

## “Saberes de mujeres zapotecas serranas en el embarazo y parto. Cambios y resignificación de prácticas en el contexto nacional”.

**Autoras:** Carmen Flores Cisneros y Aide Rodríguez Salauz  
Instituto Nacional de Perinatología. México, DF.  
[cflores@servidor.inper.edu.mx](mailto:cflores@servidor.inper.edu.mx) o [malinalicisne@yahoo.com](mailto:malinalicisne@yahoo.com)  
[asalauz@colmex.mx](mailto:asalauz@colmex.mx)

*a Profesor Sergio Ricco Monge*

### Definición del problema

En México las investigaciones del proceso de embarazo de mujeres indígenas desde la perspectiva de antropología médica entrelazada con las Ciencias Sociales y la salud pública son aún incipientes; las condiciones sobre las cuales estas mujeres toman o no decisiones sobre su salud materna y perinatal requiere documentarse desde una visión macro – microsocioal que recupere el punto de vista de las actoras. En este sentido, se optó por estudiar un grupo étnico representativo de la región de *Mesoamérica*, en el estado de Oaxaca, con una diversidad cultural y un alto número (16 de los 62) de grupos indígenas<sup>1</sup>.

Existen distintos saberes médicos que se reproducen a través de las representaciones y prácticas de los sujetos sociales en relaciones de intercambio, complementariedad o contradicción que implican distintas dimensiones ideológico-culturales<sup>2</sup>, sociales e históricas. Destacan las relaciones de poder entre saberes médicos y de *micropoder*<sup>3</sup> entre sujetos sociales. Con las cuales los conjuntos humanos interpretan y reinterpretan la atención del proceso de atención a la salud

---

<sup>1</sup> Uno de los tres grupos étnicos mexicanos más importantes por su expansión demográfica - después de los Nahuas y Mayas-(Zolla; INI, 1995). Ubicado en la zona donde se concentra el 45.0% de la población indígena del país, incluye Oaxaca, Chiapas, Yucatán y Quintana Roo.

<sup>2</sup> Nos plantean relaciones complejas en los procesos de atención al embarazo.... prácticas que emanan de las cosmovisiones en que se sustenta. Constituyen las representaciones colectivas (simbólicas), refieren la idea de cuerpo, de mundo y de salud en la cultura zapoteca, y están vinculadas a los sistemas de salud vigentes en los ámbitos micro-social y sus vínculos con lo macro-estructural (en la región).

<sup>3</sup> Se refiere a las relaciones de género, categoría que se concibe como *sistemas de poder* e involucra relaciones entre géneros del mismo y de distinto sexo y, a las relaciones intergeneracionales.

del embarazo desde sus propias cosmovisiones; es decir, desde sus concepciones de cuerpo y de mundo, de salud y de *padecer*.

El saber bio-médico es legitimado por el Estado y subordina a los saberes alternativos (populares/tradicionales y de autoatención). En este sentido surgen interrogantes sobre cómo operan las relaciones de poder político entre sistemas de salud y cómo se vinculan éstas con el mundo de las mujeres zapotecas donde se producen relaciones de *micropoder* a partir de la organización del parentesco en el grupo doméstico/familiar; ¿qué trayectorias de atención han seguido y cuáles realizan actualmente las mujeres en la gestación? ¿Cómo influyen las políticas públicas en el uso de prácticas biomédicas de atención al embarazo? ¿Qué cambios están ocurriendo en las prácticas del embarazo de las zapotecas serranas en el contexto nacional?

Las mujeres en el contexto étnico y rural se ven presionadas a reproducirse biológicamente con mayor intensidad por los constreñimientos de la estructura socio-económica y política en el ámbito nacional mexicano de acuerdo a las relaciones históricas desiguales entre estados y regiones<sup>4</sup>. El estado de Oaxaca (4.35), en comparación con el promedio nacional (3.2) refirió una tendencia alta en la tasa global de fecundidad<sup>5</sup> (1991). La tasa de natalidad en el estado es de 28.5 nacimientos y en el ámbito nacional mexicano es de 24.3 por cada mil habitantes (1993). En el último Censo General de Población (2000) la tendencia de la tasa global de natalidad ha disminuido comparativamente con 3.3 y 2.9 hijos nacidos vivos al final de la vida reproductiva de las mujeres. La tasa de mortalidad materna oficial ubica históricamente en primer lugar al estado de Oaxaca (6.4 en 1999); mientras en el contexto nacional es menor (5.3 INEGI, 2000); pero los datos reportados no consideran el gran sub-registro, de más del 60% en los estados del sureste del país (Freyermuth, 2006).

El tamaño de las comunidades del estado de Oaxaca menores o igual a 500 habitantes (88%) y, la dispersión geográfica, hacen complejo el acceso y el uso de

---

<sup>4</sup> Según los especialistas, las prácticas de control natal han tenido amplia incidencia en la explicación de la disminución de la fecundidad en el país, de manera diferencial.

<sup>5</sup> Al final de su vida reproductiva de las mujeres.

los servicios de salud. La población rural vinculada al campo es del 60% (COESPO, 1993), ante las desventajas que le condiciona el contexto económico mundial se ven obligados a emigrar, condición homogénea para los grupos étnicos campesinos de México y la región de América Latina. La situación estructural implica socialmente desventajas en niveles de salud, educativos, condiciones precarias de la vivienda, alimentación y nutrición, entre otros, que presionan su organización social económica y política comunitaria y repercuten en la salud materno-infantil en forma directa e indirecta. Gran parte de sus municipios se clasifican como de alta marginación. (COESPO, 1996; Frenk. J. 1997). Los recursos para la salud del estado sureño son escasos, el presupuesto asignado es muy limitado y los servicios de salud son poco accesibles geográfica y económicamente, en general y, en la atención del embarazo.

En este sentido, se requiere conocer y comprender los procesos implicados en la construcción de los saberes y la auto-producción de la salud indígenas con un enfoque interdisciplinario, subrayar la vigencia de los saberes de la cultura *Zapoteca* serrana, documentarlos e identificar necesidades sentidas que promuevan la atención prenatal y reproductiva oportuna del grupo étnico indígena.

### **Antecedentes bibliográficos**

La condición de vida, clase y género de las mujeres indígenas las ubica en las circunstancias más difíciles de las desigualdades sociales en el ámbito nacional e internacional. Las implicaciones y desventajas en términos discriminatorios en los grupos étnicos americanos de México y el continente operan en el proceso salud/enfermedad/*padecer* y muerte (O' Neil, JD., 1986; Menéndez, E., 1992, 1994; Williams, Krieger, N., 1999; Grossman, D., et. al., 1994; Hogue, CJ, Vasquez C. 2002). En el mismo sentido el nivel socio-económico juega un papel importante en las condiciones étnicas discriminatorias entre grupos indígenas y nativos afectan la salud (Krieger, N., 1999; Lieb, L.E., et al, 1992; Walters, K., Simoni, J., 2002). Los demás determinantes sociales como causas importantes repercuten en los estados de salud y perfiles epidemiológicos de las mujeres (Williams, D., 2002), pero dichos estudios refieren poco las implicaciones en la atención del embarazo.

En antropología los estudios de embarazo de distintas posturas. El enfoque "culturalista" (Guiteras, 1961) en el mundo *Maya Tzotzil y Tzeltal* en Chiapas, plantean una visión sobre la idea de los sucesos biológicos y su relación con la construcción cultural. Los diferentes aspectos de la magia en la crisis del embarazo y el parto, sus sistemas de creencias, la cosmovisión y prácticas que tienen que ver con los cuidados del mismo. Un referente simbólico de la gestación ha sido reportado para distintos grupos étnicos mexicanos: *Nahuas* (Fagetti, 1995); *Huaves* (Dalton, 1992); *Tojolabales, Totziles y Totonacas* (Bellato, 1996), refieren las cosmovisiones representadas en la construcción de un cuerpo con fluidos masculinos y femeninos en intercambio a través de la concepción y el embarazo. En antropología médica (Mellado, et al., 1989) estudió en Morelos las características básicas de atención al embarazo en el medio rural mexicano. En Oaxaca (Sesia, 1997; 2006, Flores, 2003; Camacho, 1998) estudiaron la salud materna, consideran articularon la sexualidad y el género y curadores del saber popular entre *Chinantecos* y *Zapotecos*. En Chiapas la mortalidad materna indígena. (Freyermuth, 2000, 2006).

### **Referentes teórico – conceptuales**

Desde una perspectiva histórica - estructural la propuesta teórica de E. Menéndez, recupera los planteamientos de Gramsci; De Martino, sobre los diferentes modelos de atención<sup>6</sup> socialmente reconocidos. Plantea un análisis relacional de las condiciones socio-históricas, económicas, ideológicas y políticas que influyen en la dinámica y organización de dichos modelos. Distingue las relaciones de hegemonía/subalternidad entre estos. El Modelo Médico Hegemónico (MMH), el Modelo Médico Alternativo Subordinado (MMAS) y el

---

<sup>6</sup> Los que define como construcciones teórico metodológicas con un determinado nivel de abstracción para aprehender los procesos de producción, funcionamiento y organización de los saberes teóricos, técnico, ideológicos y socioeconómicos que establecen los conjuntos sociales, los terapeutas y las instituciones, respecto de los procesos de salud/enfermedad/atención, en contextos históricamente determinados (Menéndez, Op. Cit.)

Modelo de Autoatención (AA). Caracterizados por la serie de rasgos<sup>7</sup> y funciones que los distinguen (Menéndez, 1984).

El *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*<sup>8</sup> 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,<sup>9</sup> 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 auto-atención, auto-ayuda y auto-cuidado. La categoría teórica, metodológica y empírica de género refiere la construcción social de los sistemas de sexo/género donde se encuentra organizado el poder (micro) entre sujetos del grupo parental - doméstico en el intercambio social y las diferencias entre personas del mismo ó diferente sexo.

### **Metodología**

Los resultados forman parte de dos momentos de investigación: el primero corresponde a la tesis de maestría en Antropología Social, ENAH<sup>10</sup> “Representaciones y prácticas diferenciales de embarazo, parto y puerperio en tres generaciones de mujeres zapotecas serranas” de Flores C.<sup>11</sup> y, el segundo, al proyecto de investigación “Saberes y prácticas de atención del embarazo de mujeres indígenas Zapotecas serranas” del Instituto Nacional de Perinatología

---

<sup>7</sup> Los caracteres básicos de AA son: eficacia pragmática, la salud como bien de uso y tendencia a percibir a la enfermedad como mercancía, legitimidad grupal y comunal, concepción basada en la experiencia, empirismo pragmático, tendencia a la apropiación tradicional y a la síntesis de diversos saberes, tendencia a asumir la subordinación inducida respecto de los otros modelos”.

<sup>8</sup> Es también concebida como la primera etapa de la *carrera o trayectoria* del [enfermo], Op cit.

<sup>9</sup> Involucra embarazo-parto-puerperio en el contexto de la salud reproductiva de las mujeres zapotecas.

<sup>10</sup> Escuela Nacional de Antropología e Historia.

<sup>11</sup> Estudios promovidos por el INPer.

(INPer). El trabajo de campo se realizó en dos momentos: a) De 1994 - 1998 concierne a la maestría<sup>12</sup>, ENAH-INPer; b) De 2004 -2006 al proyecto INPer<sup>13</sup>. En un municipio menor a 2500 habitantes, conformado por tres comunidades de Oaxaca: Laxopa, Yahuío y Guiloxi. El primer trabajo, estudió a las mujeres de Yahuío (< 500 habitantes), ligando los ámbitos local,, municipal y regional. Se seleccionó un grupo de 42 mujeres bilingües y monolingües, de 19 años (< ó =) hasta más de 65 años, de manera intencional, ubicadas en distintos momentos del ciclo de vida reproductiva<sup>14</sup>. De éste se eligieron cuatro mujeres para el análisis intergeneracional construido, con 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 hegemónico externo. Con ellas se reconstruyeron las trayectorias de atención de la época que abarcó de 1955 a 1998; al mismo tiempo, se buscó dar cuenta de las relaciones de poder microsociales 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.

En la segunda investigación (INPer), se identificó otro grupo de 42 mujeres zapotecas serranas bilingües de 17 a 49 años, originarias de las tres comunidades mencionadas, invitadas a participar con el consentimiento informado. Con estas mujeres se han reconstruido las trayectorias de atención de la época que abarca del año 2000 al presente. 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 en las dos investigaciones.

---

<sup>12</sup> En periodos de 15 a 60 días.

<sup>13</sup> En periodos de 15 a 30 días.

<sup>14</sup> Cfr. Flores Cisneros. 2003

En ambos momentos se desarrollaron métodos etnográficos, partiendo del *punto de vista de las actoras (emic<sup>15</sup>)*, que incluyeron 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. Se han organizado núcleos de información empírica conforme a las dimensiones que se visualizó investigar para dar cuenta de las representaciones y prácticas actuales.

Este análisis se realizó con información de los saberes de seis mujeres (primer grupo hasta los años 90), en comparación con los de otras doce mujeres de la nueva década (2000), segundo grupo. El 2º grupo de mujeres fue seleccionado conforme a los dos primeros criterios de inclusión previstos, a fin de reconocer los procesos de cambio y entender los sentidos y significados que están teniendo para ellas las prácticas. Comprender cómo juegan las relaciones en el *campo* de poder<sup>16</sup> con el *habitus*<sup>17</sup> de las zapotecas, su construcción de cuerpo y de género y, cómo operan los sistemas de salud en relaciones de poder político en el contexto nacional y transaccional con la cultura del grupo étnico. En el contexto de las representaciones del imaginario colectivo de los actores implicados en el proceso de cuidado-atención a la gestación, a partir de dos ejes: lo microsocial, vinculado a lo macro-estructural.

### **Resultados:**

El municipio de Santiago Laxopa perteneciente al distrito de Ixtlán de Juárez, se localiza en el estado de Oaxaca, en Mesoamérica, a una altura promedio de 1200 metros SNM en la Sierra Madre Occidental. La región característica 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 reciente 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

---

<sup>15</sup> Ubicamos esta idea, como elementos que contribuyan a acortar distancias entre prácticas médicas y saberes populares en esta materia.

<sup>16</sup> Cfr. P. Bourdieu.

<sup>17</sup> Ídem.

y quema<sup>18</sup>, 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<sup>19,20</sup>. La división sexual del trabajo es diferenciada conforme a grupos etéreos 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<sup>21</sup>; sin embargo, es diferencial entre hogares y comunidades según el potencial de sus productos. Dichas condiciones estimulan la expulsión migratoria del campo a la ciudad en los ámbitos nacional e internacional. Esta situación coloca en la subalternidad al grupo étnico, lo cual determina el cambio de tareas de los hombres por el trabajo de las mujeres. La presión demográfica y política desde el Estado – nación, las ha obligado a reproducirse históricamente de forma intensiva.

### **Diferencias y cambios en los grupos de mujeres**

Las mujeres del primer y segundo estudio se concentraron en el grupo reproductivo de 20-34 años; en el grupo actual. En los dos grupos, una mayoría son bilingües de *zapoteco*-español. Las anteriores con escolaridad de 3 - 6 años

---

<sup>18</sup> 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.

<sup>19</sup> Según la artesanía que cada comunidad produce obtiene ingresos monetarios diferenciales. En Laxopa tejen cobijas de lana de bovinos, en Yahuío diseñan mecapales de ixtle o yute; en Guiloxi tejen rebozos y ceñidores de algodón, bordado de blusas.

<sup>20</sup> 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.

<sup>21</sup> Ingreso menor o igual al equivalente de un dólar diario. Aparentemente compiten más quienes venden artesanía de mayor costo: Guiloxi y Laxopa a diferencia de Yahuío; la pérdida de la capacidad del poder adquisitivo es tan alta que les impacta de modo semejante a las tres comunidades. Las mujeres de Yahuío históricamente han tenido la maternidad más intensiva (más alta fecundidad) que las otras.



de educación primaria y, las actuales de 6 a 9 años con educación básica primaria y secundaria. Las más grandes, eran monolingües de su lengua materna y no estuvieron en contacto con la escuela occidental. Las jóvenes monolingües de español, perdieron la lengua materna con la influencia del cambio religioso. En las anteriores, la mayoría son de religión católica, casi la mitad testigos de Jehová y algunas de Pentecostés. Las nuevas se diversifican en las mismas religiones y, se suman otras cristianas.

También aumentaron las mujeres solteras jóvenes ahora, reflejan cambios en la unión marital. Y se trata de mujeres con más autonomía sobre su cuerpo y decisión de no casarse. La *comunalidad* previene este fenómeno y ejerce control social sobre el cuerpo femenino. Las actividades de ambos grupos son el hogar y las económicas que subsidian la manutención de los hogares. Estas tareas van cambiando, en el ciclo de vida y al final se concentran en las productivas y, antes, además en la práctica de parteras.

En el grupo anterior, menstruaron en forma tardía y tenían mayor desconocimiento de la menarquia; se unieron más jóvenes y, tuvieron una tendencia a tener más embarazos, prolongando su ciclo de vida reproductiva. En el grupo actual, la edad a la menstruación fue más temprana, y la unión fue poco más tarde. Se está registrando una práctica de anticoncepción temporal y definitiva en las más jóvenes desde el grupo anterior, con lo que vemos una tendencia a la reducción de la fecundidad, esto también acorta los ciclos reproductivos de las nuevas mujeres. El proceso de cambio en los patrones de comportamiento demográfico y social al comparar ambos grupos: el anterior y el actual está presente.

### **Las trayectorias de la gestación de las Mujeres Zapotecas Serranas Procesos de cambio y resignificación en las prácticas**

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. En él destaca el carácter estructural y etiológico que ha construido su salud y padecer antiguamente en estas mujeres y permanece vigente. *El Susto, como un fenómeno reconocido por la colectividad femenina y masculina en las distintas dimensiones de la vida social y la cultura, en el imaginario de la persona zapoteca serrana; curador tradicional y en la legitimidad de la construcción cultural del padecer propio del grupo étnico.*

*Los Síndromes de filiación cultural: **Muina, Susto, Coraje o Chismes**; contextualizan y son fuentes fenomenológicas en la construcción de desventajas en la salud materna y perinatal de las mujeres del antes y del ahora en la cultura zapoteca serrana.* Estas cuatro nociones entrañan las fuentes de poder en el ejercicio de relaciones desiguales o asimétricas entre los personajes que juegan en el campo<sup>22</sup> de la salud reproductiva indígena desde el *habitus*<sup>23</sup> de cada mujer, expresado en el capital cultural y simbólico que aprehendió en el grupo étnico. En este sentido comparamos las prácticas y representaciones del cuerpo y su significado en la constitución de prácticas que evocan o convocan las trayectorias de atención.

La *comunalidad* tiene sus tácticas para **reconocer qué mujeres están embarazadas**, para vigilar el orden y producir las prácticas para la salud en la gestación. El Síndrome de filiación cultural, denominado: *Chipiloso [chibilit] en los niños(as) de pecho, hace saber “quién ha concebido o tiene un embrión” a actoras de la comunidad, de este modo habrá que brindar cuidados a esa mujer y a la niña (o)a que padezca el [chibilit].* Antes; las mujeres no estaban totalmente concientes de que la unión marital podría traer el embarazo y el reconocimiento del mismo era delegado a las relaciones jerárquicas ascendientes entre la mujer, el marido, su suegra u otras mujeres de mayor edad en el grupo étnico. La confirmación del estado fisiológico-social tuvo su impacto en las primerisas, muy jóvenes que no estaban mentalizadas al ejercicio de la maternidad. Actualmente; es un hecho que las jóvenes autorreconocen por sí mismas su embarazo, lo

---

<sup>22</sup> Cfr. P. Bourdieu, 1994. El sentido práctico. Taurus, Madrid. P. 91-135 y 189-204.

<sup>23</sup> Cfr. Op cit., en Flores 2003.

comunican y comparten al marido y están en más posibilidades de decidir sobre su cuerpo.

De las prácticas del saber popular, predomina el uso del ceñidor<sup>24</sup> para sostener la cintura y espalda, prevenir “aflojaduras de las cuerdas” y dolor, 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..”* y prevenir dolores de espalda, desgarres por cargar pesado o realizar tareas duras durante la gestación. Las mujeres del nuevo estudio, por lo general, siguen realizando esta práctica y las que no lo hacen son menos. 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.

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.

**Ir al temazcal**, ya sea para relajar a la mujer gestante, hojeando su cuerpo con ramos del jardín según acostumbre cada partera ó comunidad. Estas pueden ser, de maíz, ramos de “aguacatillo”, duraznal, hierba del cielo. O bien, para sobar y acomodar el feto en la gestación. Preparar a la mujer para un parto seguro, sacar el aire del cuerpo y prevenir el dolor. Esta práctica es legítima de las mujeres anteriores y mantiene vigencia con las actuales.

---

<sup>24</sup> Fajilla de algodón tejida por lo general por las mujeres de Guiloxi: Mide unos 2 mts. De largo por unos 20 cm de ancho y debe dar doble vuelta en la cintura de las mujeres (u hombres) que la usan.

**El ejercicio de prácticas modernas:** visitas a médicos, ingesta de vitamínicos incipiente, uso de inyección de *oxitocina* en el parto, representó la idea de eficacia simbólica<sup>25</sup> en las más jóvenes del primer grupo y el actual. Hay mujeres que no las aceptan y no las eligen, prefieren sus prácticas propias.

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 acostumbré 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, las soba para tener un parto seguro.

**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<sup>26</sup>, 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, entre otras; muestra la vida agitada de las zapotecas en las tres comunidades, y la región. **Las prácticas del sistema médico hegemónico**, hacen una marcada diferencia en las mujeres del grupo actual, están llevando prácticas de control prenatal algunas desde el primer trimestre, esta tendencia se concentra en mujeres primigestas y las más jóvenes del estudio. La mayoría de mujeres del grupo actual son multigestas; ellas también llevan control prenatal institucional, sin embargo, lo inician hasta el 2º ó 3º de la gestación; entre más grandes, más tardío o no aceptan estas prácticas.

---

<sup>25</sup> Strauss, L., 1982 en Flores 2003.

<sup>26</sup> 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.

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 (“Contigo” –“Oportunidades”; antes, “Progresá” y “Solidaridad”) a través de la brigada de salud jurisdiccional No. 6 de la Sierra Juárez, de los Servicios Coordinados de Salud Estatales, que llega 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 para tener acceso a esta beca quienes fueron incluidas.

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 estas 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 Mesoamérica<sup>27</sup> en todas ellas.

Estas prácticas se las representan las mujeres, tanto del primer grupo, como del actual: como prácticas “ajenas a su cuerpo”, a sus creencias y a sus necesidades sentidas de salud en la gestación. Con algunas transaccionan y registran conocimientos complementarios a su saber, el uso de ultrasonografía, ha causado una impresión positiva en algunas mujeres, al saber: *“mi bebé se está desarrollando bien, me dijo el doctor y... que va a nacer bien...ya me lo enseñó”* La eficacia simbólica del modelo biomédico se apropia de ciertas representaciones en la vida reproductiva de las mujeres y a pesar de que las prescribe, les está construyendo el cuerpo, con ejercicio del poder y control en él a través de su salud y la del bebé en gestación.

Las resistencias de la alteridad se muestran en sentidos de rechazo material de ingerir los suplementos que reciben para el embarazo. Antes y ahora, no los aceptan, los prueban y después guardan los frascos que reciben. En su imaginario tienen la medicina que significaba “eficacia simbólica” por que “creen que actúan rápidamente” pero no lo tomaron porque tuvieron temor a la complicación del

---

<sup>27</sup> Cfr. López-Austin, A. 1989; Flores Cisneros, 2003.

parto; por temor a transgredir los estatutos culturales explícitos en el imaginario colectivo de lo que significan “las vitaminas”. Y es que en su representación colectiva, tanto ellas como las parteras tradicionales, tienen la idea de que las mujeres que tomen esas vitaminas y el hierro, provocará un crecimiento mayor a lo esperado en el bebé. Su saber y su realidad económico material les confronta.

**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 integral de Ixtlán, 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, Jazmin: *“.....¡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 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, *“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.*

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

**Las políticas públicas en el contexto nacional mexicano y la salud étnica**

En los últimos sexenios la política de salud<sup>28</sup> y sus programas han tomado una orientación asistencial de acuerdo al modelo de desarrollo económico neoliberal y “moderno”, siendo desigual para América Latina.<sup>29</sup> **Las mujeres padecen anemia estructural** que no han logrado superar históricamente en la región y el país con procedimientos administrativos asistenciales. Condición de mayor desventaja epidemiológica para la gestación y las causas etiológicas potenciales de mortalidad materna en grupo (s) étnico (s), en particular el *Zapoteco serrano*<sup>30</sup>.

Por lo general las causales de muerte materna tienen que ver con la falta de oportunidad de los servicios y programas de salud institucional y las complicaciones para las que ellas tienen bien clasificado asistir a la institución médica, que requiere de un servicio de segundo y tercer nivel de atención. Lo

---

<sup>28</sup> La política pública, los programas de Becas o de asistencia, se han focalizado a los más pobres. El discurso político ha intentado atacar principalmente las desigualdades en el acceso a la salud, alimentación, educación, entre otras. Estas operan bajo programas de becas dirigidos primordialmente a mujeres y niños escolares, para poder otorgarles las que son acumulables de acuerdo al número de hijos y los grados escolares que estos cursan, teniendo una tendencia a mayor alcance en recursos monetarios, entre más alto sea el grado escolar de cada niño (a).

<sup>29</sup> El debate América Latina “sobre la pertinencia del término posmodernismo para proyectos nacionales o formaciones sociales que ni siquiera han llegado plenamente a la modernidad o han vivido una modernidad incompleta y desigual (Osorio, 1989, Dussel, 1995) El proyecto globalizador ha traído cambios importantes en los procesos de trabajo y ha convertido a nuestros países en economías maquiladoras, estos procesos no han implicado una homogeneización cultural ni mucho menos el surgimiento de un sujeto posmoderno enajenado como el descrito por el teórico de la posmodernidad (Beverly, Oviedo y Aronna, eds., 1995). Algunos autores señalan que la posmodernidad es precisamente la forma que ha tomado la modernidad desigual en América Latina (Bruner, 1995) o prefieren acuñar a nuevos términos para referirse a la forma específica en que ha respondido nuestro continente en a los retos de la globalización capitalista como la transmodernidad (Dussel, 1995) o modernidad periférica (Bruner *op cit*)” (en Hernández RA., 2003)

<sup>30</sup> En México, el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, se tradujo en estrategias que atendieran la desigualdad de la población más pobre a través del **Programa de Ampliación de Cobertura, PAC**, de manera paralela al Programa IMSS-Solidaridad “para proporcionar servicios en las zonas rurales e indígenas desprotegidas”. Los programas de becas son parte de las estrategias complementarias de esta Política Pública y han tratado de integrar la asistencia médica del PAC. No obstante, la condición estructural de vida de las mujeres de las comunidades de ambos momentos de investigación, no se transforma, ni ha logrado generar un proceso de cambio social más que como escaparate sexenal y político donde se desarrollan procesos de supuesta modernidad, que más bien son “modernizadores” porque casi siempre quedan inconclusos ... (Ricco, 2005), lo cual confina a los pueblos, comunidades y regiones de refugio<sup>30</sup> donde se concentra la población indígena del país desde la época de la colonia. Los Zapotecos serranos, a pesar de su larga búsqueda por vincularse al mundo occidental y no estar excluidos de la economía nacional, siguen confinados a los rezagos y exclusión social, por los altos índices de pobreza y marginalidad municipal que transversaliza los cuerpos de las mujeres y su salud. Las coloca en desventaja potencial en la maternidad de ambos grupos del análisis.

anterior está construyendo distancias abismales entre el ejercicio de sus derechos culturales y sociales. Lo que requiere urgentemente de que las políticas públicas se distancien de su *teatrocracia absoluta* (Balandier, 1988) y atiendan a las necesidades sentidas, para acortar distancias, y desde estos actores comenzar a construir el ejercicio de derechos sociales culturales. Hace falta que el actor principal del desarrollo, el gobierno en turno, consideren en las políticas la cultura propia de las etnias- desde su particularidad, que se reclamen en diversidad, diferencia e identidad propia.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Balandier G. (1988) Modernidad y poder. El desvío antropológico. Serie Antropológica, Júcar Universidad. Barcelona.
- Campos R. Comp. (1992) Introducción en La antropología médica en México. Antologías universitarias, Tomo I. Instituto Mora, UAM, México.
- De León P. (1997) "Una revisión del proceso de las políticas: de Laswell a Sabatier". Gestión y política pública, vol. VI, num.1, primer semestre; 5-17.
- Flores C. (2003) "Saber popular y prácticas de embarazo, parto y puerperio en Yahuío, Sierra Norte de Oaxaca". Perinatol Reprod Hum; vol. 17:1; enero-marzo; 36-52.
- Freyermuth, G. (2006) Realidad y disimulo. Complicidad e indiferencia social en Chiapas frente a la muerte femenina. VII Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, México.
- Grossman DC, Krieger JW, Sugarman JR, Ralph AF. (1994); "Health Status of Urban American Indians and Alaska Natives: A Population-Based Study". The Journal of the American Medical Association, 271:11; 845-50.
- Guiteras, C. (1961) "La magia en la crisis del embarazo y del parto en los actuales grupos *Mayances* de Chiapas", México.
- Hernández RA. (2003) "Posmodernismos y feminismos. Diálogos, coincidencias y resistencias". Desacatos, invierno: 013; 107-121. CIESAS DF, México.
- Hogue R, Vasquez C. (2002) "Toward a Strategic Approach for Reducing Disparities in Infant Mortality". American Journal of Public Health, 92:4:552-556.
- Joe JR. (1996) "The health of American Indian and Alaska Native women". Journal of the American Medical Women's Association, 51:4; 141-45.
- Krieger N. (1999) "Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination". International Journal of Health Services, 29:2;295-352.



- Langer A., Lozano R., Hernández B. (1992) "Mortalidad Materna. Niveles, tendencias y diferenciales"; Demos, 10-11.
- López AA. (1989) *Cuerpo Humano e ideología*, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Marbella A, Harris MC, Diehr S, Sabina MD, Ignace G, Ignace G. (1998) "Use of Native American Healers Among Native American Patients in an Urban Native American Health Center". *Archives of Family Medicine*, 7:2;182-85.
- Mellado V., Zolla C., Castañeda X. (1989) *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*. CIESS. 1ª. Ed., México, 7-43.
- Menéndez, E. L. (1984) *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (Gestión) en salud*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México.
- (1990) "Autoatención y automedicación". Un sistema de transacciones sociales permanentes, en antropología médica. *Orientaciones, desigualdades y transacciones*, CIESAS, México.
- (1994) "La enfermedad y la curación" ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, México. 4:7;71-83.
- (1992) García. JE. "Reproducción social, mortalidad y antropología medica". *Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre antropología médica en México*. Ed. CIESAS, Universidad de Guadalajara; 13-36.
- Osorio R. (2001) *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. Biblioteca de la medicina tradicional Mexicana, INI, CIESAS, CONACULTA, INAH, México.
- Ricco S. (2005) *El Estado Nacional y su norma: México y Bolivia*. Tesis, Maestría en Estudios Latinoamericanos. UNAM, México.
- Sesia, P. (1997) *Women come here on their Own When they Need to: Prenatal Care, Authoritative Knowledge, and Maternal Health in Oaxaca*, en *Medical Anthropology Quarterly*. 10:2.
- Thoenig JC. (1997) "Política pública y acción pública", primer semestre, Vol. VI:1; 19-37.
- Williams. DR. (2002) "Racial/Ethnic Variations in Women's Health: The Social Embeddedness of Health". *American Journal of Public Health*, No. 92:4:558-597.

Expresamos nuestro agradecimiento, a las mujeres y hombres de las comunidades zapotecas serranas que nos brindaron su tiempo y saber. A las parteras y curadores en el contexto oaxaqueño de la investigación.

Agradecimientos a: Dr. Alfredo Fernández Arriola, Jefe del Programa de Alimentación y Educación para la Salud, UNCADER, SEP. Coatepec, Ver., participante en el Proyecto INPer; Angélica Rivera, estudiante de sociología en prácticas profesionales en el proyecto INPer y Sonia López M.