

¡A TODA MADRE!

# ¡A TODA MADRE!

## UNA MIRADA MULTIDISCIPLINARIA A LAS MATERNIDADES EN MÉXICO

*Abril Saldaña Tejeda*

*Lilia Venegas Aguilera*

*Tine Davids*

**Coordinadoras**

Producción

*Abril Saldaña Tejeda*

y *Tine Davids*

D.R. © Abril Saldaña Tejeda, Lilia Venegas Aguilera  
Tine Davids (coordinadoras), 2017

DEL COMITÉ EDITORIAL  
INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA, 2017  
CUERPOS MATEMÁTICOS Y REFERENCIADOS  
LOS CONTRASTES ENTRE LOS DEBERES  
REPRODUCTIVOS Y LABORALES EN MÉXICO



BIBLIOTECA  
SOCIALES  
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES

Violencia obstétrica en maternidades  
un caso de racismo

*Natividad Gutiérrez*

Maternidades violentadas  
¿justificables? Una mirada

a la judicialización de la salud materna en México

*Paola Sesia*

**INSTITUTO NACIONAL DE ANTROPOLOGÍA E HISTORIA**

**EDITORIAL ITACA**

**UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO**

**UNIVERSIDAD DE RADBOD**

DS 51619

HQ759 / A8

¡A toda madre! : una mirada multidisciplinaria a las maternidades en México / coordinadoras Abril Saldaña Tejeda, Lilia Venegas Aguilera, Tine Davids. Ciudad de México ; Guanajuato, Gto. : Secretaría de Cultura : Instituto Nacional de Antropología e Historia : Itaca : Universidad de Guanajuato, 2016. 448 p., il., gráficos ; 14 x 20 cm.

Incluye referencias bibliográficas.

ISBN 978-607-484-898-4 (Secretaría de Cultura, Instituto Nacional de Antropología e Historia)  
ISBN 978-607-97448-0-9 (Editorial Itaca)  
ISBN 978-607-441-452-3 (Universidad de Guanajuato)

1. Maternidad - México. 2. Derechos de la mujer - México. 3. Mujer - Salud e higiene - México. 4. Mujeres - Condiciones sociales - México. I. Saldaña Tejeda, Abril, coord. II. Venegas Aguilera, Lilia, coord. III. Davids, Tine, coord. IV. México. Secretaría de Cultura. V. Instituto Nacional de Antropología e Historia (México). VI. Editorial Itaca. VII. Universidad de Guanajuato.

¡A Toda Madre! Una mirada multidisciplinaria  
a las maternidades en México,  
de Abril Saldaña Tejeda, Lilia Venegas Aguilera y  
Tine Davids (coordinadoras)

D.R. © Abril Saldaña Tejeda, Lilia Venegas Aguilera,  
Tine Davids (coordinadoras), 2017

D.R. © Secretaría de Cultura,  
Instituto Nacional de Antropología e Historia, 2017  
Córdoba 45, colonia Roma,  
delegación Cuauhtémoc,  
C.P. 06700, Ciudad de México  
www.inah.gob.mx  
ISBN: 978-607-484-898-4

D.R. © David Moreno Soto, 2017  
Editorial Itaca  
Piraña 16, Colonia del Mar  
C.P. 13270, Ciudad de México  
tel. 5840 5452  
ed.itaca.mex@gmail.com  
itaca00@hotmail.com  
www.editorialitaca.com.mx  
ISBN: 978-607-97448-0-9

D.R. © Universidad de Guanajuato, 2017  
Lascuráin de Retana #5  
Zona Centro, C.P. 36000, Guanajuato, Guanajuato  
www.ugto.mx  
ISBN: 978-607-441-452-3

Primera edición: 2017  
Coedición: Secretaría de Cultura, Instituto Nacional de Antropología  
e Historia, Universidad de Guanajuato, Editorial Itaca

Imagen de portada: Diego Rivera, "Maternidad",

D.R. © 2017 Banco de México, Fiduciario en el Fideicomiso relativo a los Museos Diego Rivera y Frida  
Kahlo. Av. 5 de Mayo, núm. 2, colonia Centro, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06059, Ciudad de México  
"REPRODUCCIÓN AUTORIZADA POR EL INSTITUTO NACIONAL DE BELLAS ARTES Y LITERATURA, 2017"  
Diseño de portada: Efraín Herrera

Impreso y hecho en México / Printed in Mexico

Queda prohibida la reproducción total o parcial, directa o indirecta, del contenido de la presente obra,  
por cualquier medio, sin la autorización expresa y por escrito del titular de los derechos patrimoniales,  
en términos de lo así previsto por la Ley Federal del Derecho de Autor y, en su caso, de los tratados  
internacionales aplicables.



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES  
SOCIALES  
BIBLIOTECA

## ÍNDICE

Agradecimientos .....	13
Introducción	
Abril Saldaña Tejeda, Lilia Venegas Aguilera y Tine Davids .....	15
Primera parte	
CUERPOS MATERNOS, CUERPOS DIFERENCIADOS: LOS CONTRASTES DE LA SALUD Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES EN MÉXICO	
Violencia obstétrica en madres indígenas: un caso de racismo	
Natividad Gutiérrez Chong .....	41
Maternidades violentadas, ¿maternidades justiciables? Una primera aproximación a la judicialización de la violación de los derechos en salud materna en México	
Paola Sesia .....	71
Maternidades indígenas en contextos dinamitados por el cambio	
Gisela Espinosa Damián .....	113

- La práctica de las cesáreas en unidades médicas privadas de Monterrey: un mercado para la salud obstétrica  
*Ángeles Sánchez Bringas*  
*y Guadalupe Fabiola Pérez Baleón* ..... 145

- Postergar la maternidad:  
 dilema individual y síntoma cultural  
*Marta Lamas* ..... 175

### Segunda parte

#### DES/MATERNIDADES: ENTRE LA TRANSGRESIÓN

#### Y LO QUE NO SE NOMBRA

- “Una se enloda por sacar adelante a los hijos”:  
 entre el discurso del deber y la búsqueda del placer  
 en una localidad rural de Veracruz  
*Rosío Córdova Plaza* ..... 199

- Maternidad joven o cuerpos “fuera de tiempo”:  
 una aproximación a la articulación de los discursos  
 sobre juventud, maternidad y familia  
 en el caso de Guanajuato  
*Abril Saldaña Tejeda* ..... 219

- Transformando la ecuación: mujer = madre  
*Yanina Ávila González* ..... 249

- Si “las mujeres dan vida”, ¿qué aportan los varones  
 en los espacios reproductivos? Algunas reflexiones  
 entre la ética, la demografía y el análisis lingüístico  
*Juan Guillermo Figueroa Perea* ..... 275

### Tercera parte

#### MATERNIDADES POLITIZADAS:

#### ENTRE LA REPRESENTACIÓN, LA EXPERIENCIA Y LA IRONÍA

- Las mujeres, el trabajo y la maternidad  
 durante el milagro mexicano (1940-1960)  
*Nichole Sanders* ..... 309

- Relatos de historia oral sobre maternidad en el exilio  
 español y el simulacro de una sociedad imaginada.  
 Dolores Pla y la historia social  
*Belén Santos* ..... 337

- Maternidad y caricaturas  
*Anna María Fernández Poncela* ..... 355

- El lado oscuro de la maternidad en las pantallas  
 filmicas mexicanas del periodo clásico (1931-1954)  
*Julia Tuñón* ..... 383

- Maternidad politizada: género, moralidad  
 y activismo en el ala derecha de la política  
 en la frontera norte mexicana  
*Tine Davids y Lilia Venegas Aguilera* ..... 411

- Sánchez, Ángeles, et al. (2004), "Nuevas maternidades o la deconstrucción de la maternidad en México", en *Debate Feminista*, año 15, vol. 3, pp. 55-86.
- Sevenhuijsen, Selma (1998), *Citizenship and the Ethics of Care. Feminist Considerations of Morality and Politics*, Nueva York, Routledge.
- Shelley, Beverly (1997), *Formations of Class & Gender: Becoming Reproductive*, Nueva York, Routledge.
- Steenbeek, G. (1999), "The Gendered Body in a Man-Woman Relationship: Has a much more complex in México", en *Anthropological Forum*, vol. 9, pp. 62-77.
- Stevens, Bonnie (1990), "The Politics of Machismo in Latin America", en Ann Pescatello (ed.), *Female and Male in Latin America*, Pennsylvania, University of Pittsburgh Press.
- Suárez, Liliana, y Rosalva Hernández (2008). *Descolonizando el feminismo. Teorías y prácticas desde los márgenes*, Madrid, Cátedra.
- Torres, Marta (2005), *Nuevas maternidades y derechos reproductivos*, México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer-Colmex.
- Tufón, Enriqueta (2002), *¡Por fin...ya podemos elegir y ser electas! El sufragio femenino en México, 1935-1953*, México, Conaculta/ INAH / Plaza y Valdés.
- Vasconcelos, José (1979 [1925]). *The Cosmic Race: La raza cósmica*, Los Angeles, The Johns Hopkins University Press.
- Weitz, Rose (ed.) (1998), *The Politics of Women's Bodies: Sexuality, Appearance, and Behavior*, Nueva York, University of Oxford.
- Westwood, Sallie, y Sarah Radcliffe (1993), "Gender, racism and the politics of identities in Latin America", en *Viva! Women and Popular Protest in Latin America*, Londres, Routledge.
- Wittgenstein (1994), *Tractatus lógico-philosophicus*, traducción de Jacobo Muñoz e Isidoro Reguera, Madrid, Alianza.
- Witz, Anne (2000), "Whose Body Matters? Feminist Sociology and the Corporeal Turn in Sociology and Feminism", en *Body & Society*, vol. 6, núm. 2, pp. 1-24.
- Yuval-Davis, Nira (1997), "Women, Citizenship and Difference", en *Feminist Review*, núm. 57, pp. 4-27.

## VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN MADRES INDÍGENAS: UN CASO DE RACISMO

Natividad Gutiérrez Chong<sup>1</sup>

Instituto de Investigaciones Sociales  
Universidad Nacional Autónoma de México

Mi interés por explorar qué es el racismo ha surgido a partir del sufrimiento de las mujeres indígenas. Por ello he incursionado en la demostración de que la raza y la etnia son factores que se toman en cuenta en el tráfico de mujeres y en la industria del sexo (Gutiérrez, 2014: 196). En el caso específico de las mujeres embarazadas, postulo que, quienes son indígenas, enfrentan mayor riesgo de tener complicaciones o, incluso, de morir antes, durante o inmediatamente después del parto. A ello se añade el hecho de que sus hijos e hijas tienen muchas probabilidades de fallecer en la infancia. Por eso es necesario echar un vistazo a las alarmantes cifras y testimonios indicativos de que la práctica obstétrica incurre en la violación de los derechos humanos y reproductivos.<sup>2</sup>

De acuerdo con distintas estimaciones oficiales (Consejo Nacional de Población [Conapo], 2013), en el país hay más de seis

<sup>1</sup> Agradezco a Denisse Sandoval Ramírez y a Yatzil Narvárez Carreño su eficiente asistencia. El capítulo forma parte del proyecto "Racismo y discriminación en la era del multiculturalismo" del Instituto de Investigaciones Sociales, de la Universidad Nacional Autónoma de México, 2015.

<sup>2</sup> Los derechos reproductivos están considerados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en donde se dice que cada persona es libre de decidir el número de hijos y el esparcimiento de éstos. Sin embargo, los derechos sexuales sólo están contemplados en los instrumentos internacionales a los que se ha adherido México, sin que éste considere un documento propio al respecto.

millones de mujeres indígenas, de las cuales seis de cada diez se encuentran en edad reproductiva. En promedio comienzan su vida sexual a los 16 años, aunque se reportan casos en los que la inician a los 12. La tasa global de fecundidad es de 3.23 hijos, mayor al de las no indígenas que tienen un indicador de 2.1.

Dentro de ese contexto la violencia obstétrica constituye una forma específica de abuso de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, integridad, salud y autonomía reproductiva. Nuevamente encontramos que el peso de este atropello recae con mayor rigor en las mujeres indígenas. Un ejemplo muy preciso es el rechazo que enfrentan ellas para ser asistidas durante el embarazo y el parto, exclusión que se expresó en el video donde Irma López Aurelio, una mujer mazateca, da a luz a su bebé en los alrededores de un hospital al que había acudido para ser atendida en un municipio de Oaxaca (Cadenatres Noticias, 7 de octubre de 2013). A este incidente ampliamente documentado, yo lo denomino "indicador preciso" porque es un testimonio real, es el punto de partida sobre el cual se elabora este ensayo.

La hipótesis que planteo es la siguiente: se sabe que las mujeres indígenas sufren violencia obstétrica, que en la práctica se traduce en negar el servicio médico y el acceso a los centros de salud,<sup>3</sup> el video así lo muestra, además de demostrar actitudes relacionadas con la agresión, la negligencia, el rechazo, la ausencia de protocolo estándar, la ridiculización y el maltrato.<sup>4</sup>

<sup>3</sup> Para el sustento de esta hipótesis ha sido muy valiosa la investigación de Graciela Freyermuth, quien documenta ampliamente las causas de la muerte materna en las mujeres indígenas de Chenalhó debido a las desigualdades de género, de generación y étnicas. En esa investigación se presenta un entramado de múltiples violencias que enfrentan las mujeres indígenas en la maternidad y el parto.

<sup>4</sup> "En el ámbito institucional, una parte del personal de salud considera a los pacientes indígenas como 'indeseables', lo que lleva a ciertas prácticas que persiguen su alejamiento de los centros de atención. Una médica de una clínica local nos mencionó que una estrategia empleada es el no dar información respecto a los trámites para pedir atención. Los pacientes indígenas llegan y esperan; cuando finalmente se atreven a preguntar, es muy tarde para obte-

Es posible que todo esto se deba a las siguientes variables: a) la persistencia del dominio patriarcal que involucra al ámbito científico<sup>5</sup> al considerar superior al hombre de ciencia y al discurso científico, así como de la implementación de una higiene "correctiva", y b) la continuidad en el imaginario popular y de élite de estereotipar a una progenie/descendencia que se considera indeseable, por lo que se anticipa el rechazo, es decir, inconsciente o conscientemente quiere evitarse el nacimiento de más bebés indígenas.<sup>6</sup> En este sentido, persiste una ideología racista que justifica el abuso, la ridiculización, la falta de prestigio y la negligencia en prácticas médicas absortas por la existencia constante de una violencia que niega y repudia lo indígena bajo las asociaciones con lo "prieto" y lo "feo", por lo que termina enalteciendo la pretendida fisionomía europea (Van Dijk, 2003) relacionada con lo "caucásico", lo "blanquito", "güerito", "bonito" y "finito".

En razón de esto el presente capítulo se compone de dos partes. En la primera se delimitará un encuadre teórico mediado por la discusión de dos conceptos principales: la violencia obs-

ner consulta y ya han perdido todo el día en su vano intento de ser atendidos" (Freyermuth, 2003: 358) (las comillas son del original).

<sup>5</sup> Dice Freyermuth: "Las y los médicos reconocen que la atención intrahospitalaria es sumamente agresiva para toda la población, y especialmente para las mujeres indígenas, quienes no comparten con el personal de salud los valores relacionados con la intimidad y el pudor" (Freyermuth, 2003: 357).

<sup>6</sup> La Encuesta sobre Discriminación en la Ciudad de México 2012, realizada por el Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (Copred), afirma que los motivos más comunes para realizar actos de discriminación son: la pobreza, el color de piel, las preferencias sexuales, la educación y la situación económica. En 2015, la Encuesta Nacional de Indígenas encontró que de una muestra nacional de 1500 hogares, la mayoría (51.2%) considera que el color de la piel "sí" influye en el trato de las personas. La segunda respuesta que dan, de manera espontánea, es "sí, en parte" con 33.4%. El "no" tiene 13.5%. Por lo tanto, si sumamos tanto el "sí" como el "sí, en parte", vemos que el color de la piel definitivamente influye en el trato que se les da a las personas (84.6%). A partir de que las personas encuestadas creen, mayormente, que el color influye en la forma en que se trata a otro ser humano, entonces se desprenden las respuestas de que "sí" hay racismo en México con 72.2%, un "sí, en parte" (dado de manera espontánea) con 23.3% y con tan sólo 3.3% que alude a que no hay racismo en el país. En suma, 95.5% de los entrevistados cree que sí hay, al menos en parte, racismo en México, lo cual es casi la totalidad de la muestra (Gutiérrez y Valdés, 2015: 112-115).

tétrica y el racismo. En la segunda se abordará una propuesta de explicación a la hipótesis arriba señalada en función de tres tendencias de corte histórico-cultural en un continuo colonial y de construcción del Estado-nación. En la conclusión habré de demostrar si el racismo recrudece la violencia obstétrica y si afecta en mayor medida a las mujeres que a los hombres.

#### ENCUADRE TEÓRICO

La violencia obstétrica es una violencia de género e incurre en una serie de agresiones a los derechos humanos. Esta violencia se relaciona, por lo regular, con el parto, sin embargo, también abarca otros campos de la salud en las mujeres, como la planificación familiar, el aborto y la menopausia, por ejemplo. Aquí retomo la definición de Laura F. Belli, quien considera este concepto como un

Tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente –aunque no con exclusividad– en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto (2013: 28).

Estas formas de violencia, que son físicas o psíquicas se tornan aún más ofensivas, al haber cierta tendencia a ser “pasadas por alto” en la práctica médica, con lo que llegan a aceptarse y naturalizarse. Por ello se hace ineludible partir de la perspectiva del sociólogo Roberto Castro, respecto a que el problema de la violencia obstétrica no es un asunto de “calidad en el servicio o la atención o insuficiencia”. Él ahonda en explicar que este tipo de violencia emerge de la construcción de un *habitus* autoritario, para lo cual rastrea el inicio de la formación universitaria del *habitus* médico, lo que apuntala el porqué los profesionales de la salud ejercen un pronunciado autoritarismo

(Castro, 2014: 171). Al *habitus* médico construido y sostenido por el autoritarismo, el ejercicio de la superioridad y el orden jerárquico, Castro lo define como un

Conjunto de predisposiciones que, producto de los arreglos estructurales del campo médico, hacen posible un conjunto de conductas represivas muy eficaces en cumplir con los fines y la agenda de la institución médica, porque las definen como lógicas, naturales y “profesionales”. Es un *habitus* que funciona así porque las características del campo lo favorecen: se trata de hospitales públicos y de mujeres sin posibilidades de pagar por el servicio (2014: 192).

De acuerdo con Castro, el *habitus* médico autoritario es

Una vinculación estructural entre el conjunto de mensajes, enseñanzas, conminaciones, recriminaciones, clasificaciones, etiquetaciones, descalificaciones, regulaciones y jerarquizaciones (de clase, de género, etcétera), que los estudiantes de medicina y los médicos viven en carne propia o atestiguan de cerca durante los años de formación, y los rasgos autoritarios que eventualmente exhiben durante su práctica profesional y que encuentran su vehículo más propicio en el *habitus* médico. Se trata de “tecnologías del yo” (cuya relevancia no ha sido dimensionada adecuadamente), por cuanto constituyen prácticas pautadas a través de las cuales el campo médico se legitima y se reproduce (2014: 174).

De ahí que el último eslabón de una cadena de relaciones asimétricas esté integrado por mujeres, y de éstas, indígenas, pues existe una imposición categórica que inicia en el estatus diferenciado entre médicos, enfermeros-enfermeras y estudiantes. En esta correlación desigual entre mujeres y profesionales de la salud, la violencia obstétrica es inevitable en la aplicación del paradigma médico que está cargado de simbolismos y prácticas agresivas. De modo que se presenta como una realidad lacerante.

De esta manera, la violencia ejercida hacia las mujeres (en la gestación, el embarazo, parto y postparto) por estos profesionales se explica porque la posición jerárquica de los médicos no descan-

sa sólo en su autopercepción sino que poseen bases materiales objetivas: ellos son los que dominan en el campo médico (por encima de otros tipos de prestadores de servicios de salud), rigen sus instituciones y dictan los procedimientos académicos por medio de los cuales se reconocen saberes “legítimos” y se descalifican otros. En efecto, los médicos de las clínicas rurales se sienten superiores, pero esa sensación es consecuencia de una estructura social objetiva que los lleva a creer eso. Por lo tanto, el manejo de la práctica médica genera un escenario propicio para producir conductas y lenguajes que van desde la humillación y la burla hasta el rechazo, la discriminación y, aún peor, la exclusión, cuando se niega el acceso al servicio en el centro de salud. En conjunto, se acrecienta el racismo hacia las mujeres indígenas.

La utilización de factores biológicos para diferenciar a los grupos humanos por color de piel y fisionomía, data desde la mitad del siglo XVIII, y si bien ahora existe consenso sobre la diversidad de las personas, el problema se suscita cuando esos factores distintivos son utilizados para inferiorizar y explotar a una parte considerable de la humanidad. Las diferencias físicas, como ser “morenito”, terminan por impedir la movilidad social y la obtención de prestigio cultural. Estos son marcadores que no deben ocultarse, a fin de que se reconozca que el racismo es una realidad. En este punto es necesario decir que la etnia se suele confundir o sustituir con el concepto de “raza”, por lo cual es conveniente señalar su diferenciación.

La etnia se refiere a un grupo minoritario que comparte un pasado y un territorio, que es medible por la vigencia de una lengua, una mitología o cosmogonía. Por lo tanto, para verificar la existencia de una etnia no sólo por la vigencia de factores culturales, debe prestarse atención a la falta de derechos, a la violación o al incumplimiento de éstos. La nación, como grupo dominante, y la etnia, como grupo dominado, se apartan, porque si bien ambas tienen cultura y lengua, es la falta de instituciones y Estado lo que las separa. Sin embargo, la raza y la etnia contribuyen mutuamente cuando se trata de inferiorizar a los pueblos indígenas en relaciones asimétricas de dominación.

Al respecto, Joane Nagel plantea, a partir de un “construccionismo social”, que la raza, la etnicidad y la sexualidad no están separadas del racismo. Por éste último entendemos que se trata de una ideología y una práctica que favorecen, por medio de la diferenciación física, la inequidad —con lo que se pondera la inferiorización y la falta de movilidad social y de prestigio cultural—. Para comprender mejor hay que acercarnos un poco más a la propuesta de Nagel, esto es: no importa examinar los aspectos biológicos de la raza, la etnia o la sexualidad, ni generar un debate sobre las diferencias entre esos aspectos, pues tampoco se buscan conclusiones acerca de la diversidad inherente en las personas. Por el contrario, se debe analizar la forma en que las distinciones biológicas o físicas entre los sujetos se afirman y hacen notar, de modo artificial, quién ejerce más fuerza y autoridad, de modo que hay una separación entre unos y otros.

Se trata de entender, dice Nagel, las agendas sociales, económicas, políticas, culturales y religiosas que hay detrás de las construcciones de la etnicidad, la raza, el género y la sexualidad, los cuales a su vez están interconectados y dependen una de otra para potenciarse. Se busca explicar cómo la raza define y construye la sexualidad, y cómo la sexualidad define y construye la raza, la etnicidad y la nacionalidad (2003: 5-6).

Retornando al ejercicio de la violencia obstétrica, ésta se combina con la negativa a que mujeres indígenas tengan siquiera acceso a los centros de salud y reciban buen trato, lo que resulta en un conjunto de indicadores empíricos muy precisos que detallan la horrible cara del racismo. La violencia obstétrica es un campo feminizado, por lo que las mujeres sufren más que los hombres en este sentido.

Las categorías de raza y etnicidad están cargadas de género. “Las mujeres son más indias”, dice la antropóloga Marisol de la Cadena en referencia a que no son aislados los argumentos de justificación al maltrato y humillación de mujeres. Es común la frase “pégale para que se le quite lo india”, recomendación coloquial en algunos contextos domésticos. Es una práctica frecuente que las mujeres indígenas sean golpeadas y maltratadas

desde la infancia (Freyermuth, 2003: 270). Además, la falta de recursos y redes dificulta sus formas de defensa y autoprotección, con lo que se ha llegado a aceptar que son más “dóciles” y “aguantadoras”, de modo que se naturaliza una práctica y costumbre hasta el punto de normalizarla y aceptarla, por lo que no parece descabellada la idea de que las mujeres indígenas en labor de parto tiendan a sufrir más discriminación y racismo en esas circunstancias.

Hay evidencia documentada en medios informativos y videos que circulan en las redes digitales,<sup>7</sup> donde se ve a mujeres indígenas dando a luz en la calle, debido a la falta de atención oportuna y eficaz en la emergencia, ante lo que, sin duda, se desencadena un trato deshumanizado por parte de los profesionales de la salud. De ahí que se dé la violencia física y psicológica. La primera como el rechazo a la atención y, dentro de este rubro, la utilización de prácticas e instrumentos que se dirigen al cuerpo: lavativas, fórceps, parto vertical, eliminación del vello púbico, episiotomías, etcétera. Y la violencia psicológica: burlas, comentarios inapropiados, ridiculización. Sin embargo, y esto es importante recalcar, carezco de datos de primera mano como los que recaba en sus observaciones Castro y su equipo (2014: 177) en la sala de parto y de labor, donde recogían valiosos testimonios acerca de cómo se manifiesta y expresa el *habitus* autoritario en forma de burla y ridiculización, lo que generaba en la mujer un profundo sentimiento de vergüenza, humillación y culpabilidad por ligar el acto de la reproducción con la sexualidad y conectar el goce con el castigo. Hasta aquí el encuadre teórico.

<sup>7</sup> Para ello se presentan las siguientes evidencias: Cadenatres Noticias, “Indígena mexicana da a luz afuera de hospital”, YouTube, en <<https://www.youtube.com/watch?v=ImSXeD09Lo4>>, 7 de octubre de 2013; Cadenatres Noticias, “Amenazan a indígena mazateca que parió en el jardín de un hospital de Oaxaca”, YouTube, en <<https://www.youtube.com/watch?v=BzzreWQS5GA>>, 9 de octubre de 2013.

### ¿POR QUÉ LAS MUJERES SUFREN MÁS QUE LOS HOMBRES, Y LAS INDÍGENAS TODAVÍA MÁS?

No voy a referirme a todos los tipos de violencia ejercida contra las mujeres para mostrar que la situación de desventaja que enfrentan ellas con respecto a los hombres es un hecho irrefutable. Son visibles las esposas golpeadas, las mujeres de cualquier edad violadas, las trabajadoras y estudiantes acosadas, aquellas utilizadas como mercancía en el comercio sexual, las mujeres asesinadas. Y porque son mujeres, al sufrimiento impuesto por la violencia obstétrica en Venezuela, por ejemplo, se le conoce como “epidemia silenciosa” (Almaguer, García y Vargas, 2010: 4).

La maternidad es un acto universal y cotidiano, así como un evento fundamental en la vida de una mujer. Por ahora, no hay testimonios en la sala de parto para comprobar cómo se comportaría el modelo del *habitus* autoritario desarrollado por Castro con mujeres indígenas que logran ser asistidas en los centros de salud, que suponemos, podría ser más agudo a causa de una mayor vulnerabilidad: más pobreza y menor capacidad de ejercer sus derechos o siquiera de defenderse. Sin embargo, tengamos presente que Graciela Freyermuth documentó ampliamente las causas de la muerte materna entre las mujeres indígenas de Chenalhó debido a las desigualdades de género, de generación y étnicas. Asimismo esa investigación reconoce las relaciones racistas entre los indios y los no indios, relaciones marcadas por rasgos fenotípicos (2003: 14).

En esa investigación uno encuentra un entramado de múltiples violencias: violencia institucional, negligencia, violencia verbal, física y psicológica, que enfrentan las mujeres indígenas en los momentos más críticos de la maternidad y el parto. Esas violencias redundan en un concepto más actualizado: “terrorismo íntimo” que se acciona en las instituciones, es decir, en los hospitales, centros de detención y cortes (Casique y Castro, 2014: 33).

Freyermuth también encontró en su investigación el tipo de relaciones entre los profesionales de la salud y las mujeres indígenas las que “además de poseer todas las características

propias de la relación médico-paciente (relación autoritaria, jerarquizada y desigual), se ven matizadas por las relaciones interétnicas" (2003: 310).

Es por ello que propongo algunas tendencias de corte histórico y cultural que nos pueden conducir a explicar, como sugiere la hipótesis, a qué se debe un mayor maltrato a las mujeres indígenas en el contexto de las instituciones públicas de salud cuando ellas requieren atención en su ciclo reproductivo. Distingo tres vertientes: la sociedad colonial, el indigenismo y el "indio vivo".

1. La primera tendencia se refiere a la formación de la sociedad novohispana y la aparición de castas después de 1492, lo que propició una división de la nación en tres grupos principales que dura hasta la actualidad: indios, mestizos y criollos. De este momento clave surgen dos factores muy relevantes para explicar el sometimiento de las poblaciones indígenas arrojadas a la domesticidad y al servilismo colonial: *a)* el patriarcado y *b)* el desprecio a las mujeres indígenas.

2. El segundo punto señala los orígenes del indigenismo como directriz para formar una nación a partir de las primeras dos décadas del siglo XX. Los objetivos son forjar una comunidad nacional con rasgos culturales compartidos mediante la asimilación de las poblaciones indígenas, imbuir una política de mexicanización mestiza y, muy importante, aplicar una cultura de la higiene con fines correctivos. En este sentido, la higiene se utilizó con la pretensión de erradicar las prácticas de sanación o curación ancestrales ligadas a la superstición y a la religiosidad popular. La medicina, inicialmente en manos y mentes de las parteras y curandero/as, se vio reemplazada por la participación de los hombres y la forma "correcta" de hacer las cosas.

3. La prole de una población generalmente despreciada y de muy escasa tolerancia en los espacios urbanos; la imagen del "indio vivo" y la mujer indígena mendigando en las calles con sus hijos a cuestas.

Explico a continuación cada una de estas tendencias que nos acercan a entender las razones histórico-culturales de la

exclusión y el racismo que enfrentan las madres indígenas en el contexto de los servicios de salud.

### *La sociedad colonial*

Las relaciones entre mujeres indígenas y varones provenientes del Viejo Mundo dieron lugar al mestizaje biológico y al sincretismo cultural. La sexualidad no está separada de las implicaciones sociales y culturales de la raza y el racismo, dice Nagel, pues son las fronteras "etnosexuales" o de la "etnosexualidad", construidas en cada lado de la división étnica, las que constituyen los lugares simbólicos y físicos donde ocurren los imaginarios sexuales entre miembros de distintos grupos étnicos o raciales (2003: 14).

Para regular y sancionar la "ocurrencia" de uniones deseables o no deseables, la Iglesia contribuyó mediante sus edictos a controlar la sexualidad y con ello trazar las fronteras raciales y étnicas de las castas. La llegada de mujeres europeas y su involucramiento en la sociedad novohispana tuvo la intención de introducir y ejercer el "modelo de la familia cristiana".

Estas mujeres inmigrantes transmitieron a sus descendientes criollos el código de la "honestidad sexual" y una buena manera de vivir (Gutiérrez, 2001: 68). Con el asentamiento de familias españolas se generó cierta demanda de trabajo doméstico donde las mujeres indígenas participaron, dando origen a los conceptos y prejuicios que hoy son vigentes: subordinación, inferioridad, humildad y obediencia.

En ese contexto de supeditación de la sociedad indígena surgió un poderoso patriarcalismo, en tanto herencia hispana al Nuevo Mundo, que el teórico Steve Stern define así:

mezcla de pretensión y gesto benevolentes [del patriarca] con su cruel violencia y sometimiento; su insistencia en el ejercicio personal y sexual del poder, así como en formas más socialmente distantes e indiferentes como un esposo-padre posee a la esposa y a los hijos, y de poseer a estos últimos como un amo posee a un esclavo;

su impulso de basar la legitimidad en una mística del temor y la adulación apropiada para los padres metafóricos: estas fusiones a veces paradójicas de la explotación extrema y la indiferencia social con dependencias y pretensiones humanas más orgánicas parecían captar algo fundamental y distintivo acerca de los contornos humanos de la dominación, la lucha y la cultura en América Latina (1999: 28).

La influencia de esa estructura, de la conciencia de poder y virilidad, y la dominación masculina, que relegaba a mujeres y hombres pobres a la inferioridad, no pierde vigencia. Reproduzco argumentos de trabajos míos anteriores acerca de cómo el género, la raza y la etnia fueron móviles efectivos para trazar sutiles, pero perdurables, diferencias (Gutiérrez, 2004: 31). Una de tales ideas es que las mujeres nacidas en España durante los siglos de la Colonia llegaron a ser sinónimo de estatus social alto; así, el prejuicio de nacimiento pudo establecer una barrera entre el criollo y el peninsular, y fue la gran frontera para el surgimiento de otras castas, todas ellas determinadas por la posición de la mujer. Stern, en el trabajo ya citado, se ha referido a un "código de feminidad en el complejo honor/vergüenza" (1999: 33) para ser cultivado por las mujeres de rangos altos.

Otro ejemplo: en la Nueva España la mujer era la transmisora de la condición social, por lo que el vástago de padre español y madre india se epitomizó en el mestizo, pero ninguna historia o "pintura de castas" registra a una madre hispana con un varón indio. El honor y el estatus estaban dados por la mujer hispana, que difícilmente contraería matrimonio con un varón de menor posición socioeconómica. No es de sorprender, entonces, que el desdén de las mujeres hispanas por los hombres del Nuevo Mundo acuñara el famoso "malinchismo" (Lafaye, 1985: 45), al mismo tiempo que la mujer india que prefería al extranjero, como fue el caso de la Malinche en su relación con Hernán Cortés, adujo el mismo término. En ambos casos hay una exclusión de lo indígena.

Por su parte, la escuela "naturalista" francesa del siglo XVIII con sus autores intelectuales, Georges Leclerc y Cornelius de

Pauw, contribuyó a darle peso al determinismo geográfico que despreciaba del Nuevo Mundo la geografía, fauna y clima supuestamente subdesarrollados (Gerbi, 1946: 393; Gutiérrez, 1990: 106). Al respecto hay una magnífica ilustración de la combinación construida de determinismo y sexismo en el mundo prenatalista. Se trata del comentario del arzobispo don Juan de Mañozca en el siglo XVII: "Aunque los criollos no tengan sangre india, han sido alimentados con leche de mujeres indias y son, por lo tanto, como los indios, criaturas de temer" (Israel, 1975: 116). En esa declaración hace referencia a la alimentación que los vástagos recibían al ser amamantados por mujeres indígenas.

La lactancia indígena-criolla fue muy extendida, dando lugar a los "hermanos de leche" que, hasta donde he podido averiguar, hace referencia al vínculo por la ingesta de leche indígena, que no por consanguinidad. Como evidencia de estos lazos sigue siendo reverenciada la Virgen de la Leche, la cual muestra el pecho derecho descubierto y tiene el niño en el regazo en posición de succión. Existen numerosas variaciones pictóricas de la imagen, especialmente en el mundo andino.

La línea matrilineal sobre la que se asienta la nación mexicana tiene su origen en las castas (Lomnitz-Adler, 1992: 227), de donde surgen poderosos mitos de unificación nacional, tales como la Malinche y el mestizo, e hirientes estereotipos del imaginario popular que refrendan frases como: "la negra para limpiar, la mulata para la cama y la blanca para casar", que hoy todavía pueblan las interrelaciones entre sexos, raza y etnicidad. Pero, si se observa, sigue faltando la mujer india en la tríada del control masculino-patriarcal. Su ausencia indica que cualquier relación con una mujer india no es recomendable ni en alianza matrimonial ni por otro tipo de contacto, a no ser que sea por violación y sometimiento, es decir, sin mediar de antemano permiso ni cortejo. En ese sentido se da inicio a la construcción del desprecio por las mujeres indígenas, a causa del patriarcado y las uniones que permite la familia cristiana.

Es por ello que las mujeres indígenas enfrentan mucha más violencia sexual que otras mujeres. Si bien no hay suficientes datos que lo prueben, existen algunos indicadores relevantes.

Ejemplo de ello es un videojuego llamado *Custer's Revenge* donde quien gana es aquel que obtiene más puntos violando a mujeres indígenas. Según el informe intitulado "EEUU no protege a las mujeres indígenas frente a los elevados índices de violación" (Amnesty International, 2007; Sin autor, sin fecha), 75% de las mujeres indígenas han experimentado alguna forma de asalto sexual y se calcula que tienen 2.5 veces más probabilidades de sufrir violación, además de que una de cada tres mujeres está expuesta a padecer algún tipo de abuso sexual durante el transcurso de su vida. En el caso mexicano, la situación de rechazo hacia lo indígena como presente se resume bien con la frase de Moisés Sáenz, a quien me referiré párrafos abajo, en la que alude al desprecio de los mexicanos por lo propio, pues dice que "México es la madre del extranjero y la madrastra de los mexicanos" (Britton, 1972: 81).

### *El indigenismo*

El indigenismo tiene muchos ángulos de análisis en los cuales han intervenido numerosos intelectuales y académicos en los cerca de 75 años que lleva de ser una política gubernamental dirigida hacia los indígenas con la intención de integrarlos a la nación. Para los estudiosos de este tema, el indigenismo es la política pública nutrida por una ideología que racionaliza y apuntala las acciones políticas hacia los indígenas, pero sin la aportación de los mismos. Equivale a decir lo que los indígenas deben hacer. Por lo mismo, en este apartado me empeñaré en identificar aquellas políticas de carácter correctivo que buscaban introducir medidas de higiene entre la población indígena y, en ese contexto, cabe considerar cómo habrían sido los primeros acercamientos entre los profesionales de la salud, la madre, la familia y las parteras.

Moisés Sáenz (1888-1941) fue un notable indigenista a quien se debe la fundación de la escuela secundaria, y un vigoroso promotor de la escuela rural indigenista. El objetivo de estos programas en los años cuarenta se centraba en construir

la nación mestiza a través de la aculturación de los indígenas y el "mejoramiento de sus condiciones de vida". El énfasis estaba puesto en la intervención oficial en temas como la salud, la higiene, las técnicas de producción, el tratamiento y cuidado del agua. El mejoramiento de las condiciones de vida en la población indígena sigue siendo el propósito del indigenismo, pues se presenta como un celo misionero que anima a los indigenistas y a los profesionales de esta área a procurar atención a la población indígena.

Los indigenistas están ahí para corregir lo que hacen mal los indígenas, ya que los primeros han heredado la idea de que esta población desempeña una vida primitiva en la que sus métodos de trabajo agrícola son rudimentarios, no hablan español, no tienen contacto con el exterior, viven en lugares inaccesibles y en sus viviendas faltan los servicios básicos. De este conjunto de carencias se desprende en el imaginario popular que los indígenas son pobres, marginales, ignorantes, sucios y, además, tienen muchos hijos.

Este es el contexto que el indigenismo sigue reproduciendo, es decir, continúa inferiorizando a la población originaria al darles un trato de menor de edad. Por eso caben las humillaciones, burlas, ridiculizaciones y todo el catálogo de la violencia simbólica que se cuadriplica en las mujeres pobres que son indígenas y están embarazadas. A continuación reuniré los aspectos relacionados con la gestación y el parto desde la cosmovisión indígena, ya que el ciclo reproductivo propicia la observación de cómo se entremezclan o contrastan los conocimientos de las parteras empíricas con la práctica médica fundamentada por la ciencia.

Las parteras, los curanderos tradicionales, la comunidad, así como cada mujer y hombre, saben y practican algunas formas de cuidado de la salud materna y perinatal, por ejemplo: conocen que debe haber un equilibrio en el cuerpo entre lo frío y lo caliente y evitar el susto, la muina, el coraje y el chisme. Para reconocer que una mujer está embarazada se dice que el niño de pecho, o el marido, está chipiloso (*chibilit*), que significa "quien

ha concebido o tiene un embrión” (Flores Cisneros y Rodríguez Salauz, s. f.).

Para el caso de los testimonios tuve la oportunidad de platicar, en el municipio de Xochitepec, Morelos, con una señora de 45 años llamada Candelaria,<sup>8</sup> quien es madre de tres varones y una hija. A su vez, ella me contó la experiencia de su madre, quien tuvo 12 partos asistidos con la partera del pueblo y para el último fue atendida en un centro de salud. Estas mujeres son de Texcatitlán, municipio de Arcelia, Guerrero. La madre es bilingüe, pues habla español y náhuatl. Las abuelas de Candelaria, ya fallecidas, también fueron parteras que gozaron de alto reconocimiento en sus pueblos por su destreza y conocimientos.<sup>9</sup>

Nuestra conversación inició al querer abundar sobre la palabra antes referida, “chipiloso”. Ella me explicó que si la madre ha concebido un varón, los otros hijos varones se enojan con ella, se ponen celosos, empujan a la mamá y hacen berrinche. Esto no ocurre cuando es niña. Pregunté cómo se cuida una mujer cuando está embarazada y me respondió: “en los ranchos la gente no se cuida”, sin embargo, comentó que no se deben alzar cosas pesadas, y no salir si hay eclipse o luna llena. Esto último porque la luna se come el labio del niño/a y sale con el paladar y parte de la boca hundida. El temor al labio leporino vinculado a un fenómeno natural suele ser muy común. Si bien

<sup>8</sup> Solicité expresamente el testimonio de Candelaria, ya que nos encontramos en un centro de salud. En nuestra conversación recabé una narrativa de su propia experiencia y la de su madre. La narración es de gran utilidad para nuestros propósitos ya que hace referencia al contexto de la interrelación entre la práctica médica y las usuarias indígenas. La conversación se llevó a cabo en el centro de salud “Xochitepec”, que funciona con el sistema de salud rural de la Secretaría de Salud (18 de diciembre de 2014).

<sup>9</sup> Las prácticas de las parteras también conllevan riesgos y en muchos casos son causa de muerte. Por ejemplo, un balance de las malas prácticas de las parteras incluye tratar de acomodar al feto en mala posición, e hincar a las parturientas antes de tiempo, todas las parteras tienen el mismo conocimiento, por lo que llamar a otra partera en caso de una complicación, en vez de recurrir a un servicio de salud más calificado, produce un servicio adecuado tardío, un uso inapropiado de los medicamentos, posiciones de alumbramiento incorrectas, falta de higiene en todos los rubros (Freyermuth, 2003: 328).

es una superstición que carece de validez científica, es una situación que genera angustia, estrés y ansiedad, para lo cual se activan formas de protección para disminuir la incertidumbre bajo condiciones precarias (Castro, 1995: 330).

En su narrativa, Candelaria abunda en que no se deben beber infusiones amargas ni hacer corajes. El parto es vertical. La mujer está en cuclillas o hincada y se sujeta con las manos a un lazo que el marido se ha encargado de colocar. El esposo ayuda a su mujer sosteniéndola y apretándole el vientre para facilitar la expulsión del bebé y la placenta. Antes de eso la partera hace un tacto, para lo cual se unta la mano hasta el antebrazo con manteca de cerdo, que previamente ha calentado con sus manos. Esta lubricación le permite una exploración profunda y así constata en qué posición viene el bebé para poder acomodarlo y facilitar el parto. En el caso de hacer pujar a la mujer, se le mete en la boca su trenza o la trenza de la partera porque al sentir la bola de pelo en la boca se produce asco y ganas de vomitar, con lo que este acto reflejo ayuda bastante a la expulsión.

Le pregunté si los que asisten el parto hablan, rezan, hay música o qué es lo que le dicen a la mujer que está dando luz, a lo cual ella refirió un ambiente tranquilo, sin regaños ni burlas, y las palabras que se dicen son: “tranquila, ya viene, ya falta poco”. Al nacer el bebé se le asea, se trenza el ombligo con una cintita o un trapito y se corta con una tijera. La medida para hacerlo son cuatro dedos después de la “tripa”. Cuando al bebé se le cae el ombligo porque se seca, éste se tira a un hormiguero. Esto es para que, si es niño, no salga “maricón” o “chillón”, y si es niña, para que no sea “facilota”.

La placenta se entierra en el traspatio de la casa. En el orificio donde se cortó el cordón umbilical se le pone una bola de cebo de res y se faja para que el bebé no desarrolle una hernia. Los cuidados postparto de la madre sí son importantes. Debe acostarse de lado y cada vez que quiera moverse debe hacerlo con mucho cuidado y con ayuda de alguien. Esto porque todo lo de adentro debe acomodarse solito. La mujer es limpiada con hierbas y se le faja el vientre untando pomadas calientes que

pueden ser de manteca con cebolla morada, éter o manzana. La cebolla morada es muy buena para bajar la inflamación.

La dieta de la madre consiste en tortillas rescoldadas, es decir, pasadas por las brasas, pues se evita la tortilla blanda. Además debe tomar chocolate con agua, atole de masa y comer frijoles negros, haciendo hincapié en que deben ser negros. Esta dieta favorece la producción de leche. De hecho, en la olla de cocimiento de los frijoles se forma una nata alrededor del caldo, la cual sirve para lubricar el pezón al momento de amamantar. Hasta aquí hemos hecho referencia a la conversión con Candelaria para ilustrar el conocimiento y la práctica de las parteras que con su empirismo asisten a mujeres indígenas.

Sobre la práctica médica "correctiva" e higiénica aplicada a las mujeres indígenas en parto, es útil referirnos al informe de Health Poverty Action (s. f.). En el mismo se dice que las barreras culturales son las que impiden que las mujeres recurran a los centros de salud, es decir, factores como el hecho de que su lengua no sea hablada en la institución; la prohibición de entrada a los esposos, quienes se limitan a esperar a pesar de que tienen una responsabilidad apremiante; el hecho de que las mujeres deban despojarse de sus ropas y usar las batas del hospital; la realización del parto en posición horizontal sobre una mesa, lo cual para ellas es aterrador, y más si a ello se añaden burlas y regaños proferidos por el personal de salud; además de que se desecha la placenta y no se entrega a los familiares. Adicionalmente en los centros de salud se prohíbe el uso de las fajas por interferir con la circulación sanguínea, las pomadas y los remedios, y se administran medicamentos farmacéuticos (Flores Cisneros y Rodríguez Salauz, s. f.).

Es evidente que existe una gran brecha entre las parteras indígenas, que atienden a las madres de su misma condición, y la práctica médica de los centros de salud. Según la narrativa de Candelaria, las mujeres indígenas están orgullosas de su conocimiento y es de gran valía, pues es resultado de su empirismo y es el único recurso que tienen. Este conjunto de conocimientos es minimizado por la higiene correctiva, que introdujo la políti-

ca indigenista desde los años cincuenta, pues se considera que son prácticas sustentadas por la ignorancia y la superstición, pero al mismo tiempo son los recursos disponibles con los cuales se atempera la incertidumbre y el temor ante la agresión de la ciencia y las relaciones de poder y jerarquía que imperan en un centro de salud. Por ejemplo, en algunos testimonios recopilados por la investigación de Chenalhó se recabó que los doctores no le tienen lástima a las indígenas o bien que el personal de enfermería es el que da el "trato más malo" (Freyermuth, 2003: 360, comillas en el original). Las madres indígenas supersticiosas e "indeseables" son un blanco evidente del ataque y de la incompreensión de los practicantes de la medicina científica.

El contexto estructural de la economía tampoco facilita que las mujeres indígenas sigan recurriendo a las parteras, con quienes comparten lengua y costumbres. La expansión de las actividades extractivas y la reducción de tierras en los pueblos y comunidades han generado la extinción de la flora local y con ello la preparación de medicinas tradicionales que solían utilizar las parteras.

La migración indígena es otro factor fundamental en esta explicación, ya que provoca la salida de los hombres que formaban parte del ciclo materno, y en el caso de que las migrantes sean mujeres, puede ocurrir que en los lugares de destino no haya parteras. La extinción de estas últimas es también un aspecto a considerar, pues muchas de ellas son ancianas que han optado por no incurrir en esta responsabilidad. Candelaria lo expresó así:

Mi mamá quería tener a su último hijo [nacido en 1987] con la señora que siempre la había aliviado pero [la partera] no quiso porque ya no se sentía fuerte y mi mamá tenía una hernia. Mi mamá fue a tener a su último hijo, el doceavo parto, al hospital, y ahí la regañaron, le dijeron que si estaba loca, que por qué tanto hijo estando tan vieja y que la iban a esterilizar con su permiso o sin él.

Además de esta experiencia, Candelaria narró que ella misma tuvo a su cuarto hijo en el centro de salud y, aparte de que

le ordenaron que saliera a caminar, el médico le dijo, para indicarle la posición que se requería: "Hágale de cuenta que está teniendo relaciones con su marido".

### El "indio vivo"

La exclusión de estas mujeres en los espacios públicos, plazas, centros comerciales, restaurantes, museos, bibliotecas, supermercados, por mencionar algunos, es escena cotidiana en las urbes de México y América Latina. Las mujeres indígenas en espacios públicos concebidos como símbolo de modernidad y urbanismo han dado lugar a contrastar extremos y obtener imágenes burlescas y de ridiculización. Por ejemplo, una mujer con sus pesadas vestimentas, mendigando, con sus hijos en la espalda, al lado de un auto de lujo o de un aparador que exhibe maniquíes con atuendos costosos es la imagen del "indio vivo"<sup>10</sup> al que se refirió Fernando Benítez: es el recordatorio cotidiano y viviente del atraso y la pobreza que afecta a millones de indígenas y para el cual el ciudadano prefiere voltear la mirada, cerrar la ventanilla del auto, llamar a los guardias de seguridad, elevar la altura de las paredes, cualquier cosa, antes que aceptar y reconocer cómo podría ser la convivencia entre indígenas y no indígenas (1968).

Ejemplo inequívoco de ello es la imagen que circuló en redes digitales en octubre de 2013, en donde Irma López Aurelio, una mujer mazateca, expulsó en cuclillas a su bebé en el césped de un hospital en Oaxaca. El momento fue captado por una cámara anónima y difundido más tarde en un noticiario oaxaqueño y, además, viralizado en Facebook y YouTube (Cadenatres Noticias, 7 de octubre de 2013). Esta sola imagen fue suficiente para develar un extremo caso de violación de derechos humanos, pero también ha logrado que se reconozcan estos hechos de

<sup>10</sup> Es lo opuesto al "indio muerto", lo contrario al símbolo arqueológico del prestigioso pasado prehispánico.

exclusión que con frecuencia son practicados, aunque no todos quedan documentados.

En la introducción del informe *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos* (2015), Regina Tamés, la directora del Grupo de Información en Reproducción Elegida A. C. (GIRE), inicia con el siguiente párrafo:

En octubre de 2013, en México se dio a conocer la fotografía de una mujer indígena que dio a luz en el jardín anexo a un hospital de Oaxaca. La indignación no tardó en mostrarse. Irma López, quien había iniciado el trabajo de parto, no fue admitida en el hospital. Le dijeron que esperara, pero durante esa espera nació su hijo. Casos como el de Irma son muy comunes en nuestro país. Muestra de ello es que sólo un par de días después se supo de una mujer en Puebla en una situación similar y de otra en Chiapas, que falleció por una cesárea mal practicada.

Ya que GIRE acompañó el caso de la madre mazateca, también documenta la situación actual del caso:

La imagen de Irma pariendo en el patio del hospital fue captada y publicada en medios de comunicación masiva, derivado de lo cual la CNDH inició una queja de oficio. Derivado de lo anterior, el 29 de enero de 2014, la CNDH emitió la Recomendación 1/2014 en la que determinó que existieron violaciones a los derechos humanos de Irma y de su hijo, atribuibles al Gobierno del estado de Oaxaca, por la negación de la atención médica adecuada (2015: 92).

Es necesario complementar que la negativa dada por el personal de salud a una mujer indígena para ser atendida en un centro de salud es un indicador preciso que revela la práctica de la exclusión y el racismo. Para ello, constatamos el ejercicio autoritario de las enfermeras con respecto al caso de Irma, ya que la atención a las mujeres próximas a parir, siempre se prolonga.

Irma es de origen mazateco y vive en condiciones económicas precarias. Al acudir al Centro de Salud de San Felipe Jalapa de Díaz, en Oaxaca, personal de enfermería le indicó que saliera a caminar con la certeza de que aún faltaba para que naciera su bebé. Al estar caminando en el patio del hospital, a Irma se le rompió la fuente y momentos después nació su hijo, sin asistencia ni atención médica alguna (GIRE, 2015: 91).

Una práctica común ordenada por las enfermeras, como también señaló Candelaria, mi informante de Morelos, es salir a caminar en los estacionamientos o jardines de los hospitales para esperar a que se produzcan más contracciones y ocurra la dilatación del cuello uterino. Justamente ahí, entre las llantas de los autos, según Candelaria, es donde han nacido bebés indígenas, casos que no han quedado documentados.

A continuación, copio el comentario que dejó un usuario acerca del video de la madre mazateca:<sup>11</sup>

¡Vamos a ser honestos! Las personas (la mayoría) cuando vemos a un indígena en la calle lo ignoramos, muchos los discriminan con comentarios racistas o los contratan para labores pesadas y les pagan una miseria, los indígenas tienen muchos hijos por la ignorancia y lo que me da tristeza es que los padres de este bebé reconocieron que hay días en los que no comen.

Este comentario viene al caso porque hay por lo menos tres mensajes entrelazados que puntualizan las dinámicas, prácticas y prejuicios en los que se conjuga la coexistencia de los no indígenas con la permanencia del “indio vivo”<sup>12</sup> en el Estado-nación del siglo XXI. El primer mensaje es que si un indio (o india)

<sup>11</sup> El usuario o la usuaria se hace llamar Moni Moon. Ese comentario se hizo respecto del siguiente enlace donde hablan de la amenaza que recibió Irma a raíz de lo sucedido en la clínica de salud: <<https://www.youtube.com/watch?v=BzzreWQS5GA>>.

<sup>12</sup> Me voy a referir al “indio vivo” en el léxico de Fernando Benítez sin elaborar detalles sobre si pudiera acuñarse la noción de “india viva”, haciendo alusión al género.

ocupa el espacio público suele ser ignorado, nadie lo quiere ver, pero si intenta transgredir el espacio solicitando un servicio, es discriminado. Al mismo tiempo, y como segundo mensaje, es requerido para efectuar trabajos que nadie quiere hacer, pero aun haciéndolos, recibe muy poca retribución. Entonces, hay conciencia de que es explotado pero ello no genera ningún efecto, pues la explotación económica del indio está normalizada. El tercer mensaje es que se culpa al indio de ser ignorante, y una forma de ignorancia es “tener muchos hijos”, es decir, carece de información sobre métodos anticonceptivos o de las múltiples dificultades que conlleva la procreación. Finalmente, el hecho de “tener muchos hijos” indica falta de conciencia del “indio vivo”, ya que mucha progenie es difícil de procrear, de proporcionar mínimamente alimentación, y este fallo en el que incurre el indio logra despertar la tristeza de algunos, ya que surge la pregunta: ¿quién quiere tener hijos que anticipan exclusión y discriminación por la vigencia del racismo? Sólo los indígenas lo hacen, pero ¿por qué lo harán?

A la exclusión institucional le siguió la amenaza a Irma López, quien expresó haber sido amedrentada por la enfermera y el personal del hospital para que dijera quién le tomó la foto. La coacción consistió en darla de baja del Programa Progresá/Oportunidades (Cadenatres Noticias, 7 de octubre de 2013).

Tal como fue planteado en la hipótesis que guía este capítulo, las mujeres indígenas sufren violencia, cuyo ejemplo contundente fue la negativa del centro de salud de atender a una mujer indígena en momentos críticos del alumbramiento. La evidencia de este tipo de violencia obstétrica quedó registrada en un vídeo y a partir de ahí, organizaciones de la sociedad civil sobre derechos de las mujeres han acompañado y visibilizado este daño físico y psicológico. La precariedad de las mujeres indígenas las hace más vulnerables y ello genera el desencadenamiento de numerosas formas de agresión, negligencia, rechazo, ridiculización, entre otros, por la parte médica. La práctica del *habitus* autoritario de Roberto Castro es clave para entender por qué los médicos y su jerarquía han interiorizado formas autoritarias y de superioridad. Este concepto, llevado al ámbito de

las mujeres indígenas, vuelve a ser metodológicamente de gran utilidad, ya que hay un referente para entender a qué se debe el surgimiento de la violencia de género practicada en el campo de la salud. La investigación de las muertes por parto entre las indígenas de Chenalhó también fue de gran apoyo para el argumento, pues la documentación de numerosos testimonios confirma la extensión del “terrorismo íntimo” ejercido contra las indígenas. Sin embargo, buscamos entender que el origen del racismo y la discriminación hacia las mujeres indígenas tienen raíces históricas. De ahí que haya sido necesario detenernos a explorar los contextos de donde surge la forma de estereotipar a la población indígena, pues pueblan el imaginario colectivo. Encuadré tres vertientes: el servilismo y la domesticidad de las mujeres indígenas en la sociedad colonial, la puesta en marcha del indigenismo y la higiene correctiva con la que se inició la descalificación del empirismo de las parteras, y la última vertiente hizo referencia a la realidad del “indio vivo” que fue el marco para comprender la exclusión de la mujer indígena del espacio público y de los servicios de salud.

#### CONCLUSIÓN

El reporte de Health Poverty Action (s. f.), además de dar cuenta de la situación tan precaria de la salud materna entre las mujeres indígenas, abunda en recomendaciones: desde el establecimiento de lazos de confianza hasta invertir en más recursos, capacitación, infraestructura, entre otros. Sin embargo, no alcanza a tomar en cuenta los casos en que el servicio mismo se niega, como sucedió con Irma López Aurelio, la mujer indígena mazateca que dio a luz en el jardín del Centro de Salud de Jalapa de Díaz, la cual aseguró que fue amenazada tras haber denunciado la actitud del personal del hospital. El maltrato, humillación, ridiculización y agresiones en la práctica obstétrica, además del *habitus* autoritario, reflejan la discriminación y el racismo que enfrentan las mujeres indígenas en la maternidad.

Por ello este capítulo exploró las causas de esta situación en el imaginario popular y patriarcal. Fue muy útil el modelo de *habitus* autoritario de Roberto Castro, pues me condujo a plantear la hipótesis de que las mujeres indígenas sufren violencia obstétrica debido a la persistencia de marcadores de identidad racial y étnica de cuya progenie se estereotipa como indeseable, por lo que enfrentará rechazo. La sustentación del argumento deviene del análisis de la ideología racista que justifica el abuso, la falta de prestigio, la ridiculización y la negligencia en las prácticas médicas imbuidas por la existencia constante de una violencia simbólica que niega y desecha lo indígena mientras enaltece la fisonomía pretendidamente europea. El concepto de “etnosexualidad”, de Joanne Nagel, ayuda también a despejar esta hipótesis, ya que la raza, la etnicidad, el sexo y la sexualidad no están separados del racismo, es decir, las fronteras de la etnicidad y la raza están delimitadas también por la elección sexual. Una propuesta explicativa me condujo a explorar los orígenes del desprecio a las mujeres indígenas, así como una faceta del indigenismo institucional y la implementación de una higiene “correctiva” tendiente a anular el saber de las parteras y curanderas. De tal forma que habrá más argumentos para sostener que el racismo afecta de forma diferente y con mayor intensidad a las mujeres.

#### FUENTES

- Almaguer, José, Hernán García, y Vicente Vite (2010), “La violencia obstétrica: Una forma de patriarcado en las instituciones de salud”, en *Género y Salud en cifras*, vol. 8, núm. 3, septiembre-diciembre, pp. 3-20.
- Amnesty International (2007), “Maze of Injustice. The Failure to Protect Indigenous Women From Fexual Violence in the USA”, en <http://www.amnesty.org/en/library/asset/AMR51/035/2007/en/ce2336a3-d3ad-11dd-a329-2f46302a8cc6/amr510352007en.html>, consultado el 20 de enero de 2015.

- Belli, Laura (2013), "La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos", en *Revista Red Bioética*, año 4, vol. 1, núm. 7, enero-junio, pp. 25-34.
- Benítez, Fernando (1968), *Los indios de México*, México, Era.
- Britton, John (1972), "Moisés Sáenz: nacionalista mexicano", en <[http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18\\_1/apache\\_media/K3LBY4PSRC7EVMALNMPJTBX9G3DA2R.pdf](http://codex.colmex.mx:8991/exlibris/aleph/a18_1/apache_media/K3LBY4PSRC7EVMALNMPJTBX9G3DA2R.pdf)>.
- Cadena, Marisol de la (1992), "Las mujeres son más indias: Etnicidad y género en una comunidad del Cuzco", en *Revista Isis Internacional*, núm. 16, en <<http://red.pucp.edu.pe/ridei/files/2011/08/104.pdf>>, consultado el 15 de enero de 2015.
- Cadenatres Noticias (2013), "Indígena mexicana da a luz afuera de hospital", en <<https://www.youtube.com/watch?v=ImSXeD09Lo4>>, 7 de octubre.
- \_\_\_\_\_ (2013), "Amenazan a indígena mazateca que parió en el jardín de un hospital de Oaxaca", en <<https://www.youtube.com/watch?v=BzzreWQS5GA>>, 9 de octubre.
- Casique, Irene, y Roberto Castro (coords.) (2014), *Expresiones y contextos de la violencia contra las mujeres en México. Resultados de la Endireh 2011 en comparación con sus versiones previas 2003 y 2006*, México, Inmujeres / CRIM-UNAM, en <[http://www.crim.unam.mx/drupal/crimArchivos/Pubcrim/Libro\\_14\\_05.pdf](http://www.crim.unam.mx/drupal/crimArchivos/Pubcrim/Libro_14_05.pdf)>, consultado el 15 de enero de 2016.
- Castro, Roberto (1995), "La lógica de una de las creencias tradicionales en salud: eclipse y embarazo en Ocuituco, México", en *Salud Pública de México*, vol. 37, núm. 4, julio-agosto, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- \_\_\_\_\_ (2014), "Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México", en *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 76, núm. 2, abril-junio, pp. 167-197.
- Consejo Nacional de Población (2013), *La situación demográfica en México*, México, Conapo.
- Flores, Carmen, y Aide Rodríguez (s/f), *Saberes de mujeres zapotecas serranas en el embarazo y parto. Cambios y resignificación de prácticas en el contexto nacional*, México, Instituto Nacional de Perinatología, en <[www.cubaarqueologica.org](http://www.cubaarqueologica.org)>, consultado el 8 de enero de 2015.

- Freyermuth, Graciela (2003), *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, México, CIESAS / Miguel Ángel Porrúa.
- Gerbi, Antonello (1946), *Viejas polémicas sobre el Nuevo Mundo, en el umbral de una conciencia americana*, Lima, Banco de Crédito del Perú.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida A. C. y Fundación Angélica Fuentes (2015), *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*, México.
- Gutiérrez Chong, Natividad (1990), "Memoria indígena en el nacionalismo incipiente de México y Perú", en *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, vol. 2, julio-diciembre, pp. 99-113.
- \_\_\_\_\_ (2001), *Mitos nacionalistas e identidades étnicas. Los intelectuales indígenas y el Estado mexicano*, México, IIS-UNAM / Conaculta-FONCA / Plaza y Valdés.
- \_\_\_\_\_ (2004), *Mujeres y nacionalismos en América Latina. De la independencia a la nación del nuevo milenio*, México, IIS-UNAM.
- \_\_\_\_\_ (2014), "Human Trafficking and Sex Industry: Does Ethnicity and Race Matter?", en *Journal of Intercultural Studies*, vol. 35, pp. 196-213.
- Gutiérrez Chong, Natividad, y Luz María Valdés González (2015), *Ser indígena en México. Raíces y derechos*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM.
- Health Poverty Action (s/f), "Sexual and Reproductive Health and Rights", en <<http://www.healthpovertyaction.org/policy-and-resources/rights-and-marginalisation/sexual-and-reproductive-health-and-rights/>>, consultado el 18 de enero de 2015.
- Israel, Jonathan Irvine (1975), *Race, Class and Politics in Colonial Mexico 1610-1670*, Oxford University Press.
- Lafaye, Jacques (1985), *Quetzalcóatl y Guadalupe: la formación de la conciencia nacional en México*, México, FCE.
- Lomnitz-Adler, Claudio (1992), *Exits from the Labyrinth: Culture and Ideology in the Mexican National Space*, Berkeley, University of California Press.

- Nagel, Joane (2003), *Race, Ethnicity and Sexuality. Intimate Intersections, Forbidden Frontiers*, Nueva York, Oxford University Press.
- Sin autor (2007), "EEUU no protege a las mujeres indígenas frente a los elevados índices de violación", en *Elmundo.es*, <<http://www.elmundo.es/elmundo/2007/04/24/solidaridad/1177422416.html>>, consultado el 20 de enero de 2015.
- Stern, Steve (1999), *La historia secreta del género, mujeres, hombres y poder en México en las postrimerías del poder colonial*, México, FCE.
- Van Dijk, Teun (2003), *Racismo y discurso de las élites*, Barcelona, Gedisa.
- Material recomendado para consulta*
- Castro, Roberto, y Joaquina Erviti (2014), "25 años de investigación sobre la violencia obstétrica en México", en *Conamed*, vol. 19, núm. 1, pp. 37-42.
- \_\_\_\_\_ (2015), *Sociología de la Práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, Anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, CRIM-UNAM, en <[http://www.crim.unam.mx/drupal/crimArchivos/Pubcrim/E15\\_11.pdf](http://www.crim.unam.mx/drupal/crimArchivos/Pubcrim/E15_11.pdf)>, consultado el 19 de enero de 2016.
- Chávez, María (2013), *Exploración diagnóstica de las prácticas institucionales que constituyen violencia obstétrica en los servicios de la Secretaría de Salud del Estado de Veracruz*, México, Salud Integral para la Mujer / Inmujeres / Instituto Veracruzano de las Mujeres / Gobierno del Estado de Veracruz.
- Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) (2014), "Informe Mujeres 2013. Salud materna y violencia obstétrica. La situación de los derechos humanos de las mujeres en el Distrito Federal", vol. II, México, CDHDF.
- Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2010), *La mortalidad materna indígena y su prevención*, México, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos

- Indígenas, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Franco, Adriana (2013), "Violencia obstétrica: martirio común para las mexicanas", en <<http://www.cimacnoticias.com.mx/node/63477>>, consultado el 19 de enero de 2015.
- García, Luz María, et al. (2006), *La mujeres indígenas de México: su contexto socioeconómico, demográfico y de salud*, México, Inmujeres / Conapo / CDI / SSA.
- Goche, Flor (2014), "Embarazadas, indígenas y trabajadoras del hogar, entre las más discriminadas", en <<http://contralinea.info/archivo-revista/index.php/2014/03/26/embarazadas-indigenas-trabajadoras-del-hogar-entre-las-mas-discriminadas/>>, consultado el 19 de enero de 2015.
- Instituto Nacional de las Mujeres (2010), "Pobreza y género. Una aproximación a la forma diferencial en que afecta la pobreza a mujeres y hombres en México", en <[http://ovsyg.ujed.mx/docs/biblioteca-virtual/Pobreza\\_y\\_genero.pdf](http://ovsyg.ujed.mx/docs/biblioteca-virtual/Pobreza_y_genero.pdf)>, consultado el 19 de enero de 2015.
- López, Citlalli (2013), "Sométicas a violencia 80 por ciento de indígenas embarazadas", en <<http://www.cimacnoticias.com.mx/node/64593>>, consultado el 19 de enero de 2015.
- Ramírez, Fernando (2014), "CNDH emitirá recomendación por negligencia médica hacia mujeres embarazadas", en *El Financiero*, en <<http://www.elfinanciero.com.mx/sociedad/cndh-emitira-recomendacion-por-falta-de-atencion-medica-a-mujeres-indigenas.html>>, consultado el 19 de enero de 2015.
- Valdés, Rosario (coord.) (2013), "El abuso hacia las mujeres en salas de maternidad: nueva evidencia sobre un viejo problema", resumen ejecutivo, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- Sin autor (s/f), "Las mujeres indígenas mexicanas son las que más mueren durante el embarazo", en *CienciaSalud.com.mx*, en <<http://www.cienciasalud.com.mx/salud-reproductiva/las-mujeres-indigenas-mexicanas-son-las-que-mas-mueren-durante-el-embarazo>>, consultado el 19 de enero de 2015.