

Género y procreación. Una combinación en la presencia de la Muerte Materna

Avance de investigación en curso

Género, Desigualdad y Ciudadanía

Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois
Instituto Nacional de Perinatología
México, DF

Resumen

La expresión de la procreación es uno de los roles que para las mujeres representa culturalmente inequidades concretas en los diferentes sistemas sociales. Dicha inequidades de género pueden entenderse como violencia simbólica, y dicha imposición de significaciones que determinan a los géneros coloca a la mujer en detrimento del hombre. En el presente trabajo se reflexiona precisamente cómo la condición de género desde el acto de la procreación conlleva en ocasiones desventajas en la mujer sobre todo cuando su condición de salud en general es desfavorable, para lo cual se exponen algunas representaciones culturales desde el género como posible comportamiento que deriva en una muerte materna. Se exponen algunos resultados derivados de un proyecto que se está llevando a cabo en el Instituto Nacional de Perinatología con mujeres embarazadas, y personas cercanas a una muerte materna, desde un enfoque sociocultural, y como base metodológica cualitativa fenomenológica. En la primera fase de la investigación, realizamos 6 entrevistas en profundidad a mujeres embarazadas para conocer desde su contexto cultural acerca del cuidado prenatal. Para la segunda fase, realizamos 4 casos de Autopsia Verbal para conocer la historia de la mujer fallecida durante su embarazo; por caso capturamos 3 informantes, obteniendo 18 entrevistas. Aplicamos instrumentos para datos sociodemográficos y salud reproductiva. Se entregó carta de consentimiento informado. El análisis se realizó con el paquete Atlas ti. Entre los resultados, es importante mencionar que las mujeres embarazadas habían sido “avisadas” del riesgo que conllevaba “su” reproducción por su condición de salud. De las mujeres embarazadas, cuatro no utilizaban anticoncepción, dos se controlaban con el método del ritmo. Todas ellas cuentan al menos una experiencia reproductiva desfavorable (abortos, óbitos). Tres de seis mujeres planearon su embarazo. Resultados cualitativos: a) En general ninguna manifestó estar tranquila, la preocupación tanto del embarazo como de su resolución fue una constante. Respecto al grupo de Autopsias Verbales (muerte materna) las mujeres fallecidas tenían entre 36 y 40 años de edad. Todas se dedicaban al hogar y con antecedentes reproductivos, y condiciones de salud desfavorables. Los informantes - familiares o personas cercanas- mencionaron tres hechos constantes en ellas: b) No deseo del embarazo; c) Exigencia de la reproducción por la pareja; d) Condiciones de salud y experiencias reproductivas desfavorables, avisadas de los riesgos que corrían ante otro embarazo. Ahora bien considerando las narrativas, las y los informantes tanto de las mujeres embarazadas como de las personas cercanas a una muerte materna; dejan ver cómo las mujeres deciden y buscan –en su mayoría- la reproducción con el fin de cumplir con su rol de género, según la sociedad occidental, es decir, reproducirse por varios motivos. Uno de ellos, es ser la mujer- madre representado con la maternidad, con lo cual reforzará la continuidad de la familia a través de la descendencia “a como dé lugar”. Otro argumento, totalmente relacionado al anterior es precisamente el rol de mujer-esposa, en la relación de pareja, sobre todo en el caso cuando el marido ciertamente le exige a la mujer “tener hijos”; una amenaza simbólica, que es traducida para la mujer como abandono sino se cumple la demanda de la pareja. Esto es, la repercusión que conlleva la exigencia social a las mujeres por la

conformación de un familia, por la conservación de la pareja a través de la reproducción, se convierte ésta última en un sello de amenaza sobre las vida de las mujeres cuando éstas no están en condiciones saludables para llevar a cabo un embarazo, esto es, la obligación a la reproducción social en ocasiones es la antesala al desenlace de la mujer, hecho que es claramente una violencia simbólica de género.

Introducción

El presente trabajo se desprende de una línea de investigación sobre muerte materna, cuyos inicios se derivan del protocolo intitulado “Estudio piloto sobre factores socioculturales del cuidado prenatal asociados a muertes maternas”, y posteriormente se continuó con el proyecto “Propuesta de un Modelo Sociocultural para prevenir las Muertes Materna”.

Específicamente los resultados que presentaré proceden del primer protocolo mencionado, el cual se realizó dentro del Instituto Nacional de Perinatología quien proporciona atención de tercer nivel, donde se atienden embarazos de alto riesgo, así como afecciones relacionadas con la salud reproductiva tanto de hombres pero sobretodo de mujeres.

El objetivo de esta presentación es considerar algunas representaciones culturales desde el género como posible comportamiento que deriva en una muerte materna.

Primeramente mencionaré algunos datos para contextualizar el trabajo. Es importante definir lo que se entiende por muerte materna, la cual se define como la defunción de una mujer ocurrida durante el embarazo, el parto o los 42 días siguientes a la terminación de la gestación, por causas relacionadas o agravadas por ésta, pero no por causas accidentales o incidentales (Hernández, Langer, Romero, Chirinos 1994).

Como sabemos existe un sinnúmero de trabajos relacionados con la muerte materna, desde el ámbito de la medicina, en los cuales se describen las causas fisiológicas de dicho desenlace, específicamente divididas en causas directas e indirectas. Dentro de la causas directas, preeclamsia, infecciones, hemorragias, toxemia, sepsis y aborto; las causas indirectas hace referencia aquellas enfermedades crónica o preexistentes que complican el embarazo, parto o puereperio (Ballesté 2003, López- García, Anaya-González 2002, Campero et al. 2006)

Contexto Internacional

Asimismo, en la última década y media el estudio de la mortalidad materna ha tomado fuerza en otras áreas de conocimiento, en los cuales se menciona que las características que definen a la mujer suelen se causantes de la presencia de una muerte materna, es decir la condición psicológica, el nivel socioeconómico, el estado civil, lugar de residencia y falta de seguridad social, son algunos factores (Hernández et al. 1994, Infante 1990)

El número de muerte materna a nivel mundial en 1980 fue de 500,000 por cien mil nacidos vivos. Se sabe que a nivel mundial, en 2005 existieron cerca de 536,000 muertes maternas, esto es, la razón de mortalidad materna (RMM) fue 400 muertes por 100,000 nacimientos (Shah Iqbal, Say Lale 2007).

Presentándose los mayores índices en África, seguida de Asia, Latinoamérica, y por últimas las regiones desarrollas (Ronsmans C, Graham W, 2006)

Ya para 2008 disminuyó a 343,000 defunciones. Lo anterior, representando en los últimos 20 años una disminución anual cerca del 1.4% por año (Hernández et al. 1994)

Contexto Nacional

En México, la razón de muerte materna (RMM) en 1980 era de 124casos por 100 000 nacidos vivos (PNS, 2008). En el año 1990 se presentó una razón de muerte materna RMM de 90.4 que representa 2189 defunciones por cien mil nacidos vivos; en 2000 la RMM fue de 72.6 dando 1543 defunciones (Díaz, 2006). Entonces entre 1990 y 2005 la razón disminuyó de 89 a 63 muertes por 100,000 nacidos vivos (PNS, 2008). En el 2008 la razón de muerte materna (RMM) fue de 52 casos por 100 000 nacidos vivos (Hogan et al. 2010)

Dicha cifras nos demuestra que la muerte materna es un serio problema de salud pública. Es por tal que en el año 2000 en un acuerdo Internacional, en donde participó la ONU y la OMS se dieron una serie de acuerdos internacionales, entre ellos, sobre la muerte materna.

En dichos acuerdos se comprometieron distintas naciones en disminuir la muerte materna como parte de los objetivos del Milenio. Uno de los acuerdos consiste en reducir la muerte materna mundial en 75% para el 2015 con relación a la de 1990 (Lozano et al. 2005). Esta afirmación, tiene sustento en la Resolución 55/2 “Declaración del Milenio” avalada por la ONU, puesto que se sabe “muerte de una madre durante el embarazo o el parto es una tragedia humana personal, familiar y social. Las probabilidades de supervivencia del recién nacido, y también de los otros niños, se reducen considerablemente con la defunción de la madre” (OMS, 2008).

México es una de las naciones que se comprometieron con dicha resolución, siendo pues su compromiso reducir la razón de muerte materna RMM de “89 por cien mil nacidos vivos en 1990 a 22.3 en 2015, es decir, pasar de 2203 defunciones maternas en 1990 a 417 en 2015” (Lozano et al. 2005).

Lo que es cierto es que la disminución de la tasa de muerte materna ha sido lenta, por ejemplo del 2002 al 2010 se presentó con menos de 10% (Ballesté, 2003). Ante este panorama se esperaba llegar para el 2015 a 22 casos por 100 000 nacidos vivos, lo cual no se logrará e incluso ya ha sido anunciado en el mes de mayo por la Secretaria de Salud Federal la Dra. Mercedes Juan.

Pero ahora los interrogantes para cumplir con la meta del Milenio son amplias, en ese sentido, Lozano (2005) menciona que la disminución de la MM está estrechamente relacionada con el **Comportamiento de los determinantes de la mortalidad materna**, como por ejemplo por un lado, lo relacionado con la Cobertura de los Servicios de Salud: Incremento del control prenatal, aumento de infraestructura (hospitales, centros de salud, etcétera) y Programas de planificación familiar; y por otro lado, lo relacionado con los Indicadores de Desarrollo Humano: mayor nivel de escolaridad, ampliación de energía eléctrica, incremento en la vialidad en áreas rurales y urbanas (incremento en la pavimentación de las zonas).

En ese sentido, consideramos que un posible comportamiento de la mortalidad materna está relacionado con la condición de género, que por cierto la justificación de la diferencia sociocultural entre los géneros está dada por "la diferencia biológica entre los sexos, es decir, entre los cuerpos masculino y femenino, y muy especialmente, la diferencia anatómica entre los órganos sexuales" (Bourdieu, 2000:24). Siendo el embarazo la representación simbólica.

La expresión de la procreación es uno de los roles que para las mujeres representa culturalmente en algunas ocasiones inequidades concretas en los diferentes sistemas sociales. Dicha inequidades de género pueden entenderse como violencia simbólica, esto es, “todo poder que logra imponer significaciones e imponerlas como legítimas disimulando las relaciones de fuerza en que se funda su propia fuerza, añade su fuerza propia es decir, propiamente simbólica, a esas relaciones de fuerza” (Bourdieu, 1981:44) y ciertamente dicha imposición de significaciones que determinan a los género coloca a la mujer en detrimento del hombre.

Aclarando lo anterior, en el presente trabajo se reflexiona precisamente cómo la condición de género desde el acto de la procreación conlleva en ocasiones desventajas en la mujer sobre todo cuando su condición de salud en general es desfavorable.

Material y métodos

Es importante aclarar que el análisis del presente trabajo es meramente cualitativo; los datos sociodemográficos que se rescataron se utilizaron para describir el contexto de las y los informantes.

Población

Para este trabajo, consideramos dos poblaciones. Una, fueron aquellas mujeres que se encontraban gestando con el fin de conocer sus argumentos del porqué y el cuidado de su embarazo.

El otro grupo de informantes se derivó de aquellas mujeres que fallecieron durante el embarazo. Por tal, se buscaron a personas cercanas a la muerte materna: familiares, amigos, vecinos, etcétera; la importancia de lo anterior fue realizar Autopsias Verbales a través de los **cercanos** con el fin de reconstruir la experiencia según ellos respecto de la vivencia del embarazo de la mujer pericida. Para el contacto de las personas cercanas consideramos como mínimo un año del desenlace de la mujer como parte al respeto a las personas del tiempo de duelo de perdida. En ambos grupos también se revisaron los expedientes clínicos.

Métodos cualitativos

Es importante aclarar que el análisis del presente trabajo es meramente cualitativo; los datos sociodemográficos que se rescatan se utilizaron para describir el contexto de los informantes. El trabajo de campo se realizó en dos fases entre el año del 2009 y 2010. En la primera fase, realizamos 6 entrevistas en profundidad a mujeres embarazadas para conocer desde su contexto cultural acerca del cuidado prenatal, sus sentimientos y emociones respecto al embarazo la alimentación, etcétera.

En la segunda fase, realizamos 4 casos de Autopsia Verbal para conocer la historia de la mujer fallecida durante su embarazo; por caso capturamos 3 informantes. Por tanto se obtuvo un total de 18 entrevistas. Para rescatar las narrativas de los informantes en los casos de muerte materna, se realizaron Autopsias Verbales (AV) que tuvieron como fin reconstruir la etapa de embarazo y conocer el fenómeno de embarazo de la mujer fallecida; reconstrucción de comportamiento del cuidado prenatal, alimentación, asistencia a los tipos de servicios de salud; lo anterior a través de entrevistas en profundidad audiograbadas a personas cercanas de la mujer fallecida.

Las entrevistas en profundidad se realizaron con un guión previamente trabajado, lo cual nos permitió rescatar aquellas percepciones sobre la situación de cuidado de la mujer embarazada, y la mujer fallecida durante la gestación, así como aquellas explicaciones sobre los posibles **porqués** de la presencia de ese último embarazo, lo anterior según las percepciones de los informantes.

De los instrumentos que se aplicaron para obtener la información sociodemográficos, se encuentra la Ficha de identificación, rescatando los datos sociodemográficos del informante (edad, escolaridad, estado civil, ocupación). Otro instrumento que se construyó y aplicó para la población de la presencia de una muerte materna, fue lo que denominamos Ficha de Muerte Materna, con este instrumento se rescataron los datos específicos de la mujer fallecida, por ejemplo, semanas de gestación, lugar de fallecimiento, etcétera. A todas se les aplicó un cuestionario socioeconómico, y uno de salud reproductiva.

Dentro de los aspectos éticos, es de aclarar que a cada informante se le entregó una carta de consentimiento informado para confirmar su plena voluntad en la participación del proyecto. Dicha carta fue revisada y avalada por el Comité de Ética del INPerIER. Asimismo se utilizaron seudónimos para nombrar a las y los informantes con el fin de respetar su identidad y privacidad.

Resultados

En este apartado se presentan resultados preliminares. En ellos se rescata el contenido de las entrevistas en profundidad, y lo relacionado con la descripción sociodemográfica y salud reproductiva. Es de aclarar que para el grupo de las personas cercanas solamente se realizaron las entrevistas en profundidad, pues la intención fue precisamente rehacer la historia de la mujer embarazada fallecida; en cambio se consideró obtener la información sociodemográfica del sujeto de interés (mujer embarazada pericida) a través de expedientes clínicos con el propósito de contextualizar lo dicho por las personas cercanas.

Descripción sociodemográfica y salud reproductiva de la población en estudio

De las seis mujeres embarazadas al momento de la entrevista, sólo una era menor de edad contaba con 17 años; una más tenía 19 años; y tres de ellas se encontraban entre los 33 y 35 años de edad. La mayor

contaba con 43 años. Tres de seis eran solteras y en la misma proporción se dedicaban al hogar, es decir, sólo tres trabajaban. Todas contaban con una escolaridad media superior. Acerca de los datos reproductivos, cuatro no utilizaban anticoncepción, dos se controlaban con el método del ritmo. Todas ellas cuentan al menos una experiencia reproductiva desfavorable (abortos, óbitos). Tres de seis mujeres planearon su embarazo.

Respecto al grupo de Autopsias Verbales (muerte materna) las 4 mujeres fallecidas tenían entre 36 y 40 años de edad. Dos eran casadas, y dos en unión libre, tres de cuatro contaban con escolaridad media superior, pero todas se dedicaban al hogar. Referente a los antecedentes reproductivos, todas ellas por lo menos han tenido dos embarazos, en ocasiones han concluido en abortos, cesáreas (no necesariamente el hijo vivo). Toda ellas en el último embarazo presentaron complicaciones, entre otras debido a que su condición de salud era desfavorable (cáncer gástrico, insuficiencia cardiaca, encefalopatía, choque hipovolémico). Es importante aclarar que fueron avisadas por el personal médico de los riesgos que corrían ante otro embarazo. Los desenlaces en su mayoría se presentaron entre las semanas de gestación de 33 a la 37, es decir, embarazos ya avanzados.

Resultados cualitativos

Grupo de informante: Mujeres embarazadas

Antecedentes de riesgo

Recordemos que las mujeres embarazadas que participaron en este estudio *per se* tenían condiciones desfavorables ya sea por antecedentes reproductivos o en salud. Es por tal que no sorprenden sus historias; una de ellas nos comparte lo siguiente:

Yo sabía que tenía que atenderme antes (se refiere al embarazo) porque yo soy RH negativo aparte por lo del bebé que nació enfermito y murió de hecho tenía yo 7 meses de gestación cuando me sacaron al bebé, bueno de hecho fue un parto normal pero a la hora de que nació el bebé falleció, entonces si me queda un poquito como de miedo, “trauma”... En el 2003 volví a intentarlo pero era un huevo muerto retenido, yo estaba con la ilusión de un bebé y todo y resulta que no, entonces cuando me dicen ahorita ¡estás embarazada!, yo dije ‘¡ay! bueno’, al momento me dio mucho gusto pero también miedo, pues de ahí llegué a la casa y si me puse a llorar, pero pues dije ‘¡bueno!’ (Sofía, 33 años)

Lo del parto prematuro que me trataron fue en el Hospital de la Mujer y el otro aborto con un conocido, como tengo conocidos en el que se dedican a, con sus consultorios y gente, ahí me hicieron el legrado; y el otro se me salió también así con una amistad me hizo la limpieza, no fue en un sector salud, el primero sí pero los otros 2 no, los otros con mis amistades (Leonor, 35 años)

Como se puede ver los intentos de embarazos y desenlaces desfavorables son determinantes durante el proceso de embarazo, pues suele ser complejo dándose un ambiente de preocupación y confusión para la mujer.

Preocupación actual por el embarazo

Evidentemente los antecedentes de riesgo que han vivido las mujeres embarazadas provocan en ellas una serie de sentimientos negativos, por ejemplo el sentimiento de preocupación e intranquilidad fue constante durante todo el embarazo, es decir,

Si me da un poquito de miedo por todos los problemas de salud que tengo, por el tumor, por la ausencia del riñón que desde chavita tuve, y de repente trato de no pensar en eso pero llega el momento en que me pongo triste, nerviosa, desesperada, porque ¡híjole!, se te vienen muchas cosas a la mente... ‘qué tal si me pasa algo, qué tal si mi bebé nace bien y a mí no me va tan bien, y si me pasa algo a mí ¿qué voy a hacer?... Si me llegan a la mente de que ¡híjole!, y si me muero, porque si lo he pensado ‘¡y si me muero!’’, te digo por todos los problemillas que tengo, pero pues haber que pasa ¿no? (Eleonor, 34 años)

Consecuencias del Riesgo actual

Las condiciones médicas desfavorables del embarazo en curso en algunas ocasiones llegan a modificar actividades cotidianas de las mujeres. En el caso de aquellas que solamente tienen actividades en casa su dinámica familiar se altera adjudicando el trabajo de las labores domésticas, la atención a los hijos etcétera a otros miembros de la familia. Para el caso de mujeres que no solamente realizan actividades del hogar, sino que salen del mismo para cumplir con la otra jornada laboral, entonces no solamente altera su dinámica familiar, sino su poder adquisitivo:

Quedaba en Ojo de Agua, yo tenía que irme desde Texcoco hasta allá, y en los camiones, pues sí manejan horrible, el doctor Serna me dijo ‘cero, cero camiones, cero que estés moviéndote’ porque al principio tuve placenta previa, ‘se te rompe y ¡se mueren!, entonces tú necesitas estar más tranquila’. Entonces a raíz de esto pues dejé de trabajar. (Lorena, 35 años)

En el caso de mujeres con actividades remunerables, en ocasiones se presenta la necesidad de abandonar sus empleos pues requieren de descansos prolongados o definitivamente pausa absoluta, pues la movilidad de un lugar a otro, y la propia actividad para desempeñar su trabajo suele ser un factor de riesgo en su condición reproductiva: amenaza de aborto, pérdida del producto, y su salud en sí. Evidentemente lo anterior conlleva otras consecuencias dentro de su ámbito familiar como sería las desventajas económicas al dejar de aportar su ingreso. Como vemos el riesgo actual va más allá del diagnóstico médico, es decir, la condición de salud del embarazo trastoca otras esferas de la vida de la mujer embarazada.

¿Por qué se embarazó?

Seguramente varios de ustedes se preguntarán ¿por qué las mujeres embarazadas de este grupo aún sabiendo que tenía condiciones de salud desfavorables o un historia reproductiva no grata, insistían o simplemente se volvieron a embarazarse? Para dar respuesta a lo anterior, a continuación se comparten algunas narrativas:

Siempre me decía (marido) que quería otro bebé y yo le decía que no, y siempre peleábamos por eso porque yo le decía ‘es que tengo que atenderme, tengo que ver por qué pasó lo del bebé (se refiere a un óbito que tuvo a los siete meses de embarazo) le digo, para que no vuelva a pasar lo mismo... dame tiempo’ yo siempre le decía, entonces si peleábamos mucho, entonces ahorita ya del embarazo para acá como que ya se tranquilizó mucho. (Sofía, 33 años)

Él fue el que me decía ‘vamos a tener un hijo y vamos a tener un hijo’, yo ya no quería, por mi edad, por mis problemas de salud y este por todo esto, decía ‘no, es que como, yo ya no estoy en edad como para tener un hijo’ (Eleonor, 34 años)

Podríamos pensar desde la perspectiva de respuestas juiciosas, señalar a las mujeres como irresponsables, y seguramente ante la presencia de una muerte materna culpabilizarlas con el argumento: “ella se lo buscó”. Pero si reflexionamos desde una postura imparcial desde el punto de vista analítico, podemos observar que son mucho más profundas las explicaciones de la “necedad” de la reproducción, por ejemplo como se demuestran en las narrativas la presión de la pareja es contundente, es decir, ellos son los que exigieron la presencia del embarazo acosta de las condiciones de salud, sociales y sobre todo sin tomar en cuenta la decisión de la propia mujer. Por tal, la decisión de un embarazo de alto riesgo -al menos para este grupo- en un sentido, podemos decir que se da desde un panorama de inequidad de género.

Aunado a lo anterior, evidentemente está el tema de la presión sociocultural hacia la mujer y su relación con la reproducción, donde varias de ellas efectivamente lo ven como un rol aceptable como parte de su condición de mujer.

Grupo de informante: Personas cercanas a una muerte materna

Es importante aclarar que las siguientes narrativas se derivan de personas que estuvieron cerca de una muerte materna: viudo, madre, suegra, hermana, hermanos, amiga o cuñada. En ese sentido, la percepción de cada uno de los informantes que se exponen a continuación, nos permitirá comprender en concreto algunos causantes de la mortalidad materna. En este grupo de informantes si identificaron tres hechos contundentes:

Uno de ellos relacionado con las antecedente de riesgo, fue precisamente las **condiciones de salud y experiencias reproductivas desfavorables**

Era un embarazo de alto riesgo por su problema del corazón, por su edad y por el aborto que había tenido. Fue un sentimiento de enojo, de ver que no me había hecho caso y que por embarazarse estaba atentando contra su vida... Hermano de Sra. Juana (39 años) †

Es evidente que en este caso, la hermana de la mujer que falleció tenía clara la situación de la salud desfavorable de su pariente, es por eso que sentía enojo al ver que a pesar de su condición de Juana, ella “optó” embarazarse.

Otro hecho fue lo relacionado con el **No deseo del embarazo**

Definitivo mi hermana ya no quería tener otro bebé por todas las complicaciones que tuvo en el embarazo anterior (preeclampsia), después de que mi cuñado llega de Estados Unidos, inmediatamente se embaraza, ¡OK, es su vida, son sus cosas!... (Hermano de Sra. Clara (40)†

Como se puede ver la mujer (Clara) según la percepción de la informante, estaba consciente de su condición desfavorable de salud. Las experiencias reproductivas negativas a veces permean las decisiones de la personas, es por eso que varias de ellas no desean volver a embarazarse por el miedo a repetir la historia desagradable; pero la presión social -principalmente familiar y de paraje- las conduce a “cambiar” de opinión desfavorable para ellas misma.

El último hecho que está completamente relacionado con el anterior, es la **exigencia de la reproducción por parte de la pareja:**

Yo lo único que le pedía a ella era otro hijo, me quedó a deber eso que yo quería. La razón por la cual uno se casa es para formar una familia porque un hogar sin hijos se ve triste ¿no?... Viudo de la Sra. Rosalía (36 años)†

¿Cómo tomó la pareja de su hermana la noticia del embarazo? ... Estaba muy contento con la noticia, porque ella tuvo un aborto antes de este embarazo, tenía como 3 ó 4 meses de que había tenido un aborto, estaba como que desilusionado y me decía ‘es que tu hermana se tiene que embarazar, me tiene que dar un hijo’, o sea, como que sí la presionaba mucho para que se embarazara porque quería un hijo... Hermana de la Sra. Juana (39años) †

Infaliblemente la presión de la pareja por el embarazo, es un factor fundamental para comprender que la decisión de la mujer en repetir otro embarazo no es un asunto personal, sino que está determinado también por la presión de la pareja. En ese sentido, es importante buscar respuestas objetivas ante la presencia de una muerte materna que van más allá de explicaciones médicas, es necesario analizar el fenómeno considerando la postura de la pareja y el contexto familiar que también ponen en peligro la vida de la mujer embarazada.

Discusión

¿Cómo comenzar la discusión? Primeramente es reconocer que reflexionar sobre el tema de la muerte materna es complejo, puesto que las respuestas para buscar estrategias para su disminución son variantes siendo que los causantes de igual manera son diversos. En ese sentido considerando las narrativas de las y los informantes del presente trabajo, se apostó en profundizar la discusión sobre el hecho de cómo entender la maternidad como un camino que lleva a la muerte materna que tiene como esencia la lectura cultural del embarazo, lo que deriva la violencia simbólica de género.

Aclarando lo anterior podemos ver en definitiva como en este grupo de informantes sobre sale el hecho de que las mujeres a pesar de ser “avisadas” del riesgo que conlleva su reproducción por los antecedentes precarios del mismo, se embarazaron. La respuesta para lo anterior puede ser variante, pero podemos observar que en el trasfondo de los resultados cualitativos, los argumentos del **porqué** se embarazaron a pesar de saber del riesgo están relacionados entre otros fundamentos al hecho del **deber ser** de la mujer en la sociedad occidental, me explico.

En su mayoría las y los informantes tanto de las mujeres embarazadas como de las personas cercanas a una muerte materna; dejan ver cómo las mujeres deciden y buscan –en su mayoría- la reproducción con el fin de cumplir con su rol de género, según la sociedad occidental, es decir, reproducirse por varios motivos. Uno de ellos, es ser la mujer- madre representado con la maternidad, con lo cual reforzará la continuidad de la familia a través de la descendencia “a como dé lugar”. Otro argumento, totalmente relacionado al anterior es precisamente el rol de mujer-esposa, en la relación de pareja, sobre todo en el caso cuando el marido ciertamente le exige a la mujer “tener hijos”; una amenaza simbólica, que es traducida para la mujer como abandono sino se cumple la demanda de la pareja.

Pero todo lo anterior qué nos deja para la reflexión. Precisamente es que la mujer al dejar a un lado su condición de salud (posibilidades de riesgo para su sobrevivencia) y cumplir con su rol de género aterrizado en la maternidad, podemos atrevernos a reforzar que dicho hecho es claramente una violencia simbólica de género, la cual entre otras cosas lleva a la mujer a la muerte. Esto es, la repercusión que conlleva la exigencia social a las mujeres por la conformación de un familia o por la conservación de la pareja a través de la reproducción, se convierte esta última en un sello de amenaza sobre las vida de las mujeres cuando éstas no están en condiciones saludables para llevar a cabo un embarazo, esto es, la obligación a la reproducción social en ocasiones es la antesala al desenlace de la mujer.

Uno de los protagonistas que sobresalieron en este trabajo fue precisamente la pareja; quien de alguna manera presionaba para que la presencia del embarazo se diera, ya sea para la conformación de una familia o por la necesidad de la continuación de él mismo a través del hijo; argumentos que de ninguna manera consideran la condición de salud y decisión de la mujer. En ese sentido, pareciera ser que las mujeres al no ser pensadas como un todo con derecho de decisión, entonces son percibidas meramente como máquinas reproductoras, que como vimos en los resultados del presente trabajo puede derivar en una muerte materna. Con lo anterior, argumentamos que uno de los principales ejes de análisis para comprender la presencia de la muerte materna es la traída: pareja-reproducción-género, que indudablemente en esencia se puede traducir como violencia simbólica genérica.

Conclusiones

Consideramos que la mortalidad materna está relacionada con el contenido sociocultural de la reproducción -condición de género- entendida la procreación como obligación cultural: violencia simbólica.

En ese sentido, podemos reafirmar que la violencia simbólica de género es una causante indirecta de la muerte materna, puesto que la exigencia sociocultural obliga ciertamente a las mujeres a tener que cumplir con su rol de género sobre pasando su condición de salud, y por ende, poniendo en riesgo su vida. Esto nos invita seriamente a pensar que la inequidad de género debe de ser considerada como un factor de riesgo tan grave como las otras causas – condiciones biofisiológicas desfavorables en la

mujer, ineficiencia y/o ausencia de los servicios de salud- que comúnmente son más expuestas cuando se conversa sobre el tema de la mortalidad materna.

Entonces podemos decir que la mortalidad materna también es producto de los procesos sociales y culturales. Por tal su comprensión debe tener una mirada integral en la cual no sólo se explique su presencia por la falta de recursos médicos, acceso a los mismos, etcétera sino es necesario que además se considere el bagaje sociocultural de la población, pues sabemos que la percepción cultural de la salud-enfermedad-atención como mujer y hombre, es determinante en la conducta de la misma.

Como necesidad urgente es conveniente que se realicen políticas públicas, con el fin de incluir en los programas de salud para la planeación y reproducción, la equidad de género como eje rector con enfoque de derechos humano, en el cual la mujer sea la última en decidir continuar o interrumpir el embarazo.

Bibliografía

Ballesté M (2003) “Analizando la mortalidad materna en el Distrito Federal, desde una perspectiva de género” en 3^{ra} **Conferencia Nacional sobre Maternidad sin riesgos en México**

Bourdieu, Pierre (1981) *La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*, LAIA, Barcelona

Bourdieu, Pierre (2000) *La dominación Masculina*, Anagrama, Barcelona

Campero L, Walker D, Hernández B, Espinoza H, Reynoso S, Langer A (2006) La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México. *Salud Pública Mex* 2006; 48 Supl 2; S296-306

Díaz Daniela (2006) Mortalidad Materna. Una tarea inconclusa. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C. México

Hernández B, Langer A, Romero M, Chirinos J (1994) Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el Estado de Morelos. *Salud Pública de México*. México, 36(5):521-528

Hogan M; Foreman K, Naghavi M, Y Ahn S, Wang M, Makela S, López A, Lozano R, Murray Ch (2010) “Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5” in **The Lancet**, vol. 375, pp. 1609-1623

Infante C (1990) Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la mortalidad percibida y de las redes sociales de ayuda. *Salud Pública Mex*, 32:419-29

López-García RB, Anaya-González JM (2002) Mortalidad en México, Distrito Federal con en el estudio de los certificados de defunción 1998-1999. *Cit Ciruj* (70):44-9

Lozano A, Núñez R, Duarte M, Torres LM (2005) Evolución y tendencias de largo plazo de la mortalidad materna en México: análisis de factibilidad y efecto potencial de intervenciones seleccionadas para el cumplimiento de las metas del milenio. En Zuñiga E. (Coord) *México ante los desafíos del Milenio*, CONAPO

OMS (2005) Las madres y los niños son importantes y su salud también. *En Informe sobre la salud en el mundo 2005, Cap. 1*

PNS (2008) Secretaría de Salud México: Secretaría de Salud. Recuperado 26 de marzo de 2013, de <http://www.salud.gob.mx>

Ronsmans C, Graham W (2006) “Maternal mortality: who, when, where, and why”. **The Lancet**, September, 2008: 13-24

Shah Iqbal, Say Lale (2007) “Maternal mortality and maternity care from 1990 to 2005: Uneven but important gains”. **Reproductive Health Matters**, 14 (30):17-27