y Graciela Ana María Garza Caligaris. *Muerte materna, informe final presentado al Programa de Salud Reproductiva del Colegio de México*, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. marzo 1996.
- FERNANDEZ. Olafíz, Fernández Sonia. "Estimación de la mortalidad materna", en: *Mortalidad materna y perinatal. Acciones para su reducción. Cifras y hechos: 1989-1994*. Comité Nacional para el estudio de la mortalidad materna y perinatal. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Servicios de Salud. Dirección General de Atención Materno Infantil, México, D.F. 1994.
- FERNANDEZ Liria, Carlos. *Familia y Costumbre en el periférico de San Cristóbal de las Casas*, Anuario del Instituto Chiapaneco de Cultura, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 1993.
- GARZA, Ana María, Graciela Freyermuth. *Interpretaciones sobre las causas de defunción* en: *Anuario IEI V*, Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. 1995.
- GONZALEZ Casanova, Enríquez Pablo. *Méjico un país racista*, Revista CIH-MECH, número 4, Vol 1-2, en prensa.
- GUITERAS Holmes, Calixta. *Los peligros del Alma. Visión del mundo de un tzotzil*, Fondo de Cultura Económica, México. 1986.
- HERNANDEZ B., Langer A., Romero M., Chirinos J. *Informe Final de actividades del proyecto Factores de riesgo para la muerte materna hospitalaria en el estado de Morelos*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca Morelos. abril de 1993.
- HOLLAND, William R. *Medicina Maya en los altos de Chiapas*, INI, México. 1963.
- INEGI XI *Censo de población y vivienda*, Aguascalientes México. 1990.
- LAUGHLIN, Robert. "Los Tzotziles" en: *La población indígena de Chiapas*. Victor Manuel Esponda,(compilador). Tuxtla Gutiérrez Chiapas, págs 177-199. 1993.
- ORGANIZACION Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Prevención de la Mortalidad Materna en Las Américas: Perspectivas para los años noventa*. Comunicación para la Salud No. 2, Washington D.C. EUA. 1992
- PARRA Vázquez, Manuel. *La producción silvoagrícola de los indígenas de los Altos de Chiapas*, Centro de Investigaciones Ecológicas del Sureste, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. 18-22 de mayo 1987.
- PEREZ Enríquez, María Isabel. *Migración y religión en los Altos de Chiapas*, Tesis para obtener el grado de maestría en Sociología Rural, Universidad Autónoma de Chapingo, México. 1990.
- REYES Frausto, Sandra. *Mortalidad materna en México*, Instituto Mexicano del

- Seguro Social, Subdirección General Médica, México D.F. 1992.
- RUS, Diane. *La crisis económica y la mujer indígena. El caso de Chamula, Chiapas.* Instituto de Asesoría Antropológica para la región Maya A.C., San Cristóbal de las Casas, México. 1990.
- SERVICIOS Coordinados de Salud Pública del Estado de Chiapas, *Diagnóstico de Salud*, Dirección de los Servicios de Salud. Departamento de Regulación de los Servicios de Salud, Jurisdicción Sanitaria No II, noviembre, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. 1995.
- THADDEUS Sereen, Deborah Maine. *Too Far to Walk, Maternal Mortality in context. Findings from a Multidisciplinary Literature Review*, mayo 1990.