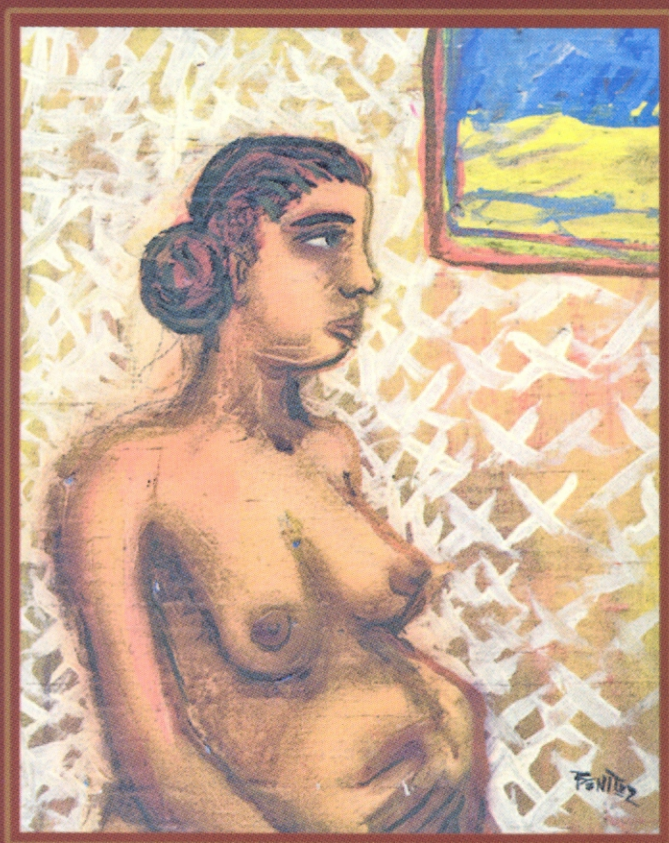


"NADIE SE MUERE POR PARIR". MUERTE MATERNA EN GUERRERO:

UN PROGRAMA EN PERSPECTIVA



Aurelia Flores Hernández
Adelina Espejel Rodríguez
Con la colaboración de
Luz María Martell Ruíz

“Nadie se muere por parir”.
Muerte materna en Guerrero:
un programa en perspectiva

Colección: Estudios de Género y Desarrollo.

Primera edición: 2011

© **Universidad Autónoma de Tlaxcala**

Av. Universidad No. 1, Col. La Loma Xicohténcatl

C.P. 90062, Tlaxcala, México

www.uatx.mx

ISBN: 978-607-7698-46-3

Impreso y hecho en México

Printed and made in México

Se autoriza la reproducción del material contenido en esta obra citando la fuente.

Las opiniones vertidas en este libro, son responsabilidad exclusiva de sus autoras y no representan necesariamente el punto de vista de la institución auspiciante.

Diseño de portada: Eliza Chavero Serrano

Diseño de imagen: Abél Benítez

“Nadie se muere por parir”.
Muerte materna en Guerrero:
un programa en perspectiva

Aurelia Flores Hernández
Adelina Espejel Rodríguez

Colaboradora
Luz María Martell Ruiz

Universidad Autónoma de Tlaxcala
Secretaría de la Mujer del Estado de Guerrero
2011

Gobierno del Estado de Guerrero

Carlos Zeferino Torreblanca Galindo
Gobernador Constitucional del Estado de Guerrero

Rosa María Gómez Saavedra
Secretaria de la Mujer

Violeta Pino Girón
Subsecretaria de Equidad de Género y Desarrollo Humano

Rosa Delia Guillén Valentín
Directora General de Capacitación para el Desarrollo y la Equidad de Género

Universidad Autónoma de Tlaxcala

Serafín Ortiz Ortiz
Rector

Víctor Job Paredes Cuahquentzi
Secretario Académico

Dora Juárez Ortiz
Secretaria de Investigación Científica y Posgrado

Sergio Eduardo Algarra Cerezo
Secretario Técnico

Felipe Hernández Hernández
Secretario Administrativo

Efraín Ortiz Linares
Secretario de Extensión Universitaria y Difusión Cultural

J. A. Jaime Rocha Rodríguez
Coordinador General
Centro de Investigaciones Interdisciplinarias sobre el Desarrollo Regional

Comité Dictaminador

María Isabel Castillo Ramos
Centro de Investigaciones Interdisciplinarias sobre el Desarrollo Regional

Dora Rodríguez Soriano
Observatorio Muerte Materna
Secretaría de Salud

Índice

Prólogo	VII
Presentación	IX
Introducción	XI
I. El enfoque teórico: mujeres, género y salud	15
1.1. Mujeres en el Desarrollo (MED) y Mujeres, Salud y Desarrollo (MSD)	15
1.2. Género en el Desarrollo (GED) y Género, Salud y Desarrollo (GSD)	19
1.3. Las políticas de salud y de población en México	22
1.4. El enfoque de salud reproductiva	29
II. La problemática: muerte materna	35
2.1. Las intervenciones institucionales	36
2.2. La muerte materna en cifras	40
2.3. La situación en el estado de Guerrero	45
2.4. Los agentes sociales: las organizaciones de la sociedad civil y las parteras tradicionales	49
III. El aparato institucional y el interés por la muerte materna	53
3.1. La Secretaría de la Mujer (SEMUJER) del estado de Guerrero	53
3.2. El origen y los antecedentes del programa	58
3.3. Las acciones: foros, talleres y capacitación	64
3.4. La alianza con las organizaciones y la formación de la Red	75
IV. El perfil de las mujeres entrevistadas y su testimonio	83
4.1. Las organizaciones participantes y los servicios de salud	84
4.2. Características sociodemográficas de las entrevistadas	87
4.3. Los testimonios	92
4.3.1. El testimonio institucional	92
4.3.2. Los testimonios de las beneficiarias	95

V. A manera de reflexión	111
Bibliografía	115
Anexos	121
Acerca de las autoras	123

Prólogo

*“Si, supimos que murió hace quince días,
dicen que llegó a tiempo con el doctor,
¿quién sabe que pasó?,
si fue responsabilidad del doctor,
si su marido no la dejo revisar,
si el camino no ayudó,
pero de todos modos murió”*

(Dirigenta de Kinal Antzetik Guerrero A.C. 2010)

Repetidas y similares frases como ésta que narró Hermes, son el grito que denuncia acontecimientos de tragedia familiar, los cuales tuvimos la oportunidad de escuchar y de comprender. Recorrimos montañas y caminos en deslave para llegar a ellas, para que sus voces replicaran como ecos entre las laderas y los bosques, entre el susurro del mar, y al igual que esas voces ya no quisimos detenernos, sino hasta ser escuchadas.

Agradecemos a Nidia Hidalgo Celarié a través de quien se contactó a Rosa Delia Guillén, porque su confianza hizo posible el compromiso de escribir este libro y de regresar en un futuro cercano. Por supuesto, la aceptación de Rosa María Gómez Saavedra y de Violeta Pino Girón fue también signo de confianza.

“Nadie se muere por parir”...

Dedicado a:

*A todas aquellas mujeres que sólo esperan
que su trabajo se reconozca y que otros sepan que allá
en la lejanía, una o más vidas pueden ser salvadas a tiempo.*

*A Beatriz o Soledad, como la hemos nombrado,
porque sus tres vestidos que lleva en su vida
es el ropaje símbolo de la pobreza y la necesidad,
pero también de la sabiduría y el desinterés.*

Aurelia Flores Hernández
Adelina Espejel Rodríguez
Luz María Martell Ruíz

Presentación

El presente documento da cuenta de la estrategia desarrollada por la Secretaría de la Mujer en coordinación con organizaciones sociales de mujeres indígenas y la Secretaría de Salud durante el periodo 2005-2009, para mejorar la salud de las mujeres y coadyuvar a la disminución de la muerte materna.

La multicausalidad que constituye la mortalidad materna, requiere de implementar diversas estrategias y la intervención gubernamental, social y comunitaria. En ese sentido esta dependencia puso el énfasis en el fortalecimiento de capacidades institucionales y sociales, para ampliar y robustecer el liderazgo de organizaciones sociales de mujeres indígenas y de la Red de Parteras y Promotoras Comunitarias que han participado contribuyendo en la prevención de la muerte materna en diversos municipios con población indígena de las regiones Centro, Costa Chica y Montaña de la entidad, en la última década. Así también se desarrollaron capacidades de servidores y servidoras públicas de los servicios de salud, con el objeto de asegurar y proporcionar servicios de calidad con enfoque de género e intercultural y se establecieron mecanismos de coordinación y cooperación entre dichos actores.

Esta experiencia de trabajo, ha sentado las bases de una renovada intervención entre gobierno y organizaciones sociales, basada en el reconocimiento recíproco como actores sustantivos y corresponsables del desarrollo local. Sin duda, esta experiencia requiere ampliarse y consolidarse para alcanzar mejores resultados y hacer efectivo los Objetivos del Desarrollo del Milenio y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Rosa María Gómez Saavedra
Titular de la Secretaría de la Mujer

“Nadie se muere por parir”...

Introducción

Este libro surge del interés de la administración de la Secretaría de la Mujer (2005-2011) del estado de Guerrero (SEMujer, Gro.) por dejar evidencia de una de las múltiples experiencias del trabajo institucional emprendido por esta institución, especialmente una iniciativa puesta en marcha para contrarrestar una de las problemáticas de género más trágicas y aún presente a inicios de la segunda década del siglo XXI: la muerte materna. Esta propuesta ciertamente fue estimulada por un contexto histórico, político y social que la favoreció. En los ámbitos internacional, nacional y estatal hubo un interés en este sentido, traducido en recursos presupuestales y estimulación de propuestas de ley que permitieron el desarrollo de programas incluyentes de género, tal como el *Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna*. En estos escenarios, la Secretaría de la Mujer se posicionó como facilitadora del proceso de transversalidad de la equidad de género. A pesar de que los indicadores de inequidad parecen inmovibles, con este programa quedan bases cimentadas para continuar haciendo acciones en favor de las mujeres que son potencialmente vulnerables a morir por causas relacionadas con la maternidad.

Uno de los retos fundamentales de todo gobierno es lograr la permanencia y la continuidad de las acciones emprendidas no sólo en el corto plazo, sino proyectadas de largo alcance. Una dificultad que enfrenta este gran reto es la necesidad de documentar de manera crítica y provechosa tales acciones. La exposición de los logros y los obstáculos, de las fortalezas y las inconveniencias de cada experiencia deben tomarse en cuenta en la puesta en marcha de políticas estatales en los subsecuentes periodos gubernamentales. El fracaso o éxito de una política, un programa o las acciones derivadas de éstos no siempre es resultado directo de los actores involucrados; sin embargo, los hacedores de la política pública

o aquellos que operan los programas tienen pocas posibilidades de documentar las vicisitudes y los éxitos, los retos y las inconsistencias que conlleva.

El libro *“Nadie se muere por parir”*. *Muerte materna en Guerrero. Un programa en perspectiva* tiene la intención de sistematizar la experiencia de la operación del Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna iniciado en el año 2005, auspiciado y conducido durante la administración de la SEMUJER, Gro. bajo la titularidad de la Profra. Rosa María Gómez Saavedra. La sistematización se logró a través del análisis de fuentes escritas y orales. Se recuperó información de múltiples documentos, informes, planes de trabajo y reportes administrativos que son destinados al término de cada administración gubernamental al “archivo muerto” institucional. Con el libro intentamos hacer accesible al público en general, los reportes de escritorio. De igual manera, este libro acerca valiosa información a aquellos interesados en la definición de políticas y acciones en favor de las mujeres. Para la vida académica resulta útil en tanto arroja datos pertinentes y actualizados acerca de un programa institucional, recuperando las oportunidades que éste ha ofrecido y las encrucijadas frente a las que se posiciona. El trabajo es documentado desde el enfoque de las relaciones de género, propuesta central de la teoría feminista. La conveniencia académica científica de un acercamiento con lupa hacia este programa, desde esta mirada, es valiosa.

En el curso de la exposición se intenta dejar atrás una mirada simple sobre el trabajo institucional reducido a la burocracia y a la falta de apoyos reales, más bien, queremos enfatizar dos asuntos: primero, el interés de quienes dirigen esta Secretaría y el equipo de trabajo. Un interés fundamentado en una historia personal, colectiva y profesional que permitió el impulso de las acciones conducidas a través del Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna. Segundo, el compromiso institucional reorientado en campos de acción donde la competencia normativa no lo permite, y sin embargo, es posible demostrar que el reto de arriesgarse más allá de las atribuciones y las responsabilidades legales da como resultado una experiencia satisfactoria para las mujeres beneficiadas por este programa.

Con la información aquí vertida dejamos huella del interés que la administración de la SEMUJER ha puesto para contribuir a resolver la problemática de la muerte

materna en Guerrero, particularmente en tres regiones que concentran los más altos índices de marginación y de decesos relacionados con la muerte materna en este estado: Costa Chica, La Montaña y Centro. Las acciones hechas y las limitaciones permitirán una evaluación institucional, social y académica sobre este proceso, útil para que las administraciones venideras definan los rumbos de su actuar y, sobre todo, para que programas tan importantes no decaigan en programas sexenales y coyunturales, donde las únicas afectadas serán las beneficiarias. Este trabajo constituye una herramienta para que las siguientes administraciones usen la información contenida en *“Nadie se muere por parir”*. ***Muerte materna en Guerrero. Un programa en perspectiva*** para la toma de decisiones, la evaluación de su impacto y la definición de su rumbo, su modificación o reorientación, como parte de un proceso de planeación, programación, presupuestación y evaluación, importante para toda administración, ese es el compromiso. Lo que se hizo, está hecho, ahora ¿qué falta construir?

Los resultados del programa no son visibles de manera inmediata, lo que sí podemos asegurar es que la intención de ponerlo en marcha y sus primeros pasos muestran que éste no sólo representó la simplicidad de entregar apoyos financieros simbólicos que paliaran temporalmente necesidades prácticas de género, sino respondió a vincular acciones que resolvieran intereses estratégicos de las mujeres beneficiadas a través de las diversas capacitaciones tendentes a generar conciencia sobre el ejercicio de sus derechos, de la necesidad de la educación, la necesidad de empoderarse, de empezar a tomar conciencia de su situación. Los testimonios así lo demuestran. Además de considerar elementos normativos/institucionales tomamos como plataforma la palabra de aquellas que han sido participes en la construcción de esta historia: las mujeres.

Las parteras, promotoras de salud, alfabetizadoras, traductoras y todas aquellas mujeres que han estado involucradas en este proceso, en cada uno de sus espacios cotidianos-inmediatos están tejiendo y enlazando las posibilidades del hoy y el mañana para evitar o prevenir que otras mujeres que enfrentan el riesgo de morir por causas prevenibles relacionadas con la muerte materna ya no ocurra más. El lema de la campaña *“Nunca más una muerte materna en Guerrero”* conjunta el esfuerzo orientado por las organizaciones de la sociedad civil para que, efectivamente, ninguna mujer guerrerense muera de esta manera. De hecho, la

alianza que la Secretaría de la Mujer estableció con las organizaciones sociales es, en gran parte, uno de los factores que contribuyó al buen rumbo del *Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna*. De ello, también en este libro se deja evidencia.

El libro se encuentra estructurado en cinco capítulos. En el primero se hace una revisión teórica de la integración de los componentes mujer, género y salud en los modelos de desarrollo. A través de la remembranza a las políticas de salud y de población dirigidas en México identificamos la función que las mujeres tuvieron en éstas y exponemos la importancia de los conceptos salud y derechos reproductivos. En el segundo capítulo exponemos la situación-problemática en términos de cifras de la muerte materna, las convenciones internacionales que han inducido el interés de los países para formular políticas y programas orientados a la prevención, la eliminación o la disminución de la muerte materna. Remarcamos el papel y la importancia de las organizaciones de la sociedad civil en la promoción, defensa y gestoría de la salud, específicamente, tal como ocurre en el estado de Guerrero, la relevancia de la sociedad civil en la prevención de la muerte materna. En el tercer capítulo abordamos el marco institucional donde el programa fue operado, su origen, antecedentes y las estrategias utilizados para su impacto. En el cuarto capítulo presentamos un perfil de las beneficiarias entrevistadas, en la segunda sección de dicho capítulo resulta importante la narrativa de los testimonios como fuente que reafirma el valor que las mujeres dan al programa. Finalmente, a manera de reflexión se sugieren algunas acciones útiles para dar continuidad al *Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna*.

I

El enfoque teórico: mujeres, género y salud

El movimiento de las mujeres, aunque formó parte de otros movimientos sociales, trató de definir sus estrategias propias de desarrollo para que la integración de ellas fuera parte del modelo general de desarrollo. Tales estrategias han sido dos: Mujeres en el Desarrollo (MED) y Género en el Desarrollo (GED) (Portocarrero, 1990; Moser, 1991; León, 1997). En particular, en el discurso sobre la salud, las proposiciones desarrollistas y de integración de las mujeres cobró especial importancia, debido a que, por un lado se creía que con la inclusión de las mujeres se garantizaría la reproducción biológica y la sobrevivencia de los hijos mediante los cuidados y la alimentación materna, y por otro, las mujeres serían un eficaz recurso para los programas y servicios de salud. En este caso, más que conseguir el cuidado de la salud de las mujeres como un derecho humano, éstas fueron consideradas medios para alcanzar la salud de la población y el desarrollo de este sector (De los Ríos, 1993).

1.1 Mujeres en el Desarrollo (MED) y Mujeres, Salud y Desarrollo (MSD).

La estrategia de MED se consideró a principios de los años setenta del siglo pasado por el Comité de Mujeres de la Sección en Washington, D.C. de la Sociedad para el Desarrollo Internacional. Su planteamiento general fue corregir los enfoques teóricos dominantes sobre el desarrollo y transformar el conocimiento en acciones que dieran por resultado programas de desarrollo efectivos y positivos para este grupo humano.

La estrategia de bienestar, una de las primeras promocionada a las mujeres, en particular mujeres pobres, apareció al finalizar la Primera Guerra Mundial y se enfocó a la atención de grupos vulnerables. La estrategia se reafirmó con las consecuencias de la Segunda Guerra Mundial con la intención de contribuir a la reconstrucción del mundo después de este conflicto. El enfoque de bienestar supuso tres cuestiones para las mujeres en este proceso de desarrollo: a) son seres pasivos,

(b) son consideradas en su papel de madres, resaltando la maternidad como esencia de su vida, y (c) debido a este rol de madres les corresponde la crianza y el cuidado de hijos e hijas y del resto de integrantes de la familia (Moser, 1991). Tal perspectiva indicaba que las mujeres eran exclusivamente reproductoras y no tanto productoras, sujetadas por su condición como madres y que esto las hacía vincularse directamente con espacios privados como el hogar y la familia. Los programas emergentes de la época en esta estrategia estuvieron dirigidos principalmente a poblaciones de refugiados, al combate a la desnutrición infantil y a los programas de salud materna-infantil y de planificación familiar.

En los primeros años de los setenta del siglo XX, las desigualdades entre hombres y mujeres dejan de ser vistas como un tema central. La situación económica mundial atravesaba una etapa crítica, el crecimiento de la pobreza se aceleraba y el deterioro de las condiciones de vida iba en aumento. Ante estos hechos, apareció el enfoque de satisfacción de necesidades básicas o estrategia anti-pobreza, cuyo planteamiento consistía en que “las condiciones desfavorables que exhibían las mujeres estaban ligadas más a la situación general de pobreza que a las relaciones de subordinación femenina” (De los Ríos, 1993:5). De esta manera la pretensión del enfoque fue dirigida hacia el diseño de proyectos productivos, o proyectos de generación de ingresos u opciones de empleo remunerado para las mujeres, que sin embargo sólo lograron extender y aumentar la jornada de trabajo doméstico femenino (Moser, 1991). Este enfoque siguió bajo la óptica del “integracionismo” a través de incorporar a las mujeres al trabajo remunerado, aunque este logro fue adoptado más como estrategia de sobrevivencia que como estrategia de igualdad entre los géneros. Desde esta mirada, la pobreza de las mujeres seguía siendo consecuencia del subdesarrollo y no de las relaciones de subordinación establecidas entre hombres y mujeres.

Hacia el año 1985 y a partir de la Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para las Mujeres en Nairobi se formuló el enfoque de la eficiencia. Esta nueva propuesta otorgó a la mujer un papel fundamental como gestora social y comunitaria, pero en la modalidad de trabajo voluntario que, por un lado, representó una estrategia de sobrevivencia y, por otro, redujo los gastos del Estado para programas de bienestar social. En muchos países el enfoque de la eficiencia ha sido una respuesta a las políticas de

ajuste estructural. El hecho que las mujeres participen productivamente (trabajo productivo y reproductivo) no supuso necesariamente la igualdad entre géneros.

En general, algunas limitaciones del enfoque de MED fueron:

- a) Si bien las mujeres llegaron a ocupar espacios públicos, no se logró involucrar a los hombres en los espacios privados, lo que significó que las actividades de las mujeres se multiplicaran.
- b) Se logró paulatinamente la participación de las mujeres en la vida pública, pero no se cuestionaron los modelos de desarrollo impuestos ni la división sexual del trabajo, ni las relaciones de poder al interior de ésta (De los Ríos, 1993).
- c) Además, los factores culturales, sociales y políticos no se relacionaron con los factores de carácter económico que mantenían a las mujeres en condiciones de desigualdad y subordinación frente a los varones.
- d) Tampoco se cuestionaron las relaciones de inequidad existentes ni las estructuras y contenidos de las instituciones sociales (escuela, iglesia y familia), y el sistema patriarcal.

En particular, en este modelo la integración de las mujeres respecto a la salud se sintetiza en los siguientes supuestos que componen el enfoque Mujer, Salud y Desarrollo (MSD):

Cuadro 1. Supuestos de la integración de las mujeres en la salud en el modelo MED.

Función	Supuestos
Función de madre	La mejora de la salud y nutrición de las mujeres significaría la mejora en la salud de sus descendientes y del grupo familiar – reproducción biológica–.
Función productiva	La mejora en la salud y nutrición de las mujeres (en su función de trabajadora) incrementaría su productividad en el trabajo.
Función de madre y función biológica y productiva	La disminución del número de hijos e hijas reduciría en las mujeres los riesgos reproductivos y además facilitarían su integración al trabajo.
Función reproductiva como cuidadora	Elevar el nivel educativo de las mujeres sobre aspectos de salud, nutrición y saneamiento mejoraría el nivel de salud de sus descendientes y de la comunidad.

Función reproductiva como socializadora	Modificar hábitos y prácticas de salud de las mujeres beneficiaría la salud de toda la sociedad.
Función como gestora comunal	Facilitar la participación de la comunidad y particularmente de las mujeres en la toma de decisiones lograría resultados más eficaces y eficientes en los programas de salud en general.

Fuente: Elaboración de las autoras con información de De los Ríos (1993:6).

Derivado de estas suposiciones, las políticas de desarrollo se fueron ajustando y priorizando, concretizando en algunos aspectos (De los Ríos, 1993:7):

1. La promoción y la protección de la salud de las mujeres, asociadas con el incremento de las oportunidades de empleo y de educación, con el fin de asegurar su bienestar y el de su familia.
2. La inclusión y la participación de las mujeres en las fases de planificación, toma de decisiones, ejecución y evaluación de los programas de salud en todos los niveles.
3. La utilización y oportunidades de promoción y superación de las mujeres trabajadoras del sector salud y los mecanismos administrativos para asegurar su integración en puestos directivos.
4. La creación y el mejoramiento de servicios para el cuidado de infantes de las mujeres trabajadoras.
5. La reducción de tasas de mortalidad materna y la reducción de la mortalidad por cáncer en las mujeres.
6. La reducción de los riesgos asociados con el trabajo y la salud mental.
7. La garantía de la accesibilidad a los servicios a las mujeres y que los mismos se orienten a satisfacer sus necesidades.

Con los planteamientos surgidos en Naibori se trató de apoyar estas intenciones, sin embargo, los resultados más bien obedecieron a una lógica impuesta por los modelos de desarrollo que a los propios objetivos de alcanzar la equidad entre hombres y mujeres.

1.2 Género en el Desarrollo (GED) y Género, Salud y Desarrollo (GSD).

Las estrategias que constituyen el planteamiento de GED han intentado reflexionar acerca de las causas que definen las relaciones de poder, de subordinación, de jerarquía y de inequidad entre los géneros, así como las circunstancias socioculturales y estructurales que han negado el acceso y el control de las mujeres sobre los recursos, los espacios y la toma de decisiones, considerando que en la complejidad de estas relaciones coexisten otros indicadores de desigualdad (la clase, la etnia, la edad, la preferencia sexual, la raza, entre otros).

El enfoque de la equidad surgió a partir del Año Internacional de la Mujer en 1975, bajo la influencia de los trabajos de Esther Boserup y de los planteamientos de la Enmienda Percy. Otros trabajos como los de Rae Blumberg, Mayra Buvinic y Caroline Moser fueron una guía importante en las políticas y programas de instituciones como el Banco Mundial, Naciones Unidas y otras agencias internacionales para el desarrollo, algunas de ellas participaron como expertas o asesoras, y usando estos canales, se construye la idea de que los programas de desarrollo y de salud debían contener un enfoque de género (González, 1999). Esta estrategia propuso la disminución de las desigualdades sociales, pretendiendo de esta manera mejorar las condiciones de vida para las mujeres a través de su participación directa en este proceso desarrollista; sin embargo, los modelos de desarrollo instrumentados en esa época, así como las causas de la discriminación y desigualdad hacia las mujeres no fueron ampliamente cuestionados. La intención fue “integrar a las mujeres al desarrollo” que correspondía a la meta del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer 1976-1985.

Independientemente de tales limitaciones, la perspectiva avanzó desmitificando que las asignaciones culturales estuvieran sostenidas por supuestos biológicos. A nivel internacional, un logro lo representó la Carta Magna de los Derechos de las Mujeres aprobada en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, y en el nivel regional el Comité Plenario de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe aprobó el Plan de Acción Regional sobre la Integración de las Mujer al Desarrollo Económico y Social de América Latina. Con estos eventos las mujeres logran reconocimiento considerando su función reproductora como también su participación en la vida productiva.

Hacia los años ochenta algunos trabajos de feministas debatieron la ineficacia de las anteriores estrategias de desarrollo, sumado a las críticas que mujeres de todo el mundo, y en particular aquellas planteadas por mujeres del sur. De esta manera, la formulación de la estrategia de generación de poder comenzó su propio rumbo. El término empoderamiento está vinculado con el concepto de educación popular, inicialmente es retomado en el año 1985 por la organización Alternativas de Desarrollo con Mujeres para una Nueva Era (MUDAR)¹.

El empoderamiento es definido como “el control sobre los bienes materiales, los recursos intelectuales y la ideología” (Batliwala, 1997:192). Significa el otorgamiento de poder o conceder a alguien el ejercicio del poder, potenciar o poderío, reconocer que las mujeres desde siempre han sostenido sus propios poderes aunque muchas veces estos fueran minimizados por los poderes masculinos. Los postulados teóricos de generación de poder para las mujeres (empoderamiento) señala Moser (1991), se asemejarían a las propuestas que emergieron en el enfoque de equidad, sin embargo, diferirían de éste en la forma como analiza y reflexiona sobre la condición de subordinación femenina y las estrategias para transformar la posición de las mujeres, colocando en duda dos supuestos: primero, aquél que dice que el desarrollo afecta por igual a hombres y mujeres y, segundo, el hecho de creer que las mujeres desean incorporarse a este tipo de desarrollo donde no hay alternativas de construir una sociedad partiendo de sus propias necesidades.

Algunos aportes centrales de Género en el Desarrollo han sido el hecho de considerar que las necesidades prácticas de género son base de apoyo para la resolución de intereses estratégicos, además de admitir la desigualdad social entre hombres y mujeres; y proponer la transformación de las estructuras de subordinación que oprimen a las mujeres a través del empoderamiento y sus significados.

Desde el enfoque de género y salud, la noción de salud como parte del desarrollo humano logró (De los Ríos, 1993:16):

- Replantear los supuestos integracionistas de las mujeres en la salud.
- Identificar y modificar las causas que estructuran las relaciones de poder/ subordinación y que colocan a las mujeres en una posición asimétrica de

¹ Sus siglas en inglés son DAWN (Development Alternatives with Woman for a New Era).

desventaja con el fin de acceder y controlar los recursos de atención a la salud para su propio beneficio.

- Identificar como problemas de salud, aquellos vinculados al género, asociados con la división sexual del trabajo.
- Reconocer que las formas de socialización diferencial por razones de valoraciones sociales privilegian a unos en detrimento de otras.
- Superar la noción de cuerpo femenino como máquina reproductora así como el énfasis en la causalidad orgánica y biologicista de las explicaciones de sus problemas.
- La ruptura con la medicalización de las funciones naturales de las mujeres y con el reduccionismo que psiquiatriza los fenómenos de orden social y cultural relacionados con la salud.

En el cuadro 2 se sintetizan las disimilitudes entre los enfoques de MED y GED respecto a la salud de las mujeres, en términos de objetivos, el problema, la meta, la solución y las estrategias.

Cuadro 2. Diferencias entre los enfoques de Mujer, Salud y Desarrollo (MSD) y Género, Salud y Desarrollo (GSD).

Características	Mujer, Salud y Desarrollo	Género, Salud y Desarrollo
Enfoque	Concibe los riesgos y daños a la salud de las mujeres como el problema. Se apoya en las funciones de las mujeres como socializadoras y a cargo del cuidado de la salud de hijos e hijas, la familia y la comunidad en su conjunto.	La salud como satisfactor de las necesidades humanas fundamentales; concibe las relaciones de poder-subordinación y la división sexual del trabajo como una causa de la asimetría entre los sexos en el ejercicio de derechos en salud.
Objetivo	Los programas y servicios de salud dirigidos a las mujeres como grupo aislado. Especial énfasis en la salud materna y en las funciones reproductivas tanto biológicas como sociales (cuidadora, socializadora, etcétera).	El análisis de las diferencias; asimetría en el acceso y uso de recursos y beneficios de la atención de salud. Las mujeres en su relación con el sistema de salud y consigo mismas, para demandar servicios y ampliar opciones de promoción, protección y mantenimiento de su salud.

“Nadie se muere por parir”...

El problema	Insuficiente cobertura y calidad de los servicios de salud para las mujeres, conocimientos de salud de las mujeres insuficientes para cumplir con eficacia sus funciones como cuidadoras de la salud de hijos e hijas, la familia y la comunidad.	Programas y servicios de salud que reproducen relaciones de poder/subordinación y estereotipos sexistas, y que desconocen las diferencias socialmente construidas y la posición de desventaja de las mujeres para ejercer el poder sobre su salud.
La meta	Mejorar la salud de las mujeres como inversión en capital humano. Garantizar la salud de su descendencia. Facilitar su inserción en el trabajo. Aumentar la eficiencia en el desempeño de sus funciones productivas y reproductivas tanto biológicas como sociales.	Reducir asimetrías y desbalance de poder en el acceso y uso de los recursos y beneficios de atención de salud. Desarrollar opciones y la autonomía de las mujeres para tomar decisiones sobre su vida, su cuerpo y su sexualidad.
La solución	Integrar a las mujeres a los programas de salud. Elevar sus niveles de conocimientos y prácticas de salud como cuidadoras y socializadoras.	Desarrollo de las mujeres como sujetos de derechos en salud, apropiación, por parte de las mujeres, del conocimiento e información sobre su salud. Valorización social y económica de la función reproductiva.
Estrategias	Entender la cobertura de servicios de salud dirigidos a las mujeres y mejorar la calidad; educación para la salud y participación social de las mujeres en función de la salud de hijos e hijas, la familia y la comunidad.	Facultar a las mujeres para la promoción, protección y autocuidado de su salud. Mecanismos de diálogo, concertación y negociación entre instituciones de salud y mujeres organizadas. Programas de servicios de salud con enfoque de género.

Fuente: De los Ríos (1993:17).

1.3 Las políticas de salud y de población en México.

En las primeras dos décadas del siglo pasado, el gobierno mexicano no formuló ningún tipo de política para detener o acrecentar al número de habitantes aunque ya en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 quedó establecido en el artículo 4 *el derecho a decidir de manera libre, responsable e*

informada sobre el espaciamiento de los hijos; además en los artículos 27 y 123 de la Constitución se formula ya una perspectiva poblacionista. Hasta el año 1930 no existía oficialmente una política poblacional. En el año 1936 se expidió la primera Ley de Población pero ya desde el año 1931 el aborto por ejemplo, había quedado penalizado. Guerra (1990) argumenta que esta última acción no debe considerarse como una política poblacional del Estado Mexicano.

En las primeras tres décadas del siglo XX y sobre todo a raíz de los conflictos armados subsecuentes a la Revolución Mexicana, se delinea una política poblacionista, en la cual el cuerpo femenino adquiere una importancia para la formulación de ésta, considerando el supuesto cultural que las mujeres por su propia naturaleza deben ser madres. Durante las décadas de los veinte a los cuarenta de este siglo, las mujeres se convierten en las principales receptoras de las acciones en este tenor. En consecuencia también a la presencia de dos problemas agudos que en esos momentos la población mexicana padecía: altos índices de desnutrición crónica y de mortalidad materna-infantil. Quedan conformadas las primeras instituciones de salud, las cuales durante los años 1921 a 1935 orientaron sus esfuerzos a legislar e institucionalizar los servicios sanitarios.

Si bien las mujeres se beneficiaron de este modelo de salud, ya que disminuyó la mortalidad materna y la esperanza de vida aumentó, también faltó información para determinar el impacto diferenciado entre hombres y mujeres en el acceso a estos servicios, además se desconoce con precisión si ellas participaron en la ejecución de acciones en materia de salud y si se les permitió hacer uso de sus conocimientos tradicionales (curanderas y parteras), y de la aplicación del saber curativo que realizaban al interior de sus hogares con el uso de plantas y hierbas.

La Ley de Población es emitida en el año 1936 y más tarde en el año 1947 se formularon algunas reformas, la tendencia de ésta se orientó a ampliar la base demográfica como premisa fundamental para alcanzar el desarrollo del país. Esta política abarcó el periodo de 1936 a 1965. Hacia fines de esa década surgen las primeras políticas antinatalistas apoyadas por recursos extranjeros, principalmente norteamericanos. Este momento, representa una segunda ola de la política de población interesada en frenar el crecimiento de ésta para alcanzar el desarrollo.

Esta situación ocasionó que el país se encontrara ante una paradoja, por una parte, el hecho de saber que para muchas familias el número de hijos e hijas

representaba mejores condiciones de vida y, por otra, la postura internacional que dictaba como medida para alcanzar un crecimiento económico el detener el aumento de las poblaciones. Independientemente de cada posición, las mujeres debieron continuar asumiendo un doble papel: reproductoras biológicas y sociales por un lado y, por otro, participar en las actividades agrícolas e industriales como mano de obra barata para lograr la anhelada autosuficiencia alimentaria (Velázquez, 1992).

En la década de los años sesenta surgen dos posturas ideológicas en torno al tema de la población. Por un lado, la visión desarrollista que alentaba la necesidad de controlar el crecimiento de la población para alcanzar el desarrollo económico y, por otro, la postura de la Iglesia que rechazaba cualquier medida natalista. Las políticas de control natal de esta época si bien trajeron consigo información, servicios médicos y cambios culturales positivos, también acarrearón medidas de imposición, de engaño y efectos negativos en los cuerpos de las mujeres (Espinosa, 2000). Desde el año 1965 y hasta el año 1982 la política de población en México dio un giro importante, derivado de las presiones de organismos internacionales (Fondo Monetario Internacional, Fondo de las Naciones Unidas para Asuntos de Población, Fundación Ford).

A partir de este momento se asumió que la planificación familiar se convertiría en un arma poderosa para erradicar las demandas y problemas sociales, y cimentar las bases para consolidar mayores posibilidades de bienestar social (Guerra, 1990). En el año 1976, la Secretaría de Salubridad y Asistencia inició el primer programa oficial de planificación familiar. A esta iniciativa le preceden dos eventos organizados internacionalmente, el primero ocurrió en el año 1974 en Bucarest al celebrarse la Conferencia Mundial de Población y el segundo en 1975 con la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer realizada en México donde el discurso consideró que el papel de las mujeres era importante y fundamental en todo este contexto.

El Estado mexicano adoptó el control de la tasa de crecimiento de la población y con ello el control hacia el cuerpo femenino suponiendo que con esto mediaba la demanda social de satisfactores básicos. Así, se buscó que las inversiones no fueran desviadas hacia el cumplimiento de estas necesidades sociales (gastos de bienestar social) y continuar hacia su destino productivista y lograr su meta numérica programada para el año 2000. Desde este momento la política de población para México supone dos estrategias para lograr el desarrollo del país, el control del aumento de la población por medio de la planificación familiar y la integración de

las mujeres a los programas de desarrollo nacional (Velázquez, 1992). Aunque ya en el año 1969 el gobierno mexicano comenzó a difundir su política de población. Una acción específica del gobierno de Echeverría fue la promulgación de la Ley del Seguro Social en el año 1973, que incluyó algunos artículos sobre los trabajadores agrícolas asalariados, posibilitando el acceso de numerosos grupos de campesinos, con ello se pretendió disminuir las desigualdades existentes.

En el año 1974 se emitió el Plan Nacional de Salud, del cual emergieron las acciones a realizar durante los periodos de 1974 a 1976 y de 1977 a 1983, durante estos diez años se trató de combatir los rezagos en materia de salud, se partió de reconocer la necesidad de focalizar programas de salud con un carácter educativo, preventivo y sanitario, al igual que se pretendió elevar el bienestar social de la población, la atención médica y sanitaria, y combatir no sólo los síntomas, sino las causas estructurales. Bajo tal concepción, las acciones hacia las zonas rurales se ampliaron a través del Plan Nacional Coordinado, logrando capacitar a quince mil parteras por todo el país. A raíz de estos argumentos se estableció el Plan de Acción Mundial donde México comenzó a participar a partir del año 1975 en varias reuniones sobre el tema, en ese mismo año se creó el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

Durante las administraciones de los sexenios de 1970 a 1976 y 1977 a 1982 los esfuerzos en materia de salud resultaron positivos, hubo tres aspectos a los que el gobierno les dio mayor importancia: la medicina preventiva, los programas de planificación familiar y la atención a los trabajadores rurales asalariados. Las mujeres fueron factor importante para la ejecución de las estrategias de acción en dos sentidos, tanto como promotoras de la práctica anticonceptiva como usuarias de los servicios. Sin embargo, como lo señala Velázquez (1992), los estudios que existen con relación a esta temática no contemplan la investigación para saber cómo y cuál fue el impacto de los programas de salud en este periodo, más bien se centraron en el análisis de la participación de las mujeres como auxiliares de la práctica médica (curanderas, parteras, etcétera). Debido a esta carencia fue imposible contar con un diagnóstico sobre las condiciones de salud de las mujeres y saber si hubo otras causas que influyeron negativamente (por ejemplo: la crisis agrícola).

En este momento se reconoció “el papel de la mujer rural como agente de salud familiar y comunitaria, es central en el proceso de prevención de enfermedades” (Velázquez, 1992:125) por eso de la creación del Programa de

Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud y Medio Rural y Suburbano (PEC) y el Programa Comunitario Rural (PCR) aunque desafortunadamente las mujeres no recibieron un apoyo integral para cumplir esta función. A efecto de coordinar los programas de planificación familiar se creó la Comisión Interinstitucional de Salud Materna-Infantil y Planificación Familiar de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en el año 1977 (González, 1999). Correspondió el liderazgo en acciones de planificación familiar al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Durante la época de los setenta, ocurrieron algunos acontecimientos que marcaron un paso importante en las cuestiones de los derechos reproductivos. En primer lugar se modificó la Ley General de Población la cual durante las décadas de los treinta y cuarenta mantuvo un carácter pronatalista, incorporándose el derecho a decidir sobre la reproducción y el acceso a medios para regular la fecundidad. Posteriormente, fue modificado el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos, que prohibía el uso de métodos anticonceptivos y un tercer suceso se dio al desarrollarse los programas institucionales de planificación familiar en donde las mujeres se vuelven población objetivo.

Hacia las décadas de los ochenta y noventa, en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 se definió una postura ideológica del Estado acerca de la población. La principal estrategia y discurso de la política, supone que la amplitud numérica de la población retrasa el desarrollo económico y disminuye el nivel de vida de los habitantes (Guerra, 1990). Desde esta óptica, el acelerado aumento de la población es responsable de los diversos problemas sociales -desempleo, contaminación, carencia de viviendas, servicios, etcétera- bajo esto la puesta en marcha de la política de población es justificada. El Estado mexicano apoyó así la premisa de que si hay exceso de población, hay entonces retraso en el desarrollo y la mejor solución y menos costosa es reprimir este crecimiento. Por tanto será mejor que las mujeres se “abstenga[n] de tener hijos [pues así] habrá riqueza para todos y alcanzarán el desarrollo” (Guerra, 1990:23). El Estado determinó que era más fácil y adecuado disminuir el crecimiento poblacional que afectar los intereses de unos pocos y hacer que los recursos alcancen para todos. Este plan contempló todo un conjunto de objetivos y estrategias para mejorar el nivel de salud de la población mexicana. Uno de los principales obstáculos a los que se enfrentó fue la crisis

económica del país y las políticas de ajuste de la época, por lo que se hizo imposible alcanzar los propósitos y, en consecuencia, sólo se trató de mantener y conservar lo que hasta entonces se había logrado. De esta manera la política de salud se encaminó hacia tres aspectos centrales: la descentralización de los servicios, el establecimiento del Sistema Nacional de Salud y la inclusión prioritaria de acciones dirigidas al nivel preventivo impulsando la participación comunitaria.

Por su parte, el Plan Nacional de Población 1984-1988 se estructuró por siete programas operativos. Los objetivos y metas contenían elementos para reforzar el sentido de la política de población regulada por el Estado. En tanto, la política de Planificación Familiar desarrollada durante el período de 1982 a 1986 se caracterizó por tres cuestiones: la forma de operar y ejecutar los servicios públicos de salud, el perfil de utilización de métodos anticonceptivos y la postura que asumió la sociedad civil y los partidos políticos sobre este asunto. El primero como se ha señalado utilizó una manera persuasiva para imponer una conducta reproductiva a ciertos grupos de población y salvaguardar los intereses hegemónicos de un sistema que trajo consigo ciertas implicaciones que afectaron directamente a las mujeres. Sobre el segundo, de acuerdo a los estudios que se han realizado para identificar el tipo de métodos que eran usados no se ha encontrado alguna diferencia en cuanto a la elección de uno o de otro según el tamaño de la población, lo que se ha comprobado es que hay una marcada diferencia según la escolaridad de las usuarias y lo importante de esto se encuentra en que la mayoría de mujeres de zonas rurales en México tienen niveles de educación bajos. Y respecto al tercero, sabemos que hubo posturas encontradas e incluso antagónicas entre partidos políticos, iglesia, y los nuevos grupos organizados de la sociedad civil. En este contexto no se reconoció que en tanto la política de población no vaya acompañada de acciones económicas en beneficio de causas sociales, ésta no surtirá efectos positivos para la población.

En el año 1996 se conformó el Programa de Reforma del Sector Salud que anunció un carácter restrictivo y una tendencia lucrativa de los servicios de salud y asistenciales, lo cual indudablemente afectaría a las poblaciones más vulnerables –pobres, mujeres, senectos, indígenas, etcétera. En el caso específico de la política indigenista aunque está ha mantenido su propia lógica y dinámica es parte de una política social nacional (Martínez y Sarmiento, 1996). Los intentos para formular una política indígena son recientes, en menos de una década se han logrado

encaminar propuestas hacia una cultura de la pluralidad y del respeto a la diversidad y a la tolerancia. En el año 1936 el gobierno mexicano constituyó el Departamento Autónomo de Asuntos Indígenas y para el año 1940 se celebró el primer Congreso Indigenista Interamericano, donde se reconoció la dignidad de los pueblos indígenas. En el año 1948 se creó el Instituto Nacional Indigenista (INI). Las primeras iniciativas para este sector estuvieron orientadas a una política fundamentalmente educativa. Para el año 1951 se fundó el primer Centro Coordinador Indigenista y es a partir del año 1975 que se aprobó en el marco del Primer Congreso de Indígenas en México ampliar estos centros a 10 por cada año. Durante esta época se mantuvo una visión culturalista que privilegiaba el uso de la lengua indígena, integrando programas como la educación bilingüe-bicultural y el desarrollo rural integral. Más tarde, fue sustituida por un enfoque culturalista-productivista que se apoyó en el Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados (COPLAMAR), en años subsecuentes, las iniciativas con distintos enfoques –integracionista, marginalista, etnodesarrollo– mantendrían la idea de atención hacia la población indígena como un instrumento del Estado que trataba de sostener un proyecto de nación fundado en un pacto social.

Hacia las décadas de los setenta y ochenta del siglo pasado surgió un movimiento social intelectual indigenista y con éste una serie de postulados ideológicos en torno a lo indio; sin embargo, hasta el año 1992 con la reforma del Artículo 4° Constitucional se reconoció el carácter pluricultural de la Nación y se da pauta a un debate sobre lo indígena considerando factores políticos, de derechos y de bienestar humano. Más tarde, en el año 2001 con las reformas constitucionales, en el Artículo 2° se establece que: “son comunidades integrantes de un pueblo indígena, aquellas que formen una unidad social, económica y cultural, asentadas en un territorio y que reconocen autoridades propias de acuerdo con sus usos y costumbres”. En el año 2003 se creó la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI).

En la primera década del siglo XXI, la institucionalización de la problemática indígena estuvo dirigida a integrar a los pueblos indígenas a la vida social, económica, política y cultural nacional, de ahí la formulación del Programa Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (PNDP) integrado al Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 y la creación del Consejo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (De la Peña, 2000). En la estrategia global del modelo neoliberal, las opciones han sido definidas en políticas sociales selectivas considerando una

distribución geográfica específica (por ejemplo: zonas indígenas, cinturones de miseria, y los más pobres del campo) orientadas principalmente hacia el empleo, la educación y la prevención de la salud, dejando del lado la óptica de una política social con cobertura universal y amplia. Este tipo de políticas se ha traducido en programas de focalización contra la pobreza, legitimados sobre todo por un criterio político (Montemayor, 2000; Martínez y Sarmiento, 1996).

En materia de salud y de población, las mujeres indígenas, al igual que el resto de las mujeres mexicanas fueron objetivo de la política demográfica y de las acciones de planificación, particularmente las indígenas como lo señala Velázquez (1992:142) “en ningún momento fueron consideradas en tanto su condición de campesinas, indígenas y mujeres viéndose sujetas a una triple opresión”. El Instituto Mexicano del Seguro Social instrumentó algunas acciones de salud dirigidas a las zonas rurales marginadas del país promoviendo el uso de métodos definitivos. Señala Velázquez (1992) que dicha institución aplicó el sesenta por ciento de las operaciones de esterilización femenina. Esta autora agrega: “la política de población a lo largo de los ochenta no consideró... la importancia que los factores culturales adquieren en el uso o no de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres del campo, así como los beneficios reales que dichas prácticas le pueden o no reportar a la población femenina rural” (1992:199).

En el año 1993 nace la Dirección General de Salud Reproductiva y Planificación Familiar y en el documento *Prioridades en Salud Reproductiva* se precisa el discurso oficial sobre la salud reproductiva, el cual no muestra modificaciones importantes respecto al discurso previo sobre planificación familiar, las propuestas más amplias sobre este tema aparecieron después de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en el año 1994 y posteriormente la de Beijing; sin embargo, las respuestas institucionales continuaron siendo incipientes, aunque a partir de esos importantes eventos, empezaron a ser monitoreados por organismos emergentes en la sociedad civil (González, 1999; Salas, 2001).

1.4 El enfoque de salud reproductiva.

Las etapas que anteceden al concepto de salud reproductiva determinan la necesidad de vincular lazos entre la investigación biomédica y la salud pública para comprender el proceso de salud-enfermedad de forma integrada. La planificación familiar y la

salud materna infantil marcan el inicio en la reflexión sobre las cuestiones de la reproducción humana y sus implicaciones hacia la salud de las mujeres. En los programas de planificación familiar se privilegió el uso de métodos anticonceptivos como medio de control del crecimiento de la población, adoptando la postura ideológica del agente institucional. Durante los años sesenta se llevaron a cabo dos acciones importantes, por un lado los esfuerzos se encaminaron a regular el crecimiento demográfico por medio de la planificación familiar y, por otro, a lograr la aceptación de métodos anticonceptivos para mejorar la salud materna infantil.

La planificación familiar debería ser considerada una vía para mejorar el estatus de las mujeres en la sociedad y un recurso para controlar la fecundidad y su propio cuerpo, sin embargo, ésta solamente fue utilizada como mecanismo coercitivo cuyo fin era el control demográfico (Langer y Romero, 1995). Esto condujo a que las opciones anticonceptivas fueran definidas por las prioridades de los programas y las instituciones más que por las características y necesidades de la población, denotando un carácter clasista y sexista (Figueroa, 1995). Algunas tendencias sociales y culturales expusieron lo obsoleto de la planificación familiar, entre los cuales se encuentran:

- a) El modelo tradicional de familia fue rebasado por otras formas de asociación sexual y nuevos tipos de familias, de esta manera el matrimonio tradicional a quien se dirigían las prácticas de control de la sexualidad dejaron de operar (Careaga, 1996).
- b) La proclamación de diversos movimientos feministas y de organismos de la sociedad civil en defensa del derecho a la maternidad libremente elegida, al margen de pautas matrimoniales.
- c) La implantación de pautas de mayor libertad sexual.

Bajo estas pautas sociales, surge el enfoque de Salud Materna Infantil con el propósito de poner al alcance de las mujeres los medios para mejorar su salud y la de sus hijos e hijas, aunque como señalan Salles y Tuirán (1995) sólo fue una condición para lograr la aceptabilidad de parte de las mujeres sobre las prácticas anticonceptivas. El término Salud Materna Infantil hizo referencia a problemas de las mujeres pero como paridoras por lo que se le relaciona directamente con situaciones biológicas particulares como el embarazo, el parto, el puerperio o sobre situaciones que prevengan los nacimientos a través de la planificación familiar, y

todo aquello relacionado con la función de las mujeres como reproductoras biológicas. El cuidado de la salud femenina se consideraba sólo porque a través de su cuerpo se controlaba el crecimiento de la población y se proveía directamente de mejores condiciones de salud para sus hijos e hijas (Langer y Romero, 1995). Este enfoque tuvo algunos inconvenientes, uno de los cuales fue el hecho de considerar que la salud de las mujeres era el medio para lograr la salud infantil, por consecuencia sólo tomó en cuenta a mujeres embarazadas o con intención de estarlo y a infantes menores de cinco años, dejando fuera de atención a mujeres que no fueran madres o no desearan serlo, y al resto de otros grupos de población.

El paso de Salud Materna Infantil a Salud Reproductiva estuvo acompañado de dos eventos importantes, uno de carácter internacional al reconocerse el periodo de 1985-1995 como la Década de la Mujer y otro de tipo nacional, al promulgarse en el año 1987 la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos. Esta última estrategia evidenció el costo que para las mujeres significaba cumplir con su función social reproductiva y reconoció que la causa de la morbi-mortalidad materna estaba enraizada en la posición social subordinada que ocupan las mujeres en la estructura social. Desde este enfoque la anticoncepción era la vía para alcanzar la salud materna y disminuir la mortalidad al reducirse el número de embarazos de alto riesgo. Sin embargo, al igual que Salud Materna Infantil las acciones continuaron dirigiéndose a mujeres embarazadas o que desearan estarlo. Hay que decir que esta Iniciativa tuvo como logro el reconocimiento de la atención obstétrica universal y de calidad para todas las mujeres como un derecho.

Estos enfoques estrechos y parciales, poco a poco fueron cobrando una dimensión más amplia, derivado de distintas circunstancias como fue: a) el hecho de que las mujeres comenzaron a reclamar el derecho de salud para todas y no sólo para las futuras madres, b) el aumento de infecciones de transmisión sexual, c) la aparición epidémica del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), d) el crecimiento de la población juvenil que demandaba servicios específicos y, e) la ausencia de hombres como población objetivo de dichos programas.

Durante la década de los ochenta, el enfoque de salud reproductiva cobró gran apogeo impulsado por diversas posturas ideológicas emanadas de distintos movimientos sociales. Sus contenidos iniciales principales fueron: el derecho de todo ser humano para regular su fecundidad, el derecho a comprender y disfrutar

su sexualidad y el derecho de estar libre de alguna enfermedad vinculada con su sexualidad y reproducción. El enfoque de salud reproductiva permitiría cuestionar y replantear el arcaico discurso “controlista” cuya base era el control de la fecundidad (Salles y Tuirán, 1995).

Desde esta mirada se reconocen las limitaciones del modelo de planificación familiar, cuyos programas han sido caracterizados por contener un sesgo ideológico y normativo, en virtud de que ve la presencia de una familia conyugal y en ella a las mujeres como protagonistas del instrumento anticonceptivo. Contrariamente, esta óptica involucra a los varones y a las mujeres no solamente como objetos de las prácticas anticonceptivas sino como tomadores de decisiones sobre su propio cuerpo (Careaga, 1996).

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en el año 1994 se abrió un camino hacia una nueva visión a un nivel mundial sobre el concepto de salud reproductiva. En este encuentro se define que la salud reproductiva es:

Un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos (Alcalá, 1994:12).

Este concepto propuesto internacionalmente permitió considerar de manera holística, todo aquello que tiene que ver con la sexualidad y la reproducción, desde las relaciones sexuales, la concepción, el embarazo, el alumbramiento y la crianza de hijos e hijas (Figueroa, 1995). De esta manera se reconocen los vínculos de cuatro dimensiones: la salud, la sexualidad, la reproducción y los derechos de cada persona, todos éstos no sólo como propiedades de un solo individuo sino también de su descendencia (Reyes et al., 2001). Recordemos que precedentemente a esta conceptualización, la Organización Mundial de la Salud (OMS) utilizó un concepto muy general, vago en su definición, ahistórico y fuertemente vinculado a las tesis desarrollistas. Frente a esta definición, el panorama complejo de proceso de salud-

enfermedad se restringía a una visión estrecha de que la salud era exclusivamente la ausencia de enfermedad o el tratamiento de ésta, mientras que, desde la óptica de la salud reproductiva, la salud tiene que ver con un completo estado de bienestar humano.

Desde esta proposición se reconoce que hay ciertos fenómenos que ‘tienen que ver con’ pero que ‘no son’ la salud reproductiva. Para ello fue necesario reconocer las articulaciones entre las situaciones o factores problema (con carácter social, económico, biológico y político) (Brachet, 1995). Salles y Tuirán (1995) al respecto refieren que existen principales determinantes de algunos problemas de salud reproductiva, por ejemplo: la mortalidad materna, la morbilidad ginecológica y obstétrica, el aborto, la infertilidad y las infecciones de transmisión sexual, como también hay otros determinantes no próximos que están relacionados con procesos sociales, culturales y políticos, por ejemplo: condiciones materiales y humanas en que se reproducen las personas, percepción sobre la sexualidad, sistemas de violencia, relaciones de inequidad entre géneros, y desigualdad social. La definición de salud reproductiva rebasa el enfoque biomédico el cual se centra particularmente en la cuestión de la enfermedad y no en lo que ocurre en el sujeto que la padece, esta nueva visión centra su atención en la persona como sujeto y no como objeto de las prácticas médicas (Reyes et al., 2001).

Este concepto de salud reproductiva reconoció por primera vez no solamente el derecho a la planificación familiar, sino también el derecho universal a la salud sexual y reproductiva, y el sentido amplio de los derechos reproductivos. El término salud reproductiva implica derechos y libertades al respecto, al mismo tiempo que supone una dimensión que va más allá del cumplimiento del derecho individual. Figueroa (1995:17) precisa que los derechos reproductivos son aquellos que permiten a “toda persona de participar en la construcción de su entorno reproductivo; ello se deriva de una capacidad en cuanto a ser humano de moldear, transformar y construir el contexto en el que se vive, del que se es parte y a la vez autor”.

Cervantes (1996) considera que los derechos reproductivos, traen consigo tres tipos de decisiones: 1) tener o no descendencia y cuántos; 2) cuándo tenerla y 3) el tipo de anticonceptivo a utilizar o no para controlar la fecundidad. Cook y Plata (1993) citadas por Figueroa (1995) señalan tres etapas en el desarrollo y estructuración de la defensa de los derechos reproductivos. La primera arranca con el movimiento de planificación familiar que trató de rebasar las condicionantes

legales, culturales y religiosas que limitaban a los individuos a recurrir a medios para controlar su fecundidad. La segunda, concretamente con la denominación de salud reproductiva. Aquí no sólo se supone que debe haber control de la fecundidad no deseada sino libertad para reproducirse, regular la fecundidad y practicar y disfrutar las relaciones sexuales. Y la tercera, con la integración del empoderamiento de las mujeres y/o la construcción del proceso de adquisición de poder por parte de las mujeres, incluyendo su autodeterminación reproductiva.

El empoderamiento es factor sustancial para la vida de las mujeres pues posibilita la adquisición y el ejercicio de los derechos reproductivos fundamentales (Figuroa, 1995; León, 1997). Dotar de servicios o de infraestructura de mayor y mejor calidad no es suficiente sino se reconocen las relaciones de inequidad estructurales que impiden a las mujeres acudir a éstos (De los Ríos, 1993; Moser, 1991). Las relaciones de inequidad en el acceso y control de los recursos se encuentran sustentadas en un sistema de poder que limita su autonomía, debilita su participación en la toma de decisiones y condiciona su capacidad de agencia haciendo su situación de vida más difícil que al resto de los marginados. Desde la óptica de la salud reproductiva debe replantearse la posición desigual que ocupan las mujeres en la sociedad y en el acceso a los servicios de salud. El empoderamiento no sería exclusivamente para las decisiones reproductivas, sino en todas aquellas que incluyan la reproducción social; el empoderamiento de las mujeres permitirá potenciar su capacidad de decidir sobre su propio cuerpo y además sobre otras áreas que promuevan su “individuación” (Zapata y Halperin, 1998).

Los derechos reproductivos y sexuales rebasan lo biológico, incluyen ámbitos institucionales, políticos y culturales, comprenden el respeto a la libertad sexual y de procreación y la disponibilidad de los medios para hacer efectivos este derecho no solo en el momento mismo sino de largo alcance (Salles y Tuirán, 1995). La mortalidad materna representa indudablemente una violación a los derechos reproductivos y refleja las disparidades entre grupos sociales, entre regiones y entre países (Uribe et al., 2009). El tesón de la muerte materna por causas que pudieran evitarse es una expresión de las desigualdades de género, de condición étnica y de situación económica construidas en los planos local y estructural, individual y colectivo (Meneses, 2009).

II

La problemática: muerte materna

La muerte materna se asocia irremediamente a situaciones de desigualdad social y diferencias genéricas. La atención de la salud hacia las mujeres se determina por distintos factores multicausales. Los valores y normas culturales y sociales fomentan patrones de conducta que pueden traer consecuencias altamente peligrosas para la vida de las mujeres y de su descendencia (embarazos a edad temprana, gran número de hijos con poco espaciamiento entre ellos, violencia de género, entre otros). Además, el riesgo de morir también es inducido por otros factores que se encuentran directamente vinculados a situaciones de pobreza en su nivel máximo tales como la falta de cuidados especializados antes, durante y después del embarazo, la falta de información y educación para la salud, la falta de infraestructura, la falta de servicios institucionales de salud que se hacen difíciles por distancia, transporte, costo y calidad, las condiciones de vida paupérrimas, los hábitos alimenticios deficientes, la presencia de enfermedades y condiciones insalubres, los niveles mínimos de educación, entre muchos otros. Las causas determinantes de la muerte materna se enraízan en situaciones de inequidad genérica. Estas situaciones atraviesan diversos ámbitos de la vida social, incluyendo los espacios institucionales orientados a la atención de la salud. Las muertes ocurridas en mujeres relacionadas con la maternidad o muerte materna son prueba de la ineficiencia e insuficiencia del sistema de salud (Meneses, 2010; Meneses, 2009; Meléndez, 2007; Bissell, 2009).

La calidad en la alimentación, una vivienda digna, contar con vestido y niveles de educación adecuados son factores que marcan la posibilidad de morir o de vivir (Meneses, 2009; Bissell, 2009). Aunque también, en la sociedad, el conjunto de valores, conductas y comportamientos exigidos a cada género –atributos o cualidades de género–, induce el riesgo de morir. La presencia de una división sexual del trabajo, de estructuras jerárquicas a la par de la presencia de pautas

culturales y costumbres arraigadas en un sistema local que controlan la sexualidad (inicio temprano de la vida sexual, normas matrimoniales, conductas y comportamientos femeninos y masculinos, etcétera), se traducen en relaciones de inequidad genérica. Elú de Leñero (1992:6) precisa:

Es indiscutible que la capacidad de gestar y parir son características biológicas de las mujeres; no presentes en los varones, sin embargo, la maternidad, las modalidades en que se produce, los intereses a los que responde, sus potencialidades de poder social y familiar, las contradicciones con que se maneja, etcétera, son creaciones culturales.

El cuidado y la atención oportuna y conveniente de la salud reproductiva de las mujeres dependen básicamente de la clase, el grupo o el estrato social a la que pertenecen, y de la representación cultural e ideológica dominante en cómo se concibe la identidad femenina y la maternidad. Formar parte de una clase, grupo o estrato social determinado influye en las formas y oportunidades de vivir o de sobrevivir (Elú de Leñero, 1992). El comportamiento reproductivo de las mujeres, especialmente de las mujeres indígenas, responde a normas culturales que prevalecen en los diferentes grupos sociales del país (Chavéz et al., 2007). Las muertes maternas traen consigo algunas consecuencias sociales tales como la desprotección de los hijos y el desequilibrio económico que obliga a una reestructuración de las funciones de cada uno de los integrantes de una familia, orillando, casi siempre, a otras mujeres (hijas principalmente) a abandonar sus actividades para reemplazar las funciones de las madres (Elú de Leñero, 1975). Frente a esta compleja problemática, enseguida daremos cuenta del tipo de disposiciones internacionales y nacionales que han sido emprendidas en el marco de una política de salud, orientada específicamente a la prevención y erradicación de la muerte materna.

2.1 Las intervenciones institucionales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la mortalidad materna como *la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales.*

Este problema representa una de las manifestaciones más lacerantes de la injusticia social, y del establecimiento de relaciones de inequidad y desigualdad de género (Díaz, 2010; Meléndez, 2007; Castañeda, 2010).

En el año 2000, el gobierno de México y otros 188 Estados miembros de las Naciones Unidas establecieron el compromiso de lograr los Ocho Objetivos del Desarrollo del Milenio. El objetivo 5 estableció la meta de *Mejorar la salud materna y reducir la mortalidad materna en un 75 por ciento para el año 2015 respecto de los niveles de 1990* (INMUJERES, 2005). Para México alcanzar este objetivo significaría obtener una razón de mortalidad materna (RMM) de 22 muertes por cada 100 mil nacidos vivos para el año 2015. Desafortunadamente, México sólo había logrado entre el año 1990 al 2005 un descenso de casi 29 por ciento, en años recientes tal disminución se ha estancado, sobre todo en los estados del sur.

En la Cumbre del Milenio celebrada en el año 2005 con el fin dar seguimiento a los compromisos y reflexionar en torno a los primeros cinco años de las Metas del Milenio, se acordó agregar a la meta bajo el resguardo del Objetivo 5 “lograr que en el año 2015 sea una realidad el acceso universal a la salud reproductiva”, intención que ratifica que la carencia o el real acceso a servicios de salud reproductiva hacen una diferencia sustantiva en ampliar las posibilidades de disminuir la mortalidad materna. Esta nueva consigna reforzó las acciones integrales planteadas en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, 1994 (Díaz, 2010).

Dos años más tarde, para conmemorar los 20 años de la Iniciativa por una Maternidad Sin Riesgos y renovar el apoyo para esta crisis mundial que aún no ha sido resuelta se llevó a cabo la *Conferencia Mundial Las Mujeres Dan Vida* realizada en Londres (2007). A este evento asistieron líderes, prestadores de servicios de salud, activistas, mujeres, jóvenes y familias afectadas por la muerte materna en todo el mundo. El propósito fue generar un mayor compromiso político y financiero para la promoción de la salud materna, al mismo tiempo que se construyeron otras plataformas importantes de concientización y acción en el combate a esta problemática. Se hizo hincapié en las estrategias que para tal fin son necesarias: acceso universal y gratuito a métodos de planificación familiar, anticoncepción de emergencia y aborto seguro; acceso pleno y universal a la atención calificada del embarazo, parto y puerperio, y acceso oportuno e irrestricto

a la atención obstétrica de emergencia. Se reconoció que aunque estas estrategias ya están ampliamente reconocidas y consensuadas, aún hace falta un mayor impacto (Castañeda, 2010; Bissell, 2009; Díaz, 2010).

En esta Conferencia a través de la Iniciativa Las Mujeres Dan Vida se formularon nuevas estrategias para renovar el compromiso internacional, centrando la atención en la conexión crítica que existe entre la salud de las mujeres, sus derechos, la educación y la reducción de la pobreza. Tal Iniciativa además pretende alentar a los gobiernos a integrar la salud y los derechos de las mujeres en los planes y estrategias nacionales; iniciar una campaña para que los sectores privado y público contribuyan con mayores recursos, y persuadir a la comunidad internacional para que utilice la salud de las mujeres, madres y bebés como un indicador clave de la salud de todas las naciones. Esta Iniciativa generó un nuevo camino para alcanzar el Objetivo 5 de las Metas del Milenio centrado en tres pilares: la planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva; la atención calificada durante e inmediatamente después del embarazo; y la atención obstétrica de emergencia cuando existan complicaciones que pongan en riesgo la vida de las mujeres o de su descendencia (Castañeda, 2010; Bissell, 2009; Díaz, 2010).

Las respuestas nacionales frente a estas consignas mundiales han sido diversas. A nivel nacional desde el año 2006, la política principal ha sido dirigida a reducir la muerte materna. La Secretaría de Salud como cabeza de sector ha mantenido la intención de fortalecer la red de servicios de salud con el objetivo de asegurar a las mujeres el acceso a servicios de atención médica preventiva, básica y hospitalaria, así como de garantizarles que puedan transitar oportunamente de un nivel de atención a otro de mayor complejidad, para prevenir complicaciones durante su embarazo, parto y post parto, y a ser atendidas en los servicios de urgencias obstétricas y evitar la muerte. El compromiso institucional de este sector ha tratado de identificar regiones con carencia de servicios de atención de urgencias obstétricas, capacitar al personal de salud de las unidades médicas existentes y proporcionar los insumos y equipo necesarios. Estos servicios se engloban en la denominación de Red de Atención de Emergencia Obstétrica (Castañeda, 2010). Sin embargo, los impactos y los resultados de tales acciones todavía no muestran signos positivos para la disminución de la muerte materna.

En el Plan Nacional de Salud (PND) 2007-2012 se ubicó a la mortalidad materna como un problema de salud prioritario y se estableció en la Meta 2.1 *disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano* (Díaz, 2010). Una propuesta que emerge en este plan para reducir las desigualdades en los servicios de salud son las intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables. Sin embargo, a pesar del carácter focalizado de los programas hacia esta problemática, no se cuenta con techo financiero propio, situación que se convierte en un mecanismo limitativo para el fortalecimiento de los servicios sanitarios y la prevención de la mortalidad materna. Si bien, como lo menciona Díaz (2010) el gasto etiquetado en salud reproductiva ha ido en aumento, los recursos se están concentrando en acciones orientadas por el Programa de Seguro Popular, en detrimento de acciones específicas pro la maternidad sana y segura.

La primera estrategia propuesta para lograr el objetivo precisado en dicho plan es la promoción de la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, así como la prevención contra enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, y otras enfermedades asociadas al rezago social. Este documento de política pública en materia de salud reconoce que la mortalidad materna, así como la morbilidad asociada a sus factores determinantes, constituyen un grave problema de salud pública que revela las profundas inequidades en las condiciones de vida, señala, además, que para combatir esta problemática se requiere acceso a la atención (médica) rápida y eficaz en caso de urgencia (obstétrica), y se reconoce la responsabilidad que tienen los sistemas de salud en ésta (Díaz, 2010; Meneses, 2010).

En el año 2008 las acciones tendentes a reducir la mortalidad materna se encaminaron a la reorganización de redes de servicios en redes de atención de urgencias obstétricas, la capacitación del personal de salud para elevar su competencia médica, la concentración de acciones y recursos en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano del país y la identificación de zonas con falta de cobertura en atención de urgencia obstétrica para establecer planes locales; sin embargo, la operatividad de estas estrategias aún son incipientes (Castañeda, 2010).

Otra iniciativa institucional federal más reciente es la constitución de la *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna*

en México, publicada el 28 de mayo del año 2009 bajo la coordinación de la Secretaría de Salud, formulada con el objetivo de brindar atención universal en complicaciones del embarazo y promover una cultura de prevención de riesgos y de autocuidado de la salud entre las mujeres embarazadas. Si bien, esta estrategia representa un avance en materia de política pública en salud materna, aún no se puede medir su impacto (Díaz, 2010). Otros programas alternos instrumentados para la prevención, la atención y la disminución de la muerte materna han sido los programas federales Arranca parejo en la vida, Embarazo Saludable, el Seguro Popular con 20 intervenciones de atención a la salud materna-infantil, Oportunidades, Convenio General de Colaboración entre la SSA, IMSS e ISSSTE para la atención de la emergencia obstétrica, y Planificación Familiar y Anticoncepción.

2.2 La muerte materna en cifras.

A nivel mundial, de acuerdo con datos emitidos en el *Informe sobre la Salud Mundial 2005* de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ocurren cada año 529 mil defunciones maternas, y más de mil en México. La mortalidad materna es un indicador del desarrollo social y sanitario de un país. Disminuir los índices de esta problemática requiere recursos y servicios oportunos para la atención obstétrica de emergencia. Este patrón de ocurrencia varía según diferencias regionales, de las más de medio millón de muertes maternas que suceden cada año en el mundo solamente el uno por ciento de ellas ocurren en países ricos (Díaz, s/f). En México la RMM es cinco veces mayor a la de países industrializados (CIMAC, 2 de septiembre, 2010). En América Latina y el Caribe se calcula que mueren más de 23 mil mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, con una razón global de muerte materna de 190 por cada 100 mil nacidos vivos. Tales diferencias regionales reflejan la inequidad de acceso a los servicios, los elevados costos o su escasa calidad; elementos determinantes del bienestar social e individual (Uribe et al., 2009). Registros para el año 2006 precisan que México se coloca por arriba de otros países de la región latinoamericana con un 82.0 RMM, en comparación con Argentina, Costa Rica, Cuba y Chile, que para el mismo año reportaron tasas de mortalidad materna de 47.8, 39.3, 49.4, y 19.8 por ciento respectivamente (Díaz, 2010).

En el caso mexicano, en el año 1990 murieron 2,190 mujeres por muerte materna, representando una RMM de 89.0 por ciento. En el año 1995 se registraron

1,977 muertes, lo que significó un descenso de alrededor del 9 por ciento con relación a la cifra de 1990. Para el año 2000 se registraron 1,543 muertes, en el 2001 fueron 1,476; en el 2002 se dieron 1,309; en el 2003 ocurrieron 1,313 y en el 2004 se registraron 1,239. En el año 2005 fueron 1,242. De este total, el 67.7 por ciento ocurrieron en casos de mujeres que no tenían acceso a la seguridad social y 19 por ciento fuera de una unidad médica (hogar, vía pública), lo que significa que para ese año hubo un descenso de alrededor del 20 por ciento con relación a la cifra del año 2000 (Díaz, 2010). En términos absolutos, en el periodo 2000-2006 murieron cada día entre tres y cuatro mujeres durante el embarazo, parto y puerperio (Meneses, 2010; CIMAC, 2 de septiembre, 2010).

En el año 2006 murieron 1,166 mujeres, que indica una RMM de 82.0 por ciento; la cifra para el año 2007 corresponde a 1,097 mujeres con una RMM de 81.6 por ciento, información para este mismo año precisa que 75 por ciento de las muertes ocurrieron por complicaciones en el embarazo a término que no pudieron ser detectadas con oportunidad. Para el año 2008 el número de muertes maternas aumentó a 1,115 con una RMM de 81.0 por ciento, el 63 por ciento de las defunciones maternas ocurridas en este último año se debieron a errores médicos (Castañeda, 2010; CIMAC, 29 de septiembre, 2010). El informe Rendición de Cuentas en Salud 2008 de la Secretaría de Salud registra que durante el año 2008 sucedieron 70 defunciones maternas en los 125 municipios del país con menor índice de desarrollo humano, nueve más que las registradas en el año 2006 (Díaz, 2010; CIMAC, 8 de enero, 2010). Para el año 2009 se registraron 818 muertes, 90 por ciento de estas muertes eran prevenibles. Esto significa que para el año 2009 hubo un descenso de alrededor del 30 por ciento con relación a la cifra del año 2006. El registro de los casos puede estar en descenso, pero no necesariamente significa la disminución real de los sucesos, es posible que exista un deficiente sistema de registro (Meléndez, 2007).

En el *Foro por la Universalización y Atención Integral de la Salud* realizado el 29 de septiembre de 2010 en la Cámara de Diputados se enunció que la RMM creció 11 veces de 2004 a 2010 (CIMAC, 29 de septiembre, 2010). A pesar de los compromisos internacionales ratificados por México, la meta propuesta por este país en el año 2015 en el marco de los Objetivos de Desarrollo y Metas del Milenio al ritmo presente de disminución será incumplida.

“Nadie se muere por parir”...

Al interior de México esta problemática es grave considerando el sesgo territorial y geográfico. Las ocurrencias de muerte materna no tienen una distribución homogénea, las disparidades regionales y económicas marcan diferencias respecto a ésta. Nuevo León y Aguascalientes, por ejemplo, presentan cifras muy similares a las registradas en países avanzados —una muerte por cada 6,000 mujeres

Cuadro 3. Estados y jurisdicciones con la mayor RMM en México por cada 10 mil nacimientos.

Tendencias	Estado	Jurisdicción	No. Municipios que integran la jurisdicción	Razón de muerte materna (RMM)
Primera	Distrito Federal	Tláhuac	1	123.07
		Xochimilco	1	108.23
		Coyoacán	1	101.76
	Estado de México	Tenango del Valle	13	115.71
		Jilotepec	7	101.49
		Zumpango	9	94.63
		Cuautitlán	8	88.62
		Ixtlahuaca	6	85.98
		Xonacatlán	7	82.41
		Valle de Bravo	9	80.64
Segunda	Guerrero	Costa Chica	15	91.45
		Centro	13	87.88
		Norte	16	82.49
	Chiapas	Motozintla	10	79.62
	Chihuahua	Parral	14	90.30
		Cuauhtémoc	12	89.48
		Creel	7	143.30
	Zacatecas	Ojocaliente	10	88.28
	San Luis Potosí	Tamazunchale	11	88.04

Fuente: Adaptado de *Contralínea* (31 de Enero, 2010).

embarazadas—, mientras que en el sur del país, los estados de Chiapas y Guerrero registran cifras cinco veces más altas (Díaz, 2010; Díaz, s/f).

La muerte materna presenta dos grandes tendencias de concentración (cuadro 3), por un lado, en términos de números absolutos los registros más altos se refieren a mujeres de escasos recursos, habitantes de poblaciones urbanas o suburbanas, que fallecen en los grandes hospitales del Distrito Federal o del estado de México; y, por otro lado, las otras muertes maternas ocurren en mujeres rurales, indígenas y pobres, que se ubican en su mayoría en localidades pequeñas y aisladas y que no tienen acceso real —geográfico, social o económico— a servicios de emergencia obstétrica (Díaz, 2010; Díaz, s/f; Sesia, 2009).

En estos últimos casos, la desigualdad en el acceso efectivo a los servicios de salud es un factor sustantivo de la mortalidad materna. El riesgo de morir en Oaxaca es 4.6 veces más que las que pudieran ocurrir entre mujeres del estado de Tlaxcala (Castañeda, 2010). Las mujeres que viven en estos entornos sociales presentan un riesgo de morir dos a tres veces más alto que el de las mujeres mexicanas en su conjunto, y hasta cinco veces más que aquellas residentes en los municipios y estados que registran índices de desarrollo humano mínimos (Sesia, 2009). Es una constante, que la RMM en las entidades federativas con mayor población indígena sea considerablemente más alta que en los estados no sólo con mayor población mestiza, sino también con mejores condiciones en los servicios públicos de salud (Díaz, 2010).

Chiapas, Oaxaca y Guerrero son los estados que año tras año aparecen con las más altas RMM, siguiendo en proporción otras regiones indígenas (cuadro 4). Estos estados son de los más pobres del país y concentran mayor población indígena. Los registros indican como principal causa de muerte materna a la enfermedad hemorrágica del embarazo, mientras que en otras entidades de mayor desarrollo económico ubicadas en el norte del país y en el Distrito Federal, las principales causas son indirectas (Díaz, s/f; Uribe et al., 2009).

Como bien lo precisa Meneses (2007) en México, la muerte materna tiene rostro indígena, las mujeres bajo esta condición presentan un riesgo tres veces más alto de morir que las mujeres del país en su conjunto. La alta fecundidad de los grupos indígenas ocurre conjuntamente con una muy elevada mortalidad, sus condiciones de salud pueden ser ocho veces más difíciles que la de los mexicanos en general (Embriz et al., 2001).

Cuadro 4. Razón de muertes maternas Nacional, Guerrero y otros estados con alto índice (2001-2008).

Estados	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nacional	86.4 62.6*	85.4 60.0*	84.3 62.7*	83.2 61.0*	83.1 61.8*	82.0 58.6*	81.6 55.6*	81.0 57.2*
Chiapas	103.2	89.5	105.0	97.8	84.1	85.1	81.54	96.8
Guerrero	99.8	97.0*	113.8*	97.2*	128.2 123.7*	128 125.5*	97.7 97.7*	96.5 97.0*
Oaxaca	86.9	99.0*	65.4*	87.7*	95.1 99.2*	74.2 77.8*	102.3 102.0*	98.7 99.0*
Puebla	80.8	72.2*	75.6*	75.6*	69.6 64.3*	55.3*	51.4*	72.2*
Veracruz	78.1	76.0*	66.3*	73.2*	64.6 61.1*	59.6*	75.6*	76.0*
Durango						90.7		
Chihuahua						68.9		
Lugar ocupado por Guerrero	2do	2do	1ero	2do	1ero	1ero	2do	3ro

Fuente: Díaz (sf); Castañeda (2010) Siesa (2009) y Meneses (2010).

*Datos extraídos de <http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/RazonMuerteMaterna2002-2007.xls> (27 de septiembre, 2010)

El 23.9 por ciento de la población indígena femenina no sabe leer ni escribir ni un recado, 17 por ciento no ha asistido a la escuela, dos terceras partes ha cursado estudios de primaria y casi la mitad de ella no la ha concluido, aunque si ha habido un avance en el nivel de estudios, 6.6 por ciento cuenta con estudios de preparatoria y 2.7 declaró tener estudios profesionales. En cuanto a su condición de actividad económica, sólo 29 por ciento dijo realizar una actividad económica, 30 por ciento son obreras o empleadas, una tercera parte inicia su actividad laboral entre los ocho y doce años de edad. Además 74.9 por ciento pertenece al grupo social más

bajo. Estos indicadores muy seguramente repercutirán en su comportamiento reproductivo (Chavéz et al., 2007).

La fecundidad indígena es más elevada que el promedio nacional, la combinación de una edad temprana al inicio de la vida reproductiva así como un reducido uso de anticonceptivos dará como resultado una mayor fecundidad. Los datos precisan una maternidad más temprana entre mujeres indígenas y un menor conocimiento de métodos anticonceptivos, la población indígena femenina es en menor medida usuaria de algún método. La gran mayoría de mujeres indígenas inician su vida sexual sin ninguna protección. Las infecciones de transmisión sexual son de las diez primeras causas de morbilidad en México y tienen graves consecuencias sobre la salud materna e infantil (Chavéz et al., 2007).

En cuanto a la atención prenatal y durante el parto, la mayor parte de mujeres indígenas acudió a recibir atención médica durante los últimos meses de su embarazo, a pesar de que tienen un mayor número relativo de embarazos. En menor proporción, las mujeres indígenas son atendidas en el parto por médicos y enfermeras, y más por parteras. Ciertamente la frecuencia de las mujeres a revisarse por personal médico durante el embarazo es importante, pero al momento del parto la preferencia es acudir con parteras o familiares, destacando que un número importante de partos son atendidos en sus hogares, aunque 56.2 por ciento acuden a los centros de salud para ser atendidas o revisadas eventualmente. La preferencia de quedarse en casa se debe a razones como: la distancia entre su hogar y los centros de salud, la desconfianza frente al personal médico o por costumbres culturales. De igual manera, las cifras son menores entre los casos de mujeres indígenas que asisten a revisión médica posterior al parto (Chavéz et al., 2007).

2.3 La situación en el estado de Guerrero.

El estado de Guerrero ocupa uno de los primeros lugares de alta marginación y de acuerdo con el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social ocupa el segundo lugar en rezago social. La tragedia de la muerte materna en Guerrero sigue al margen de la respuesta de los gobiernos federal y estatal, las acciones no han sido concretas ni suficientes. En el año 2004 se celebró el Acuerdo de Coordinación entre el ejecutivo federal y el ejecutivo del estado de Guerrero para la ejecución formal del Sistema de Protección Social en Salud en la entidad

(Meléndez, 2007). Más recientemente, la Comisión de Salud del Congreso del Estado de Guerrero anunció en septiembre de 2010 iniciar la Campaña “Nunca más una muerte materna en Guerrero” (Diario 21, 22 de septiembre, 2010) debido a la presión social y política ejercida por diversas organizaciones de la sociedad civil. Sin embargo, es aún inexistente una iniciativa estatal dirigida a disminuir este problema, considerando que ésta debería contar con presupuesto propio y contener acciones dirigidas a producir servicios que disminuyan la muerte materna (Meléndez, 2007). Daniela Díaz (2010) sugiere un mayor compromiso gubernamental para fortalecer la asignación de un presupuesto real para ir solucionando este problema que involucre también la opinión de las mujeres.

En Guerrero para el año 2002 se registraron 77 decesos, en el 2003 fueron 85 y 69 en el 2004. En el año 2005 fueron 85; en este mismo año, el riesgo de una embarazada de fallecer en dicha entidad era dos veces mayor que el promedio nacional y cinco veces mayor que el de las embarazadas de Nuevo León, donde ocurría una muerte cada cuatro días (Meléndez, 2007; SESA; 2007; Diario 21, 22 de septiembre, 2010). En el año 2006 el registro fue de 84 mujeres, para este año se indica que Chiapas, Guerrero y Oaxaca fueron las entidades con el menor porcentaje de partos atendidos por personal médico (68.0, 77.0 y 78.4 por ciento respectivamente). Para el año 2007 fueron 64; 63 en el 2008 y en el 2009 fueron 72. A tres meses de que se termine el año 2010 se habían registrado 39 muertes

Cuadro 5. Defunciones maternas por año de registro y entidad de residencia habitual (2002-2007).

Estado	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Nacional total	1,309	1,313	1,239	1,242	1,166	1,097
Guerrero	77	85	69	85	84	64
Chiapas	94	106	96	82	82	78
Oaxaca	80	50	64	70	54	70
Puebla	88	89	87	74	63	58
Veracruz	113	94	100	82	79	99

Fuente: <http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/defuncionesmaternas2002-2007.xls> (27 de septiembre, 2010).

maternas (Diario 21, 22 de septiembre, 2010). Guerrero se coloca como la entidad con mayor incidencia, registró 21 muertes en ocho de sus 21 municipios con menor índice de desarrollo humano, lo que representa el 35 por ciento de las defunciones maternas en el Estado, destacando los municipios de Metlatónoc y Acatepec, respectivamente (CIMAC, 8 de enero, 2010).

De los años 2001 a 2008, Guerrero ha ocupado tres veces el primer lugar en registros de muerte materna. Para el año 2008 los tres primeros lugares de RMM, lo siguen ocupando los estados de Guerrero, Chiapas y Oaxaca (Díaz, 2010). En los últimos 8 años en la entidad se han presentado un promedio de 77 muertes anuales lo que ubica a Guerrero entre los 5 primeros lugares con mayor tasa de mortalidad materna. Al interior del estado las áreas de mayor riesgo identificadas son: Costa Chica, La Montaña y Centro, donde se registra anualmente el mayor número de defunciones. Desde el año 2000, los servicios de salud necesarios para brindar atención médica durante la maternidad han disminuido su disponibilidad, sobre todo en regiones indígenas históricamente olvidadas como La Montaña y Costa Chica (Meléndez, 2007). El promedio general en el país es de un ginecólogo por cada 2,414 mujeres, en el estado de Guerrero un mismo especialista debe tratar a más de 4,132, incluso, en La Montaña un sólo ginecólogo atiende a 17,654 mujeres en edad fértil, así que por cada 5 ginecólogos hay 88,277 mujeres que necesitan este servicio de salud (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, S/F).

Estas regiones se caracterizan por contar con los índices más altos de marginación, analfabetismo y rezago económico y con un número importante de población indígena, prevaleciendo cuatro etnias -náhuatl, tlapaneco, amuzgo y mixteco. Las principales causas de muerte materna registradas en este estado son la hemorragia obstétrica, la preeclampsia/eclampsia, la sepsis puerperal y las complicaciones del aborto, que representan más del 50 por ciento del total de las defunciones maternas (SESA, 2005).

En el cuadro 6 se observa las cifras de muertes maternas registradas por cada región del estado de Guerrero, destacando durante el periodo 2006-2009 tres: Centro, La Montaña y Costa Chica.

De acuerdo con datos del Programa de Naciones Unidas para el año 2006, el Índice de Desarrollo Humano en Guerrero era de 0.7334, que lo situaba en el lugar número 30 en el país, en tanto que el índice nacional era de 0.7965. Guerrero

Cuadro 6. Defunciones maternas por región en el estado de Guerrero (2006-2009).

Región	2006	2007	2008	2009	Total
Centro	21	17	7	18	63
La Montaña	20	14	13	16	63
Costa Chica	13	11	11	15	50
Norte	4	12	6	5	27
Costa Grande	4	1	1	3	9
Acapulco	8	7	10	6	31
Tierra Caliente	1	3	6	0	10
Otros	5	—	—	—	5
	76	65	54	63	258

Fuente: Elaboración de las autoras, 2010.

ocupa a nivel nacional el último lugar en relación con los servicios de agua potable, el penúltimo en drenaje, el antepenúltimo en alfabetización y el vigésimo quinto en electrificación. Registros del CONAPO indican que el estado pasó del tercero al segundo lugar nacional en marginación social, solo superado por Chiapas; de las 100 comunidades con más alta marginación del país, 40 se encuentran en Guerrero. La población indígena joven asciende a 163,278, entre ellos 78,305 (48 por ciento) son hombres, 84,973 (52 por ciento) son mujeres. El 73.8 por ciento son bilingües y el 25.2 por ciento son monolingües. Dicha población se concentra en Municipios como Metlatónoc, Tlapa de Comonfort, Chilapa de Álvarez, Xochistlahuaca, Tlacoachistlahuaca, Ometepec, Malinaltepec, Tlacoapa y Acapulco. En la región de La Montaña destaca Metlatónoc, donde el 60 por ciento de la población no sabe leer ni escribir, 73 de cada 100 mujeres no cuentan con instrucción, en Tlacoachistlahuaca, Alcozauca y Xochistlahuaca 62 mujeres se encuentran en la misma situación, sin instrucción alguna.

Los problemas que imperan en esta población son la marginación, la pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la migración y la falta de servicios de salud. La anemia en la mujer guerrerense de 12 a 49 años, se ubica entre las más altas del país con el 23.3 por ciento en zonas rurales y 22.1 por ciento en zonas urbanas. En cuanto a la mortalidad materna, ésta presenta altos índices. Las muertes maternas ocurridas entre mujeres indígenas no son la excepción, éstas se asocian a la falta

de control prenatal y a una inadecuada atención del parto, mala alimentación, que son factores que reflejan la falta de condiciones sociales para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, entre otras razones. Las principales causas de muerte son: la hemorragia posparto y las ocasionadas por eclampsia.

2.4 Los agentes sociales: las organizaciones de la sociedad civil y las parteras tradicionales.

Una finalidad que los grupos organizados de la sociedad civil ha promovido es la intervención en áreas en donde el gobierno no lo está haciendo, particularmente, el campo de la salud ha sido uno de los fuertemente impulsados por dichas organizaciones, ello debido a las múltiples deficiencias en la calidad de la atención de la salud, insuficiencia de recursos humanos y económicos principalmente (Erbessd, s/f). Desde hace más de tres décadas diversas organizaciones con variados objetivos han impulsado en materia de salud dos cuestiones, por un lado, contribuir a la construcción teórica de los conceptos que han permitido avanzar significativamente en este campo, tal es el caso, del concepto salud reproductiva.

Erbessd (s/f: 169) precisa que ha correspondido a

los actores sociales y grupos (...) resignificar estas posturas o cuestionarlas antes de ponerlas en práctica y ahí es donde precisamente interactúan las ONG y se da o no el proceso de legitimación de estos conceptos teóricos; de hecho las ONG han llamado la atención sobre el tema de la violencia en sus diversas formas, entre otras la coerción sexual relacionándolas con la salud reproductiva.

Por otro lado, estos grupos están activamente involucrados en la denuncia y la participación colectiva para mejorar los servicios institucionales de salud. Específicamente, en México desde inicio de los ochenta del siglo pasado, organizaciones no gubernamentales –hoy organizaciones de la sociedad civil– han funcionado como mediadoras entre los reclamos individuales/colectivos de las mujeres y las respuestas del Estado, buscando responder a las necesidades de promoción, intervención y cuidado de la salud reproductiva (González, 1999). En general, las propuestas provenientes de estas organizaciones están caracterizadas por la contra respuesta frente a las carencias e insuficiencias de las instituciones

gubernamentales en el afán de establecer una estrategia que permita demandar mayor y mejor disposición al diálogo y la acción conjunta para la democratización de las instituciones y del respecto al derecho a una vida sana (Figuroa, 1999).

En México, la noción de salud reproductiva fue introducida en los espacios académicos y gubernamentales a principios de la década de los noventa del siglo pasado. En esta época, la confluencia de distintas organizaciones no gubernamentales en torno a este término produjo el fortalecimiento de sus acciones a favor de los derechos sexuales y reproductivos. El énfasis en este derecho representa una de las contribuciones más importantes a la definición de salud reproductiva (Gonzalez, 1999; Cardaci y Sánchez, 2005). Simultáneamente, algunas organizaciones que se encontraban trabajando en diversos aspectos relacionados con la salud lo estaban utilizando de manera práctica.

La participación de las organizaciones sociales en favor de la salud fue altamente influenciada por un movimiento más amplio de mujeres que emanó de las demandas feministas, las cuales reclamaban al Estado la modificación de sus políticas y la creación y/o mejora de los servicios que ofertaba en esta materia. Específicamente en los años setenta se promovió, junto con otros grupos –activistas de sectores populares y militantes de partidos políticos–, la legalización del aborto así como la mayor penalización a la violación y violencia hacia las mujeres. El movimiento feminista impulsó de manera importante las demandas referentes a la salud y al derecho al control sobre el propio cuerpo (González, 1999).

Alberto Melucci (1985, citado en Cardaci y Sánchez, 2005) menciona que, al analizar las características de las movilizaciones colectivas de los años setenta e inicios de los ochenta del siglo pasado, persiste un objetivo común: que la sociedad escuche determinadas propuestas y las traslade a los ámbitos donde se toman decisiones políticas fundamentales. A partir de la última década del siglo XX comenzaron un proceso de interlocución con instancias gubernamentales y académicas.

Cardaci y Sánchez (2005) afirman que las actividades anteriores y posteriores a importantes conferencias internacionales contribuyeron a la consolidación de vínculos con redes integradas internacionalmente. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo tuvo particular relevancia para las organizaciones feministas que trabajaban en salud. En el Programa de Acción de El Cairo se planteó entre sus puntos centrales el fomento a la colaboración efectiva en todos

los niveles de gobierno, la inclusión de la sociedad civil y grupos comunitarios locales en los debates y decisiones sobre la concepción, la ejecución, la coordinación, la vigilancia y la evaluación de programas relativos a la población, el desarrollo y el ambiente.

A nivel nacional, previo a dicha Conferencia, en el año 1993 se formó el Foro Nacional de Mujeres y Política de Población, el cual en el año 2000 se encontraba integrado por más de 80 organizaciones civiles e instituciones académicas de 17 de los 31 estados del país, mismas que se han dedicado a dar seguimiento al programa de acción surgido en El Cairo. Igualmente, en ese mismo año surgió la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal (RSM), la cual para el año 2000 agrupaba a 17 organizaciones feministas y 4 grupos académicos. La integración de estas organizaciones fue una respuesta a la carencia de una política de salud integral que brindara atención de calidad y garantizara los derechos sexuales y reproductivos.

La última década del siglo anterior representó para muchas organizaciones civiles reajustes para su consolidación, fue una época de crisis generalizada para estos grupos. En la primera década del siglo XXI, estas organizaciones han reorientado su trabajo a cuestiones de la salud reproductiva, involucrando en su trabajo otras áreas afines (educación sexual y derechos reproductivos, planificación familiar, salud materna-infantil, aborto, infecciones de transmisión sexual, atención al embarazo, parto sin temor, atención a mujeres víctimas de violencia, así como aspectos emocionales y psicológicos de la salud, la reproducción y la sexualidad). En años recientes, los esfuerzos para ampliar el acceso a la atención obstétrica de emergencia básica y la de emergencia integral se han incorporado a las políticas de salud de México, y las organizaciones de la sociedad civil han creado modelos para vincular a las mujeres embarazadas, sobre todo en zonas rurales e indígenas, con los sistemas de salud a fin de atender esas emergencias (Bissell, 2009). En estos campos de acción está considerada una perspectiva de los derechos humanos y el desarrollo comunitario. Este último aspecto, ha conducido a interesarse en la capacitación y la educación a líderes y promotores comunitarios, grupos de base, particularmente mujeres, adolescentes y parteras de sectores urbano populares y rurales (González, 1999).

En México un número importante de parteras tradicionales son agentes locales en la atención comunitaria de mujeres embarazadas y del recién nacido, y si bien

su capacitación no lleva directamente a un descenso de la mortalidad materna, es importante reconocer que ellas están contribuyendo a que el tétanos neonatal disminuya, a que se incremente el uso y la provisión de atención prenatal y a referencias oportunas de complicaciones del embarazo (Population Council, 2009). El reconocimiento de las múltiples funciones de las parteras y sus competencias técnicas para el desarrollo de su trabajo comunitario es necesario para la extensión de su actuar, el favorecimiento para el cuidado de la vida de las mujeres embarazadas, y el mejoramiento de la calidad de la atención (Uribe et al., 2009).

La fuerte presencia de parteras tradicionales en los estados de Guerrero, Oaxaca, Chiapas y Veracruz denota la importancia que tienen estas agentes comunitarias en la atención del parto en esos lugares. Las parteras tradicionales a pesar de no ser consideradas como personal calificado alternativo en el sistema de atención de salud, en la localidad juegan un papel importante en el sistema informal a la salud y como agentes estratégicos son el primero y más cercano recurso humano para la atención de mujeres embarazadas. Las parteras tradicionales son un importante vínculo entre la comunidad y los servicios de salud. A través de ellas se pueden identificar a embarazadas que pudieran requerir servicios especiales, contribuir a la distribución de medicamentos (tales como hierro, ácido fólico y medicinas para enfermedades endémicas) entre las embarazadas de la comunidad, desempeñarse como educadoras comunitarias y transmitir mensajes de salud materna y neonatal, identificar signos y síntomas de alarma y urgencia obstétrica, ello puede conducir a traslados oportunos, atención inmediata de emergencia y monitoreo de la atención del primer nivel. Sin embargo, es de reconocer que cuando ocurren complicaciones graves tales como la preeclampsia severa, la eclampsia y la hemorragia, las parteras no son suficientes y es necesaria atención médica especializada (Castañeda, 2010; Population Council, 2009; Roldán, 2009).

III

El aparato institucional y el interés por la muerte materna

Este capítulo se construyó a partir de la revisión de documentos normativos, planes de trabajo, informes anuales de acciones, y otros documentos y archivos oficiales ofrecidos por la Secretaría de la Mujer; además incorpora información extraída de entrevistas directas con funcionarias de esta dependencia. La exposición da respuesta a uno de los objetivos de este libro: mostrar el panorama institucional del *Programa Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna*, su diseño y ejecución, y en específico sus impactos en tres regiones del estado de Guerrero que registran los índices más altos de muerte materna: Costa Chica, La Montaña y Centro.

3.1 La Secretaría de la Mujer (SEMujER) del estado de Guerrero.

En el año de 1980 se elaboró el primer Programa Nacional de Integración de la Mujer al Desarrollo coordinado por el Consejo Nacional de Población. Cinco años después se creó la Comisión Nacional de la Mujer adscrita a la Secretaría de Gobernación. En el año 1987 el estado de Guerrero se convierte en pionero al crear una institución específica para la atención de las necesidades de las mujeres, la Secretaría de la Mujer (SEMujER). Esta institución es la de mayor antigüedad en el país y la primera bajo la categoría de secretaría gubernamental.

A partir de ese momento, la Secretaría de la Mujer se convertiría en un órgano del gobierno guerrerense encargado de delinear las políticas y acciones en favor del bienestar y la incorporación de las mujeres al desarrollo integral del Estado. Por casi una década mantuvo una visión asistencialista; sin embargo, a mitad de la década de los noventa, debido a los compromisos que marcaron convenciones internacionales de defensa de los derechos de las mujeres, esta Secretaría reorientó

sus acciones de manera concreta y participativa, involucrando a otras instituciones del propio gobierno y organizaciones de la sociedad civil.

Los principios ideológicos y normativos que regulan y orientan las acciones de la Secretaría de la Mujer están delineados, a nivel nacional, en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, y a nivel estatal, en el Plan Estatal de Desarrollo 2005-2011 y en el Programa Estatal por la Equidad de Género 2005-2011. Estos documentos retoman las recomendaciones de Beijín y las Metas del Milenio. A inicio de la gestión de la SEMUJER se evalúa que de las Ocho Metas del Milenio, esta dependencia podía contribuir estimulando el empoderamiento de las mujeres, en el marco de su competencia esta acción era fundamental. Aunque también este órgano decide participar en acciones que coadyuven a la reducción y la prevención de la muerte materna, por considerarla una problemática que afecta intensamente a las mujeres guerrerenses.

La SEMUJER ha pretendido impulsar una política pública incluyente e integral con alto sentido humanitario y de calidad, respetuosa de la multiculturalidad lingüística y étnica, características de la población guerrerense. El Programa Estatal por la Equidad de Género 2005-2011 (SEMUJER, 2005) es el marco normativo que regula y administra la política orientada a las mujeres en Guerrero. En éste se condensa la problemática situación que enfrentan las mujeres de este estado en materia de salud, seguridad social, violencia, educación, acceso a actividades económicas, niveles de ingreso, participación política y otros indicadores que demuestran la brecha de género. El objetivo general del Programa pretende alcanzarse a través de tres ejes estratégicos concordantes con el Plan Estatal de Desarrollo:

- Eje 1. “Como Convivir Mejor” contempla la institucionalización y transversalidad de la perspectiva de género en la administración pública, la promoción y defensa de los derechos civiles y políticos de las mujeres, las medidas para erradicar la violencia de género, la procuración de justicia y el ejercicio de la ciudadanía.
- Eje 2. “Como Producir Mejor” considera los derechos económicos de las mujeres, el derecho al trabajo y la generación de oportunidades productivas.
- Eje 3. “Como Vivir Mejor” integra los derechos sociales y culturales de las mujeres, la salud integral, la educación y la calidad de vida.

La SEMUJER asumió que como instancia de las mujeres debía ser generadora de la toma de conciencia en el conjunto de la administración pública y en los tres poderes –estatal, municipal y local. Esta perspectiva institucional permitiría identificar las múltiples situaciones de inequidad entre los hombres y las mujeres guerrerenses, de esta manera, la SEMUJER coadyuvaría a la construcción de políticas de atención para abatir la inequidad de género. La SEMUJER define que resultaría improbable una atención eficaz para todas las mujeres sin contar con la voluntad política institucional de otras áreas del gobierno. En los primeros noventa días de gobierno se elaboró un autodiagnóstico de la Secretaría para conocer los programas y trabajar con los presupuestos ya asignados. La SEMUJER se posiciona como interlocutora para generar un proceso de articulación de la equidad de género con otras dependencias.

Durante esta gestión gubernamental, la Secretaría de la Mujer ha sido una instancia coordinadora y promotora de los procesos que comprometen la construcción de una sociedad igualitaria, y facilitadora para que otras dependencias del gobierno en el ámbito de su competencia desarrollen las acciones necesarias para garantizarlo. El objetivo institucional de esta administración planteó:

Incorporar la perspectiva de género en las políticas públicas, planes y programas, estrategias, acciones y estructura organizacional de las instituciones del Gobierno del Estado, con el fin de dar cumplimiento al Plan Estatal de Desarrollo 2005-2011, garantizar el ejercicio de los derechos de las mujeres, la igualdad de oportunidades y alcanzar su desarrollo humano (SEMUJER, 2009).

Para alcanzar este objetivo, la Secretaría de la Mujer anualmente reestructuraba sus programas. La transformación anual sustantiva –contenido de los programas– o nominal buscó sobre todo cumplir el objetivo/meta propuesto por esta Secretaría. Estos se integraban en tres ejes estratégicos de la SEMUJER (operativos) en concordancia con el Programa Estatal de la Equidad de Género (2005-2011):

Eje 1. Institucionalización del Enfoque de Género. Programas:

1. Agenda de las mujeres
2. Calidad de Vida

3. Institucionalización del enfoque de género y participación social

4. Capacitación para el desarrollo y la equidad de género

Eje 2. Por una Vida sin Violencia. Programas:

1. Defensa y asesoría jurídica

2. Fortalecimiento legislativo

3. Asistencia y prevención de la violencia

Eje 3. Desarrollo Económico de las Mujeres. Programas:

1. Microfinanciamiento a mujeres

2. Género en el ámbito laboral

3. Desarrollo productivo de mujeres y apoyo correlativo

4. Fortalecimiento de esquemas

La Secretaría de la Mujer adopta como eje rector de la política pública la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, sugiriendo conjuntar esfuerzos institucionales de los distintos niveles de gobierno para: a) invertir y etiquetar mayores presupuestos, y b) formular y desarrollar estrategias, programas y líneas de acción. Desde la óptica de esta administración, corresponde y es responsabilidad de cada institución en el distinto orden de gobierno incorporar un proceso de institucionalización del enfoque de género, ello significará la integración de esta perspectiva en cada una de sus normas y marcos jurídicos que las regulen. Sin embargo, corresponderá directamente a la SEMUJER estimular acciones para que este objetivo sea cumplido (SEMUJER, 2008).

Como parte de esta tarea institucional, en coordinación con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), se desarrolló el Proyecto Fortalecimiento de Capacidades para la implementación de la Legislación Nacional sobre Igualdad de Género y de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia; también se creó un Sistema de Información Estadística con Perspectiva de Género disponible en la página web de la Secretaría con el propósito de proporcionar herramientas que mejoren la toma de decisiones en la materia. Por primera vez, en coordinación con la Secretaría de Finanzas del Gobierno del Estado se formuló un Manual de Integración de Presupuesto basado en Resultados con Perspectiva de Género.

La SEMUJER ha establecido estrategias de coordinación interinstitucionales con otras dependencias del gobierno en sus tres niveles. Con el sector salud ha

estimulado la capacitación y sensibilización del personal adscrito en las unidades de atención médica, a fin de lograr un cambio de actitud en la atención a la población. En general, se ha capacitado a personal del servicio público de varias dependencias en materia de definición de políticas públicas con perspectiva de género.

Con los ayuntamientos, como instancias generadoras de acuerdos locales para la promoción de la equidad de género, se logró que durante el segundo año de administración se constituyeran 25 instancias municipales de la mujer. Con el apoyo del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) se equiparon ocho Direcciones Municipales de la Mujer en Malinaltepec, Taxco de Alarcón, Teloloapan, General Heliodoro Castillo, Petatlán, Atoyac de Álvarez, Tecoanapa y Arcelia (SEMujER, 2007). Hasta el año 2010 estaban instaladas y habilitadas 59 direcciones de este tipo.

De igual manera, esta Secretaría ha establecido vínculos institucionales con grupos organizados de la sociedad civil con el fin de acrecentar su capacidad de gestión e intervención en asuntos de interés público. Una de las metas de la SEMujER en relación a esta intención ha sido el apoyo a las organizaciones sociales de mujeres potenciando la capacidad de gestión, la participación y el empoderamiento social de cada una de ellas. En el primer año de la administración (2005-2006) se afianzó la importancia de vincular el trabajo institucional con la labor de 21 organizaciones, cuyos integrantes participaron en talleres de capacitación, encuentros, congresos, foros y reuniones de trabajo, desarrollados a lo largo de esta administración (SEMujER, 2006).

El fortalecimiento de los procesos organizativos y el desarrollo de las capacidades sociales e institucionales que mejoren la vida de las mujeres y hombres en el estado es una directriz de la SEMujER. Su atribución específica se estipula en la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Guerrero 433, publicada en el Periódico Oficial de fecha 8 de febrero de 2011, y precisa:

Órgano encargado de proponer, promover, impulsar y evaluar políticas, planes, programas y medios encaminados a incorporar la perspectiva de género, con un criterio transversal en todas las instancias de la administración pública, a fin de eliminar todo tipo de discriminación que obstaculice la igualdad, el acceso a las oportunidades y el desarrollo de las mujeres.

Además, en la definición de la política institucional de esta Secretaría, las aportaciones e intereses provenientes de las organizaciones como actores sociales es un mecanismo central en la contribución al desarrollo integral de las mujeres. La orientación institucional de la SEMUJER reconoce que la muerte materna en Guerrero es y sigue siendo una de las problemáticas más lacerantes en la vida de las mujeres, debido a una complejidad de situaciones, entre éstas, condiciones inadecuadas de servicios de salud otorgados por instancias federales y estatales que requieren una readecuación; sin embargo, a la SEMUJER no corresponde resolverlo, aunque sí contribuir a disminuir otros factores determinantes que están alentando fallecimientos por esta causa y que son factores donde el sector salud no tiene competencia ni atribución normativa, entre ellas, la pobreza, la exclusión de la seguridad social, la desigualdad social y la reproducción de relaciones de inequidad de género.

Frente a este panorama, la SEMUJER inició el *Programa Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna* como parte de una estrategia enfocada a la creación y fortalecimiento de una red social que tuviera como objetivo posicionar éste y otros temas en sus espacios cotidianos comunitarios, así como estimular el desarrollo de las habilidades de la red social para dar seguimiento puntual a la resolución de la problemática y las acciones propuestas con este fin, teniendo dentro de su discurso el marco normativo y jurídico de los derechos de las mujeres.

3.2 El origen y los antecedentes del programa.

En el año 2005 algunas organizaciones de la sociedad civil, locales, nacionales e internacionales, que formaban parte del Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgo en México, y venían emprendiendo acciones en las regiones de Costa Chica y La Montaña del estado de Guerrero, convocaron al *Foro Nacional de Prevención de Muerte Materna en México “¿Y las Mujeres Indígenas?”* efectuado durante los días 26 y 27 de mayo en el municipio de San Luis Acatlán. En ese momento, dicho municipio ocupaba en el estado de Guerrero los más altos índices de mortandad por esta razón.

En este evento se presentó un panorama de la muerte materna de esas regiones y del resto del estado. El Foro convocó la participación de la Secretaría de la

Mujer, la Secretaría de Salud (SSA), la Comisión Estatal de Derechos Indígenas y otras instituciones involucradas en el desarrollo social y la atención a la salud. Uno de los resultados de este encuentro fue el compromiso institucional asumido por algunas dependencias, entre ellas, la SEMUJER, a pesar de que la problemática – salud y muerte materna– no era competencia directa de sus acciones rectoras. La SEMUJER propuso el fortalecimiento de las capacidades sociales para la prevención de la muerte materna a través de un programa coordinado. A partir de ese momento, la SEMUJER asumió el compromiso de realizar diversas acciones en pro de erradicar, controlar y disminuir los decesos ocurridos con causas asociadas a la muerte materna, manteniendo como estrategia institucional el fortalecimiento de capacidades sociales e institucionales en las regiones donde la incidencia de esta problemática era cada vez más alta. La SEMUJER junto con tres organizaciones: Kinal Antzetik Guerrero A.C., Casa de Salud de Mujeres Indígenas Manos Unidas de Ometepe A.C. y Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas y Afroamericanas definieron como líneas de acción sustantivas la capacitación a parteras y promotoras de salud, y el reconocimiento a la labor que cada una de ellas realiza en su comunidad, mediante un apoyo económico o beca mensual.

Un resolutivo del Foro surgió por la demanda de las parteras para que se les otorgara un reconocimiento económico. Dado que por parte de la SEMUJER ya existía un presupuesto etiquetado para el periodo 2005-2006 era imposible destinar recursos específicos para este fin. Inicialmente, el presidente municipal de San Luis Acatlán acordó otorgar una beca a las parteras de 500 pesos mensuales. Por su parte, la SEMUJER decidió que a través de la Subsecretaría de Equidad y Género y Desarrollo Humano se generaría el Programa Calidad de Vida y dentro de éste se estimularían algunas acciones para contrarrestar la problemática.

En un primer momento, el Programa Calidad de Vida coordinadamente con la SSA llevó a cabo Ferias de la Salud donde las mujeres recibían algún tipo de servicio médico. Estas se realizaban en municipios donde ya se gestaban procesos de atención a las mujeres por medio de beneficios otorgados por el Fondo de Apoyo a la Mujer. La función de la SEMUJER se reducía a otorgar apoyos a las mujeres para transporte, alimentación y entrega de canastas con biberones, mantas y otros utensilios útiles para el nacimiento de bebés. Además, a la Secretaría le correspondía la canalización de las mujeres a programas que venía operando. Con

estas acciones dispersas quedaron cimentadas las bases para lo que en un futuro cercano se constituiría en el programa objeto de este libro.

Hasta el segundo año de gobierno (2006-2007), la SEMUJER planteó que era ámbito de su competencia el establecimiento de estrategias institucionales de atención para las mujeres desde otras dependencias y que podía generar una vinculación más específica con organizaciones sociales locales que estaban atendiendo muerte materna. Sin pretender duplicar las acciones que la SSA desarrollaba se diseñó un proyecto dirigido al fortalecimiento de capacidades y habilidades del sector social, reconociendo que las organizaciones sociales tenían una vasta experiencia en este tema. De esta manera el programa deja de ser meramente asistencial –Ferias de la Salud– y se orienta fundamentalmente a la atención de la muerte materna. En este periodo se formuló el *Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna* y se perfila la conformación de una *Red de Parteras y Promotoras Comunitarias*, que iniciaría formalmente en el año 2007. El primero surgió como una respuesta institucional de parte de la SEMUJER pretendiendo resolver algunos de los acuerdos asumidos en el Foro 2005 de San Luis Acatlán, el origen del programa se cimienta en las demandas de la sociedad civil surgidas en este importante evento.

A partir del año 2006 se reformulan los procesos institucionales internos. Normativamente, durante el periodo 2006-2009, el programa en cuestión estuvo integrado dentro de las acciones del Programa Calidad de Vida, el cual a través de la coordinación institucional, la organización comunitaria y el fortalecimiento de redes sociales promovió los derechos humanos y de las mujeres, enfatizando en el acceso a la salud y a una vida libre de violencia, con ello se contribuiría al mejoramiento de su la calidad de vida. El Programa Calidad de Vida operó y estuvo conformado por dos acciones sustanciales: el *Programa Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna*, y Apoyo a mujeres que se encuentran en situación de emergencia social o natural derivado de su condición de pobreza extrema.

El programa sistematizado recibió de parte del Programa Calidad de Vida un amplio presupuesto proveniente de recursos estatales que sirvió para las acciones que éste emprendía. Este programa fue desarrollado en coordinación con la SSA,

además de contar con la participación activa de organizaciones de mujeres indígenas: Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas y Afroamericanas, Kinal Antzetik Guerrero A.C., y Casa de Salud de Mujeres de Indígenas Manos Unidas de Ometepec A. C. En el año 2009 se integraría también la organización Noche Zihuame Zan Ze Tajome.

La cobertura de este programa para el año 2009 comprendía las regiones de La Montaña, Costa Chica y Centro, en 11 municipios: Igualapa, Ometepec, San Luis Acatlán, Tlacoachistlahuaca, Xochistlahuaca, Acatepec, Olinalá, Malinaltepec, Metlatónoc, Tlacoapa, Zapotitlán Tablas, abarcando un total de 65 localidades. Estos municipios están identificados con los menores índices de desarrollo humano y, además, en ellos se ha detectado el mayor número de incidencia de muerte materna. Inicialmente fueron integradas cien parteras propuestas directamente por las organizaciones sociales, posteriormente el número de becarias fue aumentando. La beca otorgada a las parteras serviría para que ellas pudieran asistir a un proceso integral de capacitación. Las parteras debían ubicarse principalmente en el llamado “Círculo o Red Roja” que concentra las regiones precedentes.

Este programa nació con el objeto de reconocer el trabajo comunitario que parteras, promotoras de salud, educadoras y traductoras realizan en favor de la salud de las mujeres. El estímulo económico otorgado no resultó un pago significativo para la labor de este importante grupo de mujeres; sin embargo, permitió el reconocimiento a la ardua tarea que cada una de ellas hace en sus poblaciones: atender partos, detectar mujeres embarazadas, identificar mujeres en situaciones de riesgo, darles seguimiento, fungir como enlaces interculturales y traductoras, apoyar en la canalización de mujeres embarazadas a los centros u hospitales de salud más cercanos, proporcionar asesorías en asuntos de violencia, entre otras. La función de enlace intercultural entre el personal médico y de otras instancias resulta vital y representa la posibilidad para una mujer de ser atendida oportuna y eficazmente. La función de facilitadora, capacitadora y replicadora permite comunicar e informar sobre diferentes temáticas de interés para la vida de las mujeres, especialmente, dadas las condiciones de marginación en las que viven.

El reconocimiento de actores externos a los servicios de salud, juega un papel fundamental, particularmente en localidades donde no existe acceso a ningún servicio

de salud y se requiere de la actuación inmediata de alguien para ayudar a convencer a los familiares a tomar la decisión de trasladar a una mujer embarazada al hospital o centro de salud, para evitar las complicaciones obstétricas que pudieran presentarse, ya sea mediante el control prenatal o para la atención del parto. En la mayoría de los casos las promotoras de salud y las parteras son quienes tienen este rol en las comunidades, pues las autoridades locales desconocen la magnitud y el impacto de la problemática y, en consecuencia, no intervienen.

Las acciones conducidas en el marco del programa fueron aplicadas durante los años 2005 a 2009, en el Cuadro 7 se sintetiza su trayectoria histórica institucional. Para el año 2010, la SSA asumiría parcialmente el rol que venía desempeñando la SEMUJER, debido a que por reajustes presupuestales en todo el Gobierno del Estado, el presupuesto no fue autorizado para dar continuidad a este programa. A través de la titular de la Secretaría de la Mujer se solicitó a la Secretaría de Salud asumir los compromisos establecidos previamente entre dicha dependencia y las organizaciones sociales, debido a que se corría el riesgo de que las acciones programadas quedaran eventualmente suspendidas. El compromiso que asumió esta institución sanitaria, gracias a la labor de gestión de la SEMUJER, fue que durante el año 2010, la SSA cubriría el pago de las becas otorgadas a las parteras, contando con recursos provenientes del gobierno federal.

Se creía que esta reorientación del programa representaría para la SEMUJER una debilidad institucional, en virtud de haber logrado: a) una relación estable y armoniosa con las organizaciones, b) un compromiso interinstitucional fortalecido con la SSA, y c) un interés compartido con otras instancias del gobierno y grupos de la sociedad civil. Sin embargo, en correspondencia a los lineamientos institucionales de la SEMUJER, ésta avanzó en un logro de mayor impacto que refleja el compromiso de un gobierno por la atención a las mujeres: la institucionalización de este proceso. La corresponsabilidad institucional y la transversalidad del enfoque de género hizo explícito que la competencia en la atención a la problemática de las mujeres no es exclusiva de una única instancia. En este contexto, la SEMUJER se posicionó como una dependencia rectora y normativa de la política de igualdad y promotora de la transversalidad de la perspectiva de género en las acciones de gobierno. En suma, los alcances sustanciales que se derivaron de la puesta en marcha del *Programa para el*

Cuadro 7. Trayectoria histórica institucional del programa.

Periodo	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Número de beneficiarias	11 Ferias de la Salud (3276 mujeres) 15 Cursos de capacitación a parteras empíricas (315 mujeres)	Talleres para el personal médico de la SSA, parteras empíricas y jóvenes sobre la Norma 190 y sobre derechos sexuales y reproductivos (1250) Ferias de la Salud (servicios médicos para mujeres) (3200 mujeres) 7 Foros informativos sobre derechos sexuales y reproductivos (700 mujeres)	8 Talleres de capacitación a parteras y promotoras (130 personas) Apoyo económico a parteras y promotoras (100 personas)	7 Eventos de capacitación a parteras y promotoras (100 personas) Incentivo económico a parteras y promotoras (137 personas)	5 Eventos de capacitación a parteras y promotoras (265 personas) Incentivo económico a parteras y promotoras (150 personas)	Este año no se aprobó el presupuesto para este programa, pero se continuó con el proceso de capacitación con el programa "Capacitación para el Desarrollo y la Equidad de Género 2010" y así cumplir con algunos de los compromisos adquiridos.	No se ejercerá recurso
Monto destinado	\$200,000.00 \$120,000.00	\$ 340,000.00	\$526,410.00	\$ 600,000.00	\$ 720,000.00		
Programa ejecutor	Bienestar Social Participación social de la Mujer	Bienestar y Calidad de Vida de las Mujeres.	Calidad de Vida	Calidad de Vida	Calidad de Vida		

Fuente: Información extraída de los archivos de la SEMUJER.

Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna son:

- a) La extensión a los límites normativos institucionales que condujeron a procesos de mayor alcance, amplitud e impacto, tal como la formulación del Modelo para el Fortalecimiento de los Derechos de las Mujeres con Enfoque de Género e Intercultural².
- b) El afianzamiento de una coordinación interinstitucional que ha permitido la consolidación de vínculos con otras instancias del propio gobierno, como la SSA, con otros organismos como UNIFEM y con otras organizaciones nacionales y locales de la sociedad civil; y muy particularmente, el impacto en el nivel individual y colectivo (en distintos aspectos de sus vidas) de las mujeres directamente beneficiadas por el programa.
- c) La constitución de una *Red de Parteras y Promotoras Comunitarias* en las regiones que concentran índices altos de muerte materna, fortalecida y alentada por las organizaciones sociales.

3.3 Las acciones: foros, talleres y capacitación.

El beneficio directo del *Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna* fue la entrega monetaria mensual en modalidad de becas a parteras y promotoras comunitarias; sin embargo, los alcances del programa no se restringieron a esta tarea. A diferencia de otros

² En consecuencia a las acciones emprendidas en el marco del programa sistematizado y considerando que desde la perspectiva de la SEMUJER la atención exclusiva de la muerte materna era insuficiente, debido a que las mujeres indígenas guerrerenses enfrentan otras formas de rezago y exclusión social, se llevaron a cabo otras acciones, entre éstas, con el apoyo de UNIFEM, un foro donde es propuesto el *Modelo para el Fortalecimiento de los Derechos de las Mujeres con Enfoque de Género e Intercultural*, reconocido como “Proyecto Modelo”, orientado a la atención de tres problemáticas: muerte materna, analfabetismo y violencia/procuración de justicia. El Proyecto Modelo se ejecutó en 15 municipios de las regiones Centro, La Montaña y Costa Chica durante los años 2009 y 2010 con financiamiento federal.

programas gubernamentales que también entregan apoyos económicos a grupos vulnerables –adolescentes, menores y adultos mayores–, este programa integró otras acciones complementarias, cuyo eje central fue la capacitación de las beneficiarias, lo que estimulaba su participación en foros, cursos y talleres, aunado al extenso trabajo comunitario; sin embargo, conforme el programa fue desarrollándose, las capacitaciones se convirtieron en ejes motores y paralelos en la orientación del programa, testimonio de esto lo narran las mujeres en el capítulo siguiente. Cabe señalar que desde inicio y durante todo el periodo de operatividad del programa se dio continuidad a las acciones desarrolladas.

En la generalidad, las capacitaciones tuvieron el propósito de fortalecer y desarrollar las habilidades, conocimientos y técnicas de las parteras para coadyuvar al descenso de la mortalidad materna, así como la sensibilización de los distintos actores participantes y la estimulación de la coordinación entre personal médico y las parteras. Se realizaron diversos eventos de capacitación a las integrantes de la Red en variadas temáticas: Detección de Embarazo, Signos de Riesgo, Salud Reproductiva, Prevención de la Violencia, Autoestima y Liderazgo, y Calidad de la Atención en los Servicios Públicos de Salud, Marco Normativo y Jurídico Nacional e Internacional de los Derechos de las Mujeres con énfasis en los Derechos Sexuales y Reproductivos, Objetivos del Desarrollo del Milenio, Mejorar la Salud Materna y Promover la Equidad y el Enfoque de Género, Interculturalidad, Autonomía, Negociación y Gestión fundamentalmente (Gobierno del Estado de Guerrero, 2009).

En el primer año de gestión de la SEMUJER, en coordinación con la SSA, se realizaron 11 Ferias de la Salud (número que aumentaría a 16 al año siguiente) e impartieron 15 cursos. En estas capacitaciones participaron 315 parteras tradicionales de las regiones de La Montaña, Costa Chica y Centro de las localidades de Chilapa de Álvarez, Ahuacuotzingo, Zitlala, Ayutla de los Libres, Ometepec, San Luis Acatlán, Tlapa de Comonfort, Alcozauca, Olinalá, Metlatónoc, Xochistlahuaca, Acatepec, Tlacoapa, Tlacoachistlahuaca y Malinaltepec. En coordinación con la SSA y los Centros de Integración Juvenil, se realizaron en los municipios de Chilpancingo, Chilapa de Álvarez, Taxco de Alarcón y San Luis Acatlán, cuatro conferencias y diversos foros para la prevención de adicciones y difusión de los derechos sexuales y reproductivos con la participación de 2000 jóvenes (SEMUJER, 2006).

En el segundo año de administración (cuadro 8) se implementaron dos programas: 1) el Programa de Bienestar y Calidad de Vida de las Mujeres y, 2) el Programa de Capacitación para el Desarrollo y la Equidad de Género. Ambos orientados a fomentar una corresponsabilidad institucional en temas relacionados

Cuadro 8. Resumen de acciones en tres regiones (marzo 2006 a febrero 2007).

Región	Municipio	Acción/Participantes
Centro	Heliodoro Castillo Zitlala Mártir de Cuilapan	3 ferias de la salud a 690 mujeres
	Ahuacutzingo Chilapa de Álvarez	2 jornadas de información sobre derechos sexuales y reproductivos a 247 mujeres
		1 taller de formación de derechos sexuales y reproductivos a personal del sector educativo, de salud y representantes de organizaciones sociales
	Heliodoro Castillo Eduardo Neri Quechultenango	3 cursos de capacitación para la prevención de la muerte materna a 58 parteras
La Montaña	Metlatónoc Malinaltepec Olinalá	3 eventos de capacitación para la prevención de la muerte materna a 59 parteras
	Huamuxtitlán Alpoyeca Xalpatlahuac	3 ferias de salud a 712 mujeres
Costa Chica	Ometepec San Luis Acatlán Tecoanapa	3 ferias de la salud a 1140 mujeres
	Copala	1 jornada de información sobre derechos sexuales y reproductivos a 82 mujeres
	Ometepec San Luis Acatlán Ayutla	3 cursos de capacitación para la prevención de la muerte materna a 99 parteras
	San Luis Acatlán	1 mesa redonda sobre derechos sexuales y reproductivos

Fuente: Elaboración de las autoras. Datos extraídos de la SEMUJER (2007).



Foto 1. Feria de la Salud, Costa Chica, Gro., julio, 2006.

con la salud sexual y reproductiva, la alfabetización de las mujeres y el desarrollo de las capacidades humanas. Se realizaron 16 Ferias de la Salud (ver foto 1) atendiendo a cinco mil 41 mujeres en situación de marginación. Para la prevención de la muerte materna se efectuaron 12 eventos de capacitación dirigidos a 299 parteras tradicionales en las siete regiones del estado. Asimismo, en materia de difusión de derechos sexuales y reproductivos se realizaron: 7 foros regionales de información dirigidos a 712 beneficiarias de diversos programas sociales del gobierno; y 6 talleres

para la formación de personal del sector salud, de educación, a estudiantes y a representantes de organizaciones sociales en los municipios de Acapulco, Iguala y Chilpancingo, con un total de 179 asistentes.

La muerte materna sin lugar a dudas siguió siendo una prioridad para la SEMUJER, como resultado de reuniones de evaluación que esta Secretaría mantenía con organizaciones sociales, durante el tercer año de gestión se planteó la necesidad de conjuntar esfuerzos institucionales involucrando a más actores y otras estrategias encaminadas a disminuir esta problemática. Tales estrategias se desarrollaron a través de 13 programas operativos.

En este periodo dio marcha al Programa Calidad de Vida, a través del cual se diseñó un plan de trabajo para la atención de la muerte materna y el fortalecimiento de capacidades sociales (SEMUJER, 2008; Gobierno del Estado de Guerrero, 2008). Los apoyos del precedente programa se aplicaron en las siete regiones del estado; sin embargo, destaca que del total del presupuesto, cerca del noventa por ciento fue destinado a las regiones Centro, La Montaña y Costa Chica (cuadro 9). Con la participación de las organizaciones sociales quedó constituida la Red de Parteras y Promotoras Comunitarias, a través de ésta se canalizaron los primeros cien apoyos económicos al mismo número de mujeres por un periodo de diez meses. Las becarias quedaron comprometidas a desarrollar una serie de actividades de atención y

Cuadro 9. Resumen de acciones (marzo 2007 a febrero 2008).

Región	Municipio	Presupuesto	Participantes
Centro	Chilapa de Álvarez Chilpancingo de los Bravo Eduardo Neri Leonardo Bravo Mártir de Cuilapan Quechultenango Tixtla de Guerrero	147 mil 700 pesos	60 mujeres en condiciones de emergencia
La Montaña	Acatepec Atlixac Cualác Tlapa de Comonfort	133 mil 967 pesos	Mujeres en condiciones de emergencia
	Atlamajalcingo del Monte Acatepec Malinaltepec Alpoyeca Olinalá Metlatónoc Tlapa de Comonfort		Se constituyó una red de salud para la prevención de la muerte materna Se capacitó a parteras y promotoras comunitarias integrantes de la red
Costa Chica	Igualapa Ometepec Xochistlahuaca Tlacoachistlahuaca San Luis Acatlán	411 mil 152 pesos	Se constituyó una red de salud para la prevención de la muerte materna
			Se capacitó a parteras y promotoras comunitarias
Norte	Taxco de Alarcón	2 mil 500 pesos	Mujeres en condiciones de emergencia
Costa Grande	Atoyac de Álvarez Coyuca de Benítez Tecpan de Galeana	45 mil 490 pesos	18 mujeres en condiciones de emergencia
	Atoyac de Álvarez		Una feria de salud para la detección de cáncer, beneficiando a 600 personas
Tierra Caliente	Arcelia San Miguel Totolapan	5 mil pesos	Mujeres en condiciones de emergencia
Acapulco	Acapulco	44 mil pesos	18 mujeres en condiciones de emergencia

Fuente: Elaboración de las autoras. Datos extraídos de la SEMUJER (2008).

seguimiento a favor de mujeres embarazadas. El total de localidades atendidas fue de 70 en 13 municipios que registraban altos índices de muerte materna. Además, se realizaron 8 talleres de capacitación a integrantes de la Red (ver foto 2).

En el cuarto año de gestión, a través del Programa Calidad de Vida, el programa citado orientó sus acciones a los siguientes proyectos:



Foto 2. Taller de capacitación de la Red de Promotoras y Parteras Comunitarias, Ometepec, Gro., abril, 2007.

1. Capacitación a integrantes de la *Red de Parteras y Promotoras Comunitarias*.
2. Incentivos económicos a promotoras y parteras, entregando 137 apoyos bajo la modalidad de becas
3. Alfabetización de mujeres en zonas indígenas para elevar el desarrollo humano.
4. Apoyos económicos a mujeres en situación de emergencia (atendiendo un total de 113 mujeres con subsidios económicos).

En el Cuadro 10 se precisa que el mayor porcentaje del presupuesto continuó aplicándose en las tres regiones con mayores índices de muerte materna. Durante este periodo se realizaron 7 eventos y 250 apoyos, beneficiando a 350 mujeres, destaca que los foros, los talleres, y las reuniones de seguimiento y evaluación se focalizaron principalmente en las tres regiones prioritarias. Los foros desarrollados en el transcurso del año 2008 tuvieron como sedes Ometepec, Tlacoachistlahuaca, Olinalá y San Luis Acatlán. Éstos se convirtieron en espacios de interlocución que permitieron la identificación de otras necesidades, así como el intercambio de experiencias entre las participantes. Con los foros se pretendía posicionar la problemática de muerte materna ante las autoridades locales y otras instituciones estatales (ver foto 3), además de dar a conocer algunos de los tratados ratificados por México para desarrollar acciones y prevenir este problema de salud pública, y

Cuadro 10. Resumen de acciones (marzo 2008 a febrero 2009).

Región	Municipio	Presupuesto/Participantes
Costa Chica	Ometepec Igualapa Xochistlahuaca Tlacoachistlahuaca San Luis Acatlán	390 mil pesos a integrantes de la Red de Parteras y Promotoras Comunitarias quienes en total atendieron a mil cien mujeres embarazadas
La Montaña		210 mil pesos a integrantes de la Red de Parteras y Promotoras Comunitarias quienes en total atendieron a 300 mujeres embarazadas
Centro	Chilpancingo de los Bravo Eduardo Neri Leonardo Bravo Tixtla Chilapa de Álvarez Mochitlán Gral. Eliodoro Castillo	167 mil pesos a 67 mujeres
Tierra Caliente	Atenango del Río Taxco de Alarcón Copalillo Huitzuc de los Figueroa	25 mil 588 pesos a 8 mujeres en situación de emergencia

Fuente: Elaboración de las autoras, datos de SEMUJER (2009).

promover la equidad entre los géneros. Se convocó a integrantes de la jurisdicción 06 de la Costa Chica de la SSA, Secretaría de Asuntos Indígenas, delegación de la Comisión de Derechos Humanos, Instituto Estatal de Educación para Jóvenes y Adultos (IEEJAG), representantes de autoridades municipales y de organizaciones sociales (SEMUJER, 2009).



Foto 3. Foro Regional para el fortalecimiento de capacidades sociales e institucionales para prevenir la muerte materna, Ometepec, Gro., mayo, 2008.

En el quinto año de gestión (cuadro 11), el Programa Calidad de Vida ejerció su presupuesto en dos proyectos: a) Fortalecimiento de la Red Social para Mejorar la Salud de las Mujeres y la Disminución de la Muerte Materna; y b) Ayuda social para mujeres en situación de pobreza. El primero tuvo el mayor monto de inversión. En coordinación con la SSA y organizaciones de la sociedad civil, con la finalidad de contribuir a la promoción de los derechos de las mujeres, principalmente el derecho a la salud se continuó con el fortalecimiento de capacidades de la *Red de Promotoras y Parteras Comunitarias* mediante dos procesos: la capacitación y la entrega de becas, las cuales aumentaron a 150. Las beneficiarias de las becas atendieron alrededor de 1,250 mujeres de 64 localidades de los municipios de Ometepec, Igualapa, Xochistlahuaca, Tlacoachistlahuaca y San Luis Acatlán (SEMUJER, 2010).

Durante el 2009 se desarrollaron también encuentros entre personal médico de la SSA y parteras y promotoras de salud integrantes de la Red (ver foto 4). Los encuentros se efectuaron en Ometepec, San Luis Acatlán y Tlapa de Comonfort,

Cuadro 11. Resumen de acciones (marzo 2009 a febrero 2010).

Región	Municipio	Acción	Participantes
Costa Chica	Ometepec	Foro para el Fortalecimiento de las Capacidades Sociales e Institucionales para Mejorar la Calidad de Vida de las Mujeres	103
La Montaña	Tlacoachistlahuaca	Foro para el Fortalecimiento de las Capacidades Sociales e Institucionales para Mejorar la Calidad de Vida de las Mujeres	74
	Olinalá		43
	San Luis Acatlán		111
	Tlapa de Comonfort	Taller género, prevención de la violencia, derechos de las mujeres, autoestima y liderazgo	15
	Tlapa de Comonfort	Taller calidad de la atención, detección de embarazo y signos de riesgo y salud reproductiva	15
Centro	Chilpancingo de los Bravo	Foro Nacional por los derechos sexuales y reproductivos	53
Total			414

Fuente: Elaboración de las autoras. Datos extraídos de la SEMUJER (2010).



Foto 4. Encuentro para la prevención de la muerte materna, Ometepec, Gro., mayo, 2009.

instalaciones de salud –hospitales o centros de salud–, lo cual estimularía una relación más cercana entre parteras y personal médico, además de que posibilitaría a las primeras conocer las instalaciones; sin embargo, esta estrategia sólo fue posible en San Luis Acatlán y Tlapa de Comonfort, en tanto que en Ometepec no ocurrió de esta manera debido a una contingencia sanitaria nacional (propagación de la influenza AH1N1).

Asimismo se realizaron talleres de capacitación (ver foto 5), dirigidos a personal de salud, jefes jurisdiccionales, responsables del programa Arranque Parejo en la Vida, y Violencia y Planificación Familiar, a personal directivo de hospitales y centros de salud de los municipios donde el programa tenía cobertura. La intención fue visualizar los diversos factores que intervienen en la problemática de la muerte materna proporcionando capacitación sobre elementos constitutivos del marco jurídico internacional, nacional y estatal que fundamentan la perspectiva de género y el

debido a que en dichos municipios se cuentan con centros médicos de primer y segundo nivel de atención. Este tipo de acciones condujo a un acercamiento entre integrantes de la Red con personal médico que brinda servicios en esos lugares. Inicialmente se propuso que, en todos los casos, los eventos se desarrollaran en las



Foto 5. Taller de Capacitación sobre Género e Interculturalidad, Chilapa de Álvarez, Gro., 2009.

enfoque intercultural como elementos sustantivos en el otorgamiento de los servicios de salud, partiendo del análisis de las estrategias mundiales y nacionales para reducirla. Énfasis especial fue la sensibilización sobre el papel que desempeñan parteras y promotoras de salud en las comunidades donde no existen servicios de salud, y la importancia de coordinación con ellas y otras instancias involucradas en la problemática. A dichos eventos asistieron 33 prestadores del servicio público de salud de las tres regiones de cobertura del programa.



Foto 6. Taller para la elaboración del protocolo de actuación y coordinación de acciones, Ometepec, Gro., 2009.

En un segundo momento se realizaron talleres orientados a la elaboración de protocolos de actuación y coordinación de acciones enfocadas a la disminución de la muerte materna (ver foto 6), con el objeto de analizar los eslabones críticos que causan demora en la atención a las mujeres embarazadas, considerando los factores socioeconómicos, culturales y de atención médica, así como identificar y visualizar la importancia de la participación de las integrantes de la Red y posicionar su papel ante el personal médico de la región.

Derivado de estos talleres se elaboró el documento “Estrategia para la implementación de acciones para la disminución de la muerte materna y la incorporación de la perspectiva de género” que enuncia siete elementos que inciden directamente en la prevalencia de muerte materna en el estado de Guerrero:

1. Ausencia de coordinación entre la SSA y otros programas estratégicos.
2. Ausencia de voluntad política de parte de la SSA para convocar a otras instancias estratégicas, como a autoridades comunitarias y políticas de los municipios.
3. Débil institucionalidad en el diseño e implementación de las acciones de la SSA del estado de Guerrero.

4. Ausencia de coordinación entre diversas áreas de la SSA, así como del primer y segundo nivel de atención.
5. Ausencia de equipamiento, insumos, recursos humanos y capacitación para prevenir embarazos, detectar signos de alarma y manejar urgencias obstétricas.
6. Ausencia de reconocimiento de actores y actrices estratégicos.
7. Falta de estrategias innovadoras y alejadas del modelo biomédico.

Precisamente el punto 6 remarca que el acompañamiento de personal alternativo y de familiares de las embarazadas era conveniente y oportuno para que las mujeres asistan al control prenatal o atención del parto en un hospital. Para subsanar esta deficiencia en este mismo periodo, en coordinación con el Instituto Nacional de Salud Pública y la SSA, se desarrolló el Proyecto de Investigación “Incorporación de personal alternativo para la atención del embarazo, parto y puerperio en clínicas rurales de la Secretaría de Salud” cuyo objetivo es la elaboración de una estrategia innovadora que permita la mejora en la atención de calidad durante el embarazo, parto y puerperio. También se buscó que el fortalecimiento de la atención médica favorezca la salud de la madre y del recién nacido mediante la incorporación de Parteras Profesionales Técnicas (PPT) y Enfermeras Obstetras (EO) como proveedoras alternativas en la atención básica obstétrica en clínicas rurales de la entidad.



Foto 7. Taller Práctico sobre Atención de Emergencias Obstétricas, Chilapa de Álvarez, Gro., 2010.

Frente a esta compleja y problemática situación, y en consecuencia a los procesos de capacitación, se logró el acercamiento local con instancias de la SSA. En el año 2010, la SEMUJER promovió un Taller Práctico sobre Atención de Emergencias Obstétricas (ver foto 7), el cual fue auspiciado por el director del Hospital General de la SSA en Chilapa de Álvarez. El taller se efectuó en las instalaciones de dicho nosocomio, quienes participaron

tuvieron la oportunidad de conocer las instalaciones, su funcionamiento y al personal que labora en éste. A través de la práctica y con apoyo de maniqués en la sala de expulsión del hospital cada participante presenció en promedio 4 partos durante los dos días de duración de la capacitación. La SEMUJER dotó a las integrantes de la Red de un baumanómetro tradicional (ver foto 8), reconociendo que este instrumento es útil para detectar signos de alarma y riesgo –presión arterial de la madre y latidos del corazón del producto–, el ponente instruyó a las mujeres en su manejo. Este mismo evento fue replicado en el municipio de Huitzuc de los Figueroa, aunque a diferencia del primero, en este taller solamente se utilizaron maniqués.



Foto 8. Entrega de baumanómetros, Chilapa de Álvarez, Gro., 2010.

Las variadas actividades emprendidas por la SEMUJER en el marco del programa sistematizado fueron respuesta institucional para coadyuvar en la problemática de la muerte materna. Las tareas promovidas resaltan la intensa y constante labor de parte de esta Secretaría para sumarse a alcanzar este fin. La importancia se reflejó en términos de asignaciones presupuestales, los montos financieros siempre fueron mayores cuando eran destinados a las tres regiones con alta incidencia de muerte materna, de igual manera, los montos asignados para cubrir las becas cada año aumentaron, se inició con 100 hasta llegar a 150. Además, el impacto del programa debe ser visto en las múltiples capacitaciones y el número de beneficiarias directas e indirectas (becarias, mujeres embarazadas atendidas, asistentes a capacitaciones, etcétera) pero, sobre todo, a través de la capacitación se abrieron caminos a procesos positivos de empoderamiento para las mujeres –individuales y colectivos.

3.4 La alianza con las organizaciones y la formación de la Red.

Uno de los factores estimulantes que ha promovido el interés por el *Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna* es que la relación entre la institución y las organizaciones

se escapó a un modelo institucional tradicionalista caracterizado porque las decisiones son verticales y jerárquicas y muchas veces sexistas. La toma de decisiones en el modelo tradicional es asumida por los responsables de las instituciones, sin considerar la opinión de los usuarios/beneficiarios (organizaciones y mujeres) quienes a lo más que pueden aspirar es a ser receptores del beneficio sin intervenir en el proceso. Este tipo de modelo puede observarse en programas como el Programa de la Mujer en el Sector Agrario (PROMUSAG) donde la supuesta transversalidad del enfoque de género es truncada tanto por el diseño del mismo como por ajustarse a un modelo esquemático vertical y direccionado –de arriba hacia abajo. Otra característica de un esquema institucional tradicional es la resistencia mutua –de la institución y de las organizaciones/beneficiarias– para romper relaciones fundamentadas en la inequidad de género y en la jerarquía.

A diferencia de esto, uno de los alcances mayores del programa sistematizado radica en aceptar que la relación entre el gobierno –a través de la SEMUJER– y las organizaciones de la sociedad civil se cimentó en una figura de sujetos/actores sociales y no sólo de objetos de intervención/asistencia. Se logró establecer un sistema de relaciones basadas en la reciprocidad, la complementariedad, la tolerancia y el respeto a la pluriculturalidad, una visión donde las mujeres son protagonistas. La participación abierta de las organizaciones incluía la toma de decisiones en el mismo nivel de interlocución, de opinión, de compromiso y de trabajo. Las organizaciones se colocaron como gestoras, representantes y guardianas de las mujeres beneficiadas y de los beneficios recibidos asumiendo el compromiso de trabajo y responsabilidad para lograr un objetivo común: prevenir y disminuir la muerte materna. Por supuesto, este logro fue estimulado por una voluntad política y democrática explícita de las autoridades de la SEMUJER. La participación activa de todos y cada uno de los agentes en esta dinámica permitió que se desplazara el esquema tradicional-vertical y se optara por una estrategia institucional horizontal-circular, donde las acciones conjuntas intentarían alcanzar tal fin común.

La constitución de la *Red de Parteras y Promotoras Comunitarias* funcionaría como un mecanismo que daría a las organizaciones y a sus integrantes, la oportunidad de opinar y ser parte activa en la toma de decisiones. De hecho, las primeras beneficiarias del programa fueron sugeridas directamente por las

organizaciones y la Red. Ésta representaría el enlace directo entre las mujeres beneficiadas –mujeres embarazadas–, las organizaciones sociales y la SEMUJER. A partir del año 2007 la Red quedó formalmente establecida, sus integrantes provenían de tres organizaciones sociales: Kinal Anzentik, A.C., Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas y Afroamericanas, y Casa de Salud de Mujeres Indígenas Manos Unidas de Ometepec A.C; y posteriormente la organización Noche Zihuame Zan Ze Tajome. La integración de mujeres a la Red debía cumplir con dos criterios fundamentales: en primer lugar que ellas fueran residentes de una comunidad indígena con altos índices de muerte materna, y segundo que tuvieran arraigo en la comunidad y un fuerte compromiso de trabajo.

El objetivo general de la Red de Parteras y Promotoras Comunitarias propone: Contribuir a la disminución de la muerte materna, la prevención de la violencia, el empoderamiento individual y colectivo y los derechos de las mujeres, mediante el fortalecimiento de la organización comunitaria a través de un proceso de capacitación (Programa de Trabajo de promotoras, 2007). Los objetivos particulares buscan fortalecer la corresponsabilidad entre la comunidad, organizaciones e instancias de gobierno; así como fomentar las habilidades de liderazgo, cabildeo, gestión y defensa de los derechos de las mujeres. Tales objetivos están orientados a apoyar las capacidades institucionales y sociales para mejorar la calidad de la atención en materia de salud. Información correspondiente al año 2008-2009 registra un total de 137 parteras ubicadas en más de 10 municipios: Ometepec (30), Olinalá (24), San Luis Acatlán (20), Tlacoahistlahuaca (18), Igualapa (14), Xochistlahuaca (14), Acatepec (3), Malinaltepec (5) y Tlacoapa (5), el resto en otras localidades (4).

Desde la constitución formal de la Red se han mantenido reuniones calendarizadas, en los primeros tres meses de cada año se elabora y define el programa de trabajo o plan de acción anual, donde se especifican las actividades a realizar y los compromisos asumidos por la Red, y las obligaciones y responsabilidades de las instituciones participantes (SEMUJER y SSA), así como de las organizaciones sociales. En las reuniones de trabajo participan personal de la Secretaría de la Mujer, representantes e integrantes de las organizaciones sociales y por invitación de la SEMUJER representantes de la SSA. Durante el primer año de conformación de la Red, las tareas principales se orientaron al desarrollo de eventos de capacitación, esto redundaría en el fortalecimiento de conocimientos y

habilidades de las integrantes de la Red. Para esto fue necesario hacer compromisos institucionales y sociales, recíprocos. La Secretaría de la Mujer se comprometió a conseguir los siguientes apoyos:

- Estímulo económico.
- Coordinar los eventos de capacitación y proporcionar alimentación y hospedaje a las personas asistentes a éstos.
- Dotar de baumanómetro a las parteras.
- Proporcionar una identificación a las promotoras que respaldara su trabajo comunitario.

Las cifras indican que, en términos de mujeres beneficiadas, el número fue en aumento anualmente. Durante el año 2007-2008 resultaron 100 beneficiadas, en el año 2008-2009 fueron 137; durante el año 2009-2010 el número aumentó a 150. Se esperaba que para el año 2010-2011 resultaran beneficiadas 165 personas. Asimismo la impartición de cursos y talleres de capacitación fue un compromiso cumplido.

Las organizaciones asumieron el compromiso de:

- Coordinar las acciones y dar seguimiento a los compromisos.
- Integrar un informe anual de actividades.
- Convocar a las promotoras comunitarias a los talleres de capacitación.
- Contribuir en el fortalecimiento y cohesión de la Red.

Por su parte, las integrantes de la Red de Parteras y Promotoras Comunitarias se comprometieron a:

- Participar en el proceso de capacitación.
- Informar y orientar a mujeres embarazadas en situación de riesgo y canalizarlas a los servicios de salud.
- Notificar a las parteras acerca de las mujeres en condición de embarazo para su seguimiento y orientación.
- Realizar reuniones con los diversos actores de la comunidad para socializar la información recibida en las capacitaciones.

- Generar espacios en la comunidad con los diferentes actores para difundir y promover los derechos de las mujeres y prevenir la violencia, mediante series radiales, spot, videos y folletos.
- Realizar las campañas “Porque yo me quiero y tú me necesitas” y “La muerte materna se puede evitar” en fechas conmemorativas (10 y 28 de mayo, 10 de agosto, 12 de octubre, 25 de noviembre).
- Desarrollar jornadas, eventos culturales, festivales escolares, para difundir información sobre la salud de las mujeres, prevenir la muerte materna y construir una cultura de buen trato.
- Vigilar y dar seguimiento de la atención oportuna, con calidez y sin discriminación en los servicios de salud existentes en las regiones.

Las funciones de las promotoras son múltiples: asesoras, facilitadoras, propulsoras de un proceso educativo, traductoras, gestoras, acompañantes, demandantes, etcétera. A través de las integrantes de la Red se ha procurado la participación activa de la comunidad tendente a la autogestión, se fomenta un proceso permanente y horizontal, sin generar relaciones de interdependencia ni reproducir relaciones tradicionales de poder y jerarquía. Ello obliga a sus integrantes a estar inmersas en procesos de formación y crecimiento personal. En el año 2007, la SEMUJER implementó un programa de capacitación en el que se involucraron las primeras 100 promotoras y parteras que integraron inicialmente la Red. Las capacitaciones han contribuido tanto al posicionamiento de las mujeres en su comunidades de origen como a estimular procesos de aprendizaje en materia de género, de prevención de la violencia, de derechos de las mujeres, autoestima, liderazgo, detección de embarazo y signos de riesgo, entre otros. Este proceso ha conducido al fortalecimiento de las capacidades y habilidades de las integrantes de la Red.

La SEMUJER partió de considerar que el proceso de capacitación produciría prácticas y el ejercicio de un trabajo especializado por cada una de las integrantes de la Red en la prevención de la muerte materna, y en consecuencia, el impacto social sería mayor. Además esta dependencia reconocía que el trabajo interno de cada organización redundaría a mediano plazo en el fortalecimiento de la Red en las localidades de cobertura del programa. La SEMUJER reconociendo lo invaluable

de la labor de cada una de ellas, en conjunto con las organizaciones deciden concentrar las actividades de las integrantes de la Red a efecto de tener evidencias que documentaran su trabajo (Anexos 1 y 2).

Las capacitaciones no solamente fueron dirigidas a integrantes de la Red, sino a personal de la SSA, ministerios públicos, personal del Instituto Estatal de Educación para Jóvenes y Adultos (IEEJEG), autoridades municipales y comunitarias, e integrantes de las organizaciones sociales colaboradoras. La SSA se sumó a las acciones de capacitación dirigidas tanto a las parteras y promotoras como al personal de salud a su cargo. A lo largo de estos cuatro años de trabajo, la colaboración de la SSA ha sido importante, incluso, como se mencionó en el apartado anterior, en Chilapa de Álvarez, en el año 2010 se permitió la capacitación vivencial de las parteras en partos atendidos en los centros de salud. Para este mismo año y ya desde el año 2009 en Ometepec se contaba con integrantes de la Red participando al interior del Hospital Regional como traductoras y acompañantes.

Podemos confirmar que el trabajo que han venido realizando las integrantes de la Red en cuanto a las acciones de prevención de la muerte materna ha impactado positivamente. Es importante señalar que precisamente, en aquellas poblaciones donde se encuentra alguna partera o promotora integrante de la Red (cuadro 12), el registro de casos de mujeres fallecidas en razón de causas asociadas a la muerte materna no está ocurriendo de manera acelerada, en otras palabras, en aquellas localidades que cuentan con presencia de alguna de las integrantes de la Red la muerte materna es prácticamente inexistente. Durante los años 2007, 2008 y 2009, de 11 municipios con 65 localidades donde existe la labor de alguna integrante de la Red solamente se habían registrado 6 fallecimientos. De esta manera podemos ratificar que mientras una mujer acompañe, dé seguimiento y asesore a otras mujeres, las incidencias de muertes relacionadas con esta problemática podrá ser prevenida y controlada, de ahí la importancia de estimular y dar continuidad a acciones como las derivadas del *Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna*.

En suma, podemos afirmar que este programa creció en términos de propósito, al pasar de la entrega económica simbólica a mujeres en modalidades de becas mensuales a integrar un programa completo de capacitación que se perfila como camino conductor de procesos de empoderamiento individual y colectivo.

Cuadro 12. Cobertura de la Red de Parteras y Promotoras Comunitarias (2007-2010).

Región	Municipio/cobertura	2007	2008	2009	2010
Costa Chica	Xochistlahuaca	X	X	X	X
	Tlacoachistlahuaca	X	X	X	X
	San Luis Acatlán	X	X	X	X
	Ometepec	X	X	X	X
	Igualapa	X	X	X	X
La Montaña	Metlatónoc	X	X	X	X
	Malinaltepec	X	X	X	X
	Tlapa de Comonfort	X	X	X	X
	Tlacoapa	X	X	X	X
	Acatepec	X	X	X	X
	Atlamajalcingo del Monte	X	X	X	
	Zapotitlan Tablas	X			
	Atlixac	X			
	Olinalá	X	X	X	X
	Alpoyeca		X		
Centro	Zitlala	X	X	X	X
	Chilapa de Álvarez	X	X	X	X
	Ahuacotzingo	X	X	X	X
	José Joaquín de Herrera			X	X
Municipios / Cobertura		17	16	16	15

Fuente: Elaboración de las autoras. Datos extraídos de los Programas de Trabajo de Promotoras (2007, 2008, 2009, 2010).

Igualmente, el programa creció en términos de impacto debido a que el número de becarias fue aumentando cada año, al igual que el número de mujeres beneficiadas indirectamente, por ejemplo, el número de mujeres embarazadas atendidas directamente y canalizadas es importante (cuadro 13), así como el número de mujeres participantes en cursos y talleres.

También el programa creció en términos de promoción, ya que a través de éste se logró instituir, al interior de la SEMUJER, un programa de mayor envergadura orientado a la atención no sólo de la muerte materna, sino de la impartición de justicia para prevenir la violencia y combatir el analfabetismo. Además creció en

Cuadro 13. Mujeres atendidas por parteras y promotoras (2007-2008).

Organización	Año 2007		Año 2008	
	Parteras y Promotoras	No. Mujeres atendidas	Parteras y Promotoras	No. Mujeres atendidas
Casa de Salud de Mujeres Indígenas Manos Unidas de Ometepec A.C.	35	238	32	275
Kinal Antzetik Guerrero A.C.	37	510	37	737
Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas y Afroamericanas.	23	124	31	591
Total	95	872	100	1603

Fuente: Elaboración de las autoras. Datos extraídos de la SEMUJER.

términos de alcance, logrando la cohesión y co-participación de diversas áreas de la SEMUJER, las organizaciones sociales y de otras instancias de gobierno. La toma conjunta de decisiones y la corresponsabilidad fueron alentadas significativamente. Esto indica la importancia que para esta administración representó establecer relaciones de reciprocidad, responsabilidad y confianza con las organizaciones para definir, discutir, analizar y decidir el rumbo de los recursos públicos y los presupuestos aplicados para cubrir las necesidades femeninas, lo que habla de un gobierno abierto y comprometido con las causas de las mujeres.

IV

El perfil de las mujeres entrevistadas y su testimonio

En este capítulo configuramos el perfil de las mujeres que han participado o participan de alguna manera en el *Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Prevención de la Muerte Materna*. En la primera sección la información es de tipo cuantitativo rescatada a partir de la aplicación de un cuestionario que permitió concentrar datos sociodemográficos. En la segunda sección se concentra información cualitativa que proviene de entrevistas a profundidad aplicadas a: directivas institucionales, responsables o coordinadoras de organizaciones y parteras, promotoras de salud, traductoras y alfabetizadoras, las cuales han sido beneficiarias directas de este programa.

El instrumento cualitativo aplicado a las funcionarias institucionales permitió recuperar información de su experiencia, intereses, motivaciones y herramientas personales que estimularon este programa, además de explorar la historia del origen del mismo, sus inconvenientes, logros y expectativas futuras. Con el instrumento cualitativo aplicado a las dirigentes de organizaciones y a las mujeres cumpliendo alguna función específica en el programa se logró identificar la estructura de la organización, el papel de la dirigente y su interés hacia el programa, y la situación y perspectivas desde su óptica sobre éste, además de las vivencias personales respecto al tema tratado: la muerte materna.

Ambos instrumentos (cuestionarios y entrevistas a profundidad) fueron contruidos a partir de ejes temáticos. En el caso de la entrevista a profundidad condensó una serie de preguntas que la conducían, sin embargo, la aplicación *in situ* dio pauta a la omisión de algunas preguntas o al contrario, la incorporación de otras. Metodológicamente, las entrevistas a profundidad se realizaron en los espacios cotidianos de las mujeres, ello permitió profundizar en el conocimiento de aquello que ocurre en los contextos familiares y organizativos, y la ubicación de los hechos

en “forma viva” con los sujetos de investigación dando cuenta de una comprensión de su mundo desde su mirada, desde su propia experiencia, y comprender sus situaciones particulares en el entorno en que se encuentran en relación a los aspectos complejos y los significados de la muerte materna.

4.1 Las organizaciones participantes y los servicios de salud.

Para diseñar la sistematización de la experiencia del *Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Prevención de la Muerte Materna* participaron integrantes de tres organizaciones, las cuales de manera conjunta con la Secretaría de la Mujer iniciaron acciones específicas en materia de prevención sobre esta problemática, mismas que fueron descritas en el capítulo anterior. Las organizaciones fueron:

- 1) **Kinal Antzetik Guerrero A.C.** (Tierra de Mujeres). Organización que ha buscado contribuir al desarrollo integral de mujeres y hombres, especialmente pueblos indígenas, mediante el fortalecimiento institucional; el fomento de procesos organizativos y autónomos, el trabajo comunitario, la formación, el acompañamiento, la incidencia, la atención psicosocial desde una visión sistémica con perspectiva de derechos, ciudadanía, equidad de género y respeto a la diversidad. En particular en el estado de Guerrero la organización se ha posicionado en el tema de la prevención de la muerte materna y la salud de las mujeres indígenas desde el año 2007 de manera formal, aunque su trayectoria histórica data de años atrás.
- 2) **Casa de Salud de Mujeres Indígenas Manos Unidas de Ometepec A.C.** Organización que tiene la misión de contribuir a erradicar la muerte materna y mejorar la atención a la salud en este sentido, en ella participan mujeres indígenas de diversas comunidades de los municipios de Ometepec, Tlacoachistlahuaca, Xochistlahuaca, Igualapa, San Luis Acatlán y Malinaltepec. Registros hasta el año 2009 indican alrededor de 160 mujeres apoyadas por esta organización para recibir atención en hospitales regionales, y del mes de enero a julio del año 2010 fueron 41 mujeres.
- 3) **Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas y Afroamericanas (CGMIA).** La organización tiene su origen en el año 2003 y se integra por las organizaciones Axale SSS, Noche Zihuame Zan Ze Tajome, Mephaa Savi

Mujeres Indígenas, Ndu na ñuu Savi, Consejo de la Nación Amuzga, Consejo Guerrerense Región Huixtepec e Igualapa, Consejo Nahua, A.C, Nochipacakisquetolajtol, Cooperativa Flores de la Tierra Amuzga y Casa de Salud de Mujeres Indígenas Manos Unidas de Ometepec A.C. Uno de los objetivos centrales es la promoción y el fomento de la salud y nutrición en las comunidades indígenas.

Posteriormente se unió a este proceso la organización **Noche Zihuame Zan Ze Tajome** cuyo objetivo central es realizar actividades que ayuden a mejorar la condición de las mujeres y sus familias sin fines de lucro. Actualmente trabaja con grupos de mujeres de los municipios de Chilapa, Ahuacotzingo y Zitlala, y concentra a 250 mujeres indígenas y campesinas organizadas en 16 grupos de comunidades alejadas y marginadas. Recientemente ha integrado el componente salud reproductiva con énfasis especial en la muerte materna. En el cuadro siguiente podemos observar el área de influencia de estas organizaciones y el número de entrevistas a profundidad aplicadas por cada una. Las personas entrevistadas fueron seleccionadas siguiendo la recomendación de directivas de la SEMUJER. La aplicación consideró la disponibilidad de cada una para responder las preguntas y la modalidad de su participación en el programa (parteras, promotoras, alfabetizadoras u otro).

Cuadro 14. Entrevistas a profundidad aplicadas por organización.

Organizaciones	Región de influencia	Núm. mujeres entrevistadas a profundidad
Kinal Antzetik Guerrero A.C. (Tierra de Mujeres)	Costa Chica/Ometepec	8 promotoras y 3 parteras
Casa de Salud de Mujeres Indígenas Manos Unidas de Ometepec A.C.	Costa Chica/Ometepec	4 integrantes de la organización
Noche Zihuame Zan Ze Tajome	Centro/Chilapa	1 integrante de la organización
Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas y Afroamericanas (CGMIA)	La Montaña	1 partero, 3 parteras, 2 promotoras y 2 integrantes de la organización
Total		24 entrevistas a profundidad

Fuente: Elaboración de las autoras, 2010.

Respecto al total de personas a quienes se aplicó el cuestionario, dependió directamente de las coordinadoras de cada organización. Kinal Antzetik Guerrero A.C. (Tierra de Mujeres) concentró a 15 mujeres, la Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas y Afroamericanas (CGMIA) 12 y 10 más están integradas en tres organizaciones que participan de manera directa con alguna de las anteriores (Red de Mujeres Indígenas, Red de Mujeres en Lucha por sus Derechos y Savi Yoko A.C.) (Cuadro 15). En cuanto a los servicios de salud, 30 de las mujeres, es decir,

Cuadro 15. Número de cuestionarios aplicados según organización.

Organización	Número de cuestionarios
Red de Mujeres Indígenas	2
Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas y Afroamericanas (CGMIA)	12
Red de Mujeres en Lucha por sus Derechos	2
Savi Yoko A.C. (Lluvia Sagrada)	6
Casa de Salud de Mujeres Indígenas Manos Unidas de Ometepec A.C.	15
Kinal Antzetik Guerrero A.C. (Tierra de Mujeres)	15
Total	52

Fuente: Elaboración de las autoras, 2010.

57.7 por ciento del total de entrevistadas respondió tener acceso a casas o centros de salud, 12 mujeres acuden a hospitales básicos comunitarios, 9 mujeres a hospitales de especialidades y 1 mujer al hospital de la madre y del niño (Cuadro 16). El tiempo de traslado fue en la mayoría de los casos menos de 30 minutos (19 mujeres), de 30 minutos a menos de dos horas (14 mujeres); y entre 2 a 3 horas (10 mujeres, es decir, 19.3 por ciento), el resto no respondió (9 mujeres).

Cuadro 16. Acceso a servicios de salud.

Tipo de servicio	Número de cuestionarios
Casa o centro de salud	30
Hospital básico comunitario	12
Hospital de la madre y del niño	1
Hospital de especialidades	9
Total	52

Fuente: Elaboración de las autoras, 2010.

4.2 Características sociodemográficas de las entrevistadas.

Las mujeres a las que se les aplicó el cuestionario fueron un total de 52. Según el lugar de origen o de radicación de las entrevistadas, 24 provenían de la región La Montaña, principalmente de los municipios de Olinalá, Acatepec y Tlacoapa; y 28 de la región de la Costa Chica de los municipios de San Luis Acatlán, Ometepec e Igualapa (Cuadro 17).

Cuadro 17. Mujeres entrevistadas según lugar de pertenencia.

Región	Municipio	Localidad	Número de cuestionarios	
Montaña	Olinalá	Iyocingo	3	5
		Techuatlillon	1	
		La Libertad	1	
	Cochoapa el Grande	Cahuañaña	2	2
	Acatepec	Mexcalapa	2	5
		Zontecomapa	3	
	Tlacoapa	Plan de Guadalupe	1	5
		Tlacoapa	4	
Copanatoyoc	Copanatoyoc	1	1	
Metlatónoc	Metlatónoc	4	4	
San Luis Acatlán	Paso del Oro	2	2	
Subtotal				24
Costa Chica	Tlacoachistlahuaca	Huechuetenoc	1	1
	Xochistlahuaca	Guadalupe Victoria	1	4
		Xochistlahuaca	2	
		Los Lirios	1	
	Igualapa	Llano Grande de los Hilarios	3	7
		Acalmani	2	
		Llano Grande de Juárez	1	
		San José Buenavista	1	
	Ometepec	Cruz Verde II	1	7
		Huixtepec	3	
Ometepec		1		
Col. Alianza C.		1		
Cumbre de Barranca Honda		1		
Subtotal				28
Total			52	52

Fuente: Elaboración de las autoras, 2010.

La forma en la que participan es cumpliendo funciones de promotoras de salud (28 mujeres), parteras (15 mujeres), promotoras de educación –alfabetizadoras– y difusoras de información y asistentes a cursos (9 mujeres) (Cuadro 18). Sólo una mujer dijo no participar hasta ese momento en el *Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Prevención de la Muerte Materna*, el resto sí lo hace (98 por ciento del total de entrevistadas).

Cuadro 18. Modalidad de participación de las mujeres entrevistadas.

Función	Número de cuestionarios
Partera	15
Promotora de salud	28
Promotora de educación	2
Difusora de información	3
Asistente a cursos	4
Total	52

Fuente: Elaboración de las autoras, 2010.

El promedio de edad entre las entrevistadas fue de 39.9 años, sin embargo, en los casos de las parteras, el promedio de edad fue de 56.3 años. Según grupos de edad, las mujeres se concentran principalmente en el grupo de 30 y hasta 49 años (26 mujeres), siguiendo, las del grupo de 50 y hasta 70 años (12 mujeres), y finalmente, en el grupo de 15 y hasta 29 años (9 mujeres). La situación civil de las mujeres entrevistadas fue en 32 casos casadas, 8 viudas, 5 jefas de familia y 5 solteras (Cuadro 19).

Cuadro 19. Grupos de edad y estado civil de las mujeres entrevistadas.

Grupo	Núm. cuestionarios	Situación civil	Núm. cuestionarios
De 50 años y hasta 70 años	12	Casada	32
De 30 años y hasta 49 años	26	Jefa de familia	5
De 15 años y hasta 29 años	9	Soltera	5
No contestaron	5	Viuda	8
		No contestó	2
Total	52	Total	52

Fuente: Elaboración de las autoras, 2010.

El promedio de hijos fue de 4.2, en el caso de las mujeres parteras el promedio fue de 6.8 hijos. Por grupos de edad, se concentra en: de 4 a 6 (16 mujeres), de 1 a 3 (14 mujeres) y de 7 a 11 (13 mujeres), 5 mujeres declararon no tener ninguno. Respecto a su situación de saber leer y escribir, 39 mujeres respondieron afirmativamente, mientras sólo 8 dijeron que no, el resto no respondió. El nivel de escolaridad es principalmente básico (20 mujeres) en los grados de primero y segundo; enseguida el nivel medio (8 mujeres), posteriormente medio superior (4 mujeres), en estos casos todas con preparatoria concluida; y finalmente, nivel superior (2 mujeres), ambas con grado obtenido. En cuanto a su condición de lengua, 41 de las 52 mujeres dijeron hablar español y alguna lengua indígena, es decir, 78.8 por ciento del total de mujeres; solamente 7 dijeron hablar exclusivamente su lengua y 3 dijeron hablar sólo español (Cuadro 20). Las lenguas referidas fueron Náhuatl, Mixteco, Tlapaneco, Amuzgo y Nasavi.

Cuadro 20. Nivel de escolaridad y lengua hablada de las mujeres entrevistadas.

Nivel	Núm. cuestionarios	Lengua	Núm. cuestionarios
Primaria	20	Habla español y lengua	41
Secundaria	8	Sólo habla su lengua	7
Preparatoria	4	Sólo habla español	3
Licenciatura	2	No contestó	1
No corresponde	8		
No contestó	10		
Total	52	Total	52

Fuente: Elaboración de las autoras, 2010.

Acerca de las actividades reproductivas y productivas que las mujeres realizan, en el cuadro 21 se enlistan las más enunciadas; destaca la modalidad de combinación de actividades. Solamente 15 mujeres, es decir, 28.8 por ciento respondieron tener un ingreso mensual, el promedio de éste era de alrededor de 800 pesos mensuales, en estos casos correspondieron a mujeres con algún tipo de actividad económica estable. El resto de mujeres expresó no contar con ningún tipo de ingreso fijo.

Cuadro 21. Actividades principales reportadas por las mujeres entrevistadas.

Modalidad	Actividades
Combinada	Ama de casa, venta de pozole, venta de tamales, matadora de reses Promotora de educación, promotora de salud Partera, cuidar mujeres embarazadas, curandera Medicina tradicional, campesina Artesanías, trabajo en casa
Una sola	Cultivo de maíz Directiva de organización Administrativa en dependencia educativa

Fuente: Elaboración de las autoras, 2010.

Las mujeres parteras refirieron recibir un pago por parto atendido de alrededor de 300 pesos, aunque destaca que estos fueron casos mínimos, la mayoría de ellas reciben pagos en especie (frijol, maíz, azúcar y otros). El número de partos atendidos al mes es de alrededor de dos. En cuanto al número de partos atendidos desde que iniciaron su práctica fue indefinido, en la mayoría de los casos, lo que significa que no llevan una contabilización, resalta que tres mujeres respondieron haber asistido más de 100 partos. Los instrumentos utilizados durante el parto son algunos básicos como guantes, pinzas, tijeras, cinta métrica, sabanas, agua, hilo, navajas, lubricantes, hielo, perilla, hule, pero algunas mujeres precisaron el uso de utensilios locales como palo tiyon, hilo de coco, carrizo, petate, hierbas o, simplemente, la mano.

En cuanto a capacitaciones, 32 de las 52 mujeres, es decir, 61.5 por ciento dijo haberse capacitado. Los temas de capacitación han sido en relación a: a) Prevención y atención de muerte materna, b) Derechos sexuales y reproductivos, c) Violencia intrafamiliar, d) Tratamiento de partos, e) Embarazo en riesgo, f) Violencia hacia la mujer, g) Cuidado Materno y Puerperio, h) Buen trato, i) Calidad de vida, y j) Derechos a la salud. En el cuadro 22 se reseñan las actividades que las mujeres entrevistadas realizan en coordinación con el personal del sector salud, como las tareas que ellas emprenden en sus comunidades.

Como daremos cuenta en los siguientes apartados, este perfil adquiere un rostro humano que va más allá de la simplificación numérica y del recuento de actividades.

Cuadro 22. Actividades realizadas por las mujeres entrevistadas.

Lista de actividades	En coordinación con personal de salud	En la comunidad
Llevar o acompañar a mujeres embarazadas a revisión o citas médicas	X	X
Trasladar a mujeres embarazadas en riesgo		X
Canalización de mujeres embarazadas al hospital	X	
Informarse si las mujeres acuden a cita médica		X
Visitar enfermos	X	X
Visitas domiciliarias a mujeres embarazadas		X
Pláticas de salud (sensibilización, higiene en la comunidad, violencia intrafamiliar, planificación familiar a jóvenes, derechos)	X	X
Apoyar a los médicos a tomar presión, peso, talla e inyectar	X	
Aplicar inyecciones, tomar presión y aplicar sueros		X
Traducción y apoyo de gestión a mujeres embarazadas	X	X
Control prenatal	X	X
Levantar censo de mujeres embarazadas		X
Revisión de cartillas	X	
Revisar a las mujeres embarazadas		X
Atención de partos		X
Invitarlas al centro de salud		X
Elaboración de medicina natural		X
Información y orientación a mujeres (tomar ácido fólico, alimentarse bien, signos y síntomas de alarma)		X
Alfabetización		X
Convocar a reuniones		X
Bajar información de internet		X
Bañar al bebé y a la mujer		X
Vigilar a la madre y al bebé en la cuarentena		X
Acomodar al bebé		X
Organizar talleres comunitarios		X
Detectar embarazadas de alto riesgo		X
Participar en campañas del hospital	X	X

Fuente: Elaboración de las autoras, 2010.

4.3 Los testimonios.

En esta sección plasmamos testimonios de algunas de las mujeres que se encuentran activamente participando en el *Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Prevención de la Muerte Materna* ejecutado por la Secretaría de la Mujer. Su función como parteras, promotoras de salud, alfabetizadoras, traductoras, coordinadoras e integrantes de organizaciones, así como directivas institucionales permitirá distinguir en términos cualitativos el impacto de dicho programa. La intención es exponer su opinión sobre el tema que compromete a este libro: la muerte materna ocurrida en el estado de Guerrero. Queremos resaltar la importancia de dar la palabra a cada una de estas mujeres porque posibilita dar cuenta de la amplia o limitada información que ellas tienen, la posibilidad de potenciar su experiencia a otras mujeres, y sobre todo, el reconocimiento que damos a un trabajo que contribuye a un compromiso de la humanidad basado en la justicia social y la equidad genérica.

4.3.1 El testimonio institucional.

Rosa María Gómez Saavedra. Una trayectoria comprometida con las mujeres.

He sido maestra universitaria, mi carrera profesional es licenciada en educación superior y soy maestra del nivel medio superior de la Universidad Autónoma de Guerrero desde hace más de treinta años. He ocupado diversos cargos, pero el que marcó mi vida fue el haber ocupado la Secretaría de Acción Femenil del Sindicato de Trabajadores Académicos de la Universidad Autónoma de Guerrero en el año 1987. Esta responsabilidad me hizo vincular con procesos organizativos de otras mujeres que como yo ocupaban cargos en los sindicatos. En ese momento empecé a distinguir que la diferencia entre hombres y mujeres va más allá de la diferencia sexual. En el año 1989 asistí al Cuarto Encuentro Feminista realizado en la Universidad de Chapingo, esa fue mi primera participación en el movimiento de mujeres. Más tarde, aquí, en Guerrero me incorporé a una organización civil de mujeres que se denomina Mujeres por la Democracia. En el año 2000 fui invitada por el presidente municipal de Acapulco, el contador Carlos Zeferino Torreblanca Galindo, actual gobernador, para ser la Directora de Asuntos de la Mujer y Grupos Vulnerables. En esa época, ésta era a nivel municipal, la primera instancia de atención para las mujeres. Durante el periodo que ocupé este cargo se creó el Consejo de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar en

el municipio de Acapulco. Creo que desde entonces desarrollo una militancia política y una militancia social en el movimiento de mujeres. A los quince días de la toma de posesión del actual gobernador, me llamó para comentarme que formaba parte de una terna para ocupar la titularidad de Secretaría de la Mujer, a los ocho días me confirma y me invita formalmente a incorporarme a su gobierno.

Su compromiso para erradicar la muerte materna y realizar acciones preventivas.

Debe haber un compromiso y después las acciones deben cumplirse, para ello debe existir un presupuesto. Si aquí hay una mujer embarazada no solo la debe adoptar la institución de salud, sino todas las partes sociales, las redes familiares y sociales. Especialmente, cuando se encuentran en situaciones de riesgo, en condiciones de vulnerabilidad y pobreza, lo que tenemos que buscar es que ellas lleguen al fin del parto de manera satisfactoria, y digo esto, porque aún con todo el esfuerzo que hemos hecho, se siguen muriendo las mujeres y las razones siguen siendo las mismas, algunas veces esto te puede desanimar, pero debemos entender que es un proceso de largo plazo, en el cual todos debemos comprometernos, desde el policia que te abre la puerta del hospital y que debe saber que la mujer que llega en situación de riesgo debe ser atendida inmediatamente y no enviarla a que continúe caminando hasta que el parto se aproxime. Igual de importante son las condiciones con que deben contar los municipios, las redes comunitarias son fundamentales, la mejora de los caminos y las comunicaciones, las cuales muchas veces hacen que las mujeres no lleguen a tiempo a lugares donde puedan ser atendidas de manera profesional.

Una estrategia institucional de gran impacto.

Soy una mujer convencida de que la participación ciudadana fortalece a un Estado de derecho, vengo del movimiento ciudadano, voy a regresar al movimiento ciudadano, no olvido que soy una ciudadana, aunque ahora tenga una responsabilidad gubernamental y política. Tengo esa visión, la he tenido y mantenido desde que soy trabajadora académica, y en los distintos cargos que he ocupado. Para mí, las organizaciones civiles son aliadas del gobierno y nunca es más lo que piden, sin embargo, se debe saber que algunos presupuestos no salen de ciertas instituciones, lo que si hemos hecho a través de la Secretaría es coadyuvar a buscarlos en otras áreas del gobierno donde puedan atender sus demandas, o incluso en organismos internacionales. Las organizaciones son aliadas y bajo esa visión hemos establecido relaciones equitativas, hemos podido trabajar juntas no solo en el tema de muerte materna sino en otros procesos organizativos y participativos que la Secretaría ha

“Nadie se muere por parir”...

emprendido. Con esta visión, dejamos la visión asistencial para pasar a una visión de incorporar a las mujeres al desarrollo.

Algunas de las limitaciones.

Las autoridades deben plantear un programa de acción afirmativa para las mujeres y esto significa etiquetar un presupuesto para la atención de la muerte materna. Así, la autoridad se podrá responsabilizar del traslado de una mujer al hospital a la hora que sea necesario, el ayuntamiento puede apoyar económicamente, para la gasolina. Ese tipo de acciones pueden salvar la vida de muchas mujeres, pero debe quedar estipulado en la norma. Que cada mujer sepa que hay una red que la protege para que su vida y la de su hijo lleguen a buen término.

Violeta Pino Girón. Una lucha tenaz.

He participado en organizaciones feministas desde los años ochenta en el marco universitario, desde ahí compartí con muchas mujeres y se generó una organización llamada Mujeres por la Democracia, estimulamos temas relacionados con los derechos de las mujeres. En el contexto internacional de convenciones y conferencias mundiales, muchas organizaciones sociales alentaron ese tema en México y Guerrero no fue la excepción. Había otras organizaciones con las que nos coordinábamos para colocar en los ámbitos legislativo, judicial, y municipal del estado ese tema. El paso fue de la lucha y la demanda naciente en las organizaciones hacia la representación pública y la administración gubernamental.

Una visión institucional que favorece.

Soy una mujer convencida de que los derechos de las mujeres son fundamentales para una vida digna, y al integrarme a la Secretaría asumí en mi carácter de servidora pública hacer lo posible para garantizar esa igualdad en el ejercicio de cada uno de los derechos de las mujeres. En la Secretaría de la Mujer integramos un Programa Estatal por la Equidad, que a pesar de ser sexenal era obligatorio para todas las dependencias del gobierno, no solamente para la Secretaría. Estamos convencidas que la igualdad de las mujeres en todos los ámbitos, salud, educación, participación política, desarrollo económico no es competencia exclusiva de la Secretaría de la Mujer.

4.3.2 Los testimonios de las beneficiarias.

Asunción Ponce Ramos, “tengo 60 años, soy mixteca, partera y promotora de salud, ahorita soy la presidenta de la Policía Comunitaria de San Luis Acatlán, la única mujer que ha representado ese cargo”.

“Yo tenía ganas de aprender algo”. Compromiso activo pro la defensa de los derechos de las mujeres de su región.

Yo hablo mixteco, eso me facilita para platicar con las mujeres de otras comunidades, empecé a trabajar con las mujeres muy joven, he sido promotora del Programa Oportunidades desde el año 1999 y hasta la fecha, he tomado cursos de primeros auxilios en el centro de salud, aprendí a aplicar sueros y a inyectar. Una vez hubo un brote de cólera y empecé a atender a la gente, en el centro de salud casi no había medicamentos, todo eso nació de mí, yo tenía ganas de aprender algo, quizás porque no tuve estudios, nunca recibí nada, ningún apoyo, todo lo hacía por mi propia voluntad, me gustaba saber de primeros auxilios, es muy útil para la familia, para otra persona que se presente, antes de que se ponga muy grave lo puedas mandar al hospital. Coordiné la zona de Buena Vista, en el año 2006 vine a nombrar a todas las promotoras y promotores que son parteros y parteras, empecé a organizarlos en todas las colonias.

“Todos somos culpables”. Foro Nacional para la Prevención de la Muerte Materna.

En mi pueblo, en el año 2005 participaba con el Dr. Jorge García Vázquez, presidente de la Comisión de Salud, dábamos seguimiento a las comunidades con una unidad móvil, se hacían ultrasonidos para chequeo del embarazo a las mujeres de la zona mixteca y tlapaneca. En ese año asistí a un foro de salud en San Luis, me vine con parteras de varias comunidades, muchas jamás habían asistido a alguna reunión, esa fue la primera vez. Al foro también vinieron autoridades de diferentes instancias, recibieron la inconformidad de la gente: ‘en las clínicas o los centros de salud no hay medicamentos, no hay doctores, no hay enfermeras, no hay ni siquiera un técnico que de atención’. Teníamos el primer lugar de muerte materna, en ese tiempo se escuchaba que murió una señora. En 2005 se murieron dos señoras. La gente estaba molesta, reclamaba sus derechos, culpaba a las autoridades. Yo dije que todos somos culpables, nosotros como comunidad, la gente con sus usos y costumbres es difícil, el hombre es muy machista y niega a la mujer que vaya con una

“Nadie se muere por parir”...

doctora y la revise, el hombre es muy celoso de que descubran a su mujer, los señores no cambian, aunque una quiera cambiar las cosas todavía los señores ponen sus condiciones; y la autoridad, no se dan pláticas, la gente no está capacitada. A partir de ese foro y del compromiso de las autoridades hemos podido evitar la muerte materna, en mi pueblo ya no se ha dado.

“Estaba tendida la difunta”. Acontecimientos y experiencias de otras.

Una muchacha dicen que murió, pero le echaron la culpa a una vecina, según que esa señora le había echado brujería, pero no, esa muchacha su temor fue que no tenía familia, era recién juntada y su esposo se fue a trabajar al norte y ella se quedó en el pueblo y quizá otro muchacho la convenció, entonces se embarazó y ella no quería que su familia supiera y buscó la forma de cómo echar abajo ese embarazo. Resulta que se va a hacer un legrado y creo que ya todo estaba muy mal y ahí la muchacha no vivió, pero mientras se decía que era brujería. La señora falleció y también el niño, fue en el mes de noviembre del 2005. Otra de nombre Marina, en 2005 también, se fue a aliviar, a hacerse cesárea, a tener su bebé en Ometepec y regresó a su casa con temperatura y temperatura, y no se le quitaba, empezaron a curarla con las costumbres de aquí, cuando vieron que no se le quitaba, la llevaron a Acapulco, ahí les dijeron que se le quedó una gasa adentro de la herida y le cayó cáncer y falleció, fueron dos muertes en el año, ya estaba tendida la difunta, al siguiente día la enterraron. También, apenas murió una de Hidalgo y ya no queremos que pase aquí en el pueblo, pero allá en Hidalgo está abandonado, hay una auxiliar de salud pero viene cuando quiere, cuando se le da la gana, y así no, lo que se debe hacer es nombrar dos de aquí, para que se vayan allá, ya les expliqué a las otras que se vayan preparando, que vayan mejorando y podrían coordinarse con la autoridad, solicitar medicamento, exigir que la gente sea atendida mejor y todo eso, dijeron que sí lo iban hacer.

“No hacíamos eso, nada, no había ni promotoras”. La importancia de su trabajo.

Ahora que hay promotoras estamos entrevistando a las señoras de casa en casa, estamos al pendiente, les pedimos los datos con un formato que nos da la Secretaría de la Mujer y ahí anotamos todos los datos: nombre de la promotora, fecha del día de la visita y nombre de la embarazada, edad, fecha de la última regla, cuántos hijos tiene, si es casada o no es casada, todo eso se contesta y ya lo entregamos... [antes de 2005] no hacíamos eso, nada, no había ni promotoras, nada. Igual, como partera, una atiende a una embarazada que tenga siete u ocho meses, si ella llega a mi casa y quiere que la revise, la reviso, conozco el latido

del corazón del bebé, le digo como está acomodado el niño, pero no le puedo asegurar si el niño viene bien porque hay que estar segura que el niño no trae el cordón circular en el cuello sino hay que mandarla al hospital para un ultrasonido. Un día el doctor Félix nos dice que el bebé de una señora, era niña, tenía el huesito de la cabeza zafado porque la estuvieron mueve y mueve, acomodándolo, entonces, el doctor le dijo ‘madre tu bebé ya no tiene vida, ya falleció, lleva como seis o siete días de muerto’. No supe que pasó, la cabeza del bebé se fracturó, ella empezó a llorar. En el ultrasonido se vio la figura y luego por escrito. La llevamos al hospital general y la recibieron en urgencias, nos informaron que le iban a provocar los dolores para que puedan extraer el producto, ya lo sacaron y se quedó internada, a los tres días la dieron de alta, la llevaron a su casa. Ahora ya está de nuevo embarazada, ya tiene seis meses, pero ya le dije tómate tu ácido fólico, vete con la doctora, ahora sí, sigue todo al pie de la letra, ahora ya le sacaron ultrasonido y resulta que va a ser niño, anda bien contenta ella y el esposo, el esposo está bien ilusionado, yo les digo a las mujeres, háganse el estudio de laboratorio y de ultrasonido, tómense su suplemento que se les da en el centro de salud, el ácido fólico sirve para que el niño vaya bien formadito, para que ustedes estén bien de peso deben de alimentarse.

“A ver ¿por qué nos denunció?”. El contacto con personal de salud y la SEMUJER.

Un enfermero, una enfermera debe atender a la gente, que tenga esa amabilidad de atender a la gente, no fijarse si va mal vestido, no ver que no puede pronunciar el español, que medio habla su dialecto y un poco el español, por eso debe haber alguien para traducir, que atiendan a la gente siempre bien porque luego unas ya se dan su importancia y eso es muy malo porque gracias a ello tienen un trabajo y si no hubiera pacientes, si no hubiera necesidad en las comunidades, pues no hubiera trabajo para los doctores, ellos deben ser muy sensibles con la gente. Una vez, una directora me empezó a pedir los datos de la mujer que llevaba, cómo se llama, cuántas semanas de gestación llevaba y porqué la llevaba. ‘Pues para programación de parto para cesárea, por eso la traigo’, pero me dijeron que no hay donadores, le dije al doctor ‘le prometo mi palabra de honor que en tres días traigo los donadores’, pero no me la querían recibir; entonces hablé con el doctor Fernando Valle Zavaleta, le dije ‘le informo a usted que yo ya cumplí, si pasa algo ya no es mi responsabilidad solamente eso quiero avisarle’ me dice ‘no, no, vaya al hospital y ahí va hablar con la trabajadora social’, regresé y ya tenían a mi paciente tomándole los datos, ya la estaban atendiendo, se la llevaron a bañar, le ponen la bata, luego le pusieron la solución, me quedé afuera, entonces en la tarde le sacaron al bebé, ya nació la niña, la internaron como a las dos de la tarde y a las cinco ya estaba la niña recién nacida, le hicieron cesárea, la acompañé

“Nadie se muere por parir”...

porque se quedó allá. Al siguiente día me llamaron a la dirección, saludé y me dice la doctora, ‘a ver ¿por qué nos denunció?’, le dije ‘doctora yo fui la que habló, pero no fue denuncia, si fuera denuncia hubiera sido otra gente, yo solamente informé’, me quiso regañar y le dije ‘doctora, tómelo como quiera, yo sólo traje a mi mujer, soy promotora y le tengo que cumplir’. Yo sí hablo directamente, ando tomando nota donde quiera, tomo el número de placas, qué carro me lleva, así me ando moviendo para que atiendan bien a mi gente.

Rocío N., “el 7 de diciembre del 2009 se legalizó formalmente la organización, soy la vicepresidenta, ahorita estoy apoyando el proyecto que está impulsando la Casa de la Mujer Indígena en San Luis Acatlán, también voy asesorar a las compañeras que van a entrar como coordinadoras”.

“No pueden hablar español”. La importancia de su trabajo.

Como promotoras nos enfocamos mucho a la prevención de la muerte materna, llegan mujeres que no hablan español, hablamos nuestra lengua, nosotras vemos esa necesidad, porque si hablamos bien el español y también la lengua podemos traducirle a nuestra mujer.

“Una cadena de acompañamiento”. La participación y asociación de las organizaciones.

La organización nació con el tema de la salud, nos dimos cuenta que las mujeres de nuestras comunidades se cierran y no iban al hospital, tenían desconfianza porque no hay alguien que les traduzca, alguien que hable su propia lengua, y nos interesamos en la salud, muchas mujeres se mueren por falta de información, no hay quien las oriente, no hay una líder que vaya con ellas. Entonces decidimos formar este grupo, ahora ya hay líderes que acompañan a las mujeres. Se creó la oficina con ese objetivo, que a esta casa llegue una mujer y se sienta en confianza porque aquí hablamos su lengua, estamos aquí para darles acompañamiento, por eso nacimos como organización. Cuando no estábamos constituidas, las mujeres no tenían un espacio donde realmente encontraran apoyo. Ahora estamos trabajando en cinco municipios: Xochitlahuaca, Tlacuache, San Luis, Igualapa y Ometepec, en esos municipios trabaja la Red de Promotoras y funciona, por ejemplo, si no podemos comunicarnos con alguna de ellas por la distancia pues usamos el teléfono o le mandamos recado con el de la camioneta, o también, ella nos manda una paciente para que aquí le demos seguimiento, así es como hemos estado trabajando, en cadena, una cadena de acompañamiento, y vigilamos cómo la atendieron y si le dieron la atención que realmente requería.

“Me sucedió con una de mis hijas”. La experiencia propia.

Me integré al programa de casas de la salud como promotora, no tenía mucho conocimiento pero veía la necesidad de mi comunidad. A mí me sucedió con una de mis hijas que por falta de recursos se le murió su bebé en su estómago y en la comunidad. Eran las tres de la mañana y tuve que andar tocando puertas para conseguir dinero prestado y llevar a mi hija al municipio para que la atendiera un médico, corrí con mi hija al centro de salud y resulta que no hay ni siquiera un par de guantes para que el médico la checara, eso me hizo desesperar, era tiempo de lluvias y no había ni luz, nada, comencé a participar para beneficiar a mi comunidad, sé que al ponerme ahí iba a beneficiar no sólo a mi comunidad, sino a muchas comunidades.

“Hacíamos el trabajo por decisión propia”. El reconocimiento a su trabajo.

En ese tiempo que estuve no había recursos, no recibíamos ni una compensación, hacíamos el trabajo por decisión propia, de nosotras, teníamos que correr a nuestra casa a traer el frijolito, el chile, que la sal para poder estar ahí y esperar en qué momento llega la mujer, no había dinero en ese tiempo. Cuando surge lo de la Secretaría de la Mujer siento que como promotora o como lo que soy hoy se nos compensó el trabajo que estábamos haciendo, porque empezamos a trabajar con la Secretaría y veíamos realmente el producto de ese seguimiento, de ese mérito que estamos haciendo, si ella me daba doscientos, cien pesos, me sentía muy bien recompensada. A lo mejor no todo funcionó al cien por ciento pero mi respeto para la Secretaría de la Mujer porque siempre sobrealzó el trabajo de nosotras, se resaltó este trabajo que nosotras veníamos haciendo, lo hicimos con más empeño y ojala que todas las instancias respondieran de la misma manera porque nosotras estamos haciendo un trabajo en la comunidad, estamos tratando de ayudar a las compañeras.

Nemesia Quintilo Morales Pablo, “soy promotora de salud en la comunidad de Huixtepec, municipio de Ometepec, vocal de nutrición del Programa Oportunidades y estoy en la mesa del Comité del Centro de Salud”.

“Yo he puesto el dedo muy duro ahí”. El contacto con personal de salud y la SEMUJER.

Andamos bien metidas, de hecho estamos presionando mucho al centro de salud por la atención que les dan a las mujeres embarazadas, muchas mujeres no van al centro de salud porque el médico no les da el tiempo que ellas necesitan. Ahorita ya marcamos fechas, el

“Nadie se muere por parir”...

doctor Fidel Hernández está atendiendo a las embarazadas el día primero y el día dos de cada mes. También estamos viendo que las mujeres ya no lleguen a las cuatro de la mañana al centro de salud por lo de su cita, por lo del Programa de Oportunidades, para que no lleguen a hacer cola, porque el médico no llega a esa hora; él va llegando a las ocho y media de la mañana, entonces yo he puesto el dedo muy duro ahí porque realmente no creo que este bien, hicimos un acuerdo con el doctor de la comunidad y las señoras están llegando de siete y media a ocho de la mañana para sacar su ficha.

“Es una satisfacción”. El reconocimiento a su trabajo.

Yo soy parte de la mesa directiva, tengo la Comisión del Buen Trato, también soy promotora de salud, llevo seguimiento de las embarazadas, entré en el año 2009 apoyando a las compañeras, a las que no saben hablar español, porque si aún sabiendo hablar español muchas veces llegas al hospital y no te dan recibimiento digno, ahí te deja y la embarazada tiene que esperar, ahora ya no. Hemos estado acompañando en la Red de Promotoras y vamos abriendo un camino, es una satisfacción y hemos recibido apoyo de la Secretaría de la Mujer, es un estímulo. Antes daban sólo lo del pasaje, de la alimentación, pero me sentía contenta porque quería aprender. Hoy están dando un apoyo, que no es mucho, pero lo estamos recibiendo, antes no lo recibíamos. Mi esposo se enojaba mucho y me decía que con cuántos hombres me fui a revolver, entonces hubo un taller de puros hombres y lo invité. Se le quitó lo machista, ahora ya no me dice nada, por eso estoy muy contenta.

Paulina Baltasar Santiago, “soy de una comunidad indígena amuzga, hablo la lengua amuzga. Estoy en la Comisión de Salud, en el año 2007 me integré a este grupo, me interesó la atención a las embarazadas, el momento de dar a la luz porque desde mucho tiempo atrás veía muchos problemas en mi comunidad”.

“El trabajo que hacemos es un trabajo redondo”. La participación y asociación de las organizaciones.

El trabajo que hacemos es un trabajo redondo, entre todas, cuando no estoy, ella está, si no está otra compañera, me tocó dar a luz en el hospital y yo vi el trato que les dan a las mujeres, la vuelta que te hacen dar y diferentes cosas. Conocí a la Organización que era casa de salud y ahora formamos Kinal Antzetik, me hicieron la invitación de seguir, inicié ahí a ayudar a mis compañeras, asistir a capacitación, ayudar a otras mujeres no sólo de mi comunidad, sino de otras comunidades.

“Son gente que no trae ni para comer”. El contacto con personal de salud y la SEMUJER.

Si llega una embarazada a urgencias, lo que ella siente es dolor y le dicen ‘tienes que caminar’, pero no la checan bien, con cuidado. Luego se dan cuenta que la mujer se empieza a desesperar y ven si una está ahí, la gente de lenguas [traductoras] Ceci o Rosa de lengua mixteca, entonces trabajaba bien, a mi gente la traté a lo máximo, pero salí mal porque a la directora del hospital ya no le gustó mi manera de actuar, de ayudar a mi gente. Un día llegó una muchacha de Cruz Verde, no traía constancia de embarazo, y acudió con la trabajadora social para que la apoyara con la constancia y me dice, ‘aquí no se la podemos hacer que se regrese a su comunidad, que traiga su expediente y entonces ya se la hacemos’. Yo sé que esa constancia se consigue en el centro de salud, pero esa señora venía de lejos, luego, llega al hospital, la hacemos regresar y otra vez al hospital y son treinta, cuarenta pesos que le hacemos que gaste y son gente que no trae ni para comer. Yo le dije, ‘no te preocupes, tú vas a pasar a consulta hoy, yo te voy a ayudar’. La trabajadora social no me dio la solución, ese fue mi reclamo. Yo traje a la mujer, conseguimos su constancia, la volví a llevar, el chiste es que ella recibió atención y le tomaron su ultrasonido, tenía amenaza de aborto y no la querían atender. Después la Directora de Asuntos Indígenas me llamó la atención, que yo me porté mal, que por qué reclamé, pero si cuando en la junta yo me paré, agarré el micrófono y dije que nosotras no nos merecemos ese trato, imagínate venir de una comunidad lejana y que nos digan eso, yo levanté la voz, cuanto y más ahora que ya contamos con el apoyo de otras y de la Secretaría de la Mujer.

Libni Iracema Dircio Chiautla, “me integro a la organización en el año 2000, pero ya desde los noventa participaba, mi mamá inició en los ochenta en un proceso que era mixto, era una organización de hombres y mujeres. Estudiaba y participaba en la organización, teníamos un programa de servicio social de la UNAM para apoyar asuntos del registro civil, derechos humanos, salud, eran enfermeras y médicas veterinarias”.

“La mayoría son mujeres adultas”. La red de parteras y promotoras de salud.

Esta red la integran mujeres nahuas y tlapanecas de municipios con altos índices de muerte materna. Están auxiliares de salud, parteras, líderes, cada una tiene sus funciones: canalizar a la embarazada al centro de salud o al hospital y cabildear y gestionar que la atiendan porque esa parte no debería ser complicada y, sin embargo, lo es, también hacen traducción. Las promotoras de salud dan información, asesoría a las mujeres embarazadas,

“Nadie se muere por parir”...

principalmente a las que están en las comunidades, la mayoría son mujeres adultas, muy pocas jóvenes, porque apenas se está tratando de retomar el trabajo con ellas. Todas las mujeres que están en la red también están en la organización. No podemos ver una red aparte, les damos acompañamiento aunque no participen en la organización, por ese lado va la parte del compromiso. Vemos por fuera a cualquier otra compañera, les damos seguimiento, elaboramos un plan donde decimos las acciones que vamos a hacer, es una red que está en la misma organización. Las integrantes de esta red ya han tomado cursos de signos y síntomas de alarma durante el embarazo, parto y puerperio. Debido a todos los contactos que hay a nivel estatal, logro de otra organización estatal, una relación reciente se abrió con el director del hospital. A través de la Coordinadora de Mujeres Indígenas cabildeamos a nivel municipal, de la Costa Chica y a nivel estatal. El mayor trabajo se enfocó a la Casa de la Salud de Ometepec. También en las capacitaciones a las mujeres se les dice: ‘si no las tratan bien por favor avisen, tomen datos, relaten los hechos’. Hay formas para investigar, pero en algunos momentos las compañeras deben tener los elementos para ver dónde realmente está siendo débil el servicio y qué se pueda mejorar.

“Que este proceso se siga fortaleciendo”. El contacto con personal de salud y la SEMUJER.

Con la Secretaría de la Mujer inicialmente trabajamos para seleccionar a algunas compañeras por su compromiso en el tema de la muerte materna, se les capacitó sobre eso y violencia. Solo seleccionamos a quince mujeres para que estuvieran de manera formal pero tenemos más compañeras, estamos tratando de fortalecer o ampliar esa red. En el último taller que tuvimos se integraron parteras y promotoras de salud que participaron o están participando en el Modelo de Atención Indígena, que es el que trabaja educación, violencia y salud materna. Ahí invitamos a más compañeras que son traductoras y son parteras, que son líderes. Queremos que este proceso se siga fortaleciendo y se pueda dar seguimiento. Me tocó instrumentar el modelo de la Secretaría de la Mujer, fue pesado coordinador 22 comunidades, 15 municipios de la Costa Chica, la región Centro y La Montaña. A nivel local, establecimos relación con el hospital y la jurisdicción, estamos tratando de dar seguimiento a través de la Red de Parteras, con el programa de becas de la Secretaría propiamente este año. Podemos seguir apoyando este proceso que inició la Secretaría de la Mujer en este sexenio, no queremos que cuando se vayan nos digan que ya desaparecieron las redes y las parteras, ese no es el objetivo sino todo lo contrario. Hagamos algo para ver que esta red siga avanzando, está ya establecida la relación con salud, ahora hay que ver cómo fortalecerla más, ahorita los doctores tiene toda la disposición y debemos aprovecharla. No vaya a ocurrir como con el Modelo, hay un grupo de 10 mujeres pero desafortunadamente

la institución que está a cargo no ha hecho todo para coordinarlas y ellas trabajan como creen que debe ser. Con la Secretaría de la Mujer hay una relación muy directa, yo vengo, pregunto, llamo, hay mucha comunicación. Los de la jurisdicción de La Montaña están en la disponibilidad de apoyar y de dar seguimiento, de la región Centro hay un gran trabajo que debe ser vigilado, que realmente se atiende a la población, puede ser que el director del hospital o la jurisdicción esté completamente de acuerdo, pero si la trabajadora social o el doctor no lo están entonces el trabajo se viene abajo.

“Esa parte del empoderamiento”. El reconocimiento a su trabajo.

Se trata de un apoyo para todas las parteras y promotoras que están en la red de las tres regiones, que empezó en el año 2007, mujeres tlapanecas y mixtecas de la Costa Chica y La Montaña y aquí en mi región, ese apoyo se les estuvo dando por años completos: 2007, 2008 y 2009 a las demás regiones y ahorita, en este año, nada más logramos 15 becas para la región centro, antes era de 320 pesos y ahora ya subió a 350 pesos mensuales, deben entregar un informe para saber a cuántas mujeres embarazadas están atendiendo, si están dando pláticas, si canalizan al centro de salud o a instancias que imparten justicia, a veces es complicado dar seguimiento a muchísimas mujeres. Quisiéramos que las compañeras parteras estudien, no obligarlas sino que vean que es necesario. Les decimos ‘se van a pagar las becas, se viene también al taller’, ellas tratan de llenar su informe. Hay ejemplos que han resultado muy buenos, si viene la partera y le dice a la enfermera ‘lléneme mi formato porque ya atendí a la mujer’ demuestra que ven a la doctora, a la enfermera, a quien sea como una persona igual que ellas y eso tiene que ver con esa parte del empoderamiento más que el dinero. El recurso que reciben algunas que son comprometidas lo utilizan para mejorar el aspecto sanitario, para acondicionar o para necesidades propias, si son comprometidas van a seguir trabajando con el recurso o sin el recurso y las que no, lo vieron como una oportunidad, estuvieron ahí y si ya no hay adiós, ya se verán los resultados. Algunas parteras trabajan y cobran por el servicio, otras no, este programa tiene buen propósito, pero algunos lo han llegado a mal entender, pero a otros los incentiva a seguir trabajando y hacer más cosas. Yo veo que se sienten reconocidas de cierta manera, económicamente es poco, pero a ellas les sirve, no tienen forma de trabajar, se les ha dado el equipo, el maletín, el barómetro. Si no estuvieran trabajando, si no se capacitaran, pues no recibirían ningún otro tipo de apoyo o complemento a su trabajo. A ellas les incentiva si les dan equipo, un botiquín, el reconocimiento ahorita y en todos los lugares piden una credencial que diga que es partero o partera reconocida, para ellas eso les importa muchísimo, quieren su credencial. En la Costa Chica se hizo una credencial, no recuerdo si tiene vigencia o no, en La Montaña todavía no se ha hecho y en la región Centro tampoco.

Beatriz Márquez Lucrecia, “soy partera de Tlacuachis, tengo 89 años”.

“Me llevaron”. Su llegada a Guerrero.

Ya le encargué a mi sobrina que está en el pueblo que busque allá la fecha de cuando nací, se llama Xocopiaca en Oaxaca, hay muchos pueblos allá. Me vine cuando me casé, allá no había trabajo. Cuando me vine traía unos vestidos viejos que me dio mi hermana, me ponía uno un día y otro, el otro, no había jabón, lavaba con fruta de monte, una muda se cambia, dos yo, dos él, ya se rompió una, pues a ponerse la otra. No había doctor, no había nada. Ya tenía tres chiquitines, estaba criando, me casé de quince años, bueno, me llevaron. Antes se llevaban a las muchachas. Las mamás de antes no eran como ahora, ahora ya denuncian y pues yo estaba llorando porque no conocía a ese hombre. Ahora las muchachas ya están más despiertas... Ya no me gusta comer, mi nuera dice que parezco una niña pero es que hay comida que quiero y otra que no quiero, luego estoy mala, me da diarrea, nada más quiero una manzana, un plátano, verdura hervida, un chayote, una papa, calabacitas, eso es lo único que como.

“Cuando pasa, ya paso”. La experiencia propia.

Antes no sabía qué cosa era el marido, cuando le baja la regla a una, nada más decían ‘esa ya no sirve’. Tuve seis hijos, tres murieron y tres viven. Un hijo tiene trece años que lo mataron. Yo los tuve sola en el monte, en el monte vivíamos, ya estaba embarazada, ya estaba creciendo la panza y ni sabe una cuando se va a aliviar, ya nada más cuando pasa, ya pasó.

“Unas no saben los remedios que yo sé”. La importancia de su trabajo.

Yo empecé a ser partera cuando recibí el curso hace muchos años, me dieron ropa cuando fui partera, treinta pesos me daban, empecé a aprender con mis hijas, con ellas me enseñé, atendí a muchas mujeres en el monte, esa señora Rafaela tuvo cinco chiquitillos, otra tuvo nueve en el monte, allá se alivió, allá los tuvo, solo en un parto la zarandé. Así empecé a aprender, ya luego he ido a cursos, unas no saben los remedios que yo sé para cuando una tiene desecho amarillo o blanco, le doy un camote que tengo ahí, se quita, o cuando se duerme con su marido luego de quince o veinte días le agarra la diarrea, se mueren las mujeres luego y para eso también hay remedio de planta, mi mamá me dio todos los remedios. Luego ella me decía, ‘ándele, hija acuérdate tú eres las más chiquita, para que les des

remedios a tus hijas', al bebé se le da té de manzanilla, de hierbabuena, lo baño, le lavo el ombligo. También para las mujeres que no tienen niños les doy caja que tengo ahí, una apenas salió embarazada, ya estaba maciza y no tenía niños, le di de beber por tres meses, la llevé a Ometepec porque es primeriza. De las mujeres que he atendido de sus niños, ni una se ha puesto mal, muchos de sus hijos yo los levanté, ya tienen hijos, ya tiene años, mucha gente de Tlacuache me conoce como partera, de muchas familias, como cuatro o cinco generaciones. Ahora ya no voy al monte, ahora vienen a buscarme a mi casa, ya las alivio. A veces me traen maíz del monte para qué muela, ahora ya está el gobierno, ya trabajé mucho. Nos dan el apoyo de Oportunidades cada dos o tres meses, se tardan luego, ahorita ya debo, le pido a la mamá del presidente que vende medicinas, jabón, me da y luego saliendo voy a pagar y me queda poquito, quiero comprar más cosas y ya se acabó, hay ando buscando más fierros. Mis mujeres luego me dan cositas: mazorca, frijol, me vienen a buscar, una niña de escuela la violó un chamaco, vino sangrando, la trajo la mamá y le di un remedio. Antes se aliviaba una, ni un trapo, ni una chamarra o su rebozo, se enredaba aquí un trapo medio sucio, no tenía calzones, se enredaba, decía mi mamá 'cuidado no se te vaya a salir, así despacito, te sientas despacito, haces del baño y te vienes'. Dos meses me pasaba en la cama. Ahí me lavaba las manos con agua tibia, ahí comía salsa con tostada, a los dos, tres días me lavaba con agua caliente.

Natividad Jiménez “vengo de la comunidad de Huixtepec, estoy en la organización porque me invitó una compañera de ahí de la comunidad, vendo cenas y comidas, tengo 33 años, tengo cuatro hijos, el más chico tiene doce años, me casé muy chica”.

“Ahí me nombraron”. La importancia de su trabajo.

Me gusta aprender, yo quería ser enfermera y eso me gustó mucho pero no pude por las circunstancias, no me crié con mis papás sino con mi abuelita y ella no tenía las posibilidades de darnos para la escuela, no es como ahora. Mi hija quiere estudiar para doctora y le digo 'sí, hija, a ver cómo le hago pero te apoyo', ese fue mi sueño también. Un día llegó mi amiga a mi casa y me dijo 'me dieron permiso de nombrar otra promotora de la comunidad, qué te parece, ¿quieres participar?' Convocó a una reunión de Oportunidades y ahí me nombraron, en febrero del año 2009. Luego ya me vine a las reuniones y a unos talleres, muy buenos por cierto, ahí me enseñaron que hay que llevar un control de las mujeres embarazadas, un censo, y visitarlas mes con mes. Cómo va con su embarazo, si no hay algún riesgo. Una señora tenía su barriga muy grande, exagerada y eran gemelos, no se pudo aliviar, cuando

“Nadie se muere por parir”...

la trajeron a Ometepec, porque antes no había transporte como ahora, la trajeron en la hamaca por el camino, se vinieron en la madrugada, pero murió en el camino porque eran gemelos y venían mal, con el puente mejoró, hizo más cerca el camino porque antes se hacían cuatro horas de Huixtepec a Ometepec y ahorita ya son cuarenta minutos.

“Sabemos cómo defendernos”. La participación y asociación de las organizaciones.

Nos dieron a conocer los derechos de nosotras las mujeres, los ignorábamos como los propios esposos, en las elecciones, las mujeres no tenían derecho de votar, de elegir un presidente, un comisario, lo que sea, pero hoy gracias a dios sabemos cómo defendernos. Se lo decimos a nuestras familias, a nuestros hijos, que no traten mal a sus esposas.

Alfonsina Méndez López “vengo de la comunidad de Huaxitepec, tengo 57 años, madre de 11 hijos, soy promotora de Kinal Antzetik y soy partera, llevo 20 años trabajando de partera”.

“Me han capacitado y me siento muy segura de mí”. La importancia de su trabajo.

Todos mis hijos nacieron vivos, gracias a dios, todos normal, yo solita, sin partera, sin doctor, sin nada. Antes no era partera capacitada, ya tengo más experiencia, me han capacitado y me siento muy segura de mí y de mi trabajo, he salido adelante, es lo que a mí siempre me ha gustado hasta la fecha. Veía como nacían los bebés y me emocionaba. Cuando me casé, tuve mi primer hijo sola... Yo estaba contenta porque no se morían ni el bebé ni la mamá, me envié, fue un vicio para mí. Llegó el centro de salud, pero el doctor llegaba cada año, no le gustaba ir a trabajar ahí, con otro doctor me llevé muy bien, se llama Tomás Vázquez, él sí llegaba a visitar la comunidad y le decía ‘oiga doctor usted sabe si hay una oficina para que me capacite, yo quiero ser una partera preparada’, me dice: ‘hay tiempo que llegan capacitaciones para parteras’. Luego me avisó y me vine a capacitar a Chilpancingo... Anoche atendí un parto, estaba distanciado, no hay comunicación y ahorita hay un atascadero por todos lados y luego una viene caminando, por fin se alivió a las tres de la mañana, fue adelante de Huaxitepec, es el último pueblito de Guerrero como a cinco minutos está Oaxaca. Siento que he invocado a Dios, hasta ahorita sí he tenido parto de piecitos, pero no complicados, todo normal, los primeros que atendí son jóvenes, mis nueras, mis hijas y nada más a ellas. Llevo más de ciento cincuenta, ciento setenta partos atendidos. Antes no se les daba la hoja de alumbramiento, ahora ya se da y ahí llevo mi control, hasta agosto llevaba 24, y ahorita lo que va de septiembre he atendido dos.

“Problemas hemos tenido”. Los retos personales.

Me casé muy chica, no congenié con mi esposo y nos separamos, me quedé con dos hijos. Tenía 21 años, me volví a casar, soy feliz y todavía vivo con mi esposo, nunca nos hemos separado. Problemas hemos tenido, peleábamos mucho porque no le gustaba que me fuera, a veces eran dos días y me quedaba toda la semana, mis hijos estaban chicos. Por ese motivo ya no seguí, me quedé así nada más. Luego me buscaron para que fuera trabajadora de educación inicial, me pusieron en mi comunidad, me dieron beca. Empecé a tener más amistades, a salir, pero tenía muchos problemas con mi marido, un compadre habló con él y volví a entrar a capacitarme.

“Nadie se muere por parir”. La experiencia propia.

Primero vivía en un ranchito que se llama La Catalina, ahí no había ninguna comunicación, todo lo trasladaban, eran dos horas de camino; de ahí a mi pueblo que se llama Huaxitepec, si había cualquier enfermo, lo sacaban en hamaca. Llegué a vivir ahí y cuando se casó mi primer hijo, se embarazó mi nuera y era imposible trasladarla a otro lado porque estaba lloviendo y dije ‘Diosito dame valor y fuerza para que vea a mi nuera y no le pase nada’, fue la primera vez que iba a atender un parto, mi nieto ya tiene 20 años, trabaja en la marina. En el momento del parto, le dije a su familia ‘la llevamos a Huaxitepec’ y dijeron ‘no, nadie se muere por parir, nosotras hemos parido solas, adelante’. Yo sentía miedo porque no quería que mi nuera se muriera, me armé de valor. De ahí se dieron cuenta y empezaron a buscarme, en esa misma cuadrilla fui a atender, ya son grandes los jóvenes.

“Gracias a la organización”. La participación y asociación de las organizaciones.

En el año 2003 estaban construyendo la Casa de la Salud de Ometepec y ahí conocí a Nemesia y entré a esa organización. Lo que más me gustó es que la organización se interesa para que no haya muertes maternas, ‘no es que ya se me murió, quién sabe qué pasó’, hoy no, porque la ciencia está muy avanzada y nos damos cuenta de qué murió el bebé, de qué murió la mamá. Cuando atiendo un parto me siento contenta y muy segura de mí. Gracias a la organización y a las que han venido a darnos los talleres, lo de la violencia, lo de la muerte materna, lo de la discriminación, de nosotras mismas, aunque sea el propio esposo nos discriminaba.

“Nadie se muere por parir”...

“Estoy anexada como partera”. El contacto con el personal de salud y la SEMUJER.

Yo quería ser certificada, que un papel me ampare, antes todos los doctores del centro de salud que llegaron nunca me dieron mi espacio. Siempre le decían a las embarazadas que no tenían que ir con una partera porque no servía para nada, la partera le mataba al bebé, le volteaba al bebé, la partera le iba a enredar el cordón, total. Hoy sí ya estoy contenta de que me dieron un espacio, ya no me pueden decir ‘no vayas’. Yo siempre hacía reuniones e invitaba a las mujeres y nunca iban conmigo porque decían ‘ella no sabe’, pero ya me lo gané, ahora estoy anexada como partera en el Seguro Social, también voy a reuniones, voy a talleres cada dos meses, a cursos de planificación familiar, inyecto, pongo suero, tengo partos, hago curaciones, primeros auxilios, y me siento muy contenta. En el Seguro Social sólo nos dan lo del pasaje, pero estoy muy contenta porque tengo medicina para toda mi familia y para otras personas más. Cobro mil pesos, no es muy caro porque en el Seguro dicen que nos basemos en lo que cobran en el hospital, ‘mil quinientos tienen que cobrar, y a la persona que no le parezca o a la familia pues que compren todo su material, a ustedes que les den su propina de quinientos pesos’, pero también depende de las posibilidades de cada quien, de las amistades, si una persona tiene buen recurso le cobro más, pero si veo que es de bajos recursos, sólo quinientos pesos.

Apolonia Placido, “tengo 37 años y cuatro hijos, soy de Buenavista, no soy promotora, soy partera, mi esposo es campesino”.

“El doctor no quiere subir por el camino”. El contacto con personal de salud y la SEMUJER.

Está bien feo, salí a las tres de la mañana, madrugué para estar aquí temprano, llegué a las dos de la tarde. Nos bajamos donde la carretera ya se trozó, nos bajamos todos y el carro paso vacío. Más adelante iba a atascarse si hubiera pasado, esa es la complicación. Mi pueblo está más lejos de donde ayer llegaron, casi llegaron a Tuxtepec, mi pueblo está más lejos, en este tiempo es complicado para las embarazadas, ha llovido bastante, para acabarla de mala suerte el doctor no quiere subir porque el camino está feo, pone muchos pretextos, que primero está su vida y luego la de la persona que atiende. Ahorita no está, desde que empezó la lluvia, de junio hasta ahorita, no ha asistido. Asiste uno o dos días y ya se viene y debería de estar allá, pero en el centro nada más está la auxiliar, pero ella no puede atender un parto como debe ser. Él casi no trabaja de lunes a viernes, llega el martes y a veces trabaja miércoles y jueves, o llega el miércoles en la tarde y trabaja el jueves todo el día y el viernes temprano viene de vuelta. Dicen que el Seguro Popular es para que la gente se beneficie y se apoye, no es verdad, en el mes de abril traje una paciente de Buenavista a San

Luis, el dolor le empezó desde la mañana, la acompañé, contratamos un carro de Buenavista porque casi no hay carros, mi suegra lleva más de cuarenta y cinco años de partera en Buenavista, ella también venía. El carro cobró mil pesos, el viaje era especial, casi llegamos a las nueve de la noche a San Luis con la paciente, la recibieron de emergencia, como a las dos de la mañana el bebé nació. Ella tiene su seguro popular, dejé su referencia en la jurisdicción y hasta ahorita no me han devuelto el dinero que pagué del viaje especial, el recurso lo conseguimos prestado. Dicen que pagan, que devuelven ese dinero pero a ver cuándo. Ahorita traigo otra referencia de que vino una muchacha el lunes pasado, llegó a San Luis, ya no aguantaba, era su primer bebé, la metieron de emergencia, así estuvo toda la noche, no se podía aliviar, se desesperó su familia y le dijeron al doctor que mejor la trasladaran a Ometepec. El doctor les dijo que no, que se debía aliviar ahí, el doctor necio, pero la muchacha ya no aguantaba. El doctor dijo después que sí daba el pase pero con la condición de que le pagaran ochocientos pesos al chofer que la iba a llevar. Aquí le hicieron cesárea y me trajeron la referencia para que preguntara si podían regresarnos el dinero. La mamá me platicó que de la comida de la muchacha debe pagar 25 pesos. Me han dicho que sí devuelven el dinero, pero como ahorita dicen que no hay recurso, por eso no pagan.

“Murió hace quince días”. Acontecimientos y experiencias de otras.

En Pueblo Hidalgo, la muchacha que murió hace quince días es de ahí, es la zona tlapaneca, yo soy de la zona mixteca, y ahí, en Pueblo Hidalgo hay suficientes doctores, ahí no pueden decir que está escaso de doctor, hay dos doctores en el centro de salud, pero de todos modos esa muchacha se murió.

“Me costaba trabajo salir”. Los retos personales.

Mi esposo no dice nada, la primera vez que empecé a participar casi no me gustaba, era muy penosa, el que más me empujaba era uno de mis hermanos, él también está en la lucha y sigue, es Bruno Plácido, me decía ‘vamos a la reunión, participa, sal de tu pueblo para que aprendas y puedas defender, puedas apoyar a las mujeres, no te encierres en la casa, aprende los derechos de las mujeres, aprende a defenderte a ti misma, a tu familia y a otras personas’. Me costaba trabajo salir y me fue empujando. Me ha ayudado el idioma que hablo, mixteco, de ahí empecé a salir y me nombraron vocal de Oportunidades y empecé a participar, fui perdiendo el miedo y entré a la organización por invitación de Hermelinda, la encontré en Santa Cruz del Rincón, en un encuentro de la UNISUR, me integré a esta organización hace como cinco o cuatro años.

Las promotoras y parteras comunitarias siguen con el trabajo comunitario para la prevención de la muerte materna; sin embargo, durante el desarrollo del programa se dieron cuenta que este fenómeno social nunca viene solo. Participar en las actividades del programa les significó fijar su atención en la muerte materna y asumir el compromiso en otras áreas donde la problemática de género es igual de crítica: la violencia familiar, institucional y comunitaria es una barrera central en el ejercicio pleno de sus derechos. Por esta razón, algunas de ellas decidieron involucrarse en otras acciones y espacios de actuación, que les han permitido incidir en procesos encaminados al respeto de sus derechos como mujeres indígenas. Este es el ejemplo de Marcela de Jesús Natalia, quien trabaja en el H. Ayuntamiento de Ometepec donde desempeña el cargo de Directora de Asuntos Indígenas, y Asunción Ponce Ramos, ella es la única Delegada de la Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias (CRAC), electa por mayoría dentro de la estructura de delegados varones integrantes de este órgano. Las experiencias individuales son enriquecedoras y son testimonio del vasto compromiso que cada mujer ha retomado en lo personal y en lo colectivo.

V

A manera de reflexión

En el libro “*Nadie se muere por parir*”. *Muerte materna en Guerrero. Un programa en perspectiva* hemos presentado las oportunidades y los retos que enfrenta el Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna, el cual fue conducido directamente por la Secretaría de la Mujer del estado de Guerrero a partir del año 2005 y hasta el 2009. Los primeros dos capítulos expusieron la discusión académica que propició el interés por una problemática social de gran complejidad. Teóricamente enmarcamos el trabajo desde una óptica de las relaciones de género como un enfoque central de la teoría feminista y en el marco de los conceptos de salud y derechos reproductivos.

Situamos el fenómeno de la muerte materna en un contexto de interés mundial que obligó a la formulación de lineamientos internacionales, nacionales, estatales y locales; y presionó la intervención de instancias gubernamentales y organizaciones nacientes en la sociedad civil y en la vida académica. Los registros numéricos y las estadísticas demuestran que las muertes relacionadas con la maternidad no necesariamente tienen que ver con factores biológicos, sino con otros componentes asociados (culturales, económicos y políticos). En esta multifactorialidad de causas o razones que estimulan la muerte materna se cimientan las condiciones potenciales para colocar en riesgo de morir a miles de mujeres. Guerrero en este panorama se ubica como uno de los primeros estados del país que ha tenido desde hace ya varias décadas que enfrentar el difícil reto de superar estas tragedias. Más allá de los compromisos para alcanzar las Metas del Milenio, la Campaña “Nunca más ni una muerte materna en Guerrero” hace clara la denuncia social de que el problema no ha disminuido y que tales compromisos no serán cumplidos. Sin embargo, debemos

dar cuenta de lo hecho: ¿qué sí se hizo a pesar de que las normas institucionales no lo permitían? y ¿cuáles son los pendientes?

La administración de la Secretaría de la Mujer, gestión 2005-2011, olvidando que su competencia normativa definía su ámbito de actuación decidió, con una perspectiva incluyente y de manera estratégica, establecer alianza con cuatro organizaciones sociales comprometidas con frenar la muerte materna en el estado de Guerrero: Kinal Antzetik Guerrero A.C. (Tierra de Mujeres), Casa de Salud de Mujeres Indígenas Manos Unidas de Ometepec A.C., Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas y Afroamericanas (CGMIA) y Noche Zihuame Zan Ze Tajome. Todas ellas involucradas desde hace varios años con la defensa y la gestoría del derecho a la salud y, particularmente, al ejercicio de una maternidad sin riesgos.

El reclamo social del *Foro Nacional de Prevención de Muerte Materna en México “¿Y las Mujeres Indígenas?”* de San Luis Acatlán, Guerrero, del año 2005, delineó el rumbo que tomaría desde entonces el *Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna*. La respuesta institucional de la SEMUJER asumió inicialmente el apoyo económico para parteras y promotoras comunitarias como una medida para combatir esta problemática, no sólo en términos económicos atenuantes, y con ello construir un impacto potencial: generar la capacidad de agencia entre las mujeres involucradas y/o procesos de empoderamiento individual y colectivo. De ahí, la integración de la *Red de Parteras y Promotoras Comunitarias* en el año 2007. De esta manera, la asignación de becas mensuales, que aumentó año con año, iba acompañada de un proceso de capacitación y de educación más amplio. Las acciones del programa se focalizaron con mayor énfasis en tres regiones donde los altos índices de muerte materna son alarmantes y las condiciones de vida para sus habitantes son extremadamente marginales: Costa Chica, La Montaña y Centro. A través de la administración de la SEMUJER, este programa logró un presupuesto específico. El camino está andado. La voz de las mujeres resuena para hacer público qué es aquello logrado y qué es aquello que aún hace falta emprender.

Precisamente, en este libro privilegiamos un estudio de corte cualitativo ya que nos interesa otorgar un valor especial a la recuperación de la opinión directa y el testimonio de las participantes en el *Programa para el Fortalecimiento de*

Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna en sus distintas funciones: parteras, promotoras, alfabetizadoras, traductoras, gestoras, etcétera. Sus expresiones indican los resultados de esta iniciativa. Además, el capítulo que condensa el testimonio individual y colectivo deja huellas de las capacidades y habilidades potenciales de este grupo de mujeres. El trabajo que cada una de ellas realiza en sus familias, en la comunidad y con el personal del sector salud muestra la dedicación, la tenacidad y la satisfacción que ellas sienten cuando una nueva vida y la de una madre son salvadas a tiempo.

Las mujeres beneficiadas por este programa han sido capacitadas en detección de síntomas de riesgo, detección de urgencias obstétricas, derechos de las mujeres, desarrollo de habilidades para la negociación y gestión, entre otros temas. Los conocimientos adquiridos les ayudan en su función de enlace en la canalización de las mujeres en situación de riesgo, entre ellas, su familia y el personal de las instituciones del sector salud. Los alcances del programa no se reducen al apoyo simbólico, la trascendencia de éste ha trastocado el plano individual y colectivo, las respuestas se vislumbran de largo alcance y gran envergadura: “*es importante que nos tomen en cuenta*”, fueron frases comúnmente dichas por las mujeres entrevistadas, la respuesta se dio.

Hay acciones que ciertamente quedaron pendientes de cumplir, pero hay otras que lograron su permanencia a través de su integración en la ley. Hay avances porque el programa con sus controversias operó, contó con un techo financiero y propició una relación armoniosa y comprometida con las organizaciones sociales para continuar, para gestionar y trabajar junto con el gobierno. Los indicadores de muertes maternas también son evidencia que éste u otro programa equivalente deberá continuar en ejecución. Creemos que algunas de las acciones prioritarias que tendrán que seguir impulsándose para lograr que el *Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna* persista, ahora ya bajo la conducción normativa y presupuestal de la Secretaría de Salud a partir del año 2010, son:

- a) Dado que la Secretaría de la Mujer no cuenta con los recursos humanos suficientes para dar seguimiento a las acciones y el presupuesto que tiene asignado no permite abarcar acciones de ejecución directa, sino solamente es un órgano

normativo/coordinador, es importante que ésta continúe como instancia facilitadora del proceso de transversalidad de la equidad de género en todos los niveles y hacia todas las instancias –gubernamentales y no gubernamentales. El fortalecimiento de las capacidades de todas las dependencias, de las organizaciones sociales, del poder legislativo y judicial debe impulsarse de esta manera. Cada órgano en el ámbito de su competencia tendrá la obligación de efectuar acciones a favor de la equidad, por ejemplo, la cobertura de los servicios de salud corresponde directamente al sector salud, la mejora de caminos es competencia de otra dependencia, la organización y la denuncia, de la sociedad en su conjunto, etcétera.

- b) Específicamente, la Secretaría de la Mujer debe asumir el compromiso de fortalecer el interior de dicha dependencia, la coordinación intra e interinstitucional gubernamental y con organizaciones de la sociedad civil. La capacidad organizativa, la cohesión grupal y la trayectoria de trabajo de las organizaciones son indispensables para dar continuidad a este quehacer institucional, retomado por esta administración de la SEMUJER.
- c) Seguir impulsando acciones coordinadas para generar cambios estructurales, institucionales, ideológicos y culturales de largo alcance, donde las prácticas de discriminación por parte de personal del servicio público suscitadas hacia poblaciones indígenas sea un asunto del pasado o donde las creencias, usos y costumbres arraigadas en la comunidad no propicien o contravengan la salud de las personas, y de las mujeres.

Los retos y los desafíos que la administración pública, la sociedad en su conjunto, las comunidades y las familias tienen, son ofrecer las soluciones a este problema y promover acciones conducidas a prevenir la muerte materna. El título del libro *“Nadie se muere por parir”. Muerte materna en Guerrero. Un programa en perspectiva* correspondió al testimonio de Alfonsina, partera durante 20 años de su vida que ha asistido alrededor de 150 a 170 mujeres, ella relató cómo inició su interés, motivación y “se envició” por la partería. La frase que Alfonsina refirió, ciertamente, habla de la valentía en cómo las mujeres enfrentan la muerte, pero ¿no sería mejor si hablamos del poder que las mujeres tienen para enfrentar la existencia junto a las nuevas vidas que traen al mundo?

Bibliografía

- Alcalá, María José (1994) *Acción para el Siglo XXI, Salud y Derechos Reproductivos para todos. Informe acerca de las medidas sobre la salud y los derechos reproductivos recomendadas en el Programa de Acción, Family Care International*, Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), El Cairo, Egipto.
- Batliwala, Srilatha (1997) “El significado del empoderamiento de las mujeres: Nuevos conceptos de la acción” en León, Magdalena (ed.) *Poder y Empoderamiento de las Mujeres*, Bogotá: TM Editores, pp. 187-212.
- Bissell, Sharon (2009) “La mortalidad materna en el ámbito internacional: Estrategias para la renovación de un movimiento” en Freyermuth, Graciela y Paola Sesia (coords.) *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, México, CIESAS, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, pp. 23-30.
- Brachet, Viviane (1995) “La investigación en salud reproductiva en México: elementos para formular un diagnóstico y conformar un programa nacional de investigación” en *Revista Reflexiones, Sexualidad, Salud y Reproducción*, No. 1, México, COLMEX, pp. 1-62.
- Cardaci, Dora y Sánchez Bringas, Ángeles (2005) “La salud reproductiva en la arena política” en Azzis, Nasif y Jorge Alonso Sánchez (coords) *Sociedad civil y diversidad III*, México, H. Cámara de Diputados, LIX Legislatura y CIESAS, pp. 167-192.
- Careaga, Gloria (1996) *Las Relaciones entre los Géneros en la Salud Reproductiva*, México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, México, Secretaría de Salud.
- Castañeda Pérez, Martha A (2010) “La salud materna y el Seguro Popular en regiones indígenas de Oaxaca: ¿Cuánto más hay que esperar?” en Díaz Echeverría, Daniela Francisca (coord.) *Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la muerte materna. Perspectivas a nivel nacional y en los estados de Chiapas y Oaxaca*, México, FUNDAR, pp. 89-127.
- Cervantes Carson, Alejandro (1996) “De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y derechos humanos en México” en Careaga Erbesd, Gloria, Juan Guillermo Figueroa y Mejía, Soledad (coords.) *Ética y Salud Reproductiva*, México, Porrúa, pp. 317-346.

- Chávez Galindo, Ana María; Héctor Hiram Bringas Hernández; Menkes Bancet, Catherine; Gregorio Agustín Ruíz Hernández y Flores Arenales, René (2007) “La salud reproductiva de la población indígena” en Héctor Hiram Hernández Bringas (coord.) *Los indios de México en el siglo XXI*, México, UNAM, CRIM, pp. 25-42.
- Díaz Echeverría, Daniela Francisca (coord) (2010) “Mortalidad materna y seguro popular. Un balance a 5 años de su implementación” en *Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la muerte materna. Perspectivas a nivel nacional y en los estados de Chiapas y Oaxaca*, México, FUNDAR, pp. 19-57.
- De la Peña, Guillermo (2000) “Mexican anthropology and the debat on indigenous rights”. Ponencia presentada en la AAA Conference, 16 de noviembre de 2000, San Francisco, USA.
- De los Ríos, Rebecca (1993) “Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción” en Gómez Gómez, Elsa (ed.) *Género, Mujer y Salud en las Américas*, Publicación Científica No. 541, Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, pp. 3-18.
- Elú De Leñero, María del Carmen (1975) *El trabajo de la mujer en México: Alternativa para el cambio*, México, Editorial IMES.
- Elú De Leñero, María del Carmen (1992) *La salud reproductiva de la mujer en Tlaxcala, México*, México, Editorial IMES.
- Embriz, Arnulfo; Laura Ruiz y Ávila, Agustín (2001) “La pobreza entre los indígenas de México” en Luis Roberto Gallardo Gómez, Joaquín Osorio Goicochea y Mónica Gendreau (coords.) *Los rostros de la pobreza. El debate, Tomo II*. Universidad Iberoamericana, Limusa, México, pp. 153-196.
- Espinosa Damián, Gisela (2000) “Introducción” en Espinosa Damián, Gisela (coord.) *compromisos y realidades de la salud reproductiva en México. Una mirada a la situación nacional y a cuatro estados*, México, Universidad Autónoma Metropolitana, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población y El Atajo Ediciones, pp. 7-19.
- Figueroa Perea, Juan Guillermo (1995) “Aproximación al estudio de los derechos Reproductivos” en *Revista Reflexiones, Sexualidad, Salud y Reproducción*. No. 8, México, COLMEX, pp. 1-52.
- Figueroa Perea, Juan Guillermo (1999) “Algunos desencuentros al normar servicios sobre la salud reproductiva: un apunte desde la experiencia de las organizaciones no gubernamentales” en González Montes, Soledad (coord.) *Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*, México, COLMEX, pp. 139-171.
- González Montes, Soledad (coord) (1999) *Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva*, México, COLMEX.
- Guerra Díaz, Roberto E (1990) *La Política de Planificación Familiar en México. Una Experiencia Reciente*, México, UAM.

- INMUJERES (2005) *Las metas del Milenio y la igualdad de género. El caso de México*, Serie Mujer y Desarrollo, Chile, CEPAL, Naciones Unidas.
- Langer, Ana y Mariana Romero (1995) “Diagnóstico de la salud reproductiva en México” en *Revista Reflexiones, Sexualidad, Salud y Reproducción*, núm. 3, México, COLMEX, pp. 1-62.
- León, Magdalena (1997) “El empoderamiento en la teoría y práctica del feminismo” en *Poder y Empoderamiento de las Mujeres*, Bogotá, TM Editores, pp. 1-28.
- Martínez Borrego, Estela y Sarmiento, Sergio (1996) “Campesinos indígenas ante los cambios de la política social” en *Las Políticas Sociales de México en los años noventa*, México, Plaza y Valdés Editores.
- Meléndez Navarro, David M (2007) “La muerte materna en Guerrero al margen de la respuesta gubernamental. El desafío para el seguro popular” en Díaz Echeverría, Daniela; Martha Aída Castañeda Pérez; Meléndez Navarro, David M. y Sergio Meneses Navarro (coords.) *Muerte materna y seguro popular*, México, FUNDAR, pp. 65-102.
- Meneses Navarro, Sergio (2009) “Acceso universal y gratuito a la atención obstétrica. La necesidad de modificaciones sistémicas para la definición de una política de salud materna” en Freyermuth, Graciela y Paola Sesia (coord.) *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, México, CIESAS, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, pp. 31-36.
- Meneses Navarro, Sergio (2010) “El Seguro Popular de Salud y atención materna en Los Altos de Chiapas. Reflexiones sobre sus alcances y limitaciones” en Díaz Echeverría, Daniela Francisca (coord.) *Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la muerte materna. Perspectivas a nivel nacional y en los estados de Chiapas y Oaxaca*, México, FUNDAR, pp. 59-87.
- Montemayor, Carlos (2000) *Los Pueblos indios de México hoy*, México, Temas de hoy.
- Moser, Carolina (1991) “La planificación de género en el Tercer Mundo: enfrentando las necesidades prácticas y estratégicas de género” en Guzmán, Virginia; Patricia Portocarrero y Vargas, Virginia (comp.) *Una nueva lectura: Género en el desarrollo*, Lima, Flora Tristán, pp. 55-124.
- Population Council (2009) “Atención del parto por personal calificado” en Freyermuth, Graciela y Paola Sesia (coords) *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, México, CIESAS, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, pp. 91-94.
- Portocarrero, Patricia (1990) “La mujer en el desarrollo: historia, límites y alternativas” en *Mujer en el Desarrollo Balance y Propuestas*, Lima, Flora Tristán, pp. 13-85.
- Reyes Zapata, Hilda; Laura Cuevas Miguel y Robledo Vera, Cecilia (2001) “Modelo de mejora continua de la atención a la salud sexual y reproductiva con un enfoque de género” en

- Salas Valenzuela, Monserrat *Calidad de la atención con perspectiva de género. Aportes desde la sociedad civil*, México, Plaza y Valdés, pp. 61-97.
- Roldán, Silvia (2009) “Grupos de atención inmediata de muerte materna” en Freyermuth, Graciela y Paola Sesia (coords) *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, México, CIESAS, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, pp. 143-152.
- Salas Valenzuela, Monserrat (2001) *Calidad de la atención con perspectiva de género. Aportes desde la sociedad civil*, México, Plaza y Valdés.
- Salles, Vania y Rodolfo Tuirán (1995) “Dentro del Laberinto. Primeros pasos en la elaboración de una propuesta teórico-analítica para el programa de salud reproductiva y sociedad del Colegio de México” en *Revista Reflexiones. Sexualidad, Salud y Reproducción*, núm. 6, México, COLMEX, pp. 1-62.
- Sesia, Paola María (2009) “El potencial del programa oportunidades para promover una maternidad segura y abatir la muerte materna en México: una propuesta en política pública para regiones indígenas de alto rezago social” en Freyermuth, Graciela y Paola Sesia (coords.) *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, México, CIESAS, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, pp. 43-54.
- Uribe, Patricia; Cuitláhuac Ruíz y Morales, Eduardo (2009) “La mortalidad materna en México, estrategias y desigualdades” en Freyermuth, Graciela y Paola Sesia (coord.) *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, México, CIESAS, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, pp. 55-68.
- Velázquez, Margarita (1992) *Políticas sociales, transformación agraria y participación de las mujeres en el campo: 1920-1988*, México, UNAM, CRIM.
- Zapata, Emma y David Halperin (1998) “Desarrollo sustentable y salud reproductiva: ¿hacia una convergencia?”. Ponencia presentada en el Seminario Internacional *Medio Ambiente y Desarrollo Sustentable en América Latina: Agenda para el cambio*, 22 de mayo de 1997, México, Colegio de Postgraduados.

Referencia electrónica:

- Contralínea*, periodismo de investigación No. 167, www.contralinea.com.mx. Consulta 31 Enero de 2010.
- Díaz Echeverría, Daniela (s/f) “Situación de la mortalidad materna nacional y de los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla y Veracruz” en http://resistenciacreativa.org.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=40&Itemid=41 Consulta 22 de octubre de 2010.

- Erbessd López, Ma. Luisa (s/f) *Participación social en salud: organizaciones no gubernamentales* (ONGS) en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spii/antologia%20III/ong.pdf>. Consulta 13 de diciembre de 2010.
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (s/f) <http://www.unicef.org/spanish/> Consulta 12 de julio de 2010.
- <http://www.cimacnoticias.com/site/Mortalidad-Materna.185.0.html> Consulta 29 de septiembre de 2010.
- <http://www.cimacnoticias.com/site/Mortalidad-Materna.185.0.html> Consulta 2 de septiembre de 2010.
- <http://www.cimacnoticias.com/site/Mortalidad-Materna.185.0.html> Consulta 8 de enero de 2010.
- <http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/defuncionesmaternas2002-2007.xls> Consulta 27 septiembre de 2010.
- <http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/razonmuertematerna2002-2007.xls> Consulta 27 septiembre de 2010.
- http://www.diario21.com/?module=displaystory&story_id=62316&format=html Consulta 22 de septiembre de 2010.

Documentos normativos

- Gobierno del Estado de Guerrero, 2008, Boletín de prensa No. 0535-08. Chilpancingo, Gro., 27 de mayo de 2008. <http://www.guerrero.gob.mx/?P=leearticulo&ArtOrder=ReadArt&Article=3698>.
- Gobierno del Estado de Guerrero, 2009, Boletín de prensa No. 0635-09. Chilpancingo, Gro., 25 de junio de 2009. <http://www.guerrero.gob.mx/index.php?P=leearticulo&ArtOrder=ReadArt&Article=5483&text=1>.
- Programa de Trabajo 2008. Fortalecimiento de Capacidades Sociales e Institucionales para Mejorar la Calidad de Vida de las Mujeres, Secretaría de la Mujer, febrero, 2008.
- Programa de Trabajo 2007. Red de Promotoras Comunitarias, Secretaría de la Mujer, Secretaría de Salud, Ayuntamientos Municipales, Kinal Antzetik, Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas y Casa de Salud, abril, 2007.
- Programa de trabajo 2009. Fortalecimiento de la Red Social para Mejorar la Salud de las Mujeres y la Disminución de la Muerte Materna, marzo 2009.
- Programa de trabajo 2010. Fortalecimiento de la Red Social para Mejorar la Salud de las Mujeres y la Disminución de la Muerte Materna, enero 2010.
- SEMujER, 2005, Programa Estatal para la Equidad de Género 2005-2011, Secretaría de la Mujer, Gobierno del estado de Guerrero.

- SEMUJER, 2006, *Primer informe de actividades 2005. Género en Desarrollo*, Secretaría de la Mujer, Gobierno del estado de Guerrero, mayo 2006.
- SEMUJER, 2007, *Segundo informe de actividades 2006-2007. Acciones sustantivas por la equidad de género*. Secretaría de la Mujer, Gobierno del estado de Guerrero, abril, 2007.
- SEMUJER, 2008, *Tercer informe de actividades 2007. Acciones sustantivas para la equidad de género*. Secretaría de la Mujer, Gobierno del estado de Guerrero, abril, 2008. Editorial Pretextos.
- SEMUJER, 2009, *Cuarto informe de actividades 2008. Acciones sustantivas para la equidad de género*. Secretaría de la Mujer, Gobierno del estado de Guerrero, abril, 2009.
- SEMUJER, 2010, *Quinto informe de actividades 2009. Acciones sustantivas para la equidad de género*. Secretaría de la Mujer, Gobierno del estado de Guerrero, abril, 2010.
- SESA (2005) *Programa Sectorial de Salud (2005-2011)*.
- SESA (2007) *Programa Nacional de Salud (2007-2012)*.

Anexo 1

Formato para Reporte de Actividades de las Promotoras Comunitarias.

Nombre de la promotor/a: _____

Comunidad: _____ Municipio: _____

Fecha del reporte: _____

Actividades realizadas durante el mes de:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Número de mujeres embarazadas que hay en mi comunidad este mes: _____

Cuántas están yendo al control prenatal: _____

Cuántas son de alto riesgo: _____

Nota: si necesita más espacio para describir las actividades puede usar una hoja adicional.

Anexo 2

Cuadro para dar seguimiento a embarazadas

Nombre de la Promotora Comunitaria o Promotor Comunitario: _____

1.- Folio: _____ 2.- Localidad: _____

3.- Municipio: _____ 4.- Región: _____

5.- Nombre de la embarazada: _____

6.- Edad: _____ 7.- ¿Cuántos hijos tienes? _____ 8.- Estado Civil: 1. Soltera 2. Casada 3. Viuda 4. Unión Libre 5. Divorciada

9.- ¿Cuándo fue tu última regla? _____ 10.- ¿Has sufrido violencia de tu pareja durante el embarazo? 1. No 2. Sí

11.- ¿Qué tipo de violencia? 1. Golpes 2. Palabras ofensivas 3. Abuso Sexual 4. Otra: _____

12.- Fecha de vistas	13.- ¿Cuántos meses de embarazo tienes?	14.- Señales de riesgo				15.- ¿Con quién has ido al control prenatal?	16.- ¿Qué te recomendaron?	17.- ¿Qué seguimiento se te han dado?
		Z u m b i d o s	P i e s h i n c h a d o s	S a n g r a d o	P a l i z o			
						Partera	Médico	

18.- ¿Con quién se atendió finalmente su parto? 1. Médico 2. Partera 3. Nadie

19.- ¿Cómo fue? _____

20.- ¿Cómo fue tu cuarentena? _____

Acerca de las autoras

Aurelia Flores Hernández

Doctora en Antropología por la Universidad Laval en Québec, Canadá. Se ha especializado en estudios acerca de las mujeres rurales en el Centro Internacional MASHAV en Tel Aviv, Israel. Es autora del libro *A las mujeres por la “ley” no nos tocan tierras. Género, tierra, trabajo y migración en Tlaxcala* (2010), co-autora de los libros: *Caminar por los tepetates, género y tierra en Tlaxcala, México* (2006) y *Microfinanciamiento y empoderamiento de mujeres rurales. Las cajas de ahorro y crédito en México* (2003) y colaboradora en la publicación *¿Quién cosecha lo sembrado?. Relaciones de género en un área natural protegida mexicana* (2001). Ha escrito y publicado artículos científicos en revistas nacionales e internacionales sobre el tema de su dominio: los estudios de género. Actualmente es profesora-investigadora en el Centro de Investigaciones Interdisciplinarias sobre el Desarrollo Regional (CIISDER) de la UAT. Es candidata al Sistema Nacional de Investigadores (2011-2013) y Perfil Deseable del PROMEP/SEP (2010-2013).

Adelina Espejel Rodríguez

Doctora en Ciencias Económicas en la especialidad de Desarrollo Regional (área medio ambiente) de la Universidad de Camagüey, Cuba. Reconocida como miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I y Perfil Deseable del PROMEP. Ha publicado los libros *Los encinos (Quercus) de Tlaxcala, México* (2004), *Problemas ambientales, procedimiento metodológico, acciones de mitigaciones en el estado de Tlaxcala* (1ra. edición, 2005 y 2da. edición, 2009), *Educación ambiental, sustentabilidad y percepción. Un debate latente* (2008), *El observatorio social, económico y ambiental, una institución para el control estratégico de la gestión del desarrollo desde la endogeneidad* (2009), *Problemática ambiental, Cuenca del Río Zahuapan estado de Tlaxcala* (2010) y *Ecología por competencias, hacia una educación ambiental* (2011).

“Nadie se muere por parir”...

Luz María Martell Ruíz

Licenciada en Psicología Social por la Universidad Autónoma de Tlaxcala (UAT), maestra en Psicoterapia Gestalt por el Colegio Humanista de México, maestra en Análisis Regional, especialidad en Población y Desarrollo en el Centro de Investigaciones Interdisciplinarias sobre Desarrollo Regional de la UAT. Auxiliar de investigación desde el 2008 de profesorado integrado al Sistema Nacional de Investigadores y coautora en publicaciones relacionadas con su línea de interés en la investigación: Género, Identidad y Poder. Actualmente es profesora-investigadora de la Facultad de Trabajo Social, Sociología y Psicología de la UAT.

La presente edición se terminó en el mes de Agosto de 2011
en los talleres de Conciencia Grafica S.A de C.V.
con domicilio en Fraccionamiento Cabañas Lt. 2
Oasis Valsequillo, Puebla. C.P. 72400
y con número de teléfono y fax 01 222 2817084