



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

UNIDAD IZTAPALAPA

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

POSGRADO EN CIENCIAS ANTROPOLÓGICAS

**“ENTRE LA NORMATIVIDAD COMUNITARIA Y LAS INSTITUCIONES DE
SALUD”.
PROCESOS REPRODUCTIVOS Y SALUD MATERNA EN MUJERES INDIGENAS
DE LA COSTA CHICA DE GUERRERO**

LINA ROSA BERRIO PALOMO

Tesis de Doctorado en Ciencias Antropológicas

Directora: Dra. Ángeles Sánchez Bringas

Asesoras: Dra. Graciela Freyermuth Enciso

Dra. Guadalupe Fabiola Pérez Baleón

INDICE

AGRADECIMIENTOS	5
INTRODUCCIÓN	7
CAPITULO 1.....	17
COORDENADAS DE NAVEGACIÓN: LOS REFERENTES TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS.	17
1.1 Guías de navegación: referentes teóricos	17
1.2 La ruta de viaje seguida: estrategias metodológicas	46
CAPITULO 2.....	58
POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD MATERNA EN MÉXICO.	58
2.1 Políticas públicas en salud reproductiva en México	60
2.2. Políticas y programas en salud materna 2001-2012.	65
2.1.1 Arranque Parejo en la Vida (2001-2006).....	67
2.2.2 Arranque Parejo en la Vida (2007-2012):	70
2.3 El sistema de Protección Social en Salud.....	81
2.3.1 El Seguro Popular en Guerrero	86
2.3.2 El seguro Popular en la Costa Chica:	92
A modo de conclusión.....	99
CAPITULO 3.....	101
PANORAMA DE LA REGIÓN: GUERRERO Y LA COSTA CHICA.....	101

3.1 El panorama de la mortalidad materna en Guerrero:.....	102
3.2 Estrategias estatales en Guerrero para reducir la mortalidad materna:	112
3.3 La Costa Chica de Guerrero: el lugar de estudio seleccionado.....	115
3.4 Las comunidades de análisis: Huixtepec y Cuanacaxtitlán.....	126
A modo de conclusión.....	139
CAPÍTULO 4.....	141
TRAYECTORIAS REPRODUCTIVAS.....	141
4.1 Trayectorias reproductivas	142
4.2 Comportamiento reproductivo de las mujeres en México	145
4.3 Comportamiento reproductivo de las mujeres indígenas en México:.....	148
4.4. Comportamiento reproductivo de las mujeres indígenas en las comunidades seleccionadas:.....	150
4.5 Trayectorias reproductivas de las mujeres en cada grupo de edad	151
4.5.1 Prácticas de atención durante el embarazo y el parto.....	160
4.5.2 Uso de anticonceptivos	163
A modo de conclusión.....	166
CAPÍTULO 5.....	170
SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN	170
5.1 Los rituales de establecimiento de la unión	174
5.1.1 Siguiendo las normas de género: el matrimonio tradicional en la experiencia de las mujeres mayores.	174
5.1.2 “Yo me entregué solita...yo sola decidí”. Sexualidad y conyugalidad entre mujeres de mediana edad.	185
5.1.3 “Me tienes que ir a pedir”: cumpliendo la normatividad reproductiva.	197
5.1.4 “Nos fuimos por la libre...” sexualidad y conyugalidad de mujeres jóvenes.	199

5.2 Construyendo la relación de alianza e insertándose en la nueva red de relaciones familiares.....	209
5.2.1 Las relaciones de poder al interior de la familia.....	212
5.2.2 Uniones y maternidad en contextos migratorios.....	215
A modo de conclusión	218
 CAPÍTULO 6.....	 220
PRÁCTICAS DE ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO	220
6.1 Significado social de la maternidad y papel de la familia en el cuidado de la salud durante este periodo.	220
6.2 Representaciones y recomendaciones tradicionales para el cuidado de la salud durante el embarazo.....	228
6.3 La atención biomédica para el cuidado de la salud durante el embarazo.	237
6.4 De diálogos y exclusiones: ¿cómo transitan las mujeres entre estos dos sistemas de salud durante su embarazo?	247
A modo de conclusión.....	253
 CAPITULO 7.....	 256
PRÁCTICAS DE ATENCIÓN DURANTE EL PARTO.....	256
7.1 Dinámicas asociadas a la toma de decisiones respecto al lugar de atención del parto	256
7.2 Prácticas de atención tradicionales.....	262
7.3 Practicas de auto atención	277
7.4 Practicas de atención biomédicas.....	286
7.5 El papel de la red familiar y social en el cuidado de la salud durante el parto.....	305
A modo de conclusión.....	315

CAPÍTULO 8.....	315
ACCIONES DE CUIDADO DURANTE EL PUERPERIO	315
8.1 Prácticas tradicionales de atención en el puerperio	315
8.2 Prácticas de atención biomédica: puerperio hospitalario.....	328
8.3 Red familiar y trabajo reproductivo en el puerperio	3337
8.4 Amamantamiento y prácticas de alimentación a los recién nacidos.....	344
A modo de conclusión.....	352
CONCLUSIONES.....	358
BIBLIOGRAFIA	368
ANEXOS.....	383
Anexo 1. Lista de Siglas.....	383
Anexo 2. Formato de Encuesta Reproductiva para Mujeres.....	386
Anexo 3. Resumen Principales características de mujeres citadas en el texto.....	389

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis sólo ha sido posible por el acompañamiento cercano de muchas personas que desde diversos lugares del mundo ayudaron a su gestación. En primer lugar a las compañeras indígenas de la Costa Chica de Guerrero, quienes son el corazón de este trabajo y mis grandes maestras de la vida durante los últimos diez años. Mi especial agradecimiento a Enemesia Morales Pablo y Asunción Ponce Ramos de Huixtepec y Cuanacaxtitlán respectivamente; a Hermelinda Tiburcio, Apolonia Plácido, Paulina Baltazar, Adelaida Ramos y a las compañeras y compañeros de Kinal Antzetik D.F, mi espacio vital de activismo. Igualmente a la red de promotoras, parteras, parteros de Kinal Guerrero y la Casa de la Mujer Indígena Nellys Palomo Sánchez. A todas las mujeres que generosamente compartieron su palabra y sus historias sobre los procesos reproductivos.

A México por mantenerse como espacio para la formación pública en posgrado; a Conacyt por hacerlo posible a través de las becas de doctorado y mixta. Al posgrado en Ciencias Antropológicas de la Universidad Autónoma Metropolitana por permitirme recorrer los caminos necesarios para la formación y las búsquedas académicas. A la Dra. Ángeles Sánchez Bringas quien pacientemente me guio en este transitar acompañando los aspectos académicos y emocionales aquí involucrados. A las asesoras Graciela Freyermuth y Fabiola Pérez por su cuidadosa lectura y la generosidad de sus recomendaciones y enseñanzas. Este texto se enriqueció notablemente gracias a las valiosas sugerencias de las tres. A Margarita Zárate y Alba Elena Avila quienes en representación del posgrado de antropología revisaron la última versión. A cada una de las integrantes del seminario de morbilidad materna que tuvimos durante dos años en la UAM mi gratitud por las reflexiones compartidas.

A la línea de antropología médica del Ciesas, especialmente a los profesores Eduardo Menéndez, Sergio Lerín, Rosa María Osorio, Roberto Campos, y Paola Sesia de Oaxaca, por todas sus sugerencias y retroalimentaciones; así como a las compañeras y compañeros de doctorado de esa línea generación 2007-2011 con quienes se armó el proyecto. A la Universidad Federal de Bahía, el Posgrado de Antropología y el Instituto de Salud Colectiva de la misma, así como a todos los docentes que generosamente me recibieron en Salvador y me permitieron comprender el mundo de la antropología brasileña y la salud colectiva.

A Daniela Díaz mi gran maestra de presupuesto, Raffaella Schiavon por su confianza y a todas las integrantes de la Coalición por la Salud de las Mujeres y el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México quienes desde la sociedad civil han sido grandes impulsores de estos procesos para lograr que la salud materna se convierta en un tema prioritario desde una perspectiva de derechos.

Y en la vida cotidiana a Laia Isabela quien me acompañó en el trabajo de campo, en mi estancia académica en Brasil y fue parte central de este proceso cediendo buena parte de su tiempo para que esta tesis se hiciera realidad. A Juanca por los años compartidos y el mejor fruto de los mismos que es nuestra hija.

A Yillo y Nacho mi mamá y mi papá, quienes me enseñaron el gozo de la lectura y el aprendizaje, me animaron siempre a acabar y llenaron de energía este proceso hasta el final igual que mis hermanos, tías, primas, primos. A todos ellos infinitas gracias por confiar y acompañar en las crisis a la distancia. Queda el camino abierto para las nuevas generaciones como lo hicieron nuestras ancestras y ancestros para nosotras. A la vida, generosa como ninguna y al de arriba que siempre anda por allí presente cuidando y acompañando. A Nellys Palomo, maestra de vida y responsable de este camino recorrido con las mujeres indígenas. A cuatro años de su ausencia, este es mi regalo para ella y para todas las mujeres que perdieron su vida dando vida.

A mis amigas del alma, las de todos los días, las que hicieron contención, soportaron mis crisis, me prestaron sus espacios y animaron siempre a terminar: Florencia Mercado, Carla Pinochet, Daniel Egaña, Marysol Rojas, Paloma Bonfil, Patricia Rosete, Patricia Yllescas, Gloria Mejía, Adriana Lozano, Natalia Caruso, Ruth Alvarez, Virginia Cardinal, Giobanna Buenahora, Rosa María Torres, Cecilia Iglesias, Coco. A las mamás y papás solidarios de la Herminio que ayudaron a cuidar a la hija. A la banda bailadora y muchas otras personas que desde distintos lugares del mundo mandaron su cariño y apoyo a lo largo de estos años. Son demasiadas y ofrezco disculpas si no están todas mencionadas pero saben que tienen mi reconocimiento y gratitud.

INTRODUCCIÓN

Punto de partida 1: las motivaciones.

Dicen que quienes investigamos, escogemos temas no resueltos en nuestra vida o absolutamente relacionados con ella. Indagarlos es una manera de encontrarnos a nosotros mismos o de ir desenredando madejas de hilos que nos conducen a lugares insospechados de nuestro propio camino interior. Siempre pensé que había escogido el tema de la salud materna para reflexionar teóricamente sobre las prácticas de intervención social que por años había desarrollado en torno a la salud reproductiva en contextos indígenas.

Luego supuse que tenía que ver con mi abuela paterna, fallecida no en un proceso de gestación pero si por una enfermedad absolutamente curable si hubiese vivido en un contexto o época diferente a la que le tocó, en los años 60, en una finca alejada, en medio de la sabana del Sinú en el Caribe colombiano. Lina, la tercera mujer de mi abuelo; “la mujer de la finca” quien lo compartía con “la oficial”, murió muy joven, con cuatro hijos y menos de 30 años de edad por fiebre tifoidea, una enfermedad curable si no hubiera vivido a tres o cuatro horas a caballo del pueblo más cercano, si hubiese tenido acceso a atención médica y, quizás, si la hubieran sacado con mayor oportunidad. Me parecía que su historia representa la misma vulnerabilidad de muchas mujeres indígenas que en México fallecen durante el embarazo, el parto o el puerperio, por causas similares: desigualdades de género, falta de acceso a servicios, de medios de transporte, poca oportunidad en el traslado o simplemente porque se considera como algo normal y se naturaliza la muerte de personas con pocos recursos.

Tiempo después me di cuenta que en realidad mi alma estaba conectada no sólo con ella sino de una manera más profunda con otros seres que me acompañan siempre en mi caminar y por primera vez pude ver con toda claridad, por qué estaba tan comprometida con la salud materna, no sólo desde una mirada académica sino ante todo desde la acción, con una perspectiva claramente política que centra su mirada en el ejercicio de derechos para todas las personas.

“La salud es un derecho y nosotras también merecemos un trato digno”; esa frase, construida junto con compañeras indígenas de Guerrero, Oaxaca y Chiapas como parte de las campañas

en torno a la calidad de la atención que hemos realizado desde Kinal Antzetik Distrito Federal A.C.¹, refleja ese foco centrado en el conocimiento y ejercicio de derechos para todas las personas, derecho a la salud, derechos sexuales y reproductivos, derechos de los pueblos indígenas, entre otros.

Este trabajo, busca comprender las prácticas de atención y cuidado del proceso reproductivo entre mujeres indígenas Mixteca (mixtecas) y Nancue Ñomndaa (amuzgas) de la Costa Chica de Guerrero, al tiempo que se constituye en una reflexión sobre historias reproductivas, dinámicas sociales de cuidado, interacciones con el Estado y ejercicio de derechos reproductivos en contextos indígenas.

La propuesta de investigación surgió a partir de la experiencia desarrollada por la organización, Kinal Antzetik D.F A.C desde el año 2001, en torno a temas relacionados con la mortalidad materna en zonas indígenas, particularmente en los estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas. Allí iniciamos un trabajo de formación de parteras y promotoras comunitarias, que posteriormente se fue ampliando a otros actores como autoridades comunitarias, municipales y varones; el cual ha implicado una vinculación permanente con las organizaciones de mujeres indígenas y la jurisdicción sanitaria 06 (Costa Chica) de Guerrero.

En 2007, luego de seis años trabajando en la zona, decidí proponer, en el marco del doctorado, un proyecto de investigación que indagara sobre las prácticas de atención desarrolladas por las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Me interesaba mirar si estas prácticas habían sido impactadas por los programas gubernamentales en salud materna y de qué manera; pues parte de la literatura etnográfica existente sobre el tema en regiones indígenas (Ortega, 1999, 2010; Mendoza, 2004; Bellato, 2001, Freyermuth, 2003), mostraba procesos de medicalización cada vez más crecientes en dichos contextos. Mi trabajo profesional había sido fundamentalmente con promotoras y parteras desde una perspectiva que ahora puedo reconocer como básicamente biomédica orientada a la identificación de riesgos por parte de mujeres y parteras, promoviendo la inmediata canalización en casos de emergencia obstétrica.

¹ Organización de la sociedad civil de la cual soy integrante y fundadora, dedicada al trabajo en promoción de derechos, ciudadanía y salud integral, con énfasis en mujeres indígenas. El nombre está en lengua tzeltal y significa "Tierra de Mujeres". Surge en Chiapas en 1995 como Kinal Antsetik A.C y posteriormente se abre otra organización derivada de allí, con varias de sus fundadoras, con el nombre de Kinal Antzetik D.F A.C. Aunque Kinal llevaba varios años trabajando en la formación de mujeres indígenas en torno a salud sexual y reproductiva, el fuerte lo habían constituido los procesos organizativos y la construcción de una agenda política desde las mujeres indígenas. En 2001 inicia el acercamiento a la problemática de la mortalidad materna, a partir de un proyecto financiado por la fundación MacArthur para realizar un diagnóstico de la situación en zonas indígenas y posteriormente construir una propuesta piloto para contribuir a evitarla.

En ese sentido existía el interés de acercarme en la investigación del doctorado a las historias de las propias mujeres y al análisis de sus representaciones y prácticas, indagando también el papel jugado por las redes familiares en estos procesos de atención.

Con la información recopilada a lo largo del trabajo de campo aparecieron de manera clara las desigualdades étnicas, de género y sociales existentes en la región, así como las diversas normatividades comunitaria e institucional en torno al proceso reproductivo, manifestadas claramente en el tipo de recomendaciones y prácticas para cuidar la salud durante el embarazo, parto y puerperio, orientadas por el personal de salud, la familia y la comunidad. Igualmente se fue incorporando la reflexión en torno al tema de los derechos y su posibilidad de ejercicio por parte de las mujeres, particularmente los derechos reproductivos exteriorizados en las decisiones tomadas a lo largo de su trayectoria reproductiva y sus prácticas de cuidado; pero también, del mismo modo, desde la mirada del derecho a la salud y el análisis de las exclusiones y desigualdades en salud, me interesó ver cómo éstas se revelaban en los programas y servicios en salud materna ofertados por el Estado a las mujeres indígenas durante sus procesos de embarazo, parto, puerperio.

De este modo, las preguntas a las cuales se intenta responder son las siguientes: ¿Cómo se configura el proceso reproductivo y las prácticas de atención durante el embarazo, parto y puerperio entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero?, ¿De qué manera las normatividades comunitarias y definiciones institucionales del sector salud delimitan las opciones de cuidado a la salud materna y el ejercicio de derechos por parte de las mujeres en un contexto de desigualdades?

El objetivo general del trabajo fue analizar el proceso reproductivo y particularmente las prácticas de atención a la salud materna entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero, a partir de los límites y posibilidades que establecen las normatividades comunitarias e institucional en torno a la reproducción y el ejercicio de derechos en un contexto de desigualdad.

Estas preguntas y objetivo están atravesadas por una mirada centrada en la reproducción y el proceso reproductivo, el cual nos permite observar las interacciones y tensiones entre las dinámicas familiares y comunitarias, así como las existentes en la relación entre el Estado y los pueblos indígenas en el ámbito de la salud materna.

Punto de partida 2: compartiendo el lugar desde el cual se mira la realidad.

Este trabajo es el resultado de un largo y no siempre fácil, proceso de reflexión en torno al tema de la salud materna y las prácticas de atención de las mujeres indígenas en la Costa Chica de Guerrero. No corresponde a una investigación construida desde una perspectiva académica exclusivamente, y por tanto los tiempos en los cuales se realizó, las metodologías y fuentes de información seleccionadas, reflejan esta mirada. Es un trabajo construido en la interfase entre la academia y el activismo político en torno a la salud y los derechos de las mujeres, particularmente las mujeres indígenas, desde una perspectiva feminista y de izquierda.

Las múltiples identidades que me atraviesan se hicieron presentes a lo largo del mismo; en algunos casos de manera muy nítida y en otros, mezclándose en un entramado que no siempre era claro para mí ni para las compañeras. Durante los años en los cuales fue realizada, estuve en la región como estudiante de doctorado, integrante de Kinal Antzetik D.F A.C; facilitadora grupal, activista en torno al tema y por tanto participante en múltiples espacios de interlocución con el sector salud o autoridades locales, donde era vista, no como investigadora sino como integrante de una organización social que los interpelaba; era aliada pero al mismo tiempo, muchas veces les era incómoda.

Fue un reto establecer una distancia entre la tesis como un producto de investigación que requería una rigurosidad metodológica, unos tiempos definidos para el trabajo de campo, el registro de la información en diarios de campo; y al mismo tiempo asumir el rol de activista y apoyo en la gestión, que esperaban las compañeras. En muchas ocasiones, en medio de reuniones con el sector salud que hubieran resultado de gran valor para un investigador, terminé abandonando las notas de campo y mi papel de etnógrafa, para convertirme en una más del equipo, priorizando así mi identidad como activista².

Reconozco que puede ser considerado como una pérdida de información en términos académicos y que en este trabajo no se reflejan muchas de esas dinámicas de interacción entre el sector salud y las organizaciones sociales, pero en ese momento se jugaban posibilidades de acuerdos concretos que traerían modificaciones positivas en las formas de atención y el acceso de las mujeres a servicios de salud adecuados y con pertinencia cultural. Ese era y sigue siendo el motivo profundo que sustenta mi trabajo; no sólo dar cuenta de la

² Son varias las ocasiones en que ello ocurrió, pero particularmente recuerdo las reuniones técnicas de promoción de la salud materna en Acapulco (2010) y Veracruz(2011), las del comité jurisdiccional de mortalidad materna o los foros municipales de consulta realizados en 2008 en la región.

situación y hacer un análisis del mismo, lo cual es ya un aporte desde el trabajo académico; adicionalmente me anima un interés por lograr que las miradas, reflexiones y recomendaciones realizadas desde la investigación, puedan contribuir de uno u otro modo a la transformación de la realidad.

Por lo anterior asumo un compromiso con el tema y me ubico como parte de un grupo de científicos sociales que recupera los aportes de la investigación-acción-participación propuesta ya hace varias décadas por Fals Borda y repensada hoy a la luz de los procesos de descolonización del saber (Mora, 2011; Aubry, 2011) y la reflexión político-metodológica que implican los procesos de investigación de co-labor (Leyva, Speed, y Burguete, 2008). Desde esta mirada, el proceso de reflexión ocurrido durante la investigación es tan importante como el resultado final de la misma y los cambios no se esperan como un producto posterior a la tesis o al reporte final de investigación. Se van construyendo día a día de manera conjunta, con los actores sociales involucrados con los cuáles se está comprometido. Esto implica que hay un ejercicio permanente de ida y vuelta entre la investigación, la acción, la apropiación de los saberes construidos por los sujetos y las modificaciones en los propios ejes de investigación a partir de aquello que va cambiando en la realidad concreta durante el proceso de investigación.

Desde Kinal llevábamos varios años trabajando el tema en la región, con una red de parteras y promotoras que permanentemente canalizaban mujeres gestantes; haciendo consejería en salud con ellas, sus parejas, familiares, la propia comunidad; pero que además se habían constituido como un actor político con conciencia de sus derechos, que interpelaba a sus interlocutores, entre ellos el personal de salud. Del mismo proyecto de prevención de la mortalidad materna iniciado en 2001 se construyó una red de parteras y promotoras comunitarias que en 2009 se constituyó en una organización propia: Kinal Antzetik Guerrero A.C. Hoy tienen su propia estructura, figura jurídica, planes de trabajo y una red de más de sesenta compañeras en los cinco municipios con mayor presencia indígena en la Costa Chica, así como la casa de mujeres indígenas Nellys Palomo, en San Luis Acatlán, cuyo eje fundamental de atención es la salud materna.

También están en la región las compañeras de la casa de salud de Ometepec “Manos Unidas”; un espacio impulsado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, para trabajar temas relacionados con la salud sexual y reproductiva; el cuál fue apropiado por las compañeras Ñomndaa (amuzgas), Mixteca (mixtecas) y Me’phaa (tlapanecas) de la región

como un espacio fundamental para la construcción de estrategias de prevención y atención a mujeres de la región, en temas relacionados con la salud materna.

Kinal había estado presentes como asesoras acompañantes en la construcción inicial y puesta en marcha de la propuesta; la cual estuvo a cargo de varias compañeras de la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas provenientes del Consejo Guerrerense de Mujeres Indígenas. Hoy la casa de salud “Manos Unidas” tiene una cobertura aproximada de seis municipios, una red de parteras y promotoras de más de 70 compañeras y un espacio físico que funciona como lugar de reuniones, talleres, posadas para gestantes, etc.

Han sido procesos organizativos y de construcción de ciudadanía realizados con las mujeres indígenas; procesos que revisten una importancia central para la configuración de nuevos actores sociales trabajando en torno al tema en la región, desde una perspectiva propia, con un fuerte arraigo comunitario, desarrollando labores de promoción, prevención, atención de partos, seguimiento, gestión, etc.; procesos que han contribuido a cambiar en diez años, el panorama de los actores que intervienen en torno al tema, colocando en la agenda pública de la región y el Estado, la situación específica de las mujeres indígenas.

De lo anterior se deriva que no sólo podemos atribuir a la Secretaría de Salud Federal –SSA o a la Secretaría de Salud de Guerrero –SESAEG-, los discursos circulantes sobre el tema en la región. Por el contrario, desde las organizaciones sociales presentes en la zona trabajando estos temas, hemos jugado un papel activo en la traducción cultural, en la resignificación de lo que implica el cuidado de la salud durante el embarazo, el parto y el puerperio entre las mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero.

Al hacer este proceso de cierre de la tesis y recordar el camino andado, puedo ver que no fue sólo un proceso de investigar una realidad desconocida sino de asumirme también, junto a muchísimas compañeras que cotidianamente hacen el trabajo de hormiga en las comunidades, como constructoras de esa realidad. Nada de eso paró mientras hacía la tesis y en ocasiones era como estar en dos canales diferentes. De hecho en este trabajo no se incluye prácticamente nada de esos procesos organizativos y de participación social en torno a la salud en la región porque rebasaban los límites de esta investigación.

Mi trabajo antes de iniciar el doctorado fue fundamentalmente con las promotoras y parteras pero tenía poco conocimiento de la voz de las mujeres y cómo vivían ellas estos procesos. Por eso en la tesis prioricé estas voces y quedaron prácticamente por fuera las experiencias y el

papel de las promotoras en esta reconfiguración regional. Sistematizar esa experiencia es una deuda que tengo con las compañeras, con Kinal y constituye una nueva veta de investigación que se abre a futuro, la cual se empieza a abordar aquí, desde el ámbito individual, relacionada con el ejercicio de derechos, pero no incluye la dimensión colectiva de exigir el derecho a la salud con las mujeres indígenas organizadas de la Costa Chica de Guerrero.

Hoy, al finalizar la escritura del texto puedo ver estas dos partes, la académica y la activista que han estado siempre presentes allí y tener una visión más integral de lo que ha sido el proceso. Existen miradas diversas desde los múltiples actores que conforman las piezas del rompecabezas: las propias mujeres, el personal de salud, los tomadores de decisiones que definen políticas públicas, las organizaciones sociales de mujeres indígenas y no indígenas que impulsamos procesos de participación social en salud con una perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad.

Múltiples actores estamos allí y nos transformamos mutuamente en este largo proceso; algunas veces la relación establecida por la sociedad civil con las autoridades en salud ha sido desde la coordinación, otras desde la exigencia y la tensión, en ocasiones colaborando y en algunos momentos en abierta oposición y denuncia. No todo está narrado aquí, sería imposible y el objetivo no era dar cuenta del recorrido histórico y las acciones de incidencia sino indagar sobre el proceso reproductivo y cómo éste es vivido por las mujeres, sus familiares y el sector salud, cómo se produce esta relación entre reproducción, prácticas en salud y políticas públicas en salud materna en un marco de desigualdades y exclusiones como el que enfrentan las mujeres indígenas.

Esto es parte de lo que ha sido el proceso de navegación: el punto de partida en este viaje, el lugar desde el cual miro y los lentes que decidí usar; esos me permitieron ver ciertos aspectos de la realidad al mismo tiempo que ocultaban otros. Múltiples tormentas aparecieron en este viaje y amenazaron con retrasar aún más su marcha o detenerla definitivamente. Pérdidas irreparables de seres queridos como Nellys Palomo, mi tía y maestra quien me introdujo en este mundo indígena hace trece años, abrió brecha en la Costa Chica y falleció en 2009 durante mi estancia de investigación en Brasil. Su partida implicó asumir nuevas responsabilidades que llegaron sin previo aviso y requirieron toda mi energía y atención durante más de tres años, cuando apenas empezaba a procesar la información del trabajo de campo. Dirigir una organización y hacer una tesis de doctorado no fue una tarea fácil y en varias ocasiones estuve a punto de abandonar la tesis.

La maternidad y el proceso de crecimiento de mi hija Laia Isabela quien me acompañó en este viaje pues literalmente estuvo conmigo todo el tiempo y mi renuncia a dejarla mientras hacía trabajo de campo porque era muy pequeña y las condiciones poco adecuadas, definieron el modo en que este fue hecho: yendo y viniendo entre el DF y la Costa Chica. Su compañía en la última parte de la redacción impulsándome a acabar para que “ya volviera a jugar con ella”, fueron un gran aliciente.

Crisis, rupturas, descubrimientos, pequeñas muertes y muchos renacimientos; sin duda un viaje al interior de mí misma es lo que ha significado el proceso de construir este trabajo que hoy presento, esperando que contribuya a la comprensión de los fenómenos aquí descritos y pueda ser útil para pensar problemáticas similares en otros contextos, pero ante todo para seguir luchando por hacer realidad el derecho a la salud para todas las personas.

Este ha sido mi punto de partida, desde lo que soy, una mujer negra, colombiana y parte de la Costa Chica a la que siento como mi casa. Una mujer con el corazón a la izquierda, con muchas preguntas y pocas certezas; recorriendo el camino de la academia, la investigación, el activismo social y la incidencia. Profundamente agradecida con todas las compañeras que me guiaron en este recorrido, con los seres que me dieron fuerza; con Nellys que me compartió los primeros mapas y me invitó a emprender el viaje; lanzándome a aguas profundas y desconocidas como buena nieta de marinero. No fueron pocas las veces en que me sentí totalmente perdida y con ganas de abandonar la tarea, pero siempre hubo alguien que me animó a seguir. A cada una de ellas y ellos infinitas gracias.

Punto de partida 3: Coordenadas de viaje.

El documento está organizado de la siguiente manera: en el primer capítulo se presentan los abordajes conceptuales a partir de los cuales se construyó el trabajo, desarrollando los tres ejes principales de análisis: reproducción, desigualdades en salud y sistema de salud, así como el eje de derechos; cada uno de ellos con sus respectivas categorías operativas. Se presenta además en este capítulo, la metodología utilizada para el desarrollo del trabajo.

El segundo capítulo aborda el marco general de políticas públicas en salud reproductiva y particularmente en salud materna implementadas en México y Guerrero, con especial énfasis en el periodo 2001-2012 en el cual se centra mi trabajo. En este capítulo se trabajan las acciones y programas en salud materna desarrolladas por la Secretaría de Salud Federal,

asumiendo que dos de sus funciones centrales son la rectoría y particularmente el diseño de políticas públicas, así como la provisión de servicios de salud. Este marco de las orientaciones institucionales planteadas a través del programa de Acción Específica Arranque Parejo en la Vida (PAEAPV), permitió analizar las prácticas de atención reseñadas en los capítulos seis al ocho.

El tercer capítulo presenta a la región de estudio que es la Costa Chica de Guerrero y las comunidades en las cuales se realizó el trabajo, así como aspectos relacionados con el panorama epidemiológico en relación a la mortalidad materna en esta zona y la conformación de las redes de servicios.

El cuarto capítulo aborda las trayectorias reproductivas a partir de la encuesta reproductiva realizada en 2008 a cien mujeres indígenas amuzgas y mixtecas de las dos comunidades en las cuales trabajé y que fueron aglutinadas en tres grupos de edad. Mediante las trayectorias es posible identificar la manera en que se expresa la normatividad reproductiva, en los comportamientos reproductivos de las mujeres indígenas de la región. Igualmente una mirada general de las prácticas de atención y terapéuticas a las cuales acuden las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio.

El quinto capítulo enmarca el proceso reproductivo en las dinámicas socioculturales de las comunidades seleccionadas. Se realiza un análisis de las relaciones entre sexualidad, conyugalidad y maternidad, mediante la revisión de los rituales y procesos asociados al establecimiento de las uniones, los cuales marcan la inserción en un nuevo grupo familiar y la maternidad como la natural y esperada consecuencia de los dos anteriores³. A partir del sexto capítulo analizo las prácticas de atención en cada una de las etapas del proceso reproductivo iniciando por el embarazo que es el abordado en dicho capítulo. Presento entonces las representaciones y prácticas para el cuidado de la salud, tanto desde la perspectiva biomédica como la tradicional, identificando aspectos comunes, así como tensiones y diferencias entre ellas. Igualmente se muestran los impactos locales de los programas de salud materna a los

³ De esta manera, se construye una triada entre sexualidad-conyugalidad-maternidad, que ya ha sido abordada por Sánchez (2003) quien construye las prácticas tradicionales a partir de esta triada. Del mismo modo lo hacen otras autoras (Espinosa, 2008; D'Aubeterre, 2006; Freyermuth, 2003; Fagetti, 2006; Elu, 1993; Nájera et al, 1998;

cuales me referí previamente, especialmente el enfoque de riesgo, materializado en el control prenatal.

El séptimo capítulo aborda las dinámicas relacionadas con los procesos de atención y cuidado durante el parto. En este análisis las prácticas de atención tradicional, biomédica y de autoatención al momento del parto, así como el papel de la red familiar en este proceso y el funcionamiento del sistema de salud cuando las mujeres deciden acudir al mismo. Es en este capítulo donde se puede observar con mayor detalle cómo opera actualmente el sistema hospitalario para la atención obstétrica en la región, así como el funcionamiento de los programas de salud materna y aseguramiento; los límites del mismo y su mirada monocultural en el tipo de atención ofertada.

El último capítulo se refiere al puerperio. En el muestro nuevamente, el papel de la red familiar en las acciones de cuidado durante el mismo, las recomendaciones para el mantenimiento de la salud durante esta etapa y a futuro, así como el modo en que se relacionan con este periodo, los diversos actores que han intervenido a lo largo de este proceso reproductivo.

Finalmente, en las conclusiones, presento una serie de reflexiones respecto a los hallazgos del trabajo y vuelvo a esta mirada inicial para debatir algunos aportes, retos y posibles vetas de investigación posterior.

He compartido el punto de partida, y seguiré a continuación con las coordenadas y la ruta de navegación...espero que los resultados de esta travesía puedan ser tan reveladores para ustedes, como apasionante y retador resultó el viaje para mí.

CAPITULO 1

COORDENADAS DE NAVEGACIÓN: LOS REFERENTES TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS.

1.1 Guías de navegación: referentes teóricos:

El eje central de este trabajo es la reproducción y la salud, en el contexto particular de comunidades indígenas en la Costa Chica de Guerrero. Alrededor de la reproducción, particularmente de las prácticas de cuidado durante el embarazo, parto y puerperio, es posible reflexionar sobre los diferentes actores, sectores y normatividades involucrados en el mismo, así como las posibilidades de ejercicio de derechos y construcción de ciudadanía por parte de las mujeres indígenas.

Entenderé el proceso reproductivo como el trabajo físico, mental y emocional que se desarrolla al concebir y dar a luz o adoptar, criar y socializar niños/as, así como crear y mantener en buen estado hogares y personas (Colen, 1995). La reproducción es un proceso social que trasciende lo biológico⁴ e involucra actividades ligadas al cuidado y la crianza, al trabajo reproductivo, a la construcción genérica, la inducción a las normatividades culturales y de género imperantes en su contexto específico así como a la posibilidad de reproducción sociocultural de los grupos.

Si bien el trabajo reproductivo recae fundamentalmente entre las mujeres, y ello obedece a una construcción de género que asocia hechos fisiológicos con una serie de atributos, responsabilidades, roles y emociones, asignados al sexo femenino; es claro que dicho trabajo involucra una gran cantidad de actores y no puede realizarse sin una fuerte red de relaciones sociales⁵. El trabajo reproductivo se desarrolla de manera más intensiva al interior de las unidades familiares y grupos de parentesco, produciendo o ratificando una serie de relaciones,

⁴ Si bien hay una tendencia a naturalizar la reproducción biológica como la única o más válida forma de reproducción, es claro que los avances tecnológicos están colocando al centro del debate nuevas formas de reproducción asistida que complejizan el análisis como los de Cardaci y Sánchez (2009) o los de Olavarría (2013). Sin embargo, dado el contexto sociocultural en el cual se desarrolla este trabajo, donde la reproducción biológica es la predominante, me referiré fundamentalmente a ella a lo largo del texto.

⁵ Se incluyen redes de parentesco, comunitarias, de amigos, vecinos, paisanos (en contextos migratorios), así como trabajadoras domésticas quienes en ciertos contextos geográficos y de clase, juegan un papel central en las tareas reproductivas de los grupos domésticos en los cuales se insertan.

vínculos, lugares sociales en la red de parientes y tareas específicas para cada integrante del mismo. A través de la reproducción se generan y/o actualizan grupos y redes sociales, definidos por vínculos de consanguineidad o alianza, reiterando la normatividad asociada a este proceso, la cual incluye la heterosexualidad, la filiación, la maternidad/paternidad como obligación social y el cuerpo femenino fecundo en el cual se actualizan tanto las prácticas de cuidado como las normas de género (Sánchez, 2012).

La reproducción incluye por tanto el trabajo reproductivo que se desarrolla para garantizar los procesos de creación de seres humanos y cuidado de los mismos, abarca actividades económicas, relaciones sociales y de parentesco, representaciones en torno a la maternidad, la paternidad, relaciones de género y generacionales, así como representaciones socioculturales de grupos específicos en relación con otros. El trabajo reproductivo está enmarcado en la unidad familia-parentesco; no existe en sí mismo; sólo puede entenderse en el marco de estas relaciones. El trabajo reproductivo es un trabajo social. Hay un ciclo reproductivo para producir seres humanos y eso define qué tipo de seres se reproducen en términos socioculturales.

Por lo anterior, este proceso reproductivo no se refiere a hombres o mujeres de manera individual, sino también a relaciones establecidas entre diversos grupos de parentesco, las instituciones involucradas en dichos procesos -particularmente las de salud- así como los diferentes niveles y fuerzas envueltas en el debate al respecto, las cuales van desde lo local hasta lo global e implican miradas, políticas, acciones y lineamientos desde los Estados, organismos multilaterales, y una gran variedad de fuerzas económicas y políticas interesadas en promover su propia versión de la reproducción y la continuidad cultural (Ginsburg y Rapp, 1995:5) Adicionalmente, es un campo de tensión el cual expresa la biopolítica del poder y la complejidad de relaciones existentes entre los pueblos indígenas y los Estados-Nación en América Latina⁶ (Radcliffe, 2008)

⁶ Radcliffe aborda un análisis de la sexualidad y la raza en el estado multicultural de Ecuador, examinando el papel de las mujeres indígenas como sujetos claves en la politización de la identidad étnica del movimiento indígena ecuatoriano, a partir de un análisis de las prácticas de gobernabilidad referidas a la salud sexual y reproductiva por parte del Estado ecuatoriano. Análisis similares respecto a la relación entre pueblos indígenas y políticas nacionales en salud, particularmente de salud sexual y reproductiva han sido realizados para el caso brasilero por Coimbra y Garnelo (2004) así como Conklin, (2004). Otros trabajos han abordado la relación entre cuerpo y reproducción en el contexto de construcciones postcoloniales y de un discurso "moderno" en países de África (Lynn, 2003; Chapman, 2010), o bien las consecuencias en los procesos reproductivos y debates transnacionales de mujeres africanas migrantes en Europa (Sargent, 2011; Bledsoe y Sow, 2011).

La reproducción biológica es inseparable de la reproducción social o de los sistemas sociales como un todo. En el caso de pueblos indígenas o de población rural requerimos considerar el papel y el significado asignado a la fecundidad en tanto los hijos representan la posibilidad de reproducción biológica, cultural y económica de cada grupo doméstico pero también de los pueblos indígenas en su conjunto. Desde esta perspectiva, familias numerosas son garantía de contar con mayor mano de obra para el trabajo productivo, seguridad respecto al cuidado durante la vejez y permanencia en el tiempo de un determinado linaje o grupo de parentesco, a través de sus descendientes.

Estas representaciones y aspiraciones configuran la manera como se entiende en cada contexto, la fecundidad y la maternidad como un hecho cultural mediante el cual se producen “personas⁷”, integrantes de la colectividad, miembros activos de ella a través de un complejo proceso de socialización que incluye el nacimiento y la crianza especialmente, pero que se extiende incluso hasta los eventos que configuran la adultez social (McCallum, 2008) como integrantes plenos de dichas colectividades. La maternidad y la paternidad, así como los procesos de cuidado y socialización orientados a la supervivencia y la reproducción social del grupo en el marco de la crianza, son también culturalmente construidos y constituyen una experiencia transformativa (Sánchez, 2003).⁸

La maternidad no opera exclusivamente como maternaje, elemento definidor de la identidad de género, ideal social o reificación de lo femenino. También tiene un sentido práctico y primordial para la sobrevivencia de los pueblos indígenas, como es la reproducción física y social de la comunidad. A través de la maternidad y la paternidad se ponen en juego, no sólo los deseos y decisiones individuales de hombres y mujeres, sino también la posibilidad de

⁷ Recupero la categoría de “persona” (pessoa) desarrollada en la literatura antropológica brasileña sobre pueblos indígenas amazónicos para referirse al proceso biosocial mediante el cual cada grupo, reconoce a un ser humano como miembro del mismo (Seeger, da Matta y Viveiros de Castro, 1987; Conklin y Morgan, 1996). Los tiempos y eventos asociados a ello varían para cada grupo pero a menudo incluyen como elemento central el proceso de adquisición de un nombre cuando los infantes tienen la capacidad para comer solos (McCallum, 1996, 1999), o cuando puede responder con conciencia a estímulos externos como reír o hablar (Athias, 2004). Cabe destacar que el proceso de producción de personas comienza desde la gestación y no es responsabilidad exclusiva de las mujeres pues se considera que el bebé no es producido mediante un único acto sexual sino que se va gestando a partir de repetidos actos sexuales durante el periodo de embarazo. De esta manera, los varones son centrales para la configuración del nuevo ser mediante estos actos sexuales repetidos, y el grupo en su conjunto acompaña el proceso de socialización del recién nacido hasta que este es considerado persona y se integra como un miembro más de la colectividad.

⁸ Una revisión más detallada sobre los diversos abordajes de la maternidad, así como las diferencias entre maternidad y maternaje, se puede consultar en los trabajos de Nakano, 1994, Sánchez, 2003; Arevalo, 2012;

acceder a un lugar de reconocimiento y legitimidad en la estructura social. En estas comunidades, hombres y mujeres se vuelven “adultos sociales” con derechos, a través de la reproducción biológica y los procesos de crianza derivados de ello.

Reproducción estratificada:

Por otra parte, la reproducción se inserta en un sistema de desigualdades basadas en jerarquías de clase, raza, etnicidad, género y lugar en la estructura social, los cuales definen la manera como se viven los procesos reproductivos, las posibilidades de acceso a recursos, materiales, sociales, así como la valoración social de este hecho. Recupero el concepto de reproducción estratificada elaborado por Shelle Colen (1995), quien plantea la complejidad y estratificación de este proceso pues nos remite a diferentes niveles de interacción social (local, nacional y transnacional) que se concretan en políticas, programas, estrategias, acciones gubernamentales sobre el cuerpo, la fecundidad, la salud de las mujeres. Paralelamente se observa que las tareas reproductivas se realizan de manera diferenciada en cada grupo social, de acuerdo a una estructura desigual. La estratificación de la reproducción da cuenta de cómo a través del proceso reproductivo se reafirman e intensifican tales desigualdades mediante las cuales ciertos grupos de población están excluidos o tienen menor acceso a condiciones económicas, sociales, políticas y de ciudadanía.

“Las tareas de la reproducción física y social se llevan a cabo de manera diferente de acuerdo a las desigualdades que se basan en jerarquías de clase, raza, género, etnicidad, lugar en una economía global, y el estado de la migración y son estructuradas por las fuerzas sociales, económicas y políticas. El trabajo reproductivo-físico, mental y emocional de sostenimiento la crianza y socialización de los niños y de creación y mantenimiento de hogares y personas (de la infancia a la vejez) es diferencialmente experimentado, valorado y recompensados de acuerdo a las desigualdades de acceso a los recursos materiales y sociales en contextos históricos y culturales particulares. La reproducción estratificada, en particular con la modificación creciente del trabajo reproductivo reproduce estratificación reflejando, reforzando e intensificando las desigualdades en las que se basa”. (Colen, 1995: 78)

Las relaciones reproductivas locales, están constituidas por formas de poder global, y en ese sentido las políticas de reproducción se relacionan con las perspectivas locales y globales, en los cuales se entrelazan las políticas públicas, las prácticas reproductivas, la toma de decisiones, la subjetividad, las redes sociales de apoyo, entre otros (Ginsburg y Rapp, 1997). Se

asume también que el matrimonio, la paternidad y la crianza están organizadas sistemáticamente, guardan una relación directa con las economías domésticas, la reproducción social de los grupos y por tanto juegan un papel central en la distribución del poder en cualquier sociedad.

Colen (1995) habla de la reproducción social estratificada para referirse al complejo proceso en el cual la reproducción está inmersa en un entramado donde intervienen definiciones asociadas a la globalización, la producción económica y las relaciones de poder, de tal suerte que ciertas mujeres realizan labores de crianza de hijos biológicos de otras mujeres en países o regiones de elevado desarrollo, mientras sus propios hijos son al mismo tiempo cuidados y socializados, por sus madres o familiares.

Podemos pensar a partir de lo señalado por la autora, que la reproducción ratifica desigualdades en tanto se estimula entre ciertos grupos sociales a los cuales se les generan condiciones para reproducirse (incentivos económicos, condiciones laborales que permitan a las madres, y en algunos casos, padres, permanecer con sus hijos o hijas durante un lapso de tiempo considerable después del nacimiento, tiempos de lactancia, desarrollos tecnológicos orientados a ampliar las posibilidades de reproducción asistida entre otros), mientras ciertos cuerpos de mujeres en regiones de poco desarrollo o pertenecientes a grupos sociales considerados marginales debido a su adscripción étnica, de clase, nacionalidad, condición social, edad, entre otros, son percibidos como no aptos para la reproducción y se diseñan una serie de políticas orientadas a controlar su fecundidad y sus prácticas reproductivas⁹.

Allí se inscriben políticas poblacionales, reproductivas, de desarrollo económico y “combate a la pobreza”, las cuales se manifiestan en diversos ámbitos de la vida, a través de intervenciones sistemáticas mediante políticas públicas, programas y acciones por parte del

⁹ Al mismo tiempo, hay un fuerte desarrollo de las tecnologías reproductivas orientadas a ampliar o generar condiciones para la reproducción de algunos grupos biológicos. Cardaci y Sánchez (2009) han realizado un análisis de estas tecnologías reproductivas en México, señalándolo como un campo complejo por las discusiones éticas, económicas e ideológicas asociadas al mismo. De allí el fuerte interés en desarrollar tecnologías reproductivas que permitan la reproducción biológica de ciertos sectores de la población con capacidad adquisitiva para pagar los costosos tratamientos de fecundación, o el alquiler de vientres para la implantación de óvulos, generalmente a cargo de mujeres con menores recursos económicos. Evidentemente estos procesos no son lineales y es claro que las políticas de planificación familiar llegaron tardíamente a zonas rurales e indígenas; sin embargo, también es cierto que existe una gran presión en dichas regiones por garantizar e incrementar los mecanismos de control de la fecundidad y uno de los argumentos utilizados para ello se asocia a la reducción de riesgo obstétrico.

Estado, entre las cuales se inscriben naturalmente las políticas de población y las de salud sexual y reproductiva. La pertenencia étnica es uno de los elementos que definen la configuración de esta reproducción estratificada, particularmente en contextos de profundas desigualdades como el de América Latina, donde las poblaciones indígenas y afro descendientes constituyen importantes sectores de la población cuya posibilidad de acceso a servicios de salud de calidad es limitada. Esto se manifiesta en los precarios indicadores de salud y derecho a la salud en estos grupos (Oyarce, Ribotta y Pedrero, 2010; Campbell, 2008; Monteiro, 2004) los cuales nos muestran las jerarquías de etnia y clase que enmarcan los procesos reproductivos.

La estratificación de la reproducción muestra las desigualdades existentes en las sociedades modernas, las cuales se manifiestan de manera clara en las posibilidades de enfrentar e incluso sobrevivir, procesos asociados a la gestación, el parto y el puerperio. La concentración de la mortalidad materna en grupos poblacionales de escasos recursos económicos y sin acceso a seguridad social, tanto en ámbitos urbanos como rurales, da cuenta de estas inequidades socioeconómicas. La mayor probabilidad que enfrentan las mujeres indígenas de morir durante este proceso, muestra las desigualdades y exclusiones asociadas a la etnia. El elevado número de adolescentes y jóvenes fallecidas por causas maternas, hospitalizadas por eventos obstétricos o con necesidad insatisfecha de anticonceptivos nos habla de inequidades y vulnerabilidades asociados a la edad. De esta manera, la reproducción es un ámbito central de la vida social donde convergen diversos actores, niveles, procesos, orientaciones, y tensiones los cuales nos remiten a temas de salud y derechos pero también de ciudadanía o por el contrario, de exclusión.

Freyermuth (en prensa:16), recuperando a teóricas feministas llama la atención respecto a la necesidad de analizar las desigualdades intragenéricas e interétnicas, que ayudan a explicar la morbimortalidad diferencial por causas maternas entre mujeres, definidas por un acceso diferencial a los servicios de salud. La autora señala tres características que condicionan las desigualdades enfrentadas por las mujeres y sus familias, las cuales inciden en el proceso reproductivo: el capital económico, el capital humano (incluye el nivel educativo y los conocimientos sobre complicaciones durante la maternidad, así como el dominio del castellano); finalmente el capital social o redes de apoyo que permiten movilizar recursos y tener opciones para la resolución de problemas.

Estas desigualdades asociadas al género y la etnia, se conjuntan con otras asociadas a la edad y tienen impactos concretos en las posibilidades de acceso por parte de las mujeres a condiciones adecuadas de salud y al ejercicio de sus derechos reproductivos. De esta forma, el proceso salud-enfermedad-atención (Menéndez 1992, 2003) está enmarcado tanto en las relaciones entre sistemas de salud hegemónicos y subalternos, como en el entramado de relaciones sociales comunitarias, materializándose en las decisiones y prácticas concretas de atención.

La normatividad del proceso reproductivo:

La reproducción se materializa en procesos reproductivos como el embarazo, el parto, el puerperio, la crianza, los cuales están insertos en el curso de vida de las personas y tienen un peso importante en el establecimiento de alianzas duraderas entre familias, de roles de adultez social derivados de este hecho, así como cambios significativos en el lugar social ocupado en la familia y la comunidad. Incluso cuando la maternidad se produce en contextos o momentos considerados socialmente como no adecuados (adolescentes, mujeres sin pareja o viviendo en situación de calle, con enfermedades crónicas, etc.)¹⁰ otorga un status social y define de inmediato los comportamientos esperados, asociados a la crianza y el cuidado (Rincón, 2013; Muñoz, 2012).

Existe en todos los grupos socioculturales una normatividad implícita en torno a la reproducción, de tal suerte que la reproducción biológica es culturalmente pautada en función de ciertos momentos, situaciones y características de los individuos. En contextos indígenas la reproducción es la consecuencia natural y esperada de las uniones de pareja, al punto de convertirse prácticamente en obligación social una vez se formaliza la relación (Najera et al, 1998; Rodríguez y Kjeizer, 2002; Szasz, 2008; Rosales y Doroteo, 2012). De este modo, se establece a temprana edad un continuum de transiciones entre inicio de la sexualidad, conyugalidad y reproducción. La maternidad se constituye en la institución que justifica el ejercicio de la sexualidad, establece la inserción plena en un nuevo grupo de parentesco, garantiza la reproducción social, reproduce roles y relaciones de género, al mismo tiempo que

¹⁰ Los trabajos de Muñoz (2012) sobre maternidad en mujeres jóvenes en situación de calle o el de Rincón (2013) respecto a mujeres con insuficiencia renal y morbilidad grave asociada a la maternidad permiten observar esta fuerte valoración de la maternidad y su impacto en las decisiones reproductivas de las mujeres, incluso contradiciendo recomendaciones o indicaciones médicas y sociales al respecto.

marca el tránsito a la adultez social ampliando el abanico de derechos familiares y comunitarios¹¹ a los cuales acceden hombres y mujeres al convertirse en padres y madres.

La reproducción está íntimamente ligado con la producción pues las demandas del trabajo y la crianza, el valor social asociado a la maternidad o a la paternidad en diferentes contextos culturales, así como la organización social para el cuidado de los infantes, que implica la crianza, definen en gran medida las decisiones reproductivas (Petchesky, 2006; Sánchez, 2003). Este abordaje implica entonces no sólo un ejercicio individual de las mujeres y hombres respecto a su propia reproducción y la de su grupo, sino que también están mediados por un análisis que combina normatividad social, estructuras de apoyo y recursos disponibles.

La maternidad, y en menor medida la paternidad, son asuntos sociales y por tanto las decisiones sobre cuidado, atención, procedimientos médicos, curadores, identificación de la “normalidad” o “anomalía” en el mismo, la búsqueda de ayuda frente a situaciones de emergencia o las acciones para la prevención, mantenimiento y recuperación de la salud, involucran a la mujer y su pareja pero además a los miembros más cercanos de su red de parentesco, parteras, promotoras de salud e incluso, de manera creciente, a las propias autoridades comunitarias. En ese sentido, hablar de maternidad y salud materna en este contexto sociocultural, nos implica referirnos a un entramado social vinculado al mismo; así como a una duración en el tiempo que se extiende y está presente mucho antes y después del periodo de gestación y puerperio. Es por ello que se incluye en este trabajo los momentos de tránsito previos a la gestación (selección de pareja y/o noviazgo, sexualidad, unión) en los cuales se va configurando la red de relaciones que hará posible dichos procesos.

Pensar en este entramado social no significa negar o minimizar la capacidad de decisión de las mujeres y sus parejas en torno a su sexualidad, reproducción y estrategias de cuidado. Por el contrario, este trabajo busca evidenciar cómo las mujeres van tomando definiciones en torno a su propio cuerpo y sus procesos de gestación. Mostrar que el ejercicio de derechos y la toma de decisión respecto a su vida reproductiva y prácticas de atención se incrementan a medida que se gana en conocimiento vivido, experiencia reproductiva, autonomía económica, edad y lugar social dentro de la familia, acceso a información, vinculación a redes de apoyo, así como su propia capacidad de ir tomando el rumbo de su vida y negociarlo con múltiples actores involucrados.

¹¹ Entre ellos a participar en las Asambleas, a tener un espacio propio para construir su vivienda, a la herencia (especialmente en el caso de los varones), a un terreno para desarrollar sus actividades productivas.

La reproducción es un ámbito que naturalmente nos remite a relaciones de género y normatividad de género imperante en cada contexto cultural. Esta normatividad enmarca las construcciones sociales respecto al papel asignado a hombres y mujeres en cada sociedad. Los roles y las relaciones de género influyen de manera decisiva en todos los ámbitos de la vida cotidiana, incluyendo por supuesto, las relaciones de pareja, la salud, así como las representaciones y prácticas respecto a la maternidad y la paternidad.

Género es una categoría construida socialmente, y en tal sentido, vale la pena recuperar los cuestionamientos realizados por algunas teóricas feministas como Judith Butler (1990, 2006) a la diferenciación establecida entre sexo y género como si la segunda fuera la construcción cultural de la diferencia sexual. Según Butler, no es el sexo la base biológica fundamental sobre la cual las culturas construyen sus concepciones de género, sino el género cultural el que nos permite construir nuestras ideas sobre la sexualidad¹².

Para Butler (2006:69) el género como norma opera y define las prácticas sociales estableciendo estándares implícitos de normalización y brindando los parámetros de inteligibilidad social de la acción. La normatividad de género condensa los significados, ideaciones, nociones y valores de diferentes discursos culturales de un saber predominante, aunque nunca homogéneo o monolítico, sobre lo que es ser “hombre” o “mujer”. Las acciones individuales “citan estos significados, actuándolos cotidianamente en varias formas aunque nunca reproduciéndolos de manera idéntica, lo que da lugar a la heterogeneidad, el conflicto y la presencia en la escena social de comportamientos que se salen de la norma” (Sánchez, en prensa:4). Por ello encontraremos que los comportamientos efectivamente realizados por las personas no corresponde necesariamente con los establecido por la normatividad pero se enmarcan en una idea de alcanzar este comportamiento esperado o definido por la normatividad como lo muestran los trabajos de Rincón, (2012) y Muñoz (2012).

Esta normatividad de género se expresa a través de las prácticas reproductivas, las trayectorias reproductivas, las acciones de cuidado a la salud, entre otros. Existen normas, valores y representaciones que delinear y performan el cuerpo, regulan el ejercicio de la sexualidad, los vínculos, la procreación y la diferencia entre hombres y mujeres. Esta normatividad es

¹² Castellanos por su parte (2003), nos recuerda los estudios de numerosas antropólogas como Sylvia Yanagisako, Jane Collier, Henrieta Moore, entre otras, quienes han mostrado a partir de investigaciones en otros contextos culturales, la ausencia de universalidad en nuestra división binaria de los sexos.

socialmente construida por lo cual varía según contextos específicos y se expresa a través de los comportamientos individuales de las personas para alcanzar este ideal normativo aun cuando sus acciones concretas disten mucho e incluso se contradigan con dicha normatividad, del mismo modo que las representaciones sociales y las prácticas no necesariamente se corresponden en la experiencia concreta de las personas. Esta normatividad reproductiva se expresa tanto en el ámbito de la vida cotidiana como en el ámbito institucional.

El género permite comprender las diferencias, roles, relaciones entre personas a partir de los símbolos, expectativas y papeles que se asigna a cada sujeto según la caracterización genérica que se realice de éste. Al mismo tiempo, permite adentrarnos en el análisis de las desigualdades sociales que se construyen en torno a las personas; divisiones sociales que implican relaciones de poder intra e intergenéricas, autoridad y control, acceso a recursos, posibilidades diferenciadas para el ejercicio de derechos, valoración social, funciones, tareas, obligaciones entre otros. La manera en que cada sociedad concibe lo femenino y lo masculino, el orden de género asociado a ello, constriñe sus posibilidades de acción y define la posición que ocupa en la estructura social, la cual se aprende y reproduce a través de la socialización y el proceso de crianza que moldea seres sociales.

De allí la necesidad de situar nuestros análisis en contextos específicos, e historizarlos, para evitar generalizaciones respecto al género. Desde el feminismo de la diferencia se recupera la crítica a la universalización homogeneizante de la categoría “género”, en los análisis respecto a mujeres pertenecientes a diferentes contextos socioculturales, históricos, políticos y económicos diversos¹³. El género nunca va solo, es necesario entenderlo en el contexto de sus intersecciones con otros marcadores sociales como la edad, la pertenencia étnica o la clase social (Crenshaw KW, 1993), pues es este conjunto de interacciones el que define la posición de cada persona en su propia estructura social, la manera en que es percibido por otros y el tipo de relaciones que establece con sus pares o con otros actores dentro o fuera del grupo de referencia. Justamente por ello no es estático y siempre se piensa en el contexto de una red de relaciones. No es lo mismo ser nuera que suegra en una red de parentesco, como tampoco lo es ser indígena o mestiza; derechohabiente o población abierta frente a un sistema de salud, aunque se comparta el mismo género.

¹³ Académicas como Chandra Mohanty (1984, 2003); Saba Mahmood (2008); Ángela Davis, Patricia Hill Collins o Amina Mama (2001), entre otras, han señalado la necesidad de historizar y contextualizar nuestros análisis para no caer en la trampa de generalizar nuestros hallazgos y reflexiones como si reflejaran la realidad de todas las mujeres.

La interseccionalidad nos permite pensar estos temas a partir de las articulaciones entre género-clase-etnia-edad, apelando a la categoría construida por varias feministas negras en Estados Unidos para dar cuenta de esas múltiples desigualdades sociales. La intersección de estos marcadores sociales en la experiencia concreta de las mujeres es uno de los aportes principales del feminismo a la comprensión de las desigualdades. Al respecto se puede consultar los trabajos de Kimberlé Crenshaw Williams (1993), quien acuñó el concepto de interseccionalidad retomado posteriormente por un gran número de académicas feministas. Otro abordaje desde América Latina es el de Ochy Curiel (2008) quien habla de procesos de racialización a partir de los cuales se construyen tales desigualdades, o los de Epsy Campbell (2003, 2012) para el caso de mujeres afrodescendientes. Un análisis de cómo se manifiesta la interseccionalidad en el caso de mujeres indígenas tzeltales se puede consultar en el trabajo de Masson (2009). El reto metodológico es justamente mostrar en experiencias concretas de qué manera operan estas desigualdades que incluso en algunos casos, tienden hacia la exclusión de determinados grupos sociales.

En este trabajo intentaré abordar como esas diferencias y desigualdades impactan en dos ámbitos centrales que revisaremos a lo largo del texto: el primero se refiere a la posibilidad de construcción de ciudadanía por parte de las mujeres indígenas, particularmente en lo referido al ejercicio de sus derechos reproductivos y a la salud. El segundo articula la adscripción de género y étnica con las condiciones de salud de las mujeres indígenas, específicamente en el ámbito de la sexualidad y la reproducción pues es un eje que atraviesa las dinámicas personales, comunitarias e involucra instituciones concretas del Estado como el sistema de salud. De esta manera existen y conviven, la normatividad comunitaria y la institucional en torno a la reproducción y el cuidado de la salud durante el embarazo, parto y puerperio. Las mujeres se mueven entre ambas y ello se materializa tanto en sus prácticas de atención como en sus trayectorias reproductivas.

Dado que la salud materna se ubica en el campo de la reproducción, es necesario articularla con la posibilidad de ejercicio de derechos sexuales y reproductivos y ello se manifiesta respecto a las propias mujeres, la familia, la comunidad y el Estado. Una manera de acercarnos a la construcción de derechos es en el análisis de las trayectorias reproductivas y prácticas concretas de cuidado que realizan las mujeres incluyendo decisiones, prácticas y actores que intervienen pues la salud materna está en la interfase entre el nivel comunitario y la institucionalidad en salud. En ese sentido vale la pena revisar lo que ocurre al interior de cada uno, la normatividad existente y el sentido de apropiación y ejercicio de derechos para

identificar hasta donde la familia, la comunidad y el sistema de salud, posibilitan o constriñen el efectivo ejercicio de los mismos a las mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero durante sus procesos reproductivos. Si bien en este trabajo no abordo la dimensión de los derechos colectivos de los pueblos indígenas, entre ellos a la salud, es cierto que en las relaciones entre personal de salud y mujeres indígenas gestantes se articulan una serie de prácticas asociadas al género y la pertenencia étnica, que reactualizan las complejas relaciones de subordinación entre pueblos indígenas y mestizos, así como entre el Estado y los pueblos indígenas en México (Wade,1997; Gómez Izquierdo, 2000; Castellanos Guerrero, 2000; Stavenhagen, 2001; Gall, 2002).

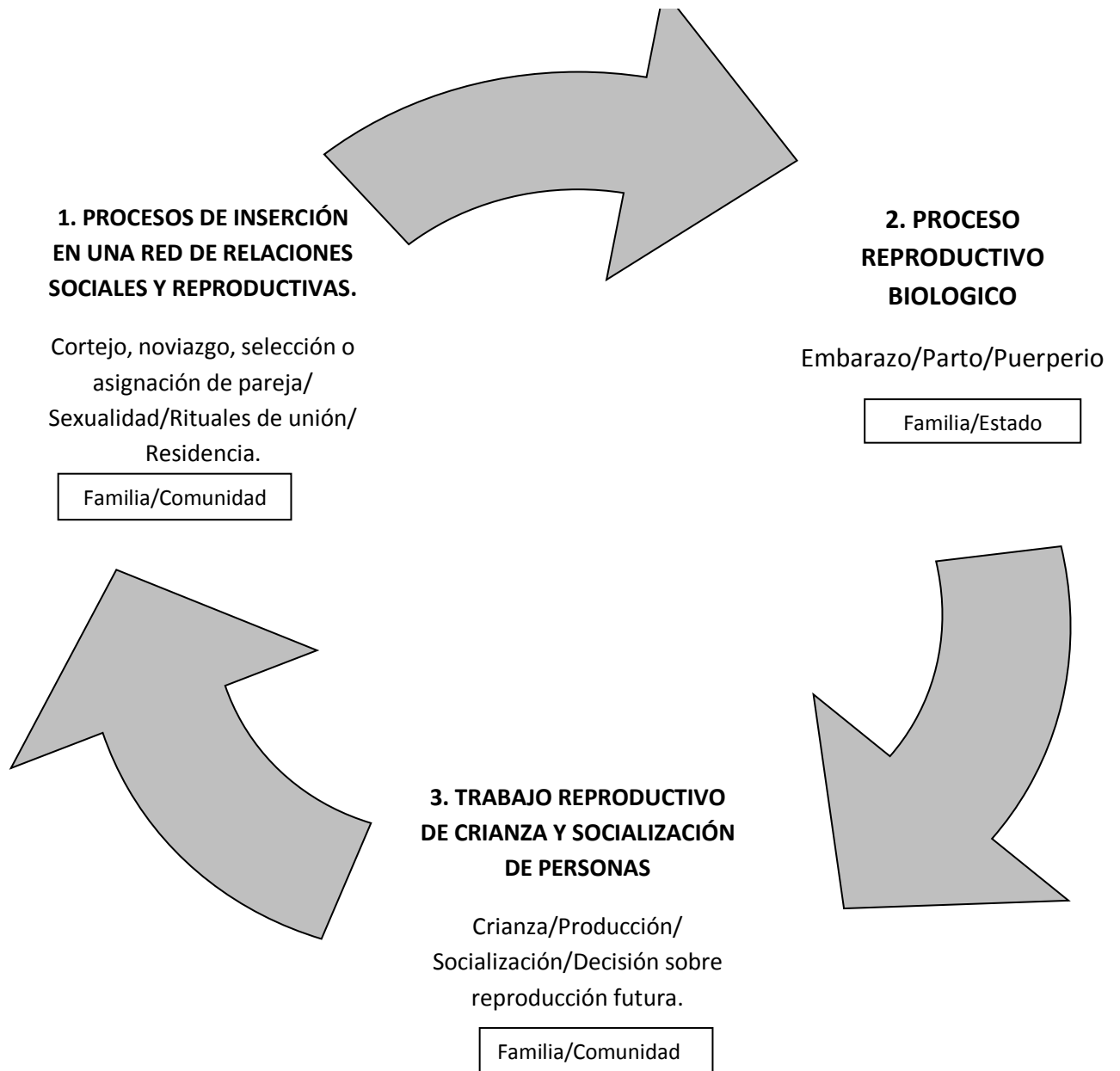
Todo ello se conjuga con las relaciones de poder ejercidas por el modelo médico hegemónico respecto a los pacientes y otros modelos de salud, de tal suerte que se superponen diversas relaciones de micro poder entre sujetos que se saben parte de grupos desiguales (indígena-no indígena; hombre-mujer). Así se actualizan mecanismos de subordinación entre médicos y pacientes; médico-curadores tradicionales; los cuales son característicos del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1990,2003; Salas Valenzuela, 1998, 2004)

La reproducción abarca diversos ámbitos de la vida cotidiana, incluye procesos previos a la gestación como el cortejo, la selección de parejas, la sexualidad, los rituales de unión, la residencia. Del mismo modo incluye las diferentes etapas del proceso reproductivo biológico (embarazo, parto y puerperio); el trabajo productivo posterior al nacimiento, durante el puerperio, la crianza temprana y todas las acciones de socialización del nuevo ser en la configuración sociocultural de su pueblo.

Encontraríamos entonces tres grandes momentos en los cuales podemos dividir el proceso reproductivo en este contexto particular de la Costa chica de Guerrero:

1. Procesos de inserción en una red de relaciones sociales y reproductivas mediante la sexualidad y la unión.
2. Procesos fisiológicos y culturales asociados a la reproducción biológica (embarazo, parto y puerperio)
3. Procesos de crianza y socialización de personas.

Ilustración 1. Esquema de etapas y actores del proceso reproductivo.



El primero y el último están marcados por el papel central del ámbito familiar y comunitario, con un predominante papel de las mujeres y sus parejas, suegros, padres, otros integrantes del núcleo familiar y la comunidad en general; mientras en el segundo momento (el de la reproducción biológica) el Estado se incorpora de manera protagónica e intensiva y aparecen otros actores como médicos, enfermeras, promotores de salud, redes sociales, organizaciones, entre otros. En el puerperio este protagonismo del estado desaparece y las prácticas de atención recaen fundamentalmente en las redes familiares y comunitarias.

En este trabajo enfoco la mirada en los dos primeros momentos pero me interesa mostrar el ciclo completo pues si bien hay una presencia intensiva y cada vez más creciente del Estado en

el proceso reproductivo y el cuerpo de las mujeres a través de programas, acciones, recomendaciones, políticas públicas, etc.; al considerarlo dentro del proceso más largo observamos cómo esta presencia se restringe a un momento muy específico y no considera lo que acontece antes del embarazo ni después del puerperio. Aunque es un periodo bastante delimitado en el cual se interviene desde las instancias de salud, sus efectos son contundentes en la modificación de las prácticas de atención durante el embarazo, parto y puerperio, aunque no transformen de manera sustancial las trayectorias reproductivas de las mujeres indígenas pues éstas dialogan con una normatividad comunitaria y con condiciones estructurales como la crisis económica, los procesos migratorios y el incremento de la escolaridad, entre otros.

Si el Estado, particularmente a través del sistema de salud¹⁴ participa en estos procesos de reproducción estratificada construyendo una normatividad reproductiva institucional que establece los marcos en los cuales es posible o deseable reproducirse, así como las prácticas de cuidado durante este periodo; entonces se hace necesario preguntarse por el papel que juega en el mismo. ¿De qué manera este reproduce desigualdades y exclusiones o bien posibilita un ejercicio de derechos humanos y reproductivos para las mujeres? ¿Cómo dialogan o negocian estas intersecciones a las que nos hemos referido previamente en términos de etnicidad, género, clase y generación?

Por lo anterior, otra de las preguntas que guía el trabajo busca identificar de qué manera el sistema de salud, particularmente en sus funciones de diseño y prestación de servicios de salud materna constriñe las decisiones reproductivas y prácticas de cuidado durante el embarazo, parto y puerperio entre mujeres indígenas de la Costa Chica reproduciendo desigualdades y exclusiones.

¹⁴ Es evidente que el Estado tiene múltiples y variadas formas de intervención que impactan la mirada, las expectativas y las representaciones locales en torno a la reproducción. Una de las más importantes es el sistema de salud pero también encontramos el aparato escolar y las políticas sociales de combate a la pobreza, entre otros. La mayor permanencia de los jóvenes en el sistema escolar les permite acceder a información que fue inexistente para generaciones previas. Los programas de transferencia condicionada como Oportunidades, ejercen una gran presión en la modificación de los comportamientos y estilos de vida de las mujeres y sus familias, dadas las obligaciones que éste implica para ella, la intervención clara en sus prácticas de salud a partir del condicionamiento al control prenatal y a la consulta periódica de “pacientes sanos”, así como la compleja relación económica establecida con las mujeres en función del número de hijos. Es amplia la literatura sobre los impactos de Oportunidades en México. Al respecto se puede consultar la evaluación realizada por el Ciesas (2008); los trabajos de Herrera (2011) o más recientemente los de González de la Rocha y Escobar Latapí (2012).

Ello implica un acercamiento al tema de las desigualdades que entenderé como diferencias entre grupos y/o personas que tienen acceso diferencial a recursos, beneficios, satisfactores, posibilidades, oportunidades, y derechos, por razones que son injustas, innecesarias y evitables. La desigualdad nos habla de asimetrías y por tanto implica situaciones de poder y organización social (López Arellano, sf) López recupera la perspectiva marxista señalando que la desigualdad remite o tiene su origen en la división de la sociedad en clases la cual implica una apropiación inequitativa de la riqueza que se manifiesta en relaciones de poder asimétricas entre grupos (López Arellano, 2003).

Esta sería la primera acepción de la desigualdad que retomamos en este trabajo: la socioeconómica que nos habla de una inadecuada redistribución de la riqueza y por tanto procesos de diferenciación social asociados a condiciones económicas y de clase. En el ámbito de la salud ello se manifiesta en las posibilidades de acceso económico a los servicios de salud, en la distribución de la población entre población asegurada y población abierta cada una de las cuales tiene desiguales garantías de acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud recibidos. Se incluyen aquí algunos determinantes sociales de la salud entre los cuales se encuentran el empleo, educación, vivienda, servicios, medio ambiente, recreación, entre otros, que son inaccesibles, insuficientes o de baja calidad, para los sectores de población con menores recursos económicos, impactando de manera directa en las condiciones de salud.

Una segunda acepción de la desigualdad se refiere a las relacionadas con el género, en un sistema heteronormativo y patriarcal que valora de manera diferenciada, asigna lugares subordinados y otorga posibilidades distintas a las personas consideradas de género femenino respecto a las de género masculino. Estas desigualdades de género han sido ampliamente documentadas por el feminismo y su transformación constituye un elemento central de la propuesta teórica y política del mismo. La tercera acepción de la desigualdad es la de tipo étnico y racial que afecta a poblaciones racializadas por razones fenotípicas o culturales como ocurre en el caso de pueblos indígenas afrodescendientes y en América Latina. Los impactos de estas dos desigualdades en la salud de las mujeres y de los grupos étnicos han sido reconocidos en la literatura sobre el tema (Torres, 2001:198; Oyarce, Ribotta y Pedrero, 2010; Encuesta de Salud y Demografía de Mujeres Indígena –Ensademi-, 2008; CDI, 2012:109; Ventura y Coimbra, 2003). Del mismo modo se han señalado estas desigualdades en el ámbito específico de la salud materna (Freyermuth, 2003; 2012:2; Sesia, 2009:215 Espinosa, 2004; OMM, 2013:7)

Como lo plantea Freyermuth (En prensa)

“El género y la etnia han sido considerados como factores determinantes en la desigualdad de oportunidades para el acceso a los servicios; son elementos distintivos que posicionan de una manera particular a las mujeres para acceder a una atención primaria o integral en caso de padecer una urgencia obstétrica y que pueden llevar al fallecimiento durante la maternidad. Concebir al sexo y a la raza no solamente como rasgos eminentemente biológicos, sino como formas determinantes de relacionarse con el mundo, que pueden o no generar desigualdades entre los individuos y que los pone en una situación particular frente al riesgo de enfermedad y la búsqueda de atención, dependiendo del contexto sociocultural en particular, redefine su valor explicativo en el proceso salud-enfermedad-atención a la luz de categorías como la etnia y el género”

La desigualdad es parte de un continuum de situaciones y factores cuyos extremos son la inclusión y el ejercicio de plena ciudadanía por un lado hasta la exclusión social del sistema y la negación de todo derecho en el extremo opuesto. En el intermedio nos aparecen diversas formas y grados de desigualdad social.

La exclusión es un concepto derivado de la sociología, construido en Europa hacia la década de los setenta, para referirse especialmente, a los fenómenos enfrentados por sectores de la población que en la crisis económica y de desempleo, habían sido excluidos de los beneficios del Estado de Bienestar Social. Posteriormente se amplió para incorporar otros elementos relacionados con la desprotección social, el desempleo, los cambios en los patrones de producción y contratación derivados de las políticas neoliberales, así como la fragmentación de las redes sociales. De esta manera la noción de exclusión, inicialmente asociada a la pobreza o la marginación, adquiere una mirada más amplia que sitúa el debate en torno a la exclusión de la condición plena de ciudadanía para algunas personas o grupos sociales (Padrón y Román, 2010:817).

La exclusión remite a procesos de integración e inserción, o por el contrario, de desigualdad, inequidad y exclusión. En la literatura contemporánea se habla cada vez más de inequidad, en un sentido similar al de desigualdad, refiriéndose a *“diferencias injustas y evitables en el acceso a bienes, servicios y oportunidades y que se expresan, en el caso de salud, en diferencias injustas y evitables en los resultados de salud entre diversos grupos al interior de los países y entre países”*. (OPS, 2003:2) La inequidad genera exclusión en salud.

La exclusión, según Castel (1997), refleja los procesos de desintegración social que marcan las sociedades actuales, y hace parte de un continuum que va desde la integración hasta la exclusión, pasando por el proceso de cohesión intermedio que es la vulnerabilidad. En el nivel de integración los individuos participan plenamente de la vida social en todos los ámbitos y su condición de ciudadanos es ejercida sin restricción. La vulnerabilidad implica el enfriamiento del vínculo social, previo a su ruptura y está marcada por la precariedad en el empleo y el debilitamiento de los soportes relacionales (la familia, los entornos culturales y sociales, entre otros), que ya no pueden ofrecer a los individuos las condiciones para su desarrollo en cada uno de los ciclos de vida. Finalmente la exclusión es el momento de la salida total del sistema, de la marginación, el aislamiento extremo o la pobreza absoluta (Castel, 1997).

La exclusión social en salud se entiende como una parte de la exclusión social y comparte varios elementos comunes como la condición de género, la pobreza, la carencia de empleo y fuentes de ingreso, la marginalidad, la pertenencia étnica, entre otros. La salud refleja condiciones de desigualdad social, económica, cultural de espacio y de acceso a recursos de diversos tipos incluyendo la provisión de bienes y servicios (Padrón y Román, 2010). En tal sentido el proceso de salud-enfermedad, así como las condiciones de salud de una población, dan cuenta de las condiciones de desigualdad y el grado de marginación existente en otros ámbitos de la vida social. No puede entenderse como un proceso aislado de la participación plena en la vida económica y la producción.

Adicionalmente, la exclusión social en salud presenta otras características específicas, derivadas del propio funcionamiento y organización del sector salud. La Organización Panamericana de la Salud –OPS- (2003:6) señala tres elementos:

- El modelo de provisión de servicios incluyendo la distribución geográfica de las redes.
- La asignación de recursos humanos, tecnológicos y financieros.
- El grado de información de las usuarias y usuarios del servicio, el cual constituye una importante barrera de acceso.

La exclusión en salud es definida por la OPS como la *“falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros grupos de la sociedad disfrutan”* (OPS, 2003:6). Algunas de las causas de exclusión social en salud consideradas por la OPS (2003:10) se encuentran señalados en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Causas de exclusión social en salud según la OPS

Causa	Ámbito	Categoría
Déficit de infraestructura adecuada	a. Provisión de bienes/servicios de salud. b. Provisión de bienes/servicios no directamente relacionados con el sector salud, pero que afectan la salud.	a. Inexistencia o insuficiencia de establecimientos de salud b. Falta de agua potable, alcantarillado, caminos, transporte, etc.
Fallas en la asignación y/o gestión de los recursos que se expresa en fallas en la producción, entrega o disponibilidad de los bienes/servicios de salud	a. Provisión de bienes/servicios de salud. b. Provisión de bienes/servicios no directamente relacionados con el sector salud, pero que afectan la salud.	a. Insuficiencia o inexistencia de personal, medicamentos, insumos o equipamiento médico b. Insuficiencia o inexistencia de sistemas de recolección de basura, descontaminación de suelo, aire o agua, eliminación de vectores, etc.
Barreras que impiden el acceso a la atención de salud¹⁵	a. Geográficas b. Económicas c. Culturales/étnicas (auto exclusión) d. Determinadas por la condición de empleo	a. Asentamientos humanos en sitios remotos o geográficamente poco accesibles b. Incapacidad de financiar las atenciones de salud c. La atención de salud se entrega en un idioma o en una modalidad que no es comprendida por el usuario o que están en conflicto con su sistema de creencias d. Subempleo, empleo informal, desempleo
Problemas relacionados con la calidad de los servicios otorgados (que pueden, así como la variable étnica, resultar en auto exclusión)	a. Problemas asociados a la calidad técnica de la atención b. Problemas relacionados con la calidad en el trato y el lugar donde se realiza la atención de salud	a. Errores de diagnóstico/tratamiento, utilización de insumos poco apropiados b. Mal trato al público, discriminación en la atención, establecimientos en malas condiciones físicas.

Fuente: OPS, 2003:10.

¹⁵ El subrayado es mío.

La perspectiva de derechos humanos en salud:

La ausencia de adecuadas condiciones de salud es una violación del derecho a la salud reconocido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el cual incluye una amplia gama de factores que promueven las condiciones para que las personas puedan llevar una vida sana y gozar el más alto nivel posible de salud física y mental. Por lo anterior, el derecho a la salud incluye más elementos que el derecho a la protección o a la atención de la salud.

La perspectiva de derechos humanos aplicada al ámbito de la salud implica considerar no sólo los indicadores de salud sino también aquellos del derecho a la salud los cuales se diferencian porque permiten evidenciar las desigualdades y exclusiones; se derivan de normas concretas del derecho a la salud y están vinculados a lograr la rendición de cuentas de los responsables (Yamin, 2005).

El marco general de derechos establecido en el PIDESC fue desarrollado con mayor detalle en la Observación General 14 (OG, 14) la cual señala cuatro elementos que deben estar presentes en todos los servicios, bienes y políticas públicas relacionadas con la salud:

Disponibilidad: entendida como la existencia de los bienes, servicios, programas y centros de atención en cantidad suficiente según las necesidades de cada Estado. Incluye los determinantes básicos de la salud como agua potable, condiciones sanitarias, medicamentos, personal y establecimientos.

Accesibilidad: la cual contempla cuatro dimensiones: no discriminación en el acceso a servicios y bienes; en segundo lugar accesibilidad física y geográfica a los establecimientos lo cual implica que los servicios médicos se encuentren a una distancia razonable, incluso en zonas rurales; accesibilidad económica de bienes y servicios para todas las personas, especialmente las más vulnerables y marginados, entre ellos las minorías étnicas y poblaciones indígenas, a partir de un principio de equidad que asegure su disponibilidad para todos independientemente de la capacidad de pago. De esta dimensión se deriva el análisis del gasto de bolsillo en salud como un elemento que evidencia las inequidades y exclusiones en salud para amplios sectores empobrecidos de la sociedad. La cuarta dimensión es el acceso a la información. Este último ha sido reconocido como uno de los principales factores de exclusión en América Latina (OPS, 2003).

Aceptabilidad: en la cual se inscribe el marco de exigibilidad de la pertinencia cultural de los servicios de salud pues implica la necesaria adecuación de los planes y sistemas de salud a las condiciones socioculturales de la población. En el mismo sentido del anterior, un elemento común en las investigaciones sobre exclusión social en salud en los países de Latinoamérica, muestra que la discriminación racial y por pertenencia étnica, incluyendo barreras asociadas al idioma, son factores centrales de dicha exclusión.

Calidad: este señala que los servicios, además de ser aceptables desde el punto de vista cultural, deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico. Incluye servicios y medicamentos de calidad, personal médico calificado, equipo hospitalario en adecuadas condiciones. Se refiere no sólo a una dimensión técnica de la calidad.

Este marco de derechos nos permite analizar las posibilidades de acceso de determinadas poblaciones, en este caso mujeres indígenas de Guerrero, a servicios y programas de salud que estén disponibles, accesibles, sean culturalmente pertinentes y de calidad. La exclusión social en salud nos está mostrando el grado máximo de imposibilidad para acceder a bienes y servicios que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población, pero es un fenómeno que presenta diversos grados de intensidad y que se puede manifestar desde la exclusión total de servicios, hasta la utilización parcial de los mismos en contextos de profundas desigualdades, que generan dificultad de acceso por causas relacionadas con barreras idiomáticas, costos, servicios de menor calidad o insuficientes recursos de atención entre otros.

El caso específico de la salud materna nos permite analizar cómo opera la exclusión social en salud de la población indígena de Guerrero en un periodo histórico en el cual se ha puesto en marcha un mecanismo de financiamiento como el Sistema de Protección Social en Salud, cuyo diseño se argumentó en la necesidad de incrementar la protección social en salud y reducir el gasto de bolsillo de la población de menores recursos.

¿Por qué es importante hablar de desigualdades, exclusiones y qué relación tiene con el ejercicio de derechos y ciudadanía? La exclusión social en salud no se refiere exclusivamente a indicadores de salud sino que implica la ausencia de membresía, entendida ésta como el formar parte de una red social (OPS, 2003:2). Está asociado a la posibilidad de ejercer o no derechos y en el caso de América Latina el ejercicio de estos derechos se encuentra limitado por características raciales, de género, lenguaje, costumbres, denominados por algunos autores como “activos culturales” (Figueroa, 2000).

Estos activos culturales proporcionan a las personas prestigio o estigma social y por tanto conducen a fenómenos de discriminación. Si entendemos que la construcción de ciudadanía está asociada al conocimiento y efectivo ejercicio de derechos para las personas, de manera individual o como integrantes de una comunidad o grupo específico, entonces es necesario revisar el funcionamiento del sistema de salud, particularmente en sus funciones de diseño y provisión de servicios para identificar si el diseño de los programas en salud materna y el modelo actual de prestación de servicios contribuye a eliminar la exclusión social en salud, al mejoramiento de las condiciones de salud materna y el efectivo ejercicio de derechos por parte de las mujeres indígenas y por tanto a la inclusión social y la construcción de ciudadanía.

La ciudadanía es entendida como la posibilidad de participar en el pacto social y ejercer derechos que garanticen, en este caso, el disfrute de una gama de bienes, servicios, para sí y para los miembros de su colectividad, frente a otros y frente al Estado, condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud y eso implica que el sistema garantice a las personas la igualdad de oportunidades para su disfrute. Una forma de analizar si ello está siendo logrado es revisando los indicadores de salud pero también el grado de desigualdad y en últimas, de exclusión social en salud.

Para entender entonces cómo opera la exclusión social en salud, es necesario acercarnos al análisis del sistema de salud, entendido éste como una respuesta social organizada para atender las condiciones de salud de una población. El Estado cumple diversas funciones en la atención a la salud, principalmente la regulación, el financiamiento y la prestación de servicios. Una de las más importantes tareas necesarias de fortalecer es la de rectoría, la cual se refiere a la capacidad de liderazgo del sector salud para organizar, tanto a su sector como a otros relacionados con el quehacer de la atención a la salud (Gómez Dantes et al, 2011). La rectoría sectorial incluye según OPS (2002) seis tareas principales: Conducción sectorial, regulación sectorial, desarrollo de funciones esenciales de salud pública propias de la autoridad sanitaria; financiamiento sectorial; responsabilidad en la vigilancia en materia de aseguramiento y armonización en la provisión de servicios.

Para efectos de este trabajo me centraré en las funciones de conducción sectorial, en las cuales se coloca al centro la capacidad del ente rector, en este caso la Secretaría de Salud (SSA), de *“formular, organizar y dirigir las políticas nacionales de salud”* (OPS, 2002:9). Ello incluye la definición de objetivos y metas derivadas del análisis de la situación de salud de las poblaciones, la elaboración, implementación y evaluación de planes estratégicos, la

construcción de consensos en torno a estas acciones y el involucramiento de los diferentes actores públicos, privados y sociedad civil en el desarrollo de los mismos, así como la asignación de recursos (financieros, humanos y materiales) para llevarlo a cabo.

En ese sentido, una de las funciones necesarias es garantizar que el diseño de las acciones y programas institucionales contribuyan a mejorar las condiciones de salud y alcanzar el más alto nivel posible de salud; pero también a identificar y eliminar las desigualdades existentes en las sociedades modernas, las cuales se materializan en este ámbito, en las posibilidades de acceso a servicios de salud disponibles, de calidad, accesibles y pertinentes al contexto y características culturales de cada grupo social. La rectoría implica entonces el establecimiento de prioridades en relación con determinados problemas de salud, pero también con poblaciones vulnerables dando respuesta a ello mediante estrategias específicas derivadas de un diseño institucional que incluya su transversalidad en los diferentes niveles de atención, la destinación de recursos para desarrollarlos y un efectivo seguimiento al cumplimiento de las metas establecidas.

Una manera de analizarlo es a partir de los programas y acciones específicas en un tema de prioridad en la agenda nacional de salud como es la mortalidad materna, particularmente en un contexto de marcada exclusión social como el que viven las poblaciones indígenas. Nos acercaremos entonces a mirar empíricamente cómo operan las desigualdades en salud, mediante el análisis de los programas en salud materna implementados por el gobierno federal, y su concreción en la provisión de servicios prestados a las mujeres indígenas en la Costa Chica de Guerrero.

La exclusión se ha pensado como la ausencia total de participación o acceso a los derechos y beneficios establecidos en el contrato social, que en el ámbito de la salud nos llevaría a pensar en una imposibilidad total para acceder al sistema de salud lo cual no ocurre en este caso. Sin embargo, como la propia OPS lo ha señalado, la ausencia explícita de estrategias que consideren la pertenencia étnica nos invita a pensar en barreras específicas para el acceso a servicios de salud, asociadas a la condición de etnicidad.

Ha sido señalado ampliamente por diversos investigadores en el tema (Torres, 2001; Oyarce, Ribotta y Pedrero, 2010) que las condiciones de salud de las poblaciones indígenas y afrodescendientes en América Latina, presentan mayores rezagos en comparación con el resto de la población. Ello se manifiesta en indicadores relacionados con la esperanza de vida, nutrición, morbilidad, mortalidad, acceso a servicios de salud reproductiva, a tratamientos en

caso de enfermedades crónicas degenerativas, etc. Ambas poblaciones comparten un contexto en el cual la discriminación y el racismo definen su situación de pobreza, de exclusión y el lugar que se les asigna en la sociedad, lo cual implica un acceso desigual a las oportunidades de desarrollo, un menor control de recursos y una situación de vulnerabilidad que se refleja en sus condiciones de salud.

Aunado a lo anterior, la caracterización del sistema de salud, responde claramente a la configuración del modelo médico hegemónico descrito por Menéndez (1984, 2003) el cual se centra en una estrategia biologicista e individual, altamente burocratizada, con poca oferta de servicios en zonas rurales e indígenas, y prácticamente una ausencia total de pertinencia cultural en el diseño de sus acciones.

¿Cómo acercarnos empíricamente al análisis de la exclusión social y las desigualdades en salud?

La exclusión social en salud es difícil de medir, justamente por ser un fenómeno multicausal, heterogéneo, geográfico y dinámico (Padrón y Román, 2010:831). Por otra parte, las mediciones en salud generalmente dan cuenta de lo que sucede con quienes acceden al sistema pero no de quienes se mantienen al margen. La construcción de indicadores específicos es un proceso complejo y aún están en construcción varias metodologías para aproximarse al tema (OPS, 2003; González Perez et al, 2008)

La OPS señala la existencia de diversos grados de exclusión en salud: las más extremas son aquellas en las cuales las personas no acceden a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades más básicas de salud. En un segundo momento aquellas en las que accede a mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud pero no en condiciones adecuadas, de dignidad, oportunidad y calidad. El último se refiere a situaciones en las cuales las personas no acceden a los mecanismos de protección financiera contra los riesgos de enfermar y las consecuencias de estar enfermo (OPS, 2003)

Al caracterizar las causas de la exclusión social en salud la OPS las divide en cuatro causas, cada una de ellas con sus respectivos ámbitos y categorías las cuales nos permiten operativizar el análisis de la forma en que ésta se presenta en un contexto concreto. Es difícil en el caso mexicano hablar de procesos de total exclusión o de inclusión plena y más bien encontramos un continuo que va de la inclusión hasta la exclusión, en el cual hay diferentes grados de acceso y satisfacción de las necesidades de las personas en materia de salud.

A lo largo del trabajo recuperaremos para el análisis algunas de estas categorías establecidas por la OPS, especialmente las relacionadas con las barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud, desde los ámbitos geográficos, económicos y culturales/étnicos. La manera de acercarnos a ello metodológicamente será por dos vías: la primera es un análisis de los programas en salud materna implementados durante 2001 a 2012, identificando si en el diseño (que nos habla de una función rectora) incorporan de manera explícita una mirada de derechos y si tales programas pueden ser leídos desde el paradigma de derechos humanos en salud (accesibilidad, aceptabilidad, calidad y disponibilidad). Particular relevancia le daremos al tema de la aceptabilidad de los servicios de salud materna, es decir si estos son culturalmente pertinentes para la región y las características de las mujeres indígenas amuzgas y mixtecas.

La segunda entrada metodológica al análisis del sistema de salud será a partir de la observación etnográfica y las entrevistas en profundidad, respecto al funcionamiento de las redes de servicios y las prácticas concretas de atención promovidas por el sector salud durante el embarazo, parto y puerperio. Esta mirada de lo que sucede en el contexto particular de la Costa Chica de Guerrero, permitirá comprender el funcionamiento local de la normatividad institucional en torno a la reproducción y su impacto en las prácticas de atención de las mujeres indígenas en esta región. Analizar prácticas tradicionales, biomédicas y de autoatención utilizadas por las mujeres y sus familiares en cada una de las etapas del proceso reproductivo, nos permite ver las interacciones, tensiones o imposiciones entre los modelos de salud indígena existentes en la región y el modelo médico hegemónico, así como las experiencias de pluralismo médico que caracterizan la atención en salud materna en este grupo de mujeres.

Derechos: apropiación y ejercicio de derechos reproductivos

El último bloque teórico de este trabajo, que articula los dos anteriores, se refiere al tema de los derechos y la ciudadanía. Estudiar las prácticas de atención y cuidado de la salud durante el proceso reproductivo, lleva implícita una pregunta en torno a las decisiones tomadas por las mujeres sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción. Esto nos coloca de inmediato en un campo de indagación respecto al ejercicio de derechos reproductivos, en el cual se han involucrado desde la perspectiva de la investigación y el activismo, diversas organizaciones feministas en México y en el ámbito internacional (Sánchez, 2003; Cardaci, 2002, Espinosa, 2009). Los derechos reproductivos aluden a las nociones de igualdad y autonomía de las

mujeres que hacen posible la libertad reproductiva; por ello el ámbito de la salud y los derechos reproductivos rebasan las luchas por la reproducción y se insertan en un campo de demandas sociales y políticas más amplios (Scavone, 1999)

Amuchástegui y Rivas (2008), señalan una ampliación en la definición de ciudadanía como mera pertenencia al Estado Nación, para abarcar esferas como la ciudadanía política, social, económica, cultural y ecológica, construyéndose así una multidimensionalidad del concepto. Se refieren a los procesos subjetivos de ciudadanía sexual para designar prácticas individuales y colectivas de *apropiación de derechos* ya consagrados en instrumentos jurídicos; así como las expresiones de *autorización de sí* con respecto al cuerpo y sus placeres¹⁶.

La ciudadanización, en cualquier área de los derechos requiere necesariamente la subjetivación, es decir, la existencia de sujetos que desarrollen y sostengan su sentido del derecho a tener derechos para sí y para los demás miembros de la colectividad; el “derecho a tener derechos” como lo planteó Arendt o el sentido de apropiación de derechos de Petchesky (2006). Desde esta perspectiva la noción de ciudadanía se abre a reconocer los procesos de acción (personales y colectivos) para la creación y consecución de derechos legitimados social y políticamente.

El análisis de Amuchástegui y Rivas se centra en el ejercicio de la sexualidad y el deseo; en mi caso encontraríamos esta posibilidad de apropiación y ejercicio de derechos en la propia historia reproductiva de las mujeres, en las decisiones sobre su cuerpo enmarcadas en la reproducción y el cuidado del mismo durante esos procesos. La trayectoria reproductiva abre posibilidades a un reconocimiento de las transformaciones a lo largo del curso de vida, que implica cambios para las personas y posiblemente mayores herramientas para la apropiación de sus derechos, la autorización para exigirlos y el efectivo ejercicio de los mismos frente al Estado u otras personas con las cuales se relaciona como pareja, familia y comunidad.

Entonces hablar de procesos de apropiación de derechos implica un sujeto que enuncia su proyecto y actúa en la esfera política -pública o privada-, en la cual las decisiones son tomadas (Ávila, 1999). Ello incluye tanto el ámbito de la familia y la comunidad con la cual se negocia la normatividad de género establecida donde sexualidad y reproducción están indisolublemente

¹⁶ Su investigación previa con mujeres rurales en México (Rivas, Amuchástegui y Ortiz, 1999) mostró que las mujeres tenían un sentido de apropiación de sus derechos reproductivos pero no de autorización de sí en torno al deseo y el ejercicio de su sexualidad y ello está definido genéricamente, a partir de cuerpos generizados y sexualizados.

ligados y la reproducción aparece como un imperativo social, al mismo tiempo que implica la capacidad de enunciar frente a la institución salud, los deseos, necesidades, preferencias y decisiones. Sin embargo, tal como lo plantea Jelin (1993), la ciudadanía es un campo de conflicto permanente, atravesado por claras relaciones de poder. Pensar el poder desde una perspectiva foucaultiana nos lleva a verlo como una dimensión presente en las múltiples esferas de lo social, de la cual todos participamos en mayor o menor medida. Este se manifiesta tanto en el ámbito de lo doméstico y la configuración de las relaciones sociales al interior de las redes de parentesco, como en los procesos de hegemonía-subordinación desarrollados por el estado a través de sus instituciones, entre ellas el sistema de salud.

La microfísica del poder (Foucault, 1993) nos ayuda a pensar el ejercicio de poder intragenérico al interior de la unidad doméstica, definido por el lugar dentro de la estructura, el acceso a recursos (económicos, simbólicos, de información, etc.) y su capacidad de influir en otros. El poder no sólo es ejercido por los varones sobre las mujeres, sino también por las mujeres con mayor jerarquía, respecto a otras mujeres, niños e incluso varones adultos como los hijos recién casados, a quienes sus madres, parteras o suegras, indican o sugieren lo que deben hacer respecto a la atención de sus parejas durante los proceso de gestación, parto y puerperio.

Este ejercicio de poder intragenérico e intergenérico puede estar orientado a mantener el orden social a partir de una caracterización de relaciones de género que marcan el deber ser de hombres y mujeres en ese contexto específico; o bien para transgredirlo y flexibilizarlo como lo señala Petchesky al referirse a la apropiación intergeneracional de derechos (2006:62). Hay un orden de género asociado a la sexualidad y la reproducción, que está siendo reconfigurado hoy día por múltiples razones, y eso implica que también los actores se mueven en el escenario cambiando su lugar y posibilidades de decidir sobre estos ámbitos.

Las mujeres pueden tener un sentido de derechos, denominado según Petchesky como "sentido de justicia", pero no se sienten autorizadas a exigirlo frente a los otros, bien por el lugar social que ocupan en el sistema de parentesco, bien por su edad, por su experiencia reproductiva, por su ausencia de recursos que les permitan tomar decisiones (dinero, información, redes, etc). Es por eso tan importante reconocer los cambios en la trayectoria reproductiva pues vamos encontrando allí las pistas que nos permiten entender de qué manera se dan esos procesos de apropiación subjetiva de derechos y cómo se incrementan en función de su experiencia y acceso a recursos.

Las redes sociales y familiares (Menéndez, 2006; Freyermuth, 2003) se vuelven estratégicas en ese sentido pues generan respaldo y legitimidad respecto al reclamo de las acciones pero también porque ofrecen recursos para la toma de decisiones y de acciones durante el proceso reproductivo, permiten a las mujeres mayor movilidad y no aceptar como destino ineludible lo que está señalado por la normatividad local e institucional. Ese es el papel de las promotoras, de las organizaciones sociales, de las Casas de la Mujer Indígena¹⁷ existentes en la región y por eso su presencia contribuye a legitimar los reclamos de las mujeres, a darles fuerza frente al interlocutor, llámese marido, suegra, médico, etc, en tanto les permite encontrar mecanismos de resolución más efectivos a sus problemas o a sus barreras para el ejercicio de derechos.

Petchesky señala que la manera en que las mujeres nombran, interpretan y ejercen estos derechos es diversa y culturalmente situada; atraviesa un análisis de las subjetividades, de las normatividades con las cuales se enfrentan para el ejercicio de los mismos, así como de las condiciones estructurales y políticas estatales que enmarcan su vida.

Este sentido de derecho se traduce en la aspiración de modificar su situación o la de sus hijas, y el sentido de autoridad para realizar estas transformaciones. Yo agregó que este deseo de cambio se amplía a otros familiares por consanguineidad o alianza (nueras, hermanas, nietas, cuñadas), frente a las cuales hay un grado de responsabilidad en el cuidado, aparejado con la idea de un mejoramiento en las condiciones para el ejercicio de su maternidad y sus derechos en un sentido más amplio. Las mujeres indígenas se refieren a ello con expresiones como “que no le toque vivir lo mismo que a mí”; “que pueda elegir ya que a mí no me dejaron”; “tiene derecho que la traten bien y la cuiden”; “no porque a mí me hicieron así yo voy a hacer

¹⁷ Casas de la Mujer Indígena es una vertiente del Programa de Acciones para la Igualdad de Género impulsado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de manera piloto desde 2004. En 2008 se amplían con base en el “Modelo Autogestivo para la Promoción de la salud Sexual y Reproductiva y la Prevención de la Violencia de Género” (Bonfil, Berrío, Ávila y Palomo, 2007) y se institucionaliza como programa a partir de 2012. Actualmente existen 17 Casas de la Mujer Indígena en todo el país y dos de ellas en la Costa Chica de Guerrero; la primera es la Casa de Salud Manos Unidas ubicada en Ometepec a 20 minutos del Hospital Regional, la cual funciona desde 2004, atendiendo mayoritariamente mujeres amuzgas y mixtecas. La segunda es la Casa de la Mujer Indígena Nellys Palomo en el municipio de San Luis Acatlán a 15 minutos del hospital básico comunitario, inaugurada en 2011, la cual atiende mujeres mixtecas, tlapanecas y mestizas.

Ambas casas son coordinadas por organizaciones de mujeres indígenas quienes cuentan con una red amplia de parteras y promotoras comunitarias que desarrollan labores de promoción de la salud, detección de embarazos de riesgo, canalización de emergencias obstétricas, gestión en las instancias de salud, cabildeo con tomadores de decisiones, promoción de derechos, control durante el embarazo y atención de partos con parteras, entre otros. Su presencia en la región ha contribuido sustancialmente a fortalecer las acciones en salud materna desde la sociedad civil y los pueblos indígenas, debido al trabajo que realizan, la mayor confianza de las mujeres en ellas por la identidad lingüística y cultural, así como las labores de canalización, gestión y monitoreo que desarrollan en las instancias hospitalarias correspondientes.

lo mismo con mi nuera”; “ahora ya aprendí que tengo derechos”; “antes no sabía nada pero ahora ya se más y me puedo defender”.

Este sentido de legitimidad moral de sus demandas, no siempre mantiene coherencia con los sistemas normativos sociales; lo que las personas piensan y dicen que deben hacer está en el ámbito de las representaciones y no se corresponde necesariamente con lo que en realidad hacen, observable a través de sus prácticas concretas.

Por ello es importante analizar el sentido de autoridad (Petchesky, 2006) para realizar estos cambios a través de palabras o acciones, lo cual implica un análisis de las prácticas reproductivas y de atención realizadas por las mujeres y sus familiares. Una manera de acercarnos al ejercicio de derechos es el análisis de las prácticas concretas de cuidado y atención que realizan las mujeres, a las decisiones sobre esos cuidados y a los actores que participan en ellas pues allí vemos una permanente actualización de las normas de género, de los roles que juegan los diferentes actores en ese entramado social, de los cambios en la apropiación que también pasan por lo generacional y se pueden ejercer a través de otros como en el caso de suegras cuidando nueras, madres permitiendo a sus hijas vivir de modo distinto, entre otros¹⁸.

Las trayectorias reproductivas, así como las trayectorias de atención, puede ser una herramienta metodológica útil para el análisis de la autonomía reproductiva desarrollada por las mujeres a lo largo de su vida, en tanto muestran sus procesos de cambio en las representaciones y prácticas, en su noción de sujeto, de sus posibilidades de acción a lo largo de su vida; así como observar la apropiación intergeneracional de derechos.

En esta acepción, la mirada de derechos se extiende más allá de la propia historia individual y por tanto se indaga no sólo lo que las mujeres hacen con su propia historia sino también lo que orientan o hacen respecto de otras mujeres. Esto nos implica pensar adicionalmente, las relaciones de poder intragenérico e intergenérico que subyace a estas dinámicas; así como los límites de la elección en un contexto como el latinoamericano donde las condiciones de subordinación y exclusión social están tan acentuadas. ¿Cuál es límite de las posibilidades de elección en un contexto en el cual los recursos locales materializados en las parteras están

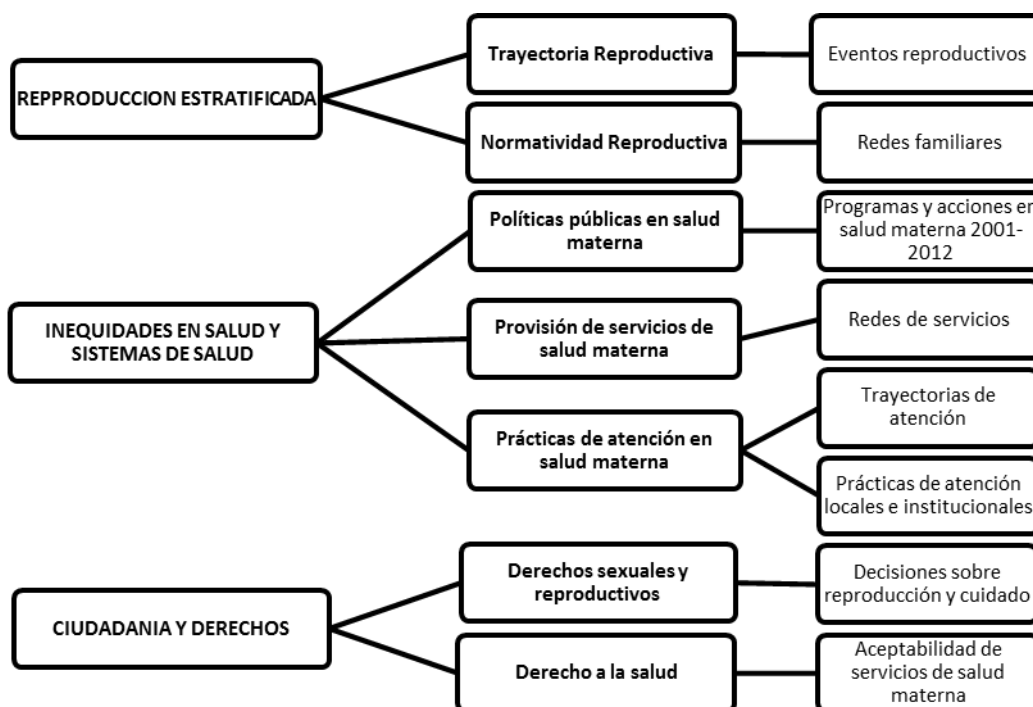
¹⁸ Un ejemplo de ello puede ser las decisiones sobre uso de métodos anticonceptivos. Pocas mujeres se autorizan a sí mismas el uso de estos al comienzo de la vida reproductiva, lo hacen posteriormente cuando sienten que han cumplido con la normatividad de género establecida, apelando a argumentos que legitiman su decisión, como el cuidado, la crianza, las condiciones económicas o sus condiciones de salud.

desapareciendo y a su vez se incrementa la oferta pero ante todo la presión ejercida por el Estado a través de los mecanismos de financiamiento, programas, servicios, campañas, discursos, etc.?

En un momento de elevada legitimación del discurso biomédico en torno a la mortalidad materna y el cuidado de la madre y el recién nacido; en medio de discursos heteronormativos y generacionalmente centrados en mujeres adultas; desde la caracterización de las gestantes como madres pero no como sujetas de derechos, el discurso de prevenir mortalidad materna parece haber convertido a las mujeres, y particularmente a las indígenas, en “potenciales problemas” para los prestadores de salud, más que en ciudadanas con derechos, deseos, posibilidades de elegir sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción. En ese sentido estoy convencida que es necesario volver a pensar el tema de la salud materna desde una perspectiva de derechos y no sólo desde un acercamiento epidemiológico como se ha priorizado hasta ahora por el sector salud.

Son éstos algunos de los temas que estaremos discutiendo a lo largo del trabajo en materia de reproducción, salud y derechos. Podemos resumir los principales conceptos utilizados en el siguiente esquema:

Ilustración 2. Principales conceptos y categorías utilizadas



1.2 La ruta de viaje seguida: estrategias metodológicas

Las preguntas a las cuales se intenta responder en el trabajo son las siguientes: ¿Cómo se configura el proceso reproductivo y las prácticas de atención durante el embarazo, parto y puerperio entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero?, ¿De qué manera las normatividades comunitarias y definiciones institucionales del sector salud delimitan las opciones de cuidado a la salud materna y el ejercicio de derechos por parte de las mujeres en un contexto de desigualdades?

De estas preguntas se desprenden cuatro ejes de cuestionamiento:

1. ¿Cuáles son las trayectorias reproductivas y las prácticas de atención (tradicionales, biomédicas y de autoatención) utilizadas por las mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero y sus familiares para el cuidado de la salud durante el embarazo, parto y puerperio?
2. ¿Cuál es la normatividad comunitaria del proceso reproductivo y cuál el papel asignado a las redes familiares y comunitarias entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero? ¿De qué manera constriñe, impacta o debilita las decisiones reproductivas y prácticas de cuidado durante el embarazo, parto y puerperio en este contexto?
3. ¿De qué manera el sistema de salud, particularmente en sus funciones de diseño y prestación de servicios de salud materna constriñe las decisiones reproductivas y prácticas de cuidado durante el embarazo, parto y puerperio entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero, reproduciendo desigualdades y exclusiones?
4. ¿De qué manera las normatividades comunitaria e institucional respecto al proceso reproductivo posibilita el ejercicio de derechos por parte de las mujeres y de qué forma reproducen desigualdades y exclusiones?

He señalado en el apartado anterior cuáles son las categorías teóricas que orientan mi trabajo, las cuales se dividen en tres grande bloques: reproducción y maternidad; desigualdades en salud y sistemas de salud; y finalmente ejercicio de derechos. Cada uno de estos bloques se desdobra a su vez en categorías operativas susceptibles de ser analizadas empíricamente mediante una estrategia metodológica que incluye la definición de herramientas, actores

significativos, así como momentos y lugares en los cuales acceder a la información durante el trabajo de campo¹⁹.

Dado que el marco teórico planteado apunta a una mirada, tanto de las relaciones entre sujetos como del contexto macro, este trabajo recupera la noción de punto de vista del actor planteada por Geertz y posteriormente por Menéndez (2002). En ese sentido se construyó desde una perspectiva relacional que diera cuenta de las múltiples dimensiones asociadas al tema.

Para dar cuenta de la dimensión macropolítica expresada en la normatividad institucional y las funciones de rectoría y provisión de servicios del sistema de salud, se realizó un trabajo de investigación documental que permitiera comprender las políticas públicas en salud materna en México y la manera en que ello opera en el contexto de Guerrero. Esta dimensión fue construida a partir de documentos oficiales como los Programas Sectoriales de Salud y los dos Programas de Acción específicos “Arranque Parejo en la Vida” (PAEAPV)²⁰; la revisión de los indicadores oficiales de mortalidad materna, solicitudes de acceso a la información y entrevistas con tomadores de decisiones de la secretaría de salud de Guerrero.

Esto nos permite analizar si el diseño de los programas en salud materna incorpora una mirada de derechos y particularmente de aceptabilidad, expresada en la pertinencia cultural de las acciones, estrategias y servicios. Por otra parte, se analizó el funcionamiento de los programas y redes de servicios en lo local, mediante un acercamiento etnográfico. De esta manera, en el bloque de desigualdades en salud se incluyen cuatro categorías operativas: políticas públicas en salud materna, sistemas médicos, redes de servicios; prácticas de cuidado locales e institucionales durante el embarazo, parto y puerperio.

En el ámbito local prioriza la perspectiva de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) a partir de la reconstrucción de sus trayectorias reproductivas y el análisis de sus prácticas de atención, pero incluyendo también la mirada de algunos varones y otras mujeres, especialmente suegras y promotoras comunitarias de salud.

Para esto se utilizaron tres herramientas metodológicas (la encuesta reproductiva, las entrevistas en profundidad y la observación participante de la dinámica comunitaria), que apuntan a comprender las preguntas relacionadas con la reproducción y la maternidad,

¹⁹ Ver anexo 2 Cuadro resumen de herramientas y estrategia metodológica.

²⁰ 2001-2006 y 2007-2012.

particularmente la trayectoria reproductiva, la normatividad reproductiva y el papel de las redes de parentesco.

Finalmente el eje de derechos incorpora elementos de análisis desde la mirada de derecho a la salud, particularmente la aceptabilidad de los servicios y derechos sexuales y reproductivos en cuyo marco se pueden comprender las decisiones sobre reproducción y cuidado. Estos elementos se analizarán a lo largo de la tesis.

El trabajo de campo

El trabajo de campo fue realizado durante los meses de abril de 2008 a enero de 2009, en dos comunidades, una amuzga denominada Huixtepec correspondiente al municipio de Ometepec y una mixteca, llamada Cuanacaxtitlán en el municipio de San Luis Acatlán; pero se nutrieron hasta 2012 con entrevistas y el trabajo de promoción de la salud materna en dicha región que realizamos desde Kinal Antzetik Distrito Federal A.C. La decisión de seleccionar dos pueblos indígenas distintos, obedeció a la intención de mirar el panorama de la región, e indagar si estas políticas públicas generaban procesos de homogenización o miradas semejantes en las prácticas de las mujeres.

En tanto el eje no es una etnografía de las prácticas tradicionales en salud de un grupo étnico, sino la interacción de los pueblos indígenas y el sistema de salud en el ámbito de la reproducción en esta región, consideré importante mantener las dos comunidades porque comparten algunas características en común como el número de habitantes y su cercanía con instancias de salud que las hicieran homologables para el análisis. En ambas tenía posibilidades de acceso por la relación previa con compañeras promotoras lo cual facilitó ampliamente el trabajo de campo y el establecimiento de relaciones de confianza con las mujeres.

Las dos comunidades tienen una población conformada por más de 3,000 personas²¹, de las cuales más del 70% son población indígena (INEGI, 2010). Cuanacaxtitlán es una comunidad mixteca ubicada a media hora de San Luis Acatlán; y Huixtepec es amuzga, ubicada a 40 minutos de su cabecera municipal que es Ometepec. Las dos cuentan con centro de salud y facilidades de comunicación rápida con hospitales de primer y segundo nivel respectivamente. En ese sentido tienen acceso a una red de servicios de salud, lo cual era uno de los criterios en

²¹ El Censo de Población y Vivienda 2010 señala que el total de población en Cuanacaxtitlán es de 3,122 personas y en el caso de Huixtepec es de 3,370.

el trabajo para analizar el tema de las decisiones en torno a las prácticas de atención, en un contexto donde la disponibilidad de servicios de salud, no era un obstáculo²².

En estas dos comunidades conté con el invaluable apoyo de dos compañeras indígenas, promotoras de salud y lideresas comunitarias de mucho reconocimiento local: Asunción Ponce Ramos y Enemesia Morales Pablo²³. De 2010 a marzo de 2013 doña Asunción ejerció funciones como una de las cuatro coordinadoras encargadas de la impartición de justicia al interior de la Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias -CRAC-, más conocida como Policía Comunitaria²⁴, pero durante el trabajo de campo su labor era como promotora de salud.

Ellas me introdujeron en ambas comunidades presentándome con las mujeres, las autoridades comunitarias y el personal de salud local; me acompañaron en la realización de la encuesta presentándome con otras mujeres y me permitieron estar con ellas durante mi trabajo de campo en sus visitas a embarazadas, las pláticas de Oportunidades, las gestiones en sus respectivos hospitales cuando acompañaban mujeres gestantes, las consejerías que hacían en sus casas. También me compartieron generosamente sus propias historias reproductivas y abrieron la puerta para hacerlo con otras mujeres de su familia.

La mayoría de las mujeres en Cuanacaxtitlán y Huixtepec son bilingües y fue posible hacer las encuestas y entrevistas en español, si bien en sus interacciones cotidianas utilizaban sus propias lenguas e interactuaban mucho en este registro mientras estábamos juntas. Cuando se trató de mujeres monolingües ellas apoyaron en la traducción pero fueron muy pocos los

²² Un consenso a nivel nacional e internacional en la literatura sobre salud materna es que la ausencia de servicios de salud disponibles (en términos de tiempos, distancias, infraestructura y personal), constituye una de las causas de mortalidad materna y de exclusión en salud. Muchas comunidades de esta región se encuentran en esa condición, ubicadas a más de tres horas de distancia del primer nivel de atención y en ocasiones a cinco horas o más de una instancia con capacidad resolutive como el Hospital Regional de Ometepec. Fue una decisión metodológica optar por comunidades donde la disponibilidad de servicios estuviera garantizada pues eso permitía observar tanto el funcionamiento de las redes de servicios, como analizar los elementos que incidían en la toma de decisiones de las mujeres cuando la entrada al sistema aparentemente estaba resuelta. Nos encontramos sin embargo con dificultades de acceso (especialmente asociado a costos y gasto de bolsillo), calidad y aceptabilidad.

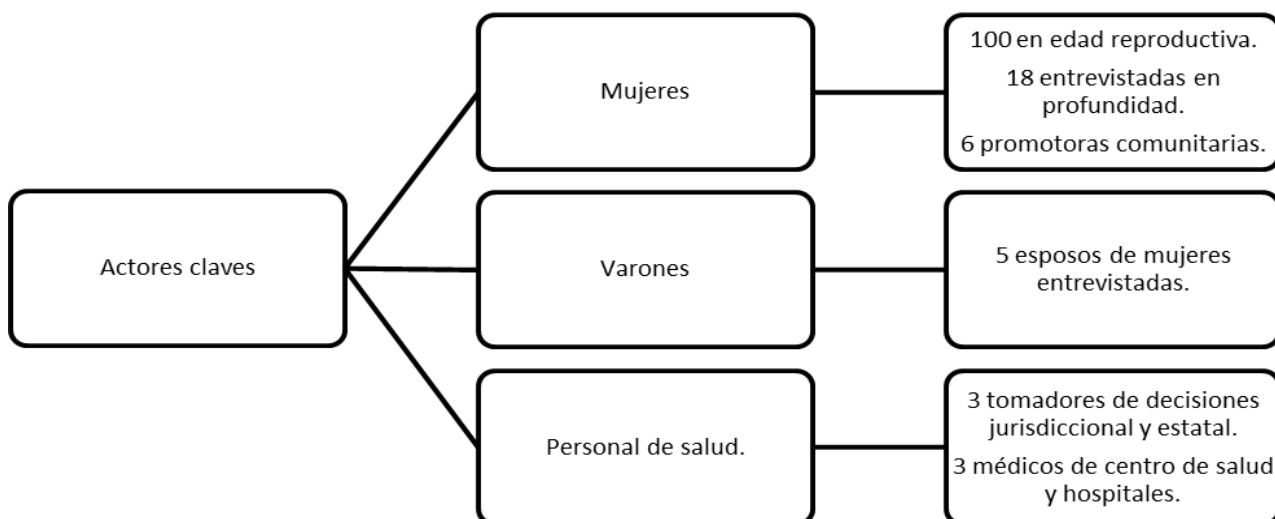
²³ Mi especial agradecimiento a las compañeras Enemesia Morales Pablo y Asunción Ponce Ramos de Huixtepec y Cuanacaxtitlán respectivamente. Ambas eran promotoras comunitarias de salud, quienes habían tenido un proceso de formación y acompañamiento por parte de Kinal Antzetik Distrito Federal A.C, y con las cuales había una relación de confianza previa sin la cual no hubiera sido posible mi ingreso a ambas comunidades del modo en que lo hice. Mi eterna gratitud a ellas por ser mis maestras, mentoras y pacientes acompañantes en este proceso.

²⁴ Un excelente análisis de las relaciones de género, el sistema de impartición de justicia y el papel de las coordinadoras mujeres, entre ellas doña Asunción, se puede consultar en el trabajo de Arteaga, 2013.

casos en que esto ocurrió. Con los varones y el personal de salud todas las entrevistas e interacciones fueron en español.

El resumen de actores claves considerados en este trabajo se puede observar en el siguiente esquema:

Ilustración 3. Actores claves entrevistados



Instrumentos utilizados en el trabajo de campo:

En este trabajo se utilizaron básicamente cinco herramientas metodológicas, tres de ellas directamente en el trabajo de campo y dos usadas en el análisis de información documental y estadística. En el trabajo de campo se diseñó y realizó una Encuesta Reproductiva con mujeres de 15 a 49 años; entrevistas en profundidad con mujeres, varones, promotoras comunitarias y personal de salud; así como observación participante de las dinámicas comunitarias en Huixtepec y Cuanacaxtitlán, y de la dinámica hospitalaria en San Luis Acatlán y Ometepec.

Las dos herramientas para acercarnos a las fuentes oficiales de información fueron el análisis de documentos y programas gubernamentales en salud materna (PAEAPV y estrategias en salud materna principalmente, un diagnóstico y un programa de APV jurisdiccional); así como Solicitudes de Acceso a la Información mediante el sistema Infomex Guerrero. Se consultaron también las principales fuentes estadísticas nacionales en salud reproductiva (Encuesta Nacional de Salud Reproductiva ENSAR, 2003; Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica

ENADID, 2006 y 2009; Encuesta de Salud y Demografía de las Mujeres Indígenas ENSADEMI, 2008). El siguiente esquema permite observar los principales instrumentos utilizados.

Ilustración 4. Herramientas metodológicas utilizadas



El objetivo de la encuesta reproductiva (ER)²⁵ realizada con 100 mujeres de 15 a 49 años en la fase inicial del trabajo de campo era identificar de manera general el comportamiento reproductivo en la región y compararlo con los datos existentes para todo el país, proporcionados por las últimas encuestas nacionales sobre salud sexual y reproductiva²⁶ Lo anterior permitiría mirar cómo se manifestaban en la región las tendencias allí señaladas, así como tener un panorama reproductivo que posteriormente pudiera servir de marco general para el trabajo etnográfico y las entrevistas en profundidad con un grupo más reducido.

En dicha encuesta se indagaron aspectos relacionados con datos generales, condiciones socioeconómicas, historia reproductiva y prácticas de atención incluyendo cada uno de los embarazos, para lo cual se incorporaron datos como edad de la mujer al momento de cada gesta, con quién se había atendido durante el embarazo, con quien durante el parto, lugar en

²⁵ Ver anexo 1. Formato de la encuesta reproductiva. Guerrero, 2008.

²⁶ Encuesta Nacional de Salud sexual y reproductiva (Ensar 2003); Encuesta de salud y Demografía de Mujeres Indígenas (Ensademi 2008), y Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID2009).

el que éste había ocurrido así como datos respecto al puerperio incluyendo tiempo de reposo, actividades realizadas y persona que ayudó con el trabajo reproductivo en esa etapa. Finalmente esta información fue vital para reconstruir dos elementos centrales en mi trabajo: las trayectorias reproductivas y las prácticas de atención.

Cuadro 2. Distribución de las mujeres encuestadas por localidad y grupo de edad. Guerrero, 2008

Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta Reproductiva, 2008.

Respecto a los criterios de selección de las encuestadas, inicialmente prioricé a quienes

Grupos de edad	Localidad de residencia		Total
	Huixtepec (Amuzgas)	Cuanacaxtitlán (Mixtecas)	
Jóvenes 15-24 años	16	22	38
Medianas 25-34 años	18	15	33
Mayores 35-49 años	14	15	29
Total	48	52	100

estu
vier
an
en
ese
mo
men
to
vivie

ndo procesos de gestación o puerperio reciente, y otras fueron escogidas aleatoriamente en reuniones comunitarias, del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades²⁷, o en sus casas, con el apoyo de las promotoras comunitarias de salud de ambas localidades, quienes me ayudaron a identificar mujeres pertenecientes a cada uno de los grupos etarios seleccionados.

²⁷ En adelante denominado en el texto como Oportunidades.

Por lo anterior, dividí la muestra en tres grupos de edad: mujeres jóvenes de 15 a 24 años; mujeres de 25 a 34 años (que llamaré medianas) y mayores de 35. La selección del número de encuestadas por grupo se hizo considerando la proporción de mujeres que existía en estas comunidades por rango de edad según Inegi, 2005 y luego conservando esa proporción en la encuesta.

Estos tres grupos no correspondían a tres generaciones distintas sino a una clasificación operativa que permitiera observar modificaciones tanto en la trayectoria reproductiva como en las prácticas de atención. Otros trabajos (Ortega, 2010; Mendoza, 2002), han abordado las transformaciones generacionales en las prácticas de atención al interior de un mismo grupo de parentesco, considerando abuelas, madres e hijas de la misma familia. Trabajos como el de Drovetta(2010) indagan el tema considerando lo que ella denomina “generaciones reproductivas”, priorizando los periodos concretos en los cuales un grupo de mujeres tuvieron sus hijos, independientemente de la edad de las mismas. En mi encuesta se consideraron mujeres en edad reproductiva al momento de realización de la misma, y al interior las dividí en estos tres grupos de edad, a fin de observar posibles diferencias en sus comportamientos asociados a la edad, pero no se consideró como requisito, que debieran pertenecer a la misma familia.

Entrevistas en profundidad: una vez realizada la encuesta, se trabajaron entrevistas en profundidad con 18 mujeres de los tres grupos etarios, para comprender con mayor detalle las características de la normatividad reproductiva, de la manera en que se configuraban los eventos claves de la trayectoria reproductiva y la inserción en una nueva red de parentesco, e igualmente los aspectos relacionados con las prácticas de cuidado, trayectorias de atención y ejercicio de derechos. Estas entrevistas fueron realizadas en casas de las mujeres seleccionadas según su edad y las características de su trayectoria, así como la disponibilidad a compartir su historia. La entrevista incluyó no sólo mujeres en edad reproductiva sino también mujeres de mayor edad que ahora jugaban roles de suegra o madre, y quienes fueron claves para comprender la dinámica comunitaria varios años atrás, así como las representaciones locales en torno al cuidado y la reproducción.

Las mujeres entrevistadas fueron²⁸:

²⁸ Un cuadro resumen de sus principales eventos reproductivos y prácticas de atención, se incluye al final del texto como anexo para que los lectores puedan revisarlo y ubicar a qué persona corresponden los testimonios incluidos.

Cuanacaxtitlán: Asunción Ponce; Alicia Mesa; Anais Díaz; Gabriela; Celerina, Ana Iris, Emperatriz López; Alma Delia; Ivone, Hermelinda Roque, Sofía.

Huixtepec: Enemesia, Elida Pablo, Erika Morales, Lucia Morales, Concepción Morales; Natividad González, Liliana Nolasco; Rosa González.

Todas ellas habían llenado previamente la encuesta y un criterio de selección fue la posibilidad de trabajar en profundidad con mujeres de diferentes grupos etarios. Algunas de ellas pertenecen a un mismo grupo doméstico en diferentes generaciones (Grupo 1: Doña Asunción, Anais su hija, conocida en su familia como Cheli, y Alicia, nuera de doña Asunción); (Grupo 2: Doña Hermelinda, Ana Iris y Emperatriz sus nueras e Ivonne su nieta) (Grupo 3: Elida Pablo, su hija Enemesia; Erika, Lucia y Concha, hijas de Enemesia). A otras las fui conociendo y generando confianza en el trabajo de campo, en sus procesos de gestación y en ese contexto se realizaron las entrevistas, conversaciones y acompañamientos. Con varias de ellas tuve la posibilidad de seguir lo acontecido en sus gestas una vez finalizado el trabajo de campo. Me une un profundo sentimiento de gratitud a cada una de ellas por todo el tiempo, la palabra y el acceso a sus vidas que generosamente me compartieron.

Del mismo modo, entrevisté a varios esposos de las mujeres y mantuve conversaciones no grabadas, con otros respecto a estos temas y cómo habían vivido ellos sus procesos reproductivos. Los varones familiares entrevistados fueron: Alexis, Don Enrique, Alberto Díaz, Don Alberto, Miguel. Fue de enorme importancia para mi escuchar su palabra, sus risas, sus reflexiones retrospectivas sobre lo que fueron sus propias experiencias y luego como valoraban las de sus hijas, nueras o incluso nietas pues tres de ellos eran hombres cercanos a los 60 años y dos eran jóvenes entre 18 y 25 años que en ese momento estaban viviendo sus propias experiencias reproductivas.

El otro grupo de actores considerados en el trabajo fue el personal de salud de la jurisdicción. Al iniciar la investigación presenté la propuesta y solicité la autorización del jefe jurisdiccional de ese momento²⁹ para llevarla a cabo y tener acceso a los centros de salud, la cual me fue aprobada algunos meses después. Si bien ellos me conocían por el trabajo previo, me pareció importante informarles y que hubiese una indicación desde la jurisdicción para evitar posibles recelos por parte del personal local. De esta manera también pude acceder a la reunión de capacitación realizada por la jurisdicción a los nuevos médicos que ingresaban como pasantes

²⁹ Dr. Mario Barandas Coronado.

en agosto de 2008 en el municipio de San Luis, donde se les daba las indicaciones para prevenir la mortalidad materna.

Para abordar las preguntas relacionadas con programas en salud materna y funcionamiento de redes de servicios, realicé entrevistas con el responsable jurisdiccional de Arranque Parejo en la Vida quien estuvo como responsable del mismo desde 2001 hasta 2012 siendo un funcionario aliado y comprometido en las acciones locales (Dr. Antonino Herrera), con el Jefe de servicios de salud de ese momento (no grabada en audio) y el médico pasante de Cuanacaxtitlán en el segundo semestre de 2008 (Dr. David). En Huixtepec no fue posible por no coincidir en los tiempos con el médico asignado. Posteriormente, en 2011, como parte de otra investigación realizada conjuntamente con Fundar A.C.³⁰, se realizaron entrevistas al actual jefe jurisdiccional, al jefe de servicios de salud de la jurisdicción y a los directores de los hospitales de Xochistlahuaca y San Luis Acatlán. (Dr. Cecilio Mariche; Dr. Javier García Escamilla; Dr. Moisés Castro).

Finalmente, aunque no era mi interés inicial, dado que en este trabajo prioricé la perspectiva de las mujeres y no de las promotoras, fueron de gran utilidad las entrevistas y conversaciones sostenidas con varias de las integrantes de Kinal Antzetik Guerrero, de otras comunidades: Apolonia Plácido Valerio, Paulina Baltazar Santiago y Hermelinda Tiburcio Cayetano.

Las entrevistas se realizaron a partir de una guía para mujeres y una para el personal de salud. En el caso de los varones, había diseñado una orientada a las preguntas relacionadas con el proceso reproductivo y el papel de los varones en este. Finalmente, aunque las guías sirvieron de referente, las entrevistas y conversaciones fueron bastante libres y en algunos casos realizadas conjuntamente con las mujeres por lo cual fue interesante ver como se complementaban las historias desde la perspectiva de cada uno.

Observación participante: Durante la estancia de campo, se realizaron observaciones participantes de la dinámica comunitaria y hospitalaria, en aspectos relacionados con la vida cotidiana de las mujeres y las prácticas en salud. De esta manera, se registró en el diario de campo las visitas realizadas por las promotoras a las mujeres embarazadas y en puerperio, mis jornadas en el centro de salud y hospitales básico comunitario de San Luis Acatlán y Regional de Ometepec, reuniones de Oportunidades y asambleas donde se tocaban temas de

³⁰ Proyecto: *“Seguimiento presupuestal y a programas en salud materna en Guerrero, 2011”*. Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C; Kinal Antzetik Distrito Federal A.C; Kinal Antzetik Guerrero A. C. México, D.F, 2011.

salud, entre otros. Igualmente pude participar en algunos espacios de capacitación del personal de salud jurisdiccional, así como reuniones y eventos con directivos de la misma.

En los hospitales de Ometepec y San Luis mi presencia fue siempre como ciudadana, en algunos momentos como observadora y usuaria al consultar los mecanismos de afiliación al Seguro Popular; otras como promotora acompañante de mujeres que ingresaban en trabajo de parto y en algunas más al final del trabajo, como integrante de mi organización al interpelar a las autoridades en casos de maltrato. Las principales descripciones sin embargo, provienen de observaciones etnográficas realizadas en los procesos de acompañamiento a embarazadas de esas dos comunidades.

Análisis de programas y estrategias en salud materna: la cuarta herramienta fue la revisión de los principales documentos rectores en el tema a nivel federal y en el Estado de Guerrero. Particularmente se revisaron los dos Programas de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida, la Estrategia Integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna, el diagnóstico de salud de la Jurisdicción Sanitaria 06, 2011 y el Programa de APV jurisdiccional 2011. Ello se complementó con información de fuentes secundarias respecto a las políticas públicas en salud reproductiva de 1995 a 2012. A partir de esta información se identificó cómo se concretaba la función rectora de la Secretaría de Salud (SSA) y la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero (SESAEG) en el ámbito de la maternidad, e igualmente identificar la existencia o no de criterios de aceptabilidad en el diseño de tales programas.

Solicitudes de acceso a la información: mediante el sistema Infomex-Guerrero, se realizaron durante 2011 y 2012, solicitudes de información epidemiológica sobre mortalidad materna y salud reproductiva (uso de métodos anticonceptivos, lugar de atención de parto, personal que atendió, causas de mortalidad materna (MM)MM, redes de servicios, hospitales resolutivos, entre otros). Igualmente información financiera y sobre el funcionamiento del Seguro Popular, que en su mayoría no está incluida aquí.

El procesamiento final de datos se hizo con el programa SPSS 15 en el caso de la encuesta y con Atlas Ti, la información derivada de entrevistas. Los diarios de campo no se codificaron para incluirse en el Atlas Ti pero se utilizaron siguiendo las mismas categorías. La presentación de la información sufrió varias modificaciones intentando mostrar de manera más clara los múltiples procesos que aquí se entretienen. Inicialmente la había presentado considerado como central la variable edad pero luego decidí reorganizar los capítulos del modo en que está, para

ir mostrando el proceso reproductivo y allí dar cuenta de los muchos actores, factores, decisiones, acciones, involucrados en cada uno.

CAPITULO 2

POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD MATERNA EN MÉXICO.

En este capítulo me interesa realizar un acercamiento a las políticas públicas desarrolladas por el gobierno mexicano en materia de salud reproductiva. Ello con el fin de tener un marco referencial para el análisis de las prácticas institucionales en el ámbito local y de qué manera el sistema de salud en sus funciones de diseño y prestación de servicios constriñen e impactan la vida de las mujeres indígenas en la región seleccionada. El foco fundamental lo constituyen las políticas específicas orientadas a la reducción de la mortalidad materna y/o a la promoción de la salud materna, de 2001 a 2012 y de manera más puntual el análisis del Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida (PAEAPV) y sus estrategias para prevenir la mortalidad materna.

Estas políticas gubernamentales en salud reproductiva han sido construidas en directa relación con los lineamientos internacionales en la materia; así como por la presión interna de la sociedad civil por avanzar hacia la efectiva implementación de los derechos sexuales y reproductivos en la región. En esa triada gobierno, organismos internacionales y sociedad civil, se han construido los planes y programas. A partir de 2000, la mortalidad materna adquiere una mayor centralidad, justamente por las presiones internacionales y locales. La expresión más acabada de ello es el Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida, el cual construye toda una serie de estrategias que se han mantenido y ampliado durante estos doce años, y que a su vez han ido cambiando de enfoque, pasando del de riesgo al de la atención de emergencia obstétrica (SSA PAEAPV, 2008).

Dada la amplia cobertura y metas específicas del programa, así como su nivel de prioridad por la necesidad de rendición de cuentas a nivel internacional, éste creó una serie de lineamientos institucionales, líneas de acción en las entidades federativas y nombró responsables del programa en cada una de las entidades federativas y jurisdicciones sanitarias. En el caso particular de las zonas indígenas, esta intensiva presencia del Estado mediante las acciones en salud materna, ha ampliado el nivel de cobertura institucional, los partos hospitalarios y en general las intervenciones sobre el cuerpo de las mujeres para abarcar no sólo las prácticas anticonceptivas como se venía haciendo.

Paralelamente ha tenido lugar durante la primera década del siglo XXI, la segunda reforma a la salud a través de la creación y puesta en marcha del Seguro Popular. . Hoy, el Seguro Popular no sólo es un pilar central en la estructura financiera de los servicios estatales de salud para la atención a la población abierta, sino que además en materia de salud materna, concentra los recursos disponibles para la ejecución de las estrategias establecidas. (Díaz, 2013).

Las campañas intensivas para ampliar la cobertura de afiliación al Seguro Popular, y de este modo incrementar el monto de recursos recibidos, han significado una fuerte presencia intencionada del Estado en territorios indígenas. Si a ello le sumamos que dos de los tres mecanismos de afiliación (Embarazo Saludable y Seguro Médico para una Nueva Generación) están asociados al proceso reproductivo, percibiremos los vínculos existentes hoy entre reproducción, financiamiento y políticas públicas en salud.

Es importante considerar las complejidades de este tema y el modo en que se intersectan diversos programas y estrategias gubernamentales, las cuales no siempre son coherentes entre sí, pero que impactan, moldean, transforman la salud, la vida y el cuerpo de las mujeres. Es claro también, desde la noción de agencia social y empoderamiento (Giddens, 1995; León, 1997; Berrío, 2006), que las mujeres no son objetos pasivos de estas políticas. En su vida cotidiana asumen buena parte de ellas y las incorporan a sus representaciones y prácticas; pero al mismo tiempo transforman, cuestionan, evaden y resignifican estos discursos, creando complejas prácticas de pluralismo médico y discurriendo de manera permanente entre los diferentes sistemas de atención, según sus necesidades, intereses, posibilidades y decisiones.

Las políticas, programas y acciones en salud reproductiva, constituyen una normatividad institucional que se encuentra con otros elementos de la normatividad reproductiva local expresada en las prácticas, comportamientos, subjetividades y reglas existentes entre las mujeres y hombres de la región. Las decisiones tomadas por las mujeres en esta materia, así como sus representaciones y prácticas sociales, no obedecen a un asunto del orden individual o cultural exclusivamente sino que se articula con los programas de turno, los recursos de atención disponibles en la región, el acceso a servicios, entre otros. Las prácticas de atención utilizadas por las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, nos permiten entonces comprender dichas intersecciones entre múltiples campos y niveles de complejidad, en un ámbito concreto de la vida profundamente significativo para las mujeres y los pueblos indígenas en tanto aquí se cruza también la pertenencia étnica.

2.1 Políticas públicas en salud reproductiva en México

La construcción de políticas públicas específicas de salud sexual y reproductiva en México es un hecho relativamente reciente. Según Vásquez (2010), hasta 1960 no se contaba con mayores investigaciones o trabajos que abordaran el comportamiento reproductivo de las mujeres, y mucho menos de las indígenas; así como tampoco se conocía el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos ni los cambios en la fecundidad³¹. Este bajo interés académico en el tema señalado por Vásquez, muestra también su incipiente abordaje desde las políticas públicas. Hasta 1970, la reproducción era un asunto considerado en el ámbito de lo privado y México tenía una política pronatalista y la fecundidad seguía su curva natural (Vásquez, 2010). Existían desde los años cuarenta programas de salud materna bajo la coordinación de las Instituciones de seguridad social.

Un cambio sustancial encontramos en la década del 70, específicamente el sexenio de Luis Echeverría, pues este marca el inicio de una serie de políticas de reproducción y población mediante las cuales se pasa de una visión pronatalista a una de control del crecimiento poblacional. Estas políticas, diseñadas y promovidas desde el estado mexicano han impactado la vida de las mujeres, así como los ámbitos relacionados con su sexualidad, su salud y el ejercicio de sus derechos. En 1973, la estimación de mujeres usuarias de anticonceptivos era de 900,000 equivalente al 12% de las mujeres casadas. Tres años después esta cifra se había duplicado y el 30.2% de mujeres unidas utilizaban alguno. En 2009 el promedio nacional de uso era de 73.5% y entre las mujeres de 35 a 44 años superó el 80% de utilización según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009).

El impacto de estas políticas en la vida de las mujeres rurales e indígenas no ha sido inmediato³² o a la misma velocidad que en el nivel nacional, pues la tasa de fecundidad entre mujeres indígenas es mayor en casi un hijo respecto a la nacional, el uso de anticonceptivos es de 58.3%³³ mientras en el país es de 73.5%; las edades de inicio de relaciones sexuales y del primer embarazo también son más tempranas entre mujeres indígenas. Sin embargo, analizar

³¹ German Vásquez (2010) al hacer un recuento de los primeros trabajos en materia de demografía y fecundidad indígena, los ubica a inicios de los 60 con el trabajo pionero de Stycos (1963), seguido por Hicks (1974); Holian (1980 y 1985). Más de una década transcurriría hasta tener nuevos trabajos sobre el tema, iniciando con el de Ham, Salas y Villagómez (2001) y Delaunay (2003).

³² Las primeras intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva para mujeres indígenas datan de los ochenta en el contexto de las acciones desarrolladas por IMSS Coplamar. Espinosa (2000:43).

³³ Fuente: Enadid 2009.

tales políticas nos permite entender el modo en que el Estado se hace visible para las mujeres a través de la oferta de servicios, pero ante todo en las prácticas concretas de los prestadores de salud. El Estado y sus políticas reproductivas no son entes abstractos; significan presencia o ausencia de centros de salud, de personal, abasto de métodos anticonceptivos, medicamentos, suplementos, acceso a hospitales resolutivos o no, a laboratorios y tecnologías de seguimiento, a vías de comunicación, entre otros aspectos relacionados con la salud y la reproducción.

Han sido tres décadas de profunda intervención del Estado en el cuerpo de las mujeres, mediante la implementación de las políticas reproductivas y poblacionales. Esta se inicia de manera más clara con la aprobación de la Ley General de Población (LGP) en enero de 1974 y su decidida implementación con el apoyo del Consejo Nacional de Población (Conapo) creado en el mismo decreto de ley (Diario Oficial de la Federación, LGP, enero 7 de 1974, art 5). El eje rector de Conapo y su política poblacional era reducir la tasa de crecimiento demográfico con el fin de cumplir con las tendencias demográficas internacionales vigentes al momento (LGP, art 1 y 5).

Sin embargo, lo cierto es que pese a todos los avances del programa y las acciones en materia de salud sexual y reproductiva, la línea predominante había sido la del control poblacional. En ese sentido la mayor parte de las acciones se orientaban a políticas de salud reproductivas dirigidas fundamentalmente a mujeres en edad fértil y unidas, y dejando por fuera las dos poblaciones ubicadas en el extremo de la pirámide. Los adolescentes constituían uno de los grupos menos atendidos y la demanda insatisfecha de anticonceptivos, así como los embarazos en esta población, presentaban cifras muy elevadas (Espinosa, 2000:39). La atención integral de la salud sexual y reproductiva no estaba al centro del debate en las acciones concretas en tanto se subsumía a lo relativo a la anticoncepción y el control de la fecundidad. Hoy, 20 años después podemos decir que el panorama mantiene algunos de estos rasgos. El tema de los derechos sexuales y reproductivos, así como la información y educación, conservan también grandes rezagos.

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo, Egipto, los primeros días de septiembre de 1994 constituye un parteaguas, al colocar al centro del debate el tema de los derechos sexuales y reproductivos, por encima de las políticas demográficas imperantes hasta el momento. Del mismo modo, incorpora claramente una perspectiva de equidad de género y una mirada holística en torno a la salud sexual y reproductiva, priorizando

el bienestar integral de las personas, el desarrollo sostenible; la educación, especialmente de las niñas; la reducción de la mortalidad infantil y materno infantil, y el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, especialmente métodos de planificación familiar. Es importante señalar como avance de la CIPD, la definición y la agenda en torno a la salud y los derechos sexuales, desligándolo del ámbito de la reproducción.

Ello impacta de manera significativa la manera en que será abordada la política de salud sexual y reproductiva en México. Las conclusiones de la CIPD son recuperadas en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, introduciendo una mirada integral, que considera la perspectiva de género, los derechos sexuales y reproductivos, el mejoramiento de las condiciones de vida de las mujeres y no sólo la reducción de la fecundidad (Espinosa, 2000). Sin embargo, según esta autora, hay una contradicción estructural al interior del propio plan, pues al mismo tiempo que tiene un enfoque de género y está comprometido con el desarrollo sustentable e integral, plantea como reto prioritario propiciar la disminución de la fecundidad en las poblaciones y regiones con mayor rezago, contradiciendo de este modo el espíritu de Cairo y aquello que se buscaba evitar en el sentido de subordinar los derechos reproductivos a las estrategias de control de la fecundidad (Espinosa, 2000).

Previo a esta Conferencia tuvo lugar en Nairobi, Kenia, en 1987 la Conferencia Internacional de Maternidad sin Riesgos (Bissell, 2009), en la cual la comunidad mundial acuerda una serie de compromisos en torno a la mortalidad materna estableciendo una clara separación entre la salud materna y la perinatal que desde el inicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se habían pensado como una política única. En esta mirada dirigida a la eliminación del riesgo como un mecanismo para reducir la mortalidad materna surgió en 1993 el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México (CPMSRM)³⁴; un espacio interinstitucional con presencia de 32 miembros, ocho de ellos gubernamentales entre los cuales se encuentra la Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE además de organizaciones sociales y organismos multilaterales vinculados al tema.

Dicho espacio, que estuvo bajo la conducción de María del Carmen Elu desde su creación hasta 2008, posibilitó la creación de otros con características similares a nivel estatal en Chiapas, Oaxaca, Morelos, San Luis Potosí, Guerrero; y ha sido una pieza importante en el seguimiento

³⁴ *“El Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México (CPMSR), inicia sus actividades en 1993 con la Misión de contribuir al abatimiento de la mortalidad materna y a la búsqueda de una Maternidad sin Riesgos para todas las mujeres mexicanas: lo cual quiere decir que puedan vivir una maternidad gozosa, libremente decidida, sin violencia y atendida con calidad”.* Tomado de <http://maternidadsinriesgos.org.mx/acerca-del-comite/> Consultado el 31 de mayo de 2013.

a los programas así como en la discusión de estrategias innovadoras. Este Comité vivió importantes modificaciones bajo la coordinación de Graciela Freyermuth en el secretariado técnico del mismo. Uno de ellos, que a su vez da cuenta del cambio de paradigma, es justamente el de su nombre. A partir de 2011 se adoptó el nombre de Comité Promotor por una Maternidad Voluntaria y Segura (CPMSM), para quitar el énfasis en la mirada de riesgo, incorporando de manera central la noción de libertad y seguridad a la cual hace referencia la salud sexual y reproductiva de una manera integral y desde una perspectiva de derechos.

Todas estas orientaciones internacionales son recuperadas en la política pública sobre Salud Sexual y Reproductiva durante la segunda mitad de los 90, en el marco de una fuerte presión por parte de las organizaciones feministas y de mujeres, desde los 70, articuladas en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, siguiendo el espíritu con que fueron aprobados en El Cairo.

En el sexenio 1995-2000 son aprobados el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar; el Programa Nacional de Población y el Programa Nacional de la Mujer (PRONAM). Entre ellos existen una serie de coincidencias pero también de diferencias significativas en las metas y objetivos planteados, principalmente en torno al tema de respetar los derechos sexuales, la libre decisión de las personas respecto a su reproducción a partir del acceso a la información; al mismo tiempo que se establecen claras metas de reducción de la natalidad e incremento en el uso de anticonceptivos, especialmente los de mayor duración.

Importante destacar cómo el enfoque predominante en relación con la atención del embarazo, la información y prestación de servicios, era el de riesgo. En ese momento, según se planteaba en el plan “la salud materna o la ausencia de ella se asocia al riesgo preconcepcional³⁵ en las edades extremas de la vida y a enfermedades crónico-degenerativas como factores de riesgo” (SSA, 1995, I. Diagnóstico, numeral 1³⁶). La atención de la Emergencia Obstétrica, si bien aparece reseñada en el objetivo 3, no ocupa un lugar relevante, justamente porque el enfoque dominante era el de riesgo, el cual se mantendrá también a lo largo de siguiente sexenio y aún hoy, sigue definiendo la práctica concreta del personal de salud en el primer nivel de atención (1995:III.1)

³⁵ El subrayado es mío y hace referencia al enfoque predominante derivado de los acuerdos establecidos en Nairobi en la Conferencia Internacional de Maternidad sin Riesgos.

³⁶ Programa de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000. Consultado en <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/337/4.htm?s=is>, mayo 31 de 2013.

El programa incluye una serie de objetivos, el primero de los cuales se refiere a planificación familiar, mostrando la importancia de este eje en el mismo. Vale la pena destacar la existencia de una alusión específica a poblaciones rurales e indígenas, que no aparecía de manera tan clara en los anteriores. Sin embargo, el enfoque se orienta a la ampliación de cobertura de planificación familiar en esas zonas, más que desde una perspectiva de derechos. En el plan se menciona la necesidad de *“reforzar y ampliar las acciones de diversificación de métodos anticonceptivos modernos, facilitando su acceso a la población rural”* (Meta 3.1 Folio 6191³⁷). Igualmente propone *“extender la cobertura de los servicios de planificación familiar en las comunidades indígenas, de acuerdo a sus percepciones y preferencias”* (SSA, 1995:III.1).

Este señalamiento me parece importante porque nos muestra a partir de qué momento podemos rastrear en lo local, un intencionado reforzamiento de la oferta de anticonceptivos en zonas indígenas. Estamos hablando que hace aproximadamente 20 años, se abre de manera específica una política anticonceptiva dirigida a mujeres rurales e indígenas, a través del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC). En 1997, el porcentaje de mujeres indígenas usuarias de métodos modernos era de 48.3% (ENADID, 2009). Si bien hoy continúa siendo bajo en relación al promedio nacional, se ha incrementado a 58.3% según datos de la Enadid 2009.

El planteamiento de postergar la edad de la madre al nacimiento, ampliar el espacio intergenésico, y las metas de cobertura en planificación familiar, han tenido como consecuencia un incremento en la oferta, la promoción y en ocasiones la presión hacia las mujeres para garantizar el uso, informado o no, de métodos permanentes o de larga duración como la Obstrucción Tubárica Bilateral (OTB) y el Dispositivo Intrauterino (DIU) respectivamente. (Espinosa y Paz, 2000)

Esta mirada de control sobre la fecundidad y el cuerpo de las mujeres, se mantiene en las representaciones pero también en las prácticas de los prestadores de salud quienes incluso reciben estímulos por cumplir las metas establecidas en planificación familiar. Eso promueve el desarrollo de una serie de estrategias complejas de convencimiento y presión hacia las mujeres en momentos claves de toma de decisión que por lo general no es en la consulta

³⁷Programa de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000. Consultado en <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/337/4.htm?s=is>, mayo 31 de 2013.

prenatal como lo señalan los procedimientos, sino al momento del parto y durante el puerperio hospitalario inmediato.³⁸

2.2. Políticas y programas en salud materna 2001-2012.

La transición hacia la primera década del siglo XXI está marcada por un acontecimiento que sería central para la definición de acciones durante los últimos 10 años, como es la Cumbre de Desarrollo del Milenio realizada en 2000, donde 189 países integrantes del Sistema de Naciones Unidas establecen una serie de compromisos que hoy conocemos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), relacionados con una mejora sustantiva en las condiciones de educación, erradicación de la pobreza, salud, equidad de género y sostenibilidad ambiental. El ODM5 “Mejorar la salud materna”, se refiere específicamente a la necesidad de reducir la mortalidad materna en un 75% de 1990 a 2015 (ONU, 2000:5). Adicionalmente, en 2007, los líderes mundiales agregaron una segunda meta orientada a lograr el acceso universal a la salud reproductiva en 2015.

Estas metas mundiales han sido centrales para la construcción de políticas públicas nacionales, orientadas a alcanzar dichos resultados. En el caso de México, que tenía una Razón de

³⁸ La siguiente conversación entre dos médicos de la Secretaría de Salud de Guerrero, da cuenta de algunas estrategias de convencimiento utilizadas. Uno de ellos, asignado al área de urgencia de un hospital, comparte lo siguiente: *“Con las embarazadas para planificación familiar hay que agarrarla -eso lo he aprendido en la práctica- es al momento de los dolores, cuando están al momento de los dolores, les platicas, les haces cocowash, un poco de economía, un poco de política un poco de todo y ahí les hablas de muchos temas y le platicas para convencerla de que ya no tengan más hijos, de que se operen de que se pongan el DIU. Yo esa es mi política, embarazada que me llegue embarazada que le pongo el DIU porque después no se lo ponen, ya he tenido varios casos de mujeres que las atendí ahorita y a los 14 meses exacticos me llega de nuevo y digo , ¿cómo, cuándo se embarazó? y me dice, no se, no vi mi regla. O por ejemplo tu dices ¿cómo es que no va saber cuándo le llegó la regla, cuando se embarazó?, o sea esas cosas no pueden ser, dan coraje y entonces más bien yo ahí cuando están con el dolor les empiezo a hacer el cocowash y las convenzo, cuando dice sí: “!Listo firmame ahí pues y de una!, yo al principio me tardaba en el puerperio yo decía primero quiero salir aquí del parto, que esta mujer nazca bien, su bebé y después ya lo voy a hacer el trabajo de planificación familiar y después que la señora salía del dolor me decía que no, que no se iba a cuidar, que lo iba a ver con su marido y a la mera hora salía sin ponerse ningún método de control. Entonces por pura casualidad me toco una señor en trabajo de parto y bien adolorida y le digo ¿cómo se va a cuidar, quiere que le ponga el DIU? si doctor póngamelo, ya no quiero más. !Listo, firmame ahí por favor! Y entonces ahí aprendí que cuando estás en trabajo de parto te demoras diez minutos y la convences y cuando no, te demorabas una hora y de todos modos no las convencias entonces ya aprendí que si las quieres agarrar es a ahí, en ese momento, si quieres ganar puntos en PF es ahí”*. Diario de campo, noviembre 17 de 2008.

Mortalidad Materna (RMM) de 89.0 por cien mil nacidos vivos en 1990 y de 72.6 en el año 2000, la meta planteada era lograr una RMM de 22.3 en 2015.³⁹

La conferencia mundial *Women Deliver*, realizada en Londres en 2007, hizo una exhaustiva revisión de la situación a nivel mundial y señaló algunos elementos centrales para mejorar la salud materna, neonatal y reproductiva, entre ellos el acceso a la planificación familiar; a una atención de calidad para el embarazo y el parto, así como a servicios de aborto seguro. Igualmente señala la necesidad de aumentar la inversión en salud materna, neonatal y reproductiva, fortalecer los sistemas de salud así como los programas e instituciones específicas en estos tres ámbitos y, finalmente, desarrollar mecanismos de monitoreo y rendición de cuentas (*Women Deliver*, 2010).

Este acercamiento a algunos de los principales eventos y corrientes a nivel nacional e internacional nos permite observar que en México la construcción de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva han tenido dos grandes vertientes: la primera es la dictada por los organismos internacionales como el Banco Mundial, la OMS y su contraparte regional, la OPS. Igualmente por el impacto y los compromisos derivados de Conferencias Internacionales como Cairo, en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos y Nairobi específicamente en mortalidad materna. En la misma línea se inscriben los acuerdos derivados de la Cumbre de Desarrollo del Milenio, y más recientemente, *Women Deliver*.

La segunda vertiente es orientada por organizaciones feministas nacionales e internacionales, con perspectiva de derechos sexuales y reproductivos, quienes tomando como argumento tales compromisos internacionales, propugnan por su concreción y avance en el ámbito nacional (Cardaci, 2002b; Bissell, Mejía y Mercado, 2000; Espinosa, 2009). Un buen ejemplo de ello lo constituye el Foro de Mujeres y Políticas de Población, la Red por la Salud de las Mujeres del DF, El Comité promotor por una Maternidad Voluntaria y Segura en México y, más recientemente, la Coalición por la Salud de las Mujeres.

La transición política acontecida en el año 2000 con la llegada a la presidencia del Partido de Acción Nacional (PAN), constituye el marco central en el cual tuvo lugar una serie de transformaciones sustanciales en el sistema de salud y sus mecanismos de financiamiento, entre ellos la creación del Sistema de Protección Social en Salud en 2003. Esta centralidad

³⁹ El informe de avances presentado por el gobierno mexicano en 2005 ya reconoce que por el ritmo de reducción existente de la mortalidad materna, no será posible alcanzar la meta planteada. Del mismo modo lo hacen los informes presentados en diciembre de 2011 por el Centro Nacional de Equidad y Género.

otorgada a nivel internacional a la mortalidad materna en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, aunado al cambio político ocurrido en México y la perspectiva de profundizar la reforma a la salud por parte del nuevo gobierno panista encabezado por Vicente Fox en 2000, marcaron el contexto en el cual se construyó el nuevo Programa Nacional de Salud (Pronasa) 2001-2006, el Programa de Acción Específico en salud materna “Arranque Parejo en la Vida” (APV), así como los mecanismos de financiamiento a la salud.

El Pronasa 2001-2006 corresponde de manera clara al proceso de reforma a la salud, y la política de descentralización impulsada bajo la propuesta denominada “Federalismo cooperativo en materia de salud”. Uno de los ejes centrales de la reforma fue el financiamiento a la salud, planteada en el plan como una preocupación por asegurar la protección financiera. Tal protección financiera se pretendía implementar por la vía de la afiliación al Seguro Popular, como un mecanismo de financiamiento a las entidades con mayor cobertura de afiliación y más número de unidades acreditadas. Se da inicio de este modo, a un círculo que ha sido descrito por diferentes autores (Abrantes y Almeida 2002; López, 2010; Laurell, 2011) como la renuncia completa al Acceso Universal en Salud como un derecho para todos los ciudadanos.

En relación con la estrategia de salud sexual y reproductiva, la nueva administración se encontró con una fuerte presión en torno a la importancia de atender los problemas relacionados con la salud materna. En 2003, se produjo una modificación importante en la estructura de la propia secretaría, al crearse el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Sexual y Reproductiva (CNEGySR). Este tiene a su cargo tres grandes ejes de acción, cada uno de ellos correspondiente a una subdirección general adjunta: la de salud materna y perinatal; la de equidad de género y la de salud reproductiva (SSA, 2003).⁴⁰

2.2.1 Arranque Parejo en la Vida (2001-2006)

El programa de acción específico construido para dar respuesta a las necesidades en salud materna es el denominado “Arranque Parejo en la Vida” (PAEAPV). Este incluye los lineamientos para la atención al embarazo, parto, puerperio y a los menores desde el

⁴⁰ <http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/cnegsr/estructura-organica.html>, consultada el 2 de junio de 2013).

nacimiento hasta los dos años de vida. Su eje es disminuir la mortalidad materna e infantil por lo que el programa establece una serie de componentes en ambos sentidos.

Una de los principales propósitos que lo caracterizó apuntaba hacia la articulación de la red de servicios en torno a la atención de las gestantes. Esta red incluía las unidades de primero, segundo y tercer nivel las cuales están directamente bajo la coordinación y estructura de Servicios Estatales de Salud. Igualmente se consideraban como parte de la red de servicios, el transporte y las posadas para la Atención de la Mujer Embarazada (AME), las cuales se pretendía fueran garantizadas mediante la incorporación de otros actores, especialmente ayuntamientos municipales y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) con recursos financieros, equipos o instalaciones que deberían colocarse al servicio de esta iniciativa (SSA, 2002:41).

Estos componentes de la red de servicios debían, según el programa, trabajar de manera conjunta y articulada, mediante un flujo de información, decisiones y acciones orientadas a garantizar la salud de la embarazada durante todo el proceso, detectar oportunamente situaciones de riesgo y canalizarla al siguiente nivel utilizando el transporte AME o bien, instalándola en la Posada o en la Casita AME (:41) durante los días previos y posteriores al parto.

Algunas actividades definidas en el mismo programa fueron la orientación en planificación familiar; la promoción durante las consultas prenatales de la lactancia materna, los métodos de planificación familiar post-evento obstétrico y los cuidados perinatales. La dotación a toda embarazada de ácido fólico y sulfato ferroso, y la aplicación de toxoide tetánico y diftérico, calcio y evitación al plomo⁴¹. Incluye también una línea de acción a la cual se le da continuidad en el siguiente sexenio, referida al fortalecimiento de la atención institucional y por personal capacitado, del parto normal y de los partos distócicos, urgencias obstétricas, atención integral del recién nacido (:42)

El PAEAPV 2001-2006 definió cinco componentes: Embarazo saludable; Parto y puerperio seguro; Red social y participación comunitaria; Fortalecimiento de la estructura de servicios; desarrollo humano; monitoreo y evaluación. Me detendré en los primeros cuatro por ser los centrales para el análisis del funcionamiento de APV en lo relacionado a salud materna:

⁴¹ Estas orientaciones venían desde el anterior plan de salud materna y perinatal. Cfr (plan de salud anterior)

- Embarazo saludable. Se realiza fundamentalmente en las unidades de primer nivel en el marco del control prenatal que se plantea como el espacio de seguimiento por excelencia. Este componente corresponde a la atención primaria e incluye vigilancia del embarazo por personal calificado, proporcionar micronutrientes, detección oportuna de sífilis, VIH e identificación de señales de alarma o casos de riesgo los cuales deben ser canalizados al módulo mater, aplicación del toxoide tetánico y otros estudios de laboratorio (SSA, 2002:42).
- Parto y puerperio seguro. Aquí se incluyen las orientaciones respecto a la atención de partos, los eutócicos o normales, en el primer nivel, mientras las urgencias obstétricas y partos distócicos o complicados, deben ser rápidamente identificados y canalizados a los siguientes niveles de atención. Se incorpora también en ese componente, orientación para anticoncepción post evento obstétrico, al igual que vigilancia del puerperio inmediato y mediato (:42)
- Red social y participación comunitaria. Es el componente comunitario que incluye la participación de otras instituciones, la promoción de la participación ciudadana y de grupos organizados en las demandas de servicios adecuados y el monitoreo a los mismos. Los recursos para el mismo no están en el sector salud, ni en APV ni en el Seguro Popular, el planteamiento era conseguirlos a través de la gestión local con ayuntamientos y comunidades (:47).
- Fortalecimiento de estructura de servicios. Incluye adecuación de unidades, acreditación, insumos para parteras, entre otros. Los recursos para este componente dependen, en gran medida, de los asignados por el Seguro Popular para infraestructura; no corresponden a recursos propios de APV. Un elemento importante de resaltar es que todo el programa y la estrategia de prevención de mortalidad materna, a diferencia de lo que encontraremos en el de 2007-2012, se enmarca en un enfoque de riesgo promovido por la Conferencia por una maternidad sin riesgos (Freyermuth en prensa) y materializado en la Norma Oficial Mexicana de atención al embarazo, parto y puerperio NOM 007-SSA2-1993. Por ello se centra en la atención prenatal como el espacio privilegiado de seguimiento y detección. En ese sentido orienta sus acciones de manera muy clara a la detección del riesgo obstétrico y su oportuna canalización mediante el mejoramiento del sistema de referencia y contra referencia (:42), más que en el enfoque de atención de la emergencia obstétrica lo cual será una de sus diferencias con el enfoque predominante en el siguiente sexenio.

Por otra parte, el programa incorporó una serie de acciones orientadas a la vinculación de las redes sociales y estimular la participación comunitaria. En la práctica, sin embargo, éste ha

sido uno de los componentes con mayores dificultades en su implementación pues no se le asignaron suficientes recursos para ponerlo en marcha y no depende directamente de la secretaría de salud sino de la capacidad de convencimiento y gestión de los responsables de APV a nivel estatal o jurisdiccional, para la vinculación de actores locales que están en permanente cambio, como las autoridades comunitarias y municipales. Hay a nivel nacional y en Guerrero en particular, experiencias muy interesantes de participación social y vinculación interinstitucional para implementar transporte y posada AME en algunos municipios (Berrío, 2011). Sin embargo, presentan un nivel de fragilidad en tanto que su continuidad depende de la capacidad de gestión de los responsables jurisdiccionales de Arranque Parejo en la Vida y del interés y compromiso de presidentes municipales o autoridades del DIF, así como de la existencia de organizaciones sociales interesadas y comprometidas con el tema⁴².

Vale la pena destacar como uno de los logros importantes de este periodo, el mejoramiento del registro y notificación de defunciones mediante el sistema de vigilancia epidemiológica coordinado por Rafael Lozano; así como el análisis de eslabones críticos (Nuñez et al, 2005) y la creación del grupo de Atención Inmediata a las Defunciones Maternas (AIDEM) para el análisis detallado de algunos casos de mortalidad materna, entre otros.

El sexenio cerró entonces con una razón de mortalidad materna de 58.6 y un reconocimiento de las dificultades para lograr la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que en el caso de México implicaba llegar en 2015 a una razón de 22 nacional (Presidencia de la República, 2011:124) Del mismo modo, estados con gran presencia indígena como Guerrero, Oaxaca y Chiapas, se mantenían al frente en los registros de mayor mortalidad materna, con cifras que incluso duplican la media. Una evaluación de ese primer periodo de Arranque Parejo en la Vida fue realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública en 2006.

2.2.2 Arranque Parejo en la Vida (2007-2012):

⁴² Autores como Laurell (2011), ubican esta intención de involucrar a diversos actores, promover el “diálogo social” entre ellos, así como políticas intersectoriales principalmente dirigidas a los grupos considerados vulnerables; como parte de la segunda reforma social en salud. El eje sería que parte de las obligaciones del Estado en materia de prevención y promoción, fueran asumidas por la sociedad civil organizada, las comunidades, los actores locales, pero sin que ello toque o cuestione el mercado de salud que es donde están los recursos, y el cual se construye mediante el llamado “Aseguramiento Universal”.

Durante el sexenio 2007-2012, el Programa de acción específica Arranque Parejo en la Vida PAEPV (2007-2012), pese a conservar el mismo nombre del anterior, incorporó de manera incipiente el enfoque de Atención de Emergencia Obstétrica, sin abandonar el enfoque preventivo de las complicaciones centrado en la detección temprana de riesgos (SSA, 2008:25). El nuevo programa de acción recuperaba y fortalecía varias de las estrategias desarrolladas en el anterior, entre ellos los relacionados con la organización de las redes de servicios, pues se identificaba como uno de los puntos débiles la profunda desarticulación entre el primer nivel de atención y la autonomía de los Hospitales Generales, así como la ineficacia de los sistemas de referencia y contra referencia. Igualmente señala como una de las necesidades, el fortalecimiento de la capacidad resolutive de las emergencias obstétricas en toda la red hospitalaria, al igual que la capacidad de estabilización de las emergencias obstétricas en el primer nivel de atención.

Arranque Parejo en la Vida es un programa que sin duda se constituye en prioritario para la propia Secretaría de salud, pues se enmarca en esta urgencia de presentar resultados satisfactorios en dos de los indicadores más monitoreados a nivel internacional: la mortalidad materna y la mortalidad infantil; indicadores que reflejan las desigualdades en salud.

Las principales estrategias y líneas de acción definidas por el Estado se orientan principalmente a los siguientes rubros:

- La reorganización de las redes de servicios para garantizar la continuidad de la atención obstétrica. La forma operativa de esta estrategia ha sido mediante la afiliación de todas las embarazadas sin seguridad social, al programa del Seguro Popular “Embarazo Saludable”, instaurado después de la Primera Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna realizada el 27 de febrero de 2008 en Oaxaca. Dicha estrategia se convertiría en una de las principales prioridades y formas de incorporación de nuevas personas al Sistema de Protección Social en Salud. Se definió también el fortalecimiento a la capacidad resolutive de las unidades de salud para la atención del control prenatal, el parto y las urgencias obstétricas orientada hacia la contratación de personal calificado, entre ellas enfermeras obstetras o parteras profesionales, así como la habilitación de los llamados “hospitales resolutivos”, dotación, mejoramiento de infraestructura, contratación de personal y protocolos de atención. Este planteamiento se reforzó posteriormente con la Estrategia Integral para acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna (SSA: 2009a) y el Convenio interinstitucional para la atención de la Emergencia Obstétrica (SSA: 2010).

- Acciones de información, comunicación, sensibilización y fortalecimiento de la organización comunitaria, el cual recupera varias de las acciones desarrolladas en el programa anterior (posadas y transporte AME), pero incorporando el “Plan de Seguridad” en las acciones de control prenatal. La propuesta del Plan de Seguridad había sido desarrollada por la organización de la sociedad civil Asesoría y capacitación en salud A.C (ACASAC) en el municipio de Tenejapa en los Altos de Chiapas y posteriormente adoptada por el CNEGySR⁴³ (Acasac, 1999).
- Acceso a servicios de salud culturalmente competentes y a personal calificado la cual se ubica en el mismo componente que la contratación de parteras profesionales o enfermeras obstetras. Parte de la tensión irresuelta desde la SSA es su posición respecto a las parteras tradicionales pues se plantea su incorporación pero en condiciones de subalternidad respecto al lugar que le ha asignado el CNEGySR desde el 2011 a las parteras profesionales, como parte del llamado “personal calificado”. En realidad uno de los grandes pendientes de este programa es la incorporación de una perspectiva intercultural en todos los niveles, y de adecuación de los servicios, reconociendo la diversidad étnica y cultural existente en México.

Algunas de sus principales metas en salud materna eran la reducción de la mortalidad materna en 24% respecto a 2006 y en 50% en los municipios con menor índice de desarrollo humano (IDH), aumentar la cobertura de atención del parto por personal calificado a 92% y certificar a 1.800 parteras tradicionales en todo el periodo. La cobertura de atención de parto por personal calificado a nivel nacional está en un 95% según señala el informe de APV 2011 (SSA, 2011)⁴⁴, pero en regiones como la Costa Chica de Guerrero se reduce a un entre 75% y 80%, pues el resto de los partos son atendidos por parteras y familiares. Existe una contradicción en las informaciones proporcionadas por la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero (SESAEG) pues el Plan de Trabajo Jurisdiccional de Arranque Parejo en la Vida, 2011 manifiesta que en 2010 ocurrieron 9,973 nacimientos de los cuales, 3.791 fueron atendidos por parteras, familiares o las propias mujeres, equivalente a un 38%, con lo cual la cobertura de parto por personal calificado en jurisdicción 06 estaría cercana al 62%, muy por debajo del promedio nacional (SESAEG, 2011). Sin embargo, al solicitar esta información mediante el sistema Infomex Guerrero, la respuesta fue que en 2010 el número de partos ocurridos en la jurisdicción fue de 4.394 más 808 atendidos por parteras. En 2011 esta cifra se redujo pasando

⁴³ Se pueden consultar los materiales de esta estrategia desarrollada por Acasac en <http://acasac.org.mx/tenejapa.html>

⁴⁴ SSA, 2011. Informe de resultados y rendición de cuentas presentado por el Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal ante la sociedad civil. Noviembre de 2011.

a 3.505 partos atendidos por la jurisdicción y 695 atendidos por parteras (SESAEG, 2012). Respuesta a solicitud de información No 00031612, mayo de 2012). Lo anterior equivaldría a un 18.3% y 19.8% respectivamente, de partos atendidos por parteras en la Jurisdicción Sanitaria 06, ubicándose de esta manera en la Jurisdicción con mayor proporción de partos atendidos por parteras en la entidad federativa y duplicando el promedio estatal que es de 8% y 9% respectivamente durante 2010 y 2011 (SESAEG, 2012).

Esta caracterización de las actuales prácticas de atención en la región y la marcada importancia que tienen las parteras tradicionales, nos muestra la necesidad de realizar ajustes locales a la estrategia nacional, de tal manera que responda a las características propias de la región, a las dificultades de la red de servicios institucionales para atender prácticamente un 20% más de partos, pues la plantilla de personal de la Jurisdicción Sanitaria 06 es de 300 médicos (Escamilla, 2011:46) que atienden un promedio de 4.000 partos anuales, mientras que las parteras tradicionales o las propias mujeres atienden alrededor de 750 partos anuales adicionales⁴⁵ (SESAEG 2012 solicitud de acceso a la información No 00031612, mayo de 2012). Muchos de los partos tuvieron lugar en localidades donde no existe ningún recurso de atención de la SESAEG disponible y buena parte ocurrió en hospitales de primer y segundo nivel con un elevado nivel de saturación en la atención, como los de Ayutla y Ometepec que están por arriba del 90% de su capacidad (Escamilla, 2011b:48). Por otra parte, la estrategia de parteras profesionales implementada desde 2011 en la Entidad Federativa, si bien ha implicado el mejoramiento de la atención prenatal y de parto realizado por estas profesionales, aún tiene una cobertura muy reducida debido al número de profesionales destinado para ello (cinco para todo el Estado).

En relación con la certificación de parteras tradicionales, el informe del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de noviembre de 2011 (SSA, 2011:13), señala que en total existen 15,962 parteras en México, de las cuales 8,606 están activas; 9,342 capacitadas y 1,915 evaluadas pero no especifica si han sido acreditadas (:14). El informe de rendición de cuentas de 2012 por parte del mismo Centro señala que de 2004 a 2011 han sido capacitadas y evaluadas 2,996 parteras tradicionales, de las cuales, fueron declaradas como competentes el 72.6% de ellas, equivalente a 2,168 (SSA, 2012:28). Este es un número reducido respecto al total de parteras existentes en el país y no es claro tampoco con cuántas de ellas existe una relación de vinculación permanente con las Secretarías de Salud Estatales, ni de qué tipo es dicho vínculo.

El programa de APV se ha enriquecido con otras iniciativas desarrolladas a lo largo del sexenio, como la *Estrategia Integral para Acelerar la reducción de la Mortalidad Materna*; el *Convenio interinstitucional de Atención de la Emergencia Obstétrica* y los *Acuerdos de Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades (AFASPES)* como mecanismo de etiquetación y transferencia de recursos para acciones de salud pública (incluyendo acciones de atención), entre los cuales hay varias líneas relacionadas específicamente con APV.

Los componentes comunitarios establecidos en el programa de acción específico de APV, fueron desarrollados en la “Estrategia de Redes Sociales en salud materna y perinatal”, construida inicialmente en 2007 (SSA, 2007) y ampliada en 2010 (SSA, 2010). En ella se incorporan, acciones de a) información y sensibilización a la población, b) identificación de mujeres embarazadas a través de censos, c) apoyo al traslado y alojamiento de mujeres en Posadas AME, d) acciones para la difusión de los apoyos de la red social, e) acciones para el registro de información. Dicha estrategia, bajo la conducción de la dirección de desarrollo comunitario, fue ampliada en 2010 con la incorporación del eje de Madrinas y Padrinos comunitarios (SSA, 2010), el cual se ha desarrollado de manera piloto en algunos estados y municipios específicos, entre ellos varios de Guerrero⁴⁶.

La focalización es otro de los componentes que ha caracterizado la política social y en salud también se expresa. En ese sentido otra línea impulsada por la SSA para la reducción de la mortalidad materna es la estrategia 100x100 orientada al desarrollo de acciones intensivas en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano y particularmente la reducción de la mortalidad materna en un 50% (SSA, 2007:57). El dato oficial de la Secretaría de Salud a noviembre de 2011 señalaba que en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano, se había pasado de una razón de 162.6 (61 fallecimientos) en 2006, a 51 muertes maternas en 2011, equivalentes a una razón de 129.3⁴⁷ (SSA, 2012:7), la cual dista mucho de la meta planteada que sería una razón de mortalidad materna en estos municipios, cercana a 81.

Además de las críticas que se le han hecho a la focalización por privilegiar una perspectiva de “combate a la pobreza” centrada en ciertos grupos considerados como vulnerables y no desde

⁴⁶ Uno de los primeros municipios donde se implementó de manera piloto desde 2010 fue en Tlacoachistlahuaca, en la jurisdicción 06, así como Heliodoro Castillo y José Joaquín Herrera en la jurisdicción 03. Una evaluación de estos componentes de las Redes Sociales fue realizado en octubre de 2011 por solicitud de la SSA en cinco estados de la república, entre ellos Guerrero. Schiavone et al, 2012; Berrío, 2011.

⁴⁷ SSA, 2012. Informe de resultados y rendición de cuentas presentado por el Director General Adjunto de salud materna y perinatal ante la sociedad civil. Junio de 2012.

una perspectiva de derecho universal, otra dificultad que tiene esta meta es que el panorama epidemiológico de la mortalidad materna no necesariamente coincide de manera exacta, con este mapa de menor Índice de Desarrollo Humano (IDH). Para el caso de la Costa Chica, dos municipios de la región (Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca) forman parte de este grupo, pero es imposible pensar acciones efectivas hacia la reducción de la mortalidad materna que sólo contemplen las unidades de salud ubicadas en su territorio, pues la mayoría de las complicaciones obstétricas no tienen posibilidad de resolución en su interior y deben ser trasladadas a Ometepec o Acapulco, que forman parte de la red de servicios que involucra otros niveles, además de los municipios definidos como prioritarios.

Esto nos muestra que en materia de salud materna, se requiere fortalecer la red de servicios en sus diferentes niveles, más que realizar focalizaciones excesivas que si bien son importantes para el fortalecimiento del primer nivel de atención, pierden de vista que el mayor número de fallecimientos se presenta en el segundo nivel de atención por razones relacionadas con insuficiencia de personal capacitado, insumos, tiempos de traslado, equipos o saturación de las unidades.

Del enfoque de riesgo a la atención integral de la emergencia obstétrica:

La OMS ha privilegiado la atención universal del embarazo como la estrategia para reducir la mortalidad materna. Ello implica atención por personal calificado (médicos, gineco-obstetras, médicos generales, parteras profesionales y enfermeras obstetras) dejando por fuera a las parteras tradicionales.

Hay en este momento dos enfoques diferentes pero que pueden ser complementarios: el de atención profesional de parto impulsado por Family Care International y el de Atención Obstétrica de emergencia promovido por la Universidad de Columbia mediante su programa Averting Maternal Death and Disability Program (AMMD) (Freedman, Lynn et al: 2007)⁴⁸. La primera estrategia considera que todas las personas responsables de la atención de las mujeres embarazadas, así como en el parto y puerperio, deben haber pasado por un entrenamiento profesionalizado que les permita identificar las emergencias obstétricas canalizándolas oportunamente a la instancia hospitalaria en caso de complicación.

La segunda, parte de considerar que un embarazo, parto o postparto normal puede ser atendido por una partera o por los familiares, siempre y cuando la población sepa identificar

⁴⁸ Se pueden consultar los textos y experiencias de intervención del programa AMMD en la página: <http://www.amddprogram.org/d/content/seminal-articles>

signos de emergencia obstétrica y canalizar oportunamente. En ese sentido, se busca resolver las emergencias obstétricas cuando estas se presentan, garantizando la capacidad resolutoria de las mismas en los servicios de salud del primer y segundo nivel de atención. Su eje es garantizar la atención obstétrica de emergencia las 24 horas, los 365 días del año en los dos primeros niveles de atención. Esto implica una serie de insumos concretos para atender las emergencias, así como la capacitación del personal para hacerlo y los recursos humanos y técnicos necesarios para lograrlo en el segundo nivel

La diferencia entre las dos propuestas es que una privilegia la atención universal calificada del parto y la última lo reserva para los casos de emergencia obstétrica. Chile es el país de América Latina con mayor experiencia en la atención calificada mediante la vía de las matronas, quienes son enfermeras obstetras encargadas de la atención en general a las embarazadas, e incluso de otros aspectos de salud sexual y reproductiva. En México en cambio, esta presencia de las enfermeras obstetras y las parteras profesionales ha sido limitada⁴⁹.

Se han identificado serios problemas en la atención obstétrica, como la sobresaturación de las unidades de salud, la burocracia que retrasa los tiempos para la atención en contextos urbanos (Collado, 2010), la ausencia de los medicamentos básicos y el conocimiento del manejo de emergencias obstétricas en contextos rurales, al igual que la fragmentación del sistema de salud, lo cual dificulta la canalización entre hospitales. Para dar respuesta a ello se plantea una estrategia orientada a garantizar la atención de las emergencias obstétricas severas en cualquier institución de salud independientemente de la condición de derechohabencia de la mujer.

Después de treinta años promoviendo el enfoque de riesgo, el gobierno mexicano adopta el enfoque de atención de emergencias obstétricas como la estrategia central para reducir la mortalidad materna (SSA, 2009a:14). Un cambio sustancial planteado por esta estrategia es el enfoque dado a la consulta prenatal, que no se coloca ya como el espacio central para la identificación del riesgo obstétrico, sino como una oportunidad de darle información y educación a las embarazadas. El gran reto es reducir la fragmentación de los servicios para población abierta en los estados, de tal manera que se garantice la prestación del servicio a toda mujer embarazada que lo solicite en caso de emergencias obstétricas severas.

⁴⁹ En 1996 se crea CASA, una escuela de formación de parteras profesionales en San Miguel de Allende, Guanajuato; y en 2012 se abre una similar en Tlapa en la Montaña de Guerrero, orientada particularmente a mujeres indígenas del Estado, con financiamiento público.

Dado que un objetivo central es incrementar la capacidad de maniobra del personal de salud frente a una urgencia obstétrica, se pretende que quienes están en el primer nivel de atención posean las habilidades para proporcionar la atención primaria de la emergencia obstétrica⁵⁰. Otras medidas relacionadas con la formación del personal incluyen la readecuación de los planes de estudio en el pregrado y posgrado de las carreras de medicina, enfermería y obstetricia; la capacitación inmediata de los proveedores en funciones; la contratación de profesional alternativo como las parteras profesionales y las enfermeras obstétricas. Respecto a las acciones para atender la segunda demora, y considerando que una de las principales barreras de acceso es la económica, la estrategia plantea como una alternativa la universalidad de la atención de la emergencia obstétrica bajo el único requisito de ser ciudadana mexicana, sin utilizar criterios de afiliación (SSA, 2009a)

El documento identifica como parte de las evaluaciones realizadas, un incremento en la consulta prenatal entre las afiliadas a Oportunidades, sin embargo ello tiene poco impacto en la disminución de la mortalidad materna por la baja calidad de la consulta. Para el caso de regiones indígenas plantea como indispensable las campañas masivas de comunicación en lenguas propias, la elaboración de un plan de seguridad, la capacitación del personal de salud en competencia cultural y humana (SSA, 2009a: 26).

Igualmente establece la necesidad de:

- Intérpretes culturales oportunamente capacitadas en derechos de las usuarias e interculturalidad en salud.
- La incorporación del personal local en la prestación de servicios en el mayor número de puestos posibles.
- La contratación de enfermeras obstetras y parteras profesionales donde no existan las parteras tradicionales.
- La sensibilización al personal médico y paramédico respecto a los temas relacionados con la diversidad cultural, derechos de los pacientes indígenas, de las mujeres, el respeto a la diversidad cultural, entre otros. Acciones estas donde la CDI debe jugar un papel clave.

⁵⁰ Paradójicamente, los indicadores de calidad siguen considerando el número de consultas prenatales atendidas y no el número de emergencias obstétricas canalizadas oportunamente. Los datos del propio CNEGySR (2009) señalan que en 2008, el 84% de las muertes maternas estuvieron asociadas a mala calidad de la atención obstétrica.

- Ampliar el padrón de familias beneficiadas de oportunidades y consolidar la afiliación automática al Seguro Popular de quienes son beneficiarias de Oportunidades.

Finalmente la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna (SSA, 2009), incorpora el componente de acceso a métodos anticonceptivos, de emergencia y aborto seguro. Igualmente refiere a mecanismos de monitoreo y control ciudadanos como los observatorios ciudadanos que vigilen la calidad del servicio, la incorporación del parto humanizado y culturalmente adecuado a las necesidades de la población.

Varias de estas estrategias y recomendaciones en torno a la prestación de los servicios con mayor pertinencia cultural en zonas indígenas ya habían sido planteadas por la dirección de Medicina Tradicional y Salud Intercultural de la propia SSA. Se incluyeron en el Programa de acción específico 2007-2012 la interculturalidad en Salud, el Programa de Medicina Tradicional, los lineamientos de atención del parto vertical, así como otros materiales de tipo rector producidos por la propia Secretaría (Almaguer y Mas, 2009). Existe una amplia literatura en México y América Latina sobre interculturalidad y adecuación de los servicios de salud, especialmente en el ámbito de la salud materna, así como una serie de recomendaciones o acciones estratégicas orientadas a la construcción de políticas públicas de salud intercultural que sin embargo, poco se han incorporado en el caso mexicano.

La rectoría de las acciones en salud sexual y reproductiva se encuentra bajo la conducción del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, mientras la rectoría de la política pública en salud intercultural se encuentra en la dirección de Medicina Tradicional y Salud Intercultural.

De esta forma, las políticas públicas en salud sexual y reproductiva para mujeres indígenas son construidas e implementadas por el CNEGySR⁵¹, priorizando aspectos ginecoobstétricos y

⁵¹ Desde la Dirección de Medicina Tradicional y Salud Intercultural se han producido una serie de Programas, Acciones y documentos orientados a promover un enfoque intercultural en los servicios de salud materna, entre ellos el Programa de Acción Específica para Pueblos Indígenas, el Programa de Medicina Tradicional y Salud Intercultural, los Lineamientos para la Atención del Parto Vertical, entre otros. Sin embargo, dado que las funciones de rectoría en materia de salud sexual y reproductiva, incluyendo programas y normas técnicas, la tiene el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, quien directamente coordina con las Secretarías de Salud de las entidades federativas la provisión de servicios de salud materna, no he incluido en este análisis los materiales y las propuestas elaboradas por la Dirección de Medicina Tradicional y Salud Intercultural. Dicha dirección depende de la DGPLADES y no tiene bajo su coordinación directa la política pública en salud materna implementada en México, si bien son grandes impulsores de la incorporación de un enfoque intercultural en los servicios de salud.

epidemiológicos. Lo anterior resulta en una propuesta de políticas públicas bastante homogénea para todo el país, que no incorpora una mirada que atienda a la diversidad étnica y cultural de México, así como las diversas formas de entender el proceso de salud-enfermedad-atención ni responde a los marcos normativos nacionales e internacionales que amparan este derecho⁵².

Universalización de la atención de la emergencia obstétrica.

El Convenio Interinstitucional para la Atención de la Urgencia Obstétrica⁵³ fue firmado el 28 de mayo de 2009, pero sólo entró en vigor en 2011 debido a los trámites y negociaciones administrativas interinstitucionales para definir los mecanismos y tarifas de cobro, ya que se realizan pagos cruzados. En éste se establece la obligatoriedad de todas las instituciones del sector salud (IMSS, ISSSTE y SSA) de atender a mujeres que presenten emergencias obstétricas severas, independientemente de su derechohabiencia. El convenio busca reducir el multirechazo y garantizar la capacidad resolutive de las emergencias en el primer y segundo nivel de atención, así como optimizar los recursos existentes en cada una de las instituciones de salud. El pago por los servicios prestados durante la resolución del evento obstétrico se cobra posteriormente de manera interna entre las instituciones, pero no implica un costo adicional para la mujer. De esta manera, se convierte en la primera experiencia piloto hacia la construcción de un sistema único de salud, que se iniciaría con una integración funcional del mismo (Freyermuth, en prensa).

La implementación de esta propuesta requiere la definición clara de los hospitales considerados resolutivos, es decir, aquellos que cuentan con la infraestructura, equipos y personal completo para resolver una urgencia obstétrica en cualquier momento. El total de hospitales resolutivos definidos por la SSA hasta noviembre de 2011 eran 377. De estos, 236 correspondían a Los Servicios Estatales de Salud SESA; 88 al IMSS y 53 al ISSSTE. El total de hospitales resolutivos acreditados para 2012 era 270, 44 faltaban por visitar y 52 no habían sido acreditados o tenían pendiente ese proceso (SSA, 2011).

⁵² (Menéndez, 2006, Quatrocchi y Guémez, 2007; Rivera Zea, Tarcila, 2007; Campos Navarro, 2006^a ; Cosminsky, 2006; Uriburu, 2006; Ministerio de Salud Pública de Guatemala et al, 2010). Convenio 169 de la OIT; Declaración Universal de Derechos de los Pueblos Indígenas, Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

⁵³ En adelante se nombrará en el texto como “el convenio”.

En el caso de Guerrero se considera por parte del CNEGySR, que existen cinco hospitales resolutivos en dicha entidad federativa: Hospital General de Acapulco, Hospital Renacimiento, Hospital General de Iguala, Hospital de la madre y del niño guerrerense de Chilpancingo; Hospital general de Taxco de Alarcón. (Información oficial de la SESAEG mediante solicitud de acceso a la información 00030112, mayo de 2012.

La primera evaluación del Convenio de Atención de Emergencias Obstétricas realizada por el Observatorio de Mortalidad Materna en cuatro estados durante 2011 (OMM, 2012), muestra que éste es poco conocido y menos aún utilizado por las instituciones de salud, las cuáles prefieren seguir utilizando sus propias redes de servicio para atender las emergencias obstétricas. Por otra parte, el recurso es recibido por la institución (IMSS, ISSSTE o SESA), pero no es enviado específicamente al hospital que presta el servicio, lo cual ya está siendo objeto de cuestionamiento por parte de quienes están recibiendo mayor cantidad de urgencias obstétricas.

En el caso de Guerrero, si bien no fue incluido en esta evaluación, la configuración de la red de servicios institucionales en salud actualmente existente hace que este convenio pueda tener poco impacto en incrementar la capacidad de respuesta para atención de emergencias obstétricas. A diferencia de otros estados en donde el IMSS y el ISSSTE tienen hospitales con mejor infraestructura y menor nivel de saturación, entre ellos Oaxaca donde las unidades del IMSS e IMSS Oportunidades prácticamente cubren la mitad del territorio, en Guerrero, los hospitales resolutivos pertenecen todos a la Secretaría de salud y por tanto no se incrementa la capacidad de atención con este convenio.

En resumen, podemos observar que hay una serie de continuidades en las políticas públicas relacionadas con la reproducción, desde una perspectiva de control de la natalidad, pero al mismo tiempo se identifica en la última década, la implementación de diversas acciones específicas orientadas a la reducción de la mortalidad materna. Se ha transitado de un enfoque de riesgo que caracterizó el periodo 1995-2006, a un enfoque de emergencia obstétrica a partir de 2007 y este trabajo se inscribe en esta interfase donde estamos moviéndonos de uno al otro y ello no está exento de tensiones, confusiones, superposiciones.

Como veremos en los capítulos etnográficos siguientes, en lo local esta transición no es tan clara y pese a las modificaciones establecidas en la Estrategia Integral y el Convenio, sigue predominando en el estado de Guerrero, y en la Costa Chica particularmente, un enfoque de riesgo, especialmente en el primer nivel de atención; al mismo tiempo que se intenta dar

respuesta a las necesidades concretas de atención y canalización de las urgencias obstétricas en un contexto de profundas inequidades en salud y una gran debilidad institucional de la red de servicios que opera en las regiones.

2.3 El sistema de Protección Social en Salud.

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), más conocido como Seguro Popular, tiene su origen formal en 2004 a partir de la reforma realizada un año antes a la Ley General de Salud. Su diseño y prueba piloto sin embargo, ya se habían comenzado a desarrollar desde 2001 con la llegada a la presidencia de Vicente Fox, y bajo la conducción directa de la Secretaria de Salud a cargo de Julio Frenk. En terminos generales estas modificaciones se inscriben en los procesos de reformas neoliberales a la salud desarrollados en América Latina durante los 10 años anteriores. Uno de los elementos importantes de la reforma fue incrementar la fragmentación y la descentralización del sistema de salud separando funciones de rectoria y planeación; financiamiento y finalmente la prestación de servicios. Este último sería considerado como una responsabilidad fundamentalmente de las entidades federativas mediante transferencias de recursos financieros basados en criterios de oferta y demanda, así como de número de afiliados al nuevo esquema de aseguramiento.

El siguiente elemento era la segmentación de la población según su capacidad de pago. Ello determinaría posteriormente la población prioritaria a la cual se dirigiría la afiliación (los primeros seis deciles), así como las cuotas de recuperación anual existentes a partir del tercer decil. (Ramirez, 2010). En ese sentido lo que se reconoce es el derecho a la protección en salud y no el derecho a la salud en sí mismo.

Es importante diferenciar esto pues cuando nos referimos al SPSS hablamos de un esquema de financiamiento a la salud y no de un sistema de seguridad social. Por eso, aunque el discurso oficial de las autoridades en salud y del sistema de protección social, consideran a las personas afiliadas a este sistema como derechohabientes, a lo largo de este trabajo no lo consideraré como un sistema de seguridad social ni mucho menos como garante del derecho a la salud o del acceso universal a la misma⁵⁴.

⁵⁴ Miradas críticas sobre el tema se pueden consultar en los trabajos de Laurell (2012 2011); López-Arellano y Blanco Gil, (2010); Contreras y Tetelboin, (2010), Díaz, (2010, 2013 a y b).

Díaz, (2012:) señala que *“el SPSS es la arquitectura financiera implementada para asegurar la asignación de presupuesto de manera progresiva y supuestamente eliminar fragilidades dadas por el entorno político y económico. Profundiza la descentralización del sistema de salud para población abierta, y ha tenido como consecuencia la disociación entre los programas y el presupuesto público asignado al sector”*.

Otro marco de referencia en el cual se inscriben las argumentaciones en torno a la existencia del Seguro Popular, fue el documento elaborado por Banco Mundial *“Invertir en salud”* (Banco Mundial, 1993) y el documento posterior de la Organización Mundial de la Salud denominado *“Informe sobre la salud en el Mundo”* (OMS, 2000). En estos documentos se recomendaba hacer una redistribución de los recursos a fin de hacer una mejor inversión de los mismos con criterios de eficiencia, permitiendo la entrada al mercado de otros proveedores privados, de tal manera que ello contribuyera al mejoramiento de la oferta y la competencia en la prestación de servicios de salud. Posteriormente la OMS coloca el tema de la protección financiera de las personas como un elemento clave para evaluar los sistemas de salud, garantizando así el acceso a la atención a los grupos considerados de mayor vulnerabilidad (Ramirez 2010:78).

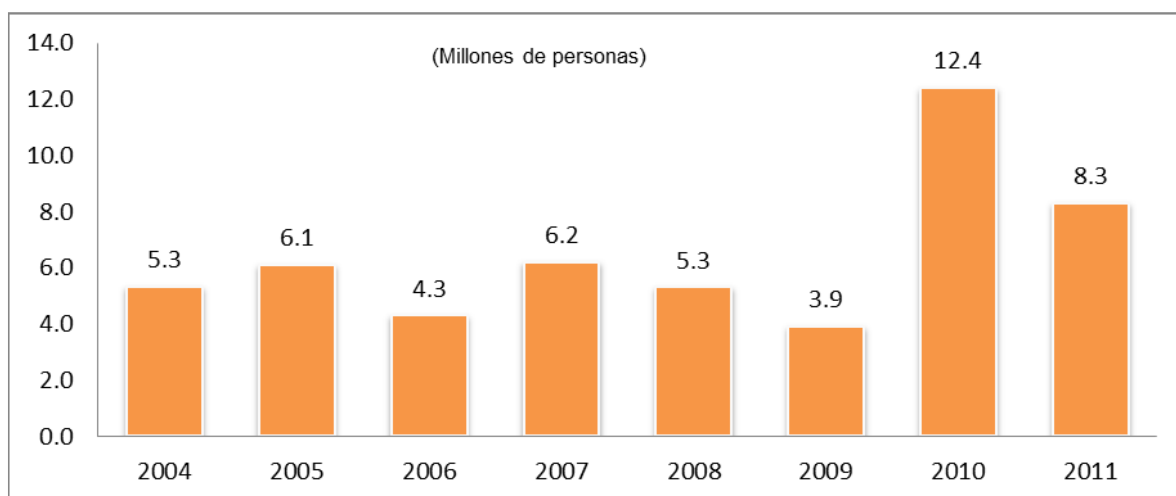
Para lograrlo, partía de un análisis en relación con la población abierta o sin seguridad social; es decir aquella que no hacía parte de los esquemas de seguridad social existentes al momento y distribuidos en las instituciones creadas para tal fin a lo largo de las décadas anteriores (IMSS, ISSSTE; Pemex) Toda esta población, que constituía alrededor del 70% del total de mexicanos y mexicanas, tradicionalmente había sido atendida por la Secretaría de Salud o el IMSS-Oportunidades. Específicamente las acciones hacia esta población se habían orientado en el sexenio anterior desde el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), que consideraba un paquete básico de intervenciones en salud.

Esta población abierta, se convertían ahora en el principal sector a vincular en este nuevo esquema de protección financiera. Para lograr la meta propuesta de una cobertura total de la población en 2010, se estableció una estrategia de vinculación que inicialmente incorporó a varias entidades federativas de manera piloto y luego se amplió a otros, priorizando la población con menores recursos. En cada uno de los estados las estrategias fueron diferentes así como el ritmo de afiliación alcanzado pero definitivamente fue más lento de lo esperado y realmente es a partir de 2006 cuando se comienza a incrementar de manera considerable. En el caso de Guerrero, la afiliación pasó de 12.000 familias en 2004 a 623.326 en 2010. El mayor

incremento se produce a partir de 2006 cuando prácticamente se triplica el número de afiliadas en relación al año anterior. El Seguro Popular es un esquema de financiamiento a la salud y como tal sus recursos se establecen en función del número de personas afiliadas (CNPSS, 2013). En ese sentido ha habido una fuerte intencionalidad de incrementar la cobertura del mismo y hacia allá se han dirigido los esfuerzos de sus impulsores.

La siguiente gráfica resume el número de personas afiliadas al SPSS de 2004 a diciembre de 2011, cuando se alcanza una cobertura total de 51.8 millones de personas afiliadas.

Gráfico 1. Número de personas afiliadas anualmente al Seguro Popular en México 2004-2011



Fuente: SPPSS Informe de resultados 2011

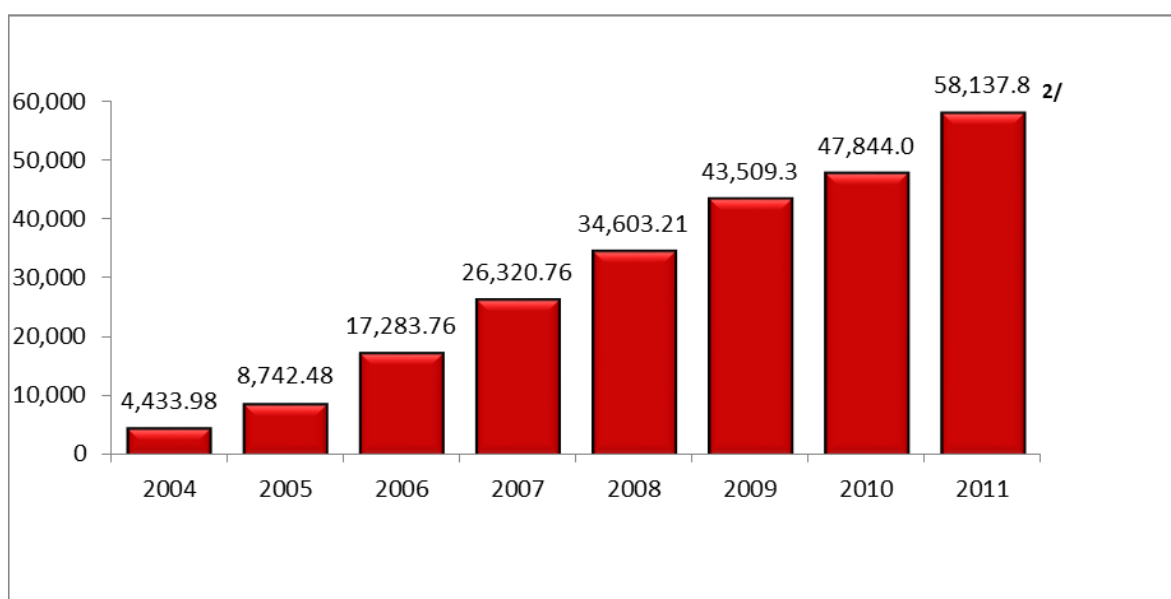
En ese sentido, al cumplir su meta de 50 millones de asegurados, el gobierno federal ha pregonado que México ya ha logrado la cobertura universal de aseguramiento. Se supondría entonces que de esta manera estaría garantizada para todas las personas, el ingreso al sistema de salud en sus diferentes niveles.

Sin embargo, al revisar el funcionamiento del sistema, lo primero a señalar es que el Seguro Popular no cubre todas las intervenciones sino sólo las establecidas en el Causas que son en total 285 de las cuales 18 corresponden a salud materna y perinatal. Es un paquete de servicios básicos de primer y segundo nivel y los medicamentos corresponden a un análisis de costo-beneficio donde se excluyen una serie de padecimientos de mayor complejidad y costo, como cánceres, enfermedades crónicas, cardiovasculares, renales, etc. Incluso, como lo veremos en el capítulo seis, no están amparados todos los servicios correspondientes a dicho paquete básico y tampoco está garantizado totalmente el accesos a los medicamentos, con lo cual, el gasto de bolsillo de la población se mantiene.

Lo cierto es que el Seguro Popular se ha convertido en la principal fuente de financiamiento del sector, especialmente en lo relacionado a infraestructura, contratación de personal y adecuación hospitalaria, pero no tiene el mismo impacto en las unidades de primer nivel y de regiones de mayor marginación, en tanto el criterio de asignación corresponde a la acreditación de las unidades de salud.

Al revisar los montos asignados al Seguro Popular de 2004 a 2011, encontramos un vertiginoso crecimiento del mismo, tal como se percibe en la siguiente gráfica:

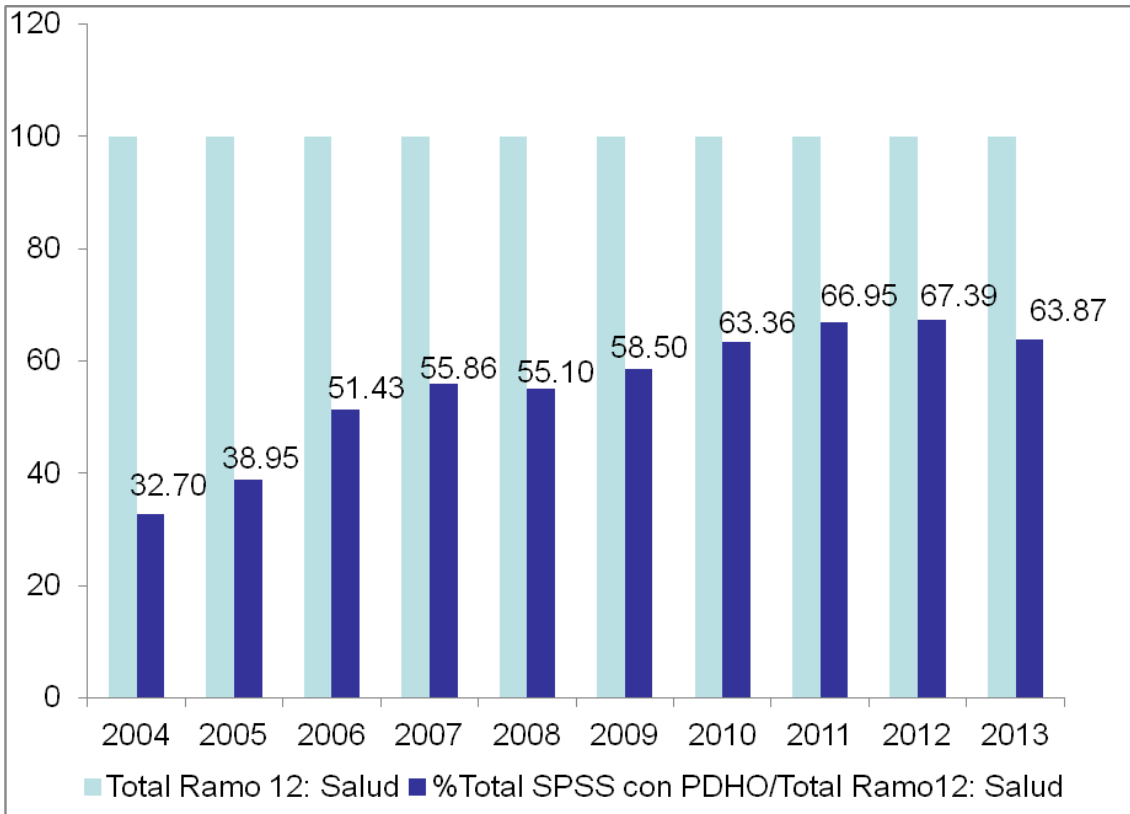
Gráfico 2. Recursos totales asignados al Seguro Popular en millones de pesos. México 2004-2011



Fuente: SPPSS Informe de resultados 2011

Como vemos, el recurso asignado al Seguro Popular ha crecido de modo acelerado pasando de cuatro mil millones en su inicio a cincuenta y ocho mil millones de pesos en 2011. Para 2012, según el PEF aprobado por la Cámara de diputados, el Seguro Popular concentra el 60.2% del total de recurso asignado a salud por Ramo 12.

Gráfico 3. Porcentaje de recursos correspondientes al ramo 12 (salud) asignados al Seguro Popular en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2004-2013



Fuente: Díaz Daniela a partir de datos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público del año 2004 al 2012, Cuenta de la Hacienda Pública Federal, año 2013 PEF Aprobado, disponibles en www.shcp.gob.mx

Es importante señalar que el monto asignado al Seguro Popular, constituye una gran bolsa financiera y en la práctica es el Seguro Popular quien cuenta con el mayor recurso para operar la política pública en salud. Sin embargo, no es posible saber con certeza, cuánto recurso del Seguro Popular está siendo asignado a salud reproductiva y mucho menos a salud materna. Las primeras informaciones respecto a su impacto en la reducción de la mortalidad materna no parecen ser muy alentadores pues de las mujeres fallecidas por causas obstétricas durante 2009 y 2010, encontramos que el 31.1% de ellas en 2009 y 39.1% en 2010, tenían Seguro Popular. En ese sentido, no pareciera haber diferencia entre quienes cuentan con este mecanismo y quiénes no.

Por otra parte, dada la descentralización y la fragmentación del sistema, encontramos una clara diferenciación entre la política pública en salud materna, pensada desde una mirada de salud pública pero sin recursos suficientes, respecto a la política financiera que privilegia el

Seguro Popular como gran concentrador de los recursos pero desde una perspectiva individual de atención a los pacientes que sólo incluye lo establecido en el Causas.

2.3.1 El Seguro Popular en Guerrero

En abril de 2004, un año después de haberse creado el Sistema de Protección Social en salud, este llegó a Guerrero mediante un acuerdo de coordinación firmado entre la Secretaría de Salud federal y el ejecutivo del estado de Guerrero, para implementar en dicha entidad federativa, el Sistema de Protección Social en Salud (SSA, 2004, citado en Melendez, 2006). En ese momento, una amplia mayoría de la población no tenía acceso a la seguridad social.

Según datos del Censo Nacional de Población 2005, sólo el 23.7% (738.033) de los más de tres millones de guerrerenses, contaba con seguridad social (Inegi, 2005). Dado que Inegi incluye allí los afiliados al Seguro Popular, en la distribución según dicha institución más de la mitad correspondía al IMSS; 34% al ISSSTE y sólo un 14%, es decir, 95.071 personas estaban afiliadas al Seguro Popular. Si consideramos que el Seguro Popular no implica seguridad social y por tanto derechohabiencia sino que es exclusivamente un mecanismo de afiliación a sistemas financieros de protección de la salud, consideraré que la derechohabiencia no se ha modificado de manera sustancial aunque la afiliación al Seguro Popular haya tenido un crecimiento importante en los últimos cinco años.

Si tomamos como base el total de población reportada por el INEGI en el censo de población 2005, estaríamos hablando de 604.859 personas afiliadas al IMSS e ISSSTE. Al comparar los datos oficiales del Censo de Población y Vivienda de 2005 en relación con el de 2010, encontraremos un pequeño incremento en la población derechohabiente en poco menos de 80.000 personas pasando de 604.859 en 2005; a 683.278 trabajadores afiliados al IMSS o ISSSTE en 2010⁵⁵. Es decir, más del 70% de los guerrerenses en 2010, son población abierta cuya posibilidad de acceso a la salud son los servicios brindados por la Secretaría de Salud.

En el caso de la Jurisdicción sanitaria 06 la situación es más dramática aún pues sólo el 7.4% de los 415.816 habitantes de la Costa Chica cuentan con algún tipo de aseguramiento. La distribución del mismo es la siguiente: IMSS 1.9%; ISSSTE 4.7%; otras instituciones (Pemex, Sedena y Marina) 0.49%; instituciones de seguridad del gobierno estatal o de instituciones privadas: 0.007%⁵⁶. Como bien lo señala el Programa de trabajo jurisdiccional de Arraque

⁵⁵ Fuente: INEGI. Censo Nacional de Población y Vivienda 2005. Censo de Población y Vivienda 2010.

⁵⁶ Fuente: Gobierno del estado, Secretaría de Salud.(2011). Programa de trabajo de Arraque Parejo en la Vida 2011. Jurisdicción Sanitaria 06. Ometepec.

Parejo en la Vida (2001) “El 91.8% corresponde a la población abierta, esta población que no cuenta con servicios de seguridad social, es atendida por la Secretaría de Salud” (SESAEG, 2011:12)

A ello le sumamos que Guerrero es uno de los estados con mayor cantidad de municipios de alta y muy alta marginación, un promedio de médicos y camas por habitantes, recetas surtidas y equipamiento muy por debajo del promedio nacional. Igualmente la brecha entre población derechohabiente y no derechohabiente en relación al gasto per capita es bastante elevada (Melendez, 2006, Kinal-Fundar, 2012).

En tanto el Sistema de Protección Social en Salud constituye actualmente una de las principales fuentes de financiamiento para los estados, estos han estimulado fuertemente la afiliación de sus habitantes al Seguro Popular. Los datos oficiales proporcionados por la Secretaría de Salud, en dicho estado, muestran que pasó de 6.940 familias en 2002 cuando arrancó de manera piloto, a más de seiscientos mil en 2010. La meta del gobierno estatal para ese año era de 540.000 familias pero fue superada según el reporte entregado por el propio Sistema de Protección Social en Salud en Guerrero donde manifiesta un total de 623.326 familias afiliadas hasta 2010, equivalente, a 1,973,798 personas afiliadas en 2010 y el cual se incrementa a 2'279.358 en 2011⁵⁷ (SPSS, 2011).

Gráfico 4 Familias afiliadas al Seguro Popular en Guerrero 2004-2010.



Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Numeralia Guerrero 2007-II e Informe de resultados 2008. Secretaría de Salud de Guerrero. Respuesta a la solicitud de información 12411 realizada en abril de 2011.

⁵⁷ Fuente: Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2011.

Salta a la vista que si bien el SPSS comenzó a promover la afiliación desde 2004, el mayor incremento en las mismas se ha producido en los últimos cinco años (2007-2011), es decir durante la administración calderonista y en el marco de las estrategias “Seguro Médico para una nueva generación” implementado desde 2006 y posteriormente de “Embarazo Saludable” a partir de mayo de 2008

Estas tendencias estatales coinciden con lo observado en las jurisdicciones y en las dos comunidades estudiadas pues justamente el proceso de afiliación masiva tiene lugar en los últimos años, prácticamente duplicándose de 2009 a 2010 como se observa en los siguientes tabla y gráfica.

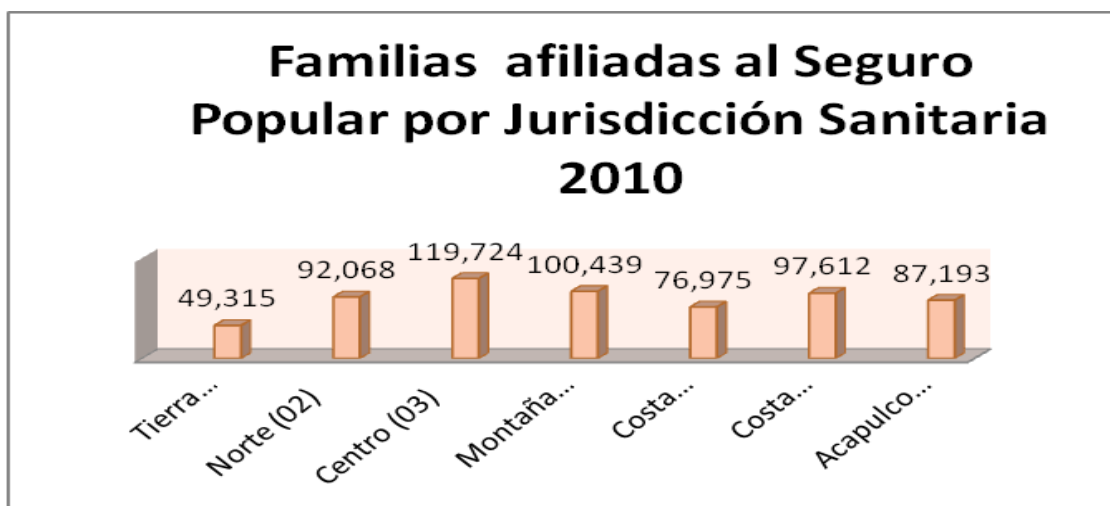
Cuadro 3. Familias asignadas al Seguro Popular en Guerrero por jurisdicción sanitaria 2007-2010

<i>Región</i>	2007	2008	2009	2010
<i>Subtotal 01 Tierra Caliente</i>	10,589	14,954	21,078	49,315
<i>Subtotal 02 Norte</i>	23,710	33,214	46,043	92,068
<i>Subtotal 03 Centro</i>	56,608	76,653	78,763	119,724
<i>Subtotal 04 Montaña</i>	83,560	90,267	67,831	100,439
<i>Subtotal 05 Costa Grande</i>	22,520	32,394	37,722	76,975
<i>Subtotal 06 Costa Chica</i>	55,084	70,818	62,348	97,612
<i>Subtotal 07 Acapulco</i>	27,547	36,786	43,055	87,193
<i>Total Estatal</i>	279,618	355,086	356,840	623,326

Fuente: Secretaria de salud de Guerrero. Información obtenida mediante solicitud de acceso a la información, 2011.

En el siguiente gráfico es posible observar de manera más clara la correspondencia entre jurisdicciones con mayor población indígena y número de afiliados (Centro, Montaña y Costa Chica) quienes a su vez presentan los menores índices de desarrollo humano en el Estado.

Gráfico 5. Familias afiliadas al Seguro Popular en Guerrero por jurisdicción sanitaria 2010



Fuente: Secretaria de salud de Guerrero. Información obtenida mediante solicitud de acceso a la información, 2011.

Al mirar los datos locales derivados de la encuesta reproductiva realizada en 2008 en las dos comunidades seleccionadas, encontramos un porcentaje de afiliadas al Seguro Popular del 71%. Este porcentaje fue muy similar en las dos comunidades aunque en Cuana existían dos mujeres con seguridad social del ISSSTE por ser maestras. El 29% de la población manifestó no pertenecer al SPSS y no tener ningún tipo de seguridad social. Si realizáramos la misma encuesta en 2012, seguramente encontraríamos datos de afiliación al Seguro Popular superiores al 90% o más. Lo interesante es mirar el año y el modo en que ocurrieron dichos procesos de incorporación a este sistema.

Tanto en el municipio de Ometepec (mayoritariamente amuzgo), como en San Luis Acatlán (mixteco y tlapaneco) el proceso de afiliación se llevó a cabo inicialmente con la población cautiva beneficiaria del programa oportunidades. En San Luis arrancó en 2008 mientras en Ometepec se había iniciado previamente. Al hacer el análisis por periodo presidencial encontramos que prácticamente nueve de cada diez mujeres que al finalizar 2008 contaban con Seguro Popular, habían sido afiliadas durante el gobierno de Calderón. En los datos estatales y locales podemos ver entonces que Vicente Fox sentó las bases para la construcción del Sistema de Protección Social en Salud, pero es Calderón quien impulsó de manera más directa el proceso de afiliación masiva.

Ahora bien es interesante observar el modo como se ha logrado dicho incremento en la cobertura, haciendo uso durante los primeros años, de las redes y programas gubernamentales ya existentes en las comunidades, especialmente a la población cautiva

previamente vinculada al programa Oportunidades y que en este momento se encuentra afiliada prácticamente en su totalidad o con coberturas por arriba del 90% en la mayoría de las regiones del estado.

La segunda estrategia es la del Seguro Popular para una nueva generación, vigente desde diciembre de 2006, con el objetivo de asegurar al/larecien nacido(a) y con él o ella a su núcleo familiar. La tercera estrategia es la afiliación general de personas que sin cumplir alguna de estas características, deseen voluntariamente afiliarse. Dicha estrategia, no es la prioritaria e incluso en algunos lugares estuvo restringida durante el periodo de campo (2008-2009). La cuarta ha sido la de embarazo saludable, puesta en marcha desde mayo de 2008 y mediante la cual, se están incorporando mujeres grávidas desde los primeros meses de gestación.

El Seguro Popular y los mecanismos de afiliación al mismo plantean un cambio sustancial en las lógicas de acceso a la salud y la seguridad social. Tradicionalmente la derechohabencia ha sido concebida como parte de los derechos laborales y en esa medida el acceso esta definido por la inserción en procesos productivos formales, es decir, la seguridad social es para los trabajadores. Esta nueva lógica marca cambios que no podemos dejar de señalar desde un análisis de género, en tanto el foco de la afiliación -que no implica derechohabencia- se centra ahora en las mujeres quienes aparecen como titulares mayoritarias del SPSS. Esto ocurre así tanto en el caso de poblaciones indígenas como no indígenas.

Los datos nacionales hablan de 12.6 millones de mujeres titulares de la afiliación al Seguro Popular a diciembre de 2010, lo cual representa un 80% del total de titulares (spss, 2010:34)⁵⁸. En el caso de Guerrero este porcentaje se incrementa alcanzando un 85.9% equivalente a 542.816 mujeres. Uno tendría que preguntarse por qué existe un porcentaje tan alto de titularidad femenina y ello nos remite de inmediato al modo en que se está realizando la afiliación. Las razones principales de dicho incremento, tanto a nivel nacional como estatal, es la afiliación via programas como Embarazo Saludable y Oportunidades, cuya población cautiva es mayoritariamente conformada por mujeres pues evidentemente todas las embarazadas lo son y 96% de titulares de Oportunidades en Guerrero también.

Tres de las cuatro estrategias (Seguro Médico para una Nueva Generación,(SMNG) Embarazo Saludable, Oportunidades, Zonas prioritarias) tienen que ver directamente con las mujeres, bien en su calidad de madres o como titulares de oportunidades. Lo complejo es que las

⁵⁸ Sistema Nacional de Protección Social en Salud. Informe de Resultados 2010:34. Disponible en www.seguro-popular.salud.gob.mx

mujeres aparecen como titulares, no desde una perspectiva que las asume como sujeto de derechos en si mismas, sino reificando roles tradicionales de género, en tanto su acceso a este mecanismo financiero está mediado por su condición de madres (Embarazo Saludable y Seguro Médico para una Nueva Generación) o bien por su condición de pobres(Oportunidades). Como lo señalan en su informe de resultados 2010, las poblaciones prioritarias, de conformidad con lo establecido en el Programa Sectorial de Salud son “las mujeres embarazadas, niños recién nacidos, personas beneficiarias del programa Oportunidades así como otros grupos sociales en pobreza y alta marginación”(SPSS, 2010:24)⁵⁹.

Los datos del Sistema de Protección Social en Salud⁶⁰ señalan que el número total de mujeres afiliadas en Guerrero bajo la estrategia de Embarazo Saludable durante 2010 fue de 33.497 y el acumulado desde que inició es de 66.362. Por su parte el número de personas afiliadas a través del Seguro Médico para una Nueva Generación, en 2010 superó las expectativas del propio programa, alcanzando las 146.395 personas; un incremento también considerable en relación con las 88.301 de 2009.

Respecto al programa Oportunidades y su impacto en la afiliación es indudable. De los casi dos millones de personas vinculadas hasta 2010, 1.041.481 lo había hecho a través de este programa. Aquí los números son decrecientes pues la etapa mas intensiva de afiliación a las beneficiarias de Oportunidades se realizó del 2007 al 2009 con la población cautiva vinculada al programa. En 2010 se afiliaron 397.090 personas via Oportunidades pero se espera que este número siga reduciendose hasta alcanzar una cobertura del 100% de sus beneficiarios. Por el contrario, Seguro Médico para una Nueva Generación y Embarazo Saludable se convierten cada vez más, en las vías prioritarias de incorporación a dicha estrategia financiera como lo veremos en el caso de la Costa Chica.

Cuadro 4 . Número de personas afiliadas al Seguro Popular en Guerrero según estrategia de ingreso relacionada con la condición de género 2008-2010

Mecanismo de afiliación	2008	2009	2010
Seguro Médico para una Nueva Generación	32,900	88,301	146,395

⁵⁹Sistema Nacional de Protección Social en Salud. Informe de Resultados 2010. Pág. 24.

⁶⁰ Sistema Nacional de Protección Social en Salud. Informe de Resultados 2008, Pág. 27.

Embarazo Saludable	11,426	32,865	33,497
Oportunidades	613,458	644,391	397,090
Total	657,784	765,557	576,982

Fuente: elaboración propia a partir de los informes del SPSS, 2008, 2009 y 2010

2.3.2 El seguro Popular en la Costa Chica:

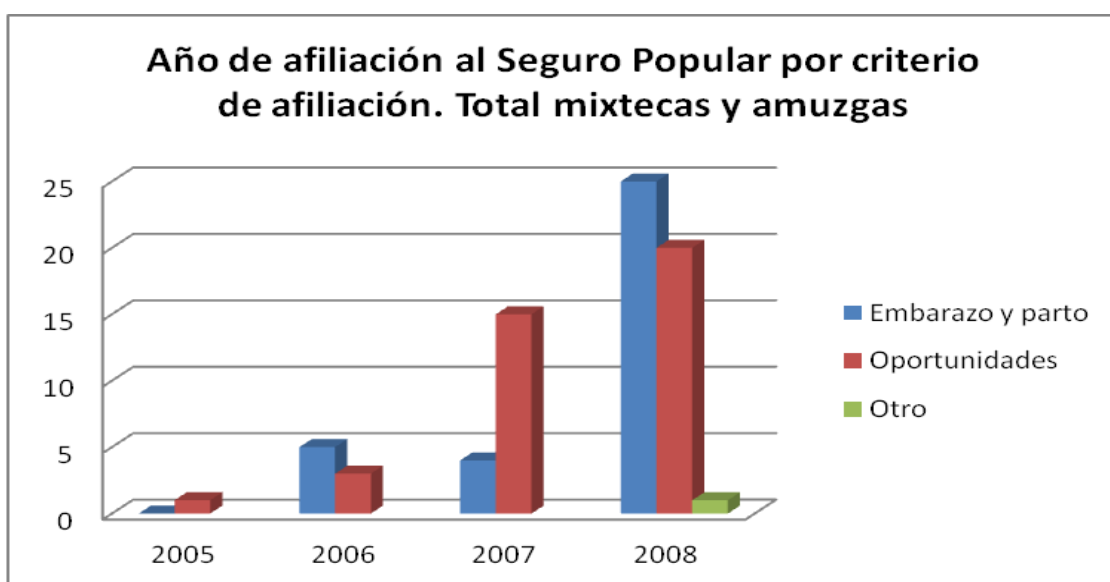
Estas directrices respecto a la afiliación se manifiestan en la experiencia de las mujeres en la Costa Chica de Guerrero y particularmente en las dos comunidades donde realicé mi etnografía. Pues hay una coincidencia total con estas tendencias nacionales y estatales presentadas.

El siguiente gráfico elaborado a partir de la encuesta reproductiva realizada en esta investigación, nos muestra la distribución de la afiliación según las estrategias anteriormente señaladas. Las barras denominadas “Embarazo y Parto” corresponden a “Embarazo saludable” y “Seguro médico para una nueva generación”. La segunda barra representa las mujeres afiliadas por ser titulares de Oportunidades⁶¹. La tercera barra corresponde a la única mujer entre las 100 encuestadas, que contaba con Seguro Popular y había accedido al mismo sin pertenecer a los grupos anteriores. Esto es posible porque el municipio de San Luis Acatlán, al cual ella pertenece, definió afiliar a toda la población en general y en ese sentido no tenía las

⁶¹ Esta afiliación se realiza mediante jornadas masivas en las cuales se cita a todas las titulares de una comunidad para asistir al hospital regional a realizar el trámite. En el caso de comunidades más lejanas se han realizado brigadas a través de las cuales los responsables del módulo de afiliación se desplazan a las comunidades y allí realizan el proceso. En todos los casos se les solicita previamente a las titulares tener su documentación lista y asistir el día y hora marcado por los responsables del módulo. Como existen serios problemas de infraestructura, es común que las mujeres sean regresadas por ausencia de papel o toner para imprimir, de conexión a internet o congestión en la página donde son dadas de alta. Ello aunado a la deficiencia de personal en los módulos, genera que en no pocas ocasiones las mujeres deban asistir dos, tres o hasta cuatro veces para realizar el trámite. Ello sin considerar el tiempo y los costos de traslado para llegar a los módulos pues en algunos lugares las comunidades quedan hasta a 5 horas de camino. Dado que hay un número limitado de personas que se atienden por día, las personas deben estar en el módulo a las 8 am cuando este se abre, a fin de garantizar turno. El resultado de ello, es que en ciertas épocas del año 2008, fue posible observar personas durmiendo afuera del hospital de Ometepec o llegando a las 3 am para garantizar su turno. Evidentemente situaciones como éstas desmoralizan a cualquier persona, máxime si se encuentra en estado avanzado de gestación o tiene serias dificultades para el traslado en razón de los costos y tiempos. Por otra parte, cuando los módulos se trasladan a las comunidades más lejanas, es necesario contratar equipos y acceso a internet para poder darlas de alta en el sistema. Ello implicó “cooperaciones” por parte de las mujeres, que si bien resultaban más económicas que pagar el pasaje para trasladarse a la cabecera, no dejan de representar lo que en la práctica está aconteciendo con el Seguro Popular en las regiones, que el gasto de bolsillo en salud se mantiene como una realidad pues pese a que teóricamente todos los procedimientos relacionados con el primer nivel están cubiertos por el CAUSES, se mantiene un gasto importante en medicamentos, pasajes, etc. Diario de campo, mayo de 2008-enero de 2009.-

restricciones existentes en otros módulos como Ometepec y Xochistlahuca, para afiliar a población abierta. Ello nos muestra la diversidad de posiciones y estrategias mediante las cuales se desarrolló este proceso, pese a pertenecer a la misma región y ser coordinado por una única oficina en el estado.

Gráfico 6. Número de mujeres encuestadas en Cuanacaxtitlán y Huixtepec afiliadas al Seguro Popular según forma de ingreso 2005-2008



Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta reproductiva, 2008

Podemos observar en la gráfica cómo las definiciones federales se reflejan directamente en la vida de las mujeres y establece quiénes pueden o no acceder a este sistema. En 2005 observamos un porcentaje muy reducido de mujeres afiliadas y todas correspondían a Oportunidades pues en ese momento sólo se ofertó a esta población. A partir de diciembre de ese año entra en vigor el Seguro Médico para una nueva generación mediante el cual se afiliaban a las familias de los recién nacidos, por ello la barra uno correspondiente a embarazo y parto se incrementa y corresponde exclusivamente a mujeres afiliadas hasta el momento del parto. También vemos un pequeño porcentaje correspondiente a Oportunidades pues allí se inició en algunas comunidades ese proceso de afiliación pero es en 2007 donde se amplía en el caso amuzgo y en 2008 en el mixteco.

Llama la atención el incremento considerable de la primera barra en 2008 respecto a los dos años anteriores. La razón de ello es que a partir del 9 de mayo de 2008, el presidente Calderón anunció la ampliación del Seguro Médico para una nueva generación desde el momento de la concepción, mediante la estrategia de embarazo saludable. Como es de esperar, al ampliar el

periodo de afiliación desde la gravidez, se incrementa considerablemente el número de mujeres que se afiliaron durante el embarazo o el parto.

Esto podría parecer un simple dato estadístico si no tuviera repercusiones concretas en la vida de las mujeres. En febrero de 2008, tuvo lugar la primera reunión nacional técnica de promoción de la salud materna entre los estados de Oaxaca Chiapas y Guerrero organizada por el Comité Promotor por una maternidad sin Riesgos en México⁶², donde varias organizaciones sociales vinculadas al trabajo de promoción de la salud materna en el Estado de Guerrero acordaron con el secretario de salud de esta entidad, la gratuidad del parto para todas las mujeres indígenas independientemente de si tenían o no Seguro Popular, justamente por la discriminación generada hacia quienes no lo tenían y porque la estrategia de Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) era absolutamente contradictoria con la estrategia de reducción de la mortalidad materna establecida por el propio gobierno en tanto las mujeres durante el embarazo no tenían acceso a exámenes, ultrasonidos y todo lo requerido para garantizar un seguimiento completo a su embarazo y descartar posibles riesgos. El subsecretario de promoción y prevención a la salud se comprometió con el Comité a ampliar el SMNG a las mujeres embarazadas y de ahí nace el sistema de afiliación Embarazo Saludable. El Comité en esa reunión pugnaba por la atención universal de la salud materna con exención de pago. Esta fue la respuesta de la federación y particularmente del estado de Guerrero.

En el mes de mayo, luego de la afirmación de Calderón respecto a la creación de Embarazo Saludable, me acerqué al modulo del Seguro Popular del Hospital Regional de Ometepec a solicitar los requisitos para afiliarme argumentando un estado de gravidez. La respuesta del encargado fue negativa: *“no creas que es hoy me embaracé y ya me puedo afiliar; hasta el momento del parto te vas a afiliar”. -Pero el presidente lo acaba de anunciar y también hay un acuerdo firmado por el secretario de salud, le replique-. “¿Dónde, traémelo, yo lo quiero ver, no creas que es así namás(sic), si yo no tengo un papel oficial tu no te puedes afiliar namás porque me digas que estas embarazada”⁶³.*

Hasta ese momento, mujeres embarazadas, incluso presentando situaciones de riesgo, no podían afiliarse hasta tanto no naciera su bebé quien era el responsable de garantizar la cobertura para toda su familia. El centro se colocaba entonces en los infantes y no en la noción de derecho a la salud ni en el acceso universal a la misma. Con la puesta en marcha de

⁶² Oaxaca, Oaxaca. 21 y 22 de febrero de 2008.

⁶³ Diario de campo, mayo 12 de 2008.

Embarazo saludable, se amplía la posibilidad de afiliación, especialmente para mujeres jóvenes que no cuentan con el programa Oportunidades y están ingresando por esta vía. Sin embargo nuevamente, el motivo por el cual ingresan es su rol materno, como portadoras de una nueva vida necesaria de cuidar, o bien como una medida tendiente a cumplir con las metas de reducción de la mortalidad materna e infantil en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Como se observa en el cuadro, las mujeres jóvenes ingresan al Seguro Popular por su condición de gestantes o al momento del parto, mientras las mujeres mayores lo hacen vía Oportunidades. El caso más claro es el de las mujeres entre 15 y 19 donde todas ingresaron por su embarazo, mientras la gran mayoría de los grupos de 30-34; 40-44 y 45-49 lo hicieron por Oportunidades. Sólo una mujer en las dos comunidades ingresó mediante la afiliación abierta como ya se explicó previamente en el caso del municipio de San Luis Acatlán.

Por otra parte, pese a que en el Plan Sectorial se señala como una de las razones para la disminución de la mortalidad materna durante el periodo 2000-2006 la ampliación de cobertura del Seguro Popular en zonas indígenas, la realidad nos muestra un bajísimo impacto del mismo en la reducción de la mortalidad materna. Los datos de la Costa Chica muestran que la mitad de las mujeres fallecidas en 2010 y 75% de las registradas en 2011, contaban con Seguro Popular (el siguiente 25% es registrada por la jurisdicción como beneficiarias de Oportunidades). Los registros de años anteriores no incluyen la variable afiliación al Seguro Popular pero si rastreamos los nombres con la adscripción al programa oportunidades encontraremos que la mayoría de ellas eran beneficiarias de oportunidades y por tanto afiliadas del Seguro Popular pues fue con esta población que se dio inicio al proceso de afiliación.

Si se ha promocionado el Seguro Popular como la opción para acceder a los servicios de salud y evitar la mortalidad materna, ¿cómo se explica que la tercera parte de las fallecidas a nivel nacional, en el estado y más de la mitad en la Costa Chica, tuvieran Seguro Popular y sin embargo ello no se reflejara en mayores posibilidades de sobrevivencia? De nuevo la realidad nos obliga a pensar en estrategias de acceso universal a la salud y al mejoramiento de la capacidad de respuesta institucional que obedezca a criterios de equidad y no de número de afiliados.

Por otra parte, en las comunidades los procesos de afiliación son mucho más complejos de lo que se pretenden y podemos ver las variaciones que han existido en sus políticas respecto a la

afiliación de gestantes, desde 2007 a la fecha. Una de las primeras dificultades es la saturación en los módulos de afiliación, que implican para las mujeres numerosas salidas al hospital, antes de conseguir realizar el trámite. En el contexto de un recorrido comunitario realizado en la Costa Chica en 2008⁶⁴, encontré a varias mujeres amuzgas gestantes, quienes señalaron de manera reiterada que no habían podido afiliarse al Seguro Popular pese a acudir en diversas ocasiones al módulo dispuesto para tal fin en el hospital regional de Ometepec.

Una de ellas era Ernestina; tenía siete meses de embarazo y vivía en una comunidad a poco más de una hora de Ometepec, donde se encuentra el hospital. En dos ocasiones el mes anterior había salido de su comunidad a las tres de la mañana para poder llegar a tiempo de pedir ficha. En ambas visitas sus esfuerzos habían sido infructuosos, pues a las cuatro de la mañana, los 50 cupos diarios que otorgan para hacer el trámite de afiliación ya estaban agotados. Más de 150 personas de varios municipios, se encontraban esperando turno y algunos incluso habían ido a dormir al hospital para poder garantizarlo.

En cada una de estas visitas infructuosas ella había gastado entre 120 y 150 pesos de pasajes y comida para poder acudir. Si consideramos que esta situación es similar para un importante número de personas, veremos entonces que la pretensión de reducir el gasto de bolsillo en salud para la población de menores recursos, se vuelve prácticamente una falacia desde el proceso mismo de afiliación.

Historias semejantes fueron narradas por varias de las embarazadas de su comunidad y de Ometepec, por lo que decidí ir al siguiente día al hospital para presenciar esta situación. Llegué a las 7:10 am y sorprendentemente para mí, había muy poca gente en el módulo de afiliación; alrededor de unas veinte personas. El módulo estaba cerrado y había poco personal, yo esperaba encontrar mucha gente reunida y me sorprendió verlo tan vacío. A las 8 am llegó el encargado del Seguro Popular y otra de sus ayudantes quien preguntó si alguien más venía por su póliza para que le entregaran los carnets. Debajo de ella, en la pared del módulo estaban carteles grandes que decían: *“Entrega de fichas. Lunes a viernes a partir de las 8:00 horas. Sólo recién nacidos”*. Al verlo entendí porque había tan poca gente pues sólo

⁶⁴ Mayo 13 al 16 de 2008. Ya se había dado la ampliación de Seguro Médico para una nueva generación a Embarazo saludable, con la indicación de afiliar a todas las embarazadas. En Guerrero, en el contexto de la Primera reunión técnica de promoción de la salud materna realizada en Oaxaca en febrero de ese año, se estableció un acuerdo por escrito con el Secretario de Salud de Guerrero, para garantizar la ausencia de cobros durante el parto a cualquier mujer en el estado, independientemente de su condición de derechohabiente. Esta indicación, sin embargo, tardó tres meses en ser enviadas a las jurisdicciones y varios más en hacerse efectiva.

estaban afiliando a mujeres con recién nacidos, no había posibilidad para embarazadas y mucho menos de población abierta.

Me acerqué y le dije al responsable del módulo que era promotora y quería ver si estaban afiliando pues había dos chicas con 7 y 8 meses de embarazo, que no se habían podido afiliar. El responsable del módulo me dijo que alistara sus papeles para afiliarlas al momento del parto. Yo le dije que tanto el presidente Calderón como el secretario de salud de Guerrero, afirmaban que ya se podía una afiliar desde el momento del embarazo y no sólo hasta el parto.

Me respondió en una actitud de desafío y enojo: *“¿Quién lo dice? ¿Dónde lo dice? Muéstrame el decreto donde lo dice; no creas que porque ya te embarazaste hoy ya mañana vas a poder tener acceso al Seguro Popular. No, eso no se puede porque la orden que yo tengo es hasta después de tres meses y más en concreto hasta el parto. Si necesitas algo antes habla a trabajo social y que ellos te autoricen la gratuidad de los exámenes. Aquí estamos luchando porque no tenemos papel, ni tóner, ni internet así que así es como trabajamos, nosotros hemos puesto de nuestro dinero para comprar papel o comprar la tinta que vale \$700 porque llevamos como ocho meses sin insumos. A nosotros no nos han dado otra instrucción de afiliar antes del parto y aunque lo haya dicho el Presidente o el Secretario firme lo que sea pero si no nos dicen y si no nos dan los insumos para trabajar no lo podemos hacer”*. Me fui de ahí pensando que la política pública llega hasta donde se acaba el tóner y el papel.

Este apartado etnográfico nos remite a uno de los periodos e instrucciones en los cuales ha operado el Seguro Popular que fue el de “Seguro Popular para una nueva generación”. Durante esta etapa sólo podían afiliarse las mujeres al momento de dar a luz; es decir, quien posibilitaba la afiliación era el recién nacido y no la mujer. La estrategia estaba pensada para atender a los menores de dos años en el marco de la reducción de la morbimortalidad infantil, y por esa vía incrementar la afiliación pues el recién nacido permitía la incorporación de todo su núcleo familiar, si bien como lo señala Meneses (2010) para el caso de Chiapas, en algunos estados sólo se permitió la afiliación al recién nacido y su madre pero no al resto de la familia

Esta estrategia de Seguro Médico para una nueva generación, dejaba completamente desprotegida a la mujer durante el proceso de gestación y parto, es decir, su objetivo no era mejorar las posibilidades de acceso y disminución de costos en estudios de laboratorio, ultrasonidos y medicamentos durante el embarazo, de tal manera que esto redundara en acciones concretas para prevenir la morbimortalidad materna pues las mujeres sólo tenían

acceso a ello, al resolverse el evento obstétrico y contar con el acta de nacimiento de su hijo o hija.

Con la entrada en vigor de “Embarazo Saludable” en mayo de 2008, el proceso de afiliación es permitido desde el momento de la gestación y en ese sentido podemos encontrar un incremento en el número de afiliadas así como mejores posibilidades de atención prenatal para las mujeres, especialmente en lo referente a estudios que requieren del segundo nivel de atención, como son los exámenes de laboratorio y ultrasonidos, los cuales tienen un costo para aquellas mujeres que no están afiliadas al Seguro Popular. Con frecuencia, por saturación de la capacidad o por daños en los equipos de ultrasonido existentes en la red de hospitales de segundo nivel en la región, las mujeres son enviadas a realizarlo con particulares a quienes el Seguro Popular les reconoce posteriormente el valor de dicho servicio. Igualmente ocurre con las medicinas cuando no hay abastecimiento en las farmacias de los hospitales.

Lo que en la práctica esto implica, son enormes desigualdades en el acceso a los servicios de salud, así como contradicciones en las estrategias gubernamentales pues por una parte, desde la lógica del financiamiento sólo se permite el acceso a ciertos servicios a quienes estén afiliadas; por la otra se plantean estrategias de cobertura universal y atención para las embarazadas desde la gestación, pero cuya posibilidad de acción se queda en el primer nivel en el marco de las acciones para población abierta debido a la ausencia de recursos propios o a la subordinación, en la práctica, a las estrategias planteadas por el Seguro Popular en tanto es la Comisión de Protección Social en Salud (Seguro Popular) quienes controlan la mayor cantidad de recursos.

Al mismo tiempo debemos señalar, que la afiliación al Seguro Popular, tampoco es una garantía de acceso a la salud, en tanto existen graves problemas en su operacionalización, los cuales incluyen desde el proceso de afiliación hasta la utilización efectiva del mismo cuando se requiere. En zonas rurales e indígenas como las mencionadas aquí, las mujeres y la población en general enfrentan enormes dificultades tan sólo para realizar el proceso de afiliación.

A modo de conclusión:

El enfoque predominante en materia de salud materna ha sido el de riesgo preconcepcional y paulatinamente comienza a incorporarse el enfoque de emergencia obstétrica, orientado desde la Secretaría de Salud a nivel federal y asumido por la SESAEG. La función de rectoría y

particularmente de diseño de programas, acciones y políticas públicas en salud materna ha sido dirigido por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva quien a su vez coordina con las entidades federativas la prestación de servicios en salud materna en los cuales se concreta la normatividad reproductiva institucional.

El diseño de estos programas y acciones tiene un carácter homogéneo para todo el país y aunque ha establecido metas específicas para las regiones con menor nivel de desarrollo, no considera con suficiente fuerza las desigualdades asociadas a la condición de pertenencia étnica, edad o experiencia reproductiva. De esta manera, desde la función de rectoría se reproducen las desigualdades enfrentadas por las mujeres y se agudizan causas de exclusión social en salud, particularmente las relacionadas con las barreras de acceso, entre ellas las de orden cultural a prestar un servicio en una lengua que las usuarias no comprenden o dominan.

La implementación del Sistema de Protección Social en Salud se ha planteado como un mecanismo para garantizar la protección del derecho a la salud. Como vimos en el capítulo, la afiliación al Seguro Popular en Guerrero se ha incrementado de manera sustancial desde 2007 y por tanto la asignación de recursos para el Estado. Sin embargo, esto no ha impactado sustancialmente en el mejoramiento de los indicadores de mortalidad materna en el Estado ni en la región. Por todo lo anterior, se abre un cuestionamiento respecto a si el sistema de salud mexicano, desde sus funciones de rectoría está considerando y promoviendo una perspectiva de derechos a la salud así como de derechos sexuales y reproductivos para las mujeres indígenas. Los planteamientos señalados en el PAEAPV nos estarían hablando de una propuesta que prioriza aspectos técnicos asociados a la atención, el incremento en la cobertura y la disponibilidad de los servicios, pero es incipiente en dar respuesta a los criterios de acceso, accesibilidad y aceptabilidad, propuestos por el enfoque de derechos humanos en salud.

La mirada, necesidades y propuestas de los pueblos indígenas en materia de atención a la salud y particularmente a la salud materna, no están recogidas en este diseño institucional en torno al proceso reproductivo y el cuidado de la salud durante el embarazo, parto y puerperio, pese al reconocimiento del derecho de los pueblos indígenas a preservar sus saberes y prácticas en salud como lo ha establecido la Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas de la ONU. De esta manera, se reproducen desigualdades y exclusiones sociales en salud que dificultan el efectivo ejercicio de derechos para las mujeres indígenas, y por lo tanto su ciudadanía plena.

Todo lo anterior está enmarcado en un análisis desde el funcionamiento de mecanismos de control que caracterizan la biopolítica del poder (Foucault, 1997:130) mediante dispositivos de regulación de la natalidad, fecundidad, morbilidad y mortalidad; en este caso utilizando el diseño de la política pública en materia de reproducción y salud materna.

Este diseño no sólo reproduce desigualdades sociales sino que además materializa las tensas relaciones entre salud, etnicidad y poder, las cuales encuentran en América Latina un campo de profundo debate respecto a los imaginarios racistas, las posibilidades de resistencia y la producción de la alteridad mediante las políticas sanitaristas (Dos Anjos, 2004; Viveros, 2004).

CAPITULO 3

PANORAMA DE LA REGIÓN: GUERRERO Y LA COSTA CHICA

Guerrero es una entidad federativa de la República Mexicana compuesta por 81 municipios con una superficie territorial de unos 63,620.67 kilómetros cuadrados y una población de 3,388,768 de habitantes. La densidad poblacional del estado según datos del INEGI era para 2010, de unos 53.29 habitantes por kilómetro cuadrado. Del total de la población 1,645 561 son hombres y 1,743 207 son mujeres (INEGI, 2010).

En relación a la salud, Guerrero contaba para 2010 con 1, 807,297 derechohabientes afiliados al IMMS, ISSSTE, PEMEX y Marina, quienes cuentan con el acceso a todos los servicios de salud y seguridad social. Esto representa un 53.33% de la población total del estado. Por su parte el número total de personal médico y unidades de salud para igual fecha era de 4,825 y 1,169 respectivamente, lo cual se traduce en 1.4 médicos por cada 100 000 habitantes. De las unidades de salud 1,034 eran, en 2008, de consulta externa mientras que solo 48 eran de hospitalización para igual fecha (INEGI, 2010).

Las tasas de natalidad y mortalidad para ese mismo año fueron de 19.8 y 5.6 respectivamente. Del total de los partos ocurridos en 2008, los atendidos por médicos representaban el 60.70% cifra que coincide con aquellos que tuvieron lugar en hospitales y clínicas; un 29.10% de los partos aconteció en el domicilio (INEGI, 2010).

Las cifras anteriores corresponden al total de los servicios de salud en el estado, tomando en cuenta IMSS e ISSSTE. Sin embargo, el peso de ambas instituciones de salud en Guerrero es mínimo pues la mayoría de la población en dicha entidad federativa es atendida por la Secretaría de Salud de Guerrero (SESAEG). Por tal razón, el mayor peso de los servicios e incidencia en el comportamiento de los indicadores de salud corresponde a esta dependencia. La estructura de funcionamiento de la misma, en cuanto a la prestación de servicios, esta dividida entre el primer y segundo nivel de atención. El primer nivel de atención incluye centros de salud, hospitales básicos comunitarios y unidades móviles denominadas Caravanas de la Salud. Este se encuentra organizado en siete jurisdicciones sanitarias correspondientes a las mismas regiones del Estado, las cuales tienen a su cargo la coordinación de todas las acciones de atención básica, promoción y prevención. Entre estas jurisdicciones sanitarias se

encuentra la número 06, ubicada en la región conocida como Costa Chica. El segundo nivel por su parte, incluye los hospitales regionales y generales existentes en el Estado.

La estructura ideal de organización de los servicios implicaría un nivel de coordinación fuerte entre el primer y el segundo nivel pues este último recibe los casos que no pueden ser atendidos en el primer nivel. Sin embargo en la estructura de funcionamiento de la SSA y la SESAEG corresponden a direcciones distintas y en ese sentido un reto en el nivel local es fortalecer los mecanismos de referencia y contrareferencia entre ambos niveles de atención, particularmente en el caso de servicios de salud sexual y reproductiva.

3.1 El panorama de la mortalidad materna en Guerrero:

La mortalidad materna (MM) es un problema de salud pública y un reflejo de las desigualdades sociales que afecta fundamentalmente a mujeres rurales, indígenas y urbanas marginales. Si bien la razón de mortalidad materna se ha disminuido en México durante los últimos doce años pasando de 72.6 en el año 2000 a 50.7 en 2011(DGIS, SSA, 2012) y por primera vez en 2010 se registraron menos de 1,000 fallecimientos, la velocidad de reducción es inferior a la requerida para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio que establecen una meta de reducción del 75% para 2015, respecto a la existente en 1990.

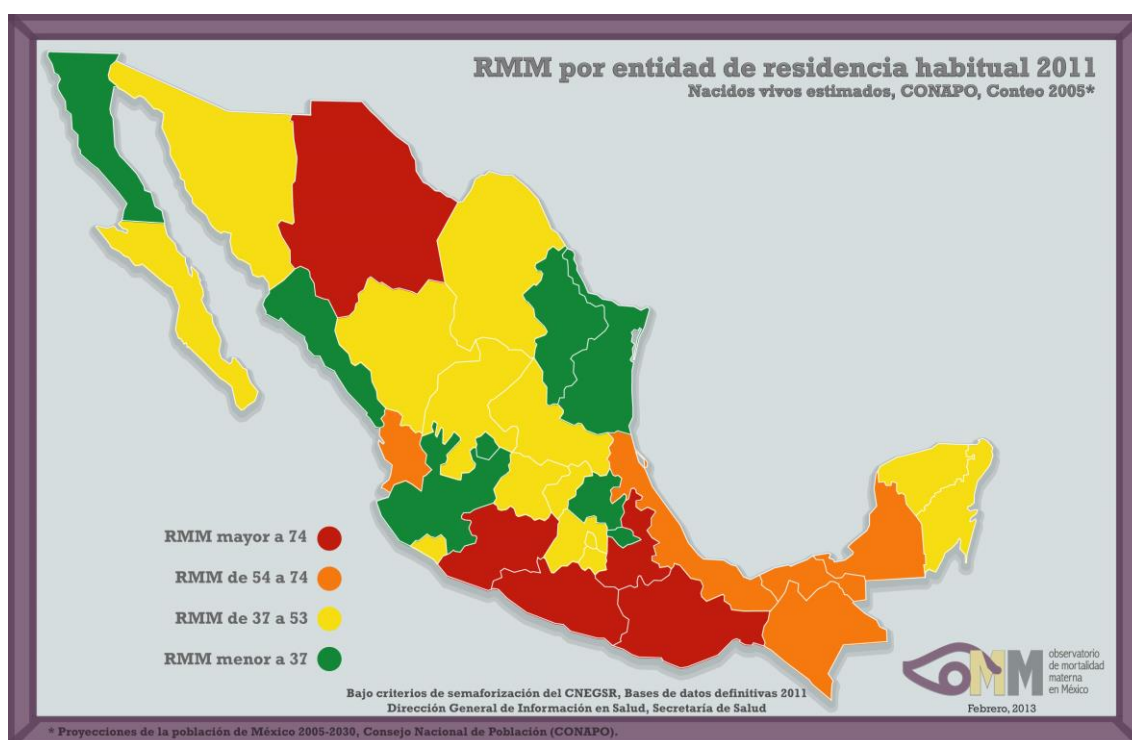
Cuadro 5. Razón de Mortalidad Materna en México 2000-2011

AÑO	Razón de Mortalidad materna
2000	72.6
2001	70.8
2002	60
2003	62.7
2004	61
2005	61.8
2006	58.6
2007	55.6
2008	57.2
2009	64.5
2010	51.5
2011	50.7

Fuente: DGIS, SSA. Nacimientos estimados por Conapo, versión Censo 2005

Sería necesario un descenso de 28.8 puntos en la Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 2010 a 2015 para lograr lo establecido en el Objetivo de Desarrollo del Milenio número cinco respecto a una RMM de 22.3 en 2015 (SSA, 2011). Los datos de la Secretaría de Salud recuperados por el Observatorio de mortalidad materna en México para el año 2011 grafican el grado de avance, y en varios estados de retroceso, en relación con este objetivo.

Ilustración 5. Razón de mortalidad materna por entidad de residencia habitual. México, 2011



Fuente: Observatorio de Mortalidad Materna en México, 2013⁶⁵

La razón de mortalidad materna en México para 2010 fue de 51.5⁶⁶ y en Guerrero de 85.5⁶⁷. Para 2011 las cifras de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud (DGE) señalan que a nivel nacional fallecieron 971 mujeres y se cerró con una RMM de 50.7

⁶⁵ http://www.oMM.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/res%20hab_05.jpg. Consultada el 1 de junio de 2013.

calculada con las proyecciones de Conapo 2005-2030 y de 43.2 con el ajuste en la actualización de nacidos vivos estimados de Conapo 2010-2050⁶⁸ (OMM, 2013:7). Los datos del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, revelan que en 2011, las diez entidades federativas con mayor razón de mortalidad materna fueron Guerrero (113); Chihuahua (79.3); Oaxaca (75.8); Michoacán (74.7); Veracruz (64.2) Chiapas (63.8); Nayarit (60.8); Tabasco (55.8) Puebla (53.7) y San Luis Potosí (51.8) (OMM, 2013).

Sin embargo, al cruzar los datos de mortalidad materna con el indicador de pertenencia étnica encontramos que este orden cambia ubicándose en los cinco primeros lugares Nayarit donde seis de cada diez mujeres fallecidas en 2011 por MM eran indígenas. Le siguen Oaxaca con (54%); Chiapas (50%); Hidalgo (43.8%) y Guerrero con un 40.6%. (Op cit). Si comparamos estos datos con el porcentaje de población indígena existente en cada uno de esos estados, observaremos que el porcentaje de fallecimientos está muy por encima de la proporción poblacional que representan los pueblos indígenas.

En Guerrero, por ejemplo, la información desagregada por pertenencia étnica, para 2011 y 2012⁶⁹ muestran que la mitad de las fallecidas eran indígenas y alrededor de 20% se desconocía su pertenencia étnica pero por el municipio de origen podemos suponer que muchas de ellas pudieron ser indígenas. Sin embargo, el dato oficial de que el 50% de mujeres fallecidas eran indígenas, coloca en evidencia las desigualdades en salud asociadas a la condición de pertenencia étnica pues la población indígena constituye menos de la cuarta parte de la población guerrerense pero concentran al menos, la mitad de los fallecimientos por mortalidad materna lo cual es un claro indicador de las desigualdades sociales.

Guerrero es la entidad federativa con la mayor fecundidad, ubicándose por encima de la media nacional que es de 1.9 hijos nacidos vivos entre mujeres no indígenas y 3.0 hijos nacidos vivos para indígenas (SSA, 2003). Si consideramos la Tasa Global de Fecundidad en Guerrero, la cual es de 2.3 hijos notaremos que esta entidad federativa se encuentra en los

⁶⁸ Se consideran estas dos estimaciones de Conapo pues la razón de mortalidad materna había sido calculada con base en las proyecciones de dicha institución respecto a nacidos vivos esperados hasta el 2030. En 2012, luego de los ajustes en materia de población arrojados por el Censo 2010, Conapo realiza una nueva proyección (2010-2050) donde se considera un mayor número de nacimientos esperados. La fórmula para calcular razón de mortalidad materna es número de mujeres fallecidas por cien mil nacidos vivos esperados. Al aumentar el denominador pues hay más nacidos vivos esperados, se reduce la razón de mortalidad materna por razones estadísticas pero no por un descenso real de los fallecimientos.

⁶⁹ La información se solicitó a la SESAEG vía InfoGuerrero, desagregada por condición de pertenencia étnica y pueblo indígena al cual pertenecían las fallecidas de 2000 a 2012 pero solo fue entregada con este desglose para 2011 y 2012.

niveles más altos de fecundidad de la República Mexicana (SSA, 2003) En el caso de Huixtepec, una de las comunidades analizadas en este trabajo, el promedio de hijos nacidos vivos según el Censo Nacional de Población, 2005 es de 3.6; y de 3.75 en Cuanacaxtlán, la otra comunidad estudiada (INEGI, 2005).

De otra parte, la razón de mortalidad materna durante 2011 en esta entidad federativa fue de 113.0 por cien mil nacidos vivos con un total de 69 fallecimientos (DGIS, SSA citada en el OMM, 2013:7). Esto significa que la mortalidad materna en Guerrero fue durante ese año más del doble de la nacional, superándola por 61.5 puntos. Si la comparamos con Colima que fue el estado con menor mortalidad, encontraremos que los guerrerenses tienen casi cinco veces más probabilidades de fallecer por causas obstétricas, que las mujeres de Colima.

El comportamiento de la mortalidad materna desde 2006 a 2011 es el siguiente, según mes de presentación:

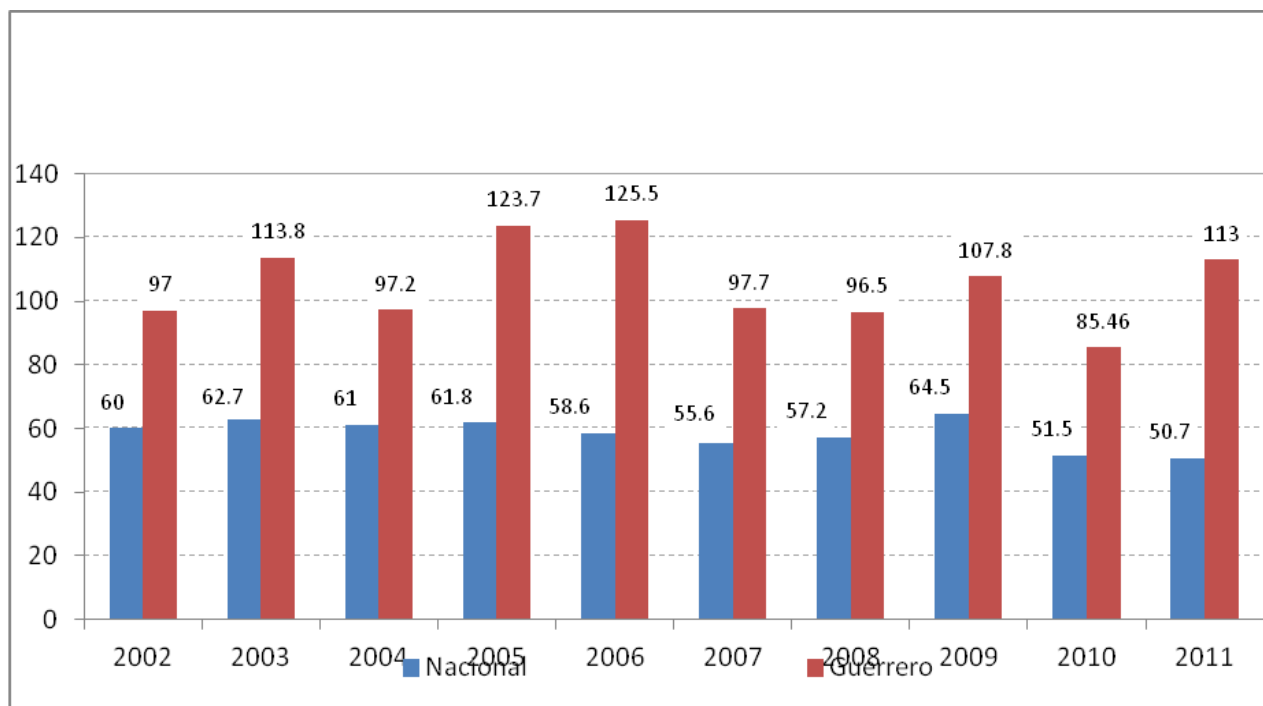
Cuadro 6. Mortalidad materna en Guerrero 2006-2011 según mes de presentación

Año/Mes	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	RMM
2006	8	6	8	6	7	6	7	8	7	8	7	6	84	125.53
2007	5	12	5	2	3	4	5	4	5	6	5	8	64	97.7
2008	8	1	4	5	5	7	0	12	5	6	4	5	62	96.53
2009	2	5	5	8	2	6	11	4	6	6	6	7	68	107.82
2010	4	1	2	3	4	5	9	2	8	6	5	4	53	85.46
2011 *	7	7	3	3	4	9	9	4	4	5	7	7	69	113.0
TOTAL	37	37	30	27	25	37	41	34	35	37	34	35	409	

Fuente: SESAEG, 2012.

Al compararlo con los datos nacionales observamos que Guerrero ha mantenido una elevada tasa de mortalidad materna durante los últimos diez años, que en algunos casos incluso duplica la nacional y lo ha ubicado en el primer lugar de mortalidad materna a nivel nacional desde 2005. La razón de mortalidad materna no muestra una tendencia definida pues baja y sube a lo largo de estos años. Estas diferencias no tendrían su explicación en una mejora en la captura de datos o en la incorporación de muertes tardías, más bien podrían dar cuenta de las dificultades para mantener estrategias consolidadas que permitan garantizar una tendencia sostenida a la baja.

Gráfico 7 Razón de mortalidad materna por entidad de residencia habitual. Nacional y en Guerrero 2002-2011

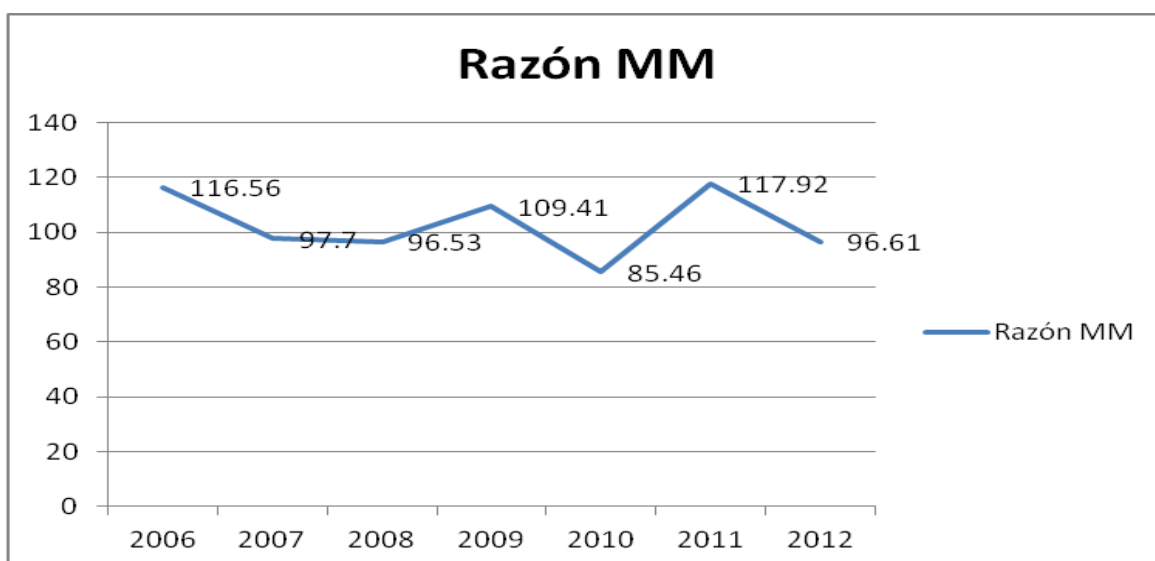


Fuente: INEGI y DGIS, SSA. Nacimientos estimados por Conapo, Versión Censo 2005.

Si analizamos los fallecimientos por mortalidad materna de 2010 y 2011, a nivel nacional, encontraremos que casi la mitad de estos (45.28% y 55.8% respectivamente) fueron de mujeres afiliadas al Seguro Popular. El resto(49% en 2010 y 36% en 2011) eran mujeres sin seguridad social (SESAEG, 2012). En ese sentido, la muerte sigue concentrándose en población abierta y es posible observar que pese al vertiginoso crecimiento de la afiliación al Seguro Popular en Guerrero, este mecanismo financiero no pareciera estar impactando en la reducción de la mortalidad materna.

La razón de mortalidad materna se ha mantenido elevada y con un comportamiento que presenta altas y bajas cada año como se observa en el siguiente gráfico:

Gráfico 8 Razón de mortalidad materna en Guerrero Jurisdicción Sanitaria 06, 2006-2012:

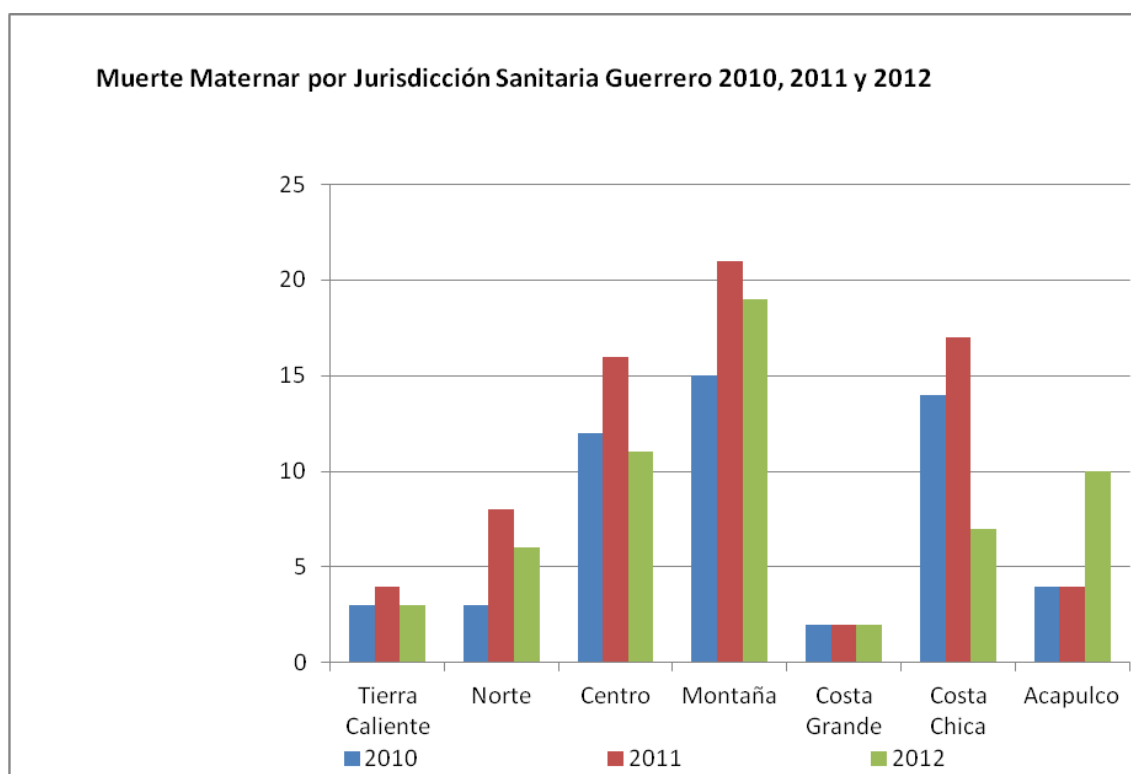


Fuente: Notificación Jurisdiccional 2006-2010 y solicitud de acceso a la información 00030312 y 00036133 de 2013.

Las principales causas siguen estando relacionadas, al igual que a nivel nacional, con hemorragias obstétricas que concentran casi la mitad, enfermedades hipertensivas del embarazo y causas indirectas. De los 121 fallecimientos ocurridos entre 2010 y 2011, poco más de la mitad ocurrió en hospitales, 26% en el hogar y 19.8% en el traslado (SESAEG, 2012)

Por jurisdicción sanitaria, las principales muertes ocurren en aquellas con mayor presencia indígena y condiciones de marginalidad: Montaña, Costa Chica, donde se ubica este trabajo, y Centro, con 15, 14 y 12 fallecimientos respectivamente en 2010. En 2011 estas se incrementan a 21, 17 y 16 respectivamente con una ligera mejoría para 2012 con 19, 7 y 11 fallecimientos. A pesar de la disminución de muertes en 2012 con respecto a 2011 y 2010 la siguiente gráfica muestra cómo estas tres jurisdicciones continúan agrupando el mayor número de muertes maternas en el estado:

Gráfico 9. Mortalidad materna en Guerrero por Jurisdicción Sanitaria 2010-2012



Fuente: (SESAEG, 2012). Solicitud de Información No 00036413

Este comportamiento jurisdiccional se ha mantenido en la última década y está asociado a condiciones de acceso, disponibilidad de redes de servicios, y a una combinación de factores económicos, sociales, de pertenencia étnica, que nos remiten a las desigualdades y exclusiones sociales a las cuales nos referimos en el capítulo teórico.

En la Costa Chica, los municipios que concentran la mortalidad materna son Ayutla, San Luis Acatlán, Tlacoachistlahuaca, Ometepec, Tecoanapa, Cuautepec y Xochistlahuaca; todos ellos con una importante presencia indígena. Las comunidades seleccionadas en este trabajo se encuentran ubicadas en los municipios de San Luis Acatlán (mayoritariamente mixteco y tlapaneco) y Ometepec (mayoritariamente amuzgo).

Cuadro 7. Muertes maternas por municipio en la Jurisdicción Sanitaria 06 de Guerrero, 2005-2012

MUNICIPIO	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	TOTAL
AYUTLA	2	5			2	3	2	2	14
SAN LUIS ACATLAN	5	5	2	1	1	1	1	0	14
TLACOACHISTLAHUACA	4	1	2	2	2	3	1	1	13
OMETEPEC	3	1	1	2	0	1	1	0	9
TECOANAPA	3		1	2	2	1	3	1	7
CUAUTEPEC	1		1	3	1	1		0	5
XOCHISTLAHUACA	0		2		1		1	2	4
SAN MARCOS	2		0	1	2	1		1	4
IGUALAPA	1	1	0		0	1		0	3
CUAJINICUILAPA	0		2		1	0		0	3
COPALA	0		0		0	1		0	1
MARQUELIA	1		0		0	0		0	1
JUCHITÁN	0		0		0	0		0	0
AZOYU	0		0		0	0		0	0
FLORENCIO VILLAREAL	0		0		1	0		0	0
TOTAL	22	13	11	11	13	13	9	7	92

Fuente: Notificación Jurisdiccional 2006-2010, actualizado a junio de 2011 y SESAEG, 2013 Solicitud de Información No 00054513

Los datos oficiales no incluyen la variable étnica en los concentrados de mortalidad materna, sin embargo, al revisar las localidades de origen podemos inferir que al menos 70% de estas mujeres eran indígenas pues provienen de localidades mayoritariamente indígenas. En los casos de San Luis Acatlán, Ayutla y Tlacoachistlahuaca, encontramos una alta dispersión geográfica de la población, que aunado a las dificultades de acceso, las condiciones económicas y sociales que dificultan el oportuno traslado pues el transporte público y privado es caro y escaso, la debilidad de la red de servicios de salud, la insuficiente capacidad de identificación oportuna de la emergencia obstétrica por parte de la población y la baja capacidad resolutoria de los centros de salud y hospitales de primer nivel en estos municipios, tienen como consecuencia, estas elevadas tasas de mortalidad materna.

Por otra parte, los recursos de atención disponibles en la región son insuficientes para atender el volumen de población pues sólo existen cuatro hospitales básicos en Cuajinicuilapa, San Luis Acatlán, Xochistlahuaca y Copala; y dos de segundo nivel considerados como resolutivos, cuya ocupación está por encima del 90% según datos de la propia Jurisdicción Sanitaria 06 (SESAEG, 2011:14).

Adicionalmente, la demanda de atención se ha incrementado de manera importante a partir de la introducción del Seguro Popular y se observa que más del 90% de las mujeres fallecidas de 2005 a 2011, tuvieron control prenatal. Sin embargo, la capacidad instalada y los recursos institucionales actualmente disponibles son insuficientes para garantizar las metas de atención prenatal, ultrasonidos, exámenes de laboratorio, atención de emergencias obstétricas, entre otros; especialmente porque la mayoría de los partos están teniendo lugar en las unidades hospitalarias y no en el primer nivel de atención.

Las principales causas de la mortalidad materna en la jurisdicción 06 son las mismas que encontramos a nivel estatal y federal.

Cuadro 8. Principales causas de mortalidad materna, Jurisdicción Sanitaria 06 de Guerrero, 2010-2012*

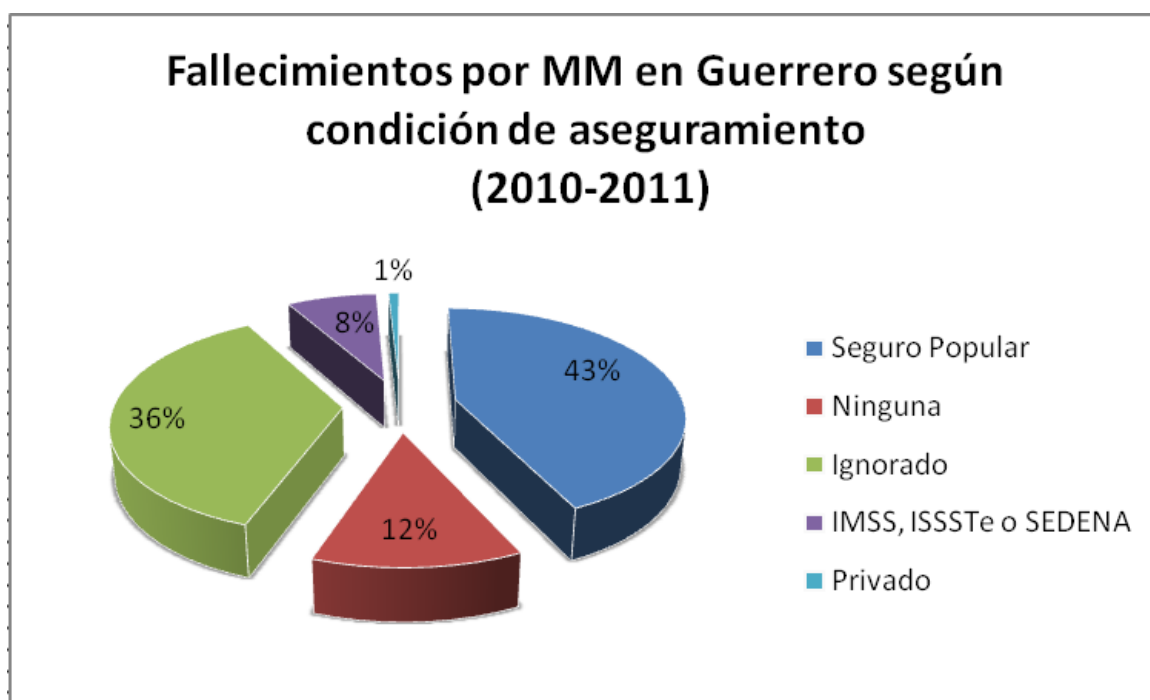
Agrupación de Causa	2010	2011	2012
Hemorragia del embarazo, parto y puerperio	13	30	28
Enfermedad Hipertensiva del embarazo	13	16	12
Otras complicaciones del embarazo y parto	16	21	17
Aborto	11	0	0
Sepsis y otra infección puerperal	7	2	1
Otra complicación principalmente Puerperal	3	0	1
VIH-SIDA más embarazo	0	0	0
Muertes maternas tardías	0	0	0
Causas obstétricas indirectas	0	0	0
Total	53	69	59

Fuente: SESAEG, 2013. Solicitudes de acceso a la información No 00036113

Al analizar los fallecimientos por mortalidad materna en el estado de Guerrero, según condición de aseguramiento, encontramos que durante 2010 y 2011, nueve de cada diez mujeres fallecidas no contaban con ningún tipo de seguridad social y fueron en su mayoría población atendida por la Secretaría de Salud del Estado. Casi la mitad de ellas (43%) tenían Seguro Popular y prácticamente la otra mitad (48%) era población abierta pues presumimos

que el elevado porcentaje registrado en 2011 como “ignorado”, no tenía ningún tipo de aseguramiento o contaban con Seguro Popular pero no se registraron como tal (SESAEG, 2012). De esta manera se observa cómo se repite en esta entidad federativa el comportamiento señalado a nivel nacional en relación con la condición de aseguramiento de las mujeres fallecidas por mortalidad materna, de tal suerte que tanto en la república mexicana como en Guerrero, el mayor número de casos de muerte durante el embarazo, parto y puerperio, tuvo lugar entre afiliadas al seguro Popular y posteriormente en mujeres sin seguridad social.

Gráfico 10 Mortalidad materna en Guerrero por condición de aseguramiento, 2010-2011.



Fuente: Secretaría de Salud del Estado de Guerrero. Solicitud de acceso a la información 00031412

Esto nos muestra nuevamente las desigualdades sociales en el acceso a la salud pues quienes siguen falleciendo en Guerrero son mujeres de bajos recursos sin ningún tipo de garantía para ejercer su derecho a la salud. Por otra parte, el elevado número de mujeres fallecidas afiliadas al Seguro Popular, genera preguntas en torno a la efectividad de este mecanismo, para garantizar el acceso a mejores condiciones de atención y capacidad resolutiva durante el proceso de gestación.

3.2 Estrategias estatales en Guerrero para reducir la mortalidad materna:

En Guerrero, a diferencia de otros estados como Chiapas, no se han creado programas estatales específicos para salud materna y/o perinatal. El Estado se alineó a las estrategias federales, particularmente el programa Arranque Parejo en la Vida (APV) que fue impulsado desde su creación, en 2001, con la designación de responsables jurisdiccionales del programa, encargados de su implementación. Los funcionarios con mayor tiempo de permanencia al frente de esta estrategia fueron los responsables de APV en las jurisdicciones 03 (Centro) y 06 (Costa Chica), quienes permanecieron en sus cargos desde 2001 al momento de su creación hasta 2012 cuando la primera falleció y el segundo cambió de puesto. Una de estas funcionarias pioneras recuerda las dificultades para echar a andar el programa en sus inicios.

“Cuando arranqué la mortalidad materna era bien alta en esta jurisdicción y solo existía el programa de salud materna pero no estaba Arranque Parejo en la Vida, yo estuve unos meses en el programa de salud materna y luego me nombraron responsable en la jurisdicción. Era bien complicado al principio porque empezando por el nombre que les daba risa, ¿cómo es eso de que Arranque Parejo? Se reían porque les parecía como que era poco serio. Y además tú les tenías que llegar a los presidentes municipales, a los directores de hospitales, a todos, a decirles que había un programa para reducir la mortalidad materna y que todos tenían que entrarle pero tú no tenías recursos para sacarlo adelante, no es como otros programas que llegan pero con el dinero para operarlo, aquí no, aquí le teníamos que buscar y convencer a la gente. Al principio sí fue muy difícil. Ahora ya todo el mundo quiere tener este logo (de APV) en su camiseta porque sí es un programa muy noble, que da resultados y en el que uno aprende mucho. Lo que sí es cierto es que hemos bajado la mortalidad en esos municipios pero aún tenemos otros donde necesitamos intervenir⁷⁰.

Posteriormente, a partir de 2005 fue impulsada otra estrategia denominada la “Red Roja” que aglutinaba a las jurisdicciones con mayor mortalidad materna, las cuales son, a su vez, predominantemente indígenas, a un proceso de priorización de acciones y recursos en dichas regiones, lo cual incluyó, gracias a la presión de las organizaciones sociales, la eliminación del cobro del parto en todos los municipios que conformaban la red roja. En la práctica esta desapareció con la entrada en vigor de “Embarazo saludable” pues el parto ya no debía ser cobrado a ninguna mujer.

⁷⁰ Dra. Cinthya García Obregón (Q.E.P.D). Responsable jurisdiccional de APV en la región 03 Centro. Entrevista realizada el 27 de octubre de 2011.

La siguiente estrategia específica presentada por las autoridades de salud estatal en la Tercera Reunión Técnica de promoción de la Salud Materna, Oaxaca, Chiapas y Guerrero (en adelante Tercera Reunión Técnica), organizada por el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSR) en Acapulco el 10 y 11 de marzo de 2010; fue el “Censo Digital de Mujeres Embarazadas” (SESAEG, 2010:18)⁷¹ una plataforma de captura de información en línea respecto a las mujeres embarazadas en el Estado, sus características, situación, señales de riesgo identificadas, etc. Esta plataforma ha tenido dificultades para su utilización debido a la ausencia de condiciones (equipos, energía, acceso a internet, etc.) en ciertas regiones geográficas, particularmente las de mayor marginación. No es claro hasta el momento cuál ha sido el impacto de dicho censo en la reducción de la mortalidad materna.

En 2010 se inició como experiencia piloto, en el municipio de Tlacoachistlahuaca, el programa impulsado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) denominado “Madrinas obstétricas” el cual actualmente es denominado como “Madrinas y padrinos obstétricos”. Dicha estrategia busca que las embarazadas sean “amadrinadas” por una persona de su comunidad que pueda estar atenta a ella durante el desarrollo de su embarazo y parto; que la oriente, acompañe, ayude a identificar señales de riesgo o apoye en la canalización en casos de emergencia.

En 2011 el programa se amplió a otros municipios de la Costa Chica, Centro y Montaña, asignándosele un presupuesto en el AFASPE de 4´700,000, y se extendió en 2012 a varias jurisdicciones más. Una evaluación del mismo fue realizada por el CNEGySR en octubre de 2011 y los resultados muestran el impacto positivo de esta estrategia en los nueve municipios analizados en cinco entidades federativas (Schiavon, Delgado, Veloz y Corona, 2012: 18), así como en comunidades marginales de la región centro de Guerrero; especialmente por el acompañamiento que tienen de las monitoras comunitarias, enfermeras profesionales que apoyan y dan seguimiento a la labor de las madrinas. Ambas parecen estar siendo de gran importancia en tanto desarrollan acciones que le correspondería realizar a los médicos en la consulta prenatal pero que en la práctica no se hacen por falta de tiempo, exceso de trabajo o desinterés, como es el llenado del plan de emergencia, la consejería en anticonceptivos y la identificación de signos de alarma (Berrio, 2011:25).

⁷¹CEDIME. Censo Digital de la Mujer Embarazada. Presentación en ppm disponible en: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/reuniones-tecnicas/tercera-reunion-tecnica/> consultada el 7 de junio de 2013.

Finalmente, a partir de 2011, se asignó desde la Secretaría de Salud federal mediante el Acuerdo para el Fortalecimiento de Acciones en Salud Pública en los Estados (AFASPE) un recurso para la contratación de 6 enfermeras obstetras en Guerrero, las cuales fueron enviadas a las jurisdicciones Montaña, Centro y Costa Chica (dos en cada una). Estas enfermeras obstetras se inscriben en la nueva estrategia del Centro Nacional, por fortalecer la presencia de estos recursos en regiones donde puedan ser apoyo en la atención de partos y la consejería en salud durante el embarazo y el parto. Constituye una experiencia piloto y se le asignaron 480,000 pesos vía AFASPE, durante 2011. En 2012 se incrementó el número de parteras profesionales a 10 y se asignó un recurso de 1,320,000 vía AFASPE (Convenio AFASPE SSA-SESAEG, 2012). En mayo de 2012 se inauguró la primera escuela pública de formación de parteras profesionales en el país, en el municipio de Tlapa, Guerrero con una matrícula inicial de 30 estudiantes indígenas de los pueblos Meph'a, Nancue Ñomndaa y Mixteca. Inició, así, una estrategia adicional de capacitación a parteras tradicionales en los municipios de Metlatonoc y Cochoapa el Grande⁷².

Desde la Secretaría de la Mujer, como respuesta a las demandas de las organizaciones se apoyó durante 2008 al 2010 a una red de 100 parteras promotoras indígenas vinculadas a organizaciones en las jurisdicciones Montaña, Costa Chica y Centro, pero esa estrategia desapareció en 2011, año en el cual comenzaron a financiar la presencia de intérpretes indígenas en los hospitales de Tlapa, Ometepec, Chilapa, San Luis Acatlán y Chilpancingo.

El Convenio de Atención de Emergencias Obstétricas, el cual entró en funcionamiento en 2011 luego de su aprobación dos años antes, prácticamente no ha operado según lo señalan directivos de salud estatal y jurisdiccional. Se realizan procesos de referencia interinstitucional pero no en el marco del convenio sino de vínculos previos o bien servicios que desde antes la Secretaría de Salud de Guerrero prestaba al IMSS o ISSSTE⁷³. La mayor infraestructura y capacidad instalada en el estado de Guerrero la tiene la Secretaría de Salud, razón por la cual en esta entidad el Convenio tiene menor posibilidad de ayudar a ampliar la capacidad resolutive y disminuir el rechazo hospitalario en casos de emergencia obstétrica. Es necesario entonces, pensar en una estrategia que permita fortalecer la red de servicios y la articulación entre sus niveles pues aún persisten importantes brechas de acceso, especialmente en lo referente al pago de traslado del primer al segundo nivel de atención.

⁷² Fuente: Entrevista al responsable estatal de salud reproductiva, agosto de 2012.

⁷³ Resultados similares arroja el monitoreo realizado por el Observatorio de Mortalidad Materna en los estados de Oaxaca, Tabasco y Chiapas. OMM, 2012.

En resumen, podemos señalar que Guerrero no ha desarrollado muchas estrategias propias, la mayoría de ellas han sido definidas desde el nivel federal e implementadas en el estado. Los recursos para Arranque Parejo en la Vida se han incrementado en los últimos años, especialmente a través del AFASPE, de tal suerte que la mayoría del recurso para promoción de salud materna, e incluso para traslados, equipo y atención proviene del nivel federal a través de este instrumento.⁷⁴

El paradigma dominante en el Estado para la atención de la salud materna sigue siendo el enfoque de riesgo, pese a las modificaciones realizadas en la estrategia desde el nivel federal en 2009, orientadas a la atención de la emergencia obstétrica. Del mismo modo, ha habido indicaciones estatales hacia la atención del parto exclusivamente en unidades hospitalarias, con el consecuente desmantelamiento del primer nivel de atención en lo referente a la atención de partos en centros de salud. Los partos atendidos en primer nivel corresponden mayoritariamente a Hospitales Básicos Comunitarios y gran cantidad de partos eutócicos son atendidos, sin necesidad, en el segundo nivel de atención, con la consecuente saturación de dichos hospitales.

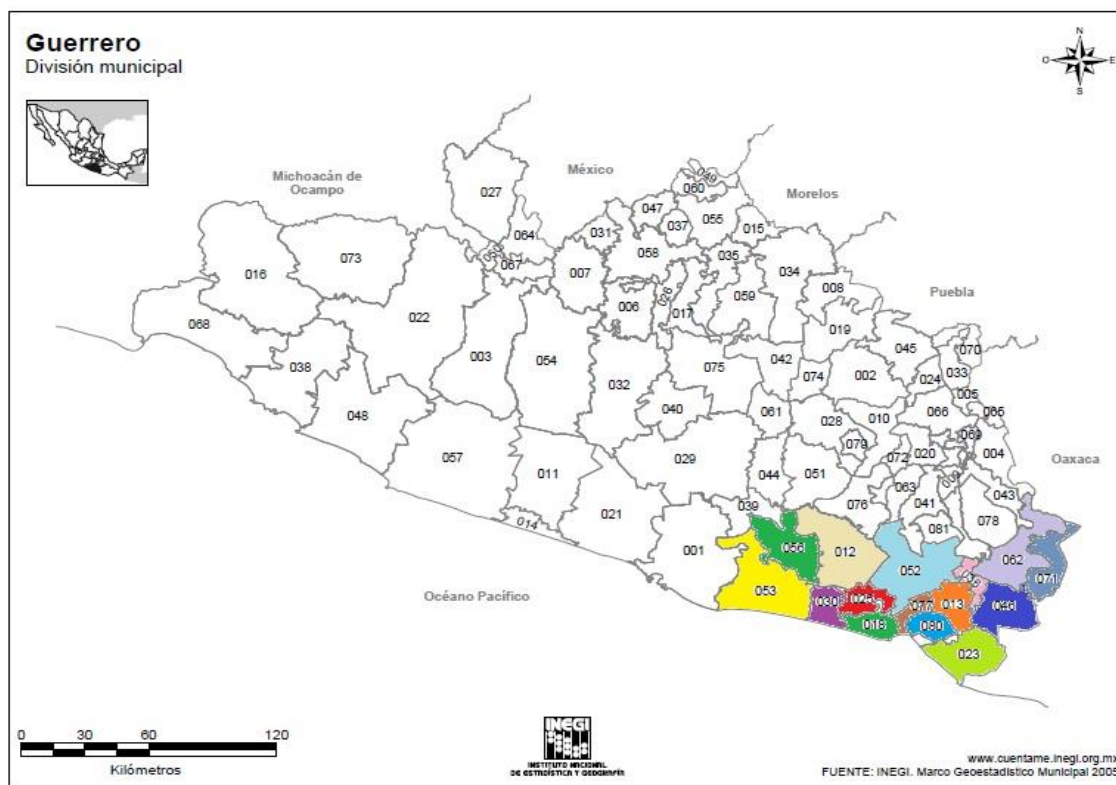
Finalmente, una variable importante para comprender la situación de Guerrero en relación a la mortalidad materna, han sido los constantes cambios de titulares en la Secretaría de Salud, en los programas y en los responsables estatales de los mismos, lo cual constituye una gran dificultad para la continuidad de las acciones y el seguimiento a los acuerdos establecidos entre organizaciones y Secretaría de Salud en el marco de las reuniones técnicas entre Oaxaca Chiapas y Guerrero de seguimiento a la salud materna realizadas anualmente desde 2008, por el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México.

3.3 La Costa Chica de Guerrero: el lugar de estudio seleccionado.

Entre montañas, valles y 180 km de costa sobre el Pacífico, al sur de la República Mexicana, se mueven las 415,816 personas que habitan la Costa Chica del estado de Guerrero (Escamilla, 2011a:9). Entre sus colinas verdes durante el invierno y de color terracota durante el verano, transitan diariamente mujeres y hombres curtidos por el sol. Mixtecos, tlapanecos, amuzgos, afrodescendientes y mestizos, se encuentran permanentemente en este vasto territorio de 15 municipios en total.

⁷⁴ Entrevista con responsable estatal de Salud Sexual y Reproductiva, agosto de 2012

Ilustración 6. Municipios del Estado de Guerrero. Sombreados los municipios pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria 06, Costa Chica



Fuente: INEGI, 2010

Cuadro 9. Municipios pertenecientes a la Costa Chica de Guerrero y a la Jurisdicción Sanitaria 06, 2011

Municipios de la Costa Chica.							
012	Ayutla de los Libres	025	Cuautepec	077	Marquelia	056	Tecoanapa
013	Azoyú	030	Florencio Villareal	046	Ometepec	062	Tlacoachistlahuaca
018	Copala	036	Igualapa	052	San Luis Acatlán	071	Xochistlahuaca
023	Cuajinicuilapa	080	Juchitán	053	San Marcos		

Fuente: INEGI, 2010. El número corresponde a su código de identificación según INEGI.

La Costa Chica es una región dividida entre costa y montaña. A pesar de su nombre, en realidad esta última ocupa la mayor parte del territorio y es donde se concentra la población indígena representada por población mixteca, amuzga y tlapaneca.

En la Costa Chica la población indígena representa un 27.3% del total de habitantes, correspondientes a 113,820 personas, según los datos más recientes de la Jurisdicción sanitaria 06 (Escamilla, 2011b:6). La mayoría de ellos son mixtecos y amuzgos distribuidos en los municipios de Ayutla, San Luis Acatlán, Xochistlahuaca, Tlacoachistlahuaca y Ometepec. Los mixtecos son el segundo pueblo originario más numeroso del estado, con un 30.7% del total de población indígena, seguido por los tlapanecos quienes representan el 24.5% y los amuzgos con un 9.2% (Estado del desarrollo económico y social de los pueblos indígenas de Guerrero).

Cuadro 10. Población indígena de la Costa Chica de Guerrero por pueblo indígena y municipio

PUEBLOS INDIGENAS	NUMERO DE PERSONAS	% RESPECTO AL TOTAL DE POBLACION INDIGENA	MUNICIPIOS CON MAYOR POBLACION INDIGENA
MIXTECA (MIXTECOS)	41,099	43.3 %	Ayutla 38%,
			San Luis Acatlán 36.2%,
			Tlacoachistlahuaca 20%
			Igualapa 5.7%
NANCUE ÑOMNDAA (AMUZGOS)	36,648	38.4%	Xochistlahuaca 53.4%,
			Ometepec 42.6%,
			Tlacoachistlahuaca 2.1%
			Cuajinicuilapa 1.9%
ME´PHAA (TLAPANECOS)	15,593	13.7%	Ayutla 52%,
			San Luis Acatlán 48%
			Azoyú 2.1%
NAHUAS	5,236	4.6%	Azoyú 77.2%,
			Tecoanapa 14.8%
			Cuautepec 8%

Tomo II. 2009: 542)

Fuente: Escamilla, 2011. Diagnóstico de Salud Jurisdicción Sanitaria Costa Chica, Coordinación de Servicios de Salud.

En la franja cercana a la costa, la población afro se hace cada vez más numerosa, especialmente en los municipios de Marquelia, Cuajinicuilapa, Juchitán y Florencio Villarreal (Cruz Grande). Colindando con la región de la Montaña, está San Luis Acatlán; allí, en las comunidades de esta área, es posible ver a las mixtecas con sus faldas de colores vivos marcadas por los acabados de diseños geométricos al final de las mismas y huipiles de colores que se caracterizan por tener bordados toda clase de animales: pájaros de diversos tipos, guajolotes, ardillas. Algunas mujeres mixtecas, no usan el vestido tradicional pero es fácil reconocerlas por sus faldas lisas a la altura de la rodilla y sus blusas de flores sobre tonos oscuros, o los vestidos de un solo color que usan apretados si son jóvenes; o más holgados y de flores entre las mujeres de mayor edad.

Imagen 1. Mujeres Mixteca de Buenavista, San Luis Acatlán, Guerrero. 2008

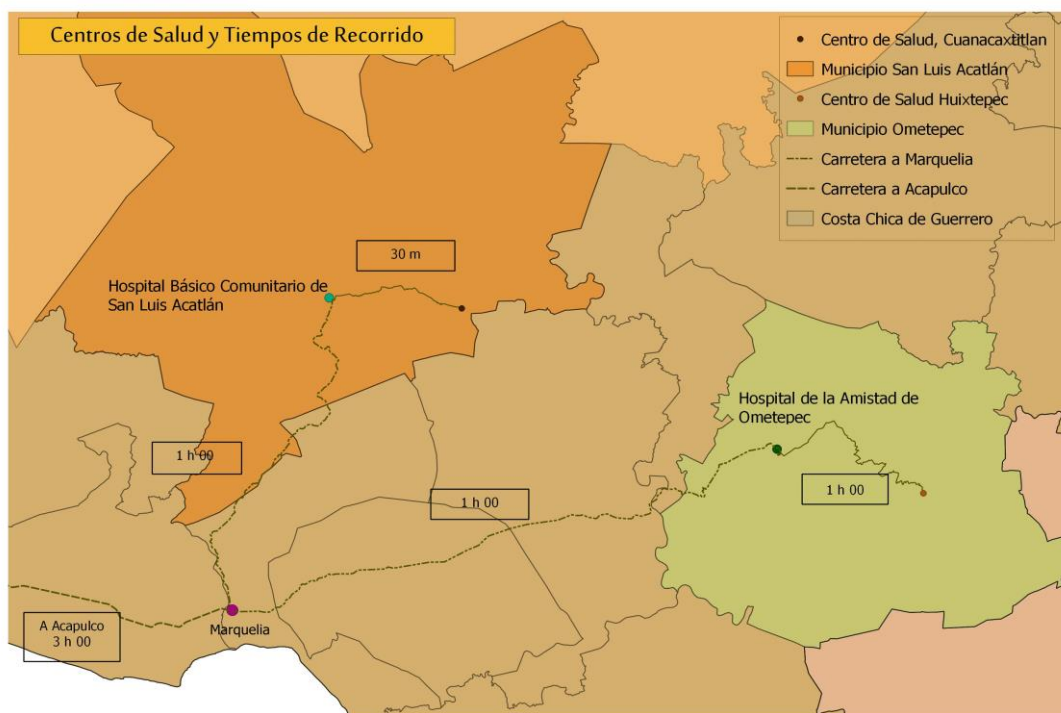


La población total de San Luis en 2010 era de 42,360 habitantes (INEGI, 2010. XII Censo de Población y Vivienda), distribuidos en 8,422 hogares y registrando un número de nacimientos en 2011 de 1,541 (INEGI, 2010). San Luis es reconocido por ser uno de los municipios con mayores procesos organizativos en el Estado de Guerrero desde décadas anteriores; fue cuna de Genaro Vásquez, figura emblemática del movimiento revolucionario en los sesenta y allí surgió en 1995 la Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias –CRAC-, más conocido

como “Policía Comunitaria”. La casa de justicia de San Luis, constituye el corazón del sistema comunitario de impartición de justicia y en tal sentido hay una amplia movilización social y procesos organizativos de amplia data en esta región. Dado que la principal actividad económica de la región es la agricultura también se encuentran allí dos cooperativas cafeteras de larga trayectoria: “La luz de la Montaña” y la “Asociación rural de Interés Colectivo –ARIC-”. Del mismo modo un movimiento magisterial con trayectoria, asociaciones en torno a la salud como la organización “San Luis en la salud”, constituida por médicos y personal de salud de la región. En 2011 se inaugura la “Casa de la Mujer Indígena Nellys Palomo”, espacio de trabajo en salud sexual y reproductiva coordinado por una organización de mujeres y hombres mixtecos y tlapanecos. San Luis es entonces un espacio rico en movilización social y procesos organizativos locales.

Por otra parte, su ubicación geográfica la coloca como lugar de tránsito entre La Montaña y la Costa, por lo cual llegan a los servicios de salud, personas provenientes de otros municipios como Malinaltepec, Metlatónoc e incluso Tlapa, a los cuales les queda más cerca trasladarse a San Luis que a Tlapa en busca de atención.

Ilustración 7. Mapa de ubicación de las comunidades y tiempos de recorrido desde los centros de salud al Hospital Básico de San Luis Acatlán y Regional de Ometepec, Guerrero.



Fuente: Elaboración Gabriela Santillana.

El territorio amuzgo:

Cerca de allí, el territorio amuzgo hace su aparición en los municipios de Ometepec, Xochistlahuaca y Tlacoachistlahuaca. En esta área destaca por su importancia económica y social la ciudad de Ometepec, conocida también como “El Corazón de la Costa”; una ciudad habitada por una mezcla de población indígena migrante de las comunidades cercanas y población blanco-mestiza dedicada al comercio, la agricultura y la producción de artesanías. La interacción social en Ometepec presenta prácticas racistas hacia los indígenas y afrodescendientes sustentadas en una estructura de poder que combina la estratificación económica con una estratificación racial. Ometepec tiene 61, 306 habitantes, de los cuales 31,415 son mujeres y 29,821 son hombres, distribuidos en 8,422 hogares, según el Censo de población y Vivienda, 2010. Su principal actividad económica es la agricultura seguida del comercio y los servicios.

Al estar rodeada por comunidades amuzgas muy cercanas, la vida cotidiana de Ometepec está marcada por la presencia constante de cientos de hombres y mujeres amuzgos que cada día llegan de Xochistlahuaca, Tlacoachistlahuaca, Zacualpan, Cumbre de Barranca Honda y las otras comunidades amuzgas, a realizar permanentes intercambios comerciales. Algunos de ellos tienen sus puestos en el mercado; otros se toman las calles donde dominan la venta de frutas, panes y verduras que traen de sus comunidades. Otros simplemente vienen de compras y regresan en la tarde a sus lugares.

Una gran cantidad de personas indígenas ya viven de manera permanente en Ometepec, especialmente quienes han ido para estudiar la secundaria, la preparatoria o alguna carrera técnica, así como el importante número de mujeres y hombres jóvenes que migraron por razones laborales; ellas para emplearse en el servicio doméstico, como empleadas en los almacenes, restaurantes, puestos de comida. Ellos por su parte como trabajadores en la construcción, en la carga, o en oficios varios.

A las personas de mediana y, especialmente a las de mayor edad, es posible distinguir las por su ropa: los hombres por sus pantalones y blusas totalmente blancos, mientras las mujeres caminan con los tradicionales huipiles blancos decorados con flores o figuras geométricas, o bien, con los huipiles largos de colores; ambos tipos son hechos a mano y requieren una larga paciencia debido a lo delicado de su realización. El alto costo de elaboración de los mismos ha ocasionado que cada vez más, cedan el paso a las nuevas versiones realizadas con tela de encaje de colores, el cual se coloca sobre la ancha nagua de colores y tirantes a los hombros.

En la cabeza, las mujeres mayores enrollan su cabello en dos largos tirantes que anudan alrededor de la misma. Las jóvenes en cambio, prefieren usarlo recogido en la parte de atrás, en una cola o, en menor proporción, en una trenza.

Imagen 2. Mujeres amuzgas de Huixtepec, Guerrero. 2008



Hay diferencias generacionales y de género en el uso del traje tradicional. Mientras un porcentaje importante de mujeres jóvenes amuzgas continúa usando el traje, especialmente el de encaje que es más económico y tiene múltiples posibilidades de colores, la mayoría de hombres jóvenes ya no usa la vestimenta tradicional masculina. Pareciera confirmarse aquí, el planteamiento o las prácticas en muchos pueblos indígenas de considerar a las mujeres como salvaguarda de la cultura y por tanto, principales portadoras del vestuario tradicional (Mani, 1999).

En Ometepec se encuentra ubicada la sede de la Jurisdicción Sanitaria 06, el Hospital Regional Amigo de la Madre y el Niño, así como las principales dependencias regionales de instituciones estatales entre ellas, la delegación regional de la Secretaría de Asuntos Indígenas, el Centro Coordinador de Desarrollo Indigenista, un hospital del ISSSTE, entre otros.

3.3.1 Red de servicios de salud en la Costa Chica de Guerrero:

Antes de compartir el funcionamiento de la red de servicios de salud en la Costa Chica, es importante conocer cuál es la capacidad total de la Red de Servicios existente en la Jurisdicción Sanitaria 06, con cuánto personal cuenta y cómo está distribuido el mismo.

La Jurisdicción atiende un total de 415,816 habitantes distribuidos en 15 municipios y 765 localidades de las cuales el 95% son rurales y el 70% de ellos tienen menos de 500 habitantes (Escamilla, 2011:5). La Costa Chica, está constituida fundamentalmente por población abierta pues el 91.8% de los habitantes no cuenta con Seguridad Social (SESAEG, 2011:12).

En ese sentido, la responsabilidad central de la atención recae sobre la Secretaría de Salud (SESAEG) quien cuenta para ello con dos Hospitales Generales de Segundo Nivel (Ometepec y Ayutla de los Libres), cuatro Hospitales Básicos Comunitarios en Primer Nivel (San Luis Acatlán, Xochistlahuaca, Copala y Cuajinicuilapa), 146 Centros de Salud, incluyendo a nueve Unidades Móviles, y cuatro Caravanas de la Salud. El Hospital de San Luis Acatlán cuenta con los consultorios de Cirugía, y Pediatría, el Hospital Básico de Xochistlahuaca cuenta con un consultorio de Ginecología, los Hospitales de Copala y Cuajinicuilapa cuentan con las especialidades de Cirugía, Pediatría y Gineco-obstetricia⁷⁵.

De acuerdo con el INEGI 2010, el personal médico de esta región asciende a 354 lo cuales se reparten de la siguiente manera: Ayutla, 60; Azoyú, 5; Copala, 12; Cuajinicuilapa 19; Cuautepec, 8; Florencio Villareal, 9; Iguala, 9; Juchitán, 2; Marquelia, 7; Ometepec, 93; San Luis Acatlán, 33; San Marcos, 37; Tecoaapa, 22; Tlacoachistlahuaca, 15; Xochistlahuaca, 23.

⁷⁵ En la región Costa Chica existe un total de 253 consultorios de Medicina General, de los cuales el 3.5% (9) corresponden a las instituciones de seguridad social, el 64.0% (162) son de la Secretaría de Salud y el 30.8% (78) corresponden a la medicina privada. También cuenta con 33 consultorios de especialidades, 20 son de la Secretaria de Salud y tiene los siguientes servicios: Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y el servicio de Traumatología que existe únicamente en el Hospital General de Ometepec. En lo que se refiere a las instituciones de Seguridad Social, el ISSSTE cuenta con una unidad hospitalaria en Ometepec, 8 unidades de Consulta Externa, ubicadas en Ayutla, Marquelia, Cuajinicuilapa, San Luis Acatlán y 3 en el municipio de San Marcos y Tecoaapa. El IMSS cuenta con dos unidades de Consulta Externa ubicadas en Ometepec y San Marcos. El ISSSTE cuenta con 4 consultorios de especialidades: Cirugía, Medicina Interna, Pediatría y Gineco-Obstetricia. (SESAEG, 2011: 46)

Según la información proporcionada por la Jurisdicción 06 se cuenta, por parte de la SESAEG, con un total de 194 médicos o médicas generales y especialistas para atender a toda la población de dicha Jurisdicción, la mayoría de los cuales (179) está asignado al primer nivel. Si les sumamos el personal con el cual cuenta el IMSS y el ISSSTE el número de recursos humanos en salud pertenecientes a instituciones públicas en la Costa Chica de Guerrero, se incrementa a 213. (Escamilla, 2011:26)⁷⁶

En cualquiera de los casos, es evidente que la plantilla de personal y la infraestructura existente en la Jurisdicción Sanitaria, particularmente en el Segundo Nivel de atención, es insuficiente para garantizar una adecuada atención al volumen de población que habita en la región pues existiría un médico por cada 1952 habitantes y sólo un hospital regional de carácter resolutivo, para una población de 415 mil habitantes. En ese sentido, al pensar en criterios de derechos humanos en salud observaremos que existen serias deficiencias en relación con la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, particularmente en aquellos municipios que no tienen acceso a hospitales básicos comunitarios que permitan servir de puente entre los centros de salud y los dos hospitales de Segundo Nivel existentes, ocasionando así la saturación de estos últimos.

Municipios como Tlacoachistlahuaca, limítrofes con Oaxaca por el lado de la montaña, y el cual concentra una buena parte de la población mixteca, posee comunidades ubicadas a más de cinco a seis horas del Hospital de Ometepec a donde deben acudir todas las gestantes para la atención de sus partos o realización de ultrasonidos y exámenes de laboratorio. Del mismo modo, a una persona de una comunidad ubicada en el extremo de San Luis Acatlán por el lado de Buenavista tardará alrededor de cinco a seis horas en llegar a Ometepec o de San Marcos tardará alrededor de cuatro a cinco horas en llegar a Ayutla, el otro hospital resolutivo.

⁷⁶ Existe una contradicción en la información pues la misma fuente (Coordinación de Servicios de Salud de las Jurisdicción 06) señala en otro documento del mismo año (Escamilla, 2011:46) que “en el Primer Nivel de atención de la Secretaría de Salud laboran 287 Médicos Generales, 13 Médicos Especialistas, 295 enfermeras, 15 odontólogos, 15 Químicos, 3 Técnicos en Rayos X, 89 TAPS, 129 administrativos y 86 trabajadores de paludismo. En el Segundo Nivel laboran 29 médicos generales, 27 especialistas, 105 enfermeras, 3 odontólogos, 9 químicos y 5 Técnicos en Rayos X y 81 administrativos. El IMSS cuenta con 3 médicos generales y 5 enfermeras, el ISSSTE tiene 16 médicos generales, 6 especialistas, 19 enfermeras y 2 odontólogos.”

Lo anterior deja al Hospital de Ometepec como responsable de atender una increíble cantidad de pacientes, la mayoría de ellas por razones obstétricas. Si sumamos entonces las excesivas cargas de trabajo del Hospital, la saturación del mismo y la manera como está concebido, podremos comprender entonces la dinámica que ocurre al interior del mismo. A continuación presento algunas características de este Hospital y en el capítulo seis y siete compartiré la dinámica de atención durante el embarazo y el parto.

En Ometepec encontramos una clínica del ISSSTE, un hospital privado, dos clínicas de maternidad y un hospital regional a cargo de la SESAEG encargado de atender los 15 municipios de la Costa Chica. Este último fue creado hace 17 años y en 2011 contaba con el siguiente personal de base: dos médicos generales, cinco especialistas y un odontólogo (Escamilla, 2011:26). La distribución de estos especialistas (en 2011) a partir de las observaciones y entrevistas es la siguiente: dos ginecólogos, un traumatólogo, un odontólogo, dos médicos generales, un anestesiólogo, un especialista. Esta información se refiere al personal de base considerado en los datos de la jurisdicción 06 como su plantilla de recursos humanos. No se incluyen aquí contrataciones temporales a través del Seguro Popular.

El hospital está ubicado a la entrada de la ciudad por la carretera procedente de Marquelia y se accede al mismo desde el centro en combis colectivas. En la parte externa una serie de árboles grandes sirven de cobijo a los pacientes y familiares que acuden al hospital pero deben esperar varias horas o días para ser atendidos. El hospital tiene cuatro entradas: la principal, una de urgencias, una para consulta externa e ingreso del personal y una lateral para la dotación de suministros. Entrando por la puerta principal se encuentra a la derecha el área de urgencias que está restringida para los pacientes y que tiene su propia entrada. Siguiendo por esa misma línea se accede al área de hospitalización la cual fue remodelada en 2010 y 2011 con recursos del Seguro Popular, encontrándose en unas condiciones óptimas. El resto del hospital mantiene la infraestructura de hace 17 años cuando fue construido y eso se nota en sus instalaciones.

Al entrar al hospital se accede a un patio central alrededor del cual se distribuyen los servicios. En uno de los pasillos ubicados en la misma ala de hospitalización se encuentra Rayos X y el laboratorio. El otro pasillo, frente a la entrada, es el más transitado pues se ubica allí la consulta externa, la cual incluye alrededor de unos cinco consultorios y un área de vacunación. La otra entrada al hospital incluye, a un costado, el área para control de diabetes y en el pasillo se encuentra el auditorio, el módulo de enfermería, el módulo mater para la atención a

las gestantes, el módulo de afiliación al Seguro Popular, el archivo y la farmacia. A la izquierda se ubica la parte administrativa del hospital iniciando con la dirección, el área de cajas, el lugar para solicitud de citas y otras áreas internas. Luego de la remodelación de 2011, la parte administrativa, la dirección y el auditorio fueron trasladados a un piso superior creado en ese momento.

La mayor parte de los pacientes que acude en busca de atención, se mueve en los pasillos de las dos entradas, por un lado entre el área de diabetes, Módulo Mater⁷⁷, Seguro Popular, caja y citas, pero sin duda la mayor parte se concentra en el pasillo de la consulta externa. Los familiares de los pacientes hospitalizados por su parte, se ubican en la otra entrada del hospital, en el área de recepción entre urgencias y hospitalización. Fue ésta la zona donde permanecí más tiempo pues es allí donde llegan las embarazadas en trabajo de parto y donde se mantienen los familiares mientras se encuentran internadas.

Cuando las mujeres llegan con trabajo de parto, ingresan por el área de urgencias donde son trasladadas a uno de los tres cuartos de revisión que allí se encuentran, para ser valoradas. Si el médico o médica de urgencia considera que ya está suficientemente avanzado el proceso, la reciben pasándola a un área de observación previa a tococirugía, donde le colocan suero, le piden los exámenes de laboratorio y le van haciendo el monitoreo, ya bajo responsabilidad del hospital.

Sin embargo, lo que usualmente ocurre es que la mujer es enviada a caminar durante horas en las afueras del hospital hasta que su trabajo de parto esté más avanzado. En esos casos se les pide que regresen cada dos horas para ir vigilando el proceso de dilatación. Es en este lapso donde se acumulan las pacientes en la parte exterior del hospital cerca al árbol mencionado anteriormente. Allí se instalan mujeres embarazadas, esposos o cónyuges, suegras, madres y, en menor medida, cuñadas para dar seguimiento a este proceso que puede durar unas pocas horas o hasta dos o tres días. En ese árbol y sus alrededores se sientan, se acuestan, comen, se hacen nuevas amistades o por lo menos se comparten las noticias; esperas y angustias compartidas con los otros que se encuentran en situación similar. Algunos se ubican en el área de recepción del hospital frente a las trabajadoras sociales, pero normalmente esto ocurre una vez ya que la mujer ha ingresado a tococirugía o ha sido hospitalizada.

⁷⁷ Es el nombre asignado por la Secretaría de Salud al módulo de orientación de mujeres embarazadas, existente en todos los hospitales de primer y segundo nivel.

Para comer, la solución son los dos puestos de comida callejera ubicados en una esquina del hospital. Por la mañana venden frutas, tacos y consomés; en la comida y la cena el menú se mantiene muy parecido sólo que las frutas desaparecen dejando lugar a las picaditas y el atole. Para tomar, lo más consumido en la región son refrescos, especialmente coca cola, y en menor medida, jugos de cajas o de botellas pese a que ésta es una región productora de jamaica y limones. Como veremos en el capítulo siete, los costos de un parto hospitalario se incrementan justamente por este tipo de gastos, como la alimentación, transporte, alojamiento, no cubiertos por el sistema de salud pero imposibles de evadir durante el tiempo de estancia en el hospital.

Finalmente, en relación con el funcionamiento de la Red de Servicios es necesario señalar que los casos de emergencia Obstétrica que no pueden ser resueltos en el Hospital Regional de Ometepec, son enviados a Acapulco al Hospital General o al Hospital de Renacimiento, ubicado a las afueras de esta misma ciudad. El tiempo de Traslado de Ometepec a Acapulco es de tres horas y media y el costo de la gasolina de la ambulancia era de \$2.500 pesos en 2011. En el caso de Ayutla, el siguiente nivel de atención al cual son remitidas las mujeres con complicaciones, es a Chilpancingo al Hospital Amigo de la Madre y el Niño.

Incluso después de la firma del Convenio de Atención de Emergencias Obstétricas en 2011, las canalizaciones se seguían realizando al interior de la red de servicios de la SESAEG. Lo anterior debido a que es ésta quien posee la mayor capacidad resolutive y en la Costa Chica es el Hospital del ISSSTE quien remite casos al Hospital Regional de Ometepec (Entrevistas realizadas con el director del Hospital de Ometepec y el Responsable Estatal de Salud Sexual y Reproductiva, agosto de 2012). En ocasiones, mujeres que no encuentran respuesta oportuna por parte del Hospital Regional de Ometepec, deciden trasladarse por su propia cuenta al Hospital de La Amistad, institución privada en Ometepec.

3..4 Las comunidades de análisis: Huixtepec, y Cuanacaxtitlán

Reconociendo Huixtepec, Ometepec:

A unos 45 minutos de Ometepec en combi, que es el vehículo de transporte público utilizado para comunicarse con las comunidades cercanas, se encuentra Huixtepec, uno de los lugares seleccionados para la realización del trabajo de campo. Esta es una comunidad de 3,370 habitantes, de los cuales 1,603 son hombres y 1,701 son mujeres (INEGI, 2010).

Existen 594 hogares: 493 tienen jefatura masculina y 101 jefatura femenina. En términos generales no es una comunidad con altos índices de migración aunque comienzan a migrar cada vez más pobladores, principalmente a Ometepec, Acapulco, Chilpancingo y Ciudad de México (INEGI, 2005)

Oficialmente el 64.6% de la población de Huixtepec está reconocida en el Censo Nacional de Población y Vivienda 2005 como hablantes de amuzgo. Es claro que el número total de amuzgos es aún más elevado pues el censo sólo incluye en esta categoría a las personas mayores de 5 años y existe también un número importante de jóvenes que si bien no hablan la lengua, sus padres sí lo hacen y ellos se consideran amuzgos. La población que habita en hogares indígenas es de 2,696 hogares correspondiente al 83% de los habitantes totales de la comunidad (INEGI, 2005).

De las 1,645 mujeres que moran en la comunidad, 1,095; es decir el 66.5%, habla la lengua amuzga. Prácticamente todos los varones hablantes de lengua indígena, y buena parte de las mujeres, excepto las de mayor edad, son bilingües. De las mujeres que entrevisté en Huixtepec en 2008, como parte del trabajo de campo, encontré que el 90% tiene como lengua materna el amuzgo pero al mismo tiempo todas son bilingües y manejan el español⁷⁸; situación que facilitó la comunicación durante la investigación de un modo importante. Esta condición de bilingüismo, que es excepcional entre las mujeres indígenas de la región, es un recurso para las mujeres de esta comunidad cuando acuden al centro de salud o al hospital de Ometepec.

Para llegar a Huixtepec es necesario atravesar el río Santa Catarina. Desde 2003 existe un puente vehicular cuya construcción se concluyó en ese año aunque había sido inaugurado oficialmente en 1999. Este puente ha aligerado considerablemente el tiempo requerido para llegar allí. Anteriormente era necesario cruzar el río en canoas y las mujeres de mayor edad relatan cómo este era uno de los principales obstáculos para llegar oportunamente al hospital de Ometepec cuando se presentaba una emergencia.

Huixtepec está diseñado de un modo particular: parece estar dividido en cuatro zonas. Para llegar es necesario tomar una desviación de la carretera principal pavimentada que va de

⁷⁸ De las mujeres entrevistadas que no habla amuzgo, cuatro corresponden a hablantes de español y una de náhuatl; en todos los casos provenían de otras comunidades o de familias con procesos migratorios, es decir, hijas de mujeres no amuzgas casadas con hombres amuzgos que no le transmitieron la lengua a sus hijas.

Ometepec, hacia Huajintepec. Este camino, el cual es de terracería, es la principal vía de acceso y se convierte a su vez en la calle principal que atraviesa todo el pueblo dividiéndolo en dos. Al mismo tiempo, el río hace lo propio dividiendo de nuevo el pueblo en dos partes de manera perpendicular a la carretera. En época de lluvias la corriente crece haciendo a veces imposible atravesarlo en carro o incluso a pie a pesar de que existe un pequeño puente pero este se inunda. Tal situación tiene consecuencias concretas para el cuidado de la salud pues dificulta considerablemente el acceso al centro de salud para las familias que se encuentran del otro lado del riachuelo; situación particularmente importante para las mujeres que están en trabajo de parto durante una época en la cual el que el río esté crecido⁷⁹.

Huixtepec es una comunidad grande que cuenta con la mayoría de los servicios: luz, agua, alcantarillado. En materia educativa posee cinco centros escolares, todos de carácter público: dos jardines infantiles que proporcionan la educación preescolar, dos escuelas primarias indígenas, la primera construida por la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la segunda gestionada por los propios padres de familia y finalmente incorporada a la SEP. Cuenta también con una secundaria pero los jóvenes interesados en continuar la preparatoria deben trasladarse a Ometepec.

El grado promedio de escolaridad total según el Censo 2005 es de 3.8 años. Este se incrementa un poco en el caso de los varones llegando a 3,95 y disminuye entre las mujeres (3.6). (INEGI, 2005). Estos datos son coherentes con los resultados de la Encuesta reproductiva, 2008 donde se registró que el 25% del total de las encuestadas en Cuanacaxtlán y Huixtepec no había tenido acceso a educación y más de la mitad de las mujeres (52%) se ubicó en la franja comprendida en sin escolaridad o primaria incompleta. Este grupo a su vez corresponde mayoritariamente a mujeres mayores de 25 años.

Es interesante observar que este bajo nivel de escolaridad, parece modificarse de manera importante entre las nuevas generaciones, pues dicha encuesta muestra que los grupos mujeres de menor edad (15-19 y 20-24) tienen un nivel de escolaridad que alcanza la secundaria y en varios casos incluso la preparatoria.

Respecto a recursos de atención en salud, cuenta con un Centro de salud el cual fue renovado en 2007, con recursos provenientes del Seguro Popular. Su estructura es igual a la de todos los

⁷⁹ Tal como ocurrió en el caso de Enequina, una mujer de 38 años, gesta 11 y con preclampsia, quien tuvo que dar a luz ella sola pues al momento del parto había llovido y tanto las parteras como el centro de salud estaban del otro lado del río al cual se hacía imposible acceder en ese momento.

centros de salud de las comunidades grandes de la región que han sido remodelados. Una construcción de cemento con dos consultorios, una sala de espera grande con alrededor de 15 sillas, un área de vacunación, pesaje y medición de los niños la cual es controlada por la enfermera, así como todo lo correspondiente a archivos. Un cuarto de procedimientos que a su vez es sala de expulsión con dos camas pero muy pocas veces es usado para ello pues hay una clara indicación por parte de la secretaría de evitar atender partos en las unidades de primer nivel, por lo cual, la gran mayoría de estos son enviados al Hospital General de Ometepec.

Imagen 3. Centro de salud de Huixtepec, Guerrero. 2008.



En el centro de salud están asignados un médico de base y una enfermera los cuales atienden a los habitantes de la comunidad, pero también a los procedentes de las localidades cercanas quienes no cuentan con centro de salud y asisten cuando se requiere atención. También lo hacen, una vez al mes cuando de manera masiva bajan las mujeres que tienen el programa “Oportunidades”⁸⁰ junto con sus hijos e hijas, a fin de cumplir con su revisión mensual sin la cual perderían el acceso a los recursos que por esa vía se les canaliza.

⁸⁰ Las mujeres que reciben el apoyo económico del programa de transferencia condicionada de recursos “Oportunidades”, tienen a su vez, una serie de obligaciones como beneficiarias del mismo, entre ellas acudir periódicamente con toda su familia a la consulta médica preventiva, asistir mensualmente al control prenatal si están embarazadas, garantizar la asistencia de sus hijos a la escuela. El cumplimiento de estas obligaciones es certificado por el médico o médica de la comunidad; así como por el maestro o maestra quienes reportan la asistencia escolar de los menores o de la familia en el caso de salud. De manera informal se les pide a las beneficiarias del programa otra serie de acciones que a menudo generan molestia por las situaciones de abuso de poder que a veces implican. Entre esas actividades se incluyen realizar labores de limpieza comunitaria (calles, cancha, comisaría, alrededores) y en el Centro

Diariamente se atienden 20 consultas que incluye embarazadas, las cuales teóricamente tienen prioridad, población en general con padecimientos y dolencias así como a núcleos familiares incluidos en “Oportunidades” quienes están obligados a asistir periódicamente a la consulta para conservar el apoyo económico del Programa.

Se revisa a núcleos familiares incluidos en “Oportunidades” que están obligados a asistir a la consulta para conservar el apoyo económico. Si consideramos que son 528 mujeres⁸¹ a quienes beneficia el programa “Oportunidades” y cada una de ellas debe ir mensualmente a su revisión, podemos imaginar la dificultad para dar respuesta a todas las necesidades de atención de la salud en esta comunidad. Es por eso que las personas llegan al centro de salud desde las 4 am. para tomar turno, aun cuando el centro abre a las 8 am. y es en ese momento cuando se asignan las fichas para la consulta.

Varios testimonios pude recabar en ese sentido y fue revelador observar ciertas transformaciones en las dinámicas familiares, para lograr cumplir con la cita en el caso de las mujeres beneficiarias de “Oportunidades”. Tradicionalmente el cuidado de la salud ha sido asumido por las mujeres quienes se encargan de velar por los enfermos, llevar a los hijos e hijas a sus consultas, vacunas, etc. Comúnmente los varones poco intervienen de manera directa en las acciones relacionadas con la atención de la salud, excepto en el proceso de parto o casos de dolencias graves donde juegan un papel fundamental en el traslado, en el pago y en la gestión. Lo curioso es que esta dificultad para conseguir turnos, ha generado una nueva dinámica mediante la cual son los varones quienes se levantan a las 3 o 4 de la mañana para ir al centro de salud a hacer la fila y apartar el lugar pues es peligroso para las mujeres atravesar el pueblo solas a esa hora. Ellas llegan entonces con los hijos hacia las 7 u 8 de la mañana, para remplazar al marido en el turno y quedarse a la consulta con el resto de sus familiares citados pues en general los hombres no pasan a consulta aunque se supone es un requisito del programa Oportunidades la verificación del estado de salud de toda la familia.

De un modo parecido ocurre en el caso de otros pacientes con dolencias si bien estos últimos son menos frecuentes pues las gestantes tienen prioridad en la atención independientemente de la hora en que lleguen. Esta es una indicación de hace sólo un par de años, motivada por la gran presión que desde la Secretaría de Salud federal y estatal se ejerce para incrementar el

de Salud, incluyendo en ocasiones lavar las sábanas, limpiarlo, dar cooperaciones para la compra de insumos que no existen o para arreglos del mismo, para plantas o incluso para que acudan los funcionarios del Seguro Popular a realizar labores de afiliación.

⁸¹ Según el padrón de beneficiarios de Sedesol al inicio del ejercicio fiscal 2010. Pagina oficial de Sedesol-Oportunidades www.oportunidades.gob.mx consultada el 31 de marzo de 2010.

control prenatal, pues este ha sido concebido por el programa “Arranque Parejo en la Vida”, como el principal mecanismo de prevención de la mortalidad materna.

El médico atiende de 8 am. a 3 pm. de lunes a viernes. Los sábados y domingos no hay atención, como tampoco existe certeza de contar con el médico los cinco días de la semana por las enormes cargas de trabajo administrativo relacionado con el llenado de formatos o su entrega en las jurisdicciones cada mes, además del fuerte ausentismo del personal de salud que caracteriza la zona. Esto ha generado un reclamo permanente de las comunidades, en diversos foros regionales y espacios relacionados con la salud.

Ante la enorme demanda y la insuficiente capacidad de atención, las comunidades han pedido desde 2007 que se asigne otro médico a la unidad, a fin de garantizar una mejor cobertura. De manera reiterada las autoridades jurisdiccionales les han indicado que su petición está siendo considerada, pero luego de meses la situación continúa igual. Como es obvio entonces, la autoatención (Menéndez, 2005:54)⁸² es una estrategia fundamental en la comunidad para garantizar condiciones de salud adecuadas, así como el uso de recursos locales de atención como médicos tradicionales, yerberos, hueseros y parteras.

En relación con los recursos de atención disponibles, específicamente para la atención obstétrica, existían durante el trabajo de campo en Huixtepec dos parteras tradicionales: doña Fidela y doña Hermila. La primera de ellas tenía cerca de 70 años y era partera desde hacía más de 30. Recibió numerosos cursos de capacitación por parte de la SESAEG y era integrante de la red de promotoras y parteras comunitarias de Kinal Antzetik Guerrero A.C. Doña Fidela no sabía leer, pero se apoyaba en sus nietas y nueras para que le ayudaran a escribir.

Durante varios años asistió a las capacitaciones acompañada por su nieta Alma que en ese momento tenía 12 años. Las dos escuchaban, la joven tomaba notas para su abuela quien respondía todas las preguntas y compartía su saber ancestral con las mujeres con menor experiencia. En ese proceso de ser su escribana, Alma fue creciendo y convirtiéndose a su vez

⁸² Eduardo Menéndez entiende la autoatención como *“las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central directa e intencional de curadores profesionales, aún cuando éstos puedan ser la referencia de las actividades de autoatención”*.

El tema de la autoatención cobra especial relevancia en el proceso de embarazo-parto y puerperio pues buena parte de las acciones para la prevención, detección, cuidado y atención de dicho proceso, recaen sobre los grupos sociales y no tanto sobre los curadores si bien su intervención tiende a incrementarse por el proceso de medicalización durante este periodo.

en promotora de salud. Doña Fidela cada vez atendía menos partos por su edad y porque muchas de las mujeres estaban dando a luz en el hospital de Ometepec; sin embargo, mantenía un importante número de pacientes a quienes les realizaba el control prenatal, les daba masajes, las visitaba y las refería con el médico si identificaba que su embarazo era complicado o el parto podía ser riesgoso⁸³. Doña Fidela falleció en 2010 dejando así un vacío aun mayor en relación con la existencia de recursos locales de atención.

La otra partera de la comunidad es doña Hermila, quien se caracteriza por tener una formación totalmente tradicional, no se relaciona mucho con el sector salud ni asiste a sus capacitaciones. Atiende fundamentalmente a mujeres cercanas a ellas por relaciones de parentesco.

En resumen, podemos ver que los recursos de atención disponibles para la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio en Huixtepec, durante 2008 eran dos parteras tradicionales, el centro de salud con un médico, una enfermera de base y una pasante, y las propias mujeres y sus familias quienes en no pocas ocasiones han atendido sus partos en casa sin otro recurso de atención más que ellas mismas.

La distribución de las acciones de cuidado durante las diferentes etapas del proceso reproductivo se ha establecido de la siguiente manera en Huixtepec: en el centro de salud se atiende el control prenatal de las mujeres y se les canaliza al hospital para que tengan su parto. Una vez que regresan se hace la revisión de control a los 8 días y a partir de allí el personal biomédico se enfoca en el recién nacido o la recién nacida pero no en la puérpera. En ese sentido, desde el personal local de salud, su tarea fundamental en el primer nivel se centra en la atención prenatal y la canalización. Tanto el parto como el postparto salen de su competencia; el primero porque es realizado en el segundo nivel de atención y el postparto porque su foco de atención cambia y el cuidado de la puérpera es asumido por el núcleo familiar desde los saberes tradicionales.

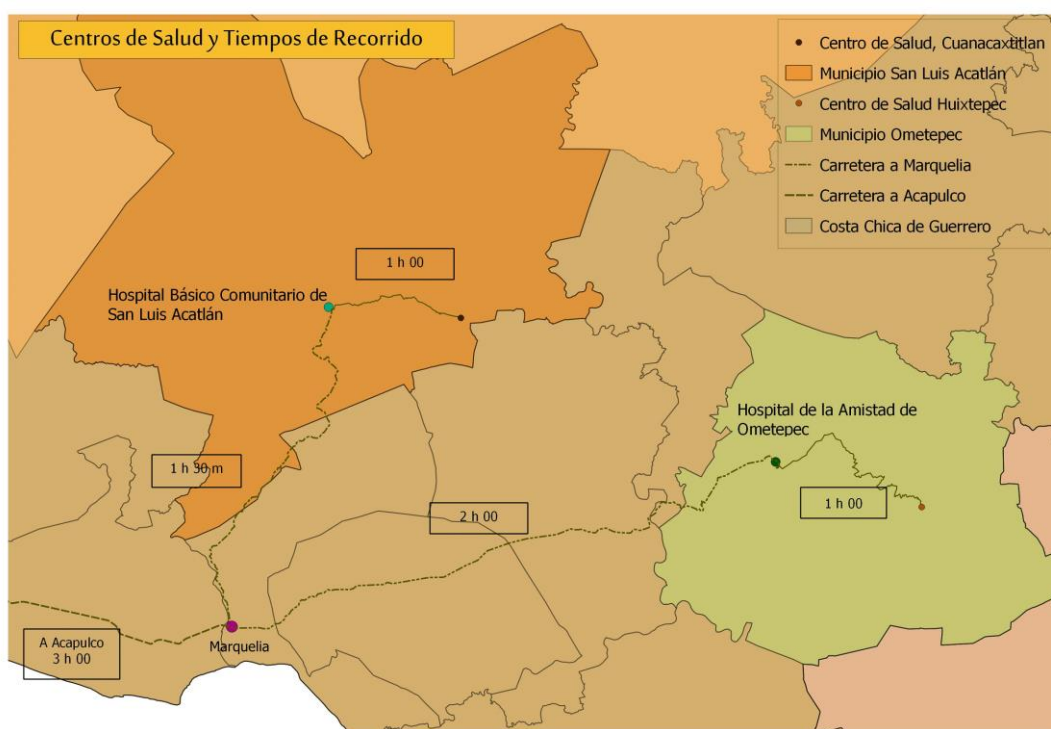
Para las curadoras tradicionales, buena parte de la atención se centra también en el embarazo dando seguimiento y masajes a la gestante. La participación en el parto depende de la decisión de la propia embarazada y su familia. Si ella decide atenderse con la partera ésta asume un lugar protagónico pero si el parto es hospitalario, ésta prácticamente desaparece del

⁸³ En el capítulo 5, a partir de las decisiones tomadas por ella en relación al lugar de atención del parto para su nuera, veremos cómo hay una complejidad en las decisiones al respecto y un pluralismo médico en las prácticas de atención que también involucra a las propias parteras como es el caso de doña Fidela.

proceso. En ambos casos el puerperio se mantiene como el periodo de mayor intervención y presencia de prácticas de autocuidado que involucran a la familia y a los saberes tradicionales.

Aquí es posible observar una diferencia generacional importante que aparece de manera clara en las historias reproductivas de las mujeres encuestadas en Huixtepec. Hace 10 o 15 años, la mayoría de las mujeres se atendían su parto en la comunidad con las parteras y éstas eran responsables de cuidar todo el ciclo de gestación, parto y puerperio. Hoy, ese ciclo está fragmentado, tanto entre los curadores que intervienen en cada una de las fases, como en los lugares donde éstas etapas tienen lugar, dando paso a una mayor presencia de la biomedicina materializada en el segundo nivel de atención, lo cual, por supuesto, obliga a desplazarse fuera de la comunidad hasta Ometepec o incluso Acapulco si existe una complicación. Ello nos invita a ver entonces los recursos de atención disponibles no sólo en el ámbito comunitario sino también a nivel regional.

Ilustración 8. Mapa de ubicación municipios y comunidades seleccionadas. Huixtepec, Ometepec y Cuanacaxtitlán, San Luis Acatlán.



Fuente: elaboración Gabriela Santillana.

Acercádonos a Cuanacaxtitlán, San Luis Acatlán:

Cuana, como se le conoce en la región, es una comunidad mixteca de 3,122 habitantes de los cuales 1,517 son hombres y 1,605 son mujeres (INEGI, 2010). Está ubicada a 30 minutos de San Luis Acatlán mediante una carretera pavimentada construida en 2006.

Según el Censo Nacional de Población de 2005; 3,080 personas viven en hogares indígenas lo cual nos muestra que es una comunidad eminentemente indígena. Sin embargo, el mismo Censo sólo reconoce como hablantes de lengua indígena a 2,382 personas pues se considera en este rango únicamente a los mayores de 5 años. De estos hablantes hay prácticamente una paridad entre hombres y mujeres pues 1,184 son varones y 1,198 son mujeres. Prácticamente todos los hombres y buena parte de las mujeres, son bilingües.

En relación con mi encuesta (ER, 2008), esta arrojó que el 96% de las encuestadas hablan español además de mixteco y sólo el 4% exclusivamente español. Respecto a la escolaridad podemos señalar que el grado promedio de escolaridad en Cuanacaxtitlán es de 5.35 años. Para las mujeres desciende a 5.23 y en hombres se incrementa ligeramente a 5.47. (INEGI, 2005). Como observamos, el nivel de escolaridad es superior en más de un año respecto a Huixtepec.

Este índice es coherente con los datos arrojados por mi encuesta donde encontramos que, a diferencia de la población amuzga donde 25% de las mujeres no tenían escolaridad, aquí sólo el 9% estaban en esa condición. El 42% de las encuestadas tiene primaria incompleta o completa y el 43% secundaria completa o incompleta. Curiosamente, en esta comunidad ninguna mujer tiene preparatoria pero encontramos dos con estudios universitarios en curso, una en la UPN-Ometepec y otra en la Universidad Intercultural de los Pueblos del Sur-UNISUR-.

Al igual que Huixtepec, Cuanacaxtitlán es una comunidad grande, que cuenta con dos preescolares, dos escuelas primaria y una secundaria. Para continuar la preparatoria los jóvenes deben trasladarse a San Luis Acatlán, el cual queda a 30 minutos de camino en taxis colectivos que salen aproximadamente cada 20 minutos y costaban quince pesos en 2008.

Cuanacaxtitlan cuenta con un centro de salud que funciona de la misma manera que el de Huixtepec, es decir, en horario de lunes a viernes de 8am. a 3 pm. con 20 consultas diarias que incluyen embarazadas, población con dolencias y beneficiarios de Oportunidades quienes deben cumplir con su visita periódica.

Imagen 4. Centro de Salud de Cuanacaxtitlán, Guerrero. 2008



El Centro de Salud tiene asignado una enfermera de base, un técnico en atención primaria en salud y un médico pasante que rota cada año en el mes de agosto cuando se produce el cambio en toda la región. Dicho Centro también fue remodelado en 2007 con recursos del Seguro Popular, de tal manera que posee la infraestructura adecuada y necesaria para la atención de primer nivel, incluyendo dos consultorios, una sala de espera donde también se realizan las vacunaciones, y una sala de expulsión para atención de partos; sin embargo, debido a las orientaciones jurisdiccionales y estatales, los médicos prefieren no atender partos incluso eutócicos -normales-, y remitirlos al hospital de San Luis Acatlán.

La indicación administrativa es mandarlas a San Luis... y para nosotros es menos papeleo. Un parto cuando es normal sale sólo. Y en el centro de salud se tiene igual o mejor que el equipo que tienen en San Luis para atender un parto. Pero si atiendes un parto pues es estar allí hasta que salga, no dormir y es un rollo de papelería. Y si se te complica porque no eres Dios puedes perder la carrera. Entonces -¿cuál es la línea? pregunto yo- ¡Pues enviarlo a San Luis!

Dice que muchas mujeres que abortan, porque les pegan, porque se ponen el método, y abortó, entonces hay que hacerles legrados. Entonces las mandan hasta Ometepec. Entonces yo dije: "los voy a hacer aquí; yo sé hacerlo, es fácil, yo tengo el material". ¡Pero ya no! Los voy a mandar. De preferencia mándalos. Si los haces tienes que hacer muchísimo papeleo y si algo llega a complicarse vas a perder tu carrera. Porque aparte los medicamentos que se necesitas

*no los da la Secretaría (SESAEG) entonces los vas a tener que poner de tu bolsillo. Entonces mejor los vas a mandar a San Luis*⁸⁴.

Este testimonio del médico pasante, nos muestra la orientación institucional en la Secretaría de Salud de Guerrero, respecto a remitir todos los partos, incluso los eutócicos, a los hospitales básicos comunitarios o a los de segundo nivel, evitando su atención en los centros de salud. Un monitoreo realizado en la Jurisdicción Sanitaria 03 Centro (Berrío, 2011), ratificó esta situación pues eran muy pocos los centros de salud que atendían partos allí y cuando esto ocurría era por iniciativa de los médicos asignados a esas unidades, pero no por una indicación institucional. El mismo monitoreo mostró que el grado de satisfacción de las mujeres se incrementaba considerablemente cuando podían atenderse su parto en el centro de salud, cerca a su casa, con la presencia de sus familiares y sin tener que salir de la comunidad. Igualmente los hospitales básicos a los cuales correspondían dichos centros, reconocían su ayuda en descongestionar los mismos de casos de bajo riesgo. En Cuanacaxtitlán, fue posible observar durante el trabajo de campo, cómo se ha incrementado el número de mujeres que manifestaban haberse atendido su último parto en el hospital de San Luis, incluso cuando estos fueron eutócicos.

Al momento del campo existían en esta comunidad, dos parteras tradicionales y los relatos de las mujeres mayores se referían a parteras experimentadas que ya habían fallecido. Esto nos muestra que el recurso local de atención en salud está reduciéndose y por tanto las opciones de atención se van restringiendo al ámbito institucional, particularmente en el Hospital de San Luis Acatlán, o al ámbito doméstico con ayuda de familiares o la mujer sola, especialmente cuando se trata de mujeres con una cierta experiencia reproductiva que ya han vivido otros partos previos y no quieren dejar su casa o sus hijos, optan por atenderse ellas solas en sus hogares.

Respecto a los tiempos y costos de atención señalaré que un taxi colectivo a San Luis costaba normalmente 15 pesos en 2008, sin embargo, ya no circulan después de las 6 pm. y si una mujer inicia el trabajo de parto después de esa hora es necesario contratar un viaje especial que puede costar alrededor de 300 pesos. Si el parto no presenta ninguna complicación la mujer es atendida en San Luis y regresa al día siguiente o dos días después. Sin embargo, cuando se presenta una complicación o no se cuenta con el equipo o personal especializado

⁸⁴ Entrevista con el médico pasante en el Centro de Salud de Cuanacaxtitlán. Agosto de 2008.

para atender el evento obstétrico, las mujeres son enviadas a Ometepec al Hospital Regional Amigo de la Madre y el Niño. El traslado se realiza normalmente en la ambulancia del Hospital o una prestada por el ayuntamiento. Sin embargo, el costo de la gasolina y en ocasiones incluso del chofer, debe ser asumido por la mujer y sus familiares pues el hospital no cuenta con los recursos suficientes para ello. Ese monto de gasolina estaba en 2012 alrededor de \$600 y era asumido en la mayoría de los casos, por los familiares.

El traslado a Ometepec dura una hora con treinta minutos pues de San Luis a Marquelia son 45 minutos y el mismo tiempo de Marquelia a Ometepec si el vehículo va directo. Cuando las mujeres debían acudir al Hospital de Ometepec durante su embarazo para realizarse un ultrasonido o exámenes de laboratorio, esta ruta se convertía en un día completo, considerando las más de dos horas de cada tramo, los tiempos de espera en cada parada de taxi en Cuanacaxtitlán, San Luis y Marquelia, así como las de regreso en Ometepec, Marquelia y San Luis e igualmente los tiempos de espera en el Hospital Regional de Ometepec. Si el traslado correspondía a un trabajo de parto complicado, el tiempo podía reducirse un poco pero a su vez los costos se elevaban a más de \$1.500 pesos si consideramos el costo del viaje express hasta San Luis, el pago de la gasolina hasta Ometepec y en algunos casos el pago del chofer o del médico que acompaña en el traslado. Volveremos en detalle sobre ello en el capítulo seis.

Frente a este panorama de servicios de salud, las experiencias de participación comunitaria en salud y de estrategias interculturales implementadas por las propias organizaciones de mujeres indígenas en la región, constituyen buenas prácticas que vale la pena promover y replicar en tanto fortalecen la oferta de prevención y atención durante el embarazo y el parto. Igualmente porque dan vida a estrategias comunitarias para la salud materna diseñadas por la Secretaría de Salud pero con poca capacidad operativa para implementarlas.

Una de estas estrategias oficiales establecidas en los lineamientos de APV (2002:42) desde 2001, son las posadas de atención a la mujer embarazada (AME) y el transporte AME. Se espera que en este lugar la mujer gestante de riesgo pueda llegar unos días previos al parto y esperarlo cerca de los servicios de salud; así como descansar posteriormente una vez es dada de alta, antes de retornar a su comunidad. Lo paradójico es que no existen posadas AME de la Secretaría de Salud en ninguna de estas dos cabeceras a las cuales me he referido y por tanto siguen siendo buenos deseos más que acciones reales.

Quienes prestan este servicio son la “Casa de Salud Manos Unidas” en Ometepec⁸⁵ y la “Casa de la Mujer Indígena Nellys Palomo”, en San Luis Acatlán. Ambas instancias pertenecen a organizaciones de mujeres indígenas quienes realizan acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva, entre ellas la salud materna, y prevención de la violencia de género en la región. Estas casas son parte de un proyecto nacional financiado e impulsado por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) y se han convertido en espacios estratégicos para las mujeres que vienen de comunidades lejanas, pues son atendidas en su lengua, por otras mujeres y hombres indígenas. En el caso de San Luis, incluso pueden realizar su parto en la Casa con el acompañamiento de las o los parteras y el apoyo, cuando se requiera, de un médico asignado a este espacio por la SESAEG, de manera permanente.

Las casas, establecidas en 2004 y 2011, realizan un valioso trabajo en seis municipios de la Costa Chica. En la práctica están construyendo una propuesta de abordaje intercultural para la salud sexual y reproductiva, pues han generado metodologías específicas para la promoción de la salud en sus propias lenguas, realizan prácticas de atención durante el embarazo y el parto partiendo de los mismos códigos culturales como sobadas, masajes y revisión con parteras durante la gestación.

Mediante sus redes de promotoras y en forma conjunta con otras organizaciones,⁸⁶ se lleva a cabo en las Casas, un trabajo fundamental de mediación cultural con los servicios de salud, materializado en la detección, canalización, acompañamiento, gestión, interpretación lingüística y defensa de derechos para las mujeres que necesiten asistir a las instancias de salud correspondientes. Del mismo modo, realizan un trabajo comunitario de información, sensibilización, seguimiento a embarazadas y convencimiento a familiares o autoridades en casos de riesgo, que ha salvado la vida de muchas mujeres durante estos años.

Asimismo, las integrantes de ambas Casas mantienen una relación de vinculación permanente con la jurisdicción sanitaria y los hospitales correspondientes, quienes a pesar de reconocer el papel importante de las mismas en el convencimiento y acercamiento de las mujeres a los servicios de salud, siguen viendo a estos grupos de parteras y promotoras como actoras/os secundarios en el proceso salud-enfermedad-atención, se les cuestiona con argumentos de

⁸⁵ Una sistematización del trabajo desarrollado por la Casa de salud “Manos Unidas” se puede consultar en el trabajo de Espinosa (2103), el cual recupera de manera conjunta con las integrantes de la organización, la historia y el trabajo realizado por ellas en materia de salud y prevención de la violencia.

⁸⁶Kinal Antzetik Guerrero A.C y Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas.

riesgo y de supuesta ausencia de conocimientos respecto a la atención del embarazo y el parto.

A modo de conclusión:

Hemos tenido a lo largo de este capítulo un acercamiento a las características generales de la región y comunidades seleccionadas. Guerrero es un estado con elevada población indígena, altos índices de marginación y un fuerte problema de mortalidad materna irresuelto que nos muestran los niveles de desigualdad social allí existentes, muchos de ellos asociados a condiciones de etnicidad y por supuesto pobreza. Más del 90% de la población en la Costa Chica es atendida por la Secretaría de Salud, con una plantilla de personal y una infraestructura institucional mucho menor a la requerida para atender a los habitantes de la Jurisdicción Sanitaria 06.

Las comunidades seleccionadas se ubican en el grupo de localidades que cuentan con centros de salud disponibles allí mismo y un fácil acceso a los hospitales de primer y segundo nivel correspondientes. Sin embargo, no es ese el caso de las 765 localidades de la Costa Chica, la mayoría de las cuales, dado el reducido número de habitantes, no cuentan con servicios de esta naturaleza y deben trasladarse a comunidades más lejanas en busca de atención.

De esta manera, se comienzan a perfilar las dificultades para garantizar los cuatros elementos que marcan la perspectiva del derecho a la salud (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad), a los cuales nos hemos referido en el primer capítulo. Al analizar la red de servicios jurisdiccionales y la organización de los mismos en estas dos comunidades, se evidencian dificultades de disponibilidad y acceso a los servicios de salud en general. Observaremos en los capítulos cuatro y cinco cuál es el comportamiento de tales servicios en materia de calidad y aceptabilidad.

Por otra parte, es claro el fuerte problema de mortalidad materna existente en la región. Pese a los esfuerzos institucionales, el comportamiento de la misma permanece prácticamente igual durante los últimos diez años y se observa una concentración de los fallecimientos en municipios indígenas y en mujeres sin acceso a seguridad social lo cual nos muestra las intersecciones en las exclusiones e inequidades asociadas a la condición de género, étnica y de clase. Las políticas públicas, programas y acciones en salud materna, a las cuales nos referimos

en el capítulo anterior, se han desarrollado en Guerrero reproduciendo las estrategias federales e incorporando algunas específicas del Estado.

Sin embargo, el panorama epidemiológico de la mortalidad materna nos muestra los enormes rezagos y retos enfrentados en esta región, para dar una efectiva respuesta a esta problemática. Determinantes sociales como las condiciones socioeconómicas, las dificultades y altos costos de movilización, las debilidades en la red de servicios de salud y en la presencia del Estado, los bajos niveles de escolaridad y acceso a servicios, son fundamentales para la comprensión de la mortalidad materna en la Costa chica y particularmente entre las mujeres indígenas. Por otra parte, las desigualdades de género y étnicas se manifiestan de manera palpable en un sistema de salud que tanto en sus funciones de diseño, rectoría y financiamiento analizadas en el capítulo anterior, como en la prestación de servicios abordada en este, no considera las necesidades y miradas específicas de la población indígena, reproduciendo de este modo exclusiones e inequidades en salud y serias dificultades para el ejercicio de derechos.

CAPÍTULO 4

TRAYECTORIAS REPRODUCTIVAS

El propósito de este capítulo es mostrar el comportamiento reproductivo de las mujeres indígenas en México y particularmente en las dos comunidades analizadas, describiendo la trayectoria reproductiva y el tipo de atención obstétrica que reciben mujeres indígenas amuzgas y mixtecas de distintos grupos etarios, destacando sus principales diferencias y similitudes. La atención obstétrica será analizada como parte de la trayectoria reproductiva de las mujeres, en la medida en que se considera que esta dimensión de la vida está regulada, parcialmente, por la cultura reproductiva y forma parte de las prácticas y significados asociados con el matrimonio, la descendencia, el número de hijos, el espaciamiento, el trabajo reproductivo y la división del trabajo al interior del grupo familiar y de parentesco. Se incorpora un análisis que considera la variable edad de las mujeres, para dar cuenta de cómo se va configurando esta trayectoria a lo largo de su vida (Elder, 1987; Solís, *et al.*, 2008; Hockey and James, 2003).

He señalado en el capítulo teórico que el proceso reproductivo constituye el eje central de mi análisis, asumiendo la perspectiva teórica de Ginsburg y Rapp (1995). Dos de las preguntas centrales del trabajo nos remiten a indagar cuál es la normatividad comunitaria del proceso reproductivo, incluyendo el papel asignado a las redes familiares y comunitarias; así como cuáles son las trayectorias reproductivas y prácticas de atención utilizadas por las mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero, durante el embarazo, parto y puerperio.

Considero que dos formas de acercarnos empíricamente al proceso reproductivo, es mediante el análisis de la normatividad reproductiva tanto comunitaria como institucional; y el acercamiento a las trayectorias reproductivas las cuales permiten observar la manera en que ocurren las transiciones en la vida asociadas a la reproducción. Esto incluye, sexualidad, vida en pareja, reproducción, maternidad, prácticas de atención y mecanismos para controlar la reproducción. En este capítulo analizaré dicho comportamiento reproductivo, a partir de los datos oficiales existentes a nivel nacional (Enadid, 2006 y 2009; Ensar, 2003, Ensademi, 2008,

SSA, DGIS 2012, INEGI, 2010), los referidos a mujeres indígenas, así como los derivados de la encuesta reproductiva (ER) realizada en las dos comunidades seleccionadas.

4.1 Trayectorias reproductivas

En este trabajo utilizo el concepto de trayectoria para referirme a procesos longitudinales asociados a la edad, que a su vez están conformados por una serie de transiciones o eventos cruciales en la vida de las personas, los cuales permiten observar el modo en que dichas transiciones se van concatenando y definiendo la trayectoria específica de la persona, grupo o cohorte analizado, en un periodo de tiempo mayor⁸⁷.

Considero la trayectoria reproductiva a partir de las siguientes transiciones: inicio de la vida sexual activa (IVSA), inicio de la vida conyugal⁸⁸(IVC), inicio de la maternidad (IM) número total de gestas(NG) y de hijos vivos (NHV), tipo de atención obstétrica utilizada en el embarazo (AE) y parto (AP), lugar; inicio de uso y tipo de métodos de anticoncepción (IUA), así como el cierre del ciclo reproductivo para el caso de las mujeres mayores de 35 años.

Estas transiciones dan cuenta de comportamientos individuales que a su vez están definidos y reglamentados socialmente. En ese sentido corresponden a universos socioculturales específicos y marcan cambios en el rol, en el status, en la identidad y en el lugar social ocupado por las personas a medida que van transitando por dichos eventos. Las trayectorias pueden corresponder a diversos aspectos de la vida social y a partir de ahí, es posible realizar trayectorias laborales, reproductivas, escolares, de migración, etc.; o bien combinar varios aspectos de estos ámbitos en el análisis (Solís, *et al.*, 2008).

Las trayectorias reproductivas (TR) tienen una dimensión individual que dan cuenta de una serie de transiciones y eventos asociados a la reproducción, entre los cuales se encuentran las historias de pareja, el número de gestas y la edad a la cual estas ocurren, la regulación de la fecundidad, el inicio de la sexualidad, la reproducción y la finalización de la vida reproductiva, el número final de hijos e hijas tenidos, entre otros.

Al mismo tiempo, remiten a una dimensión colectiva y permiten recuperar normatividades de género, valores y prescripciones culturales en torno a la maternidad, la paternidad y la

⁸⁷ Caracterización propia a partir de los trabajos sobre “Curso de Vida” desarrollados por Elder, 1987; Solís, *et al.*, 2008; Hockey and James, 2003 y Pérez-Baleón, 2010.

⁸⁸ Entendida como vida en pareja socialmente reconocida como tal, independientemente del tipo de ritual y/o contrato civil o religioso con el cual se haya formalizado la relación.

reproducción, en un grupo específico y en un periodo histórico determinado, pues las decisiones individuales están inscritas en las posibilidades que brinda cada cultura respecto a lo que considera adecuado o no en relación con la reproducción: cuándo, de qué manera y en qué circunstancias concretas ésta debería tener lugar o restringirse.

Vale la pena señalar que estas trayectorias están mediadas, además de la cultura, por el género, la generación y en parte también son influidas por aspectos relacionados con las condiciones socioeconómicas y de clase. Las transiciones o el orden de las mismas, están genéricamente definidas, pueden cambiar de una generación a otra y sufrir modificaciones en las formas en que se manifiestan o los rituales de paso establecidos por cada grupo para marcar los tránsitos, aunque el sentido o la significación profunda de los mismos pueda mantenerse a través de diferentes generaciones así como la idealización por cumplirlos aunque no siempre se logre.

Hockey and James (2003), conciben estos tránsitos como un proceso, un devenir en permanente construcción y resignificación, inmersos en una red de relaciones y procesos sociales que impactan de manera significativa y definen las posibilidades de cada trayectoria individual. Podemos observar entonces la conexión entre edad, identidades sociales y poder. La maternidad es concebida como un lugar social que muestra el sistema de género construido en cada grupo social y un mecanismo para mirar como las transiciones vividas por las mujeres a lo largo de su vida adulta se concentran en este evento en particular con más fuerza.

A través de la reproducción mujeres y hombres no sólo configuran su propia historia de vida, sino que se insertan en la estructura social comunitaria, garantizando la reproducción de la misma, tanto en términos poblacionales como culturales. La adultez social no está definida desde una perspectiva de la edad exclusivamente, sino también de elementos asociados a la producción y la reproducción que se configuran en un largo periodo de tiempo cuyo primer evento clave en este contexto es el inicio de la conyugalidad⁸⁹; y donde el parentesco por alianza juega un papel central (Freyermuth, 2003; Espinosa, 2008; Elu, 1993).

⁸⁹ La conyugalidad es uno de los eventos significativos en este contexto, si bien desde la perspectiva del curso de vida se hablaría de otras como la escuela, el trabajo, salida del hogar paterno, hijos. Muchas de estas transiciones ocurren antes de la conyugalidad.

En la presente investigación se plantea que la trayectoria reproductiva es un instrumento metodológico que permite dar cuenta de esas transformaciones sociales en tanto muestra los procesos biosocioculturales por los cuales las mujeres acceden a un lugar social en el sistema de parentesco, así como las modificaciones de éste a lo largo de la vida. En tal sentido se insertan las prácticas de atención a la salud materna en el marco de esta trayectoria reproductiva, como un asunto que tiene una dimensión individual pero que está culturalmente situada, y frente a la cual el sistema de salud sólo accede a una parte de ella.

Igualmente, mostrar estas transiciones que comienzan desde antes de la gestación, en el marco de una normatividad de género establecida a nivel familiar y comunitario, puede ayudar a prestadores de salud a comprender que las decisiones y prácticas concretas de atención, materializadas en acciones como la asistencia o no al control prenatal, el tipo de persona con quien se atiende el embarazo y el parto, el lugar donde este ocurre, la adherencia a los tratamientos terapéuticos y las decisiones en torno a la regulación de la fecundidad, ámbitos todos donde hay una fuerte injerencia del sector salud, sólo son parte de un continuum más amplio que no depende exclusivamente de las mujeres, pues en el caso de las mujeres de este estudio, está culturalmente definido desde la normatividad reproductiva de estos dos grupos étnicos específicos.

Para las mujeres hay distintos momentos y experiencias vitales que marcan el lugar y el reconocimiento social de sus identidades a lo largo de la vida: como hijas, esposas, nueras, madres o suegras. La maternidad es un lugar social que permite observar las dinámicas asociadas al cuidado de la mujer y los hijos e hijas a lo largo de la misma, las personas involucradas en dicho cuidado, la preferencia por determinadas opciones de atención y sus modificaciones a lo largo del proceso reproductivo, las cuales, a su vez, dan cuenta de conocimientos, experiencias y acceso a recursos que modifican el modo en que se vive cada uno de estos eventos. En tal sentido, podemos observar esas trayectorias que cada grupo de edad va atravesando, así como las experiencias reproductivas y de atención a la salud obstétrica asociadas a ellos.

La decisión de presentar la información en este capítulo, por grupos de edad, obedece al interés por acercarnos a la diversidad de experiencias que enfrentan las mujeres, según el momento vital en que se encuentran. He señalado en el capítulo teórico la necesidad de mirar las intersecciones de clase, género y etnia, pero también las relacionadas con la edad. Estas

mujeres no sólo son diferentes a otras por su condición de clase y pertenencia étnica; también hay diversidad y tensiones entre ellas asociadas a la edad y al lugar social⁹⁰ que ocupan en la red de parentesco. Estos son elementos que definen de manera importante, el modo en que viven sus procesos reproductivos, ejercen derechos y se relacionan con el Estado.

Coincido con Ginsburg y Rapp (1995:10) en considerar que la reproducción está inserta en un ámbito de producción cultural como un proceso continuo de transformación social y no como la réplica estática de comportamientos reproductivos de generaciones anteriores. Por ello podemos percibir las transformaciones y continuidades que marcan sus experiencias, aquellos comportamientos y valores que se mantienen aun cuando la forma de expresión se modifique; y aquellos que van viviendo transformaciones profundas respecto a generaciones anteriores, a partir del diálogo constante con estos flujos transnacionales de discursos, políticas, orientaciones, jerarquías y relaciones de poder.

4.2 Comportamiento reproductivo de las mujeres en México

Los datos proporcionados por la última Encuestas Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Ensar 2003), la Encuesta de Salud y Demografía de Mujeres Indígenas (Ensademi 2008), y la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2006 y 2009), constituyen un importante referente para comprender el comportamiento reproductivo actual en México. Algunas encuestas presentan información desagregada por condición étnica, y todas tienen la característica de ser una fotografía de lo que sucede en el momento en el cual fueron producidas.

Las trayectorias reproductivas y de atención, aunque no tienen el nivel de cobertura y generalización que implican los censos y encuestas nacionales, nos permiten observar lo que sucede en grupos específicos en un momento determinado, e identificar desde una perspectiva diacrónica y longitudinal, la consistencia o no de estos comportamientos a lo largo del tiempo entre los miembros de una misma generación y entre generaciones, así como ubicar las modificaciones en las preferencias de atención con un determinado curador según el momento vital o la edad de las mujeres. Igualmente identificar las diferencias en las preferencias de atención entre cada gesta e incluso durante el embarazo y el momento del parto. A continuación realizaré un acercamiento general a los comportamientos reproductivos

⁹⁰ En ellas la edad y el lugar social van completamente aparejados, ya que la normativa que enfrentan es muy precisa en indicar el momento en que deben unirse y una vez dada esta transición, todas las demás deben sucederse inmediatamente, de tal forma que a cierta edad de ellas sus hijos comienzan a repetir el ciclo, lo que las lleva a enfrentar nuevos roles.

de las mujeres en México, para adentrarme paulatinamente en cómo se manifiesta en el caso de las mujeres indígenas a nivel nacional, y particularmente en estas dos comunidades.

Según datos de la Enadid 2009, las mujeres mexicanas inician su vida sexual activa (IVSA) a los 19.6 años en promedio; la edad de la primera unión o lo que llamo en este trabajo, inicio de vida conyugal (IVC), se produce a los 21.8 años y el primer hijo un año después, a los 22.3 años. En contraste, el uso de métodos anticonceptivos por primera vez, ocurre casi seis años después a los 28.8 años. Del total de población femenina en edad reproductiva (15 a 49 años), el 57.2% se encuentra unida y el 8.2% alguna vez lo estuvo. El 34.2% está soltera, concentrándose esta población en los grupos de menor edad, especialmente de 15 a 24 años.

EN México ocurren más de dos millones de nacimientos cada año. El Censo de Población y Vivienda, 2010 reportó que para ese año el número total de nacimientos fue de 2,251,058 (INEGI, 2010). Es conocida la drástica reducción de la fertilidad ocurrida en México a partir de los 70 cuando inicia la política de control de la natalidad. La tasa global de fecundidad pasó de 3.36 hijos en 1990 a 2.28 en 2010 (INEGI, 2010) y el número promedio de hijos nacidos vivos fue de 1.7; cifra interesante si la contrastamos con el promedio de hijos deseados por las mujeres, el cual se ubica en 2.7 hijos; es decir, las mujeres mexicanas posiblemente podrían estar teniendo menos hijos de los que realmente quisieran.

Este comportamiento, diferenciado entre las aspiraciones y las prácticas, podría explicarse por las condiciones económicas, la inserción femenina en el mercado laboral, proyectos de vida que contemplan otros aspectos adicionales a la maternidad, así como un incremento en el conocimiento, acceso y uso de métodos anticonceptivos, entre otros. Nos muestra también la distancia entre las representaciones y las prácticas. Si bien hay un deseo entre las mexicanas de tener más cantidad de hijos, en un contexto donde la normatividad reproductiva establece una alta valoración de la maternidad; en la práctica las mujeres podrían estar optando por tener menos hijos y comportamientos reproductivos distintos a los socialmente esperados o a los de generaciones anteriores.

En materia de anticoncepción, encontramos que el 98% de las mujeres de 15 a 49 años encuestadas por la Enadid, 2009, conocen algún método anticonceptivo y 72.5% del total, utiliza alguno. Nos aparece aquí un sustantivo y sostenido incremento en el uso de métodos respecto de 1976, cuando el porcentaje de usuarias sólo alcanzaba el 30.2% de la población

femenina en edad reproductiva. Los métodos más usados son la obstrucción tubaria bilateral (OTB) con un 50.1% de usuarias, seguido del dispositivo intrauterino (DIU) con 16.1%, condón femenino y masculino con un 10.1%; inyecciones con 7.9% y pastillas con 5.8%. El método menos utilizado con sólo un 3.1% es la vasectomía, lo cual nos muestra que la regulación de la fecundidad en México sigue siendo un asunto que se ubica como responsabilidad mayoritariamente de las mujeres y esto nos habla de las configuraciones de género existentes en el país. La reproducción se piensa como un ámbito femenino y tanto el Estado a través de sus políticas públicas como la propia población en sus representaciones, invisibilizan o minimizan el papel de los varones y de otros actores, en este proceso.

Llama la atención que ocho de cada diez mexicanas no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual, situación que como veremos posteriormente, es muy similar al comportamiento de mujeres indígenas. Respecto a la necesidad insatisfecha de anticonceptivos (NIA), el 12% de las mexicanas encuestadas en la Enadid, 2009, manifestaron no haber tenido acceso a métodos, aun cuando desearan no embarazarse. La mayor NIA se ubica en el grupo de 15 a 19 años con un 24.6% de adolescentes y jóvenes que no están logrando acceder al uso de métodos, la mayoría de las veces por prejuicios de los prestadores de salud y proveedores de métodos. El segundo grupo con mayor NIA es justamente el de mujeres indígenas con un 21.8% y en el estado de Guerrero es de 17.5% convirtiéndose en la segunda entidad federativa con mayor necesidad insatisfecha de anticonceptivos en el país después de Chiapas.

Respecto a los indicadores de salud materna, la Enadid 2009 manifiesta que el 92.8% de mujeres mexicanas embarazadas en los últimos cinco años en que se realizara la encuesta tuvieron control prenatal con médico o médica, mientras el 3.0% con enfermeras y el 1.4% con parteras. Sólo 2.8% del total de mujeres que tuvieron un embarazo, no realizó ningún tipo de control. Al analizar los datos por zonas observamos que en áreas rurales decrece el número de control con médico a un 85.5% y se incrementa la atención con enfermera y partera con un 6.3% y 4.2% respectivamente. Esto nos habla de una elevadísima cobertura de control prenatal a nivel nacional, la cual disminuye en zonas rurales para dar mayor peso a enfermeras y parteras, seguramente porque en áreas de muy alta dispersión geográfica, son el único recurso disponible y/o hay una preferencia de atención e identificación con figuras más cercanas como las parteras, especialmente en el caso de mujeres indígenas.

El promedio de consultas prenatales, según la Enadid, 2009 fue de 8 visitas, que en áreas rurales decrece ligeramente a 6.8 y en urbanas se incrementa a 7.6. Estos promedios rebasan incluso el número de consultas mínimas establecida por la SSA que es de cinco, y nos muestran que el control prenatal durante el embarazo, está incorporado como una práctica importante y sistemática por parte de las mujeres. Sin embargo, al contrastar con las cifras de mortalidad materna y de mujeres fallecidas que tuvieron control prenatal podemos deducir que la calidad de la consulta recibida, posiblemente no es la más adecuada. Ahora bien, los datos del CNEGySR de la SSA sobre control prenatal en el sistema de información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM- México)⁹¹ (Citados por el OMM, 2013:24) señalan un promedio de consultas menor correspondiente a 5.09 entre mujeres gestantes en México. Las tres entidades federativas con menor número de visitas para control durante el embarazo son Distrito Federal con 4.17; Sinaloa con 4.18 y Guerrero con 4.42.

La atención del parto por personal médico se ha incrementado considerablemente pasando de 78.7% en 1990 a 94.1% en 2010. Chiapas y Guerrero son los dos estados con menor atención calificada del parto con un 54.9% y 77.9% respectivamente (DGIS, SSA, Sistema de Información, citado en OMM, 2013:15). La Enadid, 2009 reconoce por su parte que un 3.8% de partos a nivel nacional es atendido por parteras pero este se incrementa a 11.3% en áreas rurales. Sin embargo, los datos de la propia SSA previamente señalados, nos permiten pensar que el 45% de mujeres chiapanecas y 22% de guerrerenses que no tuvieron atención de su parto con personal médico, fueron atendidas por parteras, por algún familiar o por ellas mismas.

4.3 Comportamiento reproductivo de las mujeres indígenas en México:

Los datos sobre salud sexual y reproductiva de mujeres indígena existentes en México, siguen siendo relativamente pocos y es necesario fortalecer el registro de información desagregada por condición de pertenencia étnica. Los datos disponibles señalan que entre las mujeres indígenas la edad de inicio de la primera relación sexual ocurre un poco antes que el promedio nacional y prácticamente coincide con el inicio de la vida en pareja. Del mismo modo la edad a la cual se tiene el primer hijo se reduce dos a tres años respecto a mujeres no indígenas.

⁹¹ www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/odm/odmhtm

Las estimaciones del Conapo a partir de la Ensar, 2003, muestran que la edad mediana de la primera relación sexual entre indígenas fue de 17.7 años, la de la primera unión a los 18.1 y la edad a la cual se tuvo el primer hijo fue a los 19.4 años (García et al, 2006:75). Como vemos, median sólo cuatro meses entre el IVSA y el IVC y prácticamente un año después ocurre el primer nacimiento. Ello ratifica la información existente respecto al comportamiento reproductivo de mujeres indígenas (Drovetta, 2010; Rodríguez, y Kjeizer, 2000; Freyermuth, 2003; Szasz, 2008), donde estos tres eventos ocurren como un continuum y son intervalos muy cortos entre inicio de vida sexual, de unión en pareja y del primer hijo. La Ensademi, (2008:62) señala que de las mujeres indígenas encuestadas en ocho regiones indígenas de seis estados, el 68.51% se casaron entre los 9 y los 19 años y el 62.74% de ellas tuvo su primer hijo en ese mismo rango de edad.

La fecundidad entre mujeres indígenas es más elevada que el promedio nacional, si bien se ha reducido pasando de 4.25 hijos en 1995 a 2.97 en 2006 (Enadid, 2009). El número promedio de hijos deseados es de 3.5 aunque en localidades menores a 15.000 habitantes aumenta a 3.7. No tenemos información respecto a la edad de uso del primer método anticonceptivo pero si es impactante la brecha en el conocimiento y uso de métodos respecto al resto de las mexicanas no indígenas. Mientras 98.7% de mujeres a nivel nacional conocía al menos un método, entre mujeres indígenas 85.1% dijo conocerlo y 58.3% ha usado alguno. Es importante señalar que la necesidad insatisfecha de anticonceptivos entre esta población es la segunda más elevada del país.

Si bien casi la mitad de las mujeres indígenas en edad reproductiva no usan ningún método, lo cierto es que ha habido un incremento de 10 puntos porcentuales respecto al uso existente en 1997 que era de 48.3%. Esto contrasta con el prácticamente estancamiento de uso de métodos entre mujeres no hablantes de lengua indígena (NHLI) que sólo se incrementó 3.3% en el mismo periodo (Conapo, 2009:21). El método más usado, igual que entre mujeres no hablantes de lengua indígena fue la OTB con 46%, seguido del DIU con 16.8%, métodos tradicionales con 13.2%, inyecciones con 12.4% y finalmente pastillas con 5.9%. El uso de vasectomía entre población indígena fue prácticamente inexistente con 0.2% (Estimaciones del Consejo Nacional de Población con base en la Ensar, 2003. Citado en García et al, 2006:77). Las dos instituciones donde mayoritariamente las mujeres indígenas reportaron haber obtenido los anticonceptivos fue el IMSS con 44.5% y la SSA con 42.5% (Ibíd., pág. 78).

Respecto a la atención del embarazo, parto y puerperio señalaremos que se sigue la tendencia nacional respecto a un incremento en la atención del embarazo con personal de salud. Los datos oficiales de la SESAEG indican un promedio de 3.98 consultas prenatales durante 2009 para todo el estado. En la Costa Chica este porcentaje es un poco mayor y el más elevado, con 4.63 consultas en promedio durante el embarazo.⁹²

4.4. Comportamiento reproductivo de las mujeres indígenas en las comunidades seleccionadas:

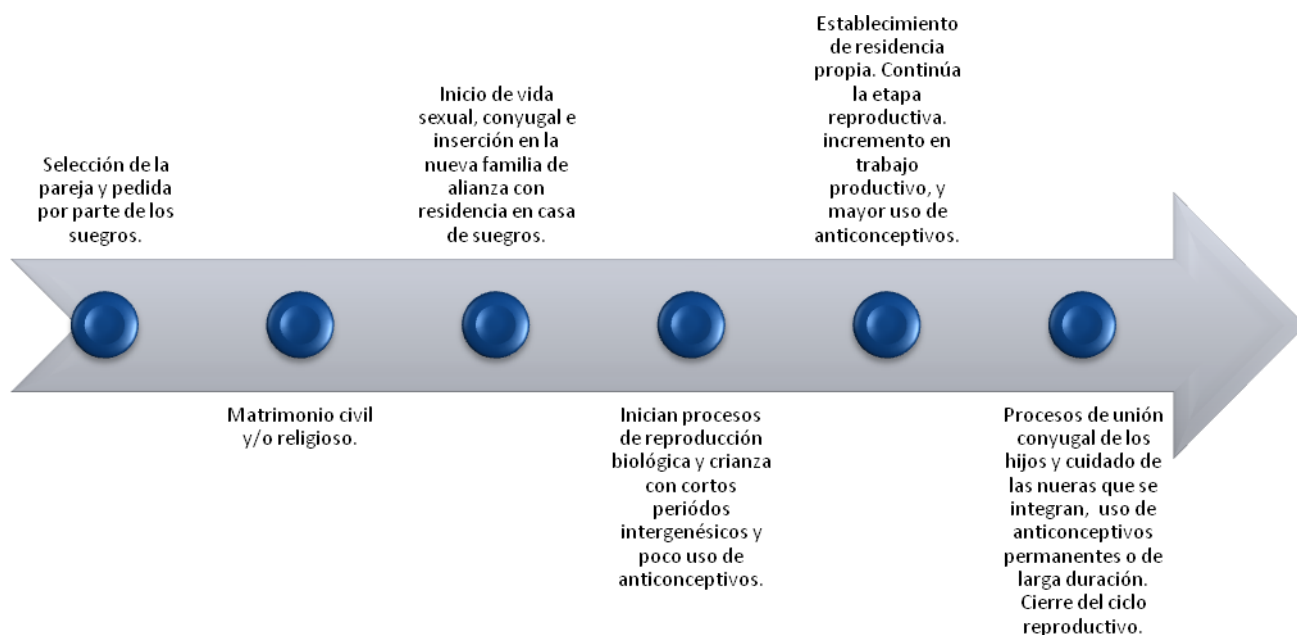
Hemos visto en los apartados anteriores, cuál es de manera general, el comportamiento reproductivo de las mujeres en México, y particularmente de las mujeres indígenas. Pudimos observar diferencias importantes entre ambos grupos respecto de la tasa global de fecundidad que es más elevada entre mujeres indígenas. Igualmente en relación con la edad de inicio de vida sexual activa, unión y primer hijo, que en todos los casos es más temprana entre indígenas. Del mismo modo, un menor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en contraste con una mayor atención con personal no médico, especialmente parteras durante el embarazo y parto.

Nos adentraremos ahora en un reconocimiento de dichos comportamientos en las comunidades indígenas analizadas en la Costa Chica. Para ello, y dado que nos interesa mirar, además de las diferencias étnicas, aquellas asociadas a la edad, presentaré la información por grupos etarios. Es necesario señalar previamente que si intentáramos esquematizar cuáles son los eventos y procesos más relevantes relacionados con la reproducción entre mujeres indígenas, encontraríamos que este inicia a temprana edad (15-17 años) con la pedida de la joven por parte de los padres o familiares del varón, o bien, con los rituales de pedida de perdón cuando la pareja ha decidido unirse sin permiso previo de los padres de la joven.

Posterior a ello se realiza la boda o la unión de facto y la nueva pareja se traslada a vivir durante los primeros años de matrimonio en casa de los padres del varón. Allí permanecerán durante algunos años, e iniciarán su vida reproductiva procreando sus primeros hijos e hijas mientras reúnen el capital suficiente para construir su vivienda propia, lo cual ocurre alrededor de cinco años después, es decir, entre el segundo y el tercer hijo. Esta vivienda propia a su vez, acogerá años después a las nueras que se incorporen a la unidad doméstica para iniciar la vida en pareja con los hijos varones. La siguiente ilustración intenta mostrar este recorrido.

⁹² Informe Arranque Parejo en la Vida, 2009. Presentación en PPT publicada en la página oficial de la Secretaría de Salud de Guerrero.

Ilustración 9. Esquema ideal del proceso reproductivo entre mujeres amuzgas y mixtecas



Tales momentos no son fijos ni ocurren siempre de la misma manera pues la reproducción está inserta en un contexto de permanentes transformaciones, es dinámica y depende también de las decisiones, aspiraciones individuales y recursos disponibles, los cuales van transformándose en la interacción entre lo local y lo global. Al incorporar la variable edad podemos observar en cada uno de los grupos etarios momentos distintos de este proceso reproductivo, lo cual nos da cuenta tanto de las decisiones en este ámbito como de la manera en que las transiciones reproductivas se articulan con actividades económicas, trabajo reproductivo, lugar en la estructura familiar, entre otros. Veamos a continuación cuál es la trayectoria reproductiva de cada uno de estos grupos y en qué momento de este esquema se encuentran.

4.5 Trayectorias reproductivas de las mujeres en cada grupo de edad

Mujeres mayores de 35 años:

El primer grupo corresponde a las mujeres de 35 años o más, quienes nos permiten asomarnos al mundo de los comportamientos más tradicionales en materia reproductiva y de atención, así como entender, de mejor manera, cuáles son las transformaciones operadas entre las mujeres de menor edad, cómo se han modificado los comportamientos reproductivos y la existencia de

una serie de continuidades transgeneracionales en los significados sociales atribuidos a la conyugalidad, la maternidad y la sexualidad, marcadas por el peso simbólico de la virginidad, entre otros aspectos.

Si bien en otros contextos las mujeres de esta edad están en pleno momento de participación en la vida económica, de construcción del proyecto familiar con hijos o hijas pequeñas o incluso, entre ciertos grupos sociales de mujeres profesionales, apenas iniciando la maternidad; en las comunidades indígenas esta es una edad donde ya ha habido un largo recorrido reproductivo y el lugar social asignado a estas mujeres es el de madres-suegras-abuelas.

El promedio de hijos en este grupo de edad fue de 6.6, generalmente han tenido ya todos los que pensaban tener e incluso muchas están cerrando por decisión propia su ciclo reproductivo mediante el uso de métodos anticonceptivos permanentes o de larga duración. Aunque las mujeres de este grupo, aún tienen hijos pequeños, los mayores, que fluctúan entre 15 y 20 años, ya se encuentran en su propio proceso de selección de esposas que se integran al núcleo familiar bajo la conducción de estas mujeres madres-suegras; mientras las hijas mayores, posiblemente ya estén también ubicadas en una nueva familia de alianza. Este grupo tiene una larga experiencia reproductiva, y han vivenciado diversos programas de gobierno y políticas públicas orientadas a la reproducción. Del mismo modo, es el que cuenta con mayor acceso a programas de beneficio social como Oportunidades pues nueve de cada diez encuestadas de este rango, contaba con dicho programa⁹³.

La principal actividad reportada por las mujeres mayores de 35 es ser ama de casa, mientras que los esposos se dedican a las labores del campo. En realidad, estas mujeres son parte de la fuerza productiva de la unidad doméstica, desarrollando actividades agrícolas junto con su pareja, artesanales y en menor medida comerciales. Todas viven en su residencia propia, bien sea con su familia nuclear o ya incorporando nuevos parientes por alianza como las nueras que llegan a vivir con ellas, así como los descendientes de sus hijos. El lugar ocupado por estas mujeres dentro de la familia es el de esposas o suegras, de tal manera que la articulación de edad con ubicación en la estructura familiar las coloca en el lugar de mayor privilegio respecto

⁹³ Esto se debe a que prácticamente todas ellas son beneficiarias desde el inicio del programa varios años atrás. En contraste, muchas jóvenes no cuentan con el mismo pues hasta 2008 eran pocos los momentos en los cuales se había abierto el programa a nuevas afiliaciones.

a los otros dos grupos, al mismo tiempo que implica una responsabilidad en el cuidado de los integrantes de la unidad doméstica.

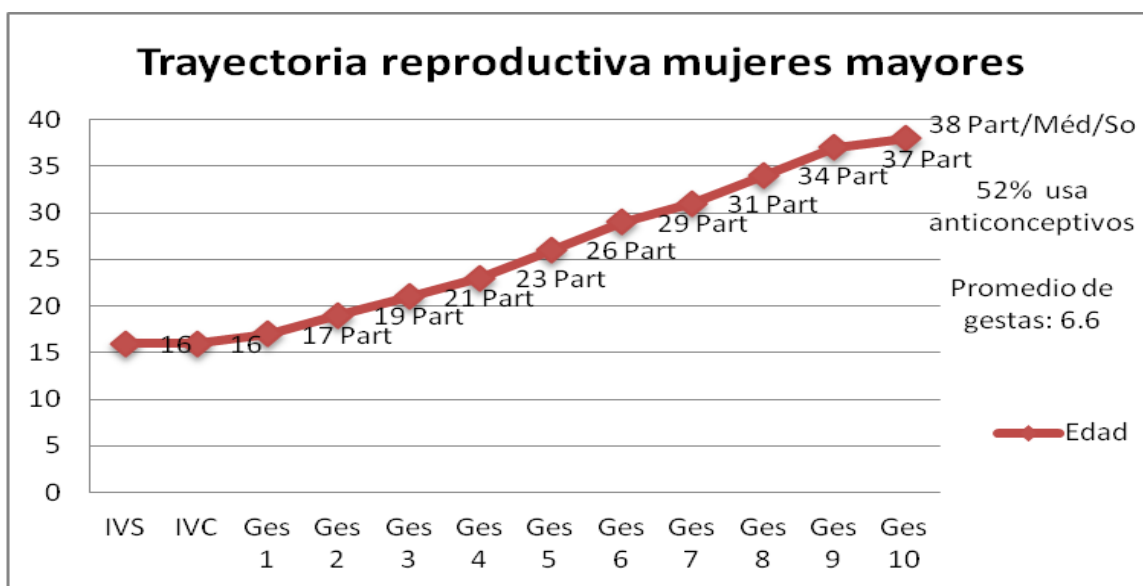
Estas mujeres mayores de 35 juegan un papel protagónico en tanto funcionan como cabeza y desarrollan un papel de organizadoras de la vida doméstica, administran los recursos disponibles para garantizar el funcionamiento de la misma—alimentos trabajo doméstico de otras mujeres y niños—, negocian con el varón cabeza de familia la administración de otros recursos y la toma de decisiones respecto al futuro; el uso y explotación de los bienes disponibles, especialmente la tierra, entre otros. En casos de existir migración de integrantes de la familia como los hijos, a menudo ellas asumen la administración de las remesas enviadas. Cuando es la pareja quien migra, la mujer ocupa un lugar de mayor protagonismo en tanto las acciones incluyen la contratación de peones para la producción agrícola y todas las actividades relacionadas con este ciclo productivo, ya sea para la comercialización o para el autoconsumo. De igual manera ocurre cuando la mujer es viuda o separada.

A nivel de la dinámica social las mujeres son claves en la incorporación de las nuevas integrantes a la familia, incluyendo los rituales asociados a la conyugalidad, la distribución de tareas, la socialización en las costumbres y modos de hacer propios de esa unidad doméstica, el cuidado de hijos, nueras, nietos cuyos padres aún se encuentran en dicha unidad o bien la crianza de nietos cuyos padres han migrado a otros lugares. En ese sentido pueden jugar, simultáneamente, múltiples papeles como esposas, suegras, madres y abuelas y es en el desarrollo de esos roles diversos donde se producen las complejas interacciones sociales que inciden en las decisiones sobre las prácticas de atención en salud de los integrantes de la familia, incluidas las mujeres más jóvenes, así como en la organización del trabajo reproductivo asociado al sostenimiento de los hogares, la crianza, socialización de sus integrantes y mantenimiento de los mismos en condiciones adecuadas.

En este grupo de mujeres, así como en los otros dos grupos de edad, la unión y la primera gesta, tienen lugar entre los 16 y 17 años, respectivamente. La mayoría de estas mujeres está o estuvo casada por la vía religiosa o civil, luego de haber sido pedidas por sus suegros, aunque buena parte de ellas participó en la selección de su pareja. Una característica importante se refiere al número total de gestas, pues encontramos que sólo el 13% de ellas tienen 3 o menos embarazos. Prácticamente la mitad (48.3%) han tenido entre 4 y 7, pero también encontramos un porcentaje significativo de casi 40% con más de 8 gestas y hasta 14.

En ese sentido podemos señalar que la multiparidad es una característica muy significativa y que responde a los comportamientos reproductivos tradicionales para la población indígena documentados por diversas encuestas demográficas e investigaciones etnográficas (Ensademi, 2008; Oyarce, 2010; Vásquez, 2010). Ahora bien, al analizar el número de hijos vivos, se observa una reducción —en la categoría de 8 o más—, de tal forma que se incrementa la concentración en el grupo de 4 a 7 hijos vivos. De este modo, podemos decir que la mitad de las mujeres mayores de 35 años tienen de 4 a 7 hijos vivos (lo cual hablaría de una importante mortalidad infantil en este grupo) y la tercera parte tienen 8 o más hijos. El mayor número de gestas encontrado fue de 14.⁹⁴ La gráfica siguiente resume la trayectoria reproductiva de este grupo de edad.

Gráfico 11 Edad promedio en la cual ocurren las principales transiciones en la trayectoria reproductiva de mujeres mayores de 35 años de los grupos seleccionados, Guerrero, 2008 los títulos no llevan punto



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta Reproductiva, 2008.

IVS: inicio de vida sexual activa. IVC: inicio de vida conyugal o de pareja. Ges: número de gesta.

Part: partera. Med: médico. So: sola o autoatención.

Esto confirma un comportamiento reproductivo marcado por un alto número de gestas a lo largo de la vida, correspondiente a una normatividad social que señala como deseable tener

⁹⁴ Para efectos del cuadro de trayectorias incluí hasta la gesta 10, pues después de ésta el número de casos era muy pequeño y poco representativo para establecer la edad mediana a la cual se produjo dicho evento obstétrico. El 52% de uso de métodos se refiere a si estaba utilizando alguno al momento de la encuesta.

familias numerosas para la ayuda en el trabajo familiar, estableciendo la maternidad como un elemento central en la vida de las mujeres y no contempla de manera significativa el uso de anticonceptivos como mecanismo de espaciamiento o finalización de la vida reproductiva. Todas las mujeres con gestas mayores a 10 hijos tuvieron su último hijo entre los 34 y 37 años, de tal manera que observamos un intenso periodo reproductivo concentrado en los primeros 20 años posteriores a la unión, con periodos intergenésicos de dos años en promedio⁹⁵.

Finalmente es importante señalar que de los tres grupos etarios este es el que presenta mayor uso de métodos anticonceptivos al momento de ser consultadas, con un 52% de las encuestadas. El principal método fue la OTB pues casi siete de cada diez mujeres que usaban un método optaron por éste, seguido del ritmo, métodos hormonales y una mujer que ya no tenía matriz. Esta elevada utilización de la OTB muestra que la decisión de PF está asociada al cierre definitivo de la vida reproductiva y no a su espaciamiento.

En este grupo es donde podemos observar con más detalle las representaciones tradicionales sobre el cuidado de la salud durante el proceso de gestación, parto y puerperio; estas mujeres nos hablan de prácticas desarrolladas ahora, pero también aluden a las llevadas a cabo hace diez, quince y hasta veinte años, pues algunas si bien ya no están en edad reproductiva, con sus relatos, nos permiten conocer cómo operaban estos procesos. Ellas nos guían en un viaje hacia lo que fue, lo que se ha transformado, lo que vivieron incluso sus madres y suegras. Nos hablan de épocas donde no había los mismos recursos de atención disponibles hoy en día; nos muestran ese múltiple lugar de enunciación que implica ser al mismo tiempo esposa, madre, abuela y suegra. Dan cuenta de sus propios procesos reproductivos y del modo en que a su vez han atendido los de sus hijas y nueras, resignificando en la experiencia de acompañamiento a las nuevas generaciones lo que ellas vivieron, asumiendo incluso un ejercicio de derechos a través de las jóvenes como lo señalan Petchesky y Judd (2006).

Mujeres de 25 a 34 años

En el grupo intermedio (25 a 34 años) las mujeres se encuentran en la cúspide de la vida reproductiva y en promedio tienen alrededor de 5 hijos al finalizar esta etapa. Es un periodo

⁹⁵ Esos periodos intergenésicos seguramente obedecen al periodo de lactancia y no al uso de anticonceptivos modernos.

marcado por el establecimiento de su propia residencia con su núcleo familiar y por una mayor independencia como pareja para la toma de decisiones reproductivas. Momento de tránsito entre el ser cuidada por la suegra a ser cuidadora de otras mujeres (las nueras). Estas mujeres de mediana edad, deben responsabilizarse de su propia unidad doméstica, de su familia, poseen una cierta experiencia reproductiva pero aún sin cerrar esta etapa. Es un momento que destaca por la toma de decisiones individuales y de pareja, por el autocuidado y la autoatención en las prácticas reproductivas; así como por una inserción total en el mundo productivo, tanto por parte del hombre como de la mujer. Esta autoatención se piensa en dos vías: en dejar de ser cuidadas por sus suegras, así como en el sentido de que muchas de ellas se atienden solas sus partos sin acudir con ningún otro curador (partera o personal de salud).

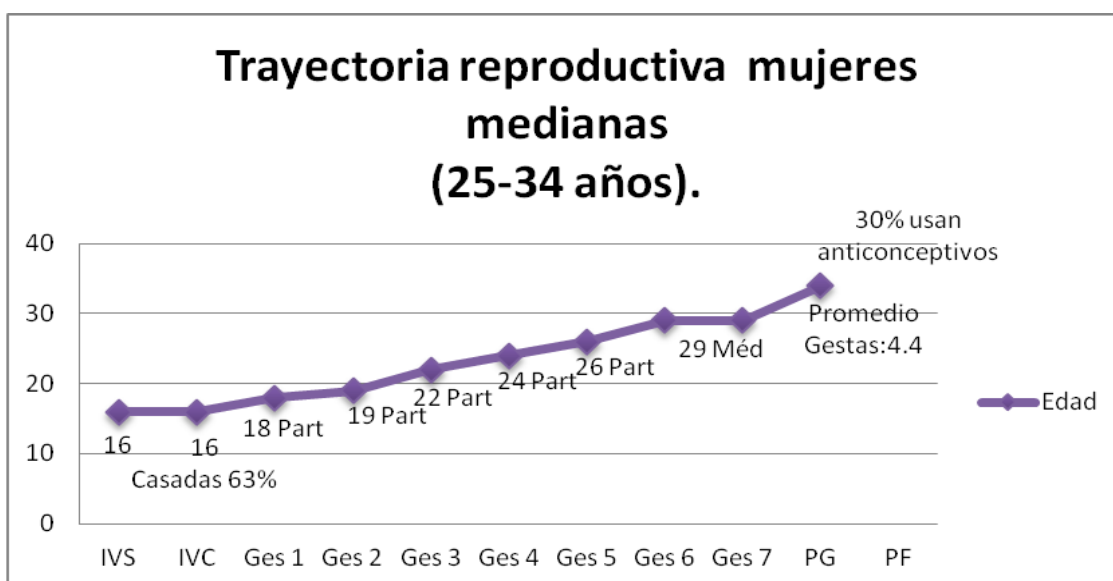
En este grupo, igual que en los otros dos, la mayoría de las mujeres están dedicadas a su hogar; tres de ellas manifestaron realizar adicionalmente actividades productivas fuera del núcleo doméstico: dos en el comercio y una como maestra rural al mismo tiempo que cursaba su licenciatura. 66.7% de ellas estaba vinculada como beneficiaria del programa Oportunidades. Para las mujeres de este segundo grupo, la vida reproductiva sigue desarrollándose con mucha intensidad pues es justamente el periodo donde se tienen la mayoría de los hijos, pero al mismo tiempo hay una inminente necesidad de vincularse activamente a la producción, bien en la milpa ayudando a su pareja, o en las actividades complementarias ocasionales como las ya mencionadas, o en una combinación de ambas opciones de tal manera que durante el día y los periodos de siembra y cosecha se ayuda en el campo mientras en las tardes o ciclos de baja producción agrícola, ayudan con la venta de manteles, blusas y servilletas bordadas, así como con comidas preparadas o en la atención de tiendas y pequeños negocios entre quienes tienen mejores condiciones.

Hay que destacar que si bien el papel proveedor del varón es una constante en todos los grupos etarios, a partir del segundo grupo la participación económica de la mujer se vuelve fundamental pues en este periodo tienen lugar otros procesos centrales en la vida familiar como la construcción de una casa propia o la llegada de nuevos hijos. Tales cambios conllevan a una mayor autonomía de la pareja respecto a la familia de origen, pero al mismo tiempo, una serie de gastos adicionales que deben ser asumidos con diversas estrategias que incluyen desde la inserción total del varón en el mundo productivo, la participación de las mujeres en

este tipo de actividades y la migración de uno o ambos en busca de mejores condiciones económicas.

El inicio de la vida conyugal se mantiene con respecto al grupo anterior en 16 años y son idénticos a los de inicio de vida sexual. Por su parte la edad media de la primera gesta se ubica en los 17 años. Al construir la trayectoria reproductiva de este grupo de edad nos aparece la siguiente información: el 63% de ellas está casada y el resto en unión libre. El promedio de gestas de estas mujeres es de 4.4, las cuales han ocurrido de manera ininterrumpida desde los 15 ó 16 años hasta máximo los 34, con una periodicidad promedio de 2 a 3 años. En la gráfica número... podemos observar con detalle esta trayectoria reproductiva, incluyendo el promedio de gestas, el uso de anticonceptivos y el curador con el cual se atendieron mayoritariamente sus embarazos.

Gráfico 12. Edad promedio en la cual ocurren las principales transiciones en la trayectoria reproductiva de mujeres medianas (25-34 años). Guerrero, 2008



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta Reproductiva, 2008.

Todas las mujeres de este grupo llevan por lo menos 10 años de constantes embarazos y partos, de tal manera que a los 26 ó 27 años tienen cuatro o cinco hijos que es el ideal para algunas, aunque en la práctica el promedio de hijos al finalizar la etapa reproductiva sigue siendo mayor.

Como lo veremos en el apartado sobre anticonceptivos, la negociación en torno al uso de los mismos sigue siendo compleja para las mujeres. Es por ello que para muchas, especialmente el grupo de 30 a 34, su etapa reproductiva ya está terminada y optan por métodos

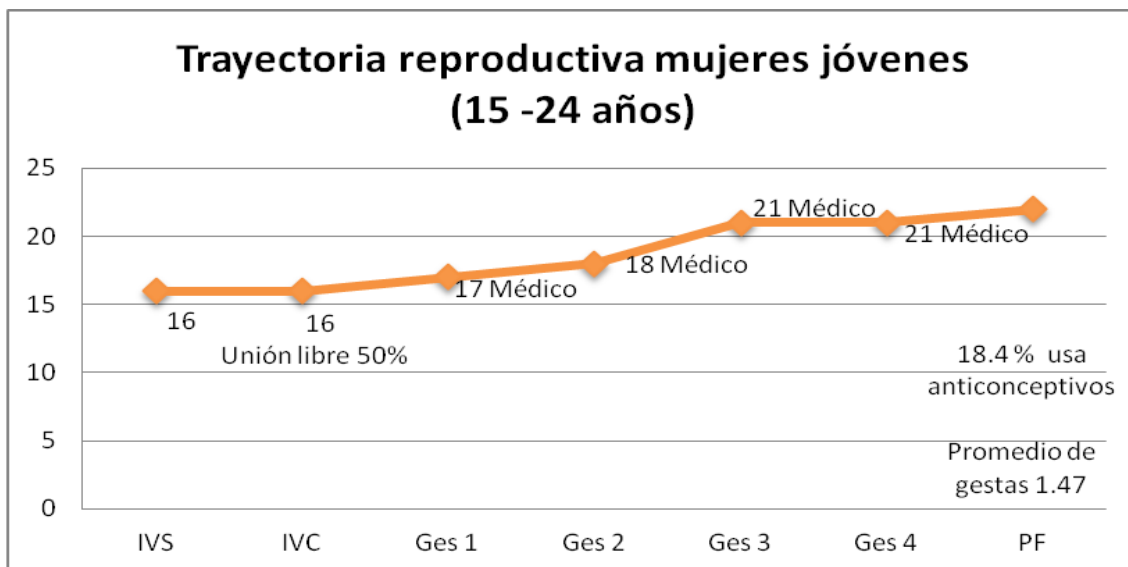
anticonceptivos que permitan cerrar el ciclo o espaciar mucho más las gestas. El 30%, de las encuestadas en este grupo de edad, utilizaban algún método anticonceptivo al momento de la encuesta; la mayoría de ellos con fines de espaciamiento pues los más usados fueron hormonales seguidos del DIU y OTB respectivamente. De cualquier forma, es un uso bajo pues seis de cada diez mujeres en este rango, no estaban usando ningún anticonceptivo al momento de la encuesta.

Mujeres jóvenes de 15 a 24 años:

En el grupo de mujeres jóvenes de 15 a 24 años, se muestran dinámicas cambiantes en torno a la escolaridad y la unión en pareja, pero al mismo tiempo reactualizan en sus experiencias y prácticas el primer momento del aprendizaje social marcado por el inicio de la vida en pareja, la maternidad y el desarrollo de habilidades genéricamente definidas que las preparan para la vida futura. La etapa en la cual se encuentran inmersas la mayoría de ellas, que es en el inicio de su vida sexual, de pareja, y experimentando las primeras gestas, nos señalan que es el momento de aprender, de insertarse en la red de parentesco, de ser cuidadas durante la gestación, parto y puerperio por sus familias de alianza, quienes juegan un papel central en las definiciones sobre las prácticas de atención. La mayoría de estas mujeres jóvenes (84.2% de las encuestadas) no contaba con acceso a programas sociales como Oportunidades pero sí se estaban afiliando al Seguro Popular durante su embarazo.

En la gráfica siguiente se puede observar las edades medianas en las cuales tienen lugar eventos claves de la trayectoria reproductiva como el inicio de vida sexual (16 años), el inicio de vida conyugal (al mismo tiempo) y la edad a cada una de las gestas, de las mujeres jóvenes. Nótese que el periodo entre estos eventos es bastante reducido y mantiene un patrón similar al de los siguientes grupos etarios. Por otra parte, vale la pena resaltar que en este grupo, el número de mujeres casadas se reduce considerablemente respecto a los otros pues existe un mayor número de uniones libres, correspondientes a la mitad de las encuestadas. Esta es una de las transformaciones generacionales que se evidencian en la trayectoria reproductiva de los tres grupos, si bien es posible que posteriormente contraigan matrimonio como ocurre a nivel nacional donde el mayor número de uniones libres se encuentra entre las parejas más jóvenes.

Gráfico 13 Edad promedio en la cual ocurren las principales transiciones en la trayectoria reproductiva de mujeres jóvenes. Guerrero, 2008



Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta Reproductiva, 2008.

El lapso entre el inicio de la conyugalidad y primera gesta es menor a un año en promedio. Más de la mitad del grupo ya había tenido su primer embarazo a los 17 años o menos, y casi 7 de cada 10 mujeres jóvenes, lo hicieron antes de cumplir la mayoría de edad. El 97% de ellas habían tenido de 0 a 3 gestas y sólo 1 mujer tenía más de 3 gestas. Al momento de la encuesta la mitad se encontraba embarazada o en puerperio, muchas de ellas en su primera gestación. Respecto a la atención del embarazo y parto, se observa claramente un predominio de la atención con personal de salud, lo cual constituye también un cambio respecto a los dos grupos anteriores donde encontrábamos un mayor número de mujeres acudiendo con parteras o ambos curadores.

Es importante mostrar el bajo uso de métodos anticonceptivos en este grupo. Prácticamente ninguna de las encuestadas había utilizado algún método antes de su primer embarazo, aunque posteriormente en las entrevistas identifiqué dos mujeres de este rango que habían utilizado por un lapso corto algún tipo de anticonceptivo. En el momento de la encuesta sólo 7 mujeres (18.4%) estaban usando algún método y antes de la última gesta lo había hecho 6 de ellas, es decir, 84.2% de las mujeres jóvenes no había usado ningún método anticonceptivo antes de su actual embarazo. En el mismo sentido, esta tendencia se mantiene luego del embarazo pues según datos del Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud de la

SSA⁹⁶, más del 50% de las adolescentes mexicanas que dan a luz en unidades de salud de la Secretaría de Salud, egresan de ellas sin anticoncepción post evento obstétrico.

Esto muestra cómo la normatividad cultural establece como un imperativo la reproducción continua e inmediatamente posterior a la unión conyugal. Esta normatividad, define entonces en buena medida el comportamiento reproductivo de este grupo quien se encuentra iniciando de manera intensa, su propia trayectoria reproductiva con periodos intergenésicos de dos años en promedio.

4.5.1 Prácticas de atención durante el embarazo y el parto

En un apartado previo observamos que los datos oficiales muestran un elevado porcentaje de control prenatal en México, incluso en zonas indígenas. En las dos comunidades analizadas encontramos una situación similar pues 93% de las mujeres encuestadas manifestaron haber asistido durante su último embarazo a dicho control y seis de cada diez acudieron desde el primer trimestre.

Ahora bien, un hallazgo importante de la investigación fue corroborar el fuerte pluralismo médico existente, pues al preguntar a las mujeres con quiénes asistieron al control prenatal, considerando a las parteras como un recurso local disponible y, por tanto, abriendo la noción de control prenatal a otros curadores no biomédicos, nos aparece un dato muy revelador. A diferencia de lo señalado por la Enadid 2009 que sólo considera al personal de salud, aquí encontramos que el 35% de las mujeres acudieron con médico y partera, y 16% sólo acudió con partera. Es decir, el número total de mujeres que acudió exclusivamente con personal de salud se reduce a cuatro de cada diez como podemos ver en la tabla siguiente.

Cuadro 11. Curador con el cual realiza el control prenatal en el último embarazo por grupo de edad. Guerrero, 2008

GRUPOS DE EDAD	Con quien se atendió el último embarazo				TOTAL
	Partera	Personal de salud	Ambos	Sin control prenatal	
Jóvenes 15-24 años	2	21	13	2	38
	5.30%	55.30%	34.20%	5.30%	100%
Medianas 25-34 años	3	11	16	3	33
	9.10%	33.30%	48.50%	9.10%	100%
Mayores 35-49 años	11	10	6	2	29
	37.90%	34.50%	17.20%	10.30%	100%
Total	16	42	35	7	100

⁹⁶ Hernández Ávila Mauricio. Presentación realizada en junio de 2010. Disponible en: www.maternidadsinriesgos.org.mx. Consultada el 21 de abril de 2011.

	16.00%	42.00%	35.00%	7.00%	100%
--	--------	--------	--------	-------	------

Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta Reproductiva, 2008.

Asimismo, se observan ligeras diferencias asociadas a la edad, por ejemplo las mujeres jóvenes acudieron mayoritariamente con personal de salud o ambos, y sólo un 5% acudió exclusivamente con parteras, en contraste, entre las mujeres mayores de 35 años el 37.9% se atendió con parteras durante este periodo. Al revisar su trayectoria reproductiva y documentar al curador con el que se atendieron durante sus embarazos, según cada grupo de edad, observamos que no todas continuaron con el mismo curador, y que cada vez más transitan entre varios durante su vida reproductiva, generalmente iniciando con partera y, posteriormente, atendiéndose solas o con personal de salud en sus últimas gestas. Del mismo modo cuando comparamos la atención durante el embarazo y el parto, se observa que también van transitando entre los dos tipos de curadores, particularmente aquellas que asistieron con ambos durante el control prenatal.

Entre las mujeres mayores el 89% asistió a control prenatal, lo cual muestra una elevada asistencia aunque es la menor de los tres grupos. Igualmente, el momento de inicio del control se distribuye entre los tres trimestres a diferencia de las mujeres más jóvenes quienes mayoritariamente acudieron desde el primero⁹⁷.

Otra diferencia generacional importante se refiere a la mayor presencia de parteras como curadoras seleccionados durante el embarazo. El 37.9% acudió exclusivamente con la partera a revisión; el 34.5% con el personal de salud y solo un 17% lo hizo con médico y partera. Al momento del parto, sin embargo, de nuevo se incrementa quienes lo tuvieron en casa solas o con partera (58.6%) mientras el 34% lo hizo en una unidad de salud, especialmente de segundo nivel de atención⁹⁸. El grupo de mujeres mayores es quien tuvo más preferencia por atender sus gestas y partos con parteras, y en ese sentido representan el comportamiento más tradicional.

Por su parte, el grupo de mujeres de 25 a 34 años se atendieron en un buen porcentaje con parteras durante su trayectoria reproductiva. Sin embargo, a medida que aumentan las gestas, crece también el número de mujeres que acudieron con personal de salud o con ambos

⁹⁸ Ver tabla No 16 Lugar de atención al último Parto. Mujeres mayores de 35 años.

durante el embarazo. Es posible que ello se deba a decisiones de las propias mujeres respecto a su salud, o a una mayor presión del programa “Oportunidades”, pues una de las exigencias o compromisos por parte de las beneficiarias es acudir al control prenatal.

Durante el parto, es muy clara su preferencia de atención por parteras en la mayoría de las gestas documentadas⁹⁹. La información obtenida en las entrevistas hechas a estas mujeres, la cual profundizaremos en el capítulo siguiente, muestra que había menos recursos de atención disponibles al momento de iniciar su vida reproductiva, que las primeras gestas fueron orientadas por las suegras hacia la atención con partera y que en las últimas se observa un proceso de decisión de las mujeres por mantenerse con este recurso local, aun cuando hayan acudido al control prenatal en instancias de salud, realizado los exámenes de laboratorio y todos los procedimientos indicados.

Estas mujeres manifiestan reticencias a la atención en instituciones de salud por miedo a posibles cesárea, por los costos que ello implica relacionados con el transporte y la alimentación de sus familiares o bien por preferencia cultural respecto a la atención en casa. Ellas se inclinan hacia formas de atención tradicionales, acudiendo a los recursos locales o en algunos casos haciendo uso de su experiencia reproductiva; lo cual les permite atender su parto solas sin ayuda de ningún curador, una vez que se ha vivido este proceso previamente. Las mujeres de estos dos grupos que optaron por atender su último parto en instituciones de salud, en muchos casos lo hicieron por el interés de cerrar el proceso reproductivo mediante la OTB, o como resultado de los programas y acciones gubernamentales orientadas en ese sentido.

Finalmente, a diferencia de los dos grupos anteriores, en las mujeres jóvenes predominó la atención con personal biomédico tanto en el embarazo como en el parto. Durante el embarazo el 55% de ellas optaron por atención con personal de salud, 5% con parteras y 34% con ambos. En el parto el 72.4% de ellas se atendió con personal de salud en un hospital de primer o segundo nivel, mientras el 20.7% lo tuvo en casa con partera. Es el grupo donde se observa con mayor claridad los impactos del incremento en la red de servicios de salud, así

⁹⁹La gesta siete incluida en el cuadro corresponde a una sola mujer en ese rango de edad que había tenido hasta ese número de embarazos. El promedio de gestas fue de 4.4 en ese grupo por lo cual podemos considerar datos significativos en la tabla hasta la gesta 5. A partir de allí son pocas las mujeres que han vivido estos eventos en dicho grupo etario.

como de programas y políticas institucionales orientadas a la atención del embarazo y el parto por prestadores de salud.

El siguiente cuadro resume los lugares de atención del último parto seleccionados por cada grupo de edad.

Cuadro 12. Lugar de atención del último parto por grupo de edad. Guerrero, 2008

Grupos de edad	Lugar donde se atendió el último parto				TOTAL
	Casa de la mujer	Hospital de primer nivel	Hospital de segundo nivel	Otro hospital	
15-24 años	6	5	16	2	29
	20.7%	17.2%	55.2%	6.9%	100%
25-34 años	20	0	8	1	29
	69.0%	.0%	27.6%	3.4%	100%
35-49 años	17	1	9	2	29
	58.6%	3.4%	31.0%	6.9%	100%
Total	43	6	33	5	
	49.4%	6.9%	37.9%	5.7%	87 ¹⁰⁰

Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta Reproductiva, 2008.

Cierro entonces este apartado mostrando que al sumar los datos de atención del parto en todos los grupos de edad, nos aparece una panorama bastante distinto al de los datos oficiales respecto al porcentaje del parto institucional, que entre las mujeres encuestadas alcanzan sólo un 44.8%, mientras el parto atendido en casa por la mujer, sus familiares o ellas, es el lugar más escogido con un 49.4%.

4.5.2 Uso de anticonceptivos

Los datos oficiales de la Enadid (2009) señalan que en México el uso de anticonceptivos entre mujeres indígenas es de 58%, mientras en el resto de las mujeres alcanza el 73.5%. La necesidad insatisfecha de anticonceptivos entre mujeres indígenas es de 21.5, la segunda más alta del país después de las adolescentes. En Guerrero el porcentaje de anticoncepción post evento obstétrico (APEO) fue de 40.7% en 2009; 53.3% en 2010 y de 54.2% en 2011,¹⁰¹ Aunque

¹⁰⁰ Trece de las mujeres se encontraban en su primera gesta por lo cual no habían atendido aún el parto y no se incluyen en esta tabla.

¹⁰¹ Fuente: Secretaría de Salud del estado de Guerrero. Solicitud de acceso a la información folio 0031912, abril de 2012.

en la Costa Chica este porcentaje es más alto, en regiones como la Montaña, por ejemplo, donde se concentra la mayor población indígena del estado, el APEO se ha ubicado alrededor del 15% durante esos mismos años.

El bajo uso de anticonceptivos también se observa en las comunidades analizadas en este trabajo, pues sólo tres de cada diez mujeres utilizaban algún método al momento de la encuesta, 69% no utilizaban ningún método, 20% se encontraban embarazadas en ese momento y 6 en puerperio, aun sin decidir qué método usar. Lo anterior significa que de las 100 mujeres encuestadas, 20 estaban embarazadas, 31 usaban algún método y 49 no utilizaba ninguno.

Entre las mujeres mayores de 35 años encontramos el mayor porcentaje de utilización de métodos anticonceptivos, pues más de la mitad estaba planificando sus embarazos al momento de la encuesta, otro porcentaje no lo hacía, mientras dos mujeres se encontraban embarazadas o en puerperio (véase cuadro 13). El método más usado fue la OTB, con siete de cada diez mujeres, seguido del ritmo, hormonal. Esta elevada utilización de la OTB muestra que la decisión de uso de anticonceptivos está asociada al cierre definitivo de la vida reproductiva y no a su espaciamento. Lo anterior coincide con los datos de la Ensar (2003) que muestran al OTB como el método de planificación familiar más utilizado por las mujeres indígenas, y se ratifica como el método anticonceptivo más empleado por mujeres en edad fértil en México con el 50.1%.

Cuadro 13. Tipo de anticonceptivo utilizado actualmente por grupo de edad. Guerrero, 2008

GRUPOS DE EDAD	Tipo de método anticonceptivo usado						TOTAL
	No usa	Diu	Hormonales	OTB	Ritmo	Sin matriz	
Jóvenes 15-24 años	33	3	1	1	0	0	38
	86.80%	7.90%	2.60%	2.60%	0.00%	0.00%	100%
Medianas 25-34 años	22	2	5	2	1	1	33
	66.70%	6.10%	15.20%	6.10%	3.00%	3.00%	100%
Mayores 35-49 años	14	0	1	10	3	1	29
	48.30%	0.00%	3.40%	34.50%	10.30%	3.40%	100%
Total	69	5	7	13	4	2	100
	69.00%	5.00%	7.00%	13.00%	4.00%	2.00%	100%

Fuente: elaboración propia a partir de la Encuesta Reproductiva, 2008.

En el grupo de mujeres medianas se observa un mayor uso de anticonceptivos y una definición clara de las mujeres respecto a su utilización para espaciar o finalizar el ciclo reproductivo. Si entre las jóvenes veíamos una ausencia total de planificación familiar antes del primer hijo y poca utilización posterior al primer parto; en este grupo, si bien se repite el mismo patrón antes del primer embarazo, también aparece el uso de anticonceptivos como mecanismo de espaciamiento y control definitivo de la natalidad claramente decidido por las mujeres.

Del total de encuestadas en este rango de edad, la tercera parte había usado anticonceptivos antes de su última gesta y dos terceras partes no lo habían hecho. Al momento de la encuesta la proporción era más o menos similar entre quienes sí estaban usando un método (30%), quienes no lo hacían por decisión propia (42%) y quienes no los utilizaban por encontrarse, en ese momento, embarazadas o en puerperio (27%).

Los métodos más usados eran: hormonales, particularmente inyecciones, seguido de DIU y OTB, la preferencia está definida por la oferta disponible en las unidades de salud de la región, la cual privilegia los métodos de larga duración y alta efectividad. También utilizan métodos que no son dependientes del prestador de salud y están bajo el control de las mujeres como pastillas, condones, óvulos, entre otros. No es posible saber si ello obedece a una política estatal o jurisdiccional; al preguntar al director jurisdiccional señaló que todos los métodos estaban disponibles, pero durante el trabajo de campo se observó que no era así, ni en las comunidades estudiadas ni en otras visitadas. De manera coloquial, varios médicos y enfermeras señalaron que sí privilegiaban los de larga duración, pues los otros no los sabían usar las mujeres o los olvidaban y en ese sentido no eran efectivos.

El uso de métodos con fines de cierre y no de espaciamiento se confirma al indagar por el uso de los mismos *antes del último embarazo*. Los resultados nos arrojan que el 86% de las mujeres jóvenes no estaban usando ningún método anticonceptivo antes de su última gesta y quienes lo hacían utilizaban mayoritariamente el ritmo, hormonales y sólo una el condón. Si analizamos el incremento en el uso de anticonceptivos posterior al último parto veremos que, efectivamente, la decisión remite al cierre definitivo de la vida reproductiva.

Al indagar sobre quién tomó la decisión del uso del método anticonceptivo, encontramos que la mayoría la tomó en pareja (33.3%), seguido por la decisión exclusivamente de la mujer (27.3%) y en tres casos (6%) lo hizo el esposo, lo cuál estaría mostrando un incremento en la

capacidad de decisión de las mujeres respecto a su vida reproductiva. *“Y ahora estoy usando inyecciones, yo solita decidí, mi esposo no sabía pero ya se enteró. Dice: ¿tú no te puedes embarazar? Nada, yo mando en mi cuerpo, no tú me lo vas a mandar -le digo yo- porque qué chiste de estar teniendo hijos y después, luego ¿quién sufre en la noche sino yo y tu bien dormidote?... Y ya no me dijo nada”*.¹⁰².

Un 15.2% de mujeres no habían decidido si querían planificar. Es importante señalar que la tercera parte de este grupo manifestó respuestas como “nadie” y en menor medida “el médico”. El grupo que respondieron “nadie” incluye fundamentalmente a quienes no están usando anticonceptivos, lo cual implica una naturalización de los partos, de tal modo que “lo normal” es tener hijos y, por tanto, nadie toma la decisión, simplemente se da. Por el contrario, detener los procesos reproductivos implica una toma de decisión al respecto, frecuentemente motivada por razones económicas, de salud o de cargas de trabajo.

A modo de conclusión

A lo largo del presente apartado pudimos tener un acercamiento al comportamiento y trayectoria reproductiva de mujeres indígenas amuzgas y mixtecas de la Costa Chica de Guerrero en edad reproductiva. Encontramos en los tres grupos etarios una serie de elementos comunes. Los más importantes a señalar son la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales y la conyugalidad respecto al promedio nacional, así como la permanencia en la edad aproximada de inicio de la sexualidad, conyugalidad y maternidad en todos los grupos.

Otra semejanza es la fuerte relación existente entre estos tres eventos: inicio de la vida sexual, la conyugalidad y la maternidad, observándose un promedio de un año o menos entre los tres. Del mismo modo, se constata una normatividad social que orienta hacia el ejercicio inmediato y permanente de la maternidad, mostrado en la ausencia de uso de anticonceptivos antes del primer hijo en prácticamente todas las encuestadas, y de los periodos intergenésicos de dos años en promedio que también podemos identificar en los tres grupos.

Contrario a lo que hubiéramos podido pensar, entre las mujeres indígenas encuestadas, incluso las más jóvenes, los cambios no se están produciendo en el espaciamiento de los hijos

¹⁰² Rosa González, 28 años. Huixtepec. Entrevista realizada en junio de 2008.

sino en la reducción del número total; es decir, se mantiene un rápido ejercicio de la maternidad, con periodos cortos entre las gestas y uso de anticonceptivos permanentes o temporales una vez que se alcanza el número de hijos deseados. Encontramos, entonces, una triada muy fuerte en la cual se conjugan como eventos prácticamente inseparables: sexualidad, conyugalidad, e inmediata reproducción. Es a través de la maternidad y la paternidad como hombres y mujeres se constituyen en adultos, garantes de la reproducción social.

El comportamiento reproductivo de las mujeres mexicanas en contextos indígenas, podría resumirse así: inicio temprano de la vida sexual y la procreación -a una edad ligeramente menor a la de los varones al momento de estos eventos- con un fuerte vínculo entre sexualidad, matrimonio y reproducción. Una alta valoración de la exclusividad sexual y un ejercicio de la sexualidad preconyugal que aparece en las nuevas generaciones por un lapso de tiempo muy breve e inmediatamente seguido de la unión. Finalmente, una ausencia casi total de anticoncepción en la primera relación y uso de métodos anticonceptivos fundamentalmente por mujeres unidas con varios hijos, interesadas en espaciar o cerrar el ciclo reproductivo. Estas son las principales características comunes en los comportamientos reproductivos de las mujeres de los tres grupos analizados, quienes comparten además la edad promedio de unión y de primera gesta.

Adicionalmente se observa en la Encuesta de Salud Reproductiva de (Ensar, 2003) y en las entrevistas realizadas, una aspiración a la disminución de hijos notándose una brecha importante entre el número de hijos deseados y los que realmente se tienen. Ello nos habla del peso que tiene la normatividad reproductiva comunitaria en las decisiones respecto a la reproducción, así como los límites en la posibilidad de ejercer sus decisiones y deseos por parte de las mujeres.

Ahora bien, las principales diferencias encontradas entre los tres grupos respecto a su comportamiento y trayectoria serían, en primer lugar, un significativo incremento en la escolaridad entre las más jóvenes respecto a las mayores. Esto a su vez podría estar influyendo —y es necesario analizarlo en detalle en futuras investigaciones—, en los comportamientos reproductivos, particularmente en el retraso de la primera relación sexual y, por consiguiente, en la primera unión y primera gesta. Ello se pudo observar entre el grupo de 15 a 24, donde la mitad de las mujeres con acceso a preparatoria tuvieron su primer hijo después de los 18 años,

mientras que las mujeres sin escolaridad (correspondientes a los grupos de 25 a 34 y 35 a 49) lo tuvieron antes de los 18 años, en un porcentaje de 60%.

Otro cambio interesante fue en el tipo de uniones establecidas (Solís, *et al.*, 2008), de tal manera que entre las jóvenes hay mayor presencia de uniones establecidas mediante rituales y alianzas comunitarias pero no concretadas en matrimonios civiles y religiosos necesariamente. Esto obedece a razones fundamentalmente económicas más que a un cuestionamiento de la institución matrimonial, ya que las uniones *de facto* son concebidas como una relación socialmente legitimada y asumida por la pareja, sus familias y la comunidad, como un compromiso de la misma naturaleza. La crisis económica ha ocasionado que el ritual del matrimonio religioso, con fiesta incluida, se posponga varios años después de establecerse la unión y realizarse el matrimonio civil, e incluso después de uno o dos hijos, hasta que la pareja y la familia consigan los recursos económicos para su realización, aunque en varios casos esto no ha sucedido.

La tercera transformación se refiere al tipo de curadores a los que acuden durante el control prenatal y embarazo, con una mayor predominancia de curadores biomédicos entre las más jóvenes respecto a los otros dos grupos. Las mujeres mayores claramente manifestaron una preferencia por la atención con parteras tanto en el embarazo como en el parto, si bien a medida que aumentan las gestas se vinculan también con el personal biomédico, así como se incrementa la autoatención del embarazo y parto. El grupo intermedio mostró preferencias también por la atención con partera, pero con un importante pluralismo médico de tal manera que buena parte de las mujeres acude con ambos curadores durante el embarazo y el parto.

Un aspecto final a mencionar es el acceso a los programas sociales como son Oportunidades y el Seguro Popular. Mientras las mujeres mayores de 35 años están afiliadas en más de un 80% a Oportunidades, este porcentaje se reduce a menos del 10% entre las más jóvenes. Aunque este dato podría parecer irrelevante para el análisis del comportamiento reproductivo, debemos señalar que las mujeres inscritas en el programa Oportunidades, es decir, las de 25 años en adelante, han estado más expuestas a las políticas públicas reproductivas y, por tanto, al discurso gubernamental en torno a la reproducción, el decrecimiento poblacional, el control prenatal y las acciones de cuidado durante el embarazo. Si bien este discurso también les ha sido transmitido a las jóvenes, la vía de acceso ha sido mayoritariamente por el sistema escolar y no por el sistema de salud en tanto no tienen la obligación de asistir al control por temor a

que se les retire el programa; sin embargo, la asistencia al control prenatal en este grupo de edad es la más elevada de los tres.

En este capítulo presenté las trayectorias por grupo de edad, como una estrategia teórica-metodológica que nos permite observar las tendencias respecto a la reproducción, materializada en eventos o transiciones muy puntuales. En el siguiente capítulo nos detendremos en los modos en que ello ocurre, mostrando que el tránsito a la adultez social de las mujeres y a la inserción efectiva en una red de parientes por alianza, está determinada por la maternidad, proceso fundamental a través del cual ellas van adquiriendo un lugar de respeto, al garantizar la reproducción social de la familia y la comunidad y desarrollar las habilidades de cuidado y crianza consideradas fundamentales en la normatividad de género respecto a lo que se considera como comportamientos deseables asociados al género femenino, lo que en la práctica implica ser vista como una buena madre, buena esposa y buena nuera.¹⁰³

¹⁰³ Situaciones similares han sido documentadas en otros contextos como en la costa veracruzana en el trabajo de Ponce (2006).

CAPÍTULO 5

SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

En el capítulo anterior se analizaron, las principales características de cada grupo etario y sus comportamientos reproductivos. En este capítulo se describirá con mayor detalle las formas en que se configura y decide la primera parte de la trayectoria reproductiva relacionada con el establecimiento de alianzas y vínculos, a través de la normatividad comunitaria que rige la sexualidad y la conyugalidad. A partir de la revisión de los rituales de establecimiento de la unión, los factores involucrados en dicha decisión y la configuración de las relaciones de parentesco asociadas a la conyugalidad, se mostrará el modo en que se empiezan a construir las trayectorias reproductivas y la importancia de estos procesos socioculturales en las posteriores prácticas de atención durante las primeras gestas, lo cual será objeto de análisis en los siguientes capítulos.

Como se señaló previamente, una continuidad generacional es la baja edad a la cual se produce la iniciación de la vida sexual en el mundo indígena, respecto al resto del país, pues en promedio se realiza hacia los 17 años o menos y trae involucrada consigo dos procesos que la acompañan de manera casi indisoluble como son la conyugalidad y la maternidad. El periodo promedio entre el primer evento y el tercero es de un año aunque no existe un orden único en el cual tienen lugar estos eventos. Encontramos entonces dos grandes tendencias en el modo como se configuran estos tres momentos: el matrimonio como inicio del proceso (característico de las mujeres de mayor edad); y por otra parte la sexualidad,¹⁰⁴ específicamente el inicio de relaciones sexuales coitales como detonante de la conyugalidad y la maternidad (más propio de las nuevas generaciones).

Si consideramos que las trayectorias reproductivas no inician en la primera gesta pues se configuran previamente desde el inicio de la vida sexual, observamos en las dos comunidades analizadas, tres posibles formas en las que estas trayectorias empiezan a establecerse, a partir del orden en el cual ocurren los primeros eventos asociados a la misma. De este modo, como lo mostré en el esquema del capítulo anterior, el orden ideal establecido por la normatividad reproductiva comunitaria es iniciar con la solicitud o pedido de la novia mediante

¹⁰⁴ Si bien entendemos la sexualidad como un concepto amplio que nos remite a procesos de socialización, afectividad, cuerpo y a una dimensión de la vida humana integral que nos acompaña desde el nacimiento, la noción de inicio de vida sexual tal como es adoptada en los censos lo centra en el inicio de relaciones sexuales coitales y a ello nos referiremos cuando utilicemos el término.

un acuerdo entre adultos, el cual precede a la conyugalidad, inicio de vida sexual y posterior maternidad. La virginidad de la mujer juega un papel central en este esquema y el acuerdo es construido, formalizado y vigilado por los adultos involucrados en el mismo. En ese sentido aparece poco en ese esquema un periodo de noviazgo previo al matrimonio y se puede resumir con el siguiente orden:

1. Conyugalidad-Inicio de Vida Sexual Activa (IVS)-Maternidad.

Este esquema ideal caracterizó buena parte de las experiencias de mujeres mayores cuya unión tuvo lugar hace veinte o treinta años atrás. Me referiré a ellas posteriormente a partir de las historias narradas por varias mujeres mayores de 35 años. Sin embargo, cada vez se observa con mayor frecuencia, otras formas mediante las cuales se producen las uniones y los primeros eventos de la trayectoria reproductiva, de tal manera que nos aparece el noviazgo como un momento previo a la unión, así como un inicio de vida sexual activa por fuera de la institución matrimonial. Encontramos entonces dos nuevas configuraciones que son:

2. Inicio de Vida Sexual Activa - Conyugalidad-Maternidad.

3. Inicio de Vida Sexual Activa -Maternidad-Conyugalidad.

Existe una cuarta posibilidad, de los cuales encontré dos casos entre mis entrevistadas, asociado a procesos migratorios, que es el inicio de la vida sexual y la posterior maternidad sin que ello implique la unión conyugal. Sin embargo, dada su menor frecuencia en este contexto, no me referiré detalladamente a ésta.

4. Inicio de vida sexual-Maternidad- Sin conyugalidad.

La primera configuración corresponde al patrón más tradicional, representado mayoritariamente por las mujeres de más edad, y públicamente manifestado en los rituales de pedida de la mano, “quedamiento” y matrimonio, acompañados de una fuerte presencia de las familias en el proceso de selección y acuerdos respecto a la unión, legitimando y respaldando tales rituales desde su inicio. Esto implica asumir una serie de obligaciones por ambas partes y los pedidores involucrados, que se extienden incluso más allá de las primeras gestas a lo largo de una buena parte de la vida de la pareja.

Las dos segundas configuraciones corresponden principalmente a las nuevas generaciones donde aparece un ejercicio de la sexualidad previa al establecimiento de la unión y un proceso de selección de la pareja en manos de los dos involucrados, aunque luego se vincule al resto de

las familias. Este esquema, nos muestra una serie de cambios en la decisión respecto a la unión y al ejercicio de la sexualidad, si bien se mantiene su fuerte vínculo con una elección de la pareja que es permanente e inmediata.

Ambas configuraciones (dos y tres) inician con un periodo de noviazgo y ejercicio de actividad sexual coital, del cual se deriva, o bien una presentación de los jóvenes y los padres del varón ante la familia de la mujer, un día después de ocurrida la salida de casa mediante huida, para formalizar la unión y posteriormente experimentar la maternidad; o bien un periodo corto (a menudo semanas o máximo meses) de relaciones sexuales sucesivas que dan origen a un embarazo, el cual detona la formalización de la unión ante las familias. En todos los casos se acostumbra un patrón de residencia virilocal posterior a la formalización de la unión, aunque éste puede variar en contextos migratorios.

A continuación presentaré entonces una descripción de esos mecanismos de establecimiento de la conyugalidad, según los dos esquemas generales planteados. Dado que a partir de este momento y en los siguientes capítulos introduciré testimonios de 23 mujeres de diferentes grupos de edad, he incluido como anexo un cuadro donde se observa un resumen de la historia de cada mujer y algunos eventos principales de su trayectoria reproductiva. En este apartado presento la parte del cuadro correspondiente a las formas de unión.

Cuadro 14. Resumen formas de establecimiento de la unión conyugal. Mujeres citadas en el texto

Nombre	Comunidad	Pueblo indígena	Edad actual	Edad a la unión	Año en que ocurre la unión	Tipo de unión
Nicolasa	Huixtepec	Amuzga	70	16	1955	Unión libre, separación y nueva unión libre.
Hermelinda	Cuanacaxtitlán	Mixteca	65	15	1960	Pedida. Matrimonio civil y religioso.
Asunción	Cuanacaxtitlán	Mixteca	54	20	1974	Pedida. Matrimonio civil y religioso.
Sofía	Cuanacaxtitlán	Mixteca	47	17	1978	Pedida. Matrimonio civil y religioso.
Enemesia	Huixtepec	Amuzga	47	14	1975	Unión libre. Separación. Matrimonio con viudo.
Celerina	Cuanacaxtitlán	Mixteca	47	16	1977	Pedida. Matrimonio civil y religioso.
Apolonia	Buenavista	Mixteca	37	15	1988	Pedida. Matrimonio civil y religioso.
Adelaida	Yoloxochitl	Mixteca	37	16	1989	Pedida. Matrimonio civil y religioso.
Enedina	Huixtepec	Amuzga	37	14	1985	Pedida. Matrimonio civil y religioso.
Natividad	Huixtepec	Amuzga	32	15	1991	Intento de robo-Matrimonio.
Rosa González	Huixtepec	Amuzga	28	15	1995	Pedida. Matrimonio.
Emperatriz	Cuanacaxtitlán	Mixteca	26	15	1997	Unión libre
Liliana	Huixtepec	Amuzga	26	14	1996	Se la robó
Lucía	Huixtepec	Amuzga	26	15	1997	Matrimonio post huida
Alma Delia	Cuanacaxtitlán	Mixteca	23	20	2005	Unión libre post huida.
Alicia	Cuanacaxtitlán	Mestiza	23	18	2003	Matrimonio civil posterior a huida.
Anais "Cheli"	Cuanacaxtitlán	Mixteca	23	23	2008	Sin unión.
Lourdes	Huixtepec	Amuzga	22	21	2008	Pedida. Matrimonio.
Edelmira	Yoloxochitl	Mixteca	20	14	2004	Mat civil y religioso posterior a huida.
Gabriela	Cuanacaxtitlán	Mixteca	20	18	2006	Unión libre por consenso en E.U
Ivone	Cuanacaxtitlán	Mixteca	18	18	2011	Unión libre post huida.
Concepción "Concha"	Huixtepec	Amuzga	18	18	2010	Unión libre post huida.
Ana Iris	Cuanacaxtitlán	Mixteca	15	14	2008	Unión libre post huida.

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta y entrevistas en profundidad.

5.1 Los rituales de establecimiento de la unión

5.1.1 Siguiendo las normas de género tradicionales: pedida, matrimonio civil, religioso y embarazo.

Para una buena parte de mujeres indígenas mayores de 50 años e incluso menores, el matrimonio no fue una decisión o una opción sino una imposición; un arreglo acordado entre dos familias, mediante el cual se establecían nuevas redes de parentesco, alianzas e intercambios simbólicos entre dos grupos. Mediante los rituales de “pedida de la novia”, la familia del varón acordaba el matrimonio de la mujer seleccionada por él, bien de manera directa o a través de la figura de un pedidor, es decir un hombre de autoridad que sirviera de intermediario entre ambas familias, así como garante de la seriedad del compromiso y las intenciones tanto del joven como de su familia. El pedidor tenía además la responsabilidad de garantizar a los padres de la novia el cuidado de su hija hacia el futuro por parte de la nueva familia de alianza, especialmente para prevenir situaciones de maltrato, abandono o incumplimiento.

Lo común eran las “pedidas a ojo”, es decir un proceso mediante el cual el varón observaba y posteriormente seleccionaba a la joven, quien normalmente no lo conocía hasta el momento de la pedida. No existía entonces relación previa entre ellos de conocimiento, amistad, ni mucho menos de noviazgo. Platicar con un joven implicaba una serie de cuestionamientos y sanciones sociales respecto a la honra de esa mujer. Las pedidas se producían cuando las mujeres tenían entre 14 a 16 años, e incluso desde los 12, y se esperaba que de manera inmediata se produjera la procreación, de tal modo que la etapa reproductiva comenzaba a muy temprana edad para la mayoría de las mujeres.

Los rituales de pedida a menudo implicaban varias visitas, en las cuales los padres del novio buscaban un hombre mayor de respeto que hiciera las veces de “pedidor” ante la familia de la novia. Posteriormente se presentaban a solicitarla llevando presentes a los parientes de la mujer, quienes normalmente se negaban o pedían un tiempo para consultarlo. Luego de varios encuentros entre ambas familias, usualmente tres, en medio de los cuales la mujer era informada, consultada o persuadida de la decisión tomada por sus padres; se producía el

acuerdo después de establecer las condiciones por parte de los familiares de la mujer, y se procedía a marcar la fecha de la boda religiosa y civil.

Esto acontecía en el ritual de “quedamiento”, efectuado normalmente en la tarde o noche, a diferencia de la pedida que tiene lugar de mañana o incluso de madrugada. El quedamiento sella el compromiso entre ambos grupos domésticos y da inicio a un periodo de preparación a la boda, incluyendo la búsqueda de recursos para su realización por parte de la familia del novio. A partir de ese momento se incrementan las exigencias de buen comportamiento a la mujer y la futura suegra comienza a asumir funciones de vigilancia en ese sentido, para garantizar que ningún hombre pueda acercarse a la muchacha. La fiesta corría por cuenta de la familia del varón y una vez realizada la boda, la mujer se establecía en casa de sus suegros durante un par de años hasta que la nueva pareja construía su propia casa, comúnmente en un terreno donado por los padres del novio.

La virginidad era un valor central en este intercambio debiendo ser comprobada y divulgada para evitar futuras reclamaciones por parte del varón. Aunque ya está en desuso, algunas mujeres mayores narraban el ritual mediante el cual el día posterior a la boda, el esposo presentaba ante la madre de la novia y otros familiares, la ropa interior de la recién casada con las marcas que indicaban su virginidad. Una vez presentada quedaba comprobada “su honra” y por tanto no había opciones de reclamación ni devolución por parte del esposo. De esa manera quedaba formalizada la entrega de la novia a su nueva familia de alianza cumpliendo todas las condiciones esperadas (Robichaux, 2005).

Adelaida es mixteca de la comunidad de Yoloxochitl, municipio de San Luis Acatlán. Al momento de la entrevista tenía 37 años, seis hijos, tres de ellos casados, una hija joven de 18 años aún soltera, un joven adolescente y un menor de cinco años. Adelaida fue pedida por sus suegros y obligada a casarse a los 16 años (en 1989) con su marido, un par de años mayor que ella, a quien no conocía hasta el momento en que la fueron a pedir. Todo el arreglo fue realizado por los padres de ambos y el matrimonio fue de tipo civil y religioso. Su relato nos muestra la importancia de la virginidad como sinónimo de la honra de la mujer en este acuerdo.

Cuando me casé con mi marido, yo no quería dormir con él, me quedé ahí sentada en la silla y vino mi suegra y me dijo que me acostara con él en su cama, que ya yo era su esposa. Y ahí estaba yo sentada en la silla con mucho frio...-Acuéstate pues- dice ella allí en la cama te toca,

ahí estoy bien helada, ahí estaba él bien dormido. Y así dice él – “no, yo no te quiero hacer algo malo, así nomás decía; para ver nomás- dice –.

Así hasta que ya me metí con mi marido “vamos a ver si me va a salir señorita o no, porque mucha gente dice que tú andabas con ellos”. Sí es cierto que yo andaba con ellos, pero yo no andaba con otro hombre –digo- pues sí soy señorita. “Está bien- dice – yo no te voy a pegar ni te voy a hacer mal”. Así de poco a poco me estaba arañando y me dice un montón de cosas...” Ah de veras si salió señorita, está bien”. ¿Y qué más quiere? le digo...

Pero pues mi mamá estaba esperando... Mi mamá estaba esperando al día siguiente a ver si de veras ya salí señorita -Mañana va a andar hablando que no saliste señorita y vas a ver lo que te pasa- vas a ver mañana yo voy a ver que de veras si saliste. Así que llevas pantaletas blanca, llévalo y si se manchó esa pantaleta me lo vas a entregar a mí y yo voy con tu papá a la madrugada; ese día tú me entregas esa pantaletas. Y si no me entregas allá te voy a sacar de su casa de una vez, allá yo te busco, porque si no (eres señorita) tenemos que regresar su dinero, es mucho su dinero. Así me decía mi mamá pero digo -y a donde voy a ir a trabajar para buscar su dinero de ellos- y además yo no hice nada, yo soy señorita- le digo. Está bien - dice- porque yo voy a buscar un testigo y ese va a firmar tu marido.

-Ta bien (sic)- dice, y ya mi suegro llegó -¿y ahora para qué vas a querer un testigo? Porque ese tú vas a firmar que si salió señorita ella (refiriéndose al esposo de su hija)-

-¿Por qué le voy a engañar a usted? Sí salió señorita mi mujer. Yo no le voy a engañar, ¡salió bien! -Dijo mi marido- Ah pues ahí sí tiran cuetes, mi mama tiró cuetes (sic) y más cuetes.

Y ahora que venga mi compadre y mi comadre–“Si salió señorita”- les dijo. Ahorita vamos a tomar, cerveza y ya le entregaron la olla de atole para tomar. Es que sí queremos preguntar- (decía la mamá), no mañana o pasado van a decir que no salió señorita ella, ya después no pueden reclamar; ya firmó el muchacho y decía que si salió señorita y está bien porque el papá de él estaba bravo porque la chamaca bajó su regla a los doce años y que sí, su papá estaba bien bravo

Decía ¿por qué? Él no sabe es un hombre y no sabe de la regla de las mujeres, así que pensaba que ya no es señorita porque le baja más la regla. Por eso ella -continúa Adelaida refiriéndose a su mamá- me está cuidando mucho el día que me entregaron las pantaletas blancas Cuando llegó aquí dice: –hola yerno danos la pantaletas-y ya le dice a mi suegra: “aquí está la pantaleta de mi hija y aquí se manchó ve, porque tu hijo ya se durmió con ella. Ahora aquí está

dile a tu gente, dile a tu familia que mi hija ya no es señorita ella para que no vaya a haber chisme que no es señorita. ¡Sí es señorita!!¹⁰⁵

El testimonio de Adelaida nos remite a un periodo no muy lejano, veinte años atrás; pero nos permite observar la violencia simbólica asociada a los significados sociales que se le atribuyen a la virginidad, entendida ésta como una condición que garantiza a la nueva familia y a la comunidad, que la mujer no ha tenido relaciones sexuales previas a la unión. En ese sentido la virginidad no se refiere sólo a la permisividad de las relaciones sexuales únicamente en el marco de las uniones religiosas, sino a un proceso para garantizar la exclusividad de la sexualidad y asegurar la procreación a la línea paterna. Este ritual de verificar la ropa interior de la mujer por parte de los dos suegros y anunciar con cohetes su virginidad, es una forma de resaltar la importancia atribuida a la honra, prestigio y valía simbólica de la mujer asociado a su inexperiencia sexual.

En el mantenimiento de este orden simbólico no sólo intervienen la mujer y su pareja sino también los padres de ambos e incluso la comunidad, que al escuchar los cohetes el día posterior a la boda, es oficialmente informada sobre la “inocencia sexual” de la mujer. Estos rituales se mantienen aún en su comunidad¹⁰⁶, posiblemente no con el grado de violencia expresado por la madre de Adelaida, pero los cohetes se siguen usando como un mecanismo público de control social de la sexualidad femenina, tal como pude observar en varias ocasiones durante mi estancia de campo. Si bien entre los amuzgos no se acostumbra tirar cohetes con ese significado, también hay una fuerte presión en torno a posponer la sexualidad hasta el momento de la unión. Hacerlo antes significa una transgresión al orden simbólico que sólo se resarce con el matrimonio.

Es claro que la capacidad de decisión y selección de su pareja por parte de la mujer en este esquema, tenía elevados niveles de restricción. En general su participación en este acuerdo se limitaba a aceptar la decisión de los padres, conocer a su futuro esposo durante los rituales de pedida, prepararse para sus nuevas funciones y esperar que le tocara “un buen hombre”, entendido éste como quien cumple sus obligaciones de proveedor y tratar bien a la mujer. En algunos casos podía resistirse al matrimonio con un hombre en particular, pero no por mucho tiempo; generalmente el segundo o tercer pretendiente era aceptado por los padres y sellado el pacto. El proceso de conocimiento y de establecer relación con la pareja, se producían de

¹⁰⁵ Adelaida. 37 años. Mixteca. Yoloxochitl. Entrevista realizada en abril de 2011.

¹⁰⁶ Yoloxóchitl, comunidad mixteca del municipio de San Luis Acatlán.

manera simultánea con la iniciación sexual, la procreación y la incorporación a una nueva estructura familiar. Al considerar los datos arrojados por la encuesta, sin pretender que ellos permitan hacer generalizaciones, encontramos que el ritual de pedida es muy fuerte entre las mujeres mayores de 35 años pues prácticamente siete de cada diez fueron pedidas en matrimonio según este ritual que acabo de mencionar.

Doña Hermelinda es una mixteca de Cuanacaxtitlán de 65 años. En total tuvo 10 hijos y 15 nietos, algunos de los cuales viven con ella y su marido, pues sus padres o madres han migrado a otros lugares en busca de trabajo. Ella fue pedida a ojo por sus suegros cuando tenía 15 años, es decir, en 1960. Su marido la había visto algunas veces cuando eran muchachos, pero al cumplir 20 su padre le indicó que ya debía casarse y le buscó novia. La razón para seleccionar a doña Hermelinda era la buena reputación de sus padres como gente trabajadora y sencilla. Su esposo don Alberto, más conocido como “Don Beto” en la comunidad, manifestó estar de acuerdo y procedieron a pedirla con sus padres. Tres veces fueron hasta su casa de madrugada y en todas ellas llevaron sus respectivos presentes de pan, chocolate, refresco y aguardiente.

Luego de la segunda visita su madre le informó que se casaría y aunque ella no estaba de acuerdo pues no lo conocía, los padres la persuadieron indicándole que debía aceptar en tanto ellos ya habían consumido los alimentos y las bebidas ofrecidas. Claramente esto hace referencia al inicio de un acuerdo entre los adultos que no puede ser roto por la mujer, pero el cual se manifiesta simbólicamente con la aceptación de los presentes. A la tercera visita, cuando el pedidor le preguntó si ella estaba de acuerdo en casarse con ese muchacho, la madre se ubicó detrás apretándole el brazo para garantizar una respuesta positiva. Una vez sellado el acuerdo, procedieron al “quedamiento” y un año después se casaron sin haber mediado nunca una palabra entre ellos. Este es su testimonio en la voz de ambos.¹⁰⁷

Don Beto: “Yo digo que como antes era mejor porque los papás... ellos se fijan, por ejemplo, en el caso mío con mi esposa; no muy lejos, voy a hablar de mí ahora. Un tiempo estuvimos viviendo allá en el ejido de Azoyú... ellos allá vivían y éramos vecinos en ese tiempo. Entonces mi papá vio que el papá de ella era una persona buena, respetuosa trabajador, campesino. Entonces cuando yo ya tenía como veintidós años y me decía mi papá: “-hijo, ¿es que no quieres a una mujer pues?”... yo tenía vergüenza de decir que sí, “-no hijo dígame, usted está

¹⁰⁷ Doña Hermelinda y Don Beto. Pareja mixteca de Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada el 25 de febrero de 2011.

grande, ya tiene veintidós años”. Y yo no decía nada, uy...y ya a los veintitrés años, entonces si ya me dijo, “-mira hijo, vamos a pedir a fulana, la hija de fulano-”, ajá, ahí como que yo me quedé pensando...

Le digo, “-ella no me gusta, no esa no me gusta”, entonces le dije yo, “-mire acá (sic)-”, y como yo en ese tiempo estaba muchacho pues tenía diecinueve años, pues le dije a mi papá: “a mí me gusta fulana”.

No “-no hijo, no, mira vamos a pedir la hija de don Celestino “-está bien papá-“. Así nomás digo yo, yo no me quedé pensando en qué si está bien o no... “-no, mira estás viendo que son personas respetuosas, son campesinos, y bueno esa muchachita está buena-“, ajá, “-entonces está bueno-“, “-son gente humilde pues-“ “-bueno está bien pues-“, digo.

Entonces él buscó una persona de aquí y fueron a pedirla, ya después llegaron ese mismo día. Ella es la hija de don Celestino. Entonces llegó él “-no hijo, está la puerta abierta ya..., son buena gente-“, “bueno“-dije-, entonces yo comprendí lo que mi papá dijo, que eran gente buena, que eran campesinos.

Yo la conocía a ella porque estuvimos de vecinos en aquel tiempo, yo nunca la vi que si jugaba, ella estaba en su casa, y otra muchacha de ahí su vecina de ella, esa, jugaba futbol yo con ella, allá en ese tiempo, pero ella no jugaba. ¡Ella era corajuda, corajuda! no la estoy vendiendo (acusando), es una cosa de realidad pues porque así fue pues.

Entonces a los tres meses de que fue mi papá a pedirla ya dijeron que sí, pues. Tres meses son y dijo, “-no, pues está bien-“. Mi papá y el pedidor nada más ellos dos iban, yo me quedaba a esperar, trabajando, yo en ese tiempo trabajaba mucho, desde amaneciendo, hasta que se entraba el sol, así que por eso también.

A ella le pasó igual que yo pues, lo que le decía su papá, “-no, que éste es buena gente, trabajador-“, como que ella lo hizo más por miedo a su papá pues. Por obedecer a sus papás. Entonces así fue, yo me casé a los veinticuatro años con ella... ella tenía dieciséis años. Yo le paso con siete años más todavía, a veces ella se enoja... “-ni modo-“, digo yo, ella es más joven que yo, yo soy más viejo, yo debo tener más calma, más experiencia.”

Doña Hermelinda: “Yo lo conocí de cuando estuvieron ellos de vecinos, yo estaba más mediana. Él estaba poquito más grande, yo ya lo había conocido, pero como decía mi papá “-hija que yo quiero que te salgas por la puerta de mi casa, no te vas a salir por el cerco porque

no me gusta. Si tú me cumples-“ dice, “-como yo quiero que tú te vas a casar bien, te vas a casar de blanco y que yo con mi mano te entregue, así por alguna cosa yo te puedo defender y yo te voy a dar, lo que te toca te voy a dar-“, decía mi papa, “-y si tú te vas no te toca nada-“, Entonces mi papá nos dio una vaquita y sí me la dio cuando ya me vine, sí me la dio.

Mis hermanos...estaban muy crecidos Tomás, Cuauhtémoc, cinco, seis... seis hermanos más grandes. Seis hermanos tenía y yo la única mujer que tenían, yo nomás; y me casé. Me pidieron y me casé.

Mi papá me dijo “-sí, te casas tú-“, cuando ellos vinieron dice: “-ellos están gastando, traen cosas y tú debes responder hija, porque ellos los pobres traen sus cosas y las compran con dinero... y aunque tú digas que no, nosotros ya las agarramos, si ellos nos dan un trago, tomamos-“, dice, “-y ese dinero... tú has de decir que sí hija-“.

Y por eso que me dijo mi papá: “-que si tú te casas y respondes yo te voy a dar una herencia, pero haces lo que te toca a ti porque tú eres mujer y no puedes trabajar-“, “-está bien papá-“, digo yo, y dije para mí: “-si me voy, me lo quitan, si me caso bien, me lo dan-“, así que yo hice lo que me dijeron mis papás...

Cuando llegó el pedidor, hablaban nomás ellos los grandes... a la otra vez que fueron entonces ya hablaron conmigo. Ellos me llevaron, me hicieron preguntas, me preguntaron que si era mi gusto que yo me casara con él y él conmigo... y ya mi mamá se sentó conmigo, al lado y ya me hablaba que yo dijera que sí. Ahora está bien, porque ahora se hacen los novios, se quieren, se comprenden; cómo soy, soy enojona o celosa, qué no me gusta, una cosa así, eh... se dicen pues cómo es el hombre también, cómo es la mujer y ahí se quieren ellos pues y antes no, estuvo malo lo de antes.

Don Beto: Digo yo, estuvo mal antes pues...estuvo mal. Y por eso muchas veces así, así pedían al ojo, y ¿qué pasaba?, la muchacha estaba en contra de su libertad. Entonces salía otro y con él se iba, y ya entonces el papá de la muchacha lo obligaban a que pagara todos los gastos....Es una vergüenza, pues...y ahorita no; si salen malos si salen bien, ahorita no hay mal para uno, todo queda para ellos ya pues. Pero por ejemplo si antes a usted la pedían y él le salía malo, o le pegaba, o no trabajaba, su papá tenía derecho a reclamar, a reclamar por usted.

Importante destacar en este relato cómo se va concretando la normatividad reproductiva en mecanismos concretos a través de los cuales opera, como los criterios de selección de la pareja

o la centralidad jugada por los adultos en el acuerdo. La decisión respecto a la pareja adecuada no sólo es tomada por los padres en el caso de las mujeres. El testimonio de Don Beto nos muestra que también para los varones de antaño, era fundamental la opinión de los padres respecto a lo que se consideraba una mujer adecuada para esposa; decisión que a menudo estaba más definida por las características, reputación y prestigio de su familia que por ella misma, pues lo que se establecían eran alianzas familiares. La lógica imperante era escoger una mujer cuya familia fuera trabajadora y garantizara su adecuado comportamiento sexual preconjugal, así como la construcción de una familia y un patrimonio a futuro.

En el caso de ella juegan dos elementos: la decisión de sus padres, la cual debía ser acatada independientemente de su opinión personal, pero al mismo tiempo un interés por tener acceso al patrimonio correspondiente, pues ella lo recalcó con alegría en su conversación, reafirmando que efectivamente su padre sí le dio los bienes prometidos. Esto resulta llamativo pues no es común en la región, y en general entre los pueblos indígenas, la práctica de heredar ningún bien a las hijas mujeres, pues se considera que eso es responsabilidad de su marido¹⁰⁸. En este caso encontramos una experiencia donde la alianza y la reproducción se convierten en mecanismo de acceso a derechos y recursos como es la tierra.

En ambos casos, independientemente de su condición de género, existen relaciones de poder generacionalmente establecidas, que definen las decisiones relacionadas con el establecimiento de vínculos de parentesco mediante el matrimonio y por tanto, de manera indirecta, las decisiones sobre sexualidad y reproducción.

El discurso de doña Hermelinda y su padre respecto al “casarse bien y no salirse por la cerca”, muestra la importancia de los discursos oficiales en torno a la virginidad, así como una mayor cercanía con las prácticas sexuales realizadas por las personas jóvenes de esa generación. En el caso de doña Hermelinda y don Beto, ambos acatan la decisión tomada por sus padres. Pese a los problemas que tuvieron a lo largo de su vida en pareja (entre esos violencia intrafamiliar), que inclusive la llevaron a ella a volver a casa de sus padres, quienes inmediatamente la devolvieron con su marido, esta pareja ha permanecido junta durante casi cincuenta años, tal como se esperaba socialmente al establecer la alianza. En este caso ambos manifestaron en entrevistas separadas y conjuntas, una alta valoración de lo que había significado para ellos la experiencia del matrimonio, especialmente por las satisfacciones

¹⁰⁸ Una de las demandas más importantes señaladas por las mujeres en la Consulta sobre situación y derechos de las mujeres indígenas (CDI, 2012), fue el acceso a recursos, especialmente la tierra, como uno de los principales bienes para dar mayor seguridad a las mujeres.

relacionadas con el incremento de su familia a través de hijos, nueras, nietas, etc. Aunque la valoración de su experiencia particular es positiva, coinciden también en considerar adecuados los cambios actuales en las formas de establecimiento de la unión, apelando al derecho a elegir pareja, lo cual nos remite al análisis de Petchesky (2008) sobre el “sentido de apropiación de derechos” y sus posibilidades de que esta apropiación sea intergeneracional.

Al mismo tiempo encontramos historias de resistencia e intentos de negociación por parte de mujeres de su misma edad para evitar ser dadas en matrimonio con alguien que no fuera de su agrado. Doña Asunción, también mixteca de Cuanacaxtitlán tenía 54 años al momento de la entrevista, tres hijos, cuatro nietos, una de las cuales ha criado como su hija dado que sus padres migraron a Estados Unidos y una nuera que vive en su casa propia junto a ellos. Fue pedida de manera similar a doña Hermelinda y finalmente dada en matrimonio por sus padres, pese a sus fuertes resistencias a casarse con el elegido y a múltiples estrategias desarrolladas por ella para impedirlo. De nuevo vemos aquí el funcionamiento del acuerdo entre adultos.

Mire, primero ellos llegaron a pedirme, se acostumbraba llegar en la madrugada, como las tres de la mañana, y yo no supe, en la mañana me estaba diciendo mi mamá: -fíjate que vinieron unos señores a pedirte, ¿qué tú tienes novio? o ¿ya tienes compromiso?- Y yo no sabía de que me hablaba, entonces me enteré que mi suegro fue a la madrugada a decirle que, quería pues que yo me casara con su hijo, y mi papá le dijo que tenía que preguntarle a su hija para ver si, sí o no, ya entonces me dijo mi papá. Mi papá para esto empezó a sacar preguntas (consultar las cartas de manera ritual), mandó llamar un señor a la casa y que tendiera las cartas, ¿si iba ser mi esposo? O ¿no? que si ahí era mi suerte como quien dice. Llegó el señor y dijo que esta muchacha se va a casar con él, este va a ser su marido porque no sale otra persona aquí, porque este es el que va a quedarse.

¡Y sí!, la verdad fue muy necio, entonces yo por alguna cosa que yo miraba que el hacía, a mi no me gustaba, porque me mandó decir -porque era bien listo así como lo ves- mandó una carta a decirme que yo primero me entregara con el ¡sí! Entonces yo le dije, yo me enojé, le dije yo: “conmigo no lo vas a conseguir, si tú me quieres para mujer tienes que respetarme, y si tú quieres una mujer así como tú quieres, vete y búscala a tu manera, pero yo no”. Y le mandé a decir que yo no quería nada con él, aunque los señores ya tenían algunos acuerdos. Y entonces yo me enojé, y ya eso fue una ofensa para él, ya entonces le mandé decir que ya no

quería nada, y ya él le dijo a su papá que yo lo había mandado a cortar, ya entonces mi suegro se preocupó y buscó.

Era un maestro el pedidor, llegaron a la casa a decirle a mi papá, y mi papá ni en cuenta. Ya cuando estaban platicando llegó, lo llevaron a él, me llamó, me decía, ¿que tú le mandaste decir algo a este muchacho?, le dije: “Sí papá le mande decir, pero que le diga, él que fue lo que me dijo para que yo le mandara decir esto, y no quería decir, y entonces ya yo le dije: mire me dijo esto, y yo la verdad no me gustó lo que me dijo, y le mandé una carta que con él ya no quería nada y que fuera a buscar las personas que tuvieron la idea de él, pero que conmigo no. Así fue que lo empezó a regañar su papá y el señor el maestro ¿por qué hiciste estas cosas? Si esto no es asunto tuyo, nosotros como grandes andamos arreglando aquí y tú ensuciando el agua...Antes era asunto de los grandes, no de nosotros.”¹⁰⁹

Doña Asunción se resistió largamente a ese compromiso apelando a sus hermanos y otros posibles aliados para que convencieran a su padre de no casarla. Su aspiración era trabajar cosiendo ropa y casarse con alguien que amara, pero eso implicaba un tiempo de espera que no era compatible con la presión social existente a su alrededor, a través de la cual se hacen palpables las normas culturales respecto al género y la reproducción.

Finalmente, de común acuerdo entre las familias deciden cancelar el compromiso y ella se va a trabajar a Acapulco. Tres años después regresa y aunque ya era considerada como grande para casarse, pues en ese momento tenía 20 años, es nuevamente pedida por el mismo joven, y en esta ocasión su padre accede pese a las resistencias de Asunción.

Y ahí si ya me amenazo mi papá, si tú no te casas porque quieres andar como una pluma en el aire, la basura -dice- con el viento la levanta y la tira hasta allá y al ratito se va hasta al otro lado, y así la va alejando; así es la persona cuando no se quiere casar, una persona que no tiene un hogar no va a haber un respeto, así que si tú no te casas ya yo no me meto en tu vida, entonces mi papá me amenazaba.¹¹⁰

Era más fuerte la presión de casar a su hija mayor, ya considerada como quedada en la comunidad, que aceptar su negativa frente a este compromiso. Para la familia de su esposo, la insistencia de parte del suegro en pedirla, obedecía a razones de afecto genuino pero también al prestigio simbólico que implicaba establecer alianza con la hija del escribano del

¹⁰⁹ Asunción Ponce Ramos. 54 años. Mixteca. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada en agosto de 2008.

¹¹⁰ Asunción Ponce Ramos. 54 años. Mixteca. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada en agosto de 2008.

pueblo. El padre de doña Asunción es mixteco de Cuanacaxtlán y su madre nahua migrante a la comunidad. Por eso, aunque aprendieron ambas lenguas, ella dominaba el español y había asistido a la escuela, lo cual la colocaba en un lugar poco común entre las mujeres de su época. Al incorporarse a su nueva familia de alianza también debió enfrentarse con las resistencias de la suegra, expresada en molestias o maltratos en la vida cotidiana, posiblemente por no considerarla una verdadera mixteca, o por el largo tiempo invertido para garantizar la realización del matrimonio.

Ya entonces me casé, y ya empecé vivir con mis suegros y eran otras costumbres, otras cosas que se tiene uno que adaptar, a las ideas de ellos, costumbres de cómo vivir, cómo hacer la comida, todo era diferente, tenía uno que adaptarse, acostumbrarse. Con ellos me dio mucho trabajo porque, nosotros éramos muchos en mi casa, pero nosotros casi hablamos el español aunque hablaba yo el mixteco, pero en mi casa casi más era español que el mixteco. Ya cuando me vine con mis suegros ya todo cambió porque aquí era puro mixteco, a veces me hablaban en español, pero muy poco. Más el trabajo, tenía que lavar ropa de todos ellos de mi suegra, mi suegro, lavar la ropa de mi cuñado, llevar toda esa ropa al arroyo tenerla una hora no muy tarde, regresar rápido, hacer el trabajo rápido y rápido regresar porque pues, ya hay quien nos cuide, quien nos regañe, llegando tenía que hacer la tortilla para todos ellos...

Sí había más mujeres en esa familia, pero decía mi suegra que ella no tenía la obligación de mandar a sus hijas, porque la de obligación es la que se casó, entonces nos daba hora. Éramos dos nueras, a mí me pidieron y me casé con su hijo y la otra se salió con el novio.

Entonces en el mismo tiempo tenían ellos dos nueras, era yo y la otra, que vive aquí abajito...Y entonces llegó ésta con el muchacho, y así nos daba ahora si la tarea, a ver tú te pones hacer la lejía y haz esto, y Asunción que haga esto, y así nos daba una orden y teníamos que hacerlo. Dice: aquí están mis hijas, pero una se dejó con su esposo y no le puedo dar un trabajo porque a ella le corresponde otro lugar, pero por el maltrato se vino para acá, ajá, entonces ustedes son las que deben hacer las cosas, y no deben ir con el hombre al monte porque el hombre tiene que comer cuando llegue a la casa, y que es eso de que van con el hombre y regresan...

Así mi suegra pues, nos manda. ¡Sí! no crea que hacíamos o que vivíamos como adultos, que nosotros disponíamos de nuestro tiempo, sino que no podía ir donde mi mamá, porque una vez

*decidí casarme yo tengo que respetar, aunque aquí esté mi mamá yo no tengo por qué ir, y así*¹¹¹.

Este papel jugado por la suegra en la relación con la nuera, se sigue preservando como una continuidad generacional. Posiblemente algunas de esas actitudes se hayan suavizado un poco, pero es claro que al interior de la unidad doméstica se mantienen relaciones de poder intragenéricas que en ocasiones toman un cariz de violencia, pero son legitimadas como parte del proceso de socialización de las mujeres a su nueva vida conyugal, o a partir de un lugar simbólico de respeto muy importante, asignado a estas figuras de autoridad. Allí encontramos también las explicaciones respecto a los lugares de mayor o menor vulnerabilidad de las mujeres respecto al cuidado de su salud por parte de suegras y familiares. Cuando la familia del varón ha participado en el proceso de selección y acuerdo matrimonial, y cuando la mujer a su vez tiene una familia que la respalde, existen mayores probabilidades de cuidado por parte de la familia de alianza durante el embarazo, pues hay un sentido de responsabilidad asumido frente a otros. Profundizaré este tema en el siguiente capítulo.

De otro lado, la última parte mencionada por doña Asunción respecto a su propia familia de origen, permite comprender también la poca presencia de las madres en los procesos de atención durante el embarazo, parto y puerperio, pues la normatividad social establece que una vez, casada, la mujer pasa a ser responsabilidad de su familia de alianza en todos los sentidos, y eso incluye el proceso reproductivo. Cuando ella dice: “no crea que hacíamos o vivíamos como adultos”, está mostrando justamente que la noción de adultez social (McCallum, 2008), a la cual me referí en la introducción, se asocia claramente a la reproducción y no sólo a la conyugalidad. Aunque ellos estuvieran casados, al interior de la unidad doméstica y la comunidad se los sigue considerando como menores de edad socialmente durante un tiempo de aprendizaje de los nuevos roles, donde, en el caso femenino, la suegra ocupa un lugar central en el hogar respecto a la nueva integrante.

5.1.2 “Yo me entregué solita...yo sola decidí”. Sexualidad y conyugalidad entre mujeres de mediana edad.

Junto al esquema de matrimonios tradicionales “por pedida” también encontramos historias que nos remiten a la vulnerabilidad de muchas mujeres, cuya vida en pareja está marcada

¹¹¹ Asunción Ponce Ramos. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada en agosto de 2008.

desde un inicio por uniones que no corresponden a este patrón tradicional de pedida de la novia que establece claras relaciones de alianzas entre dos familias. Es el caso de doña Nicolasa y de su hija Enemesia, dos amuzgas de 70 y 47 años respectivamente quienes salieron de su casa y establecieron relaciones de pareja por fuera de este sistema. La primera lo hizo en 1955, cuando lo que hoy aparece como un patrón más generalizado en términos de capacidad de decisión de las mujeres y consenso al interior de la pareja, en ese momento era considerado totalmente por fuera de la norma.

A los 16 años ella decidió hacer caso a las propuestas de otro joven de su comunidad e irse a vivir con él sin que la hubiese pedido. Ambos habían perdido a sus respectivos padres así que las madres de cada uno no tuvieron mucho que decir ni se hizo el ritual de pedida de perdón. La nueva pareja se estableció, como es costumbre, en la residencia del joven donde vivía con su madre. Allí, luego de dos años, nacieron sus primeros dos hijos sin participación de su pareja en ambos casos, pero sí de la suegra y la madre de doña Nicolasa. Las frecuentes acciones de infidelidad y violencia, así como el escaso aporte económico por parte de él, hicieron que una vez nacido su segundo hijo, ella tomara la decisión de abandonarlo y se fue a vivir con una señora del pueblo para la cual trabajaba en el quehacer doméstico.

“Como él estuvo trabajando y yo también estuve trabajando y cómo yo no me crie con papá, solamente con mi mamá, entonces estuve trabajando. Mi mamá lo dejó, se murió mi papá, por eso yo de por sí trabajaba y él ahí trabajaba. Entonces ahí lo conocí. Yo me vine ahí a su casa, ahí estuve, pero el así nomás, no va a traer leña, no va a traer comida pero se la pasaba donde otra, su amante y yo estaba aquí de pendeja lavándole a él. Iba a ganar para la otra aprovechar. Entonces dije que iba a hacer de cuenta que estaba sola, iba a trabajar para mis hijos. Que mis hijos no, no dejó morir le dije, entonces volví a la casa donde yo estaba trabajando. Y ahí crie yo a mis hijos. El no dijo: “voy a traerla” ni nada. Estará contento. Como tenía su querida en otro lado. Ahí después lo dejó otra señora, y después otra, ahí estuvo, no quedaba con una ni con otra. Y ahora está pagando el señor. Ahora quisiera. Ahora no tiene nada, hace poco me dijo que nos casáramos, ahora ¿ya para qué? ¿Qué dirá la gente?: esta abuelita con sus hijos se va a casar. Ahora como se quedó solo quiere que nos casemos después de la mala vida que me dio.”¹¹²

Dos elementos poco comunes encontramos aquí: por un lado la toma de decisión respecto a la unión por fuera de los marcos establecidos y posteriormente la opción por la separación frente

¹¹² Nicolasa Pablo Santiago. 70 años. Amuzga. Huixtepec. Entrevista realizada el 21 de julio de 2008.

a las situaciones de violencia e infidelidad, pero sobre todo por lo que ella ubica como irresponsabilidad o incumplimiento de sus obligaciones por parte del esposo al no querer contribuir con el gasto de la casa y de los hijos como se espera del rol proveedor del varón. Frente a la ausencia de cumplimiento del rol masculino, se considera legítimo ejercer el derecho a dejarlo. Del mismo modo ocurre si la mujer no tiene hijos.

La decisión de la unión está permeada por dos elementos centrales que lo posibilitan: por un lado la temprana inserción en la vida productiva debido al fallecimiento del padre, lo cual genera otras posibilidades de relacionamiento con los varones desde un lugar de menor control como es el trabajo, donde efectivamente se conocen; así como más independencia en la toma de decisión respecto a la pareja en tanto hay acceso a recursos económicos de su parte. Quizás esa inserción laboral contribuyó también a posponer la edad de la unión hasta los 16 años cuando en ese momento los patrones señalaban edades más tempranas. El otro elemento relevante es que al ser ambos huérfanos de padre, desaparecen las dos figuras centrales en el ritual de establecimiento de alianzas y la decisión recae entonces principalmente en la propia pareja.

Al mismo tiempo, la ausencia de una figura paterna coloca a Doña Nicolasa en una situación de vulnerabilidad o desventaja al momento de establecer la alianza con otra familia, en tanto no existía la figura masculina que para la comunidad implica un nivel de respeto y exigibilidad de derecho a ser bien tratada por su esposo. Como lo ha mostrado Freyermuth (2003) en su trabajo sobre mortalidad materna en Chenalhó, el ser huérfanas constituye para las mujeres un motivo de menor valoración, y por tanto aumenta su vulnerabilidad al interior de la comunidad.

Excepto en el caso de jóvenes que se unen a edades elevadas, o que se conocen por fuera de contextos comunitarios asociados a procesos migratorios; o bien donde ambos trabajan y tienen algún nivel de independencia económica; tanto los matrimonios mediante mecanismos tradicionales como los arreglos entre familias posteriores a las huidas; generalmente implican este nivel de respaldo social de los adultos quienes de algún modo asumen el compromiso ante la otra familia. El paso a la vida adulta se da entonces dentro la institución matrimonial que de hecho se constituye, junto con la maternidad/paternidad, en parte de ese proceso de crecimiento y madurez social tanto de hombres como de mujeres.

Lo que encontramos en el caso de Nicolasa y de su hija Enemesia, es que estos procesos de concertación desaparecen por razones similares; ambas deciden establecer sus uniones por

fuera de la norma, en tanto tienen como sostenerse económicamente o se encuentran por fuera de una red social suficientemente sólida para respaldarlas. En ambos casos estas primeras uniones terminan muy rápidamente, alrededor de los tres años, y con dos hijos como producto de ellas. Del mismo modo, las dos establecen una nueva relación, duradera en el tiempo y que cumple con las expectativas sociales de un hombre que se haga cargo de ellas, pero no son motivadas por una decisión centrada en el amor, sino en el cobijo o la estabilidad, aunque ello implique mantenerse en situaciones de violencia y maltrato.

Es evidente que para doña Nicolasa, tomar la decisión de separarse en los años 60 en una pequeña comunidad indígena, sin duda era una acción osada que la dejaba en una situación de vulnerabilidad, especialmente con dos hijos pequeños y sin el respaldo de una red familiar fuerte. Nicolasa encuentra apoyo en su madre y regresa a trabajar con una viuda mayor pero con un prestigio social y económico que cobijaron a la joven y sus hijos. Se inicia entonces un periodo de aparente independencia económica que está marcado por la necesidad del trabajar para sacar adelante a sus hijos y el cual se cierra con una nueva unión, esta vez con otro hombre del pueblo que ya había tenido una relación previa y con quien se casa “para no estar sola criando a mis hijos porque eso era muy duro”.

Del mismo modo le sucede a Enemesia, su segunda hija. Su historia nos habla de un ámbito que ha marcado la vida y las decisiones de muchas mujeres como es la violencia. Esta se vive en el hogar desde la infancia y se reproducen en la vida adulta respecto a los propios hijos o en la relación de pareja. Enemesia repite en parte la historia de su madre y de su abuela en tanto comienza a trabajar a muy temprana edad y eso le permite decidir que pareja tener, pero también implica altos costos en relación con situaciones de mucha vulnerabilidad que enfrenta a lo largo de la misma.

Ella sale de su casa muy niña a vivir con su tía una temporada, mientras su madre trabajaba. En aquella época regalar a los hijos, dejarlos encargados con otras personas por un tiempo o quedarse con los hijos de un familiar como una estrategia de supervivencia y redistribución de los menores, eran prácticas comunes, que hoy en día se sigue usando en las comunidades, aunque con menos frecuencia. Enemesia recuerda los golpes frecuentes de aquel periodo que finalmente motivaron su salida de la comunidad.

Crecí con mi tía. Yo ya estaba grandecita y me daba cuenta. Mi mamá cuando iba a recogerme, mi tía no me quería dejar ir con ella. Ella como que la manipulaba, le decía que si me llevaba, le iba echar a la cárcel; así le decía mi tía a mi mamá. A mí no se me va a olvidar

esa historia. Que dos veces creo llegó mi mamá y me encontró bañada en sangre, porque mi tía cuando me pegaba me pegaba feísimo y cuando llegaba mi mamá se ponía a llorar. Mi mamá me deja como ocho días con mi tía y mi tía como que se apropia de mí y ya no me quiere dejar ir con mi mamá. Entonces me quedo yo ahí con ella.

Doña Nicolasa completa: “Es que fuimos a trabajar y se quedó ella con mi hermana y cuando regresamos para ir trayéndola, ella me dijo: tú tienes más hijas, yo no tengo. No se fue mamando, jella ya estaba grande, ya lavaba los trastes!”¹¹³.

Enemesia continúa su relato “cuando me pegaba, por un platito, por una olla, me pegaba hasta verme bañada en sangre. En una ocasión, por una ollita de frijol que quebré, me la terminó de romper en la cabeza hasta verme bañada en sangre. Y en esas pasó mi mamá y dijo: vámonos. Pero ella (mi tía) ni respondió. Porque mi tía me había metido miedo, me había dicho que si yo me iba con mi mamá, hasta el fin del mundo me buscaba para que mi mamá y yo nos fuéramos a la cárcel. Creíamos que era verdad y para no tener peleas con ella mi mamá me dejó allí. No me recuperó nunca, yo me fui con una hija de ella mi tía a México. Allí estuve no sé cuánto tiempo. Y después de que yo estaba vieja, que tenía mis hijos, regresé”¹¹⁴.

La experiencia migratoria produce otras lógicas de relacionamiento afectivo distintas a las comunitarias. Por fuera del orden normativo que establece los tiempos y procedimientos socialmente aceptados para el establecimiento de una unión; mujeres y hombres construyen su propia experiencia desde otros lugares o referentes. Las decisiones sexuales y afectivas pueden ser tomadas sin participación de los padres, pero eso no implica necesariamente una mayor capacidad de ejercer derechos o de autonomía plena en la toma de tales decisiones. Para muchas mujeres migrantes como Enemesia, igual que para sus contemporáneas pedidas “a ojo” o casadas por decisión de otros; la primera relación sexual y la persona con la cual se realiza; a menudo no obedece a un deseo propio materializado en una acción consciente de decisión sobre su cuerpo y su vida. Para muchas mujeres de 30 a 50 esa decisión no se tomó nunca, simplemente pasó, fue parte de la vida, de las obligaciones, de las circunstancias. Una

¹¹³ Es común en la región que cuando en una familia no se pueden tener hijos, se asumen como propios los hijos biológicos de otras personas, generalmente familiares, y se desarrollan las labores de crianza de los menores quienes al mismo tiempo ayudan con el quehacer doméstico. Estos menores pueden ser pedidos por las personas sin hijos, o bien entregados directamente por sus madres a otras personas, lo cual ocurre generalmente cuando se trata de mujeres solas o en condiciones económicas precarias.

¹¹⁴ Enemesia Morales Pablo. 47 años. Amuzga. Huixtepec. Entrevista realizada en julio de 2008.

situación que obliga a crecer y frente a la cual no necesariamente se tiene el control, ni mucho menos la información completa que permita decidir.

“Allá en México digamos que pasó mi primer chasco, mi primera vez. Mi tía de aquí se fue para allá, me pegó, trapeó el piso conmigo. Eso fue un desastre. Me pegó todito, me destrampó toda la boca. Porque yo me entregué por primera vez a un hombre. Yo tenía como 14 años, nos enamoramos e hicimos el amor y toda la cosa. Yo tenía 14 y el 18. Yo no quise buscar al muchacho porque el muchacho vivía ahí mismo en la casa. Era sobrino de mi tío, como que era una burla. Ella me dejó allí, era la muerte de un padrino y entonces se fueron y me dejó ahí, en el cuarto del muchacho, en ese mismo cuarto estaba mi cama. Entonces ¿qué te podrías esperar? Entonces fue como una violación, no era tanto porque yo lo quería.

Pero ve que la gente grande no entiende eso, me pegó bien feo, me quitó dos o tres dientes. Me tumbo y me descalabré. Por poquito y quedo tonta. Casi me saca desnuda a la calle “y que la gente la vea porque ella es una cualquiera”. Ocho días de aguantar, porque me trataba como quería y me daba comida hasta que acabara, me ponían a hacer el aseo, a lavar la ropa y sólo hasta que acababa me daban de comer. Yo estaba con mi prima y en el momento en que ella se da cuenta que yo estaba viviendo con un muchacho, mandan a traer a mi tía y mi tía me agarra como trapeador.

Y fue una señora de Oaxaca que me dijo: vete, vete. Para la vida que te dan. Si yo viviera más lejos te llevaba, pero como soy vecina me echan la policía. Tú sabes trabajar, como quieras te ganas la vida. Yo no lo pensé mucho, me fui, a la casa de una señora, ahí había un terreno baldío. Y ahí me escondí, una señora me vio y me fue a sacar de ese terreno baldío. Platicó conmigo porque me vio toda batida en el cuello, con sangre, toda la boca destrampada. Yo le conté todo, como habían sucedido las cosas. Entonces ella me dio refugio en su casa. Y estuve dos días escondida ahí, después ella me llevó a una colonia, donde una sobrina de ella, estuve seis meses trabajando con ella.

Como un año, después me fui a pedirle perdón a mi prima pero ya no estaba mi tía. Y me decía: “por qué no te regresas, tal vez no supimos hacer las cosas”. Yo lo pensé más, yo ya lo pensé bien, yo ya había estado sola, yo estaba de un lugar trabajando para otro. Trabajo aquí, trabajo allá, por lo menos me ganaba mi tortilla, me ganaba para mi ropa. Yo le dije que no, porque ya no va a ser igual. Ya no me va recibir, porque ustedes no supieron hacer las cosas, porque si desde un principio hubieran sabido hacer las cosas tal vez. Si hasta la mamá del muchacho dijo: “¿quieren que mi hijo se case con ella?, yo me la llevo de aquí, si ustedes no la

quieren aquí, yo me la llevo". No, porque ellas lo que decían era: si ella quiere la calle, a la calle la vamos a botar. Entonces antes que me botarán a la calle yo me fui. Pero ella (mi prima) me decía: por qué te fuiste, si apenas íbamos a arreglar. Pero ¿te imaginas?, ellas estaban arreglando las cosas a los golpes toda esa semana. Que yo ya no era digna, que llegué una niña y ahora era una mujer.

Cuando pasó eso él me dijo: "pues vamos a arreglar esto, yo voy a hablar y nos vamos a casar". Pero te digo, mi tía es una señora que no entiende razones, le pueden hablar bonito, pero ella no entiende razones. Por eso cuando la mamá del muchacho le dice: vamos a arreglar pacíficamente. "No, es que yo no quiero que se case con ella, como ella no abrió la boca que vivía con él, ahora la vamos a sacar desnuda la calle. Porque ella quiere prostituirse". Por eso te digo que nunca hubo un arreglo, nunca se sentaron a hablar con la mamá. Ella intentó arreglar, pero no aceptaron. Después de eso yo me puse a trabajar, conocí al papá de mi hijo, pase un tiempo con él en México. Y ahí nació mi hijo.

Es de ese modo que Enemesia da inicio a su vida sexual, afectiva y reproductiva. Sin el respaldo de su familia y por el contrario, con la clara oposición expresada en mecanismos violentos para resolver la situación, se cierra la posibilidad de conciliarlo a la usanza tradicional mediante el matrimonio. Ante ese panorama y la pérdida de los símbolos de valor de una mujer asociados a la virginidad y el pudor, una unión en la comunidad, pedida por una familia y un matrimonio con todas las de la ley, queda simplemente descartada. Ella decide posteriormente con quien juntarse y tener su hijo.

Esto nos remite a una pregunta respecto a la capacidad de decisión de las mujeres: ¿en qué medida son los otros y las circunstancias quienes van definiendo los límites concretos o los marcos de posibilidad de dicha decisión?. No considero que las mujeres sean víctimas de los otros y no tengan capacidad de agencia, pero es necesario entender en qué marcos se produce y cómo juegan ellas frente a sus posibilidades de acción. Concretamente Enemesia opta por conseguir una pareja en la ciudad de México, tener un hijo con él y luego volver a su pueblo junto a su madre, básicamente por el deseo de estar cerca de ella. Opta también por separarse y posteriormente casarse con un hombre mayor, viudo y con cinco hijos a los cuales criar, aunque no lo amara ni cumpliera sus expectativas. Enemesia se enfrenta además a sus propios prejuicios pues antes de aceptar a su marido había rechazado a un hombre de Cuajinicuilapa¹¹⁵

¹¹⁵ Población afromestiza de la Costa Chica de Guerrero. Enemesia relata que estuvo trabajando un tiempo en esa población y fue pretendida por un hombre afromestizo. Aunque sentía afinidad por él, finalmente lo rechaza por su color de piel. Este hecho nos da pistas para comprender las dinámicas

por ser “negro”. De nuevo ella decide pero no podemos perder de vista que las estructuras sociales, ahora representadas en su madre que la aconseja, en la comunidad a la cual retornó y en sus propias representaciones respecto a lo que se considera un marido adecuado, incluso en términos de pertenencia étnica, van moldeando y constriñendo esas posibilidades de decisión.

Enemesia y Nicolasa harían parte de ese grupo considerado en la comunidad como “las fracasadas”; aquellas mujeres solas, separadas, o con varias relaciones a lo largo de la vida quienes se enfrentan con un fuerte estigma tal como lo documenta Fagetti (2006) para el caso de Puebla. Al mismo tiempo, este señalamiento del que son parte, aunado a la ausencia de una red de alianza que las respalde y/o cuide de ellas, las coloca en un lugar de mayor vulnerabilidad el cual se manifiesta de manera más clara, durante el proceso reproductivo. Pero al mismo tiempo, son constructoras de su propia agencia como en el caso de Enemesia quien actualmente es una mujer con un fuerte liderazgo comunitario y comprometida con la salud de otras mujeres a través de sus cargos como vocal de Oportunidades y promotora de salud.

Imagen 5. Doña Nicolasa, su hija Enemesia y su nieta menor. Huixtepec, Ometepec, Guerrero, 2008



socioraciales en la región y las múltiples maneras en que opera el racismo en la vida cotidiana, definido por el tipo de relaciones establecidas entre blanco-mestizos, indígenas y afromexicanos, de tal suerte que los mismos prejuicios racistas de la población blanco-mestiza sobre los indígenas, son asumidos por estos frente a la población afro.

Foto: Lina Rosa Berrío Palomo

He mostrado hasta ahora los rituales tradicionales de establecimiento de las uniones conyugales y las implicaciones de su transgresión. Para las mujeres de menor edad es cada vez más frecuente participar en los procesos de selección de su pareja como se observa entre las entrevistadas menores de 35 donde nueve de cada diez escogieron a su cónyuge, independientemente del modo en que se concretó la unión, por pedida o por huida.

Ahora bien, las razones para estas decisiones no están motivadas sólo o mayoritariamente por el afecto. Frecuentemente la violencia intrafamiliar o la situación económica aparecen como razones importantes que motivan la salida de casa, buscando en el matrimonio una vía de escape que luego no sólo muestra sus límites, sino que da continuidad a estas prácticas cotidianas de violencia en la nueva familia constituida por ellas. El matrimonio aparece entonces como una válvula de escape, aunque luego sea claro para muchas mujeres que no necesariamente desaparece la violencia, sino que posiblemente cambia los actores que la ejercen.

Lucía, de 26 años, es la segunda hija de Enemesia; se juntó con su pareja a los 15 años, tiene tres hijos los cuales fueron recibidos todos por una partera tradicional; vive en su casa propia con su esposo luego de residir varios años en casa de los suegros, y al momento de la entrevista estaba usando métodos anticonceptivos por decisión propia y se desempeñaba como vocal de Oportunidades. Ella decidió, al igual que su madre y su abuela, juntarse con su novio por decisión propia sin intermediación de los mayores hasta después de consumada la primera relación sexual; aunque en su caso sí hay una clara relación de noviazgo previa y un matrimonio civil inmediatamente después de la unión. Desde pequeña trabajaba y allí conoció a su pareja mientras iba a las clases de recuperación en la primaria. Se hicieron novios y él le decía que la iba a pedir; luego que si se iba con él, se casaría con ella después. Al terminar la primaria se fue a trabajar a Ometepe pero al poco tiempo regresó para cuidar a su madre durante el puerperio de una de sus hermanas menores. Allí lo volvió a encontrar y a los 15 años, casi la misma edad que su mamá, decidió irse.

“Yo me entregué solita, nadie me dio, yo solita por mi propia voluntad me fui. Yo lo conocí en la primaria que él iba a jugar futbol y ahí lo vi y nos empezamos a conocer, platicábamos y me gustó pues. Ya que terminé la primaria el me empezó a decir que si yo lo aceptaba pues él me iba a pedir y toda la cosa, con su prima me mandaba a decir a dónde lo iba a ver y pues después cuando terminé la primaria me vine a Ometepe pero a los dos, tres meses regresé a

ayudar a mi mamá y fue cuando empezó a llegar él. Él me dijo que si me iba con él se iba a casar conmigo porque como mi suegra estaba sola con mi suegro y pues así de repente tomamos la decisión porque como en su casa él estaba solo con su hermano, mi suegra no tenía ninguna hija mujer y el supuestamente ayudando a su mamá quería que yo me fuera. Son cuatro hermanos, él es el tercero pero no había ninguna nuera.

Cuando nos juntamos tenía él 23 años y yo me fui con el pasadito los 15 años porque yo cumplí en noviembre y en marzo me fui con él, apenas había cumplido los 15 años. Decidí irme con el porqué ya estaba yo un poco cansadita, de que desde que estaba yo pequeña empecé a trabajar y a ayudarlo a mi mamá con el gasto de la casa entonces en el momento que él me dijo que me fuera a vivir con él a mí se me hizo fácil, pensé que iba ser menos trabajo, que iba a tener yo quien me ayudara en lo que era el gasto, porque pues desgraciadamente con mi mamá, con mi papá era muy difícil de que ellos nos compraran así que una ropita nueva, todo lo que uno cuando está chiquita quiere usar, entonces yo pensé que como nunca supe así que era jugar, siempre anduve ahora si se puede decir no sé ni en qué momento fui niña en qué momento pase a ser adolescente a ser una persona adulta sino que de niña me salté (sic) a ser señora entonces yo en el momento que me dijo el que me fuera a vivir con el pues pensé que iba yo a dejar de trabajar y que ya no iba a tener yo de que preocuparme pero pues ahora sí que fue lo contrario¹¹⁶.

Lucía se inserta entonces, en una relación de alianza al modo tradicional, en la cual los suegros van a arreglar con sus padres después de la huida, hay matrimonio inmediato, residencia virilocal y ella entra claramente a asumir los roles que implica su nuevo lugar de esposa y nuera, así como las relaciones de subordinación respecto a la suegra, e incluso de violencia, que en la experiencia de muchas mujeres, caracterizan esa primera etapa.

El matrimonio significa para ella la posibilidad de mejoramiento de sus condiciones económicas y de cargas de trabajo. No es necesariamente el amor a lo cual aspira sino a un cambio en sus condiciones de vida que finalmente nunca llega. Por su parte, la expectativa del esposo se enmarca claramente en la continuidad de unas relaciones de género que establecen las labores domésticas y el cuidado de los mayores como obligaciones femeninas y específicamente de las nueras que se incorporan a la familia de alianza.

Otras mujeres de su edad, escogieron sus parejas y tenían alguna relación previa de conocimiento o noviazgo con ellos, pero el ejercicio de la sexualidad coital marca un paso en la

¹¹⁶ Lucía Morales. 29 años. Amuzga. Huixtepec. Entrevista realizada en mayo de 2010.

relación donde no hay marcha atrás. Para algunas de ellas como Emperatriz, mixteca de 29 años, cuatro hijos, cinco gestas pues perdió uno de sus bebés a los pocos meses de nacido, y quien vive en su casa propia frente a los suegros; esta primera relación no fue elegida por ellas ni discutida con su pareja. Si bien existía una relación de noviazgo, la primera relación sexual estuvo marcada por una suerte de engaños y presiones por parte del joven. Eso conllevó posteriormente a la primera gesta y a la formalización de la unión, tal como lo planteé en el segundo esquema de uniones.

“Con mi esposo me conocí por mi hermano porque él era amigo de mi esposo y él una vez lo llevo a cenar allí donde yo trabajaba y él dijo: - te voy a presentar a mi hermana-. Así que él me presento con su amigo pues y ya de ahí después pasó ese día y ya después él iba así a comer o almorzar eso y él me habló pues que fuera yo su novia. Tenía yo 15 años porque a los 16 me vine con él, y el tenía 18 y ahí yo le dije que yo no sabía, que después le iba a dar la respuesta de si iba a ser su novia y ahí ya después le dije que sí, que si iba a ser su novia y ya de ahí cada ocho días nos veíamos.

Él fue mi primer novio. Una vez me invito al baile pero no me llevó al baile sino que me llevó a su cuarto y ya de ahí no me dejó salir, cerró las puertas y me dijo que ahí yo me quedara con él. Ya él vivía en casa de un maestro y ahí pues entrabamos, él estaba ahí con su hermano porque también su hermano estudiaba la prepa pero en ese momento no estaba su hermano, se había ido para Acapulco ya nomás él solo estaba. Yo no sabía nada y yo le dije: -¿pues que si no íbamos al baile?- Y ya me dice: -no; eso lo dejamos pa' otra vez cuando haiga (sic)- Y me puse yo triste porque yo no sabía qué cosa iba a ser en ese momento y ya él había cerrado el portón, ya había cerrado la puerta y ni cómo salir porque era barda... y ya de ahí después tuvimos relaciones pues... Ya al otro día pues me fue a dejar donde yo trabajaba y de ahí pasaron meses y yo pues ya tenía relaciones con él, ya de ahí cuando el salía de la escuela de la prepa me pasaba a traer y ya de ahí yo me iba con él.

Pues en ese momento pues sí...yo también quise...ni él ni yo tuvimos dudas sino que de acuerdo. De hecho la que fue mi patrona una vez si se molestó porque le dije que me había quedado con él y como yo estaba chamaca ella se enojó que si ya me había entregado a él me iba a dejar porque según que lo veían con otra y dice: -no, si ya te entregaste con él ya te chingaste porque uno con una vez pierde una mujer- Y yo me sentí bien mal porque como ya me había entregado a él y ya pasó a otro día que iba a pasar a buscarme y ya después yo le dije: -así como tuvimos relaciones ¿de verdad tú me quieres o no? Y sí, él me dijo que sí, que sí te

quiero y ya después me quedé embarazada de la niña, de la grande, me daba mucho sueño y dice él que si me quería pues. Y ya de ahí cuando estaba embarazada de la niña ya dice él agúntate que llegue diciembre y ya te vas a salir de trabajar y te voy a llevar.

Este embarazo originó que su esposo se la llevara a vivir a casa de sus suegros poco tiempo después. Sólo tres meses habían pasado desde que empezaron a tener relaciones hasta su embarazo y con ello la formalización de la unión.

Natividad, amuzga de 32 años, con cuatro hijos, casada, viviendo con su pareja en residencia propia y utilizando anticonceptivos al momento de la entrevista, vivió una historia similar. La misma preocupación por la moral de las mujeres y la pérdida de respeto una vez tienen relaciones sexuales, hizo que se casara con su esposo aún sin haber tenido relaciones. El haberse quedado con él a dormir una noche, mediante engaños y uso de la fuerza por parte del varón, implicaba ser considerada como una mujer iniciada en la vida sexual y por tanto, la única manera de recuperar la honra era mediante el matrimonio. Lo que realmente estaba de fondo, igual que en el caso de Lucia, era un deseo de huida frente a las situaciones de violencia al interior del hogar.

Antes ya nos querían casar a la fuerza porque decían que yo ya no era señorita, pero yo me enojé porque me querían casar a la fuerza y me fui yo a huir, y estaba yo chamaca tenía doce años y me fui a huir por que yo decía que yo si era señorita y mi mamá, mi mamá decía que no, que la gente ya andaba diciendo que yo ya andaba con mi marido y que a esa hora así que me llevo mi mamá con una partera, me revisó si era verdad que era señorita o no, así que... que cuando ya vio que si era señorita... ya me quitó otra vez que no me viera con mi novio que es ahora mi marido pero yo quería que comprobara que sí era señorita porque si no después mi marido iba a decir, "no, si no es señorita ¿qué va a andar conmigo?" Ya después nos juntamos y nos fuimos a vivir a Morelos y tuve a mis hijos a todos.¹¹⁷

Pos no yo no sabía nada de eso, ni quien me orientara ni qué edad, ni qué te digo que la primera vez que iba a tener relaciones con mi marido, yo no sabía por dónde iba a ser eso, yo no sabía, yo estaba bien asustada, estaba chica...yo digo que más que me fui por mi marido, fue porque mi abuela me maltrataba mucho, vivía mucha violencia con mis abuelitos y como él según que me quería mucho uno se va donde el otro también verdad y fue eso el buen trato el que me llevo con él¹¹⁸.

¹¹⁷ Natividad. Amuzga. 32 años. Huixtepec. Entrevista realizada en abril de 2011.

¹¹⁸ Natividad. Amuzga. 32 años. Huixtepec. Entrevista realizada en junio de 2010.

Liliana es una amuzga de 26 años criada por su abuela pues sus padres la dejaron desde pequeña y se fueron a vivir a otra comunidad. En total tuvo seis gestas, dos pérdidas, cuatro hijos vivos y una OTB realizada después del último parto por decisión propia. Se juntó con su esposo a los 14 años, en 1996. Eran novios e incluso él la había pedido con su abuela pese a las resistencias de su propia familia. Frente a la posibilidad de que otro joven se le adelantara, la presiona para irse juntos argumentando un posible embarazo de su parte.

“Lo que pasa es que él anduvo detrás de mí, ya luego al poquito tiempo lo fui yo conociendo, estuvo ahí cerca, y todavía tenía yo los 13 años, estuvo esperando que cumpliera yo los 14 años, y poco a poquito, porque no se alejó estuvo cerca, cerca, todas las tardes llegaba, si fue su mamá a pedirme y ya después me di cuenta que me había pasado esto (la menarquía) y luego que están platicando una persona, no la muchacha que salió embarazada, no, y también él dice es mejor que ya, es que él se dio cuenta que andaba otro muchacho detrás de mí. No – dice- es mejor que ya te lleve. Que no y que no, y me llevó... ¡no -le digo- yo no me quiero ir ¡“Vamos, seguro ya estas embarazada ahorita”. Y no, no era cierto, a los cinco meses que yo estaba allá fue que me embaracé.¹¹⁹

Estas historias nos hacen reflexionar sobre los límites y posibilidades de las mujeres para ejercer derechos como la elección de su pareja, el matrimonio, la sexualidad entre otros pues para ellas no fue una elección sino un acontecimiento motivado por la presión de los varones para acceder sexualmente a ellas y formalizar una relación.

5.1.3 “Me tienes que ir a pedir”: cumpliendo la normatividad reproductiva.

El peso de la institución matrimonial está asociado a mayores niveles de respetabilidad, así como a un compromiso de toda la familia, en el sentido de cuidar y tratar bien a la mujer que se pide. Se considera que quien no hace eso no tiene palabra o se ha burlado de la familia. Aunque para muchos varones lo más importante es concretar rápidamente el acceso a la sexualidad y presionar por una huida para garantizar que otro hombre no se le adelante en pedirla o llevársela, en ocasiones se encuentran con posiciones como las de Rosa:

“Con él nos hicimos novios después y ya después le dije: mira si me quieres ve a pedirme pero él dijo que yo me huyera con él y yo dije: “ no yo no me huyo porque mis padres son bravos

¹¹⁹ Liliana Nolasco. 26 años. Amuzga. Huixtepec. Entrevista realizada en julio de 2008.

capaz que te vayan a ir a traer a tu casa y te van a echar a la cárcel”, porque así le hizo con mi primera hermana, ella se huyó a los 12 años y lo fueron a echar a la cárcel pero a él, a su novio y de eso tenía miedo yo. “ No -le dije- ven a pedirme con tus padres porque tú me conociste en la casa, no en la calle, ni modo que ahí en la calle me vaya yo contigo”. Y si pues, fue él con su papá y su mamá a llevarme y ahí pusieron la fecha.

Con mi hermana lo echaron a su novio a la cárcel dos días y saliendo de la cárcel se casaron. Le dijeron que qué día se iba a casar y él dijo que no tenía dinero pa casarse y entonces dijo mi papá, “!no!, si no es que se roban la mujer porque tienen dinero porque yo nomás me voy a poner a robar y después no me voy a comprometer a casarme” Y si pues, sí se casaron y así fue la historia que yo lo vi; estaba yo chiquita, dice mi mamá, ni modo pues... Y por eso yo le dije que me viniera a pedir.¹²⁰

En su narración es posible identificar el peso de los discursos tradicionales con una fuerte carga moral en torno a la sexualidad. Si bien encontramos diversos ejemplos de transgresión y resistencia a estos discursos en los comportamientos de las mujeres y hombres hacia los cuales va dirigido (Amuchástegui, 2001); también es posible ubicar, como en el caso de Rosa, el fuerte impacto de los mismos en el mantenimiento del orden social y de las formas o rituales preestablecidos para la conformación legítima de las uniones. Existen mecanismos de sanción moral para quienes violan las normas, pero igualmente mecanismos comunitarios muy concretos que siguen operando, como es el mencionado por Rosa: presentar denuncia ante la autoridad comunitaria y pedir que encarcele o sancione a quien la incumple.

En estas tensiones entre la permanencia y el cambio social, se mueven las mujeres de este grupo, algunas como vimos, claramente transgrediendo la norma y juntándose con sus parejas sin el ritual matrimonial, mientras otras intentan mantenerse en ese marco comunitario establecido como el deseable. Es claro que las uniones no siempre están mediadas por el amor, el deseo o la decisión clara de ambas partes. Si bien varias de ellas, como lo compartieron en sus testimonios, ya conocían a sus parejas y tenían incluso una relación de noviazgo con ellos, no habían decidido que ya querían pasar a otro momento de la relación. El ejercicio de la sexualidad coital, mediante sutiles o abiertos mecanismos de presión por parte de los varones, se convierte entonces en un mecanismo para sellar la unión, para garantizar la exclusividad sexual sobre esa mujer y evitar de este modo que otro hombre “se le adelante”.

¹²⁰ Rosa González. 28 años. Amuzga. Huixtepec. Entrevista realizada en junio de 2008.

Podemos encontrar así otra explicación a la continuidad en la edad aproximada de inicio de relaciones sexuales y de vida conyugal entre los tres grupos etarios.

La presión de los varones sobre las mujeres para concretar las uniones mediante un ejercicio de la sexualidad, y por otra parte, el deseo de varias de ellas por salir de situaciones de violencia o maltrato vividos al interior de sus hogares. Estos elementos, sumados a las normas de género que claramente aparecen expresados en el testimonio de Lucia cuando señala que su marido quería una mujer para que ayudara a su mamá pues no tenía hermanas ni había nueras en casa, nos permiten asomarnos a las formas de configuración de las uniones en este grupo pero que sin duda, no son exclusivos del mismo.

5.1.4 “Nos fuimos por la libre...” sexualidad y conyugalidad de mujeres jóvenes.

Entre las chicas de menor edad, observamos un incremento en las uniones consensuadas de tal manera que entre las mujeres de 15 a 24 años de edad, el 50% de ellas estaban en unión libre mientras que estos porcentajes se reducen considerablemente en las de mayor edad. Es en este grupo donde podemos observar con mayor claridad cómo se han modificado los rituales de establecimiento de la unión¹²¹, así como el orden en el cual se producen las acciones dando lugar a una ruta de construcción de las parejas que en general prioriza el ejercicio de la sexualidad -más que la conyugalidad- como paso inicial del relacionamiento permanente.

Aparece entre los jóvenes la etapa del noviazgo (Rodríguez y Keijzer, 2002), y se han incrementado de manera considerable las huidas previas al matrimonio, decididas de manera autónoma por la pareja. Una de las más evidentes diferencias generacionales entonces, es la manera en que se están decidiendo y formalizando las relaciones de pareja, así como el incremento en la capacidad de decisión de las mujeres respecto a su esposo o compañero. También es posible observar en este grupo cómo las razones de unión están asociadas a muy diversos motivos, entre ellos situaciones económicas, de violencia y de migración.

El ritual de “pedida de la novia” ha sido remplazado por el de la “pedida de perdón” posterior a la huida de la joven pareja. Lo común entre las nuevas generaciones (especialmente 15 a 29), es establecer una relación de noviazgo, a menudo oculto a los padres de la joven, y luego

¹²¹ Si bien es posible que estas mujeres jóvenes posteriormente formalicen la unión mediante un matrimonio civil y/o religioso cuando las condiciones económicas sean más adecuadas, cambiando de este modo su estatus marital..

de un tiempo escaparse a algún lugar donde se tienen relaciones sexuales para acudir después con los padres del varón; o bien directamente ir con ellos cuando deciden huir. Al presentarla con sus nuevos suegros, éstos le preguntan a la mujer si realmente quiere estar con su hijo y en caso afirmativo, avisan a los padres de la novia si es de noche, o van directamente a “consolarlos” y “pedirles perdón” por la falta cometida por su hijo. En este ritual se marcan entonces las condiciones para el matrimonio y se formaliza la unión de los jóvenes.

Alexis e Ivone son una joven pareja mixteca. Él tiene 20 y es músico; ella 18, se dedica al hogar. Viven juntos en casa de los padres de Alexis hace menos de un año y esperan a su primer bebé. Ella tiene siete meses de embarazo y están muy emocionados con esa nueva experiencia. Entre los dos se van compartiendo su historia desde que se conocieron tres años atrás. Ella tenía 14 años y medio y estaba en primero de secundaria. Él 17 y ya trabajaba como músico. Un mes después de conocerse y ante la insistencia de Alexis que le enviaba recados con su prima, deciden volverse novios pero de manera clandestina. Así estuvieron un año y medio mientras ella seguía estudiando. Luego de ese tiempo se presentaron mutuamente en casa de los abuelos de ella con quien vivía; y de los padres de Alexis. De ese modo quedó formalizada su relación de noviazgo que duró más de dos años hasta que decidieron salirse. Al preguntarles cómo fue ese proceso van narrando su historia a dos voces:

Alexis: Yo quería que se fuera conmigo desde antes, le dije, y ella me dijo “no, si en verdad me quieres espérame que yo termine la secundaria de ahí me voy contigo”. Le dije órale pues está bien y yo la estuve esperando y después me dijo: no, espérame que yo termine el bachillerato ¡No! le digo; ya habíamos quedado que hasta la secundaria y ya ella después se había inscrito para el bachilleres ya andaba en el bachilleres ella.

Así que tuvimos una tocada en San Luis, fuimos a tocar los músicos pero ya habíamos quedado de acuerdo que en ese día ella se iba a ir conmigo y quedé de acuerdo con ella que como a las cinco de la tarde pero como no pude porque estábamos tocando todavía, y le hable por teléfono y le digo: “sabes qué: no voy a poder ir a esa hora; espérame voy a llegar como a las siete o las ocho de la noche y me tienes que esperar porque ya quedamos y nada que uno se raje así que me esperas si?”. Entonces me dice sí. Habíamos quedado en una casa de su amiga de ella aquí mismo; es mi prima la amiga de ella.

Y pues cuando llegamos aquí eran como las ocho y llegamos con la banda y le dije al de la banda: “¿sabes qué? ¿Me pueden pagar? Es que tengo un compromiso y ya pues le conté; me pagó y me fui porque ella ya estaba esperándome y ahí me la llevé... Estuvimos ahí cerca de mi

casa y como a las diez, once de la noche nos vamos a mi casa pues que hay mucha gente y no, le van a contar a tus abuelitos, después dijo que sí y en eso que pasa mi papá y voy corriendo y le digo:

- “¿Sabe qué? ya yo llevo a mi mujer ahorita y no quiero que tú te andes agüitando conmigo, que te enojas conmigo.

- No-dice-, yo no, mijo, no voy a decir nada pero tu mamá quién sabe qué va a decir.

- No, ella no sabe por eso tú pláticale cuando llegues ahí porque yo voy a esperar un ratito y después me voy”.

Y de ahí él se fue pues, y se fue a la casa a avisar porque después su abuelita de ella la andaba buscando.

Ivone: Sí me fue a buscar, la vimos cuando estaban ahí y le digo le voy hablar porque me va a regañar así que llegamos a su casa y todavía sus papás me dijeron que si él me había traído a la fuerza pues que si yo quería regresarme a mi casa que era el tiempo que me iban a dejar venir que iban hablar con mis abuelitos y ya les dije que ya no pues, que estaba bien. Ya con eso pues ya sus papás le marcaron a mi abuelita le dijeron que ya yo me iba a quedar, que ya había dicho que me iba a quedar... En ese ratito le marcó para que estuviera tranquila mi abuelita que ya no se preocupara por mí porque si llegué no llegué porque no sabía si había llegado y le dijo pues que al otro día iba a llegar. Y si pues, a la otra mañana tempranito sentí que se levantaron mis suegros y era bien tempranito cuando vinieron ellos con mi abuelita. Nomás ellos solos vinieron, ya después dijeron que iban a venir a consultar, yo no pensaba venir porque me daba miedo que me regañaran.

Alexis: Pero ya ellos me conocían bien porque yo siempre venía a su casa como ya sabían que era su novio... Me dijeron, no cuando quieras mijo ven a la casa, aquí es tu casa, yo agarré la confianza pues yo venía pues no todos los días tampoco venía de dos días tres veces hasta tres días a platicar con ellos pues, platicaba con ella y así con toda la familia platicábamos y de ahí le digo ya me voy, pero ellos pues que agarraron mi confianza de que yo también era un buen muchacho.

Ivone: Cuando empezamos a ser novios yo tenía 14, faltaban cuatro meses para cumplir 15, y Alexis 17. Ya cuando nos fuimos yo tenía 18 y el 20. Yo me fui con él porque veces, a veces me sentía mal ¿sabe por qué? porque mi hermano trabajaba y yo sentía que mi hermano no podía

hacer su casa porque él me mandaba dinero para mi estudio y ya no podía ahorrar bien y mi mamá también me apoyaba y yo en parte ya no quería que mi mamá trabajara, mi mamá decía: yo te voy seguir apoyando pero digo ¿qué tal si la hago luchar mucho va a trabajar mucho y si al último no soy nada; no voy a servir de nada? si pues si, por eso mejor decidí ya no estudiar nada.

Alexis: Y yo decidí de llevármela a ella pues porque yo de por si yo la quería mucho y yo dije: “no y hasta lo juré, lo juré por mi madre, ite juro por mi madre! que esta morra va a ser mi mujer un día y no me voy a rendir hasta que se fuera conmigo”. Y si pues lo que yo quería y si me la llevé, bueno es lo que yo quería pues llevármela a ella porque decían que tenía novio que no sé, pero ella no le hizo caso; pues yo siempre le hablé a ella pues hasta que me hizo caso y me la llevé, me la llevé y dije no para qué esperar tanto, me la llevé pues... Le dije: “mira, me hiciste esperar en la secundaria y otra vez en el bachillerato ya no quiero esperar tanto, vámonos ¿para qué estamos esperando?”. Además... si ella no me hace caso, en ese momento yo me iba a ir pal norte y para ya no regresar más, ya estaba alistando papeles pero gracias a Dios pues que ella si me entendió y... pues ahorita somos una pareja ya.¹²²

Este relato en voz de ambos protagonistas, nos permite asomarnos al mundo de los jóvenes y sus prácticas de unión; las razones por las cuales deciden unirse, así como las negociaciones en torno a la permanencia en el sistema escolar. Esto resulta interesante pues efectivamente las uniones conyugales en contextos rurales e indígenas marcan el cierre del ciclo educativo, en el nivel en el cual se encuentre en ese momento la mujer (Szasz, 2008; Rodríguez y Keijzer, 2002). Es decir, la conyugalidad implica asumir un nuevo rol relacionado con la vida en pareja y la maternidad, el cual excluye el papel de estudiante. De otra parte, se observa la aparición del noviazgo como una etapa preconyugal de conocimiento y construcción de afectividad a partir de la cual se opta por formalizar la unión. Alexis e Ivone se salen un poco del patrón de relaciones de noviazgo existente en las comunidades indígenas de la región, pues tienen un periodo de noviazgo largo y negociado en función del cierre de un ciclo escolar para ella. Sin embargo, esperarla hasta la preparatoria implicaba otro lapso que Alexis no estaba dispuesto.

Normalmente el tiempo de noviazgo es mucho más reducido, incluso sólo un par de semanas como en el caso de Ana Iris de 15 quien se fue con su novio a los 14 y quedó embarazada a los pocos meses, Edelmira de 20 quien se fue a los 14 e igualmente se embarazó de inmediato, Concha de 18 quien se había ido con su novio en ese mismo año y estaba utilizando métodos

¹²² Ivone y Alexis. 18 y 20 años. Mixtecos. Cuanacaxtitlán, Mayo de 2010.

anticonceptivos, así como Alma Delia de 23, quien se juntó en unión libre con su novio a los 20 y acto seguido se embarazó. Todas ellas se fueron con sus respectivos novios menos de un mes después de haber establecido el noviazgo.

Para Concha, amuzga de 18 años radicada en Huixtepec, hija menor de Enemesia, y quien se fue con su pareja justo en el momento en que estaba realizando mi trabajo de campo; irse a vivir con su pareja era una manera de salir del hogar propio y de situaciones difíciles que allí se presentan. Esto es común a otras mujeres de su generación y de la anterior como lo vimos en el apartado previo.

Tres meses fuimos novios y si yo no me hubiera ido con él a los tres días me hubieran llevado para México con mi hermana Tina a trabajar y yo no quería. Sí, yo me casé para salirme, yo no quería pues estar ahí y por eso me vine. Sí quería a Rafael pero también mi hermana me hizo la vida muy dura, me decía cosas, me metió muchas cosas en la cabeza que hasta ahora no se me quitan; y también mi vecina me decía que cuando yo me fui para Chilpo mi mamá estaba contenta pero ahora que volviste hace mucho coraje contigo así que por eso me salí; no lo planeé, nomás allí en medio de la fiesta me dijo y nos salimos¹²³.

El cambio generacional en las decisiones respecto a selección de la pareja, de tal manera que la afectividad toma un lugar más protagónico en los criterios de selección es una característica común entre las mujeres jóvenes de la región independientemente de su grupo étnico. De uniones conyugales a muy temprana edad, decididas por los padres y formalizadas mediante matrimonios entre las personas de mayor edad; pasamos a un número cada vez más elevado de relaciones consensuadas entre la pareja y precedidas en no pocas ocasiones, de un periodo de noviazgo o enamoramiento previo cuya duración es variada. Durante éste la pareja se conoce, mantiene relaciones afectivas cercanas y a menudo también sexuales.

En algunos casos la pareja decide “huirse” y de común acuerdo la mujer sale de su sistema familiar de origen para instalarse en la casa de su nueva familia de alianza, sin mediación alguna de sus padres hasta después de la pedida de perdón. El tercer esquema de unión mencionado fue el de sexualidad-maternidad-conyugalidad. La historia de Alicia y Vladimir, igual que la de Emperatriz y su pareja en el grupo anterior, ejemplifica éste. Alicia es una joven mestiza de una comunidad oaxaqueña cercana a Guerrero. En 2003 se juntó con su pareja a los 18 y viven en unión libre. Tenía 23 años al momento del trabajo de campo y durante el mismo se embarazó y tuvo su tercera y última hija, pues pidió que le practicaran una OTB luego del

¹²³ Concepción. 18 años. Amuzga. Huixtepec. Entrevista realizada el 27 de julio de 2010.

nacimiento. Vive en su casa propia con su pareja e hijos, en un lote colindante con el de sus suegros pero con actividades separadas.

Yo había tenido como dos novios antes y con Vladi nos conocimos en la iglesia, porque no teníamos guitarristas y como éramos del coro. Él llegó ahí por eso, llegó como guitarrista por unos días y ahí nos conocimos. Él estaba ahí por días. Ensayaban, él llegaba nos enseñaba o ensayaban y se iba. El duraba dos o máximo tres días.

Ahí donde estaba él, había una caseta telefónica. Entonces un día me hablaron y cuando yo llegué le pregunté a la muchacha que quién me había llamado; ella me dijo fulana de tal. Después yo le pregunté ¿y ese muchacho de ahí al ladito? Ah él es el mero guitarrista. Pero está comprometido, ah bueno. Ya contesté mi llamada y me vine. Al otro día, llegó un niño y me dice: que te mandaron saludar. ¿Quién? Pues el muchacho que estaba ayer aquí. Ah está bien. Pues me caía mal él. Pues es que me hice como de rogar. Él tenía varias muchachas ahí. Hasta una amiga mía se fijaba en él, pero él ya se había fijado en mi jeje.

Ya después me acuerdo que fue un 27 de septiembre que él me sacó a bailar y ya después estuvimos bailando. Nos empezamos a tratar, no como novios sino como amigos. Y ya después fue un 28 de noviembre que él me dijo que fuéramos novios. Y como a mí ya me gustaba, pues lo acepté. Entonces me mandaba cartas, yo también le mandaba, me mandaba cositas así y yo también a él. Nos llevamos muy bien en esa temporada de noviazgo. Y ya pues empezamos ya más a fondo, y ya salí embarazada de la niña. Y ya después nos fuimos juntos, estuvimos una semana juntos en Acapulco. Y luego ya nos vinimos aquí donde mi suegra. Pero todo fue muy bonito.

No es que decidimos tener relaciones sexuales, solamente pasó. ¿Qué íbamos a hacer? El error fue no cuidarnos, ni él ni yo, y pues ya quedé embarazada de la niña. Y pues él en ningún momento me dio la espalda, además no me puso ni un pero. Además nos juntamos por amor, no porque estuviera embarazada. Fueron cómo seis u ocho veces que tuvimos relaciones antes de embarazarnos pero por lo mismo, no nos cuidábamos, fue nomás así.

Habíamos pensado casarnos. Él había pensado en serio ir a pedirme y todo esto. Pero ya quedé embarazada pues ya no se hizo nada de eso. Tal vez no en un principio casarnos, pero si irnos a

*vivir juntos y ya con el tiempo casarnos. Pero ya no se hizo eso*¹²⁴.

Lourdes es amuzga de 22 años y un bebé recién nacido. Estaba casada por lo civil desde un año antes y vivía en casa de su suegra. Su caso nos muestra una suerte de combinación entre formas tradicionales y decisiones intempestivas de los jóvenes. Conoció a su esposo cuando fue a tocar con su grupo a la cuadrilla (comunidad) cercana donde ella vivía. Se trataron, se hicieron novios pero al poco tiempo Lourdes migró a Estados Unidos porque así había quedado con sus ocho hermanos que vivían allá. Se fue a Filadelfia y a los pocos meses él la siguió pero sólo alcanzó a llegar a Los Ángeles pues se le acabó el dinero. Allá vivieron dos años cada uno en una ciudad y eran novios por teléfono. Incluso rompieron la relación y volvieron a juntarse cuando regresaron a México. Él la fue a pedir con sus papás quienes aceptaron, pero antes de la boda ella se fue a vivir con él a casa de su suegra. “Es que ya no quería esperar” me dice entre risas al preguntarle por qué se fue con él si ya estaba marcada la fecha¹²⁵. Meses después, como ya había sido acordado previamente, se realizó la boda.

En ambos casos, tanto cuando la pareja se va sola como cuando decide adelantarse a la fecha, es común que a los pocos meses de producirse la unión de facto, ésta se formalice mediante un matrimonio civil mientras que la boda religiosa espere un par de años más, o incluso nunca se produce por los altos costos económicos que implica.

Edelmira es mixteca, tiene 20 años y se unió con su esposo a los 14 (en 2004) por decisión propia luego de cuatro semanas de noviazgo. Sus suegros la recibieron y al día siguiente procedieron a avisar y poner la fecha de la boda. El matrimonio civil se hizo varios meses después y el religioso luego de tres años, cuando ya había nacido su primer hijo. Allí la familia de sus suegros esperaron otros dos años más para casar a su siguiente hijo, aunque ya vivía con la muchacha desde hacía casi un año. Ahora, están esperando nuevamente dos años a reunir el recurso para el matrimonio del siguiente hijo, quien ya llevó a presentar a su novia.

Pedir perdón y presentarse ante la familia:

El ritual de la pedida de perdón posterior a la huida, ha sido ampliamente descrito en otras etnografías sobre diversos pueblos indígenas¹²⁶ y paulatinamente ha remplazado al ritual de la

¹²⁴ Alicia. 23 años. Mestiza casada con mixteco. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada en agosto de 2008.

¹²⁵ Lourdes. 20 años. Amuzga. Huixtepec. Diario de campo, octubre 1 de 2010.

¹²⁶ Fagetti(2006), D'Aubeterre(2000);Ponce (2006); Franco (2010).

pedida que precedía al matrimonio. Este último fue común entre las mujeres de mayor edad pero cada vez es más escaso entre las nuevas generaciones.

La pedida de perdón tiene variaciones pero básicamente consiste en un acto simbólico mediante el cual los padres del novio se presentan ante la familia de la novia a reconocer el acto cometido por su hijo, el cual es entendido como una afrenta al honor de la familia, una transgresión de las normas sociales que requiere una serie de acciones para resarcir el daño causado, así como un acto en el cual se formaliza ante ambos grupos familiares, el establecimiento de la nueva unión. La pedida de perdón es realizada por los padres del novio como una manera de asumir el respaldo a la relación y la responsabilidad respecto al cuidado de la mujer a lo largo de su nueva vida.

Generalmente se hace al día siguiente en el que se produce la huida e incluye una serie de presentes “para contentar” a los padres de la novia. Estos generalmente contienen cajas de cerveza, de refrescos, panes, chocolates y en ocasiones más ostentosas, animales u otro tipo de obsequios. En algunos casos se lleva una persona de autoridad como un vecino o un familiar mayor, respetado por ambas partes. Sin embargo, lo más común actualmente es que sólo acudan los padres del novio o un familiar de éste si es huérfano o no cuenta con parientes en la localidad. Es importante dar aviso rápidamente a los padres de la mujer para tranquilizarlos. Al día siguiente se produce la pedida de perdón que normalmente, aun cuando estén muy enojados los padres de la novia, termina en acuerdo respecto a la fecha de la boda civil, pues es la manera de garantizar el compromiso o la solidez de la unión. Así continúa el relato de Alicia al presentarse a casa de sus suegros luego de la salida de su hogar al percibir el embarazo:

Cuando salí embarazada nos fuimos una semana a Acapulco, ya después él llamó a su mamá y le dijo que andaba conmigo, cuando nosotros llegamos ellos no estaban, solamente estaba mi cuñada y mi suegro. Ya llegamos, ellos se alegraron mucho, de por sí me quieren mucho. Ya a los días llegó mi suegra, y empezaron a hacer los preparativos para avisarle a mi mamá porque yo no le había avisado, solamente me le desaparecí. Solamente sabían mi hermana y la señora con la que yo trabajaba. Nada más ellos. ¡No! porque mi mamá se iba a enojar. ¿Y qué tal si iba a encerrarme a mí?

Mi suegro me dijo que era bienvenida, Vladi les había hablado de mí. Él me dijo que nos habíamos adelantado, que era bienvenida la familia. Después de que llegó mi suegra, como dos

o tres días después, me hicieron una comida para presentarme a la familia de mi suegro y a la familia de mi suegra. Y pues me dieron la bienvenida y ahí supuestamente estaban contentos jeje. Al principio si nos regañaron, que por qué habíamos hecho eso, que no se debía hacer así, que no era correcto.

Pero como Vladi había ido a hablar, con mi mamá y con mis tíos, porque con ellos vivíamos, a ver si estaba de acuerdo de que fuéramos novios, pero no estaban de acuerdo con que viviéramos juntos. Y pues como no estuvieron de acuerdo, pues por eso fue que hicimos lo que hicimos. Se arreglaron, porque nosotros ya estábamos arreglados. Y como tenía muchos compromisos, nos casamos hasta después de un año. Nos casamos por lo civil, porque no somos casados por lo católico¹²⁷.

Quando el noviazgo ya está aceptado o conocido, es incluso más fácil el acuerdo como en el caso de Ivone y Alexis.

Alexis: Mis papas vinieron el día que nosotros nos juntamos al otro día y ese día nosotros fuimos a tocar en san Luis y de ahí los chavos me estaban diciendo pues no, al rato a la hora que vas a pasar vas a ir donde tus suegros, donde tu abuelo, a ver que te van a decir, te van a poner tu regañada. No, que me pongan mi regañada pero ya no tienen que hacer nada porque ella ya se juntó conmigo. Y le dije a mi papá, papá vamos a ir allá, dos cartones de cerveza traíamos ahí y nos sentamos a platicar bien pero si, platicamos bien y todo y ya aceptaron. Y ahí quedaron de acuerdo cuándo nos íbamos a casar, sus abuelitos querían primero que se casara por el civil y sí pues le cumplimos pues porque a los dos meses nos casamos por el civil, pero casarnos por la iglesia creo que va a ser un poco más después porque ahora apenas se casó mi hermano y eso pues cuesta la fiesta y después nosotros nos juntamos y yo sé que a ella nunca le he faltado y que diga que yo soy un mal marido que no la se respetar, no!. Yo a ella si la quiero un chingo y por eso me la lleve y por eso estoy con ella ahorita.¹²⁸

Sin embargo, cuando constituye una sorpresa y se da en contextos de desacuerdo o reticencia por parte de la familia de la mujer, respecto al varón, la situación puede ser un poco más compleja como se observa en la experiencia de Concha, una joven amuzga de 18 años, hija de Enemesia y nieta de Nicolasa, quien en 2010 se acababa de juntar un par de meses atrás con

¹²⁷ Alicia 23 años. Mestiza casada con mixteco. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada en agosto de 2008.

¹²⁸ Ivone y Alexis. 18 y 20 años. Mixtecos. Cuanacaxtitlán, Entrevista realizada en mayo de 2010.

su pareja, un joven huérfano de otra comunidad al cual los padres de Concha no veían con agrado por haber estado unido previamente con una mujer en su pueblo. Concha narra cómo fue el proceso de pedida de perdón que finalmente terminó en acuerdo de boda a pesar de la molestia por parte de sus padres y hermanas.

Mi hermana Tina trato de hacer lo más que ella pudo para que ese día yo me sintiera mal, me cacheteó, hizo todo lo que ella quería conmigo, yo vine con Rafael y él me saco a un lado y ahí se paro Tina pero dice mi mamá que ella no se dio cuenta cuando Tina me cacheteó. Mi otra hermana la que se había casado ese día que yo me fui¹²⁹ me dijo: "Concha: muchas gracias por lo que me hiciste pasar ese rato tan feo ayer. Espero que en la tuya ojalá que lo vayas a pasar igual pa' que sientas lo que se siente estar así como me hiciste tú. Me hiciste pasar una vergüenza tan grande". Así que me hizo llorar. Y Tina mi hermana habló con las otras hermanas y les metió ideas que yo no respetaba a mi papá, ella quería que me golpearan, que me hicieran algo. Las otras me regañaron y Tina mandó llamar a mi papá y se encerró y me dijo: híncate delante de mi papá, pídele perdón por lo que hiciste y como no lo hice ahí me lleva más afuera y me cachetea.

Cuando llegamos se pararon dos carros ahí afuera que veníamos y ella dijo: ¿qué es lo que traen esos indios? ¿Traen comida o que cosa? Y que dice Erika (su hermana): no, no traen nada. Entonces ¿a qué chingado vienen si no traen comida? Ahora, empezamos a repartir la cerveza, los refrescos y me dijo que no. Le ofreció mi cuñada una cerveza y le dice: no, no quiero, gracias. Viene otra vez Rafael y le ofrece una cerveza y le dice, no, no quiero, gracias. Y después de eso me echa de enemiga a mi abuelita porque le dice; ay a mi no me dieron ni una cerveza, ni un refresco esos ni Dios. ¿Tú crees? Si le habíamos ofrecido tantas veces, ¡que coraje me dio! Entonces la reacción de mi abuelita fue la misma, le ofrecieron cervezas y ella dijo: no, yo no quiero nada de ese pinche indio.

Mi papá ya no dijo nada porque según que yo no me le quise hincar así que ya no me habló pero la que quería que yo me hincara era Tina, quería pues verme así humillada, así que después, todo eso fue muy largo, muy largo. Empezamos desde las cinco de la tarde hasta las 9, ya estaba oscuro, ya habían quedado borrachos y nosotros nos fuimos pero te digo que todo el camino yo me fui llorando de regreso¹³⁰.

¹²⁹ La huida de Concha con su novio ocurrió en el momento en que su familia celebraba la boda de otra de sus hermanas.

¹³⁰ Concha. 18 años. Amuzga. Huixtepec. Entrevista realizada en junio de 2010.

Este relato de Concha nos habla de desigualdades económicas y sociales, pero también reflejan desigualdades étnicas y estigmatización respecto a los otros, mediada por la clase. Rafael, el novio, viene de una familia con menores recursos económicos y además es huérfano de padres. Aunque ambos son amuzgos la expresión de “pinche indio” para referirse a él y su familia, muestra el desagrado por no haberse juntado con alguien de mejor posición, al mismo tiempo que evidencia las cargas valorativas existentes respecto a otros pueblos indígenas y más aún frente a la población afro que habita la región.

5.2 Construyendo la relación de alianza e insertándose en la nueva red de relaciones familiares.

Una vez tiene lugar la unión, la mujer se establece en casa de sus suegros y se espera que rápidamente resulte embarazada pues el uso de anticonceptivos en esta etapa es prácticamente inexistente como ya se señaló. La primera gestación ocurre entonces, a muy temprana edad y opera como una obligación social, un evento natural y esperado una vez se produce la unión, un mecanismo de afianzamiento de la relación y de tránsito social hacia la adultez, una situación que no es objeto de grandes reflexiones, simplemente ocurre de manera muy rápida y se puede observar la fuerte asociación existente entre sexualidad y reproducción, de tal manera que esta última pasa a ser un aspecto fundamental de la vida en pareja. Por ello, existe una expectativa social respecto a garantizar la procreación en el menor tiempo posible cuando una pareja decide unirse.

La ausencia de gestación luego de algunos meses, genera incluso sospechas, rechazo, críticas, desconfianzas y subvaloración a la mujer, por parte de la pareja o los parientes de alianza. En algunos casos incluso, especialmente entre las generaciones mayores, se consideraba una razón válida para deshacer la unión, en tanto se justifica por lo que se percibe como una incapacidad de la mujer para procrear: “ella no pudo darle un hijo” es la expresión utilizada para referirse a tal situación.

Un elemento que permanece entonces a lo largo de las diferentes generaciones, es la noción de fertilidad asociada exclusivamente a la mujer. Implícitamente se asume que el varón siempre tiene la capacidad de procrear, por tanto, si ésta no ocurre en el tiempo esperado, es decir alrededor del primer año, se adjudica la responsabilidad a la mujer.¹³¹

El primer embarazo se asume entonces como una consecuencia natural de la unión, un evento esperado en tanto hace parte de la reglamentación social y marca el tránsito a la adultez o a la incorporación social de las parejas a la vida comunitaria, desde una noción de adultos sociales. Igualmente, el embarazo marca la formalización de una relación permanente para muchos jóvenes que iniciaron su vida sexual con su pareja y que al momento de percibir el embarazo, deciden entonces hacerla pública, al instituir la unión conyugal.

Esta representación respecto a la necesidad de tener hijos inmediatamente después de la unión, es compartida por hombres y mujeres. En ese sentido, no tengo registros de uso de métodos anticonceptivos en parejas recién unidas, excepto en una joven pareja amuzga de 18 años, quienes habían sufrido un aborto espontáneo a los tres meses de gestación y por tanto los médicos recomendaron esperar un año antes de embarazarse nuevamente. En ese caso, ambos estuvieron de acuerdo y su esposo manifestaba la importancia de cuidarse ese periodo para prevenir riesgos. En otras dos parejas jóvenes, una amuzga y una mixteca, las chicas decidieron, en contra de su esposo, acudir al centro de salud para que les indicaran un método de planificación y les mandaron inyecciones. Ante los malestares físicos provocados por el anticonceptivo, decidieron abandonarlos a los pocos meses y no usaron otro.

Varios hombres jóvenes con los cuales interactué comparten la representación respecto a la importancia de tener hijos inmediatamente. Ellos lo asocian con un proceso de convertirse en jefes de familia, en padres proveedores, en afianzar la relación y ocupar otro estatus dentro de su unidad familiar. Al mismo tiempo, plantean el espaciamiento de los embarazos. Así lo expresa Alexis, un mixteco de 20 años quien espera a su primer hijo junto con Ivonne de 18.

Yo quería un hijo porque uno cuando tiene un hijo se ve hermoso con un niño. Yo me sentí muy feliz porque ya debía tener un hijo. Yo le digo lo que venga mujer o hombre, como quiera yo lo voy a aceptar porque es mi hijo, sea mujer, sea varón para que rechazarlo, ¡no! Yo quiero un varón para que se parezca a mí de guapo (risas) pero lo que sea lo voy a querer. Pero yo quería tener uno nomas y de ahí esperarme porque hay personas que tienen un niño y de ahí enseguida el otro, yo pues no, uno se tiene que esperar para tener los hijos. Por eso le dije vamos a tener uno y después vamos a esperar, en eso estamos de acuerdo, estamos esperando al primero y de ahí vamos a esperar como tres o cuatro años que el niño ya esté grande o hasta siete años ya para que el niño ya esté grande.

Este apartado nos permite observar que para hombres y mujeres, el inicio de la primera etapa de su vida en pareja está claramente definido a partir de la unión conyugal y su final varía pero

está ligado a la sostenibilidad económica en el caso del varón, y a una experiencia de vida asociada a la reproducción en el caso de las mujeres. Es decir, pasar a tener una mayor independencia depende de la capacidad de sostener el hogar y construir una casa propia, lo cual implica para los varones una inserción más profunda en actividades productivas o en el mercado laboral. Las mujeres en cambio lo viven a través de procesos asociados a la maternidad. Al preguntarles a las de mediana y mayor edad cuánto tiempo vivieron con sus suegros, las respuestas siempre se referían al número de hijos que para ese momento tenían: “ya había nacido mi hijo el segundo”; “yo creo que mi hijo el mayor tenía como 6 años”; “hasta que nació el tercero ya nos salimos de casa de mis suegros”.

5.2.1 Las relaciones de poder al interior de las familias.

Como se señaló previamente, es común que luego del segundo o tercer hijo, o bien cuando han transcurrido cuatro o cinco años de unión, las parejas construyen su residencia propia. Sin embargo, independientemente del grupo de edad al cual pertenecen actualmente, todos al iniciar la vida conyugal se establecieron en la vivienda de sus suegros durante un tiempo. Las experiencias en este periodo respecto a la nueva familia de alianza son diversas. Quizás porque ya ha transcurrido un tiempo y pueden hablar de ello en retrospectiva, las mujeres de 20 a 34 años compartieron en sus narraciones algunas situaciones de la violencia intragenéricas ejercida en este periodo por suegras o cuñadas, además de la ejercida por el marido y socialmente legitimada como natural.

El primer año que empezamos a vivir juntos pues tuvimos muchos problemas, influyó mucho su mamá porque no me quería tener como su nuera o como la compañera de su hijo sino como una criada o como un animal que compraste y que tienes que tener a tu manera, tienes que tratar, yo siento que hasta me fue peor porque con mi mamá había regaños, a veces jalones de oreja pero siento que en el momento que llegue con mi suegra y con mi marido vino lo peor porque pues entonces me di cuenta que estaba yo mejor ahí trabajando ganándome mis cositas, mi ropa, mi comida y ya estando con ellos pues fue peor (sic) porque mi suegra todo quería tener a su manera a su hijo lo trata muy mal pues a mi peor entonces el primer año fue un poco difícil y ya los siguientes años tuvimos muchos problemas, ella decía que porque me casó con su hijo tenía yo que trabajar y todo esto y me puse a hacer ahora si de todo lo que pude porque gracias a Dios ya que mis padres eran gente muy humilde aprendí a trabajar y a lo que yo ya no quería de estar trabajando o que tuviera que buscar sino que ya fuéramos dos con

mi marido pero a él mis suegros pues no le enseñaron a trabajar y tuve yo que buscar la forma de salir adelante ya no era nada más yo sino que era otro peso más porque tenía yo mi marido y a pesar de que gracias a Dios que nosotros nos queremos, tuvimos problemas, eso nos afectó...el primer bebé que yo tuve se murió porque mi suegra se enojó porque iba a comer yo y mi marido; yo antes no me gustaba ir al campo, al año tuve mi primer bebé y murió y ya meses después me volví a embarazar de mi hija Daniela. Ay pues entonces como que agarré fuerzas y empecé a aceptar que tenía yo que trabajar y echarle ganas no nada más por mí.”¹³²

Claramente aparecen relaciones de poder al interior de las familias, que marcan la posición de subordinación de las recién llegadas, en momentos de vulnerabilidad como el embarazo en el caso de Lucía o en el puerperio para Rosa:

A los 40 días nada más. Mi suegra me cuidó un día después... ay mejor ni le digo (baja la voz)... porque después me ponía mala cara...sí y ves que con las suegras, ya no. Ya no me daban de comer entonces y faltaba todavía que tuviera los 40 días, ya ve que cuando uno lo tiene en casa le duele todo el cuerpo y así pues se la pasaban maltratando, tanto la cuñada, ya no me dejaba que agarrara agua pa tomar, uy no, sufrí mucho!...Quién sabe por qué fueron así, ya ve que cuando uno llega a la casa de una persona siempre huele pero ya después te pone mala cara, me maltrataban, ya no me daban de comer...y todavía se lo reprocho a mi marido. Él defiende a su gente y a mí no..., quizás que no me quiere tal vez. Digo yo porque donde defiende a su gente ¿verdad?

Sí, ellos me maltrataban y por eso me vine a mi tierra, ahora aquí vivo. Si porque me ponían mala cara, después hice mi casita al lado de la de mis suegros como esa casita ahí vivía. Mi marido la hizo pero después él... así pues me pegaba porque su mamá pues le decía cosas de mí. Yo en ese tiempo me puse flaquita, flaquita cuando estaba parida. Y después no sé cómo ya salió una señora y nos fuimos a México y allá tuve mi hijo. Pero si los maltratos de ellos que a mí me llegaban mucho y como le digo pues primero quieren a uno y después ya no quieren. Yo era la única nuera, ya no tienen, hasta la vez no tienen. También mis cuñadas me maltrataban, quien sabe por qué tienen mal estilo, era una namás y la mamá, porque la otra muchacha si es buena gente, ¡pa qué!, ella ahorita cualquier cosita me manda; ella entonces estaba chiquita pero ahora es buena gente conmigo, no es como la otra que es más mala...

A mis papás sí les dije, yo venía acá a la casa y me decían, ¿qué tienes que estás muy flaca? ¿Estás enferma? Yo: -no, nada no-, pero con el tiempo ya se los dije porque misma yo no me

¹³² Lucía Morales. 29 años. Amuzga. Huixtepec. Entrevista realizada en mayo de 2010.

*aguantaba, les dije: así es que me tratan. Entonces ellos me regalaron un poco de semilla de maíz pa que yo comiera, y una vecina me regaló olla, comal me regalo, una bolista de cal pa que yo pusiera el nixtamal porque mi suegra nunca me dio nada y así estoy. El me pegaba allá en la Guadalupe y ahora me vine pa acá.*¹³³

Esta situación de violencia impacta también en las experiencias reproductivas y el resultado final de las gestas como en el caso de Liliana:

“Cuando estaba yo viviendo con ellos que yo tuve mi niño, mi primer niño, nunca me apoyaron, no y lo único que decían ¡que la mujer tiene que sufrir para tener sus hijos! sí, porque mi suegra ella dijo, por qué ella no está gorda, ella está delgada, ella todos sus hijos de ella nacieron normal, ella tenía que hacer fuerzas. Sí, es lo que ella me decía y yo estaba en ese momento que no sabía.

Nosotros nos apartamos de ellos porque lo que pasa es que tuvimos problemas, así que me fui a México y un tiempo nos separamos con mi esposo, por eso él estaba allá, se regresó otra vez a vivir a la casa y yo estoy allá en México y a los poco tiempos cuando yo regresé me vino a buscar otra vez, ya después él me fue a seguir otra vez allá en México y ya fue cuando nos juntamos otra vez, y allá quedamos otra vez pero no, me vine yo y luego se vino él, según a trabajar, y luego que lo agarraron y quedo él ahí encerrado.

Así que la casa la hicimos después que volvimos de México, junto a la de mi abuelita. Mis suegros viven más arribita, más para allá, vive en la orilla de la calle. No pues yo nunca he contado con el apoyo de ellos; nunca me han apoyado siempre sólo así estoy, saliendo adelante, aunque tenga yo problema así yo, aunque estaba su hijo allá, yo siempre sola. Mi primer aborto fue que me caí de la escalera y el otro pues nada más que tuvimos un pleito ahí con mi esposo... me golpeó, siempre me golpeaba antes, si, si me golpeaba, de mi primer hijo igual, de la niña igual si desde que nos juntamos y yo por lo mismo que estaba muy cerrada, tenía miedo de salir adelante, con mis niñas todavía yo tenía miedo, no sabía yo como, en cambio ahora ya no... Mis suegros si se daban, cuenta, ellos decían que no, que nomás su hijo estaba jugando, si, me fui a México allá estude porque pensé que allá iba a cambiar y al contrario... empeoró¹³⁴.

¹³³ Rosa González. 28 años. Amuzga. Huixtepec. Entrevista realizada en junio de 2008.

¹³⁴ Liliana Nolasco. 26 años. Amuzga. Huixtepec. Entrevista realizada en julio de 2008.

5.2.2 Uniones y maternidad en contextos migratorios

La migración es un fenómeno que cada vez cobra mayor fuerza en México y esta región no es la excepción. Los investigadores en este tema han mostrado los cambios existentes en las características de género y generacional de la población migrante, de tal manera que cada vez más jóvenes se insertan en dichos circuitos migratorios y es en estos contextos extracomunitarios donde están teniendo lugar las nuevas relaciones amorosas, sexuales y conyugales de los jóvenes.

Para las mujeres que migran solas, las formas tradicionales se modifican y son remplazadas por uniones simplemente consensadas entre ambas partes, sin mayores rituales que los del afecto o el deseo de estar juntos en un contexto laboral y social nada fácil. Fuera de la comunidad no siempre es necesario huir ni pedir perdón, como tampoco el ejercicio de la sexualidad implica necesariamente la conyugalidad. Paulatinamente, cada vez más mujeres y hombres indígenas en contextos urbanos en condiciones de migración, van asumiendo comportamientos sexuales como el ejercicio de la sexualidad preconyugal con fines no reproductivos, característicos de otros contextos geográficos o estratos sociales como lo documenta Ivonne Szasz (2008). Dicha autora señala que esta sexualidad preconyugal implica para más de la mitad de las mujeres, un ejercicio de la maternidad derivado de ello; si bien no haya sido buscada o racionalizada como una decisión consciente.

La maternidad, igual que en sus regiones de origen, es el natural proceso siguiente de la relación. Gabriela y Anaís, (a quien todos llaman "Cheli") son mixtecas de 20 y 23 años respectivamente. Las dos encontraron sus parejas en Estados Unidos mientras trabajaban allá.

A los dieciocho me junté, estábamos en Estado Unidos, cuando nos juntamos. Allá nos conocimos y enseguida me embaracé, tenía 18 cuando mi embarazo. Yo tardé nueve meses para no embarazarme, dice (su pareja): "¿por qué no puedes tener un hijo tú?, si al año no tienes un hijo yo te dejo" dice. Ya estaba preocupada yo, por qué no tengo hijos, y si yo fui con el doctor y le dije ¿Por qué no me puedo embarazarme si ya tengo esposo y todo eso? Yo estaba preocupada y dice es que tu matriz todavía no está preparada, no está lista para tener un hijo, pero no te preocupes vas a tener hijos, pero todavía no es el momento me dijo el doctor, y si pues, deje de pensar en eso y cuando de repente me embaracé. Yo de por si yo

quería tener un hijo y él también, que de hecho él quería tener un hijo con la otra pero no, lo abortó (Su anterior esposa).¹³⁵

En ambos casos, la lejanía de la familia permite mantener en secreto la relación hasta que la maternidad obliga a compartir la información y cuando no hay pareja estable eso es vivido por los padres de la mujer y la comunidad, como un fracaso. Cuando don Beto, el padre de Anaís (“Cheli”) se enteró que su hija migrante y soltera en Estados Unidos estaba embarazada, lo asumió como un fiasco y una profunda decepción respecto a su labor paterna. Llorando me contaba que su hija había fracasado y que eso le dolía. “¿Qué vamos a hacer pues? Es mi hija, como quiera la tengo que recibir pero ¿por qué pasó eso con ella?” decía entre llantos una vez que algunos alcoholes permitieron aflorar sus emociones.

Pese al cambio en las formas, ciertos valores asociados a los roles de género, se mantienen incólumes en los diferentes grupos etarios y son cuentas de cobro que se pasan posteriormente en las relaciones familiares. Uno de ellos es el peso social asignado a la virginidad, pues éste sigue permeando los imaginarios sociales respecto a la unión, independientemente del relajamiento en las formas de establecimiento de la misma. Para las mujeres de todas las edades, es importante reafirmar que su pareja ha sido la primera con la cual han tenido relaciones sexuales. Esto implica niveles de credibilidad tanto frente a ella como respecto a la paternidad del hijo o hija que normalmente trae como consecuencia.

“Cuando me di cuenta que estaba embarazada pues fíjate que no me asusté. Yo tenía una amiga la que le contaba todo. Entonces me dijo que crees que va a decir Vladi. ¿Se va a poner bravo? No tiene porque, además él sabe que es de él”¹³⁶

“Cuando yo me fui en agosto de 2007 para los Estados Unidos, ahí fue que a mis 22 años tuve relaciones y pues ahí, yo no supe que estaba embarazada porque yo llevaba años sin menstruar, un año nomás tuve mi regla regular pero ya de ahí en adelante a veces si, a veces

¹³⁵ Gabriela. 20 años. Mixteca. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada en octubre de 2008. La esposa anterior del joven había fallecido de muerte materna por un aborto provocado mientras él se encontraba en Estados Unidos como migrante. La familia de la joven lo atribuyó a fallecimiento por brujería.

¹³⁶ Alicia. 23 años. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada en agosto de 2008.

no y ya me tuvieron que controlar con hormonas pero a lo ultimo yo duré años sin reglar así que no supe pero el papá de mi hijo sabia pues que era de él”¹³⁷

Los cuestionamientos pueden venir de otros integrantes de la familia como la suegra, y aparecen en medio de situaciones conflictivas donde una manera de deslegitimar a la mujer es acusándola de no haber llegado virgen al matrimonio o la unión. Gabriela vivía con Leonardo, su pareja un par de años mayor que ella, en Estados Unidos. Al volver a su comunidad de donde eran ambos, comenzaron a tener conflictos entre ellos por la intervención de la familia de Leonardo. Ella comparte los cuestionamientos que le hacía la suegra después de una dura pelea que involucró a todos los miembros y terminó en demanda ante el comisario de la comunidad.

Pos cuando nos separamos, que nos peliamos (sic) porque me pegó y todo eso, dijo su mamá: “que se quede mi hijo de todos modos voy a conseguir otra mujer para él”. Como si las mujeres se regalaran le digo. Me acabó que yo no era virgen, que esto y que lo otro. Por eso le digo Leonardo: búscate otra mujer virgen ¡cómo se regalan! una mujer que cuando te duermas con ella que hasta truene, que caigan gotas de sangre quieres tú le digo, como tú también estas muy chiquito le digo, búscatela; qué me importa...¹³⁸

La indignación con la cual relata Gabriela los comentarios de su suegra; así como las expresiones de asombro de otras mujeres allí presentes mientras narraba, en relación a cómo se atrevía a poner en duda su virginidad al momento de la unión, muestran la gran importancia social asociada a la pureza y recato de las mujeres, la cual se expresa concretamente en mayores niveles de valoración social para las mujeres con inexperiencia sexual al momento de la unión. Las otras, como lo muestra Fagetti (2006), entran en la categoría de “fracasadas” y están destinadas a quedarse solas o establecer relaciones de pareja por fuera de lo socialmente establecido.

Esta coexistencia de comportamientos reproductivos más “modernos”, con imaginarios sociales tradicionales asociados a la normatividad social de género muestran que estos procesos no son homogéneos ni lineales y que al mismo tiempo coexisten nuevos discursos de derechos e individualización con restricciones culturales tradicionales internalizadas y

¹³⁷ Anais. 23 años. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada en enero de 2009.

¹³⁸ Gabriela. Cuanacaxtitlán. 20 años. Entrevista realizada en octubre de 2008

públicamente reactualizadas, las cuales definen estrictos controles sociales orientadas a normar el comportamiento femenino.

A modo de conclusión

Este capítulo responde parcialmente a una de las preguntas de investigación en relación con la manera en que la normatividad comunitaria respecto al proceso reproductivo posibilita el ejercicio de derechos por parte de las mujeres, o bien, reproduce desigualdades y exclusiones. Como se ha mostrado a lo largo del mismo, la conyugalidad y la reproducción dan acceso a una nueva red familiar la cual es un valioso recurso para las mujeres, sus parejas e hijos pues generan un sentido de pertenencia, un lugar social y recursos concretos como tierra o trabajo.

Se han analizado en el mismo los procesos de configuración de relaciones sociales por la vía de la alianza, así como diferentes formas de establecimiento de la unión conyugal. Son claras las modificaciones actuales en las prácticas de unión y selección de parejas respecto a lo establecido en la normatividad social, la cual la concibe como un acuerdo entre familias, mediado por los adultos, quienes asumen compromisos y responsabilidades mutuas respecto a la nueva pareja y el mantenimiento de su unión según los cánones establecidos.

Se puede observar en las historias presentadas, una flexibilización en las prácticas y rituales de conformación de la unión, derivado de un mayor ejercicio de derechos por parte de hombres y mujeres jóvenes, pero también como producto de la precarización económica que hace más difícil, debido a sus elevados costos, cumplir con todos los rituales de pedida o “quedamiento”, hasta la celebración de las bodas civil y religiosa. De este modo, el esquema tradicional pedida-matrimonio-inicio de vida sexual-reproducción, coexiste, cada vez de manera más creciente con otras formas de establecimiento de la unión articuladas alrededor de la sexualidad y la reproducción, las cuales conducen finalmente al matrimonio o unión. Estas formas se pueden esquematizar en dos ordenes distintos: sexualidad-conyugalidad-reproducción; o bien sexualidad-reproducción-conyugalidad; en ambos casos precedido por un periodo de noviazgo cuya duración puede variar, pero el cual aparece como un elemento relativamente reciente en la configuración de las relaciones de pareja.

Por otra parte, varias de las historias abordadas nos evidencian otros aspectos involucrados en la toma de decisiones por parte de las mujeres respecto al matrimonio o unión. En no pocos casos, aparece la violencia o el maltrato en la familia de origen como un factor detonante de

la salida, especialmente entre mujeres muy jóvenes, quienes manifiestan una expectativa de reducción de la misma en su nuevo hogar. Sin embargo, es común que expresiones de violencia se hagan presentes de otras maneras o por parte de nuevos actores como esposos o suegras, al interior de la familia de alianza seleccionada.

Se resalta la existencia de cambios en las formas de establecimiento de uniones y de una ampliación en el ejercicio de derechos, particularmente a decidir la pareja, pero no en la importancia asignada a la institución matrimonial, el sistema de parentesco asociado a ella, y la maternidad; los cuales mantienen un peso central en la reproducción social. Esta configuración de las relaciones de parentesco es central en la comprensión de las prácticas de atención utilizadas durante el embarazo, parto y puerperio en las primeras gestas como lo veremos en los siguientes capítulos.

En ese sentido, se mantiene como una continuidad generacional la función de la familia de alianza en estos procesos de atención, así como la noción de adultez social asociado a la maternidad. Las prácticas de cuidado durante el embarazo y el parto, especialmente en primeras gestas, pueden ser comprendidas de manera más completa si se incluye una mirada sobre las relaciones de parentesco establecidas previamente con la unión pues esto marca una serie de vínculos entre dos sistemas familiares, define el lugar social que ocupa la mujer y su nueva pareja en la estructura familiar a la cual se integra; así como el papel asignado a cada uno de los adultos involucrados en el acuerdo, especialmente los suegros.

La unión conyugal, independientemente del ritual por el cual se oficializa, marca el inicio de la vida en pareja, la maternidad y el tránsito a la adultez social, el cual está definido por diversos elementos, genéricamente definidos. Entre los varones son fundamentales la sostenibilidad económica de su hogar, la capacidad para construir y mantener una casa independiente así como el sustento de su pareja e hijos, lo cual implica una inserción más profunda en actividades productivas o en el mercado laboral. Para las mujeres en cambio los procesos asociados a la reproducción, incluyendo la maternidad, la crianza y la capacidad de desarrollar el trabajo reproductivo que implica el sostenimiento de los hogares, son centrales para convertirse en adultas sociales y es necesario para ello pasar por un proceso de fuerte socialización en estos roles, a cargo de la familia de alianza y particularmente la suegra.

Ahora bien, no podemos dejar de señalar las relaciones de subordinación e incluso violencia que enfrentan algunas mujeres al incorporarse a un nuevo sistema familiar. Relaciones de subordinación que están socialmente legitimadas y son marcadas por el género y la edad pues

se aplican a las mujeres y particularmente a las jóvenes en tanto se consideran como una obligación de la mujer que ingresa a la nueva red de parentesco, cumplir a cabalidad con los roles y conductas establecidas. Algunos de los comportamientos esperados son demostrar su virginidad, mostrar respeto a los mayores, especialmente los suegros, atender a su esposo, participar activamente en los quehaceres del hogar y por supuesto convertirse en madre rápidamente. Todo lo anterior es parte del ideal normativo de género en torno a las mujeres y define los marcos de posibilidad que poseen para tomar decisiones respecto a su vida, su cuerpo y sus procesos reproductivos.

El cumplimiento de esta normatividad y la configuración de las redes de alianzas son centrales en las acciones de cuidado durante el embarazo, parto y puerperio como lo veremos en los siguientes capítulos. Sin embargo esta normatividad comunitaria también reproduce desigualdades de género y generacionales, constriñendo de manera sustancial, las posibilidades de ejercicio de derechos de las mujeres en torno a su cuerpo y su reproducción pues la maternidad no se vive como opción sino como imperativo social frente al cual las posibilidades de elección de las mujeres y sus parejas es mínimo. De otra parte, las situaciones de violencia existentes al interior del núcleo familiar, bien sea el consanguíneo o el de alianza, se conciben como elementos naturalizados pero constituyen una significativa reducción del campo de posibilidad para el ejercicio de derechos por parte de las mujeres.

CAPÍTULO 6

PRÁCTICAS DE ATENCIÓN DURANTE EL EMBARAZO

Hemos visto en el capítulo anterior el modo en que se configura la primera parte de la trayectoria reproductiva de las mujeres relacionada con el ejercicio de su sexualidad, la inserción en nuevas redes de alianza por la vía de la unión y el inicio de su vida en pareja. En este capítulo se mostrará la siguiente parte de las trayectorias relacionada específicamente con la reproducción biológica a través de procesos de gestación, por lo cual la maternidad y el valor social asignado a la misma será objeto de discusión en este apartado. Igualmente abordaremos las normatividades comunitaria e institucional respecto al cuidado de la salud durante el embarazo, las cuales se concretan en recomendaciones y prácticas de atención que son impulsadas tanto desde la familia y la comunidad, como desde el sistema de salud institucional.

Cómo dialogan las mujeres con estas normatividades y de qué manera se expresa en sus prácticas es parte de lo que observaremos en este capítulo. Se intenta responder así parcialmente a la pregunta de investigación planteada en la introducción como uno de los ejes del trabajo ¿Cuál es la normatividad institucional del sistema de salud, particularmente en sus funciones de rectoría y provisión de servicios de salud materna, y cómo éste constriñe las decisiones reproductivas y prácticas de cuidado durante el embarazo, de mujeres indígenas amuzgas y mixtecas en dos municipios de la Costa chica de Guerrero, reproduciendo o no desigualdades y exclusiones? Dado que el análisis de las funciones de rectoría y particularmente diseño de programas de salud materna se realizó en el capítulo dos, en los siguientes haremos el abordaje desde la función de provisión de servicios y las prácticas de atención realizadas por las mujeres durante el embarazo.

6.1 Significado social de la maternidad y papel de la familia en el cuidado de la salud durante este periodo.

Una de las más importantes continuidades generacionales que se pudo identificar en todos los grupos, es la enorme importancia que tiene la reproducción en este contexto, así como el

elevado valor social atribuido a la maternidad. Como lo señalé en el capítulo anterior, hay una obligación social de reproducción inmediata una vez se produce o formaliza la unión, en tanto se asume que la procreación es uno de los objetivos centrales de la misma. Por ello, prácticamente ninguna mujer utiliza métodos anticonceptivos antes del primer hijo y se espera que máximo un año después de la unión, se manifieste el embarazo.

Cuando esto no ocurre las mujeres son cuestionadas por sus parejas y familiares acusándolas de usar anticonceptivos de manera encubierta, o bien simplemente señalándolas como no adecuadas pues no pueden tener hijos. Esta situación genera una gran presión para las mujeres en el sentido de tener hijos pronto, y nos habla de cómo los primeros no son una decisión en el sentido estricto sino más bien un imperativo social que mujeres y hombres acatan más allá de sus deseos o aspiraciones. También está la idea compartida de consolidar la relación, la familia, de hacerse responsables, de vivir esos procesos de tanta importancia social y ello estimula también la búsqueda de un pronto embarazo tanto por parte de hombres como de mujeres. Cuando no ocurre de este modo, se vuelve fuente de conflictos y cuestionamientos por parte de la pareja y familiares, frente a los cuales es necesario actuar.

Doña Asunción, mixteca de Cuanacaxtitlán, casada en los años setenta con Don Beto, vivió esta situación. No sólo se había casado demasiado tarde respecto a la edad esperada pues lo hizo hasta los 21 años, sino que además se embarazó más de un año después de la boda, generando amplias suspicacias entre sus familiares y preocupación de su parte sobre cómo resolver la situación.

“El primero como yo no podía tener, no podía yo embarazarme, mis suegros no me decían tanto, pero mi esposo empezó a desconfiar de mi, que me estaba curando, que a las escondidas tomaba algo para no tener familia, pero yo no podía tener, yo no sabía, desconocía de por qué. Entonces ya cuando se puso más duro ya empecé a platicar con una señora mayor, como de ochenta años, le dije oiga doña, digo... una mujer cuando uno se casa... y está varios meses y no pude tener hijos.... ¿va a tener o ya no? Dice.... ¿tú quién eres?, porque la señora era cieguita. Le digo, me conoce yo soy Chona le digo, soy Asunción, la nieta de Jesús Teodoro, ah sí, tu Chona tu sí. Yo le dije entonces no puedo tener familia pues, yo vivo con el hijo de Don Emelino y no puedo tener familia doña y me acompaña mi cuñada para que le preguntáramos y a mí me preocupa, porque mi marido me trata mal, dice que no lo quiero, no quiero tener hijos con él, que me estoy curando, que tengo otra persona afuera, y que por eso y muchas cosas y ¡yo ya no soporto esas cosas! ¡Yo ya quiero tener hijos! le digo.

Entonces dice: mira hija vas a tener, pero ten calma pues, vas a hacer una cosa, si, buscas...era como en el mes de octubre o noviembre...dice: vamos a hacer una cosa buscas flores de rosa de castilla, un ramito fresco y lo pones en un canasto o una canastita, tu veladora nueva y tu cerillo y te vas dice, ahora que va a nacer el niño de Nochebuena vas a ir. Cuando descubran el nacimiento al niño le quitan el velo y empiezan a repicar las campanas de que el niño ya nació, entonces tú ya lo estas pidiendo al niño Dios, enciende tu cerillo y prende la veladora y tu eres la primera que vas a poner la veladora, antes de que otras personas prendan la luz, tu ya la prendiste, ponte lista. Pero dígame que ese dinero tú no lo vas a buscar; que lo busque él de su sudor de su trabajo, que vaya y te de ese dinero para que tu compres la veladora, compren las flores, y los dos juntos se van a las posadas y se vienen con San José a la iglesia y se esperan al nacimiento y ponen esas cosas y al año vas a tener tu bebé.

Dicho y hecho lo hice así como me dijo ella, compramos las flores, le platiqué a mi esposo, ya me dio el dinero, compré las flores y nos fuimos el día del nacimiento del niño Dios, e hicimos lo que nos dijo la señora, las recomendaciones que me dijo ella de prender la veladora antes que otra gente prendiera entonces y pues mucha gente poniendo las veladoras con en el nacimiento. Puse la flor y la vela pidiendo así con intención de que mi niño yo quería pues un hijo. Ya cuando... eso fue en diciembre, diciembre, enero, febrero, marzo, el diecisiete de marzo que se me fue mi regla, diecisiete de marzo y pasó un mes, pasó dos meses entonces dije yo que ya estaba embarazada, me puse pálida, estaba yo anémica, no quería yo comer, vómito y todo esto, ya estaba embarazada!"

De manera similar le sucedió a Gabriela, Mixteca de 18 años quien se juntó con su pareja en Estados Unidos y pese a no utilizar anticonceptivos demoró nueve meses antes de embarazarse.

¡Yo tarde nueve meses para embarazarme! Dice (su esposo): ¿por qué no puedes tener un hijo tú? Si al año no tienes un hijo yo te dejo. Ya estaba preocupada yo, porque no tengo hijos, y sí yo fui con el doctor y le dije ¿Por qué no puedo embarazarme si ya tengo esposo y todo eso? Yo estaba preocupada y dice: es que tú matriz todavía no está preparada, no está lista para tener un hijo, pero no te preocupes vas a tener hijos, pero todavía no es el momento me dijo el doctor, y si pues, deje de pensar en eso y cuando de repente me embaracé. Así se lo dije a él lo que el doctor me dijo y dice que estaba bien, que íbamos a esperar a ver, y sí pues... cuando

llegó el niño, porque de por sí yo quería tener un hijo y él también, que de hecho él quería tener un hijo con la otra¹³⁹ pero no, lo abortó¹⁴⁰.

En ambos casos, estas dos mujeres de edades distintas pero con la misma preocupación respecto a la imposibilidad de embarazarse rápidamente, resuelven satisfactoriamente su situación. Sin embargo, muchas mujeres deben soportar maltratos, críticas y cuestionamientos por no embarazarse e incluso se justifica la ruptura del matrimonio o devolver la mujer a su casa si pasado un tiempo no se concreta la procreación. Vemos aquí también roles y normas de género muy acentuados, que colocan la responsabilidad de la reproducción en las mujeres y asumen que los varones tienen siempre la capacidad biológica de hacerlo. Del mismo modo, en tanto considera la procreación como un objetivo central de la unión, si ésta no se concreta entonces se justifica su ruptura. También es clara la valoración diferenciada del evento la cual se manifiesta en un mayor pago a la partera si el bebé es un varón respecto a cuando nace una niña.

En relación con el uso de anticonceptivos, éste es prácticamente inexistente antes del primer hijo. Señalé en el capítulo anterior que sólo dos parejas jóvenes habían reportado usarlos en ese periodo, una de ellas por un aborto espontáneo y otra lo hizo por un breve espacio de tiempo, por decisión de ella quien había terminado la secundaria y contaba con información respecto a métodos anticonceptivos. Sin embargo, al momento de decidir no es suficiente la información sino que se acude en busca de orientación especializada o de personas con mayor experiencia.

Veamos el caso de Ivone y Alexis, una pareja de jóvenes mixtecos que como mencioné en el capítulo previo, se habían unido a los 18 años de ella y 20 de él, luego de un largo periodo de noviazgo. Nunca habían tenido relaciones antes y ambos recuerdan la vergüenza de Ivonne en esos primeros días. Pese a la negativa de Alex a usar un método de planificación en tanto su idea era tener un hijo pronto, ella casi de inmediato fue al centro de salud para que la orientaran respecto a cómo planificar. La enfermera, sin pasarla con la doctora a consulta, de inmediato le recetó inyecciones, se las aplicó y la mandó a casa pero éstas le causaron sangrado y anemia. Fue al hospital de San Luis y le dijeron que “su matriz estaba muy tiernita para colocarse inyecciones y que la única manera de que madurara era embarazándose y

¹³⁹ Su esposa anterior, también de Cuanacaxtitlán fallecida en 2006 en un caso de MM por aborto incompleto mientras él estaba en Estados Unidos.

¹⁴⁰ Gabriela. Mixteca. 20 años. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada el 3 de agosto de 2008.

después si podría colocarse inyecciones”. Abandonó las inyecciones y al mes quedó embarazada; habían transcurrido cuatro meses desde que se fueron a vivir juntos¹⁴¹.

Estas dos orientaciones distintas en la misma red de servicios nos muestra la ausencia de una mirada en común y el papel tan central de las personas que atienden, al momento de orientar prácticas reproductivas, más allá de lo que establecen formalmente los programas institucionales. Nos muestra cómo se toman las decisiones y orientaciones en consejería anticonceptiva, cómo hay discursos y prácticas encontradas o la diversidad de criterios con los cuales se decide la oferta de anticonceptivos sin considerar necesariamente la edad y las características de las mujeres, etc. Lo que prima en las comunidades son OTB, DIU y luego de ellos inyecciones.

Ivonne es un caso atípico pues acude al centro de salud en busca de orientación una vez inicia su vida sexual activa y se le recomienda inyecciones que es el método más utilizado en la región entre mujeres sin OTB ni DIU. No podría afirmar que ello es así debido a solicitud de las mujeres o a la orientación del personal de salud. Seguramente es una combinación de ambas pues las mujeres prefieren métodos que no puedan ser detectados por sus maridos y el personal de salud también prefiere métodos de mayor duración que ellos puedan controlar pues desconfían de las mujeres respecto a su regularidad en el uso de anticonceptivos orales. Lo interesante es que en el hospital le indican que su matriz debe embarazarse antes de usar inyecciones pero no le dan ningún tipo de consejería respecto a consumo de ácido fólico y todas las recomendaciones previas al embarazo desde el discurso biomédico. Por otra parte, hay una constante queja del personal de salud respecto a la edad de embarazo de las adolescentes y jóvenes pero no le ofrecen a ella otro método distinto adecuado a sus características y necesidades.

La normatividad de género respecto al significado del primer embarazo es compartida por los varones jóvenes. Alex describe lo que implica para ellos ese primer embarazo en el sentido de consolidar su relación, hacer una familia, el orgullo que le genera sentirse responsable de alguien o algunos, en este caso su esposa e hijo. *“Es mi mujer –dice- y se siente bien chingón así tener un hijo. Yo prefiero un varón para que se parezca a mi pero lo que sea está bien y si son cuates ¡pues que mejor! Yo voy a estar con mi mujer a la hora del parto; yo soy músico*

¹⁴¹ Ella se dio cuenta por la ausencia de menstruación. Su abuelita, quien es promotora de salud, le había dicho que si se no le venía la regla estaba embarazada y esa fue la señal. Es interesante corroborar la importancia de la experiencia reproductiva propia o ajena pues su información respecto a la identificación del embarazo vino de su abuela y no de la escuela pese a haber cursado la secundaria.

*pero lo que sea lo tengo que dejar ese día porque ni modo que yo esté tocando y mi mujer por allá sola; ¡yo voy a responder!*¹⁴²

Su testimonio muestra también de manera clara cómo la noción de responsabilidad del varón en esos primeros años se centra en la presencia, el estar con su pareja durante el embarazo y al momento del parto pero la información sobre el qué hacer en ese instante, dónde ir o cómo reconocer cuándo llega el momento, se dejan en manos de la madre del varón, mientras los asuntos económicos en manos del padre. A preguntarle sobre los recursos para el parto, si ya tienen ahorrado algo para entonces, su respuesta fue clara en relación a la certeza de que su padre responde y se hace cargo de esos asuntos. *“No, no tenemos mucho ahorrado pero mi papá es albañil y yo trabajo con él y él tiene que responder por mí, él se va a encargar de todo porque es su obligación y yo sé que él no me va dejar solo”*. De igual manera se refiere a su madre cuando le pregunto sobre cómo reconocerían que ya llegó el momento del parto y qué hacer en ese momento. *“No sé, pero mi mamá sabe y ella se va a encargar de todo”*.

Las palabras de Alex nos permiten reflexionar sobre las dinámicas familiares en torno al cuidado del embarazo y el parto, así como respecto a la noción de adultez social, la cual no está asociada ni en hombres ni en mujeres a una edad determinada pero si a ciertos procesos sociales, económicos y familiares que marcarían la posibilidad real de hacerse responsable de uno mismo y de su núcleo familiar¹⁴³. En el caso de los varones esta no se produce necesariamente cuando él se casa, pues como vemos en el caso anterior, se sigue asumiendo que la responsabilidad de su manutención, la de su mujer y la de su hijo, corre por cuenta de los padres hasta un momento posterior que está asociado a mayores niveles de independencia económica, y por tanto de garantizar un espacio propio para la nueva familia.

Para las mujeres esta idea de adultez social está asociada a la maternidad de manera más clara, pero aun las mujeres primigestas siguen siendo consideradas “chamacas” o menores de edad que requieren cuidado y orientación, aunque evidentemente no del mismo modo que cuando acaban de llegar a la nueva familia o durante la primera gesta. Por eso la identificación del primer embarazo y la orientación respecto a los cuidados en el mismo sigue estando de manera muy importante en manos de las suegras, y esto es una continuidad generacional.

Así narran algunas de las mujeres mayores este proceso de identificación de la gestación:

¹⁴² Ivonne y Alexis. Mixtecos. 18 y 20 años. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada el 23 de mayo de 2010.

¹⁴³ Esta noción social es diferente a otras sociedades más occidentalizadas donde las transiciones están marcadas por otros eventos como dejar la escuela, trabajar, dejar el hogar paterno, casarse, tener hijos pero sin que sean tan marcados los eventos reproductivos en el logro de la adultez.

“Me di cuenta cuando llevaba como tres meses, estaba muy raro muy raro, y luego mi suegra me decía: estás embarazada, ya ella se dio cuenta, ya se ve y después me fui yo dando cuenta porque me iba creciendo la panza pero al principio pues yo no sabía nada”¹⁴⁴. Liliana, 26 años. Amuzga. Primer embarazo ocurrido en 1996.

“Yo me casé a los 13 años con mi esposo, el me pidió a ojo, yo ni lo conocía pero mi hermano el mayor me agarró a juetazos hasta que dije que sí porque mi papá ya se había muerto así que él y mi mamá ya habían acordado que me iba a casar con él así que me obligaron, yo no quería. Cuando yo me junté la primera semana no hubo nada, no hubo relaciones con él. Sólo como hasta los cuatro o cinco meses. No había confianza. El me aguantó, tenía miedo porque para qué se había casado con una tan joven. Nadie nadie, ni mi mamá ni nadie me había dicho como era, yo no sabía nada de cómo era eso de tener relaciones. Me di cuenta que estaba embarazada del primero porque dejé de menstruar. Cuando ya me casé con mi marido apenas era la segunda vez que me bajaba la regla. La primera me llegó y ya la siguiente fue cuando me casé. Sólo dos meses. Apenas había empezado a reglar. A la hora del parto se me complicó, porque el bebé no pudo nacer. Se me murió. Dure cuatro días en el parto y ahí como muerta, porque había muchísima gente conmigo. Y dicen pues se vieron cómo discutir con mi mamá. Y dije “por tu culpa ahora me voy a morir porque me casaste a la fuerza. Porque me obligaste, porque quieres comer toro”. Entonces mi mamá en ése momento se sintió, porque me había casado chiquita. Estaba bien arrepentida. Y ahí a mi esposo le dio miedo, porque estaba yo muy chica. Ni siquiera cumplía los 15, apenas entraba a los 15. Con dificultad mi suegra logró salvarme la vida, me sacó al bebé, pero ya estaba muerto”¹⁴⁵. Apolonia, Mixteca. 38 años. Primer embarazo ocurrido en 1986.

“Cuando me vine tenía catorce años y no tardé mucho que salí embarazada, pues, como un año nomás; tenía como dieciséis años y nació la niña. Me di cuenta porque, cuando mi regla no se me bajó pues, y ya que se fue ya digo estoy embarazada y mi suegra me agarra la panza y me dice que ya tenía como un mes ya y me mandó al centro, ya del centro me mandaron a San Luis y me extrajeron sangre pues, quién sabe qué cosa iban a hacer con la sangre y lo sacaron y dice que sí estoy embarazada, ya que vi que tenía hijo pues, ya nació era niña, nació en la casa pues, ya no fui al centro”. Edelmira. Mixteca, 20 años.

“Yo no sabía si está embarazada que ya tiene dos meses, come y vomita cualquier cosa que no le gusta y le da asco y lo vomita, por eso la lleve al centro ¿qué cosa pasa o qué así pasa? ya

¹⁴⁴ Liliana Nolasco. 26 años. Amuzga. Huixtepec. Entrevista realizada el 17 de noviembre de 2008.

¹⁴⁵ Apolonia. 38 años. Mixteca. Buenavista. Entrevista realizada el 3 de julio de 2010.

tiene dos meses que está así, le dije a la doctora, entonces hizo ella el papel y nos fuimos al otro día a San Luis y de allí al laboratorio entonces le dijeron que está embarazada, ya va pa dos meses y medio y ella no creía que estaba embarazada porque no se veía su barriga, ella no sabía. Y como dice su mamá que a veces hasta dos meses, tres meses se le va la regla; pero yo sabía que estaba embarazada y no cree ella, que no se veía su barriga... No sabía por qué dice su mamá que a veces hace dos meses a veces tres meses que le llega su regla". Celerina, Mixteca. 38 años narrando la historia de su nuera Ana Iris, de 15 años.

Este primer embarazo a menudo es identificado inicialmente por las suegras o madres quienes orientan en el proceso, si bien entre las nuevas generaciones, hay una mayor asociación entre la ausencia de menstruación y la posibilidad de un embarazo como en el caso de Ivone y de Erika, amuzga de 20 quien nos dice *"ya no me bajó mi regla, ahí me di cuenta que estaba embarazada"*. Para las mujeres mayores, con menores conocimientos de los procesos reproductivos, esta relación se establecía a partir de ciertos síntomas corporales identificados por las otras personas (palidez, sueño, manchas en la piel, mareos, vómitos entre otras), o bien por el crecimiento del vientre. En sus narraciones ellas se refieren más al momento del parto que al embarazo el cual se asume como la consecuencia natural de la relación de pareja.

Llama la atención que pese a procesos de escolarización cada vez más fuertes, así como una mayor presencia de la biomedicina en todas las comunidades, los saberes locales respecto a la identificación del embarazo siguen teniendo una gran fuerza en todas las edades. Quizás una de las diferencias generacionales que podemos encontrar es que en las mujeres más jóvenes estos saberes tradicionales luego son corroborados mediante pruebas realizadas en el centro de salud o el laboratorio del hospital, mientras en el caso de las mujeres de mayor edad, una vez determinado el embarazo se esperaba hasta que el vientre creciera un poco para acudir a la partera y continuar la atención con ella, o bien esperar hasta el momento del parto.

Sin embargo, con el incremento en los recursos de atención disponibles a partir de la década del 70 cuando se construyen varios centros de salud y mediados de los 90 con la inauguración del Hospital Regional de Ometepec, se amplían las opciones para el cuidado de la salud durante el embarazo y en ese sentido se produce una reconfiguración en las prácticas de atención durante este periodo, así como respecto a los curadores a los cuales se acude.

6.2 Representaciones y recomendaciones tradicionales para el cuidado de la salud durante el embarazo

Ahora veamos cuáles son las prácticas concretas de atención realizadas por las mujeres en esta etapa y de qué manera conviven los discursos y las representaciones sociales provenientes de la biomedicina y de los sistemas locales de salud, iniciaremos presentando las representaciones tradicionales para el cuidado de la salud durante el embarazo.

Para las primigestas este periodo está marcado por una serie de aprendizajes relacionados con su cuerpo, con la alimentación y con los cuidados propuestos desde cada modelo médico. En términos generales desde los saberes locales se considera al embarazo como un periodo natural en la vida de la mujer y se espera que marche sin mayores complicaciones o cuidados especiales.

Las recomendaciones tradicionales se centran en el ámbito de la alimentación y la actividad física. Las primeras buscan garantizar que tanto la mujer como su bebé, estén “sanos, fuertes y creciendo de manera adecuada”. Esto se verifica de manera informal por la apariencia física de la gestante; si se observa palidez y bajo peso de inmediato se hace el diagnóstico por parte de suegras, parteras o mujeres con mayor experiencia: “Está anémica” es la expresión utilizada para referirse a estos signos. Anteriormente las prescripciones curativas al respecto orientaban hacia un incremento en el consumo de frijol, quelites, yerba mora entre otros. Ahora, por la mayor cercanía con el discurso biomédico, algunas de las mujeres recomiendan también el consumo de hierro.

En relación con las actividades físicas, la sugerencia es que siga trabajando, desarrollando labores domésticas y evitando dormir de día, a fin de “no echar panza” o evitar que “el bebé se pegue” dificultando el parto. Las mujeres primerizas son frecuentemente reconvenidas por sus suegras para evitar que duerman de día pues se considera no sólo un símbolo de pereza sino que además contraviene los requerimientos de preparación para garantizar un buen parto.

Se espera también que las mujeres desarrollen actividades domésticas hasta prácticamente el momento del parto, pero se tienen claras contravenciones en el sentido de no cargar pesado, no traer leña del río y en general evitar esfuerzos físicos excesivos. En especial los testimonios de las mujeres de mayor edad remiten a labores domésticas realizadas durante todo el embarazo o el inicio de trabajo de parto en medio de una actividad doméstica en el campo.

En el caso de las más jóvenes se perciben recomendaciones de reposo o disminución de actividades físicas en el último mes. Quizás ésta es una de las diferencias generacionales que es posible observar: una exaltación por parte de las mujeres mayores del valor del trabajo, la actividad física, el parto natural en casa y la recuperación rápida, en contraposición con lo que algunas personas perciben como debilidad o flojera de las mujeres más jóvenes. Ésta, sin embargo, no es una posición homogénea pues muchas mujeres de mediana edad, que han vivido diferentes experiencias a lo largo de sus gestas, o de las mujeres mayores que acompañan a sus nueras, consideran que hoy en día hay más cuidado y, por lo tanto, las mujeres están en mejores condiciones que antes. Lo cierto es que el embarazo no significa una reducción del trabajo productivo y reproductivo que deben asumir las mujeres pues ellas mantienen la actividad física asociada al cuidado del hogar y de los otros hijos, el trabajo en la milpa, la producción de artesanías o cualquier otra labor que les genere un ingreso adicional. Al concebirse el embarazo como un estado natural, no se espera una disminución sustantiva en las actividades. En algunas comunidades se recomienda no cargar pesado como leña, no hacer coraje y comer bien pero el trabajo cotidiano no se detiene. Es quizás sólo en el puerperio, como lo veremos en el capítulo ocho, donde se asume la necesidad de reposo de la mujer o un incremento en los cuidados o en las actividades asociadas al sostenimiento del hogar por parte de los otros integrantes de la familia.

Las mujeres mayores representan, de manera más clara, la concepción tradicional comunitaria donde el embarazo es visto como un proceso natural, parte de la vida cotidiana de las mujeres durante muchos años y, por tanto, sin necesidad de una atención especial. Aunque la expresión para referirse al proceso de parto es “aliviarse”, como si ello remitiera a un estado de dolencia o enfermedad previa, es claro que no es visto como tal por las personas, por el contrario, la naturalización del mismo hace concebir como innecesario un cuidado especial en este periodo, sobre todo si no es la primera gesta. Así lo podemos observar en los testimonios de estas dos mujeres mayores cuyos embarazos tuvieron lugar en la década del 70.

“No, en el embarazo no me decían nada, nomás cuando me alivié a partir de la cuarentena, si, pero en el embarazo no, yo estaba bien nadie me decía: “oye no hagas esto pesado porque te puede pasar esto”. No, yo hacía mis tortillas, llevaba al trabajo, donde trabajaba mi esposo,

*sembraban frijol de riego en ese mes de diciembre, yo empecé a limpiar, a chaponar... y nace el niño.*¹⁴⁶

“A los diecisiete quedé embarazada la primera vez, cumplí diecisiete y ya tenía a mi hijo, me embaracé luego, luego. Ese embarazo fue, como uno cuando esta muchacha y ya que la gente estaba más cerrada que otra cosa, yo me acerqué porque ya no me bajaba mi regla y yo decía que me iba a morir. Y ya después fue un día entonces cuando ya nos bajábamos para acá al pueblo, y ya me decían las señoras: “-¿ya te viste con una partera?-", le digo “-¿pero cómo es eso?-", “-pues para ver si está bien la criatura o no-", y ahí yo les decía: “-¿cómo es que hay que ver a la partera?-", “-ahí esta ella y váyase a revisar-“. Así ya lo buscaba pues (a la partera), me tentaba la señora y ahí ya ella me arreglaba. Todos los hijos me los tuvo la señora: bueno yo fui muy valiente para tener a mis hijos porque cuando me agarraba (el dolor), me agarraba... y yo no ando paseando. Si, así casi a todos mis hijos los tuve de manera natural.

*Este primer embarazo yo no sabía cómo era embarazarse ni nadie me dijo nada, solita yo estaba, yo no tuve a mi suegra. Por algo yo tengo a mi nuera y le digo: “-mira hija ve a la partera o anda a la doctora que tú te debes atender luego-", yo le digo a ella. Y antes ¿quién te decía? como un animalito pues, no me decían nada de cómo cuidarme, mi suegra casi no me decía nada. Vivíamos en el campo lejos donde no había partera ni nada, así que nomás a veces cuando bajábamos al pueblo iba yo con la partera para que me sobara, me acomodara el nene pero como dos o tres veces nomás fui ya cuando mi panza estaba grande pero yo hacía todo, todos los quehaceres de la casa y en el campo yo hacía y no me decían nada de cómo cuidarme, ni cuándo fue la hora del parto mi suegra me dijo nada, bien feo me trataba.*¹⁴⁷

Para estas mujeres, el único recurso de atención disponible en su época eran las parteras, sus suegras y madres. Acudir a un doctor sólo se hacía en caso de complicación e implicaba salir de su comunidad o el rancho donde trabajaban, para desplazarse caminando dos horas y medias hasta Azoyú o San Luis Acatlán¹⁴⁸. Al observar la dinámica cotidiana de las mujeres en sus comunidades, pudimos percibir que la atención con partera durante el embarazo no tiene una regularidad ni una formalidad equivalente a lo que implica el control prenatal con personal

¹⁴⁶ Asunción Ponce Ramos. Mixteca. Cuanacaxtitlán. 58 años. Entrevista realizada el 28 de enero de 2009.

¹⁴⁷ Hermelinda Roque. 60 años. Mixteca. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada el 26 de febrero de 2011.

¹⁴⁸ Hoy existe una carretera pavimentada que comunica a Cuanacaxtitlán con San Luis Acatlán en aproximadamente 20 minutos. Igualmente el tiempo de Huixtepec a Ometepec es de 40 minutos en combi. Antes de la construcción del puente vehicular de Santa Catarina este paso podía durar hasta cuatro a cinco horas.

de salud. Las mujeres no necesariamente acuden con la partera cada mes ni desde el principio de la gesta, más bien hay preferencia por acudir una vez que el vientre se hace visible y con el ánimo de recibir masajes o sobadas que alivien el cansancio; para garantizar que el bebé venga en posición adecuada, o para solicitar dicho acomodo si no fuera así. En especial, si la mujer ya tiene una experiencia reproductiva, esto es lo acostumbrado pues se asume que la gestante cuenta con las habilidades necesarias para reconocer un buen embarazo o un mal embarazo.

Es por ello que se confía en los saberes propios y se llama a la partera al momento del parto, o bien, lo atiende la propia mujer cuando ya hay varias gestas previas. Esto no quiere decir que el embarazo sea una etapa exenta de complicaciones para las mujeres entrevistadas. Por el contrario, la experiencia de las más grandes de edad nos remite a una alta mortalidad prenatal y neonatal, pues varias refirieron abortos espontáneos durante sus gestas, como en el caso de doña Nicolasa, amuzga de 68 años de Huixtepec, quien perdió seis hijos de doce, algunos durante el embarazo y otros al momento del parto. Doña Hermelinda por su parte, mixteca de Cuanacaxtitlán, tuvo 14 gestas de las cuales tres terminaron en abortos. De manera similar, otras mujeres reportaron pérdidas naturales durante los mismo, algunas incluso en repetidas ocasiones, quizá por las propias condiciones de salud y desnutrición existentes.

Pérdidas o abortos que a menudo eran atendidos por las propias mujeres y generalmente no se reportaban al Centro de Salud, o bien no existían éstos. Los abortos ocurrían y sin más las mujeres los resolvían en sus casas cuando se presentaban en los primeros meses, con tés y remedios caseros. Las principales causas reportadas por quienes vivieron abortos son caídas, trabajo pesado o golpes de sus parejas. Poco se habla de los abortos provocados, aunque si se menciona con cierta naturalidad la intención o el deseo de “tumbarlo”¹⁴⁹ al hablar de la historia reproductiva de otras mujeres, pero los métodos o plantas recomendadas para hacerlo es un tema reservado.

Entre las explicaciones locales existentes para los abortos, especialmente cuando la gesta ya está avanzada, se refiere a la no realización de un “antojo” o deseo por parte de la mujer. Si durante el embarazo a ella le apetece comer un alimento que por alguna razón no puede tener, esto podría provocar la pérdida del embarazo. Para prevenirlo se recomienda que el marido trate de satisfacer sus antojos. Si hay algo que definitivamente no puede conseguirse, debe colocarse un pedazo de panela o piloncillo, en la boca para prevenir el daño.

¹⁴⁹ “Tumbar” es la expresión usada en la región para referirse a las pérdidas o abortos. Se usa indistintamente para referirse a abortos espontáneos o provocados.

... antes era muy tonta porque yo decía... llegué y me fui al mandado y vi la carne tendida pero no tenía dinero y dije: “esta gente no me conoce y pues como no me conoce bien ¿cómo decirle deme dos pedazos y al rato te pago o mañana vengo? ¿Cómo le podía decir a alguien así dame? ¡Ah! y malhaya, que ganas de unas tortillas con un pedazo de carne de cabra pero ni modo pues, así que me vine y cuando llegué aquí me empezó a doler mi barriga y luego pues, luego lo tumbé, eso fue cuando tenía dos meses; por el antojo eso me pasó.

Y ya después tuve a mis hijos y ya no me pasó eso, porque me decían las señoras: “mira cuando tú a veces deseas algo y no tengas dinero, cómprate tu cajita de panela y guárdalo pero cuando veas que así algo deseas y no puedas, cómete un pedazo de panela-“. Así, dicen que eso endulza ya y el niño busca y come pues. Así decían ellos y digo yo: “¿ay, será cierto?”, y lo hacía pues y ya no me pasó.¹⁵⁰

Otras causas frecuentes de aborto son las caídas, enfermedades como la fiebre tifoidea, golpes; embarazos producidos en medio de procesos de lactancia que terminan muy rápidamente, a veces incluso sin que la mujer hubiese percibido su presencia, así como la ausencia de recursos de atención disponibles durante el embarazo.

Para algunas como doña Nicolasa, esta situación de múltiples abortos se vivía con culpa por considerar que allí había alguna responsabilidad de su parte por acción u omisión. En su caso incluso conversó con el sacerdote al respecto pues se consideraba en pecado por tal situación. Al revisar su relato vemos que tres de ellos fallecieron durante el embarazo y los otros tres al momento del parto. Podríamos deducir que las causas de muerte durante el parto obedecieron a demoras en la atención o a partos de alto riesgo.

Yo me confesé con el sacerdote, porque dicen que uno como madre está condenada. Y fui a platicar con él. Y me dijo que si yo tomé algo o si fui al doctor para que me diera algo. Entonces dijo que eso fue por falta de dinero. Porque tú deseas alguna cosa, no lo comiste porque no tuviste esto y eso hay perdón. No corre peligro. Porque Dios está viendo que no tuviste suficiente para que comiera algo. Así me dijo. Porque la gente que tome algo están condenados porque matan los niños. Porque lo hace a propósito porque toman medicina para que tumben los niños.

Una diferencia importante que nos habla de las implicaciones de contar con una mejor red de servicios de salud, es la reducción en el número de abortos entre las mujeres de menor edad.

¹⁵⁰ Hermelinda Roque. 60 años. Mixteca. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada el 26 de febrero de 2011.

Al realizar las trayectorias reproductivas por grupos pude observar que si bien eventos como la edad de inicio de vida sexual, de conyugalidad, del primer hijo y el significado social de la maternidad es compartido entre los tres grupos, también es verdad que hay modificaciones en las trayectorias y una de ellas es la reducción en el número de abortos espontáneos o pérdidas por emergencias obstétricas, que vivieron mujeres mayores como doña Nicolasa, Doña Hermelinda, Enemesia y otras; así como un mayor seguimiento a las embarazadas tanto por sus familiares como por el personal de salud.

De esta manera, el papel de las redes familiares y especialmente de las suegras en el cuidado de la salud durante el embarazo se mantiene, pero ahora incluye también los recursos biomédicos. La suegra de Edelmira, mixteca de 20 años, es partera y fue quien la revisó durante su embarazo, pero paralelamente la mandaba al Centro de Salud.

“Mi suegra me revisaba la barriga iba el centro (de salud) también los dos lados y si me duele la barriga mi suegra me pone, me acuesta y me veía la barriga y decía que está bien el bebé. También iba yo allá al centro allá me decían que iba a ir yo al centro pues, a San Luis para tener la niña y ya no juí (sic), me da pena ir al centro porque dicen que allá está feo con la mujer, yo no quiero así, lo tuve la casa. Me daba pena pues, por eso tuve a la niña en la casa”¹⁵¹.

Si bien uno podría pensar que las mujeres mayores tienen preferencias por formas de atención tradicionales, y de hecho así es para algunas; también es cierto que en las dos comunidades fue posible observar mujeres mayores de 35 exhortando a sus nueras a asistir a control prenatal y hacerse los exámenes, al mismo tiempo que chicas muy jóvenes reacias a buscar atención, incluso cuando había algún signo de complicación.

Una de ellas es Ana Iris quien tenía 15 años y se juntó a los 14 con Miguel, hijo de Celerina de 36. Tenía ocho meses de embarazo y según el estudio que le hicieron en el hospital de San Luis, su embarazo era de riesgo por la edad y por traer circular de cordón. Por ello le dieron un pase a Ometepec para realizar el ultrasonido y pasar a valoración con el ginecólogo pero ella se negaba a asistir. Celerina busca a doña Asunción en su calidad de promotora de salud, para que la convenza y la acompañe a Ometepec. Allí nos conocimos y conversamos al respecto...

“Ayer tamos hablando con mi nuera porque no quiere ir al hospital “mejor que yo me muera - dice- no va a morir mucha gente, yo sola me voy a morir dice ella”. Por eso le dije yo a mi hijo (el esposo de Ana) cuando llegó: así hablo Ana con tu cuñada Gloria. Entonces le dije yo voy

¹⁵¹ Edelmira. Mixteca. 20 años.

hablar con la doctora y fui allá al centro y ya le hable a la doctora, voy a ir donde doña Chona (la promotora) pa que sepa ella cómo hace ella conmigo pa que Ana vaya. Yo toy congojada, toy molesta contigo Ana, que busca dinero tu marido pa que vas a ir hasta Ometepec y ella que no quiere ir, se niega que no quiere ir, y aunque la regañamos más, no se animó. Yo le dije a ella y a mi hijo le dijo su papá: “¿ora que tú tienes que congojar porque trae el cordón enredado? que buscas dinero, dice, y en un día lo vas a completar porque mañana dice tu mamá que la va a llevar y falta que completes el dinero. Ya nomás lo va traer mi hijo; “nomás dos días aquí mi tío y dos días me voy a ir a estar de pion pa’ traer el dinero y ya la va a llevar mi mamá” –dice-. Pero ella es la que se pone brava, dice que si su mamá se alivió ella sola dice, un ratito se alivia su mamá en su casa entonces también ella un ratito se debe de aliviar ella también dice... Amaneció y dice ella: ¿dónde vamos agarrar dinero Miguel?, vamos a ir porque tu papá se enoja conmigo que yo estoy diciendo que no voy a Ometepec y toy pensando que no hago bien yo también dice ella. Y dice él con ella: “tu no importa si hay dinero o no hay; tú tienes que ir no te importa. Tú no vas a buscar dinero yo ando a buscar el dinero”. Hasta entonces se animó que va ir...”¹⁵²

Ante la petición de Celerina de ir a hablar con Ana Iris, acudimos al día siguiente y finalmente ella ya estaba lista para salir. Emprendimos un viaje con ella, Alma Delia otra embarazada de 23 años quien cursaba ocho meses de su segunda gesta y presentaba reducción del líquido amniótico por lo cual había sido remitida a Ometepec, doña Asunción, Celerina y yo. Ese trayecto implica tres taxis: uno de Cuanacaxtitlán a San Luis, otro de San Luis a Marquelia y el último de allí a Ometepec. Adelante veníamos Celerina y yo y detrás las jóvenes embarazadas muy calladas junto con doña Asunción¹⁵³.

¹⁵² Celerina. 36 años, Mixteca, suegra de Ana Iris. Cuanacaxtitlán. Agosto 3 de 2008.

¹⁵³ Durante el trayecto Celerina nos iba contando de su época de juventud durante la cual trabajaba en un rancho entre San Luis y Marquelia. Desde entonces, hacía más de 15 años, ella no había salido de San Luis ni mucho menos había ido a Ometepec. Al escucharla pensé que se necesita mucha voluntad para salir con la nuera a un lugar completamente desconocido y sin saber siquiera dónde quedaba el hospital de Ometepec o cuáles eran los procedimientos. Eso me recordó por qué tantas mujeres acuden diariamente a la casa de doña Asunción o Enemesia en busca de ayuda, consejo o solicitud de acompañamiento, y me permitió entender mejor el papel tan importante de las promotoras como apoyo o mediación cultural en procesos de esta naturaleza¹⁵³. Igualmente me generó una reflexión sobre las habilidades que implica el proceso de gestión y acompañamiento en un hospital de segundo nivel en tanto no es suficiente con ser un familiar cercano o ser el proveedor económico, pues se requieren también otro tipo de habilidades asociadas al dominio del español, un conocimiento mínimo de la ciudad y la capacidad de moverse entre el personal de salud en sus propios códigos¹⁵³.

Imagen 6. Mujeres Mixteca. De izquierda a derecha: doña Asunción, Alma Delia, Ana Iris y Celerina. Cuanacaxtitlán, San Luis Acatlán, Guerrero, 2008



Foto: Lina Rosa Berrío Palomo.

Finalmente, después de horas, ambas mujeres fueron atendidas en el Hospital y regresamos en la tarde a Cuanacaxtitlán. Una semana después Ana Iris tuvo su bebé en el Hospital de San Luis por parto normal y un mes después lo tuvo Alma Delia del mismo modo pero en Ometepec luego de ser transferida de San Luis por complicaciones al momento del parto¹⁵⁴.

Durante el embarazo existen o se presentan padecimientos o problemáticas inexplicables desde la perspectiva local, las cuales se atribuyen a brujerías o trabajos practicados por otras personas hacia la mujer, principalmente por razones asociadas a la envidia¹⁵⁵, venganza o problemas personales. Estos padecimientos podrían asociarse con cuadros de preclampsia o posiblemente epilepsia en el discurso biomédico. Sin embargo, es claro que los ámbitos de acción en los cuales operan los procesos curativos para estos padecimientos están por fuera del discurso y la explicación biomédica.

¹⁵⁴ Diario de campo, agosto 3 y 4 de 2008.

¹⁵⁵ El trabajo de Jacobo Herrera (2013) sobre los nahuas de Cuetzalan muestra que la envidia es una de las emociones que con mayor frecuencia genera padecimientos físicos y emocionales entre las personas que acuden en busca de ayuda terapéutica con los curanderos de dicha región. Entre las personas que mayormente pueden ser afectadas por la envidia se encuentran los niños, las embarazadas y las personas de mayor edad. La información compilada entre mujeres Na Saavi y Ñomnda en la Costa Chica también parece señalar que se atribuye a la envidia la causa de complicaciones y pérdidas inexplicables durante el embarazo.

Durante el trabajo de campo encontré una mujer amuzga y una mixteca que habían vivido situaciones de este tipo en su primer embarazo. En ambos casos lo asociaron a brujería causada por mujeres interesadas en sus parejas, quienes provocaron o solicitaron estos trabajos como castigo por haberse casado con ellos. Esta es la misma explicación que da Alicia de 23 años, que si bien no cree, pues es mestiza de Oaxaca y por tanto no pertenece al mismo sistema cultural, también lo relaciona con envidias de otras mujeres por su matrimonio.

Lourdes es una joven amuzga de 20 años que acaba de tener su primer hijo en el hospital de La Amistad en Ometepec; así lo decidieron su suegra y su marido. Ante mi sorpresa por la decisión, dado que su suegra es partera y su parto fue natural y sin complicaciones, ella me explica que lo decidieron porque durante el embarazo tuvo problemas. En ese instante baja la voz y me dice que se desmayaba con frecuencia y cuando eso sucedía hacía gestos muy feos y entonces pensaban que a lo mejor iba a ser cesárea por si le daba un ataque de esos durante el parto.

En ese momento para el relato y me pregunta que si yo creo en esas cosas. -¿En qué? ¿En la brujería? le digo- “Sí, es que dicen que me hicieron brujería porque no es normal lo que yo tenía, me llevaron al médico a que me hiciera exámenes y aparece todo bien. Además me empezaron como a los dos o tres meses de haberme venido para acá”. -¿Tú crees que te lo hizo alguien que no estaba contenta porque te viniste?; ¿alguien que quiere a tu marido? le digo-. “Sí, yo creo que sí porque yo llegué bien y aquí me empezó, se me desfiguraba la cara cuando tenía esos ataques. Eso nunca me había dado ni yo sufro de la presión, fue al poco tiempo de haber llegado aquí que me empezó y ya luego salí embarazada”. ¿Y cómo te curaste? le pregunto. “Pues me llevaron con un señor que conocía mi suegra y me empezó a curar con hierbas y con rezos, así varias sesiones hasta que me mejoré”.¹⁵⁶

La búsqueda de opciones terapéuticas para curar la brujería se realizó con curanderos tradicionales, al mismo tiempo que el control prenatal lo hizo con su suegra partera y con los médicos del centro de salud. De todas las entrevistadas ella es quien más reporta actividades realizadas en la consulta: peso, talla, ácido fólico, hierro, presión arterial, ritmo cardiaco del bebé, señales de alarma, sobada, acomodo del bebé laboratorio, ultrasonido gestacional (USG) y consejería en planificación familiar (PF). Al control prenatal a veces la acompañaba el esposo y la decisión de realizar el parto en el hospital la tomó su suegra. Al preguntarle las razones de

¹⁵⁶ Diario de campo. Huixtepec. Octubre 1 de 2008.

esta decisión a la partera, doña Fidela, su suegra, me respondió: “es que no me atrevía a atenderla por esas convulsiones que le daban ¿qué tal que se me fuera a poner mal?”.

Las complicaciones son percibidas en términos de brujería y requieren, por tanto, de una limpia, pero ello sólo es posible cuando hay códigos culturales compartidos. De lo contrario las explicaciones y acciones se mantienen en el ámbito de la racionalidad biomédica como en el caso de Alicia quien no es mixteca.

Con el segundo embarazo duré casi cinco meses en la casa en reposo total. Y los últimos dos meses ya caminaba y hacía así los oficios suavécitos. Pero la gente de aquí decía que eso era brujería. Que como yo no era de aquí entonces estaban haciendo brujería. Que te curen, que te limpien, pero yo no creo en eso, entonces para qué me hacían esos si yo no creo. Pero yo no creí en eso, porque yo sé que era una amenaza de aborto.¹⁵⁷

Vemos, entonces, en los tres testimonios una convivencia permanente en la región de ambos sistemas médicos, tanto en las representaciones en torno a la salud y la enfermedad durante el embarazo, como en las prácticas de atención utilizadas para su mantenimiento y recuperación. Lo que puede ser leído como casos de preclampsia desde la biomedicina, corresponden a rupturas con el equilibrio del proceso, motivadas por las intervenciones de otras personas, asociadas a la envidia, las cuales se manifiestan físicamente en el cuerpo de la madre y de su hijo. Frente a estas miradas tan diversas, es evidente que las recomendaciones y prácticas también difieren en muchos aspectos como lo veremos a continuación al analizar el discurso biomédico.

6.3 La atención biomédica para el cuidado de la salud durante el embarazo.

Como lo señalé en el capítulo de políticas públicas, el enfoque adoptado por la Secretaría de Salud (SSA) y la Secretaría de Salud de Guerrero (SESAEG) para la prevención de la mortalidad materna hasta 2009 había sido el de control prenatal. Existen fuertes cuestionamientos a la calidad de estas consultas pues la mayoría de los fallecimientos en México ocurren en mujeres que asistieron al control prenatal y no presentaban ninguna señal de alarma pero tuvieron complicaciones al momento del parto¹⁵⁸.

¹⁵⁷ Alicia Mesa. 23 años. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada en agosto de 2008.

¹⁵⁸ Una muestra de ello es que el 88% de las mujeres fallecidas por mortalidad materna en el país durante 2011, tuvieron control prenatal (OMM, 2013:7).

Al revisar las tablas de muerte materna en la jurisdicción 06, donde se ubican nuestras comunidades en estudio, (SESAEG, 2010), encontramos que las mujeres fallecidas de 2005 a 2010 por estas causas, a las cuales se les incluye eslabón crítico en su reporte, el 64% corresponden a la categoría de planificación familiar, como el eslabón crítico no atendido y que finalmente condujo a su deceso¹⁵⁹. Sin embargo, al revisar las causas directas del fallecimiento encontramos reportes de eclampsia el cual, por lo general, puede ser detectado y atendido desde el embarazo cuando se identifica la preclampsia.

Las otras causas, como hemorragias, retención placentaria y choque hipovolémico, están directamente asociadas a emergencias obstétricas al momento del parto y, por lo tanto, el análisis debería estar enfocado hacia la capacidad resolutive de tales situaciones durante dicho proceso y no condicionadas a la ausencia de riesgo detectado durante el embarazo o a la falta de planificación, en tanto pueden acontecer también con mujeres de pocas gestas como sucede en el caso de las menores de edad fallecidas¹⁶⁰. A pesar de que en el registro de mortalidad materna no siempre son claras o bien clasificadas las causas del fallecimiento, se puede inferir que las mujeres mueren tanto por complicaciones durante el embarazo como el parto y no todas pueden ser detectadas en el control prenatal¹⁶¹.

Al preguntar al responsable jurisdiccional de Arranque Parejo en la Vida cuáles son las principales actividades a desarrollar durante el control prenatal por parte del personal de salud manifestó lo siguiente:

Primero ingresarte a un censo de embarazadas que existe en el centro de salud, ya de que ingresas lo ideal es tres meses antes de embarazarte que te prepares, ver que situaciones tienes, si no tienes abortos repetitivos o algún problema de infección de transmisión sexual o venéreas que pueda provocarte alguna malformación en el bebé, se hacen estudios tres meses antes de embarazarse inclusive se le da el ácido fólico para que también no tenga deficiencia

¹⁵⁹ Se refiere al aspecto del proceso reproductivo no atendido de manera oportuna o suficiente, impactando así en las condiciones del fallecimiento. En no pocas ocasiones el personal de salud de la jurisdicción atribuye las complicaciones o fallecimientos asociados al embarazo, parto y puerperio al bajo uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres indígenas por razones culturales..

¹⁶⁰ De 2005 a 2010 fueron 10 casos de menores de edad fallecidas, equivalentes al 15% de la mortalidad materna jurisdiccional para ese periodo. Todas se encontraban en su primera gesta y habían tenido control prenatal, las causas de fallecimiento de la mayoría están asociadas a eclampsias y tres de ellas a hemorragias uterinas. Fuente SESAEG, Jurisdicción 06.

¹⁶¹ En ese sentido, los debates técnicos, las evidencias científicas que sustentan la poca efectividad del control prenatal y la presión de algunas académicas y organizaciones expertas en la materia como el Comité Promotor por una Maternidad Segura, llevaron a la modificación de las estrategias, de tal modo que el Programa de Arranque Parejo definido para el periodo 2007-2012, ya incluyó la atención de emergencia obstétrica (AEO). Asimismo la “Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna”, aprobada en mayo de 2009, lo contempla como un eje central.

de folatos el organismo de la futura mamá, se hacen todos esos antecedentes personales que puedas tener, número de embarazos, todo; principalmente si hay antecedentes de abortos o enfermedades crónicas, como la diabetes o el VIH.

Ya después que logras tu embarazo, ingresas con un censo de embarazadas, se te llena un expediente clínico, la historia clínica general con todos tus antecedentes familiares, personales, gineco obstétricos de importancia, después se te llena una historia clínica peri-natal que va en el expediente clínico y, posteriormente, se te llena un carnet peri-natal es para la embarazada, es personal de ella. Y mientras, mi enfermera te puede llenar el plan de seguridad, mientras esperas a la consulta se te llena el plan de seguridad y al mismo tiempo se te van explicando todo lo que viene ahí, para que estés preparada y sepas quién te va atender el parto, donde te vas a atender el parto, quién te va acompañar, con quién te vas a trasladar, con quién vas a dejar a tus niños al cuidado de ellos.

Y al mismo tiempo informarte ¿no?, del Seguro Popular para que te afilies y no compres medicamentos, o a veces hay necesidad de trasladarte hasta Acapulco más protegida, como un escudo con el Seguro Popular porque a veces se necesitan estudios que no tiene la institución y se subrogan le llamamos nosotros, de tomografía u otros estudios más especializados y el Seguro Popular lo cubre. Inclusive hemos hecho esas afiliaciones así de manera urgente con pacientes que se van a Acapulco de referidas complicadas, todo va en un formato que se llama línea de vida las atenciones que le damos, a la embarazada se le llena el expediente clínico, su historia clínica, control de evolución, su tarjeta de embarazada que existe en los centros de salud, su carnet y ya de ahí pues la exploración física ¿no?, que debemos de checar a la embarazada, eh las mamas debemos descubrirlas y del fondo uterino, depende de las semanas de gestación vamos descubriendo el crecimiento del fondo uterino, la frecuencia cardiaca del bebé, depende de las semanas de gestación que vaya teniendo, y ya cuando se acerca el parto vemos si la pelvis está apta para salir ese bebé de manera, por el canal de parto, o si hay otros factores que provocan la cesárea, para programarte la cesárea.¹⁶²

En la narración podemos observar que el énfasis está en la detección de riesgos, en el llenado de los expedientes clínicos y en los exámenes de laboratorio. Una explicación más profunda del proceso de gestación prácticamente no aparece y, según lo descrito por las mujeres y por el propio directivo, parece no existir diferencias en la información y atención asociadas a la edad, sino más bien a sus condiciones de riesgo obstétrico. El tiempo de consulta establecido

¹⁶² Directivo jurisdiccional Arranque Parejo en la Vida. Entrevista realizada el 27 de julio de 2010.

por la propia Secretaría de Salud —como adecuado dentro de los márgenes de calidad— es de 20 minutos, pero en las localidades existe una fuerte carga de trabajo ya que es necesario atender a población de Oportunidades, al mismo tiempo que embarazadas y personas enfermas, esto lleva a que el tiempo de consulta —tal como ellas lo reportaron y yo pude observar— sea menor a los 15 minutos. El cien por ciento de las encuestadas cuyo control prenatal había sido con personal de salud, manifestaron que la consulta fue realizada en español, a diferencia de quienes acudieron con parteras, donde se usaban ambas para la revisión. Las barreras idiomáticas son consideradas por la OPS como uno de los factores de exclusión en salud debido a la baja pertinencia cultural de los mismos

Durante la consulta el médico se concentra en la exploración física mientras los aspectos relacionados con el plan de seguridad, la planificación familiar, entre otras, son realizados por la enfermera. En realidad el protocolo de atención pocas veces se realiza completamente, incluyendo estos dos elementos (plan de seguridad y consejería en PF), excepto en casos de embarazos de riesgo donde sí hay procesos de explicación y canalización más claros. La decisión de la atención durante el parto y las acciones a realizar en caso de complicaciones, quedan entonces en manos de la familia, mientras la consejería para el uso de anticonceptivos es poco frecuente en el discurso médico de las unidades básicas, excepto si se trata de multíparas a quienes de inmediato se les intenta convencer de realizar la OTB. No así en el caso de mujeres jóvenes.

Cuando iba a la consulta con el médico pues me pesaban, cuánto pesaba yo, también me tomaban este, bueno, allá por los dos meses que fui, me tomaban la presión. Qué cuánto medía mi panza... Y ya cuando vine aquí pues nomás me medían mi panza, pues la presión ya no me la tomaban ... Si allá si me lo dieron el ácido fólico, hierro y esas cosas. Me explicaron las señales de alarma de cómo saber si había alguna complicación o algo así, aja... sí me dijo la doctora, me escuchaban así el corazoncito del niño. Me mandaron hacer exámenes de sangre y ultrasonido. De planificación familiar ahí no me dijeron nada en las consultas¹⁶³

El mejoramiento de unidades de salud, acompañadas de un fuerte discurso alrededor de la prevención de la mortalidad materna y la promoción del control prenatal en los últimos diez años, sumado a la exigencia del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades respecto al

¹⁶³ Erika Morales. 22 años. Amuzga. Huixtepec. Entrevista realizada en septiembre de 2008.

control de salud de sus afiliadas y familiares,¹⁶⁴ han contribuido a incrementar el control prenatal en todos los rangos de edad.

Esto implica otra modificación en las prácticas de atención que paulatinamente se ha dado, como es el mayor acceso de las mujeres a exámenes de laboratorio y ultrasonidos. Los primeros al iniciar el embarazo y los ultrasonidos en dos ocasiones, uno en el cuarto y otro en el séptimo u octavo mes. A algunas mujeres, en especial si presentan embarazos de riesgo, se les puede realizar un ultrasonido adicional, pero, por lo general, dos es el número de veces más común en la región. La eliminación del cobro de estos servicios para todas las embarazadas, ha contribuido sustancialmente a dicho incremento¹⁶⁵.

Tales exámenes médicos son realizados en los hospitales de primer o segundo nivel de atención, lo cual implica el desplazamiento de las mujeres a las cabeceras municipales donde existen los equipos. Como éstos atienden mujeres de diversos municipios o localidades pues sólo existen cuatro hospitales básicos comunitarios y uno regional, es común que se encuentren saturados, no funcionen los aparatos o no existan reactivos. En ese caso las gestantes deben volver o, si tienen Seguro Popular, son canalizadas a un particular para que les realice el ultrasonido y el Seguro Popular lo paga posteriormente. Tampoco es raro que la mujer y su familia terminen haciéndolo por fuera y costeándolo con sus recursos, sobre todo al tratarse de embarazos de riesgo o si se encuentra a punto de dar a luz, pues en ese instante le piden nuevos exámenes de laboratorio y ultrasonido actualizado.

Esta dinámica institucional de saturación hospitalaria e insuficiente capacidad de atención por falta de equipos o personal a la cual me he referido en el capítulo tres, implica que las mujeres deban acudir varias veces con el consecuente gasto de bolsillo que ello representa; decidan no practicarse los exámenes señalados o dejen los resultados durante semanas en el hospital antes de ir a recogerlos. En ese sentido podemos decir que desde la perspectiva de derechos humanos en salud, se ha mejorado la disponibilidad de servicios de salud en la región pero no necesariamente su accesibilidad, especialmente en relación con los costos y distancias de los servicios pues para muchas mujeres de comunidades más lejanas a las analizadas en este

¹⁶⁴ Para un análisis crítico del funcionamiento del Programa de Oportunidades en contextos indígenas, desde una perspectiva de derechos, se puede revisar el texto de Herrera y Suárez (2011).

¹⁶⁵ Hasta 2006 todos los servicios obstétricos se cobraban. En 2008 se hizo un acuerdo entre las organizaciones de la sociedad civil y el secretario de salud de Guerrero, Dr. Luis Barrera Ríos, para eliminar el cobro a las embarazadas de la red roja, es decir, los municipios de mayor mortalidad materna correspondientes a la jurisdicción 03, 04 y 06. En 2009 con la entrada de "Embarazo Saludable" se eliminaron todos los cobros desde la gestación.

trabajo, es de gran dificultad el asumir el gasto de bolsillo asociado a la realización de tales exámenes, incluso cuando los mismos no tengan costos.

A partir de 2009 tales procedimientos enmarcados en el control prenatal se deben ofrecer de manera gratuita a todas las gestantes sin considerar su derechohabiencia, aunque se sigue impulsando la afiliación al Seguro Popular para que éste asuma los costos de tales procedimientos. Antes de ello, era clara la diferencia entre quienes tenían Seguro Popular y la población abierta, pues esta última debía pagar por dichos exámenes y estudios, lo cual significaba que muchas mujeres no podían acceder a ellos y eran claras las desigualdades que implicaba el acceso o no a este mecanismo de financiamiento.

Un elemento a destacar relacionado con diferencias en las prácticas de atención asociadas a la edad, es que la mayor cantidad de gestantes que se realizaron los exámenes son mujeres jóvenes, aunque también asisten mujeres de mayor edad a las salas de espera del Hospital Regional de Ometepec o el Básico de San Luis. Es evidente, sin embargo, una mayor aceptación a este tipo de exámenes de parte de las jóvenes, ya sea porque están más familiarizadas con este tipo de tecnología; o les interesa saber cómo va evolucionando su embarazo, en especial si se trata de las primeras gestas, mientras las mujeres con mayor edad parecieran confiar más en su propia experiencia reproductiva adquirida en sus embarazos previos, de tal manera que no lo ven tan necesario si consideran estar bien de salud.

Una diferencia entre las recomendaciones biomédicas y las prácticas de atención efectivamente realizadas por las mujeres, se refiere al consumo del ácido fólico. Éste es prescrito como parte del paquete básico, pero es pocas veces utilizado, porque no siempre hay dotación y por las resistencias culturales de las mujeres a su consumo. Por otra parte, como algunas llegan al control prenatal después del primer trimestre, este suplemento es obviado por el personal de salud.

Respecto a las actividades reportadas por las mujeres que asistieron a consultas o revisiones prenatales con el médico, señalaron lo siguiente: "me pesó, me midió la panza, me tomó la presión, escuchó el corazón del bebé y me revisó la panza". Prácticamente todas dijeron haber recibido este protocolo. Al preguntárseles sobre algo más que recordaran, algunas señalaban el ácido fólico y en menor caso mencionaban los exámenes de laboratorio y ultrasonidos. El siguiente testimonio muestra en qué consiste el paquete básico de atención y revisión prenatal desarrollado por el personal de salud en la región.

*“Yo empecé a ir a la consulta con el doctor a los tres meses, así que cinco consultas tengo. Cuando voy allá pues me revisan, me checan la presión, el peso... escuchan al bebé, sí me dieron ácido fólico y me mandaron para San Luis a revisar, fui y de allá me dieron el pase para Ometepec. Primero había ido al centro de salud de aquí pero como no encontré la doctora en un centro, estaba en la terminal ya estaba yendo para San Luis, entonces ya yo de ahí me fui para San Luis con mi suegra y allá me atendieron... Si me hicieron estudios de laboratorio, sólo que los estudios están allá en San Luis yo no los voy a recoger... me los hicieron pero no sé el resultado”.*¹⁶⁶

Para el personal de salud, las mujeres multíparas o mayores de 35 años en proceso de gestación constituyen, junto a las adolescentes, la población principal a seguir durante el embarazo, por la consideración de alto riesgo asociada a la condición de multigestas o de la edad. Muchas de ellas, como se corroboró en el trabajo de campo, asisten a sus citas y se realizan los exámenes de laboratorio y los ultrasonidos, pero al momento del parto acuden con parteras o se atienden ellas solas, a menos que hayan decidido cerrar su ciclo reproductivo y, por lo tanto, requieran de atención hospitalaria para la realización de la oclusión tubaria bilateral (OTB).

La noción de “embarazo de alto riesgo” utilizada por el personal biomédico para referirse a situaciones, condiciones o características de las mujeres gestantes, convirtiéndose en posibles factores de riesgo para su salud o la del bebé durante el embarazo o el parto, constituyen una de las modificaciones importantes en las actuales representaciones y prácticas de salud en la región.

En esta categoría están incluidos criterios asociados a la edad (mujeres menores de 15 años o mayores de 35), número de gesta (primigestas o multíparas mayores de 5 hijos), posición fetal (circular de cordón o posición de nacimiento distinta a la de cabeza), situaciones de salud durante el embarazo (preclampsia, diabetes), antecedentes de complicaciones, abortos, fallecimientos, cesáreas, entre otros.

La importancia de esta noción de riesgo ha sido clave en los últimos años para la reducción de la mortalidad materna, pues como lo hemos señalado previamente, las estrategias se orientan a su oportuna detección y atención a fin de prevenir complicaciones durante el embarazo o al momento del parto. Por ello, esta caracterización define, en buena medida, los protocolos de

¹⁶⁶Anaís Díaz (Cheli). 23 años. Mixteca. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada en agosto de 2008.

atención de las gestantes, así como de canalización y seguimiento al interior de las instancias de salud.

En mi primer embarazo me empecé a hinchar y entonces ahí los médicos, querían que yo tomara mucho reposo, que porqué mi embarazo era de alto riesgo, que no debería de levantar cosas pesadas o hacer quehacer pesado nada de eso.¹⁶⁷

Las recomendaciones para el cuidado de la salud en caso de riesgo son similares a las ofrecidas a otras mujeres, pero con un claro incremento en el seguimiento y la canalización, la cual se convierte en una estrategia resolutive en la idea de proporcionar una mejor atención, aunque al mismo tiempo es un acto para deslindar responsabilidades y trasladarlas al siguiente nivel para su resolución. La mirada directiva y las relaciones de poder asociadas a la jerarquía médica aparecen entonces con mayor intensidad instrumentadas a través del saber médico lo cual nos remite de inmediato al análisis de Foucault, (1979) sobre el poder.

Para las mujeres mayores la noción de riesgo obstétrico resultaba lejana pues no existía en su época este concepto aunque se presentaran complicaciones, numerosos abortos y pérdidas. El embarazo simplemente transcurría como parte de la vida y al final concluía con el parto, en ocasiones podían presentarse situaciones difíciles que debían ser atendidas por las parteras. Esta representación del embarazo como un periodo saludable, en general, contrasta con una considerable cantidad de abortos espontáneos y fallecimientos de recién nacidos durante el parto, reportados por las mujeres de mayor edad. Aunque los riesgos se presentaran, de alguna manera estaban incluidos en los criterios de “normalidad” respecto a lo que puede suceder en ese periodo.

A continuación se incluye el cuadro resumen de mujeres citadas en el trabajo, en el cual se observa el mayor número de abortos reportados por las mujeres con más edad, algunas incluso alcanzando la mitad de sus gestas como en el caso de doña Nicolasa. También se pueden percibir las diferencias en el tipo de curadores a los que se acude durante el embarazo por grupo de edad.

Cuadro 15. Resumen trayectoria reproductiva mujeres citadas en el texto

¹⁶⁷ Erika Morales. 22 años. Amuzga. Huixtepec.. Entrevista realizada en agosto de 2008.

Nombre	Pueblo indígena	Edad actual	Edad a la unión	Edad a la primera gesta	No de gestas	Número de Hijos vivos	Uso de anticonceptivo alguna vez
Nicolasa	Amuzga	70	16	16	12	6	No
Hermelinda	Mixteca	65	15	15	14	10	No
Asunción	Mixteca	54	20	21	3	3	No
Sofía	Mixteca	47	17	17	3	3	Si
Enemesia	Amuzga	47	14	14	14	10	Sí
Celerina	Mixteca	47	16	16	9	9	No
Apolonia	Mixteca	37	15	15	5	4	Sí
Adelaida	Mixteca	37	16	16	6	6	No
Enedina	Amuzga	37	14	14	11	11	No
Natividad	Amuzga	32	15	15	4	4	Si
Rosa González	Amuzga	28	15	16	4	4	Si
Emperatriz	Mixteca	26	15	15	4	3	Si
Liliana	Amuzga	26	14	15	6	4	Sí
Lucía	Amuzga	26	15	15	4	3	Sí
Alma Delia	Mixteca	23	20	21	2	2	Sí
Alicia	Mestiza	23	18	18	3	3	Si
Anais "Cheli"	Mixteca	23	23	23	1	0	No
Lourdes	Amuzga	22	21	22	1	1	No
Edelmira	Mixteca	20	14	15	3	3	Sí
Gabriela	Mixteca	20	18	18	1	1	Sí
Ivone	Mixteca	18	18	18	1	1	Sí
Concepción "Concha"	Amuzga	18	18	NA	0	0	No
Ana Iris	Mixteca	15	14	15	1	1	No

Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta y entrevistas en profundidad.

Durante el embarazo las parteras detectaban y lo siguen haciendo, situaciones anómalas relacionadas con la posición del bebé, las características de la matriz, un vientre demasiado grande o con anemia, es decir, todos elementos del orden físico definidos en cada embarazo, más que por razones asociadas a la edad de las gestantes, o al número de hijos como características definitorias del riesgo. Tampoco se consideraba el tema de la presión alta ni mucho menos la diabetes, circular de cordón o problemas relacionados con el desarrollo del bebé, los cuales implican el acceso a una serie de aparatos tecnológicos de detección y seguimiento.

Los protocolos de atención seguidos en la región indican que al ingresar a consulta prenatal, la mujer es clasificada como de alto riesgo o no. En el primer caso se coloca una indicación en su expediente, lo que implica un seguimiento más permanente y la canalización al segundo nivel

de atención, en especial si se trata de asuntos relacionados con preclampsia. En caso de considerarse como un embarazo de bajo riesgo, se mantiene el protocolo de control mensual. Por otra parte, cuando el factor de riesgo está asociado a la edad, se produce una fuerte presión por parte del personal de salud para promover la OTB como método definitivo de planificación familiar para mujeres con más de cinco hijos. Igualmente se ofrece el DIU en mujeres con partos por cesárea como una norma general y los hormonales para el resto, pero es clara la presión en los hospitales por garantizar anticoncepción post evento obstétrico (APEO).

Para el personal de salud el embarazo se constituye en el momento central de seguimiento y detección oportuna de riesgos, tal como fue establecido por el programa Arranque Parejo en la Vida. La menor presencia de mujeres mayores de 35 en actividades de control prenatal, es fuertemente censurada por médicos y enfermeras quienes justifican los problemas de salud materna, debido a las prácticas locales tradicionales de las mujeres. Al preguntarle a un directivo jurisdiccional por los cuellos de botella que dificultan la reducción de la mortalidad materna en la región, mencionó varios, pero uno de ellos se refería claramente a su pertenencia étnica como un problema:

“Otro (problema) es la cultura de nuestra población, principalmente las mixtecas que ocultan el embarazo, por creencias y costumbres que le van a echar brujerías si informa que está embarazada o por vergüenza, no nos informan que están embarazadas hasta cuando ya van a parir, el último mes de su embarazo es cuando nos damos cuenta que está embarazada esta indígena, y ya de ahí, se acude ¿no? para realizar su control prenatal, son las situaciones que todavía tenemos, inclusive cuando se va a hacer cesárea para donación de sangre, hay mucho tabú, mucho... mucho miedo, del indígena principalmente a donar sangre.”¹⁶⁸

No hay una materia que te diga cómo tratar a los pueblos indígenas. En otros lugares usted llega y le dice al paciente usted tiene esto y entonces debe tomarse este medicamento. Pero aquí no. Usted llega y le dice a la mamá, su hijo tiene esto. “No doctor eso no es lo que tiene mi hijo”. Y a usted le contradice algo que lleva años estudiando. A un paciente diabético usted le dice que no debe comer ciertas cosas, pero le dicen que no tiene y va a seguir haciendo las cosas igual entonces usted lo único que puede es poner una nota para decir que el paciente no quiere seguir el procedimiento”¹⁶⁹.

¹⁶⁸ Responsable Jurisdiccional de Arranque Parejo en la Vida. Entrevista realizada el 27 de junio de 2010.

¹⁶⁹ Dr. David. Médico pasante del Centro de Salud de Cuanacaxtitlán, Guerrero. Entrevista realizada el 5 de agosto de 2008.

6.4 De diálogos y exclusiones: ¿cómo transitan las mujeres entre estos dos sistemas de salud durante su embarazo?

He mencionado en este capítulo cuáles son las recomendaciones tradicionales y biomédicas para el cuidado de la salud durante el embarazo. Algunas coinciden y otras presentan divergencias. En este momento tiene lugar en la región un proceso complejo de negociaciones imposiciones y construcción de hegemonía por parte del sistema de salud biomédico oficial que cada vez cobra mayor presencia. Especialmente en la atención del embarazo y parto se registra un incremento en la atención el cual se manifiesta en mayor cantidad de mujeres asistiendo al control prenatal, realizándose los estudios indicados y asumiendo las recomendaciones señaladas por la Secretaría de Salud que paulatinamente van adquiriendo carácter de obligatoriedad para las mujeres en actuales procesos de gestación, independientemente de su edad.

Ello no significa necesariamente la desaparición del sistema de salud indígena o que las mujeres renuncien a sus representaciones y prácticas tradicionales o de autoatención. La encuesta mostró que el 16% de ellas sólo se atendió con partera y el 35% de las mujeres recurrieron a los dos sistemas médicos para cuidar su salud durante el último embarazo, lo cual nos muestra un pluralismo médico en las prácticas de atención (Menéndez, 1990, 1992, 1996, 2003). Posiblemente esto no se vea reflejado en las tendencias nacionales debido a que no se pregunta o no se da la opción de señalar ambos curadores.

Cuadro 16. Curador con el cual se realizó el control prenatal en el último embarazo por grupo de edad. Guerrero, 2008

GRUPOS DE EDAD	Con quien se atendió el último embarazo			
	Partera	Personal de salud	Partera y personal de salud	Sin control prenatal
Jóvenes 15-24 años	5.30%	55.30%	34.20%	5.30%
Medianas 25-34 años	9.10%	33.30%	48.50%	9.10%
Mayores 35-49 años	37.90%	34.50%	17.20%	10.30%
Total	16%	42.00%	35.00%	7.00%

Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta reproductiva realizada en la región. 2008.

Lo cierto es que al sumar las dos respuestas mayoritarias en la región (médico y ambos), casi el 80% de las mujeres tuvieron contacto con personal de salud durante su embarazo. El 64% de ellas lo hicieron durante el primer trimestre; 22% en el segundo y 7% en el tercero.

Esta proporción es aún mayor en el caso de las mujeres jóvenes ya que todas manifestaron haber asistido al control prenatal y la abrumadora mayoría lo hizo durante el primer trimestre, mientras entre las de 35 en adelante se encuentra más distribuido en los tres trimestres.

Ahora bien, es importante señalar que si bien, hay un incremento en la atención con personal de salud, sí se observan diferencias asociadas a la edad pues mientras las mujeres jóvenes mayoritariamente lo hacen con médicos y un número mínimo exclusivamente con la partera, entre las de mayor edad el porcentaje de atención con partera es prácticamente igual al de quienes acuden con médico, como se observa en la gráfica 11.

En el caso de las mujeres de mediana edad, aumenta el porcentaje de quienes acuden con ambos curadores. Estos datos están tomados para el último embarazo, y al contrastarlos con la trayectoria reproductiva de las mujeres por grupo de edad encontramos que entre las mujeres jóvenes hay una mayor consistencia de atención con médicos en sus gestas, mientras en las mujeres mayores se va modificando. El alto número de mujeres de 35 a 49 que reportan haber realizado el control prenatal con médico en su último embarazo puede tener su explicación por la obligatoriedad de asistencia que les exige el programa Oportunidades y, quizá, por un interés en cerrar el ciclo reproductivo en esa gesta, lo cual implica atención biomédica.

Gráfico 14 Curador con el cual realizó el control prenatal en el último embarazo. Guerrero, 2008.



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta reproductiva, 2008.

A pesar de las diferencias entre los grupos respecto al curador más utilizado, es claro que hay transformaciones en las prácticas de atención y de los curadores que las asisten, respecto a décadas anteriores. Los datos estadísticos nacionales y locales muestran un alto nivel de cobertura institucional y un acercamiento temprano a los servicios de salud (ENADID, 2009), desmitificando una idea generalizada de que las mujeres indígenas sólo acuden al médico al momento del parto o cuando se presenta una complicación.

La información de campo corrobora estas tendencias, mostrando como existe una conjugación de las prácticas biomédicas y tradicionales, así como un incremento en el control prenatal. Aunque este aumento en el número y frecuencia de actividades de revisión implica mayor inversión de tiempo y recursos para las mujeres —para los estudios de laboratorio y ultrasonidos requieren desplazarse a las cabeceras municipales donde existan hospitales básicos para realizarlos, se va convirtiendo paulatinamente en parte de la rutina de las embarazadas y de alguna manera adquiere un toque de normalidad.

Vemos entonces que en los procesos de salud-enfermedad-atención (s-e-a), y particularmente las prácticas de atención desarrolladas por las mujeres gestantes, se conjugan y realizan transacciones entre los modelos biomédicos y alternativos complementarios incluidos los tradicionales de los pueblos indígenas (Menéndez, 2005:33). El campo de la autoatención constituye una esfera fundamental en tanto en ella se manifiestan *“las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos puedan ser la referencia de las actividades de autoatención”* (Menéndez, 2005:54).

Cuando llevamos esta definición al proceso de embarazo, parto y puerperio podemos analizar todas las acciones que las mujeres, sus familiares y comunidades realizan durante este periodo para mantener la salud, prevenir, curar y atender complicaciones o dificultades durante el mismo, bien sea de carácter fisiológico como emergencias obstétricas o de tipo ritual o simbólico. Todas estas acciones son realizadas por las personas, a partir de una serie de opciones que se toman a lo largo del proceso reproductivo las cuales incorporan recomendaciones de los curadores -incluso si éstos pertenecen a sistemas de salud distintos-, así como experiencias propias y de otras personas que hayan vivido estas situaciones.

Es de este modo que se manifiesta el pluralismo médico señalado por Menéndez para referirse a las diversas formas de atención que la mayoría de la población utiliza para enfrentar sus problemas de salud. Aunque desde la perspectiva de los curadores y de algunos investigadores, hay visiones antagónicas y excluyentes entre la biomedicina y otras formas de atención alternativas o populares, lo cierto es que en la práctica la gran mayoría de los grupos sociales utilizan múltiples formas de detección y atención a sus padecimientos que no sólo no son antagónicas sino complementarias, cambiantes y en permanente transacción, como lo hemos mostrado a lo largo de este capítulo.

En las representaciones sobre el embarazo y sus cuidados (incluyendo la edad más adecuada para ello) encontramos miradas diversas e incluso contradictorias entre el sistema de salud biomédico y los de los pueblos indígenas de esta región. Sin embargo, lo que en las representaciones sociales aparece como opuesto o contradictorio, en las prácticas de atención lo encontramos como sincretismo, negociación, transacciones de ida y vuelta, múltiples formas de apropiación y usos diversos de los diferentes modelos de atención por parte de la población. Como se muestra en este trabajo, las mujeres transitan durante su embarazo por ambos sistemas de salud, incorporando recomendaciones de los dos cuando lo consideran pertinente, enfrentándose a los niveles de hegemonía del modelo biomédico expresado en este caso en el discurso oficial respecto a la salud y la mortalidad materna y optando a su vez por uno u otro modelo a lo largo de su vida reproductiva como lo he señalado en otros textos.¹⁷⁰

Es claro también que el modelo médico hegemónico y su normatividad institucional han generado un proceso de mayor medicalización del embarazo respecto a décadas anteriores en todos los grupos de edad, pero sobre todo entre las mujeres jóvenes, impactando de manera diferenciada según la edad y experiencia reproductiva. Esta medicalización incluye un mayor uso de tecnologías en la detección de problemas de salud y la atención del embarazo, así como en la generalización de la noción de riesgo que comienza a ser asumida no sólo por el personal de salud sino por parteras, promotoras de salud y las propias mujeres indígenas.

Ello está asociada al incremento de cobertura y acciones de la SESAEG mediante APV y “Embarazo Saludable” pero también a una mayor circulación de discursos relacionados con la prevención de la mortalidad materna por distintas vías en la región, las acciones de formación

¹⁷⁰ En otro trabajo (Berrío, 2013) se analizaron con mayor amplitud las trayectorias reproductivas y las modificaciones en las prácticas de atención durante éstas y en un mismo proceso gestacional, desarrollando las formas en que se manifiesta dicho pluralismo.

de promotoras y parteras desde las organizaciones, las presiones desde la sociedad civil¹⁷¹ para la atención de esta problemática e iniciativas institucionales impulsadas desde la federación e implementadas en el Estado como las "Madrinas Obstétricas"¹⁷² y parteras profesionales entre otras. Lo anterior es relevante porque muestra que la popularización del discurso biomédico, no es responsabilidad únicamente del personal de salud, sino que éste circula de diversas maneras y con múltiples actores de todo tipo en las comunidades.

Lo cierto es que en la dinámica cotidiana de ambas comunidades, hay mucha cercanía de parte de las gestantes a los servicios de salud, independientemente de la edad. En general acuden a las charlas obligatorias de Oportunidades, pero también a las convocatorias diversas que se les hacen para asistir a reuniones relacionadas con su salud y es impactante observar en los recorridos realizados por varias comunidades con las promotoras de salud, la presencia masiva de mujeres embarazadas, sus familiares, mujeres no embarazadas, ancianas, etc.; aun cuando la reunión fuera anunciada para atender asuntos de salud durante el embarazo.

Estos espacios de participación comunitaria en salud son vistos por la SESAEG como una manera de acercar a las mujeres a los servicios de salud, quienes en últimas son concebidos como los responsables y autorizados para desarrollar acciones de atención. Sin embargo, al revisar las causas de exclusión en salud señaladas por la OPS encontramos dos directamente relacionadas con el tema en cuestión. La primera de ellas es "Barreras que impiden el acceso a las atenciones en salud", entre las cuales el tercer componente se refiere a barreras culturales y/o étnicas que derivan en autoexclusión y que se manifiestan particularmente en el hecho de que la atención de salud se entrega en un idioma o modalidad que no es comprendido por el usuario o que está en conflicto con su sistema de creencias (OPS, 2003:10).

Todas las intervenciones ofrecidas por el sector salud durante el embarazo, se realizan en castellano aunque la cuarta parte de los guerrerenses son indígenas y en las localidades analizadas esta proporción es superior al 70%. Encontramos entonces una gran saturación de los servicios de salud en el nivel primario, excesivas cargas de trabajo para los médicos y

¹⁷¹ Particularmente las organizaciones que hacen parte del Comité Promotor por una Maternidad Segura y la Salud de las Mujeres en Guerrero; así como el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México en el marco de las Reuniones Técnicas de Promoción de la Salud Materna, el Observatorio de Mortalidad Materna en México, la Coalición por la Salud de las Mujeres, entre otros.

¹⁷² Estrategia llevada a cabo por la SSA y la SESAEG en el municipio de Tlacoachistlahuaca desde 2010, la cual consiste en que otras mujeres indígenas, generalmente promotoras del Programa Oportunidades, "amadrinan" a una mujer embarazada y su labor es vigilarla de manera permanente, y detectar de forma oportuna indicios de alarma, complicaciones o embarazos de riesgos a fin de canalizarlos a las instancia de salud.

médicas responsables de la atención, lo cual ocasiona largos tiempos de espera, periodos de atención en la consulta de 15 minutos en promedio, por debajo de lo estipulado en los criterios de calidad de la SSA; consultas realizadas en una lengua distinta a la hablada por la mayoría de las gestantes y desconocimiento por parte del personal de salud, de otros padecimientos y síndromes de filiación cultural durante el embarazo, que las mujeres simplemente no llevan a ese espacio pues saben que serán objeto de descalificación o burla.

Esto nos remite a otra causa de exclusión en salud señalada por la OPS la cual habla de “Problemas relacionados con la calidad de los servicios otorgados que pueden, así como las variables étnicas, resultar en autoexclusión (:10). Allí se incluyen problemas relacionados con la calidad en el trato o discriminación en la atención. Igualmente nos muestra violaciones a la Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas donde se señala explícitamente *“el derecho de los pueblos indígenas al acceso sin discriminación alguna a todos los servicios de salud”* (DDPI, Art 24); así como a la Ley General de Salud en la cual se establece que *“los usuarios originarios de pueblos y comunidades indígenas, tendrán derecho a obtener información necesaria en su lengua”* (LGS, Art 51 Bis 1).

La existencia de intérpretes culturales y traductoras indígenas ha sido una demanda permanente de las comunidades. En 2011 por presión de las organizaciones de la sociedad civil, la Secretaría de la Mujer del Estado de Guerrero se comprometió a contratar dos traductoras indígenas en el Hospital Regional de Ometepec y posteriormente se amplía a diez en diversos hospitales de segundo nivel donde existe elevada población indígena. El papel de las mismas ha sido objeto de reconocimiento por parte de los directores del hospital de San Luis Acatlán y Ometepec pues constituye un apoyo central tanto para las mujeres como para el personal de salud que atiende en gineco obstetricia e incluso otras áreas. Sin embargo, su incorporación como parte del personal de la SESAEG sigue siendo un asunto irresuelto.

Tú te das cuenta con la traductora que llega ella y empieza a hablarle y me ha convencido a dos o tres para hacerse DIU, para OTB, simplemente por hablarles la lengua porque si le habla uno a lo mejor no le da el tono, la mirada, el que se sientan que están con alguien en quien pueden confiar y yo digo, ojalá tuviéramos mínimo alguien en la mañana y en la tarde porque sólo viene en la mañana ella me apoya el domingo porque tenemos el protocolo de investigación de ultrasonido y como vienen mujeres de la montaña ya ella habla con ellas y les explica lo de métodos de planificación familia y si de alguna manera ha repercutido un poco y

*ha sido muy bien recibida por el personal de salud; aparte de que tiene muchas disponibilidad, es una persona humilde, no es soberbia, es muy educada*¹⁷³.

*Yo creo que la primera (barrera) es la comunicación. Lógicamente al no entendernos ellos ni nosotros entenderlos se rompe algo. No hay la confianza para decir "oye, tengo esto o me duele esto". Y segundo el hecho de que el temor a lo desconocido, el "voy a entrar a un hospital a lo mejor me van a obligar a hacer algo que yo no quiero, porque no me entienden yo no entiendo" y yo creo que es eso el desconocimiento entre nosotros. Afortunadamente aquí hemos intentando solventar esto con traductoras y afortunadamente las tenemos en el turno matutino y en el vespertino, durante la jornada, y nada más nos faltan en el turno nocturno, tanto amuzga como Mixteca, es lo que tenemos. Y pues yo creo que es el temor natural que todos tenemos. No sé si ellos conozcan bien aquí a Ometepec o a la región, porque también hay un temor de a lo mejor voy a un lugar donde no conozco a nadie, voy porque estoy malo y aun así estando malo no me entienden allí, salgo y no conozco a nadie ¿qué voy a hacer yo por allá?, no sé, y es un temor más que nada a lo desconocido. Pero aquí la gente llega y si sabe que hay traductoras sí las aprovechan. Muchísimo, nos ha servido aquí porque nosotros mismos andamos corriendo buscándolas, y están ocupadas y hay que decirles oye sabes qué necesito que le digas esto y dime si acepta porque entonces no avanza pues el tratamiento pues ahí se queda estancado. Nos ha servido muchísimo ojalá y tuviéramos también para el turno nocturno*¹⁷⁴.

Se ha mejorado la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud pero se mantienen importantes barreras relacionadas con la calidad y aceptabilidad de los mismos, de tal manera que es necesario fortalecer esta perspectiva de derechos y pertinencia cultural en los servicios de salud ofertados a las mujeres indígenas gestantes en la Costa Chica de Guerrero.

A modo de conclusión

En este capítulo se abordaron cuatro ejes centrales: el significado social y el fuerte valor asignado a la maternidad en este contexto pues la normatividad comunitaria respecto a la reproducción establece que una vez se produce la unión se espera de inmediato un proceso de gestación que consolide la inserción de la mujer en la nueva red de relaciones familiares. La maternidad y la paternidad se constituyen en un imperativo social tan fuerte que define las

¹⁷³ Moisés Castro. Director del Hospital Básico Comunitario de San Luis Acatlán. Entrevista realizada el 16 de agosto de 2012.

¹⁷⁴ Dr. Manuel Campos. Director del Hospital Regional de Ometepec. Entrevista realizada el 15 de agosto de 2012.

decisiones de las mujeres y los hombres en torno a la reproducción, independientemente de su edad, grado de escolaridad e información sobre estos temas. Del mismo modo he mostrado como ésta constituye un tránsito fundamental en el proceso de alcanzar la adultez social y ello permite comprender el bajo uso de anticonceptivos en los primeros años de la unión. Igualmente, esta normatividad comunitaria se encarna en la red de parentesco la cual es central en el proceso de socialización de las mujeres y hombres a sus roles de género desde una perspectiva de convertirse en adultos, pero también define de manera central, las decisiones respecto a la atención y el curador al cual se acude durante el embarazo.

El segundo eje abordado se refiere a las recomendaciones y prácticas tradicionales de atención a la salud durante el embarazo. Se mostró a lo largo del texto cómo la maternidad desde la perspectiva tradicional es asumida como un proceso natural y parte de la vida cotidiana de las mujeres desde que se unen hasta unos diez o quince años después. De esta manera, no se piensa en general como una etapa que requiera una gran cantidad de cuidados especiales, cuando no se trata de la primera gesta.

Algunas de las recomendaciones tradicionales están en el ámbito de la alimentación en el sentido de comer frijol, quelites, yerba mora, tortillas y otros alimentos que contribuyan a prevenir la anemia o “la palidez”. Igualmente se sugiere mantener la actividad física asociada a las labores domésticas y al trabajo productivo y reproductivo relacionado con la crianza y el sostenimiento de los hogares. Estas labores se mantienen incluso hasta el momento del parto y se considera que son benéficas para garantizar un buen parto. Algunas actividades como cargar leña u objetos muy pesados, así como el tema de la violencia durante el embarazo, sí son consideradas poco adecuadas. En general los procesos de gestación, desde la perspectiva comunitaria, no implican para las mujeres una reducción en sus cargas de trabajo asociado a las labores genéricamente definidas en torno al hogar e incluso a la producción. No hay una mayor participación de otros integrantes de la familia en la distribución de estas tareas durante el embarazo como sí lo encontraremos en el puerperio.

El tercer eje desarrollado en el capítulo fue el de prácticas biomédicas para el cuidado de la salud durante el embarazo. El enfoque de riesgo sigue predominando en la región y de este modo el control prenatal se vuelve el espacio prioritario de intervención desde el sector salud; cada vez son más mujeres las que asisten al mismo durante el embarazo y realizan las actividades de detección y control señalados en los lineamientos de APV (exámenes de laboratorio, ultrasonidos, consulta mensual, entre otros). De esta manera observamos un

incremento en la presencia del sector salud, especialmente en este periodo y una mayor medicalización del proceso reproductivo. Ello va acompañado de un cambio y ampliación en los recursos de atención disponibles de tal manera que cada vez hay menos parteras tradicionales y más presencia de la Secretaría de Salud y sus discursos en torno a la salud materna, incluido el de riesgo obstétrico. Este, junto con el parto, es uno de los periodos donde mayor intervención existe por parte del sector salud respecto al cuerpo de las mujeres y ello es más claro entre las mujeres de menor edad cuya trayectoria reproductiva ha estado marcada por prácticas de atención biomédicas.

Se abordaron también algunos elementos del funcionamiento del sistema de salud en la prestación de servicios, evidenciando las dificultades del mismo para atender a las mujeres indígenas con pertinencia cultural. Esto nos lleva al cuarto eje abordado en el capítulo; el del pluralismo médico y el modo en que las mujeres transitan entre los dos sistemas de salud. En la actualidad en la Costa chica de Guerrero, existen claras estrategias de pluralismo médico en las prácticas de atención de la población durante los procesos de atención al embarazo. Sin embargo, ello no significa que las relaciones de subordinación de los sistemas médicos tradicionales indígenas respecto al modelo médico hegemónico se hayan transformado. Mucho menos podemos decir que existan, de manera intencionada, estrategias interculturales de atención a la salud materna. Si bien se observa una mayor hegemonía del modelo biomédico, entre las mujeres mayores y en aquellas de comunidades más alejadas de las cabeceras municipales, se mantienen con fuerza prácticas tradicionales de atención durante el embarazo.

Por otra parte, los procesos de participación social en salud y la construcción de estrategias de salud intercultural desde las propias organizaciones de mujeres indígenas, han permitido a las gestantes y sus familiares tener un espacio donde puedan ser atendidas durante el embarazo y el parto según la terapéutica tradicional. Sin embargo, estos modelos de atención intercultural a la salud materna desarrollados por las organizaciones a partir de su propia experiencia, no han sido recuperados por la SESAEG ni influido en posibles modificaciones en la forma de concebir el modelo monocultural en salud materna imperante.

CAPÍTULO 7

PRÁCTICAS DE ATENCIÓN DURANTE EL PARTO

En el capítulo anterior analizamos las dinámicas alrededor del embarazo, las prácticas de atención durante este periodo y el papel de las redes familiares en el mantenimiento y cuidado de la salud durante el mismo. Pudimos observar también el pluralismo médico existente entre las mujeres y el modo en que transitan entre los dos sistemas de salud.

En este capítulo examinaré de qué forma se manifiestan tales procesos durante el trabajo de parto, así como las decisiones y prácticas de atención asociadas a este evento, las cuales involucran las redes familiares y dentro de ellas a los varones, cuyo papel en el parto institucional se modifica respecto al que tiene en el parto tradicional. Igualmente, presentaré las dinámicas hospitalarias asociadas a eventos reproductivos que no siempre consideran los aspectos socioculturales asociados a este proceso; y por tanto desarrolla protocolos de atención similares, independientemente de la etnia y la edad de las involucradas. A lo largo del texto se abordarán las prácticas de atención durante el parto (tradicionales, biomédicas y de auto atención), así como el papel de la red familiar y social en relación con el cuidado de la salud durante este proceso.

7.1 Dinámicas asociadas a la toma de decisiones respecto al lugar de atención del parto

Las actuales prácticas de atención en el embarazo entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero están marcadas de modo general por un pluralismo médico, de tal manera que se utilizan los sistemas de salud biomédicos y locales de manera paralela y simultánea mezclando ambas lógicas de cuidado; tanto en las representaciones como en las prácticas concretas de atención.

Quienes optan por acudir con ambos curadores viven un proceso paralelo de cuidado durante la gestación, y al momento del parto es necesario elegir con quién atenderse y ello define el tipo de prácticas, discursos, cuidados y curadores con los cuales se viva esta etapa. Incluso en casos donde se acude con diversos curadores, aquel que atiende el proceso de expulsión y alumbramiento define el modo en que éste se desarrollará y se cierra la posibilidad de usar ambos sistemas médicos, al menos durante el parto y el puerperio mediato.

Tal como se mencionó en el capítulo cuatro, hay un marcado incremento del parto hospitalario en todo el país durante la última década alcanzando incluso porcentajes de atención institucional superiores al 95%, según los datos oficiales de la Enadid 2009¹⁷⁵. También mostré en ese mismo capítulo, que existe un claro predominio del parto hospitalario entre las mujeres jóvenes, mientras las mayores de 35 continúan prefiriendo la atención con partera o prácticas de auto atención a lo largo de su trayectoria reproductiva, si bien hay modificaciones en el último parto.

Tabla 1. Lugar donde se atendió el último parto por grupo de edad. Guerrero, 2008

Cuadro 17. Lugar donde se atendió el último parto por grupo de edad. Guerrero, 2008

Grupos de edad	Lugar donde se atendió el último parto			
	Casa de la mujer	Hospital de primer nivel	Hospital de segundo nivel	Otro hospital
15-24 años	6	5	16	2
	20.7%	17.2%	55.2%	6.9%
25-34 años	20	0	8	1
	69.0%	.0%	27.6%	3.4%
35-49 años	17	1	9	2
	58.6%	3.4%	31.0%	6.9%
Total	43	6	33	5
	49.4%	6.9%	37.9%	5.7%

Fuente: elaboración propia a partir de la encuesta reproductiva 2008

En el caso de Cuanacaxtitlán, la comunidad mixteca de San Luis Acatlán, hay una mayor proporción de parto en casa (63%), mientras las amuzgas de Huixtepec, Ometepec; mostraron prácticas de atención más marcadas por la biomedicina (66%). Uno de los factores claves que explica esta diferencia, es la cercanía con los hospitales en la zona amuzga, y la disminución de los recursos locales de atención en el caso de Huixtepec, donde el número de parteras activas se ha ido reduciendo de manera considerable.

¹⁷⁵ Los mismos señalan que el caso de zonas indígenas, 86.7% de las mujeres fueron atendidas por un médico o enfermera durante su último parto, y sólo reconocen un porcentaje de atención con parteras del 11.3% y 2.1% sola o con otra persona.

Por otra parte, al analizar la red de servicios disponibles podemos entender la ruta seguida y la proporción de partos según lugar de atención en cada una de estas comunidades. La ruta de atención seguida por las mujeres en Cuanacaxtitlán incluye el centro de salud, el hospital básico y posteriormente, el hospital de Ometepec cuando no existe capacidad resolutive en San Luis Acatlán. En Huixtepec por el contrario, este paso intermedio del hospital básico no existe y el centro de salud no atiende partos lo cual genera que prácticamente todos los partos de esta comunidad, incluso los eutócicos, son atendidos por el Hospital Regional de Ometepec.

Al analizar el desglose de preferencias en la atención del parto por grupo de edad, encontramos diferencias importantes pues, 80% de las mujeres de 15 a 24 años tuvieron su último parto en una institución de salud y 20% lo hicieron en casa. En contraste, el grupo intermedio se inclinó por atención en casa en un 63%. Entre las mujeres mayores de 35 encontramos que cuatro de cada diez lo tuvieron en una institución hospitalaria (Cuadro 17).

Esto nos lleva nuevamente a pensar las dinámicas asociadas a la toma de decisiones respecto a la atención del evento obstétrico y el modo en que se articulan edad, experiencia reproductiva y políticas públicas para configurar estas trayectorias de atención tan diversas por grupo de edad. Las mujeres jóvenes presentan elevados porcentajes de parto hospitalario porque están iniciando su vida reproductiva en un contexto de profunda institucionalización de la atención que termina naturalizándola. Las medianas y mayores se inclinan por parto en casa y han tenido una trayectoria marcada por la terapéutica tradicional o la autoatención. El 40% de ellas cuyo parto ha sido hospitalario nos podría estar mostrando posibles complicaciones que derivaron en canalizaciones, o bien que muchas están cerrando su ciclo reproductivo de manera voluntaria decidiendo mecanismos anticonceptivos permanentes, para lo cual requieren una intervención quirúrgica posterior a su último parto.

De otro lado, tanto jóvenes menores de 18 como mayores de 35 son consideradas sujetos prioritarios de atención desde la perspectiva biomédica de riesgo, en la cual entran la adolescentes, multigestas y “añosas” como se denomina al último grupo analizado. En ese sentido, sobre estos dos grupos se centran las estrategias de control prenatal y canalización al segundo nivel de atención, pues el personal de salud prefiere no correr riesgos y derivarlas, incluso si se trata de partos considerados normales o de bajo riesgo.

Ahora bien ¿cuáles son las razones que inciden en esta toma de decisión respecto al curador con el cual se acude durante el parto? Se cruzan varios elementos relacionados con la disponibilidad de recursos de atención presentes en la localidad, la continuidad con el curador

seleccionado en el control prenatal, la decisión de la suegra, los costos, la experiencia reproductiva de la mujer y los discursos institucionales hegemónicos en torno a la salud materna, entre otros.

Una importante diferencia generacional es la mayor disponibilidad de recursos de atención en la región, actualmente, lo cual incrementa el abanico de opciones posibles. Si consideramos que los centros de salud en estas dos comunidades fueron construidos en la década de los 80, y el hospital de Ometepec inaugurado en 1993, veremos que para varias de las mujeres mayores de 35 años el recurso de atención disponible se limitaba a la partera.

En contraste, las mujeres jóvenes han vivido sus procesos de parto en un contexto de incremento en las instancias de salud y de paulatina reducción de las parteras tradicionales. Por lo anterior, en las decisiones de atención de las jóvenes respecto al parto influyen de manera importante la disponibilidad de los recursos de atención al momento en que inicia el trabajo de parto, así como la capacidad resolutive de éstos y la decisión de sus familiares de alianza, particularmente la suegra. Para identificar cuáles son los factores y actores involucrados en la decisión de atención durante el parto revisaremos las trayectorias de atención que nos aparecen en la región.

La mirada diacrónica: trayectorias de atención en el contexto de las trayectorias reproductivas

Las trayectorias de atención nos remiten a los itinerarios realizados por la mujer y su familia entre uno o más sistemas de salud en busca de atención durante las tres etapas que componen el proceso reproductivo (embarazo, parto y puerperio). Estas pueden modificarse durante un mismo embarazo o bien, entre las diferentes gestas de la mujer a lo largo de su trayectoria reproductiva.

Al esquematizar entonces las trayectorias de atención de las mujeres entrevistadas, encontramos tres posibilidades asociadas también a los grupos de edad:

Grupo 1: trayectoria de mujeres mayores caracterizada por terapéutica tradicional y/o auto atención durante el embarazo-parto y puerperio. Es el grupo mayoritario con 18 amuzgas y 18 mixtecas quienes han tenido todas sus gestas atendidas exclusivamente por parteras durante el embarazo y el parto, los cuales fueron normales en general, aunque algunas enfrentaron complicaciones que debieron sortear solas. Generalmente tuvieron sus primeros hijos con la partera y acompañada de sus familiares, y posteriormente siguieron teniéndolos de esa manera; o bien, al incrementarse su experiencia reproductiva, optaron por tenerlos con sus

esposos o solas en algunos de los nacimientos. El número de gestas en este grupo es alto, alrededor de cuatro a siete hijos. Aunque sus prácticas implican la utilización de recursos locales, sus representaciones muestran transformaciones, pues varias señalan que es mejor ahora porque las mujeres pueden tener más ayuda si algo se complica. También encontramos en este grupo algunas, especialmente de mayor edad, que cuestionan a las jóvenes por considerar que no tienen suficiente valor o fuerza para tenerlos por ellas mismas. En este grupo de mujeres que han atendido todos sus partos con parteras, se ubican diez de las citadas en el texto, tal como se observa en el cuadro resumen de formas de atención al parto.

Grupo 2: trayectoria de mujeres de mediana edad con atención caracterizada por el pluralismo médico. Ellas han acudido a diversos curadores a lo largo de sus gestas, 14 amuzgas y 15 mixtecas. Se incluyen aquí aquellas que han tenido todos sus embarazos y partos con partera, excepto el último. En general este grupo está conformado por mujeres de mediana edad, con un número de gestas que oscila entre tres y cinco. Con residencia propia luego de haber vivido con sus familiares de alianza durante un tiempo, y varias de ellas con experiencia migratoria, lo cual influye en la búsqueda de atención biomédica. De las entrevistadas se incluye aquí a ocho mujeres.

Grupo 3: trayectoria de mujeres jóvenes caracterizada por la biomedicina exclusivamente. Son las mujeres más jóvenes. 12 mixtecas y 13 amuzgas, quienes han tenido todos sus hijos con personal de salud en instituciones hospitalarias de primer y segundo nivel en la región o bien por fuera, en el Distrito Federal, el norte de la república o Estados Unidos. Son mujeres que se integran a la unidad doméstica de los suegros, con poca experiencia reproductiva, mayor conocimiento del discurso biomédico en torno a la salud, reducción de la oferta de recursos tradicionales y/o desvalorización de éstos en el discurso institucional. Las más jóvenes de las incorporadas en el cuadro, nos dan cuenta de este tipo de atención

Cuadro 18. Resumen tipo de atención durante embarazo y parto mujeres citadas en el texto¹⁷⁶

¹⁷⁶ Codificación de colores: Naranja: atención exclusivamente con parteras. Verde: atención con ambos. Azul: atención exclusivamente biomédica.

Nombre	Edad actual	No de gestas	Curador principal usado durante embarazos	Lugar principal de atención de partos	Tipo de parto
Nicolasa	70	12	Partera/sola	Casa	Partos vaginales 6 hijos vivos, 6 abortos.
Hermelinda	65	14	Partera/sola	Casa	Parto vaginales , tres abortos, un hijo fallecido.
Asunción	54	3	Partera (1)/ Sola (1)/Médico (1)	Casa/centro salud	Partos vaginales
Sofía	47	3	Partera (2)/ Médico (1)	Casa/Hospital privado	Partos vaginales
Enemesia	47	14	Partera / sola / Médico (1)	Casa	Partos vaginales, cuatro abortos
Celerina	47	9	Partera	Casa	Partos vaginales
Apolonia	37	5	Partera	Casa	Partos vaginales(4) , una pérdida en el parto.
Adelaida	37	6	Partera	Casa	Partos vaginales
Enedina	37	11	Partera/sola (1)	Casa	Partos vaginales
Natividad	32	4	Médico	Hospital	Partos vaginales
Rosa González	28	4	Sola (3)/ Médico (1)	Casa/Hospital	Partos vaginales
Emperatriz	26	4	Enfermera (1)/ Médico (3)	Casa/consultorio privado	Partos vaginales . Un infante fallecido a los seis meses.
Liliana	26	6	Partera (2)/ Médico (4)	Casa/hospital	Partos vaginales (3) ,abortos (2), 1 cesárea.
Lucia	26	4	Partera	Casa	Partos vaginales , un aborto.
Alma Delia	23	2	Médico	Hospital regional	Partos vaginales
Alicia	23	3	Partera (1)/ Médico (2)	Hospital regional	Parto vaginal (1), cesáreas(2).
Anais "Cheli"	23	1	Médico	Hospital regional	Cesárea
Lourdes	22	1	Partera y médico	Hospital privado	Parto vaginal
Edelmira	20	3	Partera y médico	Casa	Partos vaginales
Gabriela	20	1	Médico	Hospital E.U	Parto vaginal
Ivone	18	1	Médico	Hospital regional	Parto vaginal
Concepción "Concha"	18	0	NA	NA	NA
Ana Iris	15	1	Partera y médico	Hospital básico San Luis	Parto vaginal

Los siguientes relatos de algunas mujeres seleccionadas, permiten ver estas diferentes trayectorias.

7.2 Prácticas de atención tradicionales

Cuando pensamos en las prácticas de atención al parto es necesario decir que el primero es el más recordado. La experimentación en el cuerpo de una vivencia totalmente novedosa e intensa para la cual no se cuenta con mayor información previa que permita comprender lo que sucede, coloca a las mujeres en una situación de aprendizaje a través de la propia experiencia corporal. Ésta sin duda, deja una huella profunda que permite recordarla con gran precisión. A nivel de las prácticas encontramos significativas diferencias entre el modelo de salud indígena y el modelo médico hegemónico. A continuación analizaremos cuáles son las prácticas tradicionales de atención durante el proceso de nacimiento.

Doña Nicolasa es amuzga de Huixtepec y tenía 70 años al momento de las entrevistas y es una mujer menuda, de cuerpo fuerte y entre las arrugas de su rostro se distingue una sonrisa alegre. Siempre está vestida con su traje amuzgo. Doce veces la vida ha pasado por su vientre y en la mitad de esas ocasiones se ha escapado antes de llegar a buen término. “Son muchos difuntitos” dice...Después de tantas pérdidas ya sólo se recuerdan los vivos y cuesta trabajo rememorar en qué lugar iban los que fallecieron y las circunstancias o tiempos en que ocurrió. Todos nacieron con partera o ella misma se atendió; no había otra opción en su época. Su etapa reproductiva comenzó a los 17 y terminó a los 38. Durante dos décadas, cumplió parte de sus roles de género embarazándose una y otra vez aunque no se logaran. Nunca contó con apoyo de ningún médico o centro de salud pues no existían y en varias ocasiones sufrió severas complicaciones durante sus partos. Entre ella, las parteras y vecinas, lograron resolverlas.

Todos mis hijos los tuve yo en la casa, yo ningún hijo fui al doctor. Solita, del papá de mecha tuve tres, se murió un niño, nomás quedaron dos. Y con ese señor tuve yo diez, se murieron seis, quedaron cuatro. Tres hombres, tres mujeres.

Los niños se murieron después que ya habían nacido, así no más. Un nació bien y luego se murió. Recién nacido. Otros se murieron, yo creo que porqué nacieron de pie. Que les faltó fuerza. Yo creo. Se murieron recién nacidos, Tres de aborto, de seis meses. Cuando yo los tuve a ellos me agarró el dolor como de parto. Como ya estaban grandes ellos. Nadie me ayudó, así sin partera. Así nomás porque Dios es grande.

En ese tiempo no había médicos. Ahora la gente muere, pero por falta de dinero. Va a

Ometepec. Yo estuve botada, ya con los labios ni lo sentía. Cuando llegó la señora, la partera me dijo: No sea cobarde hija, tú no vas a morir. Sólo metió las manos, rompió la bolsa y nació el niño. Después me daba té canela.

Mi marido pues él se enojaba un poco porque no estaban los niños. No decía nada. Pero peleaba cuando estaba borracho pero en el momento de los partos estaba yo solita en el momento de los partos, allá en el monte porque allá vivimos allá. Abajo allá donde está el puente en Santa Catarina. Por allá vivimos. Ahora está solo, ya vendió terrenos. Allá vivimos mucho tiempo. Allá crie mis hijos. Mi marido quería que luego me levantara yo a atenderlo, si yo me aliviaba temprano, en la tarde ya estaba pidiendo tortillas. Cambiante, lava tus manos, tú vas a hacer tortillas. Luego hacia yo tortillas, aunque sea sentada.¹⁷⁷

Antelma Díaz Barragán es mixteca de Cuanacaxtitlán, tiene casi cuarenta años, es casada por lo civil, tiene cinco hijos, el mayor de los cuales vive en Estados Unidos y lo tuvo a mediados de los años 80; los otros cuatro están estudiando, uno la carrera, y otro la preparatoria por lo que ya no residen con ella. Vive en su casa propia con su marido y los dos hijos más pequeños quienes están en la secundaria y la primaria. Ella terminó la primaria y hablaba las dos lenguas: mixteco y español. Tiene Oportunidades y se dedica a las labores del hogar. No ha tenido ninguna complicación ni aborto en su historia reproductiva y todos los hijos han nacido con partera en su comunidad.

Creo que ya tenía catorce años cuando me vino mi regla y a los diecisiete me casé. Con mis suegros vivimos como dos años y medio, ya después... nos vinimos nosotros para acá. Casi me embaracé como a los tres meses de casarme. Cuando me embaracé de mi primer hijo tenía 17. Cuando estaba embarazada me revisé con partera, una señora que..., ya murió, una partera que ayudaba a muchas señoras.

Mi parto no fue complicado, mi hijo fue sietemesino, mi hijo el mayor sí... pus si nació... yo digo que nació bien. Cuando nació mi primer niño así nomás me empezaron los dolores y como era muy chamaca, pues este le dije a mi marido, oye Rigo me duele mucho la panza, no sé qué tengo?... y mi suegra pa acabarla... como ellos eran cañeros estaban en el campo y yo dormía sola ahí en la casa con mi marido nada mas,... pues digo yo no sabía qué era... y fui a la casa de mi mamá y decía mi mamá, oye hija no se como que estas mal, no se... le decía yo... como que no podía dormir, como a las cinco de la mañana me empezó un dolor, no sé que tengo según ustedes es a los nueve meses, yo apenas siete que son, siete meses ya cumplidos le digo yo. No

¹⁷⁷ Nicolasa Pablo Santiago. Amuzga. Huixtepec. Entrevista realizada el 22 de julio de 2008

se hija te ves mal me dice. Así pues, ya era la hora de la cena; de casa de mi mamá fui a bañar, lave todavía la poquita de ropa, regresé a mi casa. Ya en la mañana pues fui a ver a la partera le dije que me sentía yo mal “Ay muchacha no has venido que yo te revise y es que tu suegra ya tiene como quince días que me vino a hablar a que yo te revisara... pero no has venido”. “Es que no he tenido tiempo y es que como ahorita me duele pues corrí para acá”-le dije- ah entonces te voy a revisar acuéstate... me dice. Y ya empezó a revisar ahí, dice... pero quizás te va a salir antes.

Ya como a las seis de la mañana me sentía bien mal, ya entonces mandé a traer a mi mamá, le dije: “me siento mal”. “Voy entonces a avisarle a la señora” dijo mi mamá. Ya cuando mi suegra regresó, ya había gente ahí, yo me había limpiado, ya había nacido mi bebé antes de tiempo y mi suegra se enojó mucho porque llegó a los siete meses, “no ha de ser mi nieto” dijo. Así como yo era muy joven pues tan ignorante diría yo, así que a mi niño lo sacó a los tres días (al sol), lo sacó afuera para reconocer si realmente era el nieto... sí así hizo mi suegra.

Con el segundo me embaracé a los veinte, ese también fue con partera, fue parto normal, en la casa. Y luego el tercero también, del tercero sí estuve controlando unos pocos meses, o sea estuve tomando pastillas y a los cuatro años de mi hijo (el segundo) nació el niño que yo llamo yo Ezequiel también con partera. Y, al siguiente, ahí fue más rápido porque ni yo misma me di cuenta, que me embaracé... mi hijo iba a cumplir dos años el veinte de diciembre y el otro niño nacía el diecinueve de diciembre; un día antes para los dos años, así que esos niños están igualitos, menos de dos año se llevan y luego a los tres nació mi hija.

Pues fíjese yo le voy a decir la verdad, es que soy un poco terca pues, a los cuatro meses o a los cinco meses de mi última hija es que fui con la partera, de mi hijo Efraín fue a los siete meses, soy bien necia, es que no sé; siento que me da pena y voy con mi panzota bien grandota y digo ¡ay no! No se pues, me sentía yo así con mi panzota como que me da pena y que bueno que gracias a Dios todos mis hijos nacieron normal, ni uno vino parado, ni sentado ni nada, yo diría que eso sería bien, porque no fue complicado, pero hay algunas muchachas ahora que yo veo que... ya no, no a veces dicen que vienen las criaturas atravesadas otros vienen sentadas otros parados. ¡Gracias a Dios todos mis hijos con partera y todos bien!¹⁷⁸

Pese a la diferencia de edad, ambas comparten algunos elementos en común: los recursos principales de atención eran las parteras y en el caso de doña Nicolasa, el único disponible en

¹⁷⁸ Antelma Díaz Barragán. 39 años. Mixteca. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada el 19 de diciembre de 2008.

ese momento. La decisión la toman ellas, sus familiares o simplemente las circunstancias al no existir otra opción. Hay un reconocimiento al trabajo de la partera en ayudarlas a resolver ese momento, y una religiosidad subyacente en tanto se adjudica a Dios la satisfactoria resolución del evento obstétrico. Los aprendizajes se construyen a partir de la experiencia vivida, no existía información previa que permitiera saber cómo sería el proceso de parto y por tanto reconocer sus señales o identificar riesgos. Ellas aprendieron a parir, haciéndolo, con el apoyo de madres, suegras, vecinas y parteras, quienes juegan el papel de acompañantes pero también de consejeras y guías. Es un saber construido desde el cuerpo y la experiencia vivida, más que mediante el acceso a información previa. Los recursos con los cuales se cuenta para hacer frente a esta experiencia vienen de las mujeres y su círculo cercano, no están mediados por procedimientos tecnológicos, sino por los saberes locales que son fundamentales para llevar a buen término, tales procesos, incluso cuando implican procesos de aborto u óbitos.

El parto tradicional es un momento de gran importancia para la mujer y su familia en tanto ritual que concreta la llegada de un nuevo ser. Se inscribe en una serie de elementos que hacen parte de los sistemas de salud indígena, como son la relación frío-caliente, la incorporación de la religiosidad como elemento de protección y ayuda, materializado en un complejo y diverso sistema de rezos que mezcla religiosidad católica con elementos indígenas de gran eficacia simbólica, en tanto hace parte de un sistema de creencias compartidas por la parturienta, los curadores (en este caso parteras) y los familiares.

Por otra parte, la casa se convierte en el espacio simbólico donde la vida nace y eso implica procesos de reproducción física y social que son vividos de manera colectiva, con la participación de personas significativas para la parturienta, su esposo, su suegra, su mamá. El número y tipo de personas que directamente están presentes durante el trabajo de parto, es definido por la mujer, especialmente cuando se encuentra cerca de su fase expulsiva. La posición para el alumbramiento es escogida por la misma mujer según lo que su cuerpo le va indicando, lo que le genera mayor comodidad o facilidad y del mismo modo ocurre con la posición adoptada por el varón en ese momento como actor central del proceso. Su función es sostenerla, bien sea de frente, de espalda, sentado mientras ella se hinca, de pie sosteniéndola o ejerciendo presión sobre el vientre, calentando el espacio o sosteniendo la cobija al igual que las suegras y madres. Siempre siguiendo las indicaciones de la mujer y de la partera.

Al iniciar el trabajo de parto, cuando se tiene certeza que ya está pronto el momento expulsivo, es muy importante garantizar una temperatura tanto ambiental como corporal, que contribuya a generar las condiciones para la dilatación. Es por ello que el trabajo se inicia

dando a la parturienta un té de hierbas calientes que ayude a calentar el cuerpo y provocar las contracciones. Aunque en la región no es tan utilizada, como por las parteras de Chiapas, algunas de ellas con acceso a información del sector salud y a los medicamentos en la farmacia, utilizan oxitocina para provocar las dilataciones, mediante inyecciones que se venden libremente y se utilizan en caso de partos demorados, con el total rechazo del personal de salud a estas prácticas. Otra forma de calentar el cuerpo es mediante una bebida caliente de chocolate y comino.

Posteriormente, una vez inicia el alumbramiento, la mujer es ayudada a sostenerse por alguien más para mantenerse en la posición de cuclillas. Normalmente quienes intervienen en este proceso son la mamá y/o la pareja sosteniéndola, además de la partera dando las indicaciones. Una vez nace el bebé la partera lo recoge, lo limpia y se lo pasa a la madre mientras esperan que caiga la placenta lo cual acontece con bastante facilidad según sus relatos. En caso de demora, la solución utilizada en toda la región es meterle la punta de la trenza en su boca a fin de provocar un movimiento fuerte como de ganas de vomitar, el cual favorece la expulsión de la placenta. Enemesia narra cómo es ese proceso entre las amuzgas, desde el momento del parto hasta el entierro de la placenta y los primeros cuidados del niño.

Pues aquí en la medicina tradicional se acostumbra darle el tecito de cerezo, para que ella caliente más rápido su cuerpo y sea más rápido el parto. Es la costumbre que tienen las parteras. Se le da el tecito de manzanilla, el té de yerbabuena, o el té de cerezo cuando el dolor no apura. Dicen ellas que es para que caliente el cuerpo, es una forma de calentamiento.

Y ya en el momento del parto la prepara la partera. Le tiene su nylon, le tiene su trapo para que ella y el bebé no se lastimen. Entonces aquí como tenemos la costumbre de hincarnos entonces la partera se pone detrás de ella esperando que el bebé nazca.

Imagen 7. Partera tradicional atendiendo un parto con ayuda del esposo de la gestante. San Luis Acatlán, Guerrero, 2012



Foto: Cortesía Casa de la Mujer Indígena Nellys Palomo. San Luis Acatlán, Guerrero.

En el momento en que el bebé nazca la partera lo recibe con cuidado para acostarlo y esperar a que la placenta nazca. Entonces hincada es la manera. Ha habido casos en que las señoras van atender sus bebés y hacen mucha fuerza antes de tiempo, entonces en el momento del parto, cuando ya de verdad se acerca el bebé, ahí es donde vienen las complicaciones porque ellas está muy cansadas. Entonces la partera lo que hace es acostarla, para que no se le cansen mucho sus pies, porque de hecho se le hinchan. Entonces lo que hace la partera es acostarla para que pueda nacer su bebé bien.

Pero mientras que no le dan los dolores fuertes no, pero cuando llegan los dolores fuertes ella tiene que abrirse. Pero hasta una cierta medida, pero lo que dice la partera es que si ella se agacha mucho se abre demasiado. Entonces cuando nace el bebé, lo que hace la partera es unir las piernas rápido, para que no se abra. Y esperar a que venga la placenta. Y así hincada alguien la agarra, hay muchas mujeres que no se presta a que nadie las agarre. Pero hay otros que se agarran de la cama y otras que si se abrazan del marido, él les ayuda. Les ayuda el esposo. Está la partera, la mamá, la suegra y el marido; no más. Entonces después de que nace el bebé, la agarran y le cierran las piernas.

Entonces ya la partera busca la tela, porque nosotros tenemos aquí la costumbre de amarrarlas

de la cintura. Ya la amarran de la cintura, la cambia si ella se ensució, le pone ropa limpia y le pone ya el trapo que ella vaya a utilizar. Para que no se moje toda su ropa por el sangrado. Porque ya es tela que no se usa, ahora han dado instrucciones los médicos que la tela no se lave, porque anteriormente las parteras usaban y buscaban el modo de lavarlos. Ahora solamente se quema. Ahora las cuatro parteras de la comunidad lo queman.

Para que salga la placenta es que le ponen un té de manzanilla, o le dan a beber un bote chico de aceite de oliva. La costumbre que tenemos nosotros aquí es que si la partera ve que la placenta no nace, agarra frijol negro y sal en las dos manos. Es una creencia que tenemos, quiere ponerle frijol y sal nace la placenta. Entonces ya agarra en su puño eso y le agarran el cabello y le meten el cabello a la boca, y le hacen cosquillas, y con la fuerza que hace ella para vomitar entonces nace la placenta.

Imagen 8. Partera tradicional y marido recibiendo el bebé y esperando salida de la placenta. San Luis Acatlán, Guerrero, 2012



Foto: Cortesía Casa de la Mujer Indígena Nellys Palomo. San Luis Acatlán, Guerrero.

Una diferencia entre el sistema de salud tradicional y biomédico es la restricción para elegir en las unidades de salud, especialmente hospitales, la posición durante el parto y contar con la compañía de familiares o parteras, lo cual es marcado por las mujeres como uno de los asuntos que más les gustaría poder modificar, por las implicaciones que tiene en términos de aumentar la dificultad y el tiempo de expulsión, así como la vergüenza que implica la desnudez durante ese momento, las molestias frente a las continuas revisiones por parte del personal de salud, la frialdad y excesiva luminosidad de la sala de expulsión cuando el parto es

considerado un momento caliente en el cual, incluso en esa región con 35 grados centígrados de temperatura promedio, las mujeres utilizan unas cobijas sobre su cuerpo mientras expulsan, para generar mayor calor y acelerar el proceso; misma función que cumplen los té de hierbas tradicionales.

La prohibición de ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto y en el puerperio inmediato, o bien, la oferta de alimentos considerados poco adecuados debido a su carácter frío, son también reseñados por las mujeres como motivo de malestar frente al tipo de prácticas desarrolladas institucionalmente. Finalmente, otra diferencia a la cual se le asigna gran importancia en las valoraciones que ellas hacen de la atención hospitalaria, es el tipo de trato recibido por parte de los prestadores, el cual califican como frío, discriminatorio, con claras situaciones de maltrato, violencia obstétrica y violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos, las cuales llevan implícitas relaciones de poder y subordinación por parte del saber médico.

Complicaciones al momento del parto por transgresiones culturales

Existen ciertas estrategias para garantizar el orden social comunitario y el papel de cada integrante dentro de la familia, las cuales impactan también en el ámbito de la salud. Algunas complicaciones durante el parto, como demora excesiva en el trabajo del mismo o dificultad para el alumbramiento, aunque el bebé esté en posición, son atribuidas a transgresiones del orden cultural como faltarle el respeto a la mamá o ser rebelde con los padres. En estos casos es necesario que la agraviada le pegue a la hija en trabajo de parto para que el bebé “se despegue”. La ausencia de conocimiento para identificar señales de complicaciones severas en el parto, como preclampsia, hacen que éstas sean incluidas en la misma categoría de transgresión y por tanto merezcan un tratamiento tradicional que no siempre puede ser el más indicado, como en el caso de una mujer amuzga de 50 años, quien al conversar conmigo y su nuera, nos narró la experiencia de su primer embarazo.

Esta mujer mayor tenía 14 años cuando este ocurrió y en el momento del parto comenzó a convulsionar; estaba muy hinchada de los pies y sentía que se le entumía, hasta se le reventó la piel de lo hinchada que estaba pero aun así, sus suegros la llevaron a desgranar en el campo. Al regresar inició el trabajo de parto y comenzó a convulsionar. Al ver la situación asumieron que la causa era la desobediencia a los padres de tal modo que su mamá la golpeó; luego su hermano con mecate y con huarache. *“Cuando uno le da mucha lata a los papás dicen que vas a sufrir en el parto y por eso le pegan en el momento del parto, para que ya pueda nacer”, me*

*dice. Su esposo no estaba en ese momento, se había ido al campo y aunque vivía con su suegra ella no dijo nada, fueron sus hermanos y su mamá quienes se hicieron cargo apelando a los golpes. "Al final nació mi bebé pero todo mi cuerpo me dolía, ¡todo! Ya ni supe cómo nació mi bebé."*¹⁷⁹

Enemesia por su parte relata una situación similar:

Fíjate que cuando nació mi hija Erika él se espantó mucho porque yo ya tenía dos días y dos noches con mucho dolor y no me podía aliviar. Y no teníamos dinero para que yo fuera con el doctor. Y aquella en el momento que estaba mi bebé para nacer, siento yo, en el desespero se sale y va a buscar al doctor. Viene mi mamá y me dice ay hija ¿por qué no puede nacer tu bebé? Entonces agarra mi mamá y buscó huarache viejo de él y me pega así tun tun tres veces acá en la cadera. Dice: tu bebé tiene que nacer. Si Dios le está dando. Mi mamá no sabía por qué sería tan complicada ni por donde me sostuvieron y en es desespero él se fue buscar el doctor. Y fue y no encontró al doctor y cuando ya se regresó, ya yo me había aliviado. Ya mi mamá le había trozado el cordón umbilical a la niña.

*Mi mamá me pegó con el huarache para que naciera mi nena. Para que despegue, esa es la creencia. Por la creencia. Tal vez yo le falté respeto a mi mamá, y eso es lo que está haciendo que se demore el parto. Entonces ella es la que me puede quitar esa mala energía y me tiene que pegar. Y así que mi mamá me tuvo que pegar tres huarachazos para que mi bebé tuviera que nacer. Y no se sabe si creencia o verdad, pero apenas me pegó mi bebé nació. Mi mamá de pegar tres huarachazos en la cadera, me sostiene y nace mi bebé. Si así pasó. Cuando ya llegó mi esposo, ya había nacido la niña. Y mira que ahí también entra la discriminación, porque en el momento en que él entra, va y le pregunta mi mamá: suegra ¿qué fue? Una niña. Ah otra vez niña, yo quería un niño.*¹⁸⁰

Detrás de estas prácticas tradicionales, aparentemente enmarcada en el ámbito de la salud, podemos ver roles de género y generacionales en acción, relaciones de poder marcadas por el uso de la violencia socialmente legitimada e incluso justificada tanto por razones de salud (agilizar el nacimiento), como de tipo normativo respecto al comportamiento esperado entre padres e hijos, especialmente de las hijas mujeres, asociado al respeto y la sumisión. La transgresión de los comportamientos de género es castigada a través de un proceso totalmente asociado a lo femenino, como es la reproducción.

¹⁷⁹ Diario de campo, noviembre 20 de 2010.

¹⁸⁰ Enemesia Morales. Huixtepec. Entrevista realizada en diciembre de 2008.

La resolución del parto no depende entonces exclusivamente de las circunstancias existentes en ese momento, de los recursos de atención disponibles, del trabajo de parto realizado por la propia mujer o de la orientación del curador a cargo, sino también de los significados culturales atribuidos a ciertos hechos, que explican las razones del padecimiento desde el propio sistema de pensamiento, y en ese marco construyen las alternativas para su resolución. Ello nos plantea un reto dialógico desde la perspectiva de interculturalidad, respecto a cómo resolver esa sutil frontera entre las explicaciones socioculturales, la identificación de situaciones de riesgo o emergencias, y el retardo en la búsqueda de atención.

El caso de Apolonia nos revela estas alternativas tradicionales de atención frente a una emergencia obstétrica, en un caso caracterizado por la comunidad como de brujería. Ella es mixteca de Buenavista, municipio de San Luis Acatlán y al momento de la entrevista tenía 38 años. A los 15 años tuvo su primer embarazo, es decir, este ocurrió en 1988 cuando el transporte de su comunidad a la cabecera municipal de San Luis Acatlán sólo salía dos veces a la semana y el centro de salud aún no existía. Al momento del primer parto le comenzaron unas convulsiones por brujería y perdió completamente el sentido durante ocho días. El proceso curativo estuvo en todo momento en manos de médicos tradicionales, como lo señaló en su narración, donde se mezclaron los ámbitos estrictamente curativos con los complejos procesos al interior de la familia relacionados con las decisiones de los mayores sobre la vida conyugal y reproductiva de la joven pareja.

Yo estaba ya a la hora del parto pero no podía porque me agarró fuerte el ataque y empecé a decirle a mi mamá: ¡ahora si no voy a aguantar, me voy a morir pero por tu culpa, porque querías comer toro, querías tomar cerveza! Y ahí fue donde él (su marido) se apenó y me dio un manazo pero no me dí cuenta porque yo perdí el sentido y había muchísima gente que llegaron pero cómo me iban a sacar si en esa época no había carro.

Y se armó un gran problemón, mi hermano el menor empezó a decir que si se muere ella es por su culpa (de mi hermana) y por culpa de mi mamá (por casarme muy chamaca). El empezó a discutir con mi hermana la mayor, si se muere ella es por tu culpa, si se muere ella la van a comer, la mitad va a comer tu y la mitad mi mamá. Hasta todos mis huesos sonaban de cómo me retorció, me comí toda la boca, vomité sangre. Luego, luego de que me agarró el dolor de parto perdí todo el sentido, perdí mi pensamiento. A mí me dijeron que sí hable tanto con mi mamá y con mi esposo, no tanto con él sino con mi mamá. Me desquité, ellos dicen que yo me estaba haciendo pero de verdad no era yo, perdí el sentido, ya no era parto normal sino que

era ataque lo que me agarró. Por eso yo hablé eso con mi mamá y se sintió mal así que ya nadie que se me acercaba, mi mamá, mi esposo, a quien se me acercaba todo lo mordía porque no quería que se me acercaran, tenía como rabia. Mis suegros me decían: “no hagas eso, haga fuerzas, échale ganas pa’ que el bebé nazca, no es pa’ que te tuerzas”. Él (mi esposo) estaba espantoso y corajudo [asustado y molesto] porque todo lo que yo le estaba reclamando a mi mamá, pues se sintió apenado y desde entonces él se sintió muy mal.

Ya pasó todo eso pero vas a ver lo que pasó: ya muchísima gente había, llegaban con huevo, con aguardiente, llena la bandeja de huevos que trajeron dice, no ¿ora como hacemos para llevarla? Ni mi suegra (que es partera) no me podía porque el bebé no estaba ni afuera, estaba aquí adentro, si el niño estuviera colgado pues a la mejor ella lo hubiera podido acomodar y tocarlo porque ella le puede cuando ya esta fuera la manita o el pie. Y así llegó un señor y dice: “vayan allá a la casa de fulanito que llegaron dos señores de por allá de San Miguel, de Mixtecapa, esos señores saben curar, saben curar de la maldad. A ella le echaron maldad, no es su parto normal. A ella le echaron maldad”.

Así que fueron a traer esos señores que sabían curar. Tú sabes cómo es la costumbre de la gente mixteca. Entonces los fueron a traer y cuando llegaron esa gente y vieron como me estaba dando el ataque así de boca atrás entonces se espantaron y dijeron: “no, no le vamos a poder, esta es una enfermedad grave para ella, esa no es natural de un parto, a esa le echaron brujo”. Entonces ellos no quisieron meterse y le empezaron toda la gente que estaba ahí de la familia, lleno pues, parecía una fiesta. Empezaron a decir: “No, no haga eso, hagan el intento, quizás la pueden salvar y si ustedes hacen el intento y no funciona pues por lo menos ya hicieron el intento, valga lo que valga nosotros queremos que le hagan el intento porque la está pasando mal”. Ya tenía yo tres días.

Entonces sí, dice así que lo rogaron a los señores y se pusieron a rezar. Agarraron una jícara de huevo y me la pusieron así en la cabeza, primero sacaron pregunta de que era. “No –dice- a esta mujer le echaron maldad, quieren que ella se muera, si ustedes no hubieran encontrado a nosotros esta mujer se muere, había otra gente que quería que muriera, otras mujeres. ¡Si hubieran esperado más se muere!”. Ellos se pararon donde me tenían hincada y me pusieron la jícara de huevo en la cabeza y empezaron a rezar a rezar así ellos saben y después que acabaron de rezar de limpiarme con ese huevo entonces lo pusieron a un lado y empezaron a sacar preguntas. “No –dicen-, el que le echó brujo en su casa lo tienen enterrada la maldad”.

Entonces ¿por qué no nos hace el favor de sacarlo? Pero como lo vamos a sacar cómo vamos a ir a su casa no podemos”.

Entonces esos señores que vinieron de Miguelito desde la esquina de la casa de mi suegra ahí se pararon y no sé que tanto hicieron que se pusieron a llamarlo a llamarlo hasta que llegó esa cosa, pero llegó una mujer embarazada así chingona con la barriga, así, así, formada como una mujer llegó el muñequito y ya lo jalaron, otro, no sé qué tantas pendejadas jalaron, de ese que jalaron pusieron presentes allí en la orilla de la cama donde yo estaba y mataron una gallina nomás y me limpiaron, me limpiaron, me limpiaron me soplaron con mucho aguardiente.

Hasta entonces nació el bebé. Dice, sí va a nacer el bebé pero ya no va a estar vivo, nomás que ya está muerto. “No le hace, aunque murió el bebé pero con que se salve ella le dijeron mis familiares”. Sí, sí va a nacer, no se espante, en unas dos, tres horas va a nacer. Y sí pues nació el bebé muerto, era un hombrecito. Pero cuando nació el bebé ahí ya me curaron más y le pagaron y se fueron ellos. Pero si no hubiera sido por ellos ahorita estaría yo dentro de la tierra, ahorita no anduviera aquí.

No duró nada todo eso; luego, luego que llegaron se me fue el ataque porque me agarraba, me agarraba y cuando me agarraba hasta los ojos se me volteaban pa’ arriba, blancos quedaban mis ojos pero cuando ya ellos llegaron y me curaron, me limpiaron a la hora o a la hora y media ya nació el bebé. Así que nació el bebé muerto, lo fueron a enterrar; a los ocho días ya recuperé yo el sentido y me contaron como estuvo todo. Dice mi cuñada: “por tu culpa murió el nene, porque no quisiste hacer fuerza pa' que naciera”¹⁸¹.

En el testimonio de Apolonia podemos percibir con claridad los recursos de atención local disponibles para resolver situaciones críticas en el ámbito de la salud durante el parto, asociado a padecimientos de filiación cultural. Igualmente se perciben las representaciones sociales en torno a la brujería, así como las prácticas para contrarrestarla.

Su relato da cuenta de cómo, frente a una situación de riesgo inminente y sin posibilidades de acción por parte del sector salud, ya sea por ausencia de recursos institucionales, como fue su caso, o por considerar que ese tipo de padecimientos corresponden a otro sistema simbólico y médico frente al cual la biomedicina no tiene las herramientas necesarias para identificar la

¹⁸¹ Apolonia Placido Valerio. 38 años. Mixteca. Buenavista. San Luis Acatlán. Entrevista realizada el 20 de junio de 2010.

causa del mal, ésta fue eliminada a través de la adivinación, para así restaurar la salud de la gestante.

Al mismo tiempo, se evidencian las tensiones al interior de la propia familia respecto a las decisiones relacionadas con la aprobación de matrimonios por parte de los padres. Ella había sido pedida “a ojo” y casada en contra de su voluntad. El embarazo se produce a los 15 años con serias implicaciones para su salud e incluso su vida, que son cuestionadas de manera directa por ella y su hermano, en un momento límite, cuando estos cuestionamientos a la normatividad social se hacen posibles.

La expresión de la cuñada respecto a su culpabilidad por el fallecimiento del bebé, muestran que si bien hay un sistema simbólico compartido en el cual la brujería aparece claramente como la causa del padecimiento, al mismo tiempo se mantiene la idea de la responsabilidad femenina respecto a la culminación exitosa del proceso de parto.

Por otro lado, podemos observar en su narración la importancia estratégica de la red familiar y social en las acciones de cuidado, prevención y mantenimiento de la salud, que en este caso en particular se concentran en estrategias de recuperación de la salud. La presión de los familiares define la búsqueda de atención inmediata con curadores tradicionales, más allá de la partera, capaces de hacer frente a esta situación. Esta misma presión de familiares y amigos aglutinados en torno al caso, es la que convence a los curadores para buscar opciones de sanación pese a la gravedad de la situación. Posiblemente esta presión de la red familiar no se hubiera manifestado del mismo modo si Apolonia hubiera estado en otro pueblo, sin la presencia de sus familiares directos, quienes además tienen gran peso en la comunidad.

Existen otros tipos de complicaciones enfrentadas por las mujeres de manera individual o en pareja, que ponen su vida en riesgo o conducen a morbilidades posteriores. Doña Asunción y don Beto su esposo, comparten la experiencia de su segundo parto del cual se presentaron complicaciones durante el mismo, posiblemente por placenta previa, tal vez una pequeña hemorragia por su relato, e infección puerperal con secuelas posteriores.

Del segundo tuve problemas que había yo sangrado demasiado, Que me empezaron los dolores en la tarde, así estaba toda la tarde, en la noche, así estuve hasta que amaneció, y yo ya no aguantaba, cuando te dije que venía embolsado el niño...hasta las tres nació; hasta las tres quince de la tarde, nació él, y se me habían quitado los dolores, no sé si fue desmayo, no sé si fue sueño, pero estaba yo dormida en el piso, así en el suelo pues, en un pedazo de petate me

acostaron allí, pero ya mi barriga bien puntiaguda, ya estaba toda abajo, se había bajado toda mi panza, pero ya no había nada de dolor, nada, nada, ni se movía, ni nada, y entonces ya había estado con mucho dolor y ella se fue a su casa, regresó, y ya entonces yo me preocupaba ¿Por qué no podía nacer si el primer niño que tuve rapidito nació?, ¿por qué este no?, todo eso me ponía a pensar; ¿qué está pasando?, entonces ya cuando me empezaban unos dolorcitos y empezaba yo a ver, a revisarme, estaba yo ya casi bien para pasar el niño, pero estaba todo bien entero, que iba a pasar, entonces yo me tentaba, me revisaba y sentía yo lisa la piel, no tocaba mi parte, mi cuerpo, sino que era ya otra, ya era el niño pues, se sentía duro pero liso, entonces le dije yo a él: vete a llamar a la señora y que venga.

Pues la fue a llamar y entonces llegó, y le dijo ella: “mire doña yo me revisé y esta así. Ya me empezó a regañar, que ¿por qué duermo de día?, que ¿por qué hago mucha panza?, que ¿por qué cargué? por eso decía ella, empezó a criticar a otras señoras. Bueno pero le dije: “reviseme”. No me calentó ni con alcohol, no me echó ni aceite, ni nada, como miraba yo que hacían otras parteras con mi mamá, no me hacía nada, entonces ella nada más esperaba que saliera y punto.

Cuando ella me revisó entonces dice ¡ah sí el niño viene embolsado! y entonces que empiezan los dolores, y empiezan los dolores, pero tardó un buen rato acostada, yo creo que se había cansado el bebé. Así que entonces agarra una poquita de esa sal granulada y revienta ella esa cosa, ¡ahoritita nació el niño! Pero hasta que le dije porque si no ella no lo hubiera hecho y a lo mejor me hubiera yo muerto así, o quién sabe qué iba a pasar. Y entonces que nace el niño y ya no lloraba mi bebé, ya no lloraba, y ya entonces lo empezó a regañar ella a él (su esposo) que le diera el agua fría, el aguardiente que le rociara al niño, y entonces ya empezó a llorar, pero bien ahogado, se oía que tenía muchas flemas en la garganta,

Entonces ya lo atendió y yo con mí sangrando ¡mire! Le dijo mi esposo a la partera: ¿doña que a mi mujer no le pasará nada? ¡Mire como está sangrando! Porque el chorro de sangre salía así, y ya dice: ¡ya cálmate, estamos arreglando ahorita el niño, no a tu mujer; déjala ahí! dice. Estaba molesta porque la estábamos insistiendo que me atendiera pues bien.

Ya al siguiente día ya que nació el niño ya yo me quedé reposando se llevó ella la ropa, se llevó todo y a los tres días me trajo mi mamá una comida, ese mismo día me trajeron frijol con carne y comí y tamal de elote porque no había más, pero al siguiente día olía tan horrible mi cama, muy feo y empecé a revisar si era la ropa, no jera donde yo estaba sentada! La sangre salía negra, salía negra, así renegrada y pues nadie me decía nada, la partera, la suegra, no sabían

nada, ni mi suegra ni nadie y yo con la pena pues iba a decir mira como estoy, pienso yo que ellos al llegar a darme los alimentos pues tienen que notar, pero nadie me dijo nada, nadie... entonces, ni medicamento, nadie me dio.

Por el amor de Dios no me pasó otras cosas, entonces me bañaba ya cuando yo tenía varios días yo misma me hacía lavados pero adentro del vientre, yo pienso que eso me ayudó mucho, me bañaba y luego me bañaba bien, bien adentro y me ponía yo jabón al dedo y adentro me lo pasaba así mucho agua así adentro ajá, y se me quitó eso, pero después mire con tanta fuerza que hizo me quedo un dolor aquí en el vientre, acá a un lado al lado izquierdo, un dolor que me hacía llorar cada mes, cada mes, cada mes y lloraba yo con eso dolor que me quedaba acostada boca abajo, como no aguantaba, y entonces como él mataba animales, mataba al tejón, la enjundia, el cebo lo freía yo y lo guardaba en un traste, entonces cortamos una hoja de almendra tierna y le poníamos esa manteca ya calentadita y lo ponía en mi vientre y lo ponía en mi cadera, y eso fue que poco a poco se me fue controlando eso.

Pero después empezó más duro entonces si ya fui con un médico, un doctor allá en San Luis me recetó el flanax, me recetó pemprocilina de ochocientos (sic), me recetó vitaminas tomadas, me recetó la pastilla que le dije, pero muchos medicamentos me dio para quitar y me dio para el aseo vaginal y me dio unos óvulos que me pusiera, que hirviera un litro de agua y que esa agua la combinara en una palangana limpia con dos cucharadas de vinagre de caña, y ya con eso que me hiciera los lavados y desde entonces me quedo eso de que yo siempre que me baño, tengo que lavarme todo, todo adentro y como muchas señoras acostumbran que nomás por fuera y hasta allá ya no, y entonces el doctor me dijo que esa era la forma de asearse, porque adentro pues está sucio, pero él decía con guante, pus aquí no lo había, así me lavaba bien mi mano y lo hacía, y eso fue lo que me limpió esa cosas, me compuse pues.¹⁸²

Observamos en el relato de doña Asunción los mecanismos locales de resolución de una emergencia obstétrica utilizando sal granulada. Esta manera ya me había sido narrada por una mujer amuzga del mismo grupo etario, quien había vivido una situación similar en Huixtepec durante uno de sus embarazos. La actuación de la partera en ese caso fue la misma con idénticos resultados.

Se vislumbra también una posible hemorragia al momento del parto aunque ellos no ahondan en cómo ocurrió ni mucho menos en su resolución. Finalmente, nos encontramos con una infección puerperal, atribuida por doña Asunción a la transgresión de la normatividad cultural

¹⁸² Asunción Ponce Ramos y Alberto Díaz. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada el 22 de agosto de 2008.

respecto a los alimentos permitidos en ese periodo. El consumo de tres alimentos prohibidos (carne, frijol y elote fresco), tienen como resultado una infección manifestada en sangrado oscuro con mal olor, lo que en las comunidades es denominado como "apestarse". No tenemos mayor información al respecto pero dicha infección podría haber sido ocasionada por la presencia de restos placentarios.

Para finalizar, su relato nos permite observar las formas de curación frente a este padecimiento desde ambos sistemas de salud, lo cual muestra como las mujeres se mueven entre ambos, pero al mismo tiempo la vivencia del padecimiento desde la vergüenza y el silencio, como un asunto a resolver de manera individual y callada para no ser objeto de comentarios. Si para las mujeres de su generación y las actuales se siguen viviendo estos procesos desde la soledad o el silencio, es evidente que el subregistro de morbilidades asociadas al proceso reproductivo, es de una gran magnitud.

7.3 Practicas de auto atención

Por otra parte, lo que observamos en varios de los relatos anteriores son prácticas de autoatención (Menéndez, 2005:54). A lo largo del proceso de gestación y en este caso del parto, hay una serie de representaciones y prácticas que la población utiliza para explicar, atender, solucionar o prevenir los procesos relacionados con su salud sin la intervención directa de curadores profesionales, aun cuando ellos sean la referencia para dichas prácticas. Son estas referencias las que se ponen en juego al momento de enfrentar situaciones concretas donde no se cuenta con recursos de atención profesionales (incluidos aquí médicos, parteras, enfermeras), como en el caso de estas mujeres y sus partos atendidos de manera individual, o con actores no concebidos como curadores.

Muchas mujeres de esta región con cierta experiencia reproductiva, han tenido prácticas de auto atención al momento del parto, repitiéndose el patrón de tener los primeros hijos con ayuda de alguien, normalmente la partera, y a medida que se gana experiencia en la materia, los acompañantes pueden ser remplazados por sus parejas, vecinas, madres o ellas solas. Lo normal es que acontezca después de la gesta cuatro, y a menudo está asociado también a ausencia de otros recursos de atención disponibles en ese momento, a la rapidez con la cual se produce el evento, o a una clara decisión de la mujer en el sentido de tenerlo sola. Efectivamente para las mujeres mayores de 25 años, que habían tenido varios o todos sus hijos solas, esto resultaba una experiencia naturalizada. Es una realidad de la vida y un hecho que se asume tal cual pues no existían otras opciones para muchas de ellas.

Doña Asunción y Enemesia tuvieron ambas experiencias de partos solas en casa en la década de los setenta y ochenta por ausencia de otros recursos de atención disponibles.

Con mi hija la cuarta cuando nació, su papá se estaba muriendo de tan enfermo que andaba, solita, ni quien me apoyara en el momento de entrar en parto y empiezan los dolores. Pa acabarla empezó como a las seis de la tarde con los dolores así lento, lento así, Dios mío pensé que a las nueve, yo quería que a las nueve ya lo tuviera a las nueve de la noche, no. Así seguí, seguí despierta, como a la una o dos de la mañana del siguiente día me vine a aliviar, ya no aguantaba, hacía frío y todo entonces agarré una silla, y no había luz, no había candela nada; así nomás me iluminaba.

Entonces junté los leños, junté la lumbre en el fogón ahí para que hubiera, diera la luz del fogón, entonces paré una silla de madera y acá donde me iba a hincar puse una costalilla y un pedazo de tela y agarré la silla y ahora sí, con tres pujidos nació ella; nació pero no había quién me ayudara. Mi esposo llegó pero bien convaleciente porque estaba enfermo, dice... ¿pero oye solita te aliviaste? Sí pero ahora no se si cayó la placenta, ¿quien sabe? -le digo- Pues quien sabe pues. Mi mamá llegó pero ella tenía miedo entonces me dijo él, fijate si cayó la placenta, pero como estaba oscuro, entonces, lo que hice fue tentarme en las piernas, sí me toqué, vi que estaba atravesado, estaba todavía el cordón de la placenta, no caía todavía la placenta, entonces no lo solté pues, ahí lo tenía yo agarrado, yo estaba ahí hincada, ahí estaba agarrada entonces de eso me di un masaje en el vientre así cayó, al poco rato cayó entonces me apreté la cintura y me acosté en la cama y quedó ella en el piso y llegó mi esposo y le puso una chamarrita de esas de estambre; le puso encima para que no llorara pero no sabía si era niña o niño porque estaba oscuro, ah entonces fue sorpresa lo de ella lo de que era niña; entonces llegó mi suegra con la enfermera pero ya había nacido el bebé.¹⁸³

Por su parte Enedina, una mujer amuzga de 37 años quien durante el trabajo de campo se encontraba cursando la gesta 11 presentando un cuadro de anemia y preclampsia que hacían pensar en la necesidad de un parto hospitalario en Ometepec para prevenir posibles complicaciones. Ella había ido a revisarse un par de veces al centro de salud y tenía su pase para trasladarse a Ometepec, pese a sus propias resistencias pues todos los hijos los había tenido en casa. Cuál no sería mi sorpresa al preguntar un día por ella y me indicaron que se le había adelantado el parto. Ocho días antes, ella había dado a luz su hijo número once, sola, en su casa, sin ayuda de nadie.

¹⁸³ Asunción Ponce Ramos. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada el 28 de enero de 2009.

Su marido no estaba, se había ido al monte a cazar así que sólo estaban ella y sus hijos. El arroyo esa noche había crecido mucho y no se podía pasar del otro lado para acudir al centro de salud. Cuando su marido se fue a cazar animales ella estaba bien, sin dolor, había comido elote y se recostó. Al rato sintió un dolor y luego se fue haciendo más fuerte; no pensó que era el trabajo de parto porque aún le faltaban diez a doce días de la fecha que le dijo el doctor.

Se levantó a calentar agua para darse baños de asientos pero cuando estaba poniendo la lumbre se vino el dolor más fuerte que ya no se pudo ni mover. Sintió ganas de orinar y fue a hacerlo, pero en vez de orín cayó el niño sobre la tierra, lo recogió y allí estuvo cerca de 15 minutos esperando a que cayera la placenta. Llamó a una vecina para que se quedara con ella y fue quien cortó el cordón del niño con un cuchillo

Cuando regresó su marido se la encontró con el niño en brazos. Le reclamó por qué no le había dicho sobre su dolor y ella le respondió que no tenía; que le vino luego de su salida, “fue en un momento que nació”¹⁸⁴.

En el caso de Enedina vemos una conjugación de sus propias prácticas reproductivas marcada por partos en casa, con una circunstancia como la crecida del río que imposibilitan acceder al centro de salud. Desde mi perspectiva lo que prima es una combinación de las circunstancias del momento con una experiencia de prácticas de atención de diez hijos anteriores que la hacen sentir en posibilidad de traer uno más en las mismas condiciones, a pesar del riesgo que ello implicaba. En ese sentido vemos que las elecciones sobre lugar y curador, no sólo están marcadas por la existencia física de recursos de atención biomédicos disponibles pues al mismo tiempo, se expresa la capacidad de decisión de las mujeres respecto a la forma de atención de sus partos, lo cual incluye hacerlo solas. Las expresiones usadas para referirse a esos procesos remiten al “valor”, al “coraje”, a la “fuerza”; en suma, a la capacidad de hacer algo que sólo depende de ellas mismas, como es el dar a luz. Una vez comprobado que lo pueden hacer, aparece como natural el seguirlo haciendo en los partos sucesivos, son decisiones que no están tomadas desde una esfera de victimización o resignación por ausencia de opciones, sino desde el lugar de fuerza que implica decidir y hacerlo (Petchesky, 2006).

Ello no significa que estas mujeres no reconozcan en sus discursos o en sus análisis valorativos respecto a las formas de atención, que ahora hay más cuidados, las mujeres están más acompañadas y saben a quiénes acudir en caso de una emergencia. Eso, dicen las suegras y los suegros, “nos quita un peso de encima porque sabemos que si algo pasa ya la llevamos y los

¹⁸⁴ Diario de Campo, septiembre 30 de 2008.

médicos se hacen cargo; no como antes que toda la responsabilidad caía sobre uno y eso es difícil, se preocupa uno”.¹⁸⁵ Varias de las entrevistadas mayores de 35 que tuvieron hijos solas y alguna experiencia hospitalaria propia, señalaron una mejoría en las condiciones actuales para dar a luz, e incluso recomendaban a las más jóvenes atenderse en instituciones de salud. Se produce lo que Petchesky denomina una “apropiación intergeneracional” mediante las cuales, los derechos se viven o se ejercen a través de las nuevas generaciones. El que las hijas o nueras tengan acceso a mejores condiciones durante su proceso reproductivo, es visto por las mujeres como una manera de apropiación de derechos, mediada en el tiempo.

En el capítulo anterior planteé la existencia de un pluralismo médico en la atención durante el embarazo, la cual ocurre también durante el parto, bien en un mismo proceso de gestación o a lo largo de la trayectoria reproductiva de cada mujer. Este es el caso de Rosa, una mujer amuzga menudita y fornida. Al momento del trabajo de campo tenía 28 años y cuatro hijos, uno nació en casa con sus familiares, otro con médico y los dos últimos los tuvo ella sola en casa. Su risa es contagiosa y su impresionante velocidad al hablar hace que a veces sea difícil seguirle su plática. Vive en Huixtepec en una pequeña casita en la loma casi a la salida del pueblo. Se ríe mucho mientras narra su historia, aunque a veces sus silencios y tonos bajos indican las sensaciones que le producen recordar partes dolorosas de su vida. Salió de su casa luego de ser pedida y casarse mediante boda religiosa a los 15 años. Hace varios años que vivía sola con su marido y sus hijos. Era beneficiaria de Oportunidades y afiliada al Seguro Popular.

El primer parto fue en casa de sus suegros, menos de un año después de haberse casado pues quedó embarazada casi de inmediato. Las recomendaciones de los familiares respecto al cuidado de su salud durante la gestación fueron mínimas. Al momento del parto, aunque llamaron a la partera, finalmente no pudo venir y Rosa tuvo su primer hijo en casa únicamente con la guía de su suegra.

El primero de mis hijos es Joaquín ahora el 26 de este mes va a tener 13 años y luego sigue la niña Hermelinda que el 28 de octubre va a tener 12 cumplidos y luego sigue Leticia que ahora en mayo cumplió 10 años, ella nació aquí. El último es Rodolfo que ahora cumple 4 años.

Mientras estaba embarazada de mi primer hijo no me decían nada, nada más me decían que comer, cuando me dolía yo les decía “oye me duele, hasta acá me patea” y así me componían y ya, así fue pasando la fecha y ya. No, haz de cuenta que aquí yo acarree agua, con un tambo

¹⁸⁵ Don Alberto Díaz. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada el 26 de febrero de 2011.

en la cabeza, todo. Ya a la hora del parto ellos no buscaron partera o sea que su abuelita fue la que le cortó el ombligo pero no buscaron partera, de por si nada más me dijeron que hiciera fuerza pa tenerlo. Nada más me decían “haz fuerza” y sí me tardé porque mi nene estaba bien gordo cuando nació, me decían “no jales resollo pa’ arriba¹⁸⁶ se te va a ir pa arriba, haz la fuerza pa’ abajo” pero ya ves uno como es... ay mal, me dolió feo, tardé, porque me agarró como a la una de la mañana y vino a nacer como a las ocho del día, no dormí. Ay yo quisiera que me hubieran ayudado...

Mi esposo estaba ahí pero él se salió; nomás mi suegra estaba, mi suegra era la que me decía que hiciera fuerza pero no hubo partera, fueron a buscar a la señora pero está enferma y pues ya como quiera lo tuve pero yo ni sabía cómo iba a ser eso, me daba miedo, la señora me decía: haz fuerza porque si no tu bebé se va a morir allá adentro. Sentí que me iba a morir pero hasta que por fin salió mi nene.

Después, como a los seis meses me fui a México y allá en México pues ya yo iba embarazada de aquí pero yo no me daba cuenta porque ya cuando tuve mis hijos ya no me enfermaba, por eso no me di cuenta pero ni un año pasó, que ya estaba yo embarazada más. Casi los seis meses del niño chiquito ya estaba embarazada y los médicos decían que era otra enfermedad, ¿dónde? ¡Era el bebé! que ya estaba yo embarazada y estaba por los meses que me iba a aliviar y el niño estaba mamando, el primero estaba mamando y ya estaba yo por aliviarme más.

A México nos fuimos porque una señora nos dijo que allá quieren una pareja pa que trabajen y como allí andábamos mal en la casa pues con más razón, mándenlos dice. Y nos fuimos con doña María y trabajaba mi marido. Yo no podía por el bebé, yo creo que mi bebé tendría unos ocho meses pero ya llevaba yo el otro adentro porque ya me veía yo más mal pero no me di cuenta porque de por si yo no me enfermo cuando yo estoy parida; nunca me baja ni me doy cuenta pero ya lo llevaba yo mi nene.¹⁸⁷

Esta experiencia de Rosa es muy frecuente entre las mujeres de la región y es una de las más cuestionadas por el personal de salud en tanto implica, desde la perspectiva biomédica, un mayor riesgo para la salud de la gestante. Las mujeres la conocen como “embarazo ciego” o se refieren a esto diciendo “no vi mi regla”, para explicar que nunca les bajó la menstruación después del parto y cuando quedaron embarazadas nuevamente. Esto responde a la creencia

¹⁸⁶ Es decir que no respirara hacia arriba.

¹⁸⁷ Rosa González. 28 años. Amuzga, Huixtepec. Entrevista realizada el 23 de junio de 2008.

generalizada, y a una práctica frecuente de control natal, especialmente entre mujeres de mayor edad, de considerar la lactancia materna como método de planificación familiar. Por ello, no son pocas las mujeres que como Rosa, se embarazan durante este periodo y sólo se enteran varios meses después. Cuando ello sucede algunas le quitan el pecho al bebé más grande “para que no le haga daño al nene que está en la panza”. Su valoración respecto a este parto hospitalario es la siguiente:

Este parto fue más fácil así con los doctores porque me pusieron una agujita acá en el espinazo y estuve más bien pero el primero sufrí mucho, me dolió pues la verdad será por el primero quién sabe, los doctores me decían que hiciera fuerza y sí hice fuerza y luego nació mi bebé, será porque estaba chiquita.

¡Ay pero es que el doctor hace feo! Mejor en casa porque de una cama te pasan a otra cama y tú estás toda adolorida y luego hace frío allá en México, tenía yo frío ¡no ve que allá desnudan a uno y acá más escondido! Me daba pena que me vieran pero ¿ya qué?, no ando yo en mi pueblo, pueblo ajeno.

Al otro día que nació mi niño salí. ¿Allí como me dijeron que me cuidaba? Allá dijeron que me cuidaba no porque yo cargaba una faja como acostumbramos acá y ya me había puesto la faja y me dijeron que nada más porque me había puesto el dispositivo y entonces me dijeron que me fuera revisando cada mes y así iba yo salteando un mes si otro no.

Yo les dije que me lo pusieran el dispositivo porque no quería más bebés y que me lo pusieran pero me cayó mal, me puse amarilla, me picaba, me mordía, duré un año con el dispositivo y de ahí me vine pa acá y me lo quitaron en Ometepepec. Ahí enseguida me embaracé, no me di cuenta, me quité el dispositivo y fui al centro de salud que me dieran pastillas pero luego me embaracé, o se me olvidó yo creo o quién sabe, si me explicaron pero es que a mi luego se me olvida y ya pues tuve yo mi bebé. Ya está grandote ahorita tiene 10 años.

Los últimos partos de Rosa fueron en su casa, prácticamente sola y los resume con la siguiente frase: “Uno los hace, pues uno sola los va a tener”.

Aquí en el embarazo no me atendí con nadie y en el parto ni mi mamá se dio cuenta ya nomás cuando nació el nene en el suelo estaba gritando y mi mamá sintió el llanto y se levantó corriendo, no le avisé. Se enojó mi mamá, ellos sabían que estaba embarazada y me había agarrado dolor y me dijo mi mamá: “mija busca a la partera pa que te vea” le dije: “si mamá, mañana”; ¿cual mañana?, en la noche nació mi bebé. Pero nadie se dio cuenta porque todos

estaban durmiendo, yo lo tuve solita pero yo estaba sentada en el suelo gritando, se cayó al suelo, estaba tirado y escuchó mi papá y dijo, levántate creo que llora nene por allá afuera. Ni un trapo que tú vas a decir que le puse un trapo a mi nene, nada ni trapo ni nada, al suelo estaba tirado y gritaba. Mi marido estaba acostado y después se levantó cuando mi mamá se enojo porque no le avisé, yo no le dije a nadie porque estábamos discutiendo con él y no quería que mi mamá se diera cuenta por eso yo sola y como dice uno que uno los hace, uno solo los va a tener.

Mi mamá no sabía cortar el cordón, entonces vino la vecina y no quería cortar el ombligo porque ella no sabe, nadie hallaba, nadie quería, igual, dice, no puedo, “ay -dice mi mamá- que Dios me ayude porque qué cosa va a estar esto tirado aquí, así que ponga fe” porque miraba que estaba la niña y ya tenía hambre y viene su papá y le andaba dando el dedo para que chupara y yo como no le hablaba a él... así nació mi bebé, mi mamá le cortó cuatro dedos le midió porque ella tenía miedo, dice “ay mejor le corto largo porque no se, qué tal que la mato yo a mi nena, ¡ay esta mujer que no avisa, que nomás así!” . “Ay mamá ¿pa qué?”, le dije yo.

Y así nació mi nene en una noche. Ella le midió la tripita y le cortó con las tijeras, se buscó unas tijeras buenas porque dicen que es malo que están contaminadas, así las limpió ella con alcohol. “Ay que Dios me ayude” y era de noche, no se veía nada. Y la placenta todavía faltaba así que como acá se acostumbra que le meten la punta del cabello pa que salga y así le hicimos. Entonces mi mamá me acostó, así fue.

Luego de esta experiencia Rosa duró seis años utilizando anticonceptivos hasta que finalmente cedió a la presión de su marido para tener otro hijo.

Y el último niño que se llama Rodolfo él tiene 4, el 24 de diciembre del 2003 nació, se llevan seis años porque ya no quería yo tener por lo mismo que los padres ya ves que se vuelven borrachones, ya no dan el dinero pa uno... ya no quería yo tener hijos, con estos me basta no me gusta que me maltraten, ya sufrí con los demás el maltrato de la suegra y luego del marido y ya no quería tener más dice mi marido: “yo no busqué mujer pa´ hacerle un altar le voy a poner flores namás, tan siquiera otro niño que tuviera” y así son las cosas, no quería. A lo último “está bien pues pero nomás que no quiero que no me das dinero porque el niño se ensucia, vas a lavar los pañales” y sí, los primeros días que ya me iba a aliviar era muy amable pero ya después ya ves, nomás trabaja que te embaraces y después ahí tu verás, ¡y siendo tu marido! Pero después... él quería un niño varón, que fuera otro y sí, vino el varón. Ya no quiero

tener nada más, para mí está bien, ahorita ya no quiero niño, ya estoy bien así, ya no quiero y ahorita me estoy cuidando con inyección.

Del mismo modo que su tercer parto, este también tuvo lugar en casa pero en esta ocasión por una decisión tomada por ella exclusivamente, a partir de dos razones: la económica y sus experiencias de atención previas.

Y ahí con este último embarazo fue igual, me agarró a la una de la mañana el dolor todo el día, amanecí todo el día con el dolor y ya me vine a aliviar como a las siete de la noche desde la una de la mañana. Muy inflada mi panza, vine yo, mi hijo salió de ángel ese día y mis hijas de pastora, ya ni las cambie, ese mero día me alivié. Y así, ya me iba yo a aliviar dice mi mamá: hija vamos a llamar a la partera y le digo ay no mamá, cobran doscientos si es niño, si es niña 150, así nomás, no tengo mamá dinero, ahorita de verdad no tengo; esos 150 que le voy a dar a la partera de dónde los voy a agarrar, y de todos modos la partera no me va a ayudar a pujar, namás el chiste es que lo va a recoger. Bueno pues, ta' bien, si ya reventé el primero ya te voy a reventar el otro. Y así lo hizo. Y no, mis hijos están buenos ¿qué vas a decir que el ombligo está mal? ¡No! Están como si hubiera sido de partera. Le digo: "¿ya viste mamá? ya te volviste parteras con ellos", se ríe, "Ay hija nomás la lucha, lo que Dios ayuda a uno".

Sus hijos ella (su mamá) los tuvo con partera pero el ultimo solita le tocó allá en el monte, solita vivía en el monte que tenía animales, chivos y ella le cortó a un niño, yo digo que por eso se le vino a la mente y me ayudó a mi también pero ya lo había hecho con un hermano mío... y ahorita ya está bien.

En el relato de Rosa se observa cómo a medida que se desarrolla la trayectoria reproductiva de las mujeres en este contexto, se van modificando los actores que intervienen en el proceso de atención. La familia de alianza y la partera ceden su lugar a madres, vecinas y esposos.

La experiencia reproductiva previa, genera una serie de saberes en torno al cuidado del embarazo y hacen que mujeres como ella decidan tener sus partos solas sin ayuda. Algunas por pena de acudir con el médico, otras por considerar que todo va normal o porque al momento del parto no hay posibilidades de contar con ayuda; finalmente encontramos quienes opinan que no tiene sentido pagar a la partera por algo que ellas pueden hacer solas o con ayuda de sus familiares.

Los saberes que se colocan en juego al momento de autoatenderse son la experiencia propia de la mujer en partos anteriores, y la experiencia de otras mujeres que acompañan el proceso,

pero que a su vez tienen su propia memoria corporal. Es como si a medida que avanza el tiempo, las mujeres, a través de su experiencia en torno al proceso de dar vida, se fueran acercando en el modo y circunstancias en que estas son experimentadas y por tanto, de algún modo se redujeran las brechas generacionales en tanto ambas generaciones comparten un código, unas prácticas, unos saberes quizás no transmitidos de manera consciente o explícita, pero sí experimentados en la vivencia concreta del dar a luz solas y encontrar la forma de resolverlo.

En estos procesos, donde las mujeres se saben en un momento liminar que incrementa su vulnerabilidad, el ámbito de lo religioso se erige como el recurso simbólico de ayuda disponible en ese momento, al cual se acude pidiendo protección y sabiduría. La religiosidad es un elemento muy presente en la región y son varias las mujeres que narran en sus testimonios las solicitudes de ayuda a Dios, la virgen o los santos en el momento del parto o al enfrentar complicaciones durante el parto. Sin embargo, considero que una diferencia cuando las mujeres tienen su parto con partera o médico respecto a cuando lo hacen solas, es que la idea de ser cuidadas, guiadas en el proceso o de colocar su vida en manos de alguien más, encuentra una concreción material en personas que actúan como curadores y a los cuales se les confía la vida propia y la del nuevo ser. Esto no implica que desaparezcan las invocaciones religiosas pero hay un referente concreto materializado en una persona a la cual se le da la responsabilidad de garantizar que todo salga bien o se espera que cumpla ese papel.

Cuando se tienen los hijos e hijas solas, las mujeres saben que están ellas y sus hijos y por lo tanto hay una modificación en el personaje del cual se espera guía, para convertirse ellas mismas en autoras de su propio proceso. Este parir solas que para los médicos es percibido como un momento de riesgo y de “terquedad” de las mujeres, para ellas es en ocasiones la única opción pero al mismo tiempo un momento de poder, en tanto son artífices de sí mismas y ponen en juego todos sus aprendizajes previos que les permiten ganar en confianza o seguridad, reconocer los momentos del parto, los procedimientos a realizar en cada uno y en ese sentido salir adelante. Es un momento donde las presencias concretas son ellas y sus santos; estos últimos protegen y ellas realizan el trabajo de expulsión y atención.

Del mismo modo ocurre con las ayudantes. Cuando la madre de Rosa dice *“nomás la lucha, lo que Dios ayuda a uno”*, justamente recupera el sentido de hacer lo que se puede, lo que está al alcance para intervenir en ese proceso de atención. Si uno le hace la lucha y le busca, Dios ayuda a uno, es el mensaje que de alguna manera está planteado aquí. Para muchas mujeres,

sobrevivir a sus partos, en condiciones de profunda soledad y sin recursos de atención disponible, sólo es posible porque “le echan ganas”, “tienen valor”, pero también porque Dios lo quiso. “Gracias a Dios que mis hijos están bien”; “Gracias a Dios que no me pasó nada en mis partos”; “Diosito que me ayudó, no sé cómo pero le hice”; son algunas expresiones usadas para referirse a estos momentos liminares.

Lo interesante además es que las mujeres ganan confianza en sí mismas con cada uno de estos partos atendidos solas y es común que por decisión propia, buena parte de sus gestas intermedias o finales, vengan al mundo en casa, con asistencia sólo de ellas, sus madres, vecinas, esposos o incluso hijas. De algún modo es como si se recuperara el control de una parte muy importante del proceso reproductivo que durante las primeras gestas está en manos de otros: los médicos, las parteras, las suegras. Esta capacidad de decidir cómo atenderse, con quién; y de conducir su propio proceso de dar vida, es fruto de un mayor nivel de autonomía y capacidad de decisión respecto al propio cuerpo, que se ha construido en la experiencia concreta a través del curso de vida.

7.4 Practicas de atención biomédicas.

Es común en las historias de mujeres de mediana edad, que transiten de prácticas tradicionales de atención en casa a prácticas biomédicas. Es el caso de Emperatriz, mixteca de Cuana y Liliana, amuzga de Huixtepec. Emperatriz tenía al momento de la entrevista 29 años y cuatro hijos. Nació en Copala, otro municipio de la Costa Chica. Al morir su padre cuando ella era pequeña, su madre regreso a su comunidad de origen; Yoloxochitl, parte del municipio de San Luis ubicada a 15 minutos antes de Cuanacaxtitlán.

A los 12 años ella salió de su casa a trabajar a San Luis en un restaurante para ayudar a su familia con la crianza de los hermanos menores. Tres años después se había juntado con su esposo y en un año más daba a luz a su primer hijo en casa, con ayuda de la enfermera del centro de salud. Su trayectoria reproductiva es parecida a la de otras mujeres de su misma edad: cuatro hijos, el primero a los 16 y el último a los 29. El primero en casa con enfermera por decisión de su marido. El segundo en casa con partera también por decisión de su esposo, mientras el tercero y cuarto en hospitales por decisión suya y de su esposo. Igualmente encontramos utilización de anticonceptivos para espaciar los embarazos y una voluntad de cerrar el ciclo reproductivo con esos cuatro hijos. Su primer parto es recordado de esta manera:

Mi esposo fue el que decidió, él dijo que el enfermero me iba a ver y como los dos ellos (el enfermero y su esposa enfermera, ambos trabajadores del sector salud) pueden pues así a las mujeres pero yo me alivie con ella con su esposa del enfermero que es enfermera también y ella fue la que me vio cuando nació la niña. Ya no le quisimos hablar [a la partera] porque era noche y se hacía más lejos donde ella vivía y más cerca agarramos al enfermero aquí

Ella me dijo que cuando ya me diera los dolores más fuertes que yo hiciera fuerza y ya ahí cuando me revisó dice que ya iba a nacer la niña, ya ahí arreglaron las camas y me pusieron inyecciones ya de ahí me pusieron que yo hiciera fuerzas cuando tuviera dolor y así pues como ella me dijo pues yo iba haciendo y sí. Yo pues lloraba porque pues yo no aguantaba el dolor y ellos me decían que no llorara que no gritara porque los vecinos se iban a dar cuenta, así que yo nomás lloraba y ya de ahí... luego nació la niña, estaba mi suegra, estaba mi marido, luego la partera. No, la partera no, la enfermera. La tuve en casa de mis suegros en la cama.

Ocho meses después de ese parto. Emperatriz queda embarazada de nuevo pero la niña muere a los pocos meses. Este segundo parto fue atendido por parteras pues su esposo no quiso que nuevamente la viera la enfermera por razones asociadas al consumo de alcohol de las cuales se sigue quejando la comunidad actualmente¹⁸⁸.

La primera niña nació aquí con enfermera, la segunda niña con partera porque ya no quiso mi esposo que viniera la enfermera porque como ella tomaba y ya cuando estaba borracha empezaba a sacar cosas así que por eso ya no quiso que ella me viera así que le hablamos a la partera y ella me estuvo viendo y ya cuando me alivié de la niña que se me murió, ella me vio. Fue diferente al primer parto porque ella luego nació, no sufrí con ella, la partera me baño, mi suegra puso el agua ahí cerca y ya me bañe y ya me lo entregó mi niña y me estuvo viendo después.

A partir de allí, sus dos siguientes partos tuvieron lugar en instituciones de salud, uno en una clínica privada de Acapulco donde habían migrado y el último en los hospitales de San Luis y Ometepepec.

El tercer niño: yo estaba en Acapulco, allá me embaracé. Entre la niña que se murió y este embarazo se llevaban como un año, el pues me estuvo viendo la doctora en Acapulco

¹⁸⁸ Muchas mujeres de Cuanacaxtlán señalaron que no se realizaban el Papanicolaou en el centro de salud porque la enfermera divulgaba la intimidad de las mujeres cuando tomaba.

particular, con ella iba yo cuando tenía dos meses iba cada mes con ella y ya casi al final ya era cada quince días, me iba pues a que ella me viera y si, ella decía que si, estaba bien mi niño. Y ya le hablamos a la doctora y ya me atendió bien, que pasara adentro, ya me revisó y me dijo que todavía faltaban que me iba a aliviar pero como a las siete de la mañana, la doctora dijo; se pueden ir, me las trae a las seis y él le dijo que no tenía dinero y ella dijo se pueden quedar aquí les voy a dar posada aquí hay un colchón así que nos quedamos allí hasta que naciera mi bebé,

Y ya en la tarde nos dio de alta como a eso de las cinco de la tarde, el niño nació iban a ser las ocho de la mañana cuando nació el niño y ya me arregló, bañó al niño y me bañó a mí con agua fría. Siempre me había bañado con agua caliente y allí me bañaron con agua fría y me sentí bien, me cayó bien el agua fría yo creo y ya ahí me vio al niño y ya me dijo que yo me exprimiera la chichi para que saliera la primera leche y que ya después le diera de mamar y ya después me dijo que me iba a preparar el desayuno.

El de Osiris (cuarta gesta) fue complicado porque en el ultrasonido me dijeron que ella no venía bien y me dijo la doctora también porque ella es la que lo manda a San Luis a hacer el ultrasonido y ella lo pide el resultado que lo dan para que ahí vea como viene la postura y si viene mal le hace el pase y lo mandan pues a Ometepec y me había hecho el pase para mandarme hasta Ometepec. Mi suegra pues me llevó a San Luis y ahí me tuvieron una noche primero; cuando llegamos me revisaron, que falta, ya ahí me tuvieron pues ahí vieron que ya no aguantaba y una enfermera me dijo que yo me pasara. Me dieron una bata, me pusieron suero yo no sé ni que fue lo que le pusieron al suero y ya después eso fue lo que me hizo daño porque mis manos quedaron bien torcidos y mi suegra pues me vio y como ella conocía a un doctor ahí en San Luis ella le fue a hablar que me fuera ver que estaba yo bien mal y sí pues, el doctor me fue a ver y le dijo a la enfermera que qué cosa me habían puesto y se enojó porque todavía no era hora para que me pusieran ese líquido.

Yo no pregunté qué líquido era, yo nomás escuché que el doctor dijo: “no le hubieran puesto eso, a ver si no me regañan ahorita que yo la lleve” Y ya de ahí pues llamó al chofer y me llevaron a Ometepec, iban dos doctores allá adentro conmigo y lo regañaron pues al doctor porque había entregado la hoja y que por qué me habían puesto ese líquido y dijo el doctor que él no lo había puesto sino la enfermera de San Luis y le hablaron a la enfermera y dijo pues el doctor que él iba a hablar no se con quien y ya de ahí me tuvieron allá en Ometepec cinco días pues con ella ahí y tenía el aparato porque su corazón de ella se escuchaba quedito así y ya mi

suegra le dijeron que me iban a hacer cesárea porque vieron que la niña no tenía fuerzas para nacer y mi suegra dijo que sí.

En ese rato mi suegra pues como no había almorzado porque era bien tarde y no había almorzado salió fuera del hospital a comprar la comida y vieron que el corazoncito de ella trabaja bien recio y vieron que el corazoncito de la niña ya se estaba pasando y fueron corriendo y llamaron al doctor rápido y luego que ¿quién la acompaña, mi suegra y dónde está? Salió a almorzar que ya era tarde y me dijeron que tenía que firmar esa hoja porque me iban a llevar al quirófano así que yo firmé pues la hoja y ya cuando estaba en el quirófano anunciaron a mi suegra que ya pasara porque me iban a mandar a comprar algo y ya de ahí pues nació. Cinco días estuvo mi niña en la incubadora y ya después la sacaron de la incubadora. No me cobraron porque tenía el seguro y ya el seguro respondió.

A los tres días me dieron de alta y pues todavía mi niña faltaba que le dieran de alta y dice mi suegra que dónde me podía quedar yo porque todavía faltaba mi niña que le dieran de alta y dijo la enfermera que nos viniéramos y que se quedara la niña entonces mi suegra dijo que no porque nosotros no somos de aquí cerca y dice, bueno espere, vénganse para acá voy a ver dónde puede descansar la muchacha así que ella me llevó a un cuarto donde estaba otra muchacha que también su bebé estaba en la incubadora así que ahí me quedé dos días más hasta que le dieron de alta a mi niña.

Una de las grandes dificultades que enfrentan las mujeres de la región cuando deben dar a luz en el Hospital Regional, es el tema del alojamiento para los familiares y para las propias mujeres en trabajo de parto hasta ser aceptadas para hospitalización. Durante horas e incluso para algunas, días, las mujeres esperaban a las afueras del hospital hasta tener una dilatación que indicara un pronto inicio del trabajo de expulsión. Cuando eran aceptadas ya contaban con una cama segura en el hospital hasta que les dieran de alta y un familiar podía acompañarlas cuando pasaban al área de hospitalización. Sin embargo, familias que llevan niños, más de una persona acompañando, o que deben permanecer varios días porque los niños quedan internados, se enfrentan con la vulnerabilidad que implica trasladarse a una ciudad donde no cuentan con una red social de apoyo.

Estas dificultades con el alojamiento, tiene fuertes impactos en el modo como es vivido por las mujeres y sus familiares especialmente para quienes no cuentan con recursos económicos que les permitan sortear estos gastos. En el siguiente aparte etnográfico podemos acercarnos a la experiencia de Liliana, amuzga de 26 años de Huixtepec quien se encontraba en su sexta gesta

y acude al Hospital regional de Ometepec en busca de atención. Podemos ver en el registro de campo las rutinas hospitalarias para quienes tienen sus hijos en el hospital de Ometepec, pero también lo que implica en la cotidianidad de las personas, tomar decisiones de atención hospitalaria sin contar con una red de apoyo en ese momento.

“Eran las 8:00 am del 18 de noviembre de 2008 e iba corriendo al sitio de combis de Huixtepec porque me quería ir en ese carro pero en la esquina me encontré a Liliana Nolasco, amuzga, de 26 años quien estaba en su sexta gesta pero sólo tenía tres hijos vivos pues los demás los había perdido. Venía pálida y un poco expectante; traía una camiseta gris y una falda roja de flores. Había comenzado su trabajo de parto pero venía sola porque su único apoyo era su abuelita quien se quedó cuidando a los niños. Su marido trabajaba fuera de la región y ella no se llevaba bien con la familia de su esposo. Me ofrecí a acompañarla y nos fuimos juntas en un taxi al hospital. Las contracciones le empezaron a las 4:00 am mientras dormía. Se arregló y salió en el carro de las 7:00 porque no alcanzó el de las 6:30 am. Llegamos al hospital a las 9:00 am.

La revisaron en urgencias y como tenía 2 centímetros de dilatación le indicaron volver en dos horas así que nos fuimos a desayunar. Ella se tomó un caldo de pollo y conversamos largamente respecto a su historia reproductiva, la de su mamá y su abuela. A las 11:00 pasó nuevamente y le dijeron que regresara a la 1:00 y luego a las 3:0 porque el trabajo de parto iba lento. Liliana estaba asustada por sus experiencias anteriores de pérdidas, abortos y complicaciones. Traía todos sus documentos: póliza del Seguro Popular, exámenes de laboratorio, referencia del centro de salud. Se expectativa era que todo saliera bien durante el parto y luego realizarse la OTB. “De por sí ya sabía que no debo embarazarme más porque es peligroso y mi matriz está caída; por eso ya me voy a operar para no tener más” me dice. Todo ese tiempo nos la hemos pasado caminando en la parte externa del hospital y en los pasillos de consulta externa.

Imagen 9. Liliana en trabajo de parto a las afueras del hospital Regional de Ometepec, Gro.

A las cuatro entró de nuevo y como ya el trabajo de parto avanzó la dejaron en urgencias para monitorearla y hacerle los exámenes de laboratorio. Para las mujeres con Seguro Popular eran



gratis y en ese momento, para quienes no tenían también eran gratis si se los hacían en el hospital, por la indicación de zona roja que tiene la región. Sin embargo, si no hay reactivos, como ocurrió con Griselda, otra amuzga joven en su primer parto, un mes atrás, se los mandaban a hacer a un particular y debían pagarse. Es paradójico que las mujeres estaban horas esperando en el hospital, pero sólo les mandaban a hacer los estudios hasta que entraban a urgencias, es decir, de dos a cuatro horas antes de la expulsión y en ocasiones (como en el caso de Griselda) los resultados tardan tres horas en

ser entregados.

Liliana entró a un cuarto en urgencias y yo logré colarme unas dos veces, a ver cómo estaba. Cuando las gestantes pasan allí ya se quitan la ropa y andan en bata y a pie descalzo. Nunca he entendido por qué las ponen a andar a pie descalzo si el piso es frío pero siempre les quitaban los huaraches. Junto a la cama quedó su mochila roja que es una bolsa del mandado, dentro de la cual trae: sus documentos del Seguro Popular, la hoja de referencia del centro de salud de Huixtepec, dos cobijitas de bebé, una muda de ropa blanca para bebé, un gorrito pertenecientes a sus anteriores hijos, una colonia para el bebé, una bolsita de plástico con \$150 para comprar los medicamentos o lo que se requiera, un rollo de papel higiénico y la muda de ropa con la que llegó al hospital. No llevaba más ropa para ella.

Después decidí hacer una foto de la mochila roja junto a sus chanclas porque me pareció muy simbólico: cuando las mujeres dejan sus chanclas y su bolsa tirada en el suelo es que ya empezó el trabajo de parto. Como yo era su única acompañante me pidieron que firmara una hoja de autorización de hospitalización y que le trajera dos pañales de adulto, pañales para el bebé, una botella de agua y la receta de todas las embarazadas que es una caja naranja de vitaminas y minerales, y otra caja de pastillas para la infección.

Esa receta me la surtieron en la farmacia con su póliza del Seguro Popular sin mayor problema en menos de cinco minutos. Sin embargo, cuando una mujer llega después de las 8 p.m. ya está cerrada la farmacia y la mujer o su familia deben pagarlo y posteriormente el seguro les rembolsa, pero es necesario hacer una carta solicitándolo y llega mínimo tres meses después, luego de haber sido autorizado en Chilpancingo.

Liliana entró a las cinco aproximadamente al área de urgencias donde ya no tenemos acceso los acompañantes. El parto fue alrededor de las 7 pm y hacia las 9 conseguí que un residente joven me dejara pasar a verla mientras se encontraba en recuperación, antes de pasar a hospitalización. Eso es totalmente prohibido, pero creo que ayudó mi apariencia pues era evidente que no soy de la región. Ella estaba tranquila en una camilla fuera de la sala de tococirugía. Había sido una niña nacida por parto natural que en ese momento se encontraba en valoración¹⁸⁹. Me pidió que le trajera comida pero los médicos y el vigilante me dijeron que estaba prohibido entrar comida allí, así que sólo podría traerle un yogurt o una gelatina y eso hice, esta vez con la complicidad del guardia, quien al ver que el médico me había permitido el paso ya no me puso problema para volver a entrar.

Un rato después ella fue pasada a hospitalización, ya con la niña en brazos. Salí del hospital hacia la medianoche y pedí a sus vecinas de cama que le ayudaran con la niña si requería algo porque yo no podía quedarme. Ella estaba en la cama dos y a su lado izquierdo estaba Marcelina; de Cruz Grande, quien había llegado desde un día antes por problemas de presión. Su suegra fue quien ayuda a Liliana esa noche.

Al regresar temprano en la mañana del siguiente día, pude observar parte de la ronda de revisión de los médicos que tenía lugar entre 8:00 y 9:00 a.m. Iba el ginecólogo y los internistas revisando cada caso, daban recomendaciones a cada mujer, emitiendo altas, etc. En ese momento sacan a todos los acompañantes pero como yo estaba sentada en una butaca sin que me notaran, alcancé a estar hasta que revisaron a Marcelina y luego el policía me sacó. Cuando el ginecólogo vio a Marcelina le dijo, “a mí no me importa si tú estás bien pero a ti si te debe importar y a tu familia. Debes quererte y cuidarte así que te vas a estar tomando la presión en tu casa”. Me impresionó que un médico pudiera decirle a una paciente que no le importaba si estaba bien.

¹⁸⁹ Su cuarta hija viva pues había tenido seis gestas pero dos de ellas terminaron en abortos espontáneos.

Esa mañana no le dieron desayuno a Liliana porque debía estar en ayunas para que le practicasen la OTB pero sí la bañaron con agua fría como a todas. Hacia las 10 llegó una enfermera a vendarle las piernas como parte de la preparación pues según dicen luego les da mucho frío y se la llevó mientras yo me quedé con la niña. En el intermedio pasó Enemesia la promotora y la cuñada de Liliana que estaba visitando a alguien en el hospital; se acercó a conocer a la niña pero en una relación distante porque, según me explicaron luego, no se llevaban bien las dos familias. Liliana regresó cuatro horas después justo a tiempo para dar de comer a la pequeña que lloraba desesperada, pero ahora fue ella quien se quedó sin comer, pues ya había pasado la ronda de comida mientras estaba en quirófano y no se puede introducir alimentos, así que debió esperar hasta la cena. La última comida sustanciosa que hizo fue la del desayuno, un día antes, así que prácticamente tenía más de 30 horas sin comer bien.

Liliana estaba inquieta porque su abuela no llegaba y no sabía nada de sus niños. A las 7:03 pm ella y su abuelita se encontraron después de dos días. La felicidad en el rostro de Liliana era innegable. Conversaron en amuzgo en voz baja serias, cómplices. Es una imagen hermosa que me hubiera gustado tener en foto pero me dio pena interrumpir ese momento tan íntimo y opté por intentar dibujar la imagen de ellas desde el lugar donde yo estaba de espaldas a Liliana y de frente a su abuela, la niña estaba en la cama junto a Liliana en la mitad de ellas. La sabiduría y los años de la abuelita cobijando a una mujer joven/adulta en situación de vulnerabilidad. Yo observaba sentada en mi taburete mientras ellas conversaban. Al fondo se levantó Cándida, la joven chica a quien le acaban de hacer un legrado y no tenía ningún acompañante. Llegó el policía a sacarme, intenté hacerme pequeña para que no me viera pero era inútil, ya eran más de las 6 pm y no se aceptan visitas. Sólo podía quedarse una acompañante que es la abuelita.

Entre ellas conversaban en amuzgo tratando de decidir algo que yo no entendía y Liliana me tradujo. Su hijo mayor, un niño de diez años, estaba afuera del hospital esperando. Vino porque la abuelita no sabe hablar nada de español ni tomar la combi para llegar al hospital, no conoce Ometepec, por eso la trajo su nieto mayor mientras los otros niños quedaron con una familiar de su padre. El problema ahora es que no puede entrar al hospital dado que sólo permiten un acompañante y ellos no tenían ningún familiar en Ometepec con quien él se pudiera quedar. Les propuse que se fuera a dormir conmigo, así que la abuelita salió a presentarnos y es de ese modo como un niño de diez años terminó durmiendo con una perfecta desconocida en una habitación de hotel, feliz porque esta perspectiva es mucho mejor que el

suelo del hospital como le hubiera tocado en otro momento y como diariamente se observa a la salida del hospital Regional de Ometepec donde duermen los familiares mientras esperan que atiendan o les den de alta a las mujeres en trabajo de parto o puerperio.

A la mañana siguiente regresamos y por fin le dieron de alta luego de colocarle las vacunas a la niña en el área de consulta externa. Liliana salió con la ropa que llegó y emprendimos todos el viaje de regreso a casa en Huixtepec. Estaban muy agradecidas por haberla acompañado esos días y me invitaron a pasar, junto con Enemesia quien también llegó. Liliana llevaba prácticamente tres días sin comer y yo uno porque el anterior había estado enferma del estómago. Mientras su abuelita preparaba algo y los otros niños conocían a su nueva hermana, una vecina lleva tortillas recién hechas y queso fresco (aunque las recomendaciones tradicionales lo excluyen de los alimentos permitidos en esta etapa). Todas comimos pero a mí me supieron tan buenas que por primera vez en diez años viviendo en México pude saborear una tortilla y disfrutarla verdaderamente, a mí también me hacía falta comida casera y justo en ese momento, también por primera vez, pude sentir, no entender con la cabeza sino sentir con el cuerpo, lo que las mujeres dicen respecto a la comida del hospital y cómo extrañan llegar a su casa para comer su comida y estar verdaderamente a gusto. Ese ambiente de felicidad de todos en esa familia, aún en medio de las condiciones económicas más adversas, me hizo regresar a Ometepec feliz y sintiéndome privilegiada de haber estado con ella en ese proceso.¹⁹⁰

¹⁹⁰ Diario de campo, noviembre 18 de 2008.

Imagen 9. Liliana y sus cuatro hijos al regresar a casa con la recién nacida. Huixtepec, Ometepec, Guerrero, 2008



Foto: Lina Rosa Berrío Palomo

Otra trayectoria de atención biomédica que nos muestra la dinámica hospitalaria es la de Alicia, una mestiza de Oaxaca quien desde hace siete años vive en Cuanacaxtitlán al haberse casado con un mixteco de dicha comunidad. Tenía 23 años, tres gestas que culminaron con tres hijos vivos; vive en casa propia con su esposo y sus tres hijos, en un lote junto a sus suegros con quienes residió los primeros años. No cuenta con Oportunidades, pero sí con Seguro Popular y no tiene redes de parentesco propia en la comunidad, pues viene de fuera. Todos sus hijos han nacido con personal de salud en el Hospital Regional de Ometepec, por complicaciones durante el embarazo o el parto. Es nuera de doña Asunción, quien jugó un papel central en la definición de la atención en todos los partos.

Durante el embarazo de Cielo, mi primer embarazo que fue en 2002, me estuve viendo con la doctora de aquí; el trabajo de parto empezó una tarde que sentía como dolores, me dolía el vientre y del vientre se me iba así a la cadera entonces yo le conté a mi suegra y ella me dijo; tal vez es que te vas a aliviar. Entonces ellos pensaron que yo me podría aliviar aquí en la casa y fueron a llamar a la partera, Doña Apolonia, y ya vino aquí a la casa. Mi suegra fue quién decidió llamarla. Como ella me venía a ver, me media la panza y esas cosas pero no me zangoloteaba, me ponía esas bocinitas y si pues todo estaba bien. Pero cuando me empezaron

los dolores, yo creo que fue porque ella me hizo como muy fuerte.

Yo me estaba viendo con el médico en el embarazo pero a la hora del parto llamaron a la partera porque en el centro de salud no había nadie. Como era un día jueves el doctor, creo que era un doctor que se llamaba Enrique pero no estaba. Lo fueron a buscar y él no estaba. Y como antes las camionetas a esa hora ya no salían porque estaba muy fea la carretera, entonces por eso fue que llamaron a la partera, porque el doctor no estaba. Ella (la partera) dijo que si ya apretaban los dolores entonces que la volvieron a llamar, pero ¿cuál apretaban los dolores si lo que hizo fue que me perjudicó? Ahí fue cuando al otro día nos fuimos para San Luis, al día siguiente bien tempranito nos fuimos al hospital y allá me tuvieron internada el día entero. Ya a las ocho de la noche mandaron a Vladi mi esposo, a comprar pastillas e inyecciones, para apurarme los dolores y que naciera la niña, pero de todas formas la niña no pudo nacer, entonces nos hicieron esa referencia y nos mandaron a las nueve a Ometepec. Ahí ya me tuvieron otras horitas y me hicieron la cesárea, a la una con trece minutos nació la niña.

Durante todo el proceso del parto mi esposo estaba así como asustado, porque él no sabía nada de esto. Él estaba como asustado porque como andaba en todas las vueltas y no sabía nada de eso. Mi suegra ahí lo mandaba que a comprar inyecciones o medicamentos pero él estaba como asustado, como tenso, pensando quizás que iba a pasar o por qué esos dolores tan fuertes. Y como mi suegra dejó de tener hijos cuando ellos estaban muy chiquitos él no sabía nada de eso. Pero él si me apoyaba, él se metía y me agarraba la mano yo le decía “no te vayas, no me dejes aquí”; yo tenía mucho miedo, sentía ¡Dios mío! Peor que cuando yo estaba internada metieron a otra mujer que también iba a dar a la luz, pero daba unos gritos que más me asustaban. Dios mío no, yo no quiero eso. Y yo entonces pensaba que los dolores iban a ser más fuerte, pero mi suegra me dice que no, lo que pasaba es que esa mujer era una escandalosa. Mi suegra me consolaba.

A las ocho y tantos ya no, que nada de nada, es sólo tres y tres (centímetros de dilatación) y de ahí no pasaba, entonces fue cuando ya el doctor dijo que tocaba ir a Ometepec. Y pues ahí ya a medianoche por la carretera. El carro que nos llevó nos cobró 800 pesos de San Luis a Ometepec. Ahí el médico dijo que podríamos ir donde el presidente a ver si nos podía prestar esa cosa (la ambulancia), pero Vladi dijo que no porque ya era mucho tiempo. Entonces Vladi y mi suegra se fueron a conseguir carro particular y ahí me llevaron, y nos cobraron 800, pesos

en esa época (en 2002) que era mucho dinero.

Vladi iba conmigo (durante el trayecto de San Luis a Ometepe que dura una hora y media) y me iba diciendo: “Ya vamos a llegar aguántate”, y como yo no conocía donde era entonces ya ellos me decían que estábamos cerquita, pero el carro andaba y andaba y nada que llegáramos. Y ya me decían que apenas llegáramos me iban a atender, pero no fue así. Todavía se demoraron en buscar el cirujano y al que pone la anestesia.

Pues cuando yo llegué al hospital de Ometepe me dijeron que tienes que poner de tu parte para tenerlo sin cesárea. Pero yo diciéndole que no podía, pero el médico me presionaba y me empujaba la panza hacia abajo. Y me decía puja, puja. Pero yo no podía. Ya después llegó el que pone la anestesia y me revisó y dijo no esa muchacha toca ser cesárea porque está muy estrecha. Pero donde, el quirófano, no está preparado. Pues aquí en la camilla.

No me hicieron radiografía ni a la niña la monitorearon, nada, sólo me tenían diciendo que puje, que intente. Mis familiares estaban bien preocupados porque habían pasado muchas horas, entonces el doctor dijo que tocaba aplicar la cesárea y que me iba a dormir completa. Entonces yo dije que no, que sólo de la cintura para abajo, que yo quería ver a mi niña. Ya cuando salió la niña estaba como moradita y poco a poco se fue poniendo rosadita. Y ahí se la llevaron para la incubadora, y solamente al otro día, como a las 10 de la mañana fue que le di pecho. ¡Sólo hasta el otro día! Pero después de que me practicaron la cesárea, me dejaron sin oxígeno, ya no podía ni respirar y fue al muchacho que hace la limpieza al que le tuve que decir que buscara el médico, porque ya no aguantaba sin oxígeno.

Ahí después me pasaron a la cama; Vladi se metió escondido y me iba buscando entre los cuartos, porque le dijeron que sólo hasta el otro día a las diez de la mañana podía ver. Y él se fue a uno y otro cuarto (de hospitalización) hasta que me encontró, pero yo estaba sin poderme mover, dormida por la anestesia. Y al otro día a las seis de la mañana, órale, a bañarte. Pero yo les decía que no ya no podía, que estaba toda entumida. Pero no era cierto, era que me dolía mucho. Ahí sí me levantaron un poquito como mal. Ya las seis de la mañana me obligaron a pararme, yo no quería, pero llegó la enfermera y me dijo que me tenía que parar. Y que me fuera y me bañara. Ahí entonces Vladi, entró conmigo y de hecho me bañó. Me dijo siéntate. Yo le dije, si puedes tállame suavcito o mejor no me talles, sólo agua me caiga. Ahí una enfermera, lo quería sacar a él, le dijo: “que se bañe sola”. No ¿cómo cree? ella no puede.

Está bien, sólo por hoy, pero mañana se mete al baño sola. Y la enfermera quería obligarme a que caminara, pero yo le dije que no podía; salí de bañarme y me acosté.

Me dejaron dormir como cuatro o cinco horas, y después dijeron que me tenía que levantar para que caminara. Que porque la cesárea me la habían hecho así parada (vertical) y que si no caminaba, luego los puntos me iban a doler más. Al otro día, mi suegra fue la que entró para ayudarme a bañar. Ahí sí me trataron mal. Ahí había una enfermera bien enojona, que se creía el último refresco del desierto. Ahí sí me trataron mal.

Con el niño fue diferente, porque ahí mi suegra estaba presionando, entonces hace seis años ella no estaba todavía en esto de ser promotora. En esa época a uno le hacen el feo y eso que a otras personas es peor. Ahora si me pasa algo y cuando nos dicen algo, yo sí me les pongo al brinco, que ¿cómo nos van a tratar así?, se supone que ellos están ganando. Y en aquel entonces nos cobraron 4,600 pesos por el parto, más como 3.000 pesos que costaron los medicamentos. Ya después nos dimos cuenta que la farmacia del hospital es más cara que las otras.

Y el día de la salida pues se pagó un carro especial pero solamente me llevó hasta San Luis porque la carretera estaba horrible, no había paso. Y ya después al otro día, se pagó una camioneta para que me trajera hasta acá. De Ometepec a San Luis nos cobraron 300 pesos, y después de San Luis acá nos cobraron 100 pesos, porque salía una camioneta cada tres horas y sí estaba un poquito complicado el camino. Ni modo.

El testimonio de Alicia nos permite asomarnos a la dinámica de atención hospitalaria en la región evidenciando varios elementos relacionados con barreras para el ejercicio del derecho a la salud, entre ellos capacidad resolutiva de la emergencia obstétrica en el primer nivel, en este caso el Hospital Básico Comunitario de San Luis Acatlán. Por otra parte barreras económicas asociadas al gasto de bolsillo en salud por el pago de transportes y medicinas. Finalmente barreras asociadas a la calidad y aceptabilidad de los servicios, pues como ella narra, las prescripciones del personal implicaban el baño sola y con agua a temperatura ambiente que para las mujeres es considerada fría.

Las redes de servicios y su funcionamiento en la región

Aunque el parto hospitalario se ha incrementado considerablemente en la región de tal manera que para 2011 se atendieron 39,997 partos en Guerrero, de los cuales, 4,087 fueron atendidos por parteras tradicionales.¹⁹¹ Lo cierto es que no son pocas las quejas de las mujeres respecto a la atención recibida en los mismos, a la ausencia de personal que hable en su lengua, al no respeto existente a sus formas tradicionales de atención, rituales de protección o formas de parir de manera tradicional. Por otra parte, el tema económico se constituye en un factor de gran peso a la hora de decidir el lugar de atención. 80% de las mixtecas y 49% de las amuzgas encuestadas en 2008, reportaron haber pagado algo al momento del parto, bien sea a la partera, al hospital o gastos de transporte y medicina. Estos valores oscilan entre 100 y 15,000 pesos. El menor monto se refiere a quienes sólo consideraron transporte y el valor mayor es para Sofía quien tuvo su última hija por cesárea en un hospital privado de Acapulco pero este monto fue asumido por su esposo, un funcionario de muy alto nivel en el gobierno del Estado. El promedio de gastos se ubicó para 2008, alrededor de los 500 pesos y mayoritariamente fue asumido por los esposos, seguido del Seguro Popular y algún familiar. Para quienes acuden con el médico particular los valores se elevan considerablemente por los costos del transporte, la alimentación de la paciente, de su acompañante y en algunos casos de la medicina. Todavía en mayo de 2008, cuando ya había entrado en funcionamiento el Seguro Popular pero aún era incipiente la afiliación, el Hospital de Ometepec funcionaba mediante el esquema de cobros por eventos obstétricos a todas las mujeres. Junto a la oficina de Caja del hospital era posible observar la tabla de precios establecidos los cuales eran los siguientes:

Parto: \$1250

Cesárea: \$ 3500

Legrado: \$1000

Hernia Umbilical: \$ 2400

Laparotomía: \$3500

Sutura por punto: \$30¹⁹²

¹⁹¹ Fuente: SESAEG, solicitud de acceso a la información No 00029913, abril de 2013.

¹⁹² Diario de campo, Mayo de 2008.

El costo de los servicios ha sido reconocido por diversos investigadores especialistas en el tema como una de las principales barreras para el acceso a salud. Desde 2007, luego de una reunión con las organizaciones sociales en el marco de la Primera Reunión Nacional Técnica de Promoción de la Salud Materna, organizada en Oaxaca por el CPMSM, el Secretario de salud de Guerrero firmó un acuerdo respecto a la gratuidad del parto para todas las mujeres de la Costa Chica y Montaña, el cual tardó un par de meses en llegar a los hospitales, pero finalmente se comenzó a implementar. Con la puesta en marcha de “Embarazo Saludable” se aprobó la gratuidad del parto para todas las afiliadas, y ahora se les garantiza a todas las embarazadas. Esto sin duda ha constituido una ayuda importante para las mujeres de escasos recursos, pues el mecanismo anterior implicaba costos aún más elevados para las mujeres y sus familias.

Aparentemente, desde el discurso oficial, uno de los objetivos del Seguro Popular era justamente reducir las inequidades en salud y disminuir el gasto de bolsillo en salud que realizan las familias. Sin embargo, una investigación de campo realizada en 2011¹⁹³ mostró que el gasto de bolsillo no se ha eliminado aunque ya no se cobre el parto y aparentemente se garantiza también el acceso a medicamentos.

Para una mujer que venía de Huixtepec, una comunidad bastante cercana en relación con muchas otras que también son cubiertas por la jurisdicción, los gastos mínimos si viene con un solo acompañante son los siguientes: 40 pesos de pasaje ida y regreso por persona, es decir 80 sin incluir taxis al hospital. De alimentos son mínimo 150 de las comidas de la mujer por los dos días, pues cada comida es cobrada en el hospital a \$25 pesos y las mujeres duran dos días si es parto normal y tres si es cesárea. La comida de los acompañantes sale aproximadamente en el mismo valor e incluso un poco más cara por los refrescos que se acostumbran comprar mientras esperan y porque ellos generalmente comen fuera del hospital en los puestos de comida ambulante que allí se colocan. Hospedaje prácticamente no se paga, pues la gente permanece en las afueras del hospital y duerme allí mientras está en trabajo de parto. Cuando las mujeres son pasadas a hospitalización post parto, un familiar puede acompañarlas en esta área. Ahora bien, el asunto de los medicamentos que aparentemente es cubierto por el Seguro Popular, la realidad es que ello solo sucede cuando el parto se realiza en horario de atención de la farmacia, es decir de 8 am a 8pm. Fuera de ese horario, la idea es que la receta sea surtida por la farmacia privada ubicada junto al hospital, con la cual hay un convenio establecido entre la jurisdicción y la misma, en el marco de la estrategia de tercerización que

¹⁹³ Monitoreo a los servicios de salud materna en la costa chica de Guerrero. Proyecto de investigación conjunto Kinal Antzetik D.F A.C y Fundar. Centro de Análisis e Investigación.

está siendo implementada por la SSA. Igualmente ocurre cuando el medicamento no se encuentra en el inventario del hospital por ausencia de surtido o retraso en los pedidos. Para que ello ocurra, la receta debe traer el sello y firma de autorización por parte del responsable de la farmacia o de lo contrario no se le entrega el medicamento a la persona. En la práctica eso significa que cuando las mujeres dan a luz entre 8 pm y 8 am, no se les surte el medicamento ni en la farmacia del hospital ni en la privada por ausencia de autorización.

El procedimiento del Seguro Popular establece que en esos casos, se le reembolsará el dinero a la persona presentando la factura y la receta. Esto podría parecer hasta razonable si no fuera porque ese procedimiento dura mínimo tres meses dado que debe ir hasta Chilpancingo para ser autorizados por los encargados estatales, y luego regresar al lugar donde se presentó el hecho. Ante tales complejidades, y si a ello le sumamos que esta información no se les da masivamente a las personas, lo cierto es que los costos de medicamentos, terminan siendo asumidos por las familias de las pacientes. Una mujer que tuviera su hijo de noche en el hospital de Ometepepec, debía garantizar mínimo de 200 a 250 pesos para medicamentos y gastos varios como pañales, agua o alimentos blandos que se deben comprar cuando egresan de sala de partos y no coincide con los horarios del hospital, así como un recurso adicional para los gastos de alimentación y estancia de acompañantes.

Los mecanismos de solidaridad entre pacientes no son tan frecuentes e incluso son censurados por el propio personal de salud del hospital. Durante el tiempo de campo permanecí varias noches en el hospital acompañando a las embarazadas y pude observar la dinámica alrededor de la estancia en el área de hospitalización. Como esta es la misma receta que le dan a todas las puérperas, y se la deben tomar por ocho días, entonces todas las mujeres que están en hospitalización en el área de maternidad, toman lo mismo. En alguna ocasión una mujer llegó de sala de partos hacia las 10 pm y le habían pedido a su marido esa receta, yo le sugerí que alguna de las otras pacientes le prestara las dos pastillas que requería para esa noche y al día siguiente, cuando le surtieran su medicamento en farmacia, se las devolviera, así no tendría que gastar su dinero sólo por dos pastillas. Una de las enfermeras que estaba me miró con cara de desaprobación y dijo: “cada paciente debe tener su propio medicamento”. Finalmente como ambos eran amuzgos se prestaron las pastillas pero esto no fue sugerido o estimulado por el personal de salud, aun sabiendo las complicaciones para acceder al medicamento en horario nocturno.

En resumen, el parto hospitalario, aún para mujeres que cuentan con Seguro Popular, sale mínimo en unos 500 pesos si les surten el medicamento y son de comunidades muy cercanas a la cabecera municipal. Para mujeres de las zonas más alejadas, especialmente las mixtecas de los municipios de Tlacoachistlahuaca, Ayutla o San Luis Acatlán, este valor puede triplicarse por los costos de pasajes o incluso quintuplicarse si en un momento deben pagar viaje especial para traer o regresar a la mujer. El económico sin duda es un factor fundamental que influye en la toma de decisión respecto al lugar de atención y ello sigue estando vigente, incluso con el Seguro Popular.

Por otra parte, una de las principales dificultades en la región para garantizar la atención de las emergencias obstétricas, reconocido así por lo propios directivos de hospitales de la SESAEG en la Jurisdicción 06, es el tema del transporte para garantizar la canalización al segundo nivel de atención cuando ello se requiere. Si recordamos que la indicación dada por los responsables estatales del Programa APV a los médicos en unidades de primer nivel es evitar de cualquier manera los partos en sus unidades básicas, comprenderemos por qué un porcentaje tan bajo de partos eutócicos son atendidos en Centros de Salud, el resto se canaliza a los hospitales básicos comunitarios, en este caso el de San Luis Acatlán, y el resto transferido a una unidad de segundo nivel como es el hospital de Ometepec.

Esta es una de las consecuencias no previstas de la excesiva medicalización del parto y de las estrategias implementadas para la reducción de la mortalidad materna pues, aun cuando oficialmente no se plantee así, las canalizaciones al primer y segundo nivel se han incrementado de una manera tan exorbitante que hoy son mínimos los partos atendidos en los centros de salud de la Costa Chica, debido al miedo de los médicos, especialmente los pasantes, a tener una complicación durante el mismo que pueda tener consecuencias fatales.

David, el médico pasante de Cuanacaxtitlán en el segundo semestre de 2008, me compartió con crudeza cómo funciona el sistema y cuáles son las orientaciones que reciben respecto a las canalizaciones. Resulta muy fuerte comprobar que las decisiones respecto a la atención de las mujeres no están motivadas necesariamente por razones de salud sino también como un mecanismo de evitar trabajo y posibles conflictos. Por ello, resulta mejor para los médicos del primer nivel, enviar a todas las embarazadas al siguiente, incluso cuando ello no es necesario.

“La indicación administrativa que nosotros tenemos es mandarlas a San Luis y para nosotros es menos papeleo. Cuando un parto es normal sale sólo y en el centro de salud se tiene igual o mejor equipo que el que tienen en San Luis para atender un parto. Es que tienes un parto eso

implica que no vas a dormir y es un rollo de papelería. Y si se te complica porque no eres Dios puedes perder la carrera. Entonces pues mejor enviarlo a San Luis. Igual hay mujeres que abortan, porque les pegan, porque se ponen el método, y abortó entonces hay que hacerles legrados y las mandan hasta Ometepec. Entonces yo dije: los voy a hacer aquí, yo sé hacerlo, es fácil, yo tengo el material. Pero ya no. Los voy a mandar porque la indicación es mandarlos a Ometepec; de preferencia mándalas. Si los haces tienes que hacer muchísimo papeleo y si algo llega a complicarse vas a perder tu carrera. Porque aparte los medicamentos que se necesitas no los da la secretaría entonces los vas a tener que poner de tu bolsillo. Entonces mejor los vas a mandar a San Luis.

Si la gente no quiere irse a San Luis la forma de resolverlo es la consejería. En todas las consultas le tienes que decir: mire señora es necesario que en el momento del parto vaya a San Luis. Y lo tienes que justificar. "Mire yo le recomiendo que vaya por esto, por esto y por esto. Si ya a última hora ya ve que viene la cabeza pues entonces vaya y me busca". Yo sé que la mayoría o van al hospital o se van a ir a buscar a la partera. Y está bien. Yo en cada consulta hablo con ellas y les digo que deben ir al hospital. Y se los digo en las consultas. "Mira yo te recomiendo que vayas al hospital porque te puede pasar esto, te puede pasar aquello". Voy a seguir haciendo pláticas para que ellas se atiendan bien, buscando que ellas estén mejor, pero si a pesar de esa labor no se logra, ni modo porque esa es la labor, las convences, pero si no se logra pues a lo último hay que bajarlas aunque les violes sus derechos y tengas que llamar al comisario para que baje (es decir, para que acuda al hospital de San Luis).

Es difícil porque se congestiona pues todo el mundo le quiere dejar el trabajo al otro. Pero es por esa misma tensión que le van mandando los programas. Porque Acatlán, primer lugar en muertes maternas. Ah pues nadie se quiere echar esa bronca. Mejor la mandan. Ayer no sé si me alcanzó a escuchar; le conté que es una vergüenza que cuando yo estuve en Acapulco recibí una paciente envuelta en un petate. Era una ecláptica. Y la llevó un médico de urgencia. Y la llevó envuelta en un petate. La llevó sin canalizar, sin tratamiento y se nos murió en la sala de urgencias. En el hospital general de Acapulco. El año pasado. Cuando estaba haciendo mi año de internado. Y aparece reportada como muerte materna en Acapulco. Si en Acapulco.

Cuando estuve en el hospital de Iguala, se nos murieron cuatro, pero es que llegaban ya en un estado que solo Dios las salvaba. Y las manejaron mal y cuando ven que ya están mal las mandan a Iguala. Y aparecen reportadas en Iguala, pero no son de Iguala, son de otros

*lugares.*¹⁹⁴

Esto nos remite al análisis de multirechazo hospitalario analizado por Collado (2010) en la Ciudad de México, y que también opera en Guerrero. El hospital regional de Ometepec está saturado en su capacidad de atención a salud materna, pues sólo cuenta con dos ginecólogos para atender los partos y consultas prenatales canalizadas de los 15 municipios existentes en la región. Como podemos imaginar, el sistema colapsa ante la enorme demanda existente y es claro que en estos contextos las parteras juegan un papel central para la salud, pues simplemente no habría capacidad de atender todos los partos previstos, al interior del sector salud. Esto ha sido documentado otros autores (Freyermuth, 2003; Quatrocchi y Guémez, 2007; Paredes, 2012; Ortega 2010, Freyermuth y Sesia, 2009), para diversos estados del sureste,

Estas indicaciones constituyen una contradicción pues las mujeres de mayor edad son permanentemente cuestionadas por sus decisiones de atención en casa y se les persigue durante el embarazo para incorporarlas al control prenatal y al parto hospitalario. Lo paradójico es que con estas decisiones respecto a sus prácticas de atención del parto contribuyen a reducir el congestionamiento de los hospitales y a encubrir las enormes dificultades del sector salud para garantizar sus metas de 100% de cubrimiento de parto hospitalario como ha sido planteado por el Seguro Popular.

La Casa de la Mujer Indígena (Cami) “Nellys Palomo”, presta además servicios de atención con parteras, en la posición definida por las mujeres y con el acompañamiento de sus familiares; utilización de la dieta acostumbrada en la región para garantizar el equilibrio frío-caliente; entrega de la placenta a los familiares para realización de los rituales correspondientes asociados al nacimiento, y cuenta con las instalaciones para realizar los primeros baños posterior al parto, con agua caliente, tal como se establece en el sistema de atención tradicional.

Existe entonces una contradicción en los planteamientos de la SESAEG al indicar que los partos eutócicos sean atendidos en hospitales de primer nivel¹⁹⁵ y al mismo tiempo, negar el derecho de las mujeres y sus comunidades a mantener espacios de preservación de su propia identidad

¹⁹⁴ David. Médico pasante de Cuanacaxtlán. Entrevista realizada en septiembre de 2008.

¹⁹⁵ Indicaciones verbales expresadas por los responsables de la capacitación a médicos pasantes en agosto de 2008. Diario de campo.

cultural, donde puedan desarrollarse libremente estas prácticas de atención en salud desde su propia perspectiva. De nuevo los argumentos médicos se utilizan para encubrir las relaciones de jerarquía y poder, e incluso de racismo, que caracterizan en estos contextos el funcionamiento del modelo médico hegemónico, tal como ha sido señalado por Menéndez.

7.5 El papel de la red familiar y social en el cuidado de la salud durante el parto

Hemos visto a lo largo de este capítulo las tres formas de atención durante el parto: la tradicional con partera, la autoatención por parte de la mujer o sus familiares y la biomédica. Al igual que en el embarazo, durante el parto entra en funcionamiento la red de relaciones sociales que se construye a partir de los enlaces, de las uniones conyugales, y que incluye una serie de obligaciones y responsabilidades respecto a la mujer que se integra a la otra familia en calidad de nuera. Se pone en acción un mecanismo de reciprocidad en tanto se espera que las hijas sean atendidas por otras mujeres, suegras y cuñadas, del mismo modo en que una familia determinada, cuida de otra mujer que llega al núcleo familiar.

Las madres no cuidan prioritariamente de sus hijas sino de sus nueras y esperan que las otras suegras cuiden de sus hijas del mismo modo. Como estas situaciones son públicas y todo el mundo en la comunidad sabe y comenta el modo en que la nueva familia se hace cargo de la parturienta, es posible esperar el mismo trato cuando llegue el momento del parto de alguna integrante de la propia familia.

Esto requerimos entenderlo en el contexto de los momentos del grupo doméstico. La obligación de atención por parte de los suegros, enmarcado en las relaciones de reciprocidad entre familias, opera más claramente en los primeros partos, cuando las mujeres aún comparten la residencia con su familia de alianza, poseen poca experiencia reproductiva y son consideradas como menores de edad social. Esta importancia de las redes familiares ya ha sido documentada por Freyermuth (2003) para el caso de Chiapas.

Incluso cuando no hay una relación directa o cuando la familia de la mujer mora en otra comunidad, la idea de responsabilidad no desaparece y así es asumida por las dos partes. En el hospital de Ometepec se puede observar cotidianamente suegras, suegros, esposos y cuñadas haciéndose cargo de las parturientas. Igualmente a nivel de la comunidad, quien llama a las parteras, acompaña al centro de salud o al hospital, y en general está pendiente de todo el

proceso de embarazo, parto y especialmente el puerperio, es la suegra. Incluso entre las no indígenas se mantienen este tipo de relaciones.

Durante el parto se ponen en juego una serie de elementos relacionados con el papel de las redes, una vez se toma la decisión de acudir a una instancia hospitalaria. Un aspecto que marca la experiencia de varias mujeres, es el temor frente a lo desconocido, particularmente las implicaciones de salir de la comunidad, desplazarse a una ciudad desconocida e insertarse en las lógicas hospitalarias. Parte de este temor se sustenta en la posibilidad de que algo pueda acontecer durante ese período y la mujer se encuentre sola o sin una red de apoyo disponible para velar por ella.

Frente a esta situación, aparecen las redes familiares y comunitarias (Menéndez, 1993), entre las cuales entran de manera importante, las redes de personas con conocimiento de los códigos culturales de las instituciones de salud y habilidades para moverse de manera eficiente, en la lógica institucional hospitalaria. En ese sentido los criterios para decidir quién acompaña, no involucran sólo la experiencia en partos o la relación de parentesco con la mujer, pues también entran en juego elementos referidos al papel de mediación y/o traducción cultural.

En ocasiones este papel es ocupado por los varones en tanto se espera que asuman ese rol como esposos o parejas, pero también porque generalmente tienen mayores recursos de diálogo derivados de su experiencia de contacto e interlocución con otros actores fuera de la comunidad, lo cual incluye el acceso a recursos como el bilingüismo, posiblemente un nivel mayor de escolaridad y experiencias laborales o comerciales que han incluido su movilidad en la región. También las promotoras comunitarias en salud juegan un papel fundamental para algunas mujeres gestantes o en proceso de parto, especialmente si se trata de una complicación, en tanto asumen un lugar protagónico de mediación entre los dos mundos.

Participación del varón en los partos

Como señalé anteriormente, la autoatención remite a elementos del orden colectivo y a la participación de actores no profesionales en el cuidado de la salud, pero que juegan un papel central para el mantenimiento de la misma. En las experiencias concretas de parto, tanto hospitalarias como tradicionales, encontramos la presencia de familiares y vecinos como ayudantes concretos del mismo. En este apartado me referiré a la participación de los varones

en el proceso de cuidado en esta etapa, particularmente durante el parto.

Existe una percepción general en el personal de salud de la región respecto a la poca participación de los varones en el proceso de cuidado en la gestación. Esta es una de sus principales quejas respecto a la población pues según ellos, varios casos de muerte materna o complicaciones son originados por el poco interés de los varones o sus resistencias culturales a permitir la atención.

Al observar la dinámica cotidiana es claro que los varones aparecen en diferentes momentos del proceso de gestación, asumiendo funciones específicas, la mayoría asociadas a su rol como proveedor. Sin embargo, en las prácticas concretas de atención también es posible observar su presencia durante las tres etapas, si bien han cambiado los escenarios y el modo en que se vinculan, justamente por una mayor medicalización del proceso. Para las mujeres mayores y sus parejas, hay una presencia importante de varones como ayudantes durante el parto mismo, especialmente en mujeres con gran número de gestas quienes a menudo han tenido partos en casa solas o con la compañía de su pareja, e igualmente durante el puerperio en los baños de hierbas y otras actividades para el mantenimiento de la salud. Para los más jóvenes estos cuidados en el puerperio desaparecen, para dar lugar a un acompañamiento durante el parto hospitalario, y ayudar durante el mismo en acciones de cuidado a la mujer y el bebé.

Al conversar con varones entre 50 y 70 años, queda claro una importante participación de los mismos durante el parto y el puerperio. Debemos considerar que para muchos de ellos, los partos de sus hijos ocurrieron en condiciones muy adversas y sin suficientes recursos de atención pues en no pocas ocasiones vivían en ranchos fuera de la comunidad. Esto hacía que a los hombres les correspondiera llamar a la partera al momento del parto o bien hacerse cargo del mismo sosteniendo a la mujer para que hiciera fuerzas, poniendo a calentar el agua para bañarse posteriormente, recibiendo al bebé al caer, verificando la salida de la placenta, cortando el cordón umbilical y enterrando la placenta luego del alumbramiento, según los procedimientos acostumbrados en cada comunidad. La mujer por su parte, preparaba los implementos necesarios para calentar el cuerpo (tés, cobijas), hacía la fuerza para dar a luz, se bañaba a sí misma luego del nacimiento, sólo de la cintura para abajo a fin de evitar enfriamientos, bañaba al bebé y de inmediato comenzaba a amamantarlo. Estas prácticas de autoatención son relatadas por Enemesia, amuzga de cuarenta años con 14 gestas, y su esposo Enrique al conversar juntos sobre sus experiencias.

“Solos estuvimos en tres partos. Sólo los dos. Dejamos que él bebé solo cayera ya después él

me suelta, yo me apoyo en la silla, y él mira si el bebé cayó con todo y placenta. Entonces él mira y sale un poquito el bebé y checa que ya baje cualquier líquido. Y si ya salió la placenta. Así estuvimos nosotros dos solos, en el parto de mi hija Erika, en el parto de otro bebé que se me murió, de mi hija Ernestina. Yo sé que ya es la hora porque yo sentía que mi bebé ya iba embocando. Ese momento en el que el bebé va embocando ella no puede caminar ni para adelante ni para atrás, no puedo sentarme ni acostarme. Entonces yo ya sé y tiendo trapos, y pongo un petate y tiendo trapos que ya no sirven, entonces yo ahí me hinco para que el bebé no se ensucie.

Fíjate que una ocasión me sucedió, creo que fue cuando iban a nacer mi hija Ernestina, que iba yo de salida porque me iba para el hospital pero ya luego en el camino me arrepentí, porque tenía que caminar una distancia como de aquí al palo de mango, para poder agarrar el camino allá llegando, mitad de camino me regresé y le dije siento que ya no voy a llegar, siento como si ya el bebé se está embocando entonces lo que yo hago es regresarme. Y yo creo que si no me hubiera regresado mi bebé hubiera nacido mitad de camino. Y lo que llegué a la casa, para preparar mi trapo, y ya de cada parto yo siempre alistaba algo porque me va servir la ropa que ya está vieja para enrollar a mi bebé. Entonces yo ya alisté dos, tres trapos gruesos que no me lastimaran ¡porque lastima eh! y ya lo que hice fue hincarme, entonces entre lo que él me hizo el té, porque a mí lo que me sirve para los partos es mi tecito de chocolate y le ponía yo dos sobres de comino, el comino también sirve como para calentar el cuerpo. Porque aquí la creencia de nosotros es que el cuerpo está muy frío y por eso no avanza el proceso del parto. Porque vi que así me atendió una partera con mi tercer niña allá en Cuaji¹⁹⁶. La partera me posó dos sobres de comino y media tablilla. Le echa una ampolleta de vitamina. Pero en el momento que me llega eso mi estómago, yo siento que me llegan los dolores. Y la bebé para fuera. Entonces yo ya lo hice porque sabía que eso me servía.

Y en el tiempo que estuvimos con él en el monte, entonces lo que yo hacía era alistar mi chocolate, mis ampolletas y mis sobres de comino. Si veo que no me apura mucho entonces pongo hacer mi té comino, le pongo media tablilla de chocolate, me tomo mi vaso y al momento me apura el dolor. Así que él ya sabía y cuando ya yo no tenía ni ganas de ir a poner él té, él me decía: ¿dónde guardas el comino? ¿Dónde guardaste el chocolate para hacerte tu té? Y enfriando y enfriando y yo ya me lo tomaba. Y ya mientras tanto él se iba alistando, iba

¹⁹⁶ Cuajinicuilapa, Guerrero. Una población afromestiza cercana a Huixtepec donde ella había vivido previamente.

buscando la tijera y el hilo para amarrarle el ombligo al bebé y el bote del alcohol.”¹⁹⁷

Una vez finalizada esa fase, si no se contaba con familiares o vecinos cerca que pudieran ayudar, el hombre garantizaba también la alimentación de su esposa, aunque fuera de manera precaria, si bien esta parte a menudo era asumida por otra mujer. Donde sí intervenía nuevamente el varón, según sus propios relatos, era en la consecución de las hojas necesarias para el baño con hierbas. Ellos las buscaban en el monte, lo cual implicaba un conocimiento de las mismas y sus propiedades el cual habían adquirido con sus propias esposas, o con las parteras en el proceso. “Ahí fui aprendiendo” dice don Beto Díaz al preguntarle cómo aprendió; “Yo veía a mi mamá como la atendían” señala don Beto Ponce; “Con mi suegra” manifiesta don Enrique. Una vez seleccionadas las hojas, la responsabilidad de hervirlas y ayudarlas con el baño durante varios días, también los involucraba.

Un elemento interesante de diferencia cultural entre hombres mixtecos y amuzgos es la existencia de parteros varones entre los primeros, lo cual nunca he observado en la región amuzga. En la comunidad de Buenavista y sus anexos existen cerca de cuatro parteros que de manera regular atienden a las embarazadas igual que las parteras mujeres. La mayoría de ellos aprendieron con sus suegros o suegras, e incluso varios en la experiencia de atención a los partos de su pareja. Don Enrique, el esposo de Enemesia, es mixteco pero vive en la comunidad amuzga hace más de 20 años. Él aprendió con su suegra mixteca y ayudó a atender los partos de su esposa. Luego del fallecimiento de su primera esposa se casó con Enemesia y también ha estado presente en seis de sus partos; de este modo, sin ser partero, ya ha atendido por necesidad debido a insuficiencia de recursos de atención, 16 partos a lo largo de su vida, todos hijos suyos con dos esposas sucesivas, una mixteca y una amuzga.

“Yo aprendí con mi suegra que era partera. La mamá de mi primera esposa. Y era de las buenas parteras, sólo que en aquellos tiempos no había para que trabajaran con doctor pero ella si era buena partera. Yo veía, y ella me decía cómo hacer, y yo así le hacía, al aventón, porque como yo no sé. Entonces tu suegra te iba indicando, agarra el manto, así haga. Y cuando ella se sienta mal haga así. Así porque ya en esa época ella estaba mal. La primera vez que la ayudé así nomás en el puro aventón, no pensé si lo estaba haciendo bien o si lo estaba haciendo mal. Quién sabe. Pero yo le ayudaba. Si así fue, en todos los partos de mi esposa estuve yo ayudando. Buscaba yo entonces la partera y ahí estoy yo con ellos. Namás la

¹⁹⁷ Enemesia Morales Pablo y su esposo Don Enrique. Huixtepec. Entrevista realizada en diciembre de 2008.

veía, recogía el niño. La sostenía yo en la cintura, de acá, la abrazaba fuerte en la cintura y ella se sostenía de mi cuello.

Mi suegra ya sabía, ya tenía el remedio apartado. Ya después cuando nos salimos y nos vinimos para acá (con Enemesia), después me tocó sólo con la partera. Ya lo arreglaba yo, también tocaban sus cuidados, no fue con médico. Y así llegaba otro. Le daba su té de comino, tablilla de chocolate (para apurar el parto). Ella ya tenía listos sus remedios. Ella me decía ya el remedio está listo, sácalo y me lo tomo.”¹⁹⁸

En varios partos, la atención del mismo implicaba también la amarrada del cordón umbilical. Según él, lo aprendió al tanteo pero Enemesia lo señala con mucho orgullo como algo que sabe hacer. Refiriéndose al parto de su primera hija en común narra:

Como dos horas nomás duré con dolor y ya nació. Él, mi marido, le trozó el cordón umbilical, todavía mandó llamar a mi mamá, pero cuando mi mamá llegó ya había pasado todo, ya le había trozado el cordón umbilical. Por eso sí es diestro para amarrar ombligos. Porque hay vez que quedan mal amarrados y empiezan a sangrar, mis bebés quedaron bien amarrados, porque él los deja bien apretados.¹⁹⁹

Observamos entonces que entre las personas de mayor edad, existía participación de los varones en los procesos de atención al parto y al puerperio como lo veremos en el capítulo siguiente. Igualmente, de otros integrantes de la familia pues existe todo un entramado de compromisos, deberes y derechos involucrados en la institución matrimonial, del cual las prácticas de atención a la salud son parte, pero también lo son incluso las de prevención y atención de situaciones de violencia al interior de la pareja.

Ahora bien, este entramado de redes sociales que tenderían a proteger a la mujer y garantizar su integridad o su salud en todos los sentidos, convive con una normatividad de género que justifica el lugar subordinado de la mujer, naturaliza el ejercicio de la violencia doméstica y centra el control de la toma de decisiones en los varones en primer lugar y en las generaciones más grandes en segundo lugar, es decir, suegros, padres, pedidores, etc.

Estas relaciones de género permiten entender cómo conviven tales prácticas de cuidado con decisiones de no atención en casos de emergencias obstétricas, sustentadas en la noción de control sobre las decisiones y sobre el cuerpo de la mujer que finalmente han conducido a la

¹⁹⁸ Don Enrique. Huixtepec. Entrevista realizada el 9 de diciembre de 2008.

¹⁹⁹ Enemesia Morales Pablo. Huixtepec. Entrevista realizada el 9 de diciembre de 2008.

muerte. Varios casos de muerte materna en el municipio de San Luis, especialmente hace varios años, obedecen a estas lógicas de control, donde era preferible la muerte a permitir la revisión del cuerpo femenino por parte de otro varón. Evidentemente muchos de los fallecimientos obedecen a condiciones muy difíciles de acceso, disponibilidad de servicios, atención oportuna, condiciones económicas, o poca capacidad resolutive en las instancias de salud, pero al mismo tiempo ésto se entremezcla con lógicas culturales que no son totalmente coherentes entre sí.

Al mismo tiempo observamos en las prácticas concretas actuales un debilitamiento de estos mecanismos comunitarios para garantizar el cuidado de la salud de la embarazada, pues se reducen el número de uniones según los mecanismos tradicionales y por tanto se transforma el lugar social del pedidor y de la alianza entre las familias. Evidentemente la responsabilidad de los suegros respecto a la salud de su nuera se mantiene y es asumida por ellos como una práctica cotidiana; sin embargo, el papel del pedidor o del padrino podría estar siendo remplazada en el caso concreto de la salud materna, por las promotoras comunitarias en salud, el personal de salud y en menor medida, las vocales del programa Oportunidades²⁰⁰.

Parte de las estrategias utilizadas en la región por las promotoras para promover el cuidado a la salud de las gestantes, ha sido involucrar a parejas y suegras en este discurso, hacer visitas domiciliarias a mujeres que presentan situaciones de posible riesgo, e incluso utilizar un discurso de derechos para responsabilizar a los varones reticentes si algo le pasa a su pareja. En ese sentido han involucrado también a las autoridades comunitarias para que ejerzan labores de convencimiento, consejería y exigencia de cumplimiento, a estos varones. Tal vez está teniendo lugar un proceso de transformación de los actores tradicionalmente garantes de este orden, cuyo objetivo final es el bienestar comunitario mediante la salud de todos sus integrantes.

Por otra parte, nos encontramos con modificaciones en las prácticas mismas de atención por factores que han sido impactados por el deterioro de las condiciones económicas, así como por el acceso a nuevos recursos de atención y discursos biomédicos en torno al cuidado de la salud que colocan el énfasis en el embarazo, más que en el parto y a factores como la

²⁰⁰ Mujeres beneficiarias del programa de Desarrollo Humano Oportunidades, elegidas por sus compañeras para asumir el cargo de vocal. Ello implica que asumen funciones de coordinación, gestión e intermediación entre el programa y sus beneficiarias, para el desarrollo de acciones asociadas al mismo como convocar reuniones, verificar o implementar el programa nutricional para menores con bajo peso, apoyar al personal de salud en campañas diversas, organizar recolección de fondos entre las beneficiarias para el desarrollo de actividades diversas, entre otros.

migración que reducen la presencia masculina en las comunidades, o que propician la salida de mujeres, de tal manera que sus partos tienen lugar por fuera del territorio, en donde dichas prácticas son difíciles de mantener.

Al transformarse prácticas como la del temazcal durante el puerperio, y ser remplazadas por el baño con agua de hierbas únicamente, el ámbito de intervención del varón se reduce, pues esta actividad queda a cargo fundamentalmente de la suegra o de otras mujeres. Por otra parte, cuando el parto ocurre en ámbitos hospitalarios, hay una participación interesante de los hombres que se puede observar en los hospitales de San Luis y Ometepec, acompañando a su pareja durante el proceso, comprando los medicamentos, autorizando procedimientos, recibéndolas a la salida para garantizar el traslado, pero sobre todo, interactuando con el personal de salud como interlocutor directo a nombre de la mujer. En no pocos casos, los médicos en el hospital se dirigen a los varones para explicarle o pedir autorización para realizar procedimientos obstétricos o de planificación familiar, dar las indicaciones respecto a medicamentos entre otras, aun cuando las mujeres estuvieran allí presentes. Por supuesto el momento del pago y trámites de salida se realiza con los varones, así como todo lo relacionado con asuntos económicos, en tanto la función de proveedor no se ha modificado.

A modo de conclusión

Hemos visto en este capítulo las dinámicas actuales de atención al parto mediante un análisis de las trayectorias de atención y los elementos que inciden en la decisión del curador al cual acudir en ese momento. La tendencia parece indicar un incremento cada vez mayor del parto hospitalario entre las mujeres indígenas de la región, especialmente las de mayor edad.

Identificamos también las prácticas de atención desarrolladas durante el parto en cada uno de los sistemas de salud y alguna diferencias entre ellos, especialmente en lo relacionado a los actores que participan, los procedimientos utilizados, la simbolización de la placenta y el uso que se le da a ésta.

Las trayectorias de atención nos muestran entonces las dinámicas asociadas a la toma de decisiones respecto al parto. Las trayectorias caracterizadas por atención exclusivamente con parteras o prácticas de auto atención, pertenecen mayoritariamente a mujeres mayores de 25 años de edad y las razones de tales decisiones se inscriben en las ausencias de otros recursos de atención además de las parteras, en la costumbre o experiencias previas de otras

integrantes de la unidad familiar; de aspectos relacionados con el miedo o la vergüenza de ser vistas, o bien, temor ante lo desconocido; así como la posibilidad de contar con recursos disponibles para salir de la comunidad en busca de atención.

Las trayectorias mixtas por su parte, aparecen mayoritariamente en mujeres de mediana edad, y especialmente en las historias de quienes han vivido procesos migratorios dentro o fuera de México, donde el recurso de atención disponible era exclusivamente de tipo biomédico. Igualmente nos aparecen aquí historias relacionadas con complicaciones o riesgos obstétricos, que implicaron la búsqueda de ayuda en instituciones hospitalarias. En todos los casos la trayectoria se desplazó de la atención tradicional a la biomédica; no hubo ninguna en el sentido inverso lo cual nos hace pensar que posiblemente, mujeres jóvenes que iniciaron su trayectoria en instancias de salud, mantengan ese patrón y se continúe reduciendo la atención con parteras en las siguientes generaciones.

Finalmente, las trayectorias exclusivamente biomédicas, corresponden a mujeres jóvenes con muy pocas gestas, por lo cual es difícil identificar su evolución en una misma mujer. Los casos donde han tenido más de dos gestas en instituciones hospitalarias corresponden exclusivamente a mujeres migrantes.

La participación de la red familiar incluyendo los varones es de importancia en este proceso, aunque con el incremento del parto hospitalario se desplaza su papel hacia un rol de proveedor económico para asumir los costos del parto como acompañante en la gestión pero no en una participación más activa en el proceso de alumbramiento y puerperio inmediato como se acostumbra en los partos tradicionales. Al mismo tiempo, en este proceso de intermediación frente al Estado, ganan peso actores con capacidad de moverse entre los dos mundos, como son promotoras, intérpretes y organizaciones sociales.

El capítulo nos permite asomarnos al funcionamiento de los servicios de salud materna hoy en la Costa Chica de Guerrero, ubicando también las dificultades para su operación en relación con las canalizaciones entre el primer y segundo nivel, capacidad resolutoria, subutilización del primer nivel y una ausencia de pertinencia cultural en los servicios de salud materna ofertados, en una región pluricultural y mayoritariamente indígena como la analizada. De este modo se responde parcialmente la pregunta en torno a cómo el sistema de salud mediante la prestación de servicios de salud materna constriñe las decisiones reproductivas y prácticas de

cuidado durante el embarazo, parto y puerperio, reproduciendo desigualdades y exclusiones. La mayor presencia institucional del sector salud ha significado para las mujeres una ampliación en las posibilidades de atención durante el proceso reproductivo, un elemento externo que ayuda a equilibrar las desigualdades de género y generacionales existentes a nivel comunitario. El discurso oficial de la Secretaría de Salud otorga una importancia fuerte al embarazo y parto como el mecanismo para prevenir muertes maternas, lo cual permite a las mujeres tener más argumentos o desarrollar nuevas prácticas de cuidado en esta etapa. Igualmente es claro que en la última década se han ido generando mecanismos orientados al incremento del parto hospitalario y esto se ha logrado.

Al mismo tiempo, el sistema mantiene una lógica de funcionamiento tan hegemónica que niega cualquier resquicio de apertura a los saberes y prácticas tradicionales de las mujeres de tal manera que cuando una parturienta ingresa al mismo sabe que debe asumir la normatividad institucional existente y todos los posibles maltratos o deficiente calidad de atención recibida como parte de la lógica de funcionamiento. Las mujeres, aunque así lo desearan, saben que no pueden contar con la presencia de parteras o acompañantes ni tampoco elegir posición, tomar líquidos, o evitar procedimientos rutinarios como las episiotomías y canalizaciones. Los elementos incluidos en la noción de parto humanizado están lejos de la realidad que enfrentan las mujeres en la región y mucho más la adecuación intercultural de los servicios de salud materna. En este sentido la pregunta respecto a cómo los sistemas institucional y comunitario posibilitan el ejercicio de derechos por parte de las mujeres estaría mediada por la experiencia reproductiva de las mujeres, su conocimiento de derechos, el lugar que ocupan en la estructura familiar pues en general son vistas como “pacientes con poco conocimiento” o como “menores de edad que requieren ser guiadas”.

CAPÍTULO 8

ACCIONES DE CUIDADO DURANTE EL PUERPERIO

El puerperio constituye la última parte del proceso reproductivo biológico. Técnicamente se enmarca entre el parto y los 42 días posteriores al mismo. En el lenguaje coloquial de las mujeres de la región es más conocido como “la cuarentena”. En este capítulo se analizarán las prácticas de atención a la salud tradicionales y biomédicas durante este último periodo, considerando el papel de la red familiar y el trabajo reproductivo en el puerperio, así como algunas prácticas de cuidado con el recién nacido.

8.1 Prácticas tradicionales de atención en el puerperio

Uno de los primeros elementos a señalar en relación con el puerperio, pero directamente vinculado al alumbramiento posterior al parto, es el manejo de la placenta. Esta cumple una función muy importante a nivel simbólico y existen una serie de procedimientos a realizar con ella desde la perspectiva de los saberes tradicionales. Así lo relata una mujer amuzga:

Entonces la partera mide la placenta, la troza, mide al bebé, le amarrar el ombligo al bebé y lo troza. Y se envuelve la placenta con trapo limpio y se mande enterrar. Hay gente que la entierra cualquier lugar, sólo que la entierra hondo. Para que tampoco la saquen los animales. No necesariamente se tiene que enterrar en la parcela de la familia. La idea es enterrarlo hondo, hay mucha gente que la entierra hondo y le pone sal, porque la creencia es -dicen ellas- que porque si no, le cae el rayo. Entonces en el momento de enterrar se le hace una oración encima para que no lo saque el rayo. Y si se entierra muy por encimita, entonces también se llama al rayo en temporadas de agua. Y entonces la gente ya lo entierra hondo y le echa su puño de sal. Y la tapa bien. La creencia es que si una mujer no entierra la placenta, el bebé se enferma de los ojos, le empieza a salir mucha chiquiña²⁰¹ y no sana el bebé.

La placenta se entierra en algún lugar lejos de la comunidad, porque estábamos platicando que alguna gente dice que se le tiene que poner sal para que no caiga el rayo, por eso es que la gente va y la entierra lejos, para que si le cae el rayo no vaya a afectar a la comunidad. Entonces no es que de preferencia haya un terreno destinado para eso, no, sino que se entierra

²⁰¹ Una especie de lagañas en los ojos.

en cualquier terreno. Lo importante es que será hondo y que se le ponga la sal para que no le caiga el rayo. Se hace el pozo, se le riega la sal y ya se le echa tierra.

Cuando se le cae al bebé el ombligo se guarda para que no sólo sea el animal, a veces se los lleva la cucaracha o el ratón. Entonces se guarda. En un lugar muy especial, porque si aquí se enferma al bebé, lo que nosotros llamamos mal de ojo, se pone a hervir el ombligo y con esa misma agua se lava el ojito y se compone. El mal de ojo da, mucha gente dice, porque le azota aire al bebé o porque alguien le hizo ojo al bebé. Y entonces ya puede poner a hervir el ombligo y ya con esa agua se le quita al bebé. Cuando sale “chiquiña” en los ojos al bebé. Para eso es que se pone a hervir el ombligo y se guarda bien un año. Ya después del año se decide si también lo van a enterrar o si lo amarran encima de un palo, con un hilito, se sube el hombre o manda a un niño para que se suba hasta arriba. Sea mujer, sea niño, así se hace. La placenta va en la tierra y el ombligo va en el árbol.²⁰²

Entre las mixtecas existen representaciones similares respecto al papel de la placenta y el ombligo, así como en relación a los procedimientos a realizar con ellos inmediatamente después del parto.

Al nacer después que arreglaron al niño ya queda la partera y empieza a voltear la placenta, pero le digo porque ella es capacitada, la empezó a golpear, la revisaba bien y la lavaba, la lavaba haz de cuenta una panza, la panza de un animal, la extendía ella bien, entonces buscaba una tela blanca, si es manta o es tela de algodón, popelina o lo que fuera pero que fuera una tela blanca, la envolvía, bien, bien, cubierta y ya la ponía... dentro de una jícara, una jícara nueva de preferencia una jícara que debe ser más chica y va a ir tapada de una más grande para que la cubra y no le caiga tierra, entonces ya hace un hoyo y ya, entonces el papá del niño escarba el hoyo y entierra la jícara y entonces pone la jícara grande sobre esa chiquita, va tapada, la partera la va poniendo ahí con él...,ya entonces ahora si tápala... la tapan y ponen una piedra encima, para que no vaya el perro a escarbar ahí. La entierran en el patio, en el patio, por ejemplo acá si puede ser bajo ese palo o mas allá pegado al lado del baño, ahí tienen que escarbar para que lo entierren.

El ombligo se espera, se le recomienda a la mamá que debe tener mucho cuidado al niño que ese ombligo no lo vaya a llevar el animal entonces, lo agarran lo meten en un trapito lo amarran y lo cuelgan, lo cuelgan en la casa para que se seque. Ahí de la casa lo cuelgan, toman un nylon o un papel ahí lo amarran, lo cuelgan pero tiene que ser un lugar despejado

²⁰² Enemesia Morales.48 años. Amuzga. Huixtepec. Entrevista realizada en diciembre de 2009.

al lado de la cama, pero algo que no puedan bajar la gente, los chiquitos, los niños. Muchas veces la curiosidad de los abuelos dice ¿mira este ombligo...? voy a curar mi nieto para que no vaya a llorar, para que le rindan las cosas, para que, él va a ser hombre, va a trabajar, va a hacer milpa y le rinda su trabajo, entonces vamos a curar este ombligo de él y sahumarlo dice, entonces este ombligo lo tenemos que mandar al río, pero lo curan, ese ombligo se cura antes de tirarlo al río para que ese niño, tenga cosecha, le rinda el trabajo, todo lo que él haga, que se multiplique pues.

Para curarlo consiguen flores, buscan vela, copal y todo eso, ponen el ombligo sobre las flores ahí, empieza el señor a hacer oraciones, así en dialecto en el mixteco, y entonces empiezan a rezar y ya sahúman al niño, sahúman a la mamá, entonces ya lo llevan, la flor envuelta y la echan al agua. Esto se hace puede ser a un mes, puede ser a dos meses. Cuando el niño llora mucho también dicen que es porque no han curado el ombligo, entonces el ombligo ya sea que se puede... es mucho la costumbre de enterrarlo pegado del metate si es niña pues para que sea una mujer trabajadora, que pueda hacer su quehacer y toda esas. Y el niño en el arroyo, para que cuando cruce el río no se vaya a quedar pues, para que pase, que sepa nadar, sí para eso acostumbran, sí.

Entonces la placenta la entierran para que no se tire, se entierra en el pozo para que el niño esté libre de problemas, por ejemplo alguna infección, que no se vaya a infectar de sus ojitos, que no se vayan a salirle granos o que le llorara, que le salieran lagañas en los ojos, de eso no había gota, no había, sino que tener ese cuidado y con bañarlo con agua tibia, bien, bien bañadito al niño, se evitaban muchas cosas y para eso lo hacían. Yo lo hice con mis dos primeros hijos pero con Vladimir no porque él nació en el centro de salud y quién sabe cómo hizo la enfermera.²⁰³

La placenta "nace", igual que nacen los niños y niñas, es un elemento central para el sostenimiento de la vida futura y del equilibrio en la salud del recién nacido. Todos estos rituales, tanto en el caso amuzgo como el mixteco, ratifican la importancia de un elemento que para la biomedicina constituye un "desecho orgánico", y por tanto los procedimientos se orientan a garantizar adecuadas condiciones de higiene para su eliminación. Para las comunidades tiene un valor simbólico tan importante que cuando se permite su devolución a la familia, aparecen de inmediato las prácticas tradicionales relacionadas con la misma. En el total de partos atendidos en la Casa de la Mujer indígena Nellys Palomo de San Luis Acatlán, la

²⁰³ Asunción Ponce Ramos. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada el 29 de enero de 2009.

placenta ha sido devuelta por las parteras a sus familiares y en todos los casos ellos han pedido permiso a los integrantes de la casa para realizar los rituales de enterramiento en el terreno de la Casa, pues no alcanzarían a llegar a su comunidad para hacerlo.

En los hospitales de la región, igual que en todos los de la Secretaría, la placenta es desechada y no es posible para las familias hacer los rituales correspondientes que garanticen la protección del recién nacido, ni los rituales para que pueda hacia el futuro desarrollar adecuadamente sus roles o las actividades asignadas a su sexo.

Aunque las prácticas respecto a la placenta y el ombligo tengan ligeras variaciones, como quemarle el ombligo, en lugar de enterrarlo, o guardarlo por un año, es cierto que hay un fuerte significado simbólico respecto a su importancia para el futuro del recién nacido, tanto de manera inmediata, como por ejemplo prevenir o curar enfermedades propias del recién nacido, como para la inserción social en un mundo genéricamente diferenciado desde el nacimiento, mediante rituales de esta naturaleza. Todas estas prácticas son negadas y abiertamente rechazadas al interior de la institución hospitalaria, y ello se vuelve algo tan natural que las mujeres simplemente no las piden porque saben que les será negado.

De esta manera, una clara diferencia generacional derivada de la expansión de la biomedicina, tal como ha sido documentado en otros contextos, se refiere a los rituales simbólicos asociados al postparto, que ya no son desarrollados por las nuevas generaciones, más imbuidas en el discurso médico en torno a la higiene y el control de las infecciones, en los cuales la placenta, el ombligo y la sangre, son simplemente elementos de desecho natural en estos procesos, los cuales deben ser retirados de la manera más rápida. Curiosamente las mujeres parecen asumirlo con mucha naturalidad y no lo ubican como un motivo de queja o resistencia, a diferencia de su reacción respecto al tema alimenticio, de vestuario, la temperatura ambiente o el trato recibido.

La abstinencia sexual es un ámbito donde se requiere la participación del varón para la preservación de la salud femenina. Esta restricción durante 40 días no sólo se refiere a la esposa convaleciente sino a cualquier otra mujer, pues la transgresión de la norma, manteniendo relaciones sexuales con otra mujer repercutirá, no sólo en posibles infecciones de la parturienta, sino en un estado de debilidad y anemia permanente para el esposo manifestada en el color amarillo de su piel, y en lagañas y problemas visuales para el bebé. Así lo consideran en algunas comunidades mixtecas y cuando ello sucede el marido debe

remediarlo quemando de nuevo el temazcal o haciéndose una limpia²⁰⁴. Hoy día esa restricción respecto a las relaciones sexuales entre la pareja, parece ser un consenso en todas las generaciones y es compartida por ambos sistemas de salud, aunque desde la biomedicina se asocia a la prevención de infecciones y hemorragias.

Una diferencia observada entre mixtecos y amuzgos es en la concepción respecto al papel del hombre y sus responsabilidades concretas para el cuidado de la salud de su pareja durante el puerperio. A partir de los relatos de mujeres de ambos grupos, se puede deducir un mayor involucramiento de los varones mixtecos en las acciones directas de cuidado a la salud, que entre los amuzgos, donde éste parece ser un ámbito más ligado al espacio de lo femenino y por tanto en manos de las mujeres (madres, suegras, parteras o cuñadas). Entre las mixtecas de mayor edad o de comunidades más lejanas en la montaña, los hombres son responsables de montar el temazcal y quemárselo durante un tiempo que puede variar de 8 días hasta tres semanas. Durante este periodo, dada la debilidad en la cual queda la mujer después del parto por el esfuerzo realizado, el temazcal cumple la función de ayudar en el proceso de recuperación de su salud, para lograr nuevamente el equilibrio del cuerpo en relación a la temperatura, limpiar de manera integral y prevenir enfermedades o padecimientos futuros, cerrar huesos y músculos abiertos durante el proceso de parto, así como hacer un ritual final de limpieza y bienvenida al propio recién nacido.

En 2007, mientras desarrollaba un taller con hombres mixtecos de Tlacoachistlahuaca, Guerrero, sobre el tema de la participación del varón en el cuidado de la salud de las mujeres, ellos me manifestaban con orgullo algo que ya me habían señalado varias mujeres mixtecas de la zona alta de dicho municipio y de Cochoapa: son los varones quienes deben garantizar a sus esposas o parejas, una adecuada recuperación mediante la instalación del temazcal para que ella tome baño, mínimo 8 días después del parto pero se puede extender hasta 15 días. *“Por eso nuestras mujeres no son como las de la ciudad que andan ahí con las piernas todas aguadas y con las venas afueras sino que son firmes todo su cuerpo, porque nosotros les ponemos el temazcal para que se recuperen y queden bien”* me decía Francisco con vehemencia. *“Si el hombre no le pone el temazcal entonces es que es flojo y no cuida a su mujer; él se lo tiene que hacer y quemar”*.

²⁰⁴ El temazcal es una práctica para la preservación y recuperación de la salud física y emocional ampliamente utilizada entre varios pueblos indígenas en México. En el caso de los mixtecos, se utiliza también en el postparto para estimular el proceso de recuperación de la madre y también con fines rituales. Me referiré posteriormente a su uso con mayor detalle.

Al conversar con varias mujeres mixtecas de diversas comunidades de la Costa Chica sobre las diferencias en las prácticas de atención entre ellas y las amuzgas, lo primero que salió fue el uso del temazcal. Para algunas esto era algo que se mantenía y para otras correspondía a la experiencia de sus madres o suegras pero así fue saliendo este relato a varias voces:

“Cuando una mujer allá en mi comunidad se va a aliviar, el suegro o el hijo (el papá del bebé) tiene que hacer el temazcal; entonces busca a una persona que esté presente cuando nazca el bebé, lo va a limpiar, le va a hacer como un rezo, entonces nace el bebé y si el bebé nace hoy, entonces mañana la mujer, mañana en la mañana esta lista ya en la tarde tiene que bañar en el temazcal y ya le llaman, hay mujeres que se bañan en el temazcal tres semanas o alguna así que el marido no quiere quemar mucho el tiempo en el temazcal, dos semanas. Normalmente son dos o tres semanas, algunas hasta cuatro, cuatro semanas.

Se baña todos los días o depende, puede ser que un día sí y otro día no, pero hay algunas que todos los días porque hay quien dice que es así como la mujer sana, es como un tratamiento; se busca una señora que son las parteras que va a estar también ese día, que se bañe con ella pues, que se meta con ella que le vaya pegando en la espalda, la hoja, con la hoja, se cuenta la hoja, una hoja que ellos ocupan... ellos solos, entonces esa hoja la van a cortar, la cuentan pues, el primer día que empiezan, es una hoja, al segundo otra, tienen que ser trece ramas de hoja, hasta que, en Buenavista me platicó mi suegra que trece ramas de hoja, que ya cuando cumplan las trece ramas de hoja, entonces se les da un presente, le da un presente ya un guajolote, un chivo, una gallina pero se le da un presente al curandero, el que reza, pero esa hoja, es una hoja, es una hoja que le van colocando en la espalda, poniendo en un lugar pues, tiene que ser un número así determinado. El compromiso de la mujer tiene que ser, ir al temazcal, entonces ese día van a buscar a un curandero, que sea un animal que sea un chivo, un guajolote, un marrano, bueno antes usaban los marranos, pero tiene que ser un animal grande.”²⁰⁵

Esta práctica, muy común entre los mixtecos de la montaña alta, se va reduciendo paulatinamente entre las comunidades más cercanas a los centros urbanos como Cuanacaxtitlán o incluso Buenavista, para dar paso a baños de hierbas con agua caliente durante dos semanas entre las mujeres mayores, hasta baños de agua tibia uno o dos días y luego agua fría el resto de la cuarentena entre las jóvenes.

²⁰⁵ Entrevista colectiva con Apolonia Placido, Asunción Ponce y Hermelinda Tiburcio. San Luis Acatlán, Junio 20 de 2010.

Una de las razones para el abandono de esta práctica según Apolonia, mixteca de Buenavista de 37 años quien ya no lo usó, se asocia a condiciones económicas que impactan en la salud. Es decir, al finalizar el periodo de tiempo sugerido para tomar baño de temazcal, el curandero o rezandero pide un presente y él señala cuál será, pero siempre es un animal grande como un chivo, guajolote o marrano. En ocasiones, cuando las familias no tenían para darle el presente solicitado, se llevaba en compensación una gallina, pero si el curandero se enojaba por eso, podía revertir el bien que hizo el temazcal, causando enfermedad permanente o malestar.

Yo los tuve así con agua hervida cuando me bañaba, dejaron esa costumbre de temazcal lo dejaron, todavía mi mamá así hizo conmigo y con todos sus hijos. Mi suegra también, pero ya nosotros los presentes ahorita ya no, sólo con agua caliente. Ya nadie, ahorita ya nadie usa temazcal, lo perdieron, porque dice que con el temazcal se enfermaban mucho, porque el curandero te pedía un chivo y a veces cuando no tenían dinero para comprarlo no lo cumplían lo que decía el curandero sino daba una gallina para el presente y con eso se enfermaban porque a veces pedía pues el curandero, va a ser un chivo, va a ser un guajolote y a veces no le daban eso lo que decía el curandero, haz de cuenta que el curandero estaba conectado con el temazcal de lo que era pues, de lo que era costumbre y se regresa pues si no le cumples.

Y cuando el curandero dice – se va a dar un guajolote- y a veces la gente no tienen dinero para comprar eso, dan una gallina, pero ya no sana (la parturienta), se enferman porque no cumplieron el deseo que pidió el curandero para dar presente ahí en ese temazcal, ese presente lo dan, pero ya al último del día que termina de bañar la mujer que si se baña quince días o trece días, de los trece días el último termina y ya da el presente y por eso la gente ahorita ya no lo hacen porque dicen que es muy delicado porque a veces no le cumplen, no tienen para cumplirle lo que pide el curandero. Él decide pues si es gallina, pues lo que sea que él quiera que sea el presente pero si la que se alivió, la recién aliviada no sana, pasa un buen tiempo y se enferma ella o se enferma su bebé es porque no cumplieron con lo que debían de cumplir, por eso lo dejaron ahora ya casi mucha gente, casi nadie ya no usa eso ahorita en Buenavista.

Mi suegra ella platica que nada más que el temazcal lo dejaron porque ella tiene, tuvo un hijo hombre que quedo así guilo²⁰⁶ no se pudo parar, siempre todo el tiempo acostado en la cama, de la cama le daban comida, le echaban agua, no podía agarrar ni con la mano, ni con los pies,

²⁰⁶ Un padecimiento que se manifiesta en problemas de la rodilla de tal manera que las personas requieren ayuda permanente pues no pueden sostenerse solos. Al consultar a un médico de la región me indicó que corresponde a una degeneración articular de rodilla por Artritis Reumatoidea que dificulta la deambulacion.

lo levantaba y lo sentaba en una silla y lo amarraba con mecate por que el hombre estaba todo el tiempo así no se podía mover, y ella me platicó, que eso pasó por el temazcal, porque dice que cuando ella se alivió y estaba en ese temazcal ella y no sé qué paso, dice que a veces pues no siempre, a veces pasa que problemas en violencia que el marido está enojado porque no hay dinero, porque no tiene para comprar algo para el presente y con eso se enfermó su hijo, salió pues así. Y ahí otra muchacha la última hija que tuvo también salió, a todos sus hijos les paso por lo mismo, que no le tenían cuidado.

Sí es muy bueno ella me dijo, dice que es muy bueno el temazcal porque las mujeres que se acababan de salir de ahí cuando vivían de los quince días, de los trece días se bañaban eso de cada día, dice que cuando a los quince días ya se sentían sanas ellas, limpias como una mujer recién nacida dice, bien sanas del cuerpo, ellas ya no se sentían enfermas ni se sentía si tuvieron un bebé dice, nada y ni se enfermaban dice.

Toda la gente de antes que usaban temazcal son los que crecieron más y son los que estuvieron más un poco sanos que los que estamos ahorita, porque nosotros, que nos duele la cintura, que nos duele la espalda, que muchas cosas pues que se nos complica a nosotros porque ya no nos metemos en temazcal cuando, nos aliviarnos sino que con pura agua hervida, pues a mí me bañaron con pura agua hervida cuando me alivié, ya no me quisieron meter en el temazcal porque dice que es muy delicado porque a veces uno no lo sabe cuidar, así muy cuidadosamente y por eso ya, a mi ya no me hicieron eso pues.

Dicen, ahora tú te vas a bañar con agua caliente nada mas, es que del diario desde que nació mi bebé, me empezaron a dar agua así hervida, ponen a hervir en el agua la hoja de limón, o pura agua hervida así con una hoja de golpe, yo menciono una hoja de golpe que nosotros conocemos por ahí. La ponen a hervir y me baño desde el diario pues pura agua, no agua fría sino que agua tibia me bañaba yo. Es el agua de golpe del árbol porque también hay de bejuco pero esta es la de árbol que tiene la hoja brillante como la hoja del mezquite con eso me bañaban a mi porque ya ni me quisieron meter ahí porque vieron pues que sí, es muy bueno el temazcal, pero a veces por un descuido pasan, suceden casos fuertes pues que a veces se enferma y algo, no se quizás por la creencia, por lo que también uno, ay me voy a enfermar, porque no le he cumplido, entonces eso se quedan en la mente por eso sucede eso no?²⁰⁷

Así, el mantenimiento de la salud de la mujer no era una práctica exclusivamente asociada a lo femenino, pues la actividad asignada a los varones, cumplía una función estratégica para la

²⁰⁷ Apolonia Placido Valerio. Buenavista, S.L.A. Entrevista realizada el 20 de junio de 2010.

preservación de la vida y la salud de la mujer, el recién nacido y la propia familia. No cumplir esta obligación tenía consecuencias concretas en el cuerpo de la mujer, que a su vez minaban su propia capacidad reproductiva hacia el futuro, y por tanto la supervivencia del grupo familiar. La responsabilidad asignada al pedidor en el sentido de garantizar el cumplimiento de dicha función por parte del hombre, o por su familia en ausencia de éste, nos muestra además que es un asunto colectivo donde las redes se activan para garantizar el mantenimiento de buenas condiciones de salud para la mujer y sus hijos, lo cual es parte de los compromisos asumidos por la familia de alianza al momento de realizar la petición de la mujer.

Después del parto, casi inmediatamente, la partera realiza una serie de cuidados para garantizar la adecuada recuperación del cuerpo de la mujer: de alimentación, baños con hierbas o temazcal, regulación de las temperaturas corporales y reducción de las labores domésticas, aunque éste sea el ámbito menos respetado en el grupo de mujeres de mayor edad.

La función del temazcal y los baños de hierbas es la misma, consiste en ayudar en la limpieza del cuerpo y a la recuperación del equilibrio corporal que garantice el mantenimiento de la salud hacia el futuro. Según cada comunidad, se adquiere un conjunto de plantas medicinales las cuales se hierven y la infusión se utiliza para bañar a la mujer, debe hacerlo durante varios días (según la región y la partera). Los baños comienzan uno o dos días después del parto, pues después del alumbramiento, según la tradición, únicamente se lava la parte baja del cuerpo de la mujer, ya que si se baña toda, es decir desde la cabeza hasta los pies, se dice que le entra frío.

Mi mamá se bañaba con el agua de esa hoja, igual nosotras sabíamos que era juntar la hoja, hoja de limón, anona, hoja de mango, puras hojas de esas olorosas, la hervían y salía como un té, muy olorosa el agua, entonces ya nos bañaba como a las nueve o diez de la mañana, debe ser temprano, con la partera cuatro días para que nos bañen... porque le hace mal, dice la partera —interviene don Beto— ¡Ajá, Que hace mal dice! —continúa doña Asunción. Y se tenía que aguantar uno pues hasta los cuatro días en lo que preparan el agua y ya nos bañan y queda uno limpia pero en el centro de salud no, al día siguiente te bañan.²⁰⁸

Aquí no se usa el temazcal. Aquí se usa el agua tibia. Al siguiente día de aliviarse, se le pone a hervir el agua con hoja de cerezo, con hoja de limón, para que se lave ella bien, y a que se

²⁰⁸. Asunción Ponce Ramos y Alberto Díaz. Mixtecos. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada el 22 de agosto de 2008.

*caldee ella bien, bien su vientre. Y ya se arropa bien. Se amarran su trapo a la cabeza, para que no se ventee. Se pueda ventilar todo el cuerpo, porque como se bañó con agua tibia, se debe cuidar para no quedar pasmada. Hay mujer que ya a los ocho días recupera su color, pero hay otra que pasan los días y sigue quedando así pálida, esa es lo que nosotros llamamos una mujer pasmada. Necesita quemarse pues el cuerpo con agua caliente. Ya después de eso se debe cuidar.*²⁰⁹

Las nuevas generaciones usan cada vez menos el agua con hierbas, en cambio sí emplean el agua tibia, además es muy evidente las divergencias entre suegras y nueras sobre cuál tratamiento es mejor. Para las primeras, el baño es central para el mantenimiento de la salud, mientras para las mujeres jóvenes, que han parido en hospital, lo normal es bañarse con agua fría como lo hicieron en éste. Algunas de las mujeres mayores que han vivido las dos experiencias —casa y hospital—, manifiestan que son este tipo de prácticas las que hacen las diferencias entre ambos sistemas de salud y se quejan de no poder desarrollarlas en el hospital lo cual nos manifiesta las dificultades que tienen los servicios de salud en relación con la aceptabilidad de los mismos.

El baño con hierbas se inscribe en una compleja cosmovisión que tienen varios pueblos indígenas sobre la noción de frío y caliente, y la necesidad de conservar el equilibrio entre ambos. En las comunidades existe la certeza de que buena parte del éxito del parto es haber logrado “calentar el cuerpo” lo suficiente para que el parto se realice sin problemas; si la mujer está fría el bebé no va a salir fácilmente. Por ello las mujeres que optan por parto en casa, desarrollan diversas estrategias para lograrlo, ya sea a través de tés o bebidas, o amarrándose la cabeza o el vientre, acercándose a la lumbre, etcétera como lo vimos en el capítulo anterior. Al finalizar, es decir, después del “momento expulsivo”, el cuerpo sigue caliente por varios días y es necesario que la mujer sólo consuma alimentos de este tipo, incluso el agua que ingiera debe estar a esta temperatura.

Nosotras, las amuzgas, tomamos cuarenta días el agua caliente. No tomamos agua fría. Se hierve el agua y se debe tomar el agua tibia. Porque si no, nosotros decimos que queda la panza pasmada. La creencia que nosotros tenemos es que si queda pasmada después le agarra diarrea. Cualquier comida que ya come le da diarrea. Entonces ella cada vez que come, debe tomar su agua tibia. Entonces cuando ya come su yerbita esa le hace daño. Entonces la recién

²⁰⁹. Enemesia Morales Pablo. Amuzga. 47 años. Huixtepec. Entrevista realizada el 9 de diciembre de 2008.

parida siempre debe procurar tomar su agua bien caliente. Por ejemplo, hierba mora no se le da una recién parida. Entonces de preferencia cuando ya come cosas frescas debe tomar su agua bien caliente para que no le haga daño. Le puede dar diarrea. Hay mujeres que prefieren comer la tortilla con sal a comerla con la yerbita.

Allá en el hospital se alivió una señora de aquí de mis vecinas, al otro día le dieron un plato con frutas, en el plato tenía melón, sandía y también naranjas. Y nosotros en la comunidad no acostumbramos comer la naranja, ni la sandía porque es fresca, porque le hace daño, le agarra diarrea. Y nosotros aquí no, el queso no se le da fresco, se asa en el comal. Aquí no le damos nosotros la tortilla blandita, porque decimos nosotros que se empacha, se le da la tortilla así medio tlayudita. Ni carne fresca, porque decimos nosotros que se pudre allá dentro, ni el frijol, ni el puerco, porque le agarra diarrea. Acá lo que se le da es la carne seca, que esté bien seca. Y el queso, pero que esté bien asadito, con su tortilla así durita.²¹⁰

De las principales diferencias entre los dos sistemas médicos en relación a los cuidados durante el puerperio es, sin duda, el relacionado con la alimentación. Debido a la importancia atribuida al equilibrio entre lo frío y lo caliente durante el parto y el postparto en las comunidades, tienen una serie de prescripciones sobre el tipo de alimentos que deben consumir y evitar las mujeres en este periodo. Es muy clara la recomendación de alimentos caldosos y asados, prohibiéndose los alimentos frescos y fríos que puedan contrastar con el calor del cuerpo después del alumbramiento. Por ello se excluyen alimentos como el frijol, la carne de puerco, la carne fresca, el aguacate, el queso fresco, la cebolla, el agua fría, la sandía, la naranja, entre otros. Incumplir esta restricción puede generar una serie de malestares conocidos entre las amuzgas como quedar “mocachani”²¹¹; o bien, causar alteraciones al recién nacido cuando consume la leche materna. Estas representaciones son transmitidas a las mujeres jóvenes quienes no siempre las siguen al pie de la letra como en el caso de Alicia.

Después que nació la niña me decían que me bañara con agua tibia, o con agua con hojas de malva, que no tomará chocolate, que no tomará refresco. Pero yo ni caso les hacía que no conviene aguacate, que porque si no la herida no cicatrizaba por dentro. Ah, pero algún día tiene que cicatrizar, entonces yo ni caso les hacía. Yo comía de todo, en mi región así es, uno come todo menos carne de puerco. Eso si no me lo comía ni aquí. Me comí una vez tres

²¹⁰ Enemesia Morales Pablo. Amuzga. 47 años. Huixtepec. Entrevista realizada el 9 de diciembre de 2008.

²¹¹ Síndrome de filiación cultural que generalmente se presenta en niños menores, atribuido a otras personas con las cuales se relaciona y que pueden ocasionarle daño a través de la mirada, bien sea de manera voluntaria o involuntaria, debido a la envidia o la admiración que produce el menor.

*tamalitos y se incrementó la herida, pero me la atendieron y ya.*²¹²

Sofía, mixteca de 44, con dos partos con parteras y uno hospitalario también relativiza las recomendaciones.

*Ya la partera me recetó nomás unas pastillas que es para que no sintiera mucho el dolor, no como ahora que hay tantos medicamentos y antes no. Ya me dio algo para que según arrojara todo, y con eso fue todo. Y el aseo nomás. Todo, la partera no va a recomendar que no vas a comer picante, coma lo que quiera, eso es problema de uno, y yo comí de todo y no me morí aquí estoy. Porque de todos modos la carne de puerco casi no la comía porque sabía que me iba a hacer daño, lo que comía era el caldo de pollo con chile rojo, pollo asado, carne asada seca ya oreada, y el queso, no me pasó nada es lo que yo tenía que cuidarme nada más porque pues si uno sabe que eso le va a hacer daño no lo va a comer.*²¹³

Además de las recomendaciones alimenticias y el baño con agua caliente, otra medida importante, ampliamente utilizada en la región incluso por las no indígenas, es amarrarse la cabeza con un trapo rojo para evitar la entrada de frío al mismo. Igualmente, aunque menos utilizado por las mujeres jóvenes, amarrarse un trapo a la cintura para reacomodar el cuerpo.

*Aquí la mujer se amarra los cuarenta días. Y a los cuarenta días se empieza a aflojar la cinta de la barriga. Porque se dice que si una mujer no se amarra, no camina con confianza. Como si se va de lado la cadera, entonces para que la mujer camine con confianza se necesita amarrarse. Por eso es que la mujer se amarra apretada la panza. Y si hay algún quehacer pesado, como moler o bajar a lavar los pañales de su bebé lo puede hacer. Porque si no aquí decimos nosotros que se falsea de la cadera. Entonces lo que se hace es que ella se debe amarrar para no falsear, es que si anda amarrada anda con más confianza.*²¹⁴

Mi mamá me decía: hija amárrate, cuídate, aprieta tu cintura aunque sea usa una tela, aunque sea de algodón, para que uno se apretara la cintura, se recoja la cintura y no tenga una floja la cintura, para que se recojan los huesos, entonces, me recomendaba mi mamá... oiga no pise la tierra fría, no agarre agua fría me decía, fíjate, cuídate, amárrate bien la cintura, no sea que te vayas a desmayar, y me cubría la cabeza con un pedazo de tela amarrada pues, sí. Nadie me dijo: cuídate o no vas a tener relación durante estos días porque estas tierna tú, sino que yo me cuidaba pues porque, ponía atención a la plática de otras señoras, entre mujeres: “Es malo —

²¹²Alicia Mesa. Mestiza. 23 años. Cuanacaxtitlán. 23 años. Entrevista realizada en junio de 2008.

²¹³Sofía Rodríguez. Mixteca. 44 años. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada el 24 de octubre de 2008.

²¹⁴Enemesia Morales Pablo. Huixtepec. Entrevista realizada el 9 de diciembre de 2008.

dice— que un hombre llegue a tocar a una mujer en la cuarentena, porque una esta tierna de su matriz y eso es malo y una mujer que toca al hombre en esos días dice que se seca, madura la mujer, está muy... y así se muere. Entonces yo tenía esa información por otras señoras porque las escuché.²¹⁵

Y luego ya sale la señora, la cubren bien, bien, bien, le amarran la cabeza, una mujer que se alivia del parto nunca debe salir con la cabeza descubierta, porque dicen que le da corrimiento, que es un dolor de cabeza, entonces bien amarrada la cabeza, bien envuelta con sus sábanas y ya le aprietan ellos la cintura, tienen una tela así como ceñidor que le aprieta la cintura para que no se le vaya a subir el latido, luego le dan un chocolate caliente, le dan el chocolate o le dan un caldo caliente también, si, entonces mientras la señora ya se pasa a su cama, ya la limpiaron, la cama ya quedó bien. El trapo de la cabeza no tiene que ser de un color especial. Debe ser un trapo de... ya sea un huipil, ya sea un mandil de ella, pero algo que sea de algodón, como manta, como popelina.²¹⁶

Imagen 10. Mujer afromestiza de Cuajinicuilapa y amuzga de Huixtepec a su salida del Hospital Regional de Ometepec, posterior al parto, utilizando telas rojas en la cabeza como elementos de protección.



Fotos: Lina Berrío, 2008.

²¹⁵Asunción Ponce Ramos. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada el 28 de enero de 2009.

²¹⁶Hermelinda Tiburcio, Apolonia Placido y Asunción Ponce Ramos. Entrevista realizada el 20 de junio de 2010.

Las mujeres concuerdan en que no hay un tipo de tela especial, ya que puede ser un huipil o cualquier trapo, lo importante es cubrir cintura y cabeza, siendo éstas las recomendaciones más realizadas por las mujeres, incluso entre quienes tienen parto hospitalario y mujeres no indígenas. Si bien algunas mujeres ya no lo hacen al considerar que con el medicamento recibido en la institución se evitarán los padecimientos asociados al frío; lo cierto es que durante el trabajo de campo, fue común observar a las mujeres salir del hospital con su trapo amarrado en la cabeza; parece ser que es la única protección tradicional que se permite en el hospital, ya que todas las demás recomendaciones tradicionales en torno a la alimentación, el baño, la amamantada, la amarrada de la cintura, la fajada del niño y los elementos de protección al recién nacido para evitar “mal de ojo”, han sido eliminadas completamente del ámbito hospitalario en la región. De ahí que una de las demandas en materia de salud intercultural sea la incorporación de estas tradiciones en la oferta de atención, así como el parto vertical y la participación de la partera en el alumbramiento. (Fernández Juárez, 2006 y 2010; Coimbra Jr., 2003; MSPE, 2010; SSA, 2009).²¹⁷

Esto es lo que señalan las tradiciones y muchas de ellas lo cumplen, pero también es cierto que en la práctica las mujeres contravienen estas normas permanentemente, no sólo las jóvenes sino también las mayores como Enedina, amuzga de 37 con once gestas, quien atravesó el río a las seis de la tarde con su último bebé de siete días de nacido en brazos pese a todas las recomendaciones en ese sentido. Quince días después estuvo hasta las tres de la mañana en la cancha del pueblo con su bebé esperando el pago de Oportunidades mientras soplaba un fuerte viento. Ninguno de los funcionarios del programa priorizó la atención de Enedina, a pesar de que aparentemente trabajan por la salud de las mujeres.

8.2 Prácticas de atención biomédica: puerperio hospitalario

Los cuidados tradicionales durante el puerperio en el ámbito doméstico, no encuentran espacio en el ámbito hospitalario, pues en éste se promueve una rápida movilidad de las

²¹⁷ Para el caso de México ver los lineamientos de atención al parto vertical aprobados por la Dirección de Medicina Tradicional y Salud Intercultural de la Secretaría de Salud en 2009. Igualmente la experiencia de los hospitales interculturales de Cuetzalan, el área de ginecoobstetricia del hospital Aurelio Valdivieso en Oaxaca donde se ha instaurado el parto vertical desde 2009. En América Latina, entre otros, en el Hospital de Otavalo en Ecuador ha sido acondicionado según la cosmovisión tradicional y se permite la participación de parteras, los hospitales interculturales de la región Mapuche en Chile, así como en el Hospital de Ayacucho en Perú donde la mortalidad materna se ha reducido de manera considerable una vez adoptado un modelo intercultural con la participación de ambos curadores, durante la atención al parto y puerperio de mujeres quechuas y aymaras.

mujeres y tanto el baño de la mujer como del recién nacido se realiza al siguiente día en el hospital, sin ayuda de familiares y con una temperatura del agua que no corresponde a lo deseable desde las prácticas tradicionales de atención. El que las mujeres sean obligadas a bañarse al siguiente día solas, con agua de la llave que si bien en esta región no podríamos considerar como fría en el sentido estricto, para las mujeres sí tiene una temperatura corporal más baja de lo deseable e implica una ruptura de la relación frío-caliente que genera pasmos, dolores de cabeza, entre otros aspectos. Por ello esta política hospitalaria es una de las más cuestionadas o señaladas por las mujeres como molestas o agresivas cuando tienen partos hospitalarios. El relato de Alicia resume parte de la rutina hospitalaria con las púerperas:

Cuando nació mi hija, yo estaba sin poderme mover por la anestesia. Y al otro día a las seis de la mañana, "órale, a bañarte". Pero yo les decía que no, ya no podía, que estaba toda entumida. Pero no era cierto, era que me dolía mucho. Ahí sí me levantaron un poquito como mal. Y a las seis de la mañana me obligaron a pararme, yo no quería, pero llegó la enfermera y me dijo que me tenía que parar. Y que me fuera y me bañara. Ahí entonces Vladi (el esposo), entró conmigo y de hecho me bañó. Me dijo: "siéntate". Yo le dije: -si puedes tállame suavcito o mejor no me talles, sólo agua que me caiga-. Ahí una enfermera, lo quería sacar a él, le dijo: que se bañe sola.

-No, ¿Cómo cree? Ella no puede.

-Está bien. Sólo por hoy pero mañana se mete al baño sola.

Y la enfermera quería obligarme a que caminara, pero yo le dije que no podía, salí de bañarme y me acosté. Me dejaron dormir como cuatro o cinco horas, y después dijeron que me tenía que levantar para que caminara. Que porque la cesárea me la habían hecho así parada y que si no caminaba, luego los puntos me iban a doler más. Al otro día, mi suegra fue la que entró para ayudarme a bañar. Ahí sí me trataron mal. Ahí había una enfermera bien enojona, que se creía el último refresco del desierto. Ahí si me trataron mal.

La trabajadora social me dijo que tenía que cuidarme por 42 días, que no podía hacer tortillas, lavar la ropa, bajar el agua. Que viniera en una semana para que me quitaran los puntos. Pero a mí no me quedaron ganas de volver entonces fui al centro de salud. Y a la niña me la revisa una médica particular. Y al día siguiente pasaban las enfermeras, sólo pasó un médico pero bien tarde y me dijo que ya al otro día me iban a dar la salida. Dure tres días en el hospital. Hasta la fecha hay mucha gente que se queja de ese hospital (se refiere al de Ometepec).

Durante el trabajo de campo en las instalaciones del Hospital Regional de Ometepe, se observó que la mayoría de las mujeres sufrían al irse a bañar después de haber dado a luz; quienes estaban acompañadas eran auxiliadas por sus familiares, pero las que estaban solas o sus familiares habían salido al momento del baño, lo hacían sin ayuda aunque el parto hubiese sido por cesárea o les hubieran practicado procedimientos quirúrgicos como OTB. El baño, por lo general, se lleva a cabo a las 9 de la mañana, después de la ronda de rutina de los médicos pasantes, cuando los acompañantes de las pacientes salen para que éstas sean revisadas.

Antes del baño, las enfermeras supervisan a las pacientes verificando suero, signos vitales y realizan la primera acción de convencimiento respecto a la necesidad de salir del hospital con un método de planificación familiar lo más permanente posible, es decir, mínimo el DIU para la mayoría y claramente la OTB para quienes tienen más de cinco hijos. Esta rutina de convencimiento para la anticoncepción post evento obstétrico (APEO) es repetida por los médicos; especialmente con las multigestas, usando argumentos relacionados con la economía, el riesgo futuro y la importancia de una familia pequeña.

Otro elemento central de la rutina de puerperio hospitalario se refiere al consumo de los antibióticos y vitaminas prescritos para la recuperación, el seguimiento a los recién nacidos en materia de alimentación y la indicación de pasarlos a vacunación una vez que son dadas de alta las madres. La condición de pertenencia étnica no constituye un factor que marque diferencias en el tipo de prácticas de atención durante el puerperio hospitalario. La rutina es la misma para todas las mujeres y quizá los cambios en el trato sean a partir del número de gesta, pues hay una mayor presión de planificación familiar a las multigestas.

En la experiencia de Gabriela, durante el puerperio en un hospital de Estados Unidos, se repiten algunas acciones señaladas en los hospitales de comunidades indígenas, tales como el uso de medicamentos y las indicaciones de caminar inmediatamente; igualmente se viven los choques culturales en torno a la alimentación.

Al momento que naciera mi hijo (en el hospital) luego me dieron de comer, porque tenía una sed, cuando ya estaba dando fuerza, no me dieron agua porque me dieron puro hielo, no sé por qué pero puro hielo me dieron, yo quiero agua le digo, ¡no! Puro hielo me dieron, puro juguito me dieron, ¡ay! Como tenía ganas de tomar tanta agua y no me daban agua, me daban puro

hielo, y ya al momento que nació mi hijo si me llevaron coca bien fría, me llevaron sopa, me llevaron cebolla.

-Le digo ¡no, pero si cebolla no se puede!

-No, eso es en tu pueblo dice, así tienen la costumbre. Aquí pueden comer huevo dice, porque ¿tantas vitaminas tienes si no comes eso? Tienes que comer eso.

-¡No! porque dice mi mamá que no puedo comer eso...

-¿Sabe más tu mamá o yo que soy el doctor? Tú puedes comer lo que puedas, menos comer chile, pero todo lo que puedas, porque tienes muchas vitaminas al nacer eso, tu hijo quiere muchas vitaminas dice.

¿Pero huevo? -Le digo- No puedo comer eso, ni cebolla ¿cómo voy a comer cebolla? yo tenía miedo.

-¿Le crees más a tu mamá o yo que soy doctor y que soy especialista que te digo? -dijo el doctor-

-Pues yo le dije que no, pero me llevó la cebolla, no lo voy a comer porque me hace daño.

-Y ¿quién te dijo esa cosa? ¿Quién te engañó que hace mal la cebolla? (Como aquí, cuando se alivian con la partera, la sangre que tiene uno pues no se sale todo tarda, dos, tres días para que va saliendo y si uno come cebolla o ajo luego se apesta muy feo...o frijol dice. Y por eso no dejan que coman cebolla.

-Bueno me lo como -le digo- y no, no me paso nada. Yo no quería. Si estuviera en Cuanacaxtitlán me pudieran atender con pollo asado, con caldo.

-Si quería caldo, se le-preguntó

-¡Como no!- dijo.

-No, no te preocupes tu puedes comer lo que quieras dice, pero aguacate si no, porque como el niño está muy tiernito, le va a dar diarrea, ya poco a poco vas comiendo y el niño se va acostumbrando a la leche dice.

Y ya cuando llegué con mi hijo al primer día, hasta lloré con él porque estaba llore y llore, y lo llevé al doctor y me dijeron que los niños de por si tienen cólicos, que al mes o a los dos meses

se le quietan los cólicos, porque como lo comemos ellos lo aprenden a la leche, que se estaba acostumbrando su pancita pues, que era normal y me lo lleve otra vez a la casa.

La carne de puerco si me la prohibieron por la herida que tenía. No podía comer carne de puerco, que no se iba a secar luego mí herida, además no sé qué tanto empezó a decir el doctor, pero eso si me lo prohibieron la carne de puerco. Eso nomás y chile, creo, no comer chile. Y sí le hice caso.

A Alma Delia, otra mixteca joven de Cuanacaxtitlán, le hicieron las siguientes recomendaciones en el hospital después de sus partos:

De mi primer niño si me hicieron una receta si, allí venía anotado lo que debía comer, y lo que no, venía anotado que yo debo de comer frutas y verduras, leche y lo que no debo de comer picante pues, grasa, venía anotado y que lo sacara al sol, a que le pegue el sol, que yo le lavara su ombligo también, que lo bañara, venía anotado pues... En el segundo los médicos también me dijeron que yo no lavara, que yo no barrierá, hasta que yo cumpliera los cuarenta días, que no tuviera relaciones, que yo no comiera picante, grasa, que yo cuidara el ombligo del bebé, que yo lo lavara, que yo lo limpiara, que no comieras cosas picantes y grasas, y que yo comiera pues bien.²¹⁸

En general son pocas las mujeres que acuden a la consulta posterior al parto y si lo hacen es para revisión del recién nacido. Desde el personal de salud adscrito a las unidades de primer nivel, tampoco se hace un seguimiento preciso de las puérperas en las consultas de siete y cuarenta y dos días como se señala en la norma, evidenciando las dificultades en el sistema de referencia y contrareferencia para el seguimiento posterior al evento obstétrico. La mayor energía de atención por parte del sector salud se concentra en el embarazo y parto pero el puerperio se deja en manos de la familia, excepto el puerperio inmediato cuando este ocurre en instancias hospitalarias.

Para el personal del sistema biomédico, el puerperio se desarrolla de manera normal mientras no haya señales de infección que puedan poner en riesgo la vida de la mujer. En cambio, para las comunidades indígenas de la Costa Chica, el puerperio es una etapa central en la recuperación de la mujer, que garantiza una buena salud, no sólo durante el periodo en cuestión sino hacia el futuro. Es decir, una buena cuarentena garantiza una vida reproductiva sana, además de prevenir padecimientos futuros que no necesariamente se ubican en el

²¹⁸ Alma Delia. 23 años. Mixteca. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada el 24 de octubre de 2008.

ámbito exclusivo de la reproducción, como son dolores de cabeza, de espalda, piernas y vientre flácidos, entre otros.

8.3 Red familiar y trabajo reproductivo en el puerperio

La maternidad es un proceso biosicosocial que involucra la crianza y el mantenimiento de los hogares en buen estado; es un proceso de trabajo, que a su vez está definido genérica y generacionalmente, e involucra relaciones de poder. Las prácticas de cuidado a lo largo del proceso reproductivo, tanto de la mujer como del recién nacido, conllevan a una organización social del trabajo que es coordinado por las mujeres y se sustenta de manera directa en las redes de parentesco. De ahí que la etapa del puerperio sea un espacio privilegiado para observar las dinámicas familiares y el papel de cada actor en las actividades del cuidado de la mujer, en especial porque involucra una reorganización del trabajo en un contexto donde se debe garantizar el funcionamiento de la vida cotidiana en el hogar, y ello es responsabilidad primordialmente de la mujer según la normatividad de género.

La participación de los actores en este proceso de trabajo también se va modificando según el lugar que se ocupe en la estructura familiar, las personas que se tienen a cargo y la existencia o no de redes que faciliten y sirvan de soporte. Como se ha visto a lo largo de la presente investigación, madres, suegras y esposos juegan un papel central en las acciones de cuidado asociadas al proceso reproductivo y al proceso de trabajo que éste implica. Es evidente que el puerperio no se vive de la misma manera entre los diferentes grupos de edad, como se muestra al referirse el tiempo de reposo, actividades realizadas y apoyo de otros familiares en el cuidado de la madre y el recién nacido, para cada grupo etario.

En la sistematización de los datos de la encuesta y los etnográficos, encontramos que en general son las madres, suegras y la propia mujer quienes mayoritariamente asumen las acciones de cuidado durante este periodo, seguidas, en el caso mixteco, por una importante proporción de varones, situación casi inexistente para el grupo de las mujeres amuzgas encuestadas. También se observa un apoyo menor de otros familiares, especialmente hijas, hermanas, nueras o cuñadas, trabajo que se vuelve más significativo cuando hay ausencia de la

pareja o cuando ya se tiene una amplia descendencia, siendo las hijas mayores quienes asumen el cuidado temporal de los menores como se observa en la tabla siguiente.

Cuadro 19. Integrante de la familia que atendió el puerperio por grupo de edad²¹⁹.

Grupos de edad	Suegra	Mamá	Ella sola	Esposo	Otro familiar
15-24 años	11	13	1	1	3
	28.9%	34.2%	2.6%	2.6%	7.9%
25-34 años	8	6	7	3	4
	24.2%	18.2%	21.2%	9.1%	12.1%
35-49 años	2	5	8	5	8
	6.9%	17.2%	27.6%	17.2%	27.6%
Total	21	24	16	9	15
	21.0%	24.0%	16.0%	9.0%	15.0%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta reproductiva realizada en 2008.

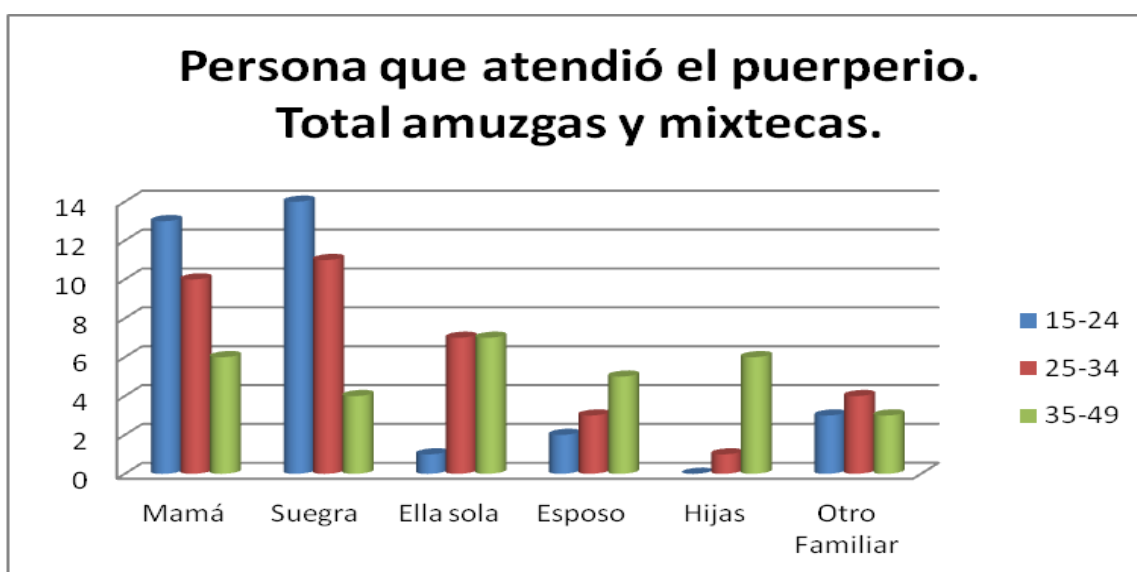
A partir de la información que arrojan la tabla y el gráfico correspondiente, se observa un desplazamiento en los integrantes de la red familiar responsables de ayudar en el cuidado, de tal modo que madres y suegras, muy presentes en las primeras gestas, son remplazadas por esposos e hijas (otros familiares) a medida que avanza la edad de la mujer y, por tanto, el número de hijos. Del mismo modo, a mayor número de hijos, el tiempo de reposo en el puerperio disminuye y aumentan las labores. Las mujeres no mencionaron a las parteras y por tanto no se incluyó en la tabla. La partera ayuda durante el parto y en algunos días posteriores pero no es asumida como la responsable del cuidado durante ese periodo tal como ocurre en otros contextos indígenas.

Lo anterior tiene correlación con lo señalado en capítulos previos respecto a la dinámica existente en la responsabilidad del cuidado del proceso reproductivo y de atención a la salud, que se va trasladando de la red familiar de alianza o propia durante las primeras gestas, a la familia nuclear en las últimas gestas pues las mujeres y sus parejas van adquiriendo experiencia en el cuidado de la salud, y por tanto, consideran ser capaces de cuidar de sí mismas.

²¹⁹ Con atención del puerperio me refiero a la persona o personas que ayudaron a la puérpera con los cuidados posteriores al parto tanto de ella como del recién nacido, y que asumió algunas o la totalidad de tareas domésticas y de crianza normalmente realizadas por las mujeres, entre ellas hacer la comida, echar tortillas, lavar platos, preparar los hijos para la escuela, limpiar, lavar, etc.

Para las mujeres jóvenes, éste es un periodo de múltiples aprendizajes y nuevos ajustes, especialmente si se trata de su primer hijo, por lo cual es más evidente la presencia de un familiar acompañándola y cuidando de ella. Son las madres y suegras quienes se encargan de las labores de alimentación, limpieza de la casa, lavado de ropa y, en general, de todos los oficios pesados, prácticamente es inexistente en este grupo la autoatención o un papel sobresaliente de la pareja en las labores de reproducción social; no así en el acompañamiento afectivo en el proceso o en la construcción paulatina de vínculos con él o la recién nacida.

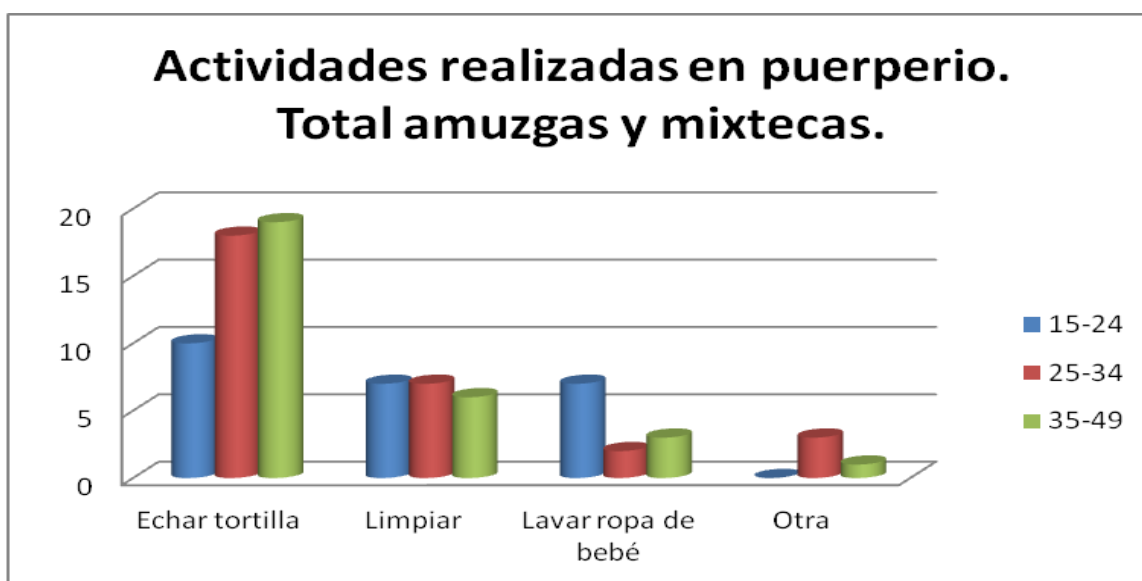
Gráfico 15 Persona que atendió el último puerperio por grupo de edad.



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta reproductiva realizada en 2008.

En el análisis también resultó de interés el tipo de actividades que realizan las mujeres durante este periodo. A la pregunta expresa en la encuesta de: ¿qué es lo primero que empezaste a hacer durante el último puerperio? Las respuestas manifestaron diferencias asociadas con el momento de vida en el cual se encuentran, el número de hijos o hijas previas, la menor participación de otros familiares en las labores de cuidado y un claro sentido de “cuidar de otros”, que se incrementó a medida que aumenta la edad y, por tanto, el tamaño de la familia. Para las jóvenes la consigna es cuidar de sí mismas y de su bebé, mientras gozan del privilegio de ser cuidadas por otras; en cambio para las mujeres mayores esto va desapareciendo y se hace necesario incorporarse a las labores asociadas a la producción de alimentos, limpieza del hogar, cuidado de otros hijos y lavado de la ropa de toda la familia; no sólo del bebé como se realiza cuando son primigestas o muy jóvenes.

Gráfico 16 Actividades realizadas durante el último puerperio por grupos de edad.



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta reproductiva realizada en 2008.

Las principales actividades de las mujeres jóvenes son: echar tortilla, limpiar y lavar la ropa del bebé (véase Gráfica 13). Mismas actividades que son realizadas por las otras mujeres pero en una proporción mucho mayor, en especial la que tiene que ver con la producción de alimentos. La mayor parte del tiempo de las mujeres jóvenes durante el puerperio lo dedican a labores de amamantamiento, cuidado de su hijo o hija, y labores domésticas como barrer y limpiar, que se van desarrollando paulatinamente.

A Leticia, una joven amuzga de 18 años que acababa de tener su bebé en agosto de 2008, la cuidaba su suegra quien se quejaba de su falta de apetito. Leticia por su parte estaba pálida y cansada, compartiendo que después del parto le había dado tristeza. Era una mamá joven recién parida en casa de la suegra. Estaba feliz con su hija, pero también se veía agotada, con sueño y descubriendo la maternidad. Su suegra estaba pendiente de ella ofreciendo los alimentos acostumbrados pero Leticia decía que no le daba hambre y por eso no comía. Estaba amamantando al bebé en el resquicio de la puerta de su casa, un poco más adentro del zaguán. Su suegra se quejaba largamente de su negativa a comer y lo vivía como un rechazo a sus alimentos o cuidados. Mientras tanto Leticia insistía en que no le daba hambre más que de media tostada.²²⁰

²²⁰ Diario de campo, agosto 12 de 2008.

Carmen, es mixteca de Cuanacaxtitlán de 23 años, estudiante de la UPN igual que su esposo. Hacía una semana había nacido su primera hija y la pareja se fue a casa de los padres de Carmen en Cuanacaxtitlán durante el puerperio pues estaban más cerca del hospital que de Buenavista, de donde es su pareja. Había tanta gente en casa de Carmen que ellos sólo se preocupaban de cuidar a su hija, de darle pecho o de cambiarla ocasionalmente, ya que buena parte de las actividades del hogar eran desarrolladas por la mamá, hermanas y cuñadas de Carmen. Cuando acabara la cuarentena se regresarían a la comunidad donde viven, y allí se harían cargo totalmente de la recién nacida, aunque también tenían previsto conseguir una niña que les ayudara para seguir trabajando como maestros y terminar su licenciatura.²²¹

Lourdes amuzga de 22 años y nuera de una partera de Huixtepec tuvo su primer hijo en octubre de 2008 luego de algunas complicaciones en el embarazo asociadas a la brujería, como los señalé en el capítulo seis. El encuentro fue fortuito ya que mi visita era a Doña Fidela, la partera; al entrar a la casa me topé con una chica muy joven recostada en una cama ubicada en el zaguán de la casa, con su bebé en brazos. Estaba sola, su suegra había salido y su marido estaba trabajando. Normalmente su suegra estaba en casa y se encargaba de la comida, su marido llegaba en las noches o a veces pasaba a saludarla rápido pues es chofer de la ruta de transporte Huixtepec-Ometepec. Ella no tenía la cabeza cubierta pero el bebé estaba muy tapado. Me compartió las recomendaciones de su suegra respecto a la importancia de hacer algunas cosas en ese periodo de puerperio: *“si es una recién parida si puede dormir de día porque está cansada, pero ya de tres, cuatro días debe empezar a pararse y evitar dormir para que no se ponga amarilla”... al día siguiente que regresé del hospital [continúa su relato] mi suegra me paró y me dijo: yo no quiero gente amarilla en mi casa, arriba!... y yo estaba bien cansada. Mi marido llega en las noches y juega con su hijo, lo carga y le dice: -¿Qué te han tratado mal verdad hijo? Y me ayuda con el bebé pero un rato nomás, como el bebé duerme de día y llora de noche él se desespera y me lo da... “aquí tienes tu hijo que no se calla”, a veces hasta se ha salido a dormir en la camioneta, cuenta entre risas ella. Su concuña comenta que es normal porque al día siguiente él debe salir a trabajar temprano, entonces lo lógico es que ella se haga cargo del bebé.*²²²

²²¹. Diario de campo, julio 25 de 2008.

²²²Diario de campo, octubre 1 de 2008.

Al igual que el esposo de Lourdes, generalmente los varones se mantienen alejados del cuidado directo, pero acompañan a su pareja los primeros días, le ayudan con el baño, cargan al bebé ocasionalmente y proveen alimentos para la nueva madre y el recién nacido. Alma Delia, mixteca de 22 años comparte su experiencia y la participación de su pareja en el cuidado de su hijo durante su segundo parto ocurrido en agosto de 2008:

Pues al día siguiente que nació mi bebé Fredy (mi esposo) estaba bien, estaba diciendo, Alma se parece el bebé contigo, y yo le decía, contigo se parece ja, ja, ja... Ajá, y él pues lo abrazo, lo cambió pues porque lo llevaron a bañar al bebé, y dice él, yo lo voy a cambiar, así que cambió el bebé, fue a comprar su ropita y lo cambió y ahí estaba yo acostada y me estaba platicando, qué cómo me siento, le digo, que estoy bien, dice, ¿no te sientes mareada?, sí –digo- un poquito. El pues ahí estaba preguntando, qué si me toca la medicina, y le decían que falta, que ellos me van a dar medicina cuando ya llegue la hora, y ahí estuvo conmigo, bueno pues estábamos contentos... ya nos vinimos al siguiente día, el treinta y uno.

Él ya no fue a trabajar esos días, aquí estuvo conmigo, como quince días creo estuvo, y ya de ahí pues empezó a ir a trabajar. Aquí estaba conmigo, lo que yo quería pues me lo alcanzaba, quería agua, quería yo comer iba donde su mamá, como mi suegra nos hacía tortillas, me lavaba, ajá, pues él le iba a decir a su mamá que si nos va a hacer tortillas, él traía tortillas, me alcanzaba agua, ponía a hervir agua para que nos bañáramos... Entonces, Fredy barría también, juntaba mis trastes y ya los lavaba mi suegra o sino su sobrina de él pues venía a lavar pues mis trastes. Un mes estuvo lavando mi suegra. Yo siento que él pues sí, un poco sí apoyó.²²³

En el mismo sentido comparte Alicia de 23 años, también de Cuanacaxtitlán, respecto a su primer parto ocurrido en 2002.

Aquí me cuidaron bastante, mi suegra estaba pendiente de todo, porque como yo era primeriza pues no sabía, pero eso sí yo me encargaba de la niña, no se la soltaba a nadie. Mi suegra se encargaba de lavar la ropa de Vladi, mi cuñada de planchársela. De hacer las tortillas. Yo estaba tan contenta, era una alegría tan grande que no lo podía creer, y cómo me ayudaron en todo lo otro, por eso fue que yo me dediqué a la niña. Su papá le compraba todo lo que quería la niña: ropa, juguetes. Estábamos felices. Y ellos también.²²⁴

²²³Alma Delia. 22 años. Mixteca. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada en agosto de 2008.

²²⁴Alicia Mesa. 23 años. Mestiza. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada en junio de 2008.

Tiempo de reposo

Durante el puerperio el tiempo de reposo también varía según la generación, para las mujeres jóvenes este periodo oscila entre 30 y 40 días, mientras que para las mayores se va reduciendo significativamente hasta quedar en ocho días o menos, incluyendo la realización de labores más pesadas. Al momento de realizarse la encuesta un número significativo de mujeres de 15 a 19 años estaban embarazadas por primera vez, por lo que no reportan información respecto al puerperio.

Cuadro 20. Tiempo de reposo durante el puerperio en el último parto por grupo de edad. Guerrero, 2008

Grupos de edad	De 1 a 7 días	De 8 a 15 días	De 30 a 40 días	Más de 40 días	Actualmente embarazada o en puerperio	No responde o no aplica
15-24 años	2	8	11	3	13	1
	5.3%	21.1%	28.9%	7.9%	34.2%	2.6%
25-34 años	7	9	9	2	4	2
	21.2%	27.3%	27.3%	6.1%	12.1%	6.1%
35-49 años	8	11	4	1	1	4
	27.6%	37.9%	13.8%	3.4%	3.4%	13.8%

Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta reproductiva realizada en 2008.

Con el aumento del número de hijos también crecen las labores domésticas, por ello las mujeres tienen menor tiempo disponible para el reposo durante la cuarentena. Prácticamente siete de cada diez mujeres mayores de 35 años, tuvieron un tiempo de reposo en el puerperio menor a 15 días pues debieron asumir el trabajo doméstico y reproductivo: hacer tortillas, cocinar, barrer, lavar la ropa, cuidar los hijos, enviarlos a la escuela, etc.; algunas incluso de forma inmediata.

Antelma es mixteca de 39 años con tres hijos, el primero de los cuales lo tuvo a los 18, es decir, en 1987. En el capítulo anterior mostré sus prácticas de autoatención en el parto las cuales ocurrieron también en el puerperio.

En la cuarentena no me ayudó nadie, yo solita, fíjese que pues a pesar de que somos pobres no tenemos dinero, ni que alguien venga a ayudarme en el quehacer, yo por mi fíjese que me he parado casi últimamente casi a los cuatro, cinco días y ya ando haciendo quehacer, aunque a

veces no me siento muy bien así toda desmayada, así, pues ni modo tengo que hacerlo; hacer tortillas, tenía ahí a mis niños, mi hijo el mayorcito se ponía a lavar el nixtamal, lavaba los trastes y a veces mi esposo se levantaba temprano en la mañana a poner la lejía a subir el café a atender a los niños que se vayan a la escuela ya después lo único que él me ayudaba, recogía a los niños y se los llevaba al campo, tenemos mi corral acá cerca y como pasan arroyo ahí, se bañaban, le lavaba la ropita, los cambiaba y ya se venían a la casa al otro día se tienen que ir a clases mi hijo el mayorcito y el otro que sigue de él; ya los otros estaban chiquitos no iban a la escuela y ya de la niña, ya ahí van los cuatro uno al kínder los tres a la primaria si pues, solos pues, no hay quien nos ayude y yo que me levantaba a hacer mi quehacer, mi esposo tenía que trabajar para traer la comida así que ahora estamos bien porque el gobierno nos ayuda con Oportunidades. Si tuviera yo a mis hijos en esa época... ya me toco cuando mi niña tenía ya cuatro años, ya no tenía niños chiquitos.²²⁵

Los roles de género y la desigual distribución del trabajo doméstico entre hombres y mujeres marca la vida de muchas mujeres en este periodo. Las exigencias de la pareja en torno al mantenimiento del hogar e, incluso, de sus “obligaciones sexuales”, fueron frecuentes en las historias de las mujeres mayores como doña Nicolasa quien tuvo sus hijos entre los años 50 y los 70.

“Mi marido quería que luego me levantara yo a atenderlo, si yo me aliviaba temprano, en la tarde ya estaba pidiendo tortillas. Cambiante, lava tus manos, tú vas a hacer tortillas. Luego hacia yo tortillas, aunque sea sentada”.²²⁶

Igualmente en el caso de Sofía, mixteca de 44 años quien tuvo su primer hijo en 1990.

A los tres días ya me levanté a hacer de comer, a los tres días, lo que pasa es que a mí no me gusta que me estén haciendo el quehacer; yo me levantaba a hacer tortillas a lavar mis trastes, al quehacer pesado pues ya no, porque tenía un niño de siete años, él me ayudaba a traer el agua.²²⁷

Tener tiempo disponible y el apoyo de otras personas durante el puerperio, sólo es posible cuando se cuenta con una red social de apoyo que incluye a familiares propios o por alianza. Cuando se trata de mujeres migrantes, como en el caso de Gabriela, mixteca de 20 años quien

²²⁵Antelma Díaz Barragán. Mixteca. 39 años. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada el 19 de diciembre de 2008.

²²⁶Nicolasa Pablo Santiago. Amuzga. 70 años. Huixtepec. Entrevista realizada en octubre de 2008.

²²⁷Sofía Rodríguez. 39 años. Mixteca. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada el 24 de octubre de 2008.

tuvo su primer hijo en Estados Unidos en 2007, es difícil tener un periodo de descanso pues el trabajo productivo fuera de casa es imprescindible para el sostenimiento.

*“Nomás éramos mi esposo y yo (en Estados Unidos). Y sí sufrí mucho cuando nació mi hijo, me salí del hospital, no estuve ni en reposo, ni nada, porque ellos (su esposo y cuñados) trabajaban de noche, yo ni un día descansé. Un día nomás estuve en el hospital, a las cinco me alivié y a las diez de la mañana me salí, ya estaba bien, pero me dijo el doctor que me tenía que cuidar, llegué a la casa y todo estaba bien desordenado, me puse hacer la limpieza y tampoco yo no quería acostarme porque me ardía mucho donde me habían hecho ese corte, cuando me sentaba me ardía pues. Pero si pues fueron reacciones muy grandes las que tuve, porque no me cuide y al mes empecé a trabajar, pero el sangrado no me paraba. A los quince días el sangrado se me fue, pero cuando empecé a trabajar me volvió otra vez, pero porque me caí, y dijo el doctor que iba a ser hemorragia si no me hubieran ido luego al hospital, por no haberme cuidado, me dijo el doctor. Al mes volví al trabajo, cuando ya había pasado un mes, pero en mi casa hacía labores, como barrer, hacía la comida. Ya después cuando volví a trabajar una señora de Puebla se quedaba cuidando a mi hijo”.*²²⁸

Gabriela, como otras mujeres migrantes, responde a las nuevas lógicas culturales que conllevan los procesos de trabajo de la reproducción física y social, pues no sólo está en juego el crecimiento físico del recién nacido, sino también un proceso de socialización que lo construya como integrante de este grupo social (mexicanos y mixtecos en el exterior) específicamente y por ello Gabriela contrata una mujer de Puebla para cuidar a su hijo mientras ella trabaja. Cuando Cole(1997) se refiere a la reproducción social estratificada, justamente nos remite a estos procesos que articulan producción y reproducción en el contexto de flujos migratorios transnacionales. De esta manera, para el caso que nos ocupa, se construye una cadena productiva, es decir, mujeres provenientes de diversos países del tercer mundo, se insertan en procesos de crianza y cuidado de hijos de otras mujeres, cuya posición de clase les permite tener acceso a estos recursos, ya sea para insertarse en el mundo laboral o simplemente para tener tiempo disponible para sí. A su vez, estas cuidadoras de niños de contextos culturales diferentes, dejan a sus hijos y el proceso de crianza y socialización que ello implica, a cargo de su red familiar, particularmente las abuelas. En este caso el proceso de cuidado es asignado a otra mujer migrante lo cual es una estrategia común en estos contextos ante la ausencia de redes familiares.

²²⁸Gabriela. 18 años. Mixteca. Cuanacaxtitlán. Entrevista realizada en octubre de 2008.

Los cuidados y atenciones asociados a esta etapa mantienen una íntima relación con la consumación de la maternidad. Cuando el embarazo no llega a buen término, sea por abortos, complicaciones al momento del parto o fallecimiento prematuro del recién nacido, los cuidados hacia la mujer o el tiempo de reposo disminuyen. Lo anterior responde al alto valor asignado por las mujeres a la maternidad pues rápidamente regresan a sus actividades cotidianas, incluso en los casos en que la pérdida haya sido por cesárea, o con trabajos de parto complicado. El retorno a la normalidad y a la rutina del día a día puede ser una manera de cubrir el duelo por la pérdida del hijo o hija, pero también al sentimiento de que no requieren del mismo cuidado dado que el estado temporal de gestante o puerpera desaparece.

Anaís “Cheli” es mixteca de Cuanacaxtitlán, tenía 23 años y su primer embarazo ocurrió en 2008 durante su estancia en Estados Unidos cuando trabajaba como jornalera agrícola en los campos de calabaza. Quizás debido a los químicos utilizados en su trabajo, su bebé traía una malformación en el intestino, que los médicos detectaron desde el primer trimestre. Cheli fue canalizada con los especialistas, quienes le hicieron diversos estudios y arribaron a la conclusión de que la malformación se podría resolver con una operación una vez naciera la criatura. Sin embargo, por la operación tan complicada que debían practicarle al recién nacido, fue remitida a un hospital ubicado a más de tres horas de su comunidad, lo cual implicaba que ninguna de sus amigas o su pareja la podrían acompañar durante el parto por lo cual optó por regresar a México con su familia. En el octavo mes de embarazo, Cheli decidió regresar a su comunidad, Cuanacaxtitlán, a pesar del enojo de su padre quien consideraba su regreso como un fracaso, ya que se había embarazado sin contraer matrimonio.

En el hospital de San Luis la atendieron durante los últimos meses del embarazo y el trabajo de parto inició allí, luego fue trasladada a Ometepec y posteriormente a Acapulco, en un proceso muy largo y doloroso sin la atención oportuna, que concluyó con el nacimiento de su hija por cesárea. Cheli fue dada de alta a los dos días del parto pero la niña permaneció en cuidados intensivos por el problema de sus intestinos. Allí se debatió entre la vida y la muerte hasta que finalmente falleció en enero de 2009 tres días después de haber nacido. Cheli, junto a su madre, regresaron con la niña a Cuanacaxtitlán donde fue enterrada.

Ocho días después del fallecimiento de la niña, presencié el ritual de levantada de la cruz, tradicional en Guerrero. Junto a Cheli estuvieron su mamá, papá, sobrina, hermano y cuñada, quienes recibieron a los familiares cercanos, vecinos y amigos que arribaron a la casa por la

tarde con flores y velas. De allí salimos todos, menos Cheli quien no quiso ir, en procesión hacia el cementerio o panteón, cantando, rezando, colocando las velas en la tumba asignada a la pequeña, velones grandes y otros más pequeños en forma de cruz, resguardados por ramos de flores.

El regreso a la casa fue en silencio, Cheli nos recibió con comida para todos, habían pasado menos de 10 días de su cesárea, pero ella molía, echaba tortillas y nos servía comida como se acostumbra en estas ocasiones, en agradecimiento a quienes acompañan. Durante la siguiente semana la vi todos los días lavar platos, barrer, echar tortilla y desarrollar los quehaceres de la casa como si nada hubiera pasado, aunque su mamá le insistía en que debía cuidarse, que luego vería las consecuencias en su salud. Ella sonreía y decía que se sentía bien físicamente, que podía hacer todo. Sin embargo, en nuestras largas conversaciones de esos días, me decía que le daba pena con su papá quedarse acostada en la cama y que la atendieran cuando ella le había faltado, le había dado un disgusto al quedar embarazada sin casarse y ahora con qué cara lo podía ver y menos allí acostada sin hacer nada. Trabajar fue también una manera de olvidar el dolor de ese proceso que afloraba cada vez que alguien tocaba el tema. Lo cierto es que si bien ella estaba en el tiempo de cuidado establecido para el puerperio, no actuaba como tal ni su familia la trataba así, excepto su mamá. Parece ser que en este caso, como en otros cuando el proceso de gestación no culmina satisfactoriamente, el tiempo de recuperación se acota de manera significativa.

Del mismo modo ocurrió con Lety, joven amuzga de 18 años quien tuvo un aborto a los cuatro meses de embarazo y se reintegró a sus labores de inmediato; o doña Divina Sonia, también amuzga de 38 quien tuvo su noveno hijo en el hospital de Ometepepec después de un trabajo de parto de 17 horas en el que no la quisieron recibir oportunamente en urgencias, el bebé falleció inmediatamente nació, ella estuvo en reposo la primera semana, después la vimos haciendo filas durante horas en la cancha de su pueblo, para poder cobrar Oportunidades.

En el análisis de los cuidados recibidos por las mujeres durante el puerperio, es recomendable considerar también el impacto que tiene la resolución del proceso reproductivo respecto del tiempo y tipo de atención que recibe en el periodo inmediatamente siguiente, dado por ella misma y por su red más cercana, que debía ser valorado tanto en casos de pérdidas, durante el embarazo, como en el momento del parto, ya que como se mostró, el cuidado se reduce significativamente, colocando de nuevo el tema del acceso a ciertos recursos— entre ellos la

red que las cuida—, como un derecho mediado por la lograda maternidad, coincidiendo la lógica comunitaria con la lógica institucional del sector salud.

8.4 Amamantamiento y prácticas de alimentación a los recién nacidos

En el puerperio, una parte muy importante de los cuidados y recomendaciones están orientados a los recién nacidos convirtiéndose éstos en el centro de atención y cuidado por parte de madres, familias y personal de salud, por ejemplo “la fajada”, el baño, el manejo de la placenta y el ombligo, la toma de sol y evitar el sereno, así como los elementos rituales de protección contra el mal de ojo, entre otros.

Otra parte importante es el amamantamiento. Algunas de las recomendaciones a la madre, no sólo buscan garantizar su salud, sino también la del recién nacido, dada la relación directa entre madre hijo mediante la lactancia. Por ello se evita el consumo de productos que puedan ser de difícil digestión para los menores. Cuando la madre no produce suficiente leche se recurre a diversas opciones como té y bebidas para producirla (atole, caldos); se solicita apoyo temporal con alguien más de la comunidad que esté amamantado; o se recurre a la alimentación mediante fórmula. También en este tema de la alimentación se entrecruzan los discursos tradicionales y biomédicos, dando como resultado una diversidad de experiencias y formas de resolver este primer acto concreto de la crianza y el cuidado del bebé.

Susana es amuzga y tuvo su segundo hijo en el hospital de Ometepec, regresó al día siguiente a su hogar porque fue un parto normal; salió del hospital con un trapo rojo en la cabeza, como se acostumbra en su comunidad²²⁹ y como lo hizo en el primer parto. La acompañé en el retorno a la casa, junto con su esposo, los padres de ella, su primer hijo y mi hija, quienes se habían hecho amigos por tener la misma edad. Al llegar a su casa, mientras los niños jugaban, Susana se metió para que no le pegara el aire en la cabeza y su marido empezó a preparar la comida: caldo de yerba mora. Ante la sorpresa por la elección de la yerba mora que es fría y, por tanto, no está recomendada, ellos aclararon que esa comida era para nosotros, a Susana le iban a preparar otro alimento, empezando por un té para que le bajara la leche.

Un par de horas después, la mamá de Susana le pidió a su marido que fuera a buscar a una vecina quien había dado a luz días antes, para que viniera a amamantar al niño, pues no le

²²⁹ Ver foto anterior mujer amuzga saliendo del hospital Regional de Ometepec.

bajaba la leche a Susana y el menor tenía mucha hambre. De esta forma verifiqué que la práctica del amamantamiento por otras mujeres, es uno de los recursos disponibles para garantizar la alimentación del recién nacido a partir de las redes sociales de apoyo; práctica que ha sido cuestionada por el personal de salud, por lo menos en el hospital de Ometepec, como se comprobó durante el trabajo de campo en la sala de maternidad ubicada en el área de hospitalización.

Liliana es una amuzga de Huixtepec de 26 años cuyo último parto en 2008 narré en el capítulo anterior. Ella acababa de salir de una obstrucción tubaria bilateral en el Hospital Regional de Ometepec y de un prolongado trabajo de parto en el cual no la habían dejado comer durante todo un día y tampoco al siguiente por la cirugía que le practicarían. Al salir de la operación, estaba exhausta, con mucha hambre pero ya había pasado la hora de la comida, así que debía esperar hasta las 6 de la tarde que pasaran con la ronda de la cena. Mientras tanto, su hija recién nacida lloraba inconsolable porque había estado más de cinco horas sin ser amamantada mientras operaban a su madre y al regresar le bajaba muy poca leche por la ausencia de líquidos, alimentos y la tensión de los dos últimos días.

Frente a esa situación y el nivel de impotencia que los dos mostraban (madre e hija), se sugirió que otra de las puérperas le diera el pecho mientras le bajaba a ella. La enfermera con severidad de inmediato cuestionó la sugerencia, señalando que estaba terminantemente prohibido por razones de higiene y prevención de posibles enfermedades que pudieran ser transmitidas por las otras mujeres. “Los bebés sólo pueden ser alimentados por su mamá, ¿qué es eso de andarse prestando la chichi? Eso nada más allá en sus pueblos lo hacen pero aquí no se puede, ¿cómo vas a saber tú de qué estará enferma la otra mujer?

Muy paradójico, pues mientras sus compañeras de enfermería daban pláticas a las embarazadas en el módulo mater sobre la importancia de la lactancia materna, la responsable de las puérperas fue a buscar un vasito de plástico con leche de fórmula para que le dieran al bebé. Llama la atención la manera como la enfermera resolvió el conflicto porque una semana antes, otra de las enfermeras responsables de la misma área, había comentado *“que no se dieran cuenta en Chilpancingo (refiriéndose a las autoridades de la SESAEG) de que les estaban dando fórmula a los niños porque la indicación desde el nivel estatal era lactancia exclusiva, nada de fórmulas”*. Luego entonces, queda claro el nivel de divergencia entre las

representaciones, las indicaciones asociadas a los programas y su tergiversación en la práctica.²³⁰

Aprender como amamantar es una de las novedades para las madres jóvenes quienes además deben hacerlo de forma rápida. Algunas lo aprendieron en la práctica, otras fueron socializadas por sus suegras, madres o familiares cercanos y para unas pocas, como Gabriela, ante la ausencia de su red social, fueron las enfermeras o trabajadoras sociales quienes jugaron ese papel.

Ellas me enseñaron como debía amamantarlo, como hacerle, y cuando tenía leche aquí, al otro día me dieron tiraleche, para sacar la leche, porque se me hacían unas bolas por acá de tanta leche que tenía, y dijeron que si no lo amamantaba bien mi pezón me iba a doler mucho y entonces me enseñaron como amamantarlo, para que no tuviera esos dolores, todo eso me dijeron ellas. En el libro que me dieron también viene en qué forma vamos a poner, que no nos jale dice, todo eso me dijeron.

Para las primigestas muy jóvenes se convierte en un acto que se vive en la intimidad por pena o vergüenza, como en el caso de Ana Iris, una mixteca de 15 años a quien me referí en el capítulo anterior. Al visitarla en casa de sus suegros donde vivía, a los ocho días del parto, estaba en un cuarto con poca luz, cubierto de velos y detrás de las sábanas estaba ella sentada en la cama con el bebé en brazos contemplándolo fijamente mientras lo amamantaba cubriendo su pecho con un trapo. Nunca le dio el pecho delante de la familia, la mayor parte del tiempo durante esa semana la pasó en su cuarto con el bebé, comunicándose con la familia mediante sonidos a través de la sabana, siempre guardando un espacio de privacidad claramente definido.

Para Griselda, amuzga de 20 años, primeriza, el tema de la lactancia se convirtió en un dolor de cabeza. En octubre de 2008 la acompañamos durante el trabajo de parto de su primera hija en el hospital de Ometepec, y diez días después del parto la visitamos en su casa, junto con Enemesia. Con mucha alegría fuimos recibidas en el patio de casa de sus padres pues ella era madre soltera. Allí estaban Leonor —su mamá—e Imelda, prima de Griselda, con su hija Lupita de ocho meses. Leonor llamó a Griselda, quien salió con la niña en brazos, nos impresionó verla tan delgada, como si jamás hubiera estado embarazada. La única huella del largo y doloroso trabajo de parto de dos días eran sus ojos rojos; nos comentó Leonor que se le

²³⁰. Diario de campo, noviembre 19 de 2008.

rompieron los vasitos capilares por el esfuerzo. La abuela tomó a la niña en brazos mientras decía: “está muy bien la niña, lo malo es que no quiere agarrar la chichi. Por eso los enfermeros dijeron que le diéramos su biberón porque lloraba y no se callaba. Nada de leche le salía a ella”. Entonces, les hablamos del calostro y su importancia, del tiempo que demora la leche en bajar y los beneficios de la lactancia para su bebé.

Leonor era una abuela joven, tenía 36 años en ese momento y era su primera nieta. Parece que las dos, Leonor y Griselda, estaban aprendiendo varias cosas. Enemesia sugiere que se la ponga en el pecho a ver cómo come y Griselda le hace caso. La niña tenía hambre, había estado chupando mi dedo todo el tiempo como en busca de pezón. Griselda se la pone con un poco de vergüenza o reticencia. Todas en el patio miramos expectantes... La niña busca el pezón y jala un poco de leche, pero se desespera y lo rechaza. “Es floja —dice Enemesia— no quiere hacer esfuerzo”. Griselda tiene leche pero su pezón es muy plano; por eso la niña no puede agarrar bien y Griselda se desespera “Ella es floja y tú no le tienes paciencia” señala Enemesia.

Le sugiero a Griselda que la ponga en la cama y se acueste con ella hasta que le agarre el pezón, pero prefiere pararse a preparar la mamila. “Aunque sean las dos o tres de la mañana prefiere pararse a juntar lumbre para calentar agua que darle chichi, ¿cómo crees? —Interviene Leonor—. ¡Y come mucho! Una lata en menos de una semana”. Nos muestra varias mamilas y dice: “a ella no le gusta sino ésta” mostrando una mamila de boca grande.

Griselda observa todo esto y no dice nada, como si no hablaran de ella. Se observa con claridad que prefiere darle biberón; está contenta con su hija, pero al mismo tiempo comparte su deseo de irse nuevamente a trabajar a Ometepepec lo más pronto posible.

En el otro extremo del patio su prima Imelda, amuzga de 20 años, le daba el pecho a Lupita, su hija. Una niña de ocho meses grande y gordita como su papá, un conductor de transporte público de la ruta Huixtepec-Ometepepec, quien entró en ese momento y la niña inmediatamente le extendió los brazos; él la cargó amorosamente y observamos las nuevas paternidades que también se manifiestan en el mundo indígena.

Imelda tenía mucha leche y le sugirió a Griselda que le pusiera a la niña a ver si comía. Nos quedamos expectantes esperando ver si Griselda accedía, y así fue, le entregó la niña a Imelda

y ésta de inmediato se pegó con fuerza al pecho de Imelda y comenzó a succionar vigorosamente. Todas observamos la escena confirmando que la niña sí quería el pecho y no como decía Griselda. “Es que le cuesta porque su pecho tiene el pezón plano” señaló Enemesia quien acto seguido sacó su propio pecho para mostrarle que ella tiene el pezón bien formado mientras nos contaba que en un taller de lactancia la facilitadora la tomó como ejemplo para mostrar cómo deben estar los pezones y como masajearlos cuando estén hundidos. “Y no te da pena andar mostrando las chichis? –Le dijeron las otras asistentes-. ¡No! ¿Por qué me va a dar pena si es para un bien? –respondió”.

Leonor, la mamá de Griselda también se sacó su pecho y mostró que el de ella es pequeño pero tiene su pezón. Ella y Enemesia bromearon sobre sus pechos y las demás nos sumamos a sus risas. En ese ambiente de aprendizajes colectivos sobre la lactancia y de pechos al aire, también me alcé la camiseta y les mostré donde hacer el hueco al brassier para que el pezón fuera saliendo, además de sugerirle a Imelda que fuera a darle el pecho a la niña hasta que a Griselda le salga la leche, pero ésta nos miró con cara de incredulidad, más bien convencida de seguirla amamantando con biberón.

La madre de Griselda mandó traer unos refrescos y brindó:

-“A la salud de la mora”.

- ¿De quién? -.

-De la bebé, ¿no ves que todavía no tiene nombre y así se les dice cuando no tienen nombre? respondió Leonor.

-Pero tú estás atrasada, así se les decía antes –mencionó Enemesia- Ahora se les dice Tito o Tita.

Siguen riéndose mientras les preguntaba hasta qué fecha aproximadamente demoran en ponerle nombre.

-Uf, antes había niños en primaria que todavía no tenían nombre, hasta los siete años los bautizaban incluso. –Continuó Enemesia-. Hasta entonces relacioné que “mora” viene de los moros, los no bautizados, los no católicos. Me reí por dentro, pensando en esas pervivencias culturales cuyos orígenes la gente posiblemente desconoce, pero que siguen estando en el imaginario colectivo.

Luego de una agradable tarde entre mujeres, con pechos al aire, leche y risas, nos despedimos mientras Enemesia reafirmaba en el camino de regreso: “De por si se ve que no le quiere dar

*chichi; es floja mi sobrina y su mamá que la acolita, no saben los gastos en los que se están metiendo.*²³¹

Los pasajes etnográficos antes descritos de Griselda, Susana y Liliana, permiten hacer una reflexión sobre dos aspectos. El primero muestra las diferencias en las representaciones tradicionales y biomédicas sobre la alimentación del recién nacido, punto nodal del puerperio. Se observan con claridad una serie de contradicciones entre los dos discursos, aunque mantienen un punto en común, que las mujeres deben amamantar a sus pequeños. Sin embargo, mientras para la biomedicina ésta es una labor exclusivamente de la madre biológica, en las tradiciones y saberes locales se acepta y valida la lactancia compartida como una opción, ya que el punto central es alimentar. Los aspectos higiénicos, tan importantes para el personal de salud, aquí pasan a un segundo plano.

Por otra parte, el mismo personal de salud local mezcla estas representaciones y recomendaciones, aun cuando niegue su utilidad. El responsable jurisdiccional de “Arranque Parejo en la Vida” manifestó que en los embarazos de su esposa (también médica) ésta había acudido a las prácticas biomédicas, pero también había ido a que la sobaran y le dieran masajes las parteras. Igualmente en el puerperio fajaron²³² a la niña, práctica común en la región pero poco recomendada por los médicos.

Enedina, la amuzga de 37 años a quien me he referido previamente por su parto en casa, acudió al Centro de Salud para que revisaran a su onceavo hijo que había nacido una semana antes. La enfermera le recomendó que tomara muchos líquidos como atole, caldos, agua fresca de fruta natural, no refrescos; además le compartió su experiencia como madre, que cuando estaba con su niño le decían que comiera potes²³³ vivos, pero que no le iba a decir lo mismo, sino que tomara mucho líquido. Su comentario indicaba que compartía esta representación, pero su rol como personal de salud le impedía reconocerlo públicamente.

²³¹ Diario de campo. Octubre 21 de 2008.

²³² Se refiere a colocarle a los recién nacidos, una faja de tela alrededor de la cintura con el fin de presionar el ombligo, de tal forma que este permanezca hacia adentro. Es considerado una práctica de protección física y espiritual de los bebés.

²³³ Pequeños pececitos de la región recomendado por las personas para estimular la producción de leche entre las púerperas.

Respecto a la utilización del caldo de cuatete²³⁴ o el consumo de potes vivos como estimulantes para la producción de leche, es una representación generalizada en la región, tanto entre mujeres amuzgas como mixtecas, varias manifestaron haberlo utilizado con resultados positivos. La recomendación del médico a Enedina fue sólo comer bien y tomar hierro.

Quiero finalizar señalando que el pequeño pasaje de “la mora” en la historia de Griselda y su hija, nos remite a la categoría de “construcción social de la persona” desarrollado por Margaret Mead y utilizado más recientemente por Cecilia McCallum (2008) para comunidades indígenas amazónicas. Este concepto da cuenta de los complejos procesos de producción social de las personas desde su gestación y primera infancia, mediante cuidadosos procesos de socialización que culminan con la asignación de un nombre entre los tres y seis años dependiendo de cada pueblo indígena. La adquisición del nombre significa para los menores un sentido de pertenencia, un lugar dentro del sistema social, un conocimiento y dominio de algunas normas de comportamiento básicas que a su vez son genéricamente diferenciadas, pero ante todo el reconocimiento como persona, como integrante del grupo.

Para la mayoría de los pueblos indígenas de las tierras bajas del Amazonas, la gestación de un ser se va realizando durante los nueve meses del embarazo mediante un proceso constante de relaciones sexuales durante este periodo y no en el acto exclusivo de la fecundación. A través de las continuas relaciones sexuales se les van dando las características y las cualidades de los padres a este nuevo ser, en ese sentido, todos los que intervengan en dicho proceso son considerados como progenitores y, por tanto, se reconocen los aportes de otras parejas sexuales de la mujer durante este periodo, aunque la paternidad social y las labores de crianza la asume la pareja permanente.

Esta idea de la formación física de un ser como un proceso constante en el cual hay que trabajar a lo largo del embarazo, se repite en la formación del ser como un individuo social una vez que nace. Por lo cual, es necesario que el bebé logre un estado de maduración física, frecuentemente definido por la capacidad de alimentarse por sí mismo, una vez que habla, que tiene los dientes completos y puede comer cualquier alimento, es decir, ya no depende de su madre para su alimentación. Este proceso, por lo general, se completa hasta los tres años y

²³⁴ Un pescado propio de la región recomendado por las personas para estimular la producción de leche entre las púerperas.

sólo entonces es posible o deseable embarazarse de nuevo, pues se considera que ese menor ya tiene más posibilidades de sobrevivir.

Antes de este tiempo, es frecuente que los menores fallezcan por enfermedades diversas. Su espíritu aún no está fortalecido y puede ser objeto de ataques, o bien, no resistir padecimientos comunes entre los niños. De alguna manera es un estado límbico durante el cual se prepara para ser persona y sólo superados ciertos momentos críticos de la primera infancia, así como socializado en el dominio de la lengua y algunos roles de género que desempeñará de adulto, se considera que está listo para ser nombrado, para ser persona, se trata de un ritual de crecimiento y de inclusión que se materializa en el nombre, cuya mención es central porque refleja un espíritu, una esencia que acompaña a las personas a lo largo de su vida, la palabra con la cual serás llamado en cantos para que vuelvas a la vida si enfrentas un riesgo de muerte.

Si bien este no es el objeto de la presente investigación, es posible intuir que ha ocurrido una modificación en el proceso de denominación de las personas, de asignación del nombre que les da identidad. Muchas de las mujeres mayores hoy siguen teniendo dificultades con sus papeles oficiales, pues no cuentan con un registro de nacimiento, o éste se realizaba tardíamente. El acto formal de denominación podría haber estado marcado anteriormente por el ritual del bautismo y de allí la referencia a los moros como sinónimo de no bautizado, no creyente. En el ámbito del control del Estado la existencia como persona está definida por la inscripción de ésta en el registro civil, que se hacía necesaria al ingresar a la escuela para quienes tenían posibilidades de acceso, o bien nunca, para cientos de mujeres y hombres mayores. Antes muchos niños y niñas podían durar años sin ser nombrados y para algunos se concretaba al entrar a la escuela a los seis o siete años.

En la actualidad, las nuevas formas institucionales conllevan la necesidad de contar con documentos oficiales de identidad para acceder a ciertos programas sociales, luego entonces, es posible que estas situaciones hayan generando procesos de registro más tempranos, por ejemplo, es claro que para programas como Oportunidades, los recién nacidos deben contar con un registro si quieren ser inscritos como beneficiarios del programa. Lo anterior explica por qué en una de las entregas de recursos del programa en Huixtepec, una mujer requería registrar a su hija recién nacida para que pudiera ingresar en la actualización. La única razón para hacerlo con tanta prisa, era justo para no perder el apoyo económico. Habría que mirar

con más detalle si estos posibles cambios en la edad de nominación, han modificado también la noción de persona y construcción social de la misma antes referida, e incluso interrogarnos si es pertinente en el contexto de los pueblos indígenas en México.

A modo de conclusión

Para concluir, podemos señalar que el puerperio es un periodo que si bien es considerado como parte del proceso de gestación y por tanto se incluye como parte del seguimiento para la prevención de la mortalidad materna por parte del sistema de salud, en la práctica es un ámbito de cuidado fundamentalmente doméstico y donde los saberes tradicionales juegan un papel central. Frente a la excesiva medicalización del embarazo y el parto, el puerperio permanece como un ámbito de mayor control por parte de las mujeres y las comunidades.

Los cuidados familiares durante el puerperio, están influenciados por la edad de la mujer, el número de gesta (a menos hijos más cuidado por parte de los otros) y el resultado del proceso de gestación. Si es positivo la madre es cuidada en función no sólo de ella misma sino también del lugar que ocupa en la relación y la supervivencia del recién nacido. Si este no existe, la mujer es vista en función exclusivamente de ella misma y sin asociación a la maternidad su lugar de sujeto de cuidado se reduce considerablemente.

Una de los cambios observados en las prácticas de atención en relación con la edad de las mujeres y su ciclo de vida, es una modificación en las personas responsables del cuidado durante el puerperio, de tal forma que este pasa de ser atendido por suegras y madres entre las primigestas, a serlo por las mismas mujeres, sus esposos, hijos o hermanas en las últimas gestas. Igualmente podemos percibir una reducción en el tiempo de cuidado durante el puerperio a medida que se incrementa el número de hijos.

El puerperio devuelve un lugar de mayor libertad y autonomía a las mujeres, sus familias y comunidades, ofreciendo opciones de cuidado que cada mujer va tomando o construyendo a partir de su propia experiencia, independientemente del curador que haya atendido el parto. De nuevo, durante el puerperio, las mujeres pueden conjugar representaciones tradicionales sobre alimentación, con prácticas biomédicas frente al mismo tema, ajustándolo en su sistema cognitivo y evaluando su eficacia en la experiencia práctica.

Respecto a la participación de la red familiar y particularmente los varones en las prácticas de atención durante este periodo, señalaré que los cambios económicos y la medicalización han

reducido el papel del varón en el proceso de atención al embarazo, parto y puerperio, pues las prácticas tradicionales en pueblos indígenas como los mixtecos, donde ellos tenían una importante función social de cuidado durante el puerperio, han sido remplazadas por prácticas de atención más sencillas, que pueden ser desarrolladas por otras mujeres como suegras o madres, de tal manera que desaparece un espacio propiciatorio de la participación masculina en este proceso. Aún con esta realidad, sería falso señalar el embarazo, parto y puerperio como un proceso exclusivamente femenino donde los hombres no participan. Por el contrario, están presentes ayudando en algunos partos en casa para las mujeres mayores. Están también en las decisiones sobre atención, en la relación de contacto físico con la embarazada, especialmente las más jóvenes, en la construcción colectiva de la idea de maternidad y paternidad, en donde también se asumen a sí mismos como futuros padres, en el acompañamiento a la pareja en las instituciones de salud durante el parto, en la asunción de algunas tareas de cuidado o creación de vínculos afectivos con el recién nacido, sobre todo entre los hombres de menor edad y en garantizar los elementos materiales para el buen desarrollo del bebé o para la recuperación de la madre, entre otros aspectos.

Sin embargo, durante el puerperio los varones vuelven a tener un lugar protagónico, al menos entre los mixtecos de comunidades más alejadas donde mantienen la responsabilidad de hacer el temazcal y ponerlo en funcionamiento durante varios días para promover los procesos de recuperación de la salud de la mujer. Del mismo modo aparecen como proveedores y cuidadores de la madre o el recién nacido, como lo compartían algunos jóvenes mencionados en el texto.

CONCLUSIONES

El objetivo general de este trabajo fue analizar el proceso reproductivo y particularmente las prácticas de atención a la salud materna entre mujeres indígenas amuzgas y mixtecas de la Costa Chica de Guerrero, a partir de los límites y posibilidades que establecen las normatividades comunitarias e institucionales en torno a la reproducción y el ejercicio de derechos en un contexto de desigualdad.

Para ello se plantearon cuatro preguntas guía. La primera giró en torno a la normatividad comunitaria del proceso reproductivo y el papel asignado a las redes familiares en relación con dicho proceso. La segunda indaga en las trayectorias reproductivas y prácticas de atención tradicionales, biomédicas y de autoatención, desarrolladas por las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. La tercera pregunta aborda la normatividad institucional indagando de qué manera el sistema de salud, tanto en sus funciones de diseño como de provisión de servicios, interactúa con estas mujeres y constriñe las decisiones reproductivas y prácticas de cuidado desarrolladas por ellas durante el proceso de reproducción biológica. Hasta dónde las políticas públicas, estrategias y programas en salud materna responden a las características y necesidades de estos grupos en particular y si ello está marcado por una mirada de derechos o por el contrario reproduce desigualdades y exclusiones.

Las tres preguntas anteriores contienen una preocupación respecto a las posibilidades de ejercicio de derechos de las mujeres indígenas en torno a su cuerpo y su reproducción, en el marco de esta intersección entre dos sistemas normativos en los cuales se mueven como es el comunitario y el institucional.

Para responder a dichos interrogantes me centré en los procesos reproductivos de mujeres indígenas amuzgas y mixtecas de la Costa Chica de Guerrero utilizando tres ejes analíticos: reproducción estratificada, exclusión e inequidades en salud y, finalmente, la articulación ciudadanía y derechos, con particular énfasis en el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Guerrero. Este es un estado con elevada población indígena, altos índices de marginación y mayor razón de mortalidad materna a nivel nacional, evidenciando así los niveles de desigualdad social que prevalecen en esta entidad.

En este entramado de desigualdad y mortalidad materna, más del 90% de la población en la Costa Chica es atendida por la Secretaría de Salud quien para ello cuenta con una plantilla de personal y una infraestructura institucional mucho menor a la requerida para atender a los

habitantes de la Jurisdicción Sanitaria 06. Pese a los esfuerzos institucionales, el índice de mortalidad materna ha permanecido prácticamente igual durante los últimos diez años, observándose una concentración de los fallecimientos en municipios indígenas y en mujeres sin acceso a seguridad social lo cual revela las intersecciones en las exclusiones e inequidades asociadas a la condición de género, étnica y de clase.

Se mostró en la investigación que la salud no es un campo exento de las disputas por el reconocimiento, la inclusión y la ciudadanía; por el contrario actualiza de manera muy cercana, las relaciones de subordinación asociados a la pertenencia étnica, a lo cual se suma el ejercicio de poder que conlleva la institucionalidad médica. Este tema, ampliamente desarrollado por Menéndez, en su análisis del modelo médico hegemónico fue de gran utilidad para la investigación, permitiéndome mostrar el peso del racismo y la desigualdad de clase en las prácticas institucionales de salud pública

En el trabajo se realizó un acercamiento al comportamiento y trayectoria reproductiva de mujeres indígenas amuzgas y mixtecas de la Costa Chica de Guerrero en edad reproductiva, en la cual se incluyen los procesos biológicos asociados a la misma, como la gestación, parto y puerperio; pero también la reproducción social de los individuos en un contexto sociocultural específico. Esto implica la socialización en función de las características de ese grupo a través de los procesos de crianza, e incorporación de la normatividad cultural de cada sociedad.

Un tema relevante fue el cuerpo femenino, como espacio en el que se corporeizan las normatividades hegemónicas en torno a la reproducción. El punto de partida se ubicó en las políticas de control de la fecundidad iniciadas en la década del 70, en consonancia con las orientaciones internacionales respecto al control de crecimiento demográfico. Los efectos de estos programas se sintieron más tardíamente en las comunidades indígenas si bien ha aumentado la cobertura de planificación familiar durante los últimos años, especialmente con fines de cierre de ciclo reproductivo. Los mecanismos usados para promover el uso de anticonceptivos no siempre consideran el consentimiento informado y el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres.

Al analizar las **trayectorias reproductivas** de las mujeres indígenas de esta región, divididas en tres grupos etarios (jóvenes de 15 a 24 años; medianas de 25 a 34 años y mayores de 35), encontramos un comportamiento reproductivo que podemos caracterizar de la siguiente manera: un inicio temprano de la vida sexual y la procreación, fuerte vínculo entre sexualidad, matrimonio y reproducción, una alta valoración de la virginidad; un ejercicio de la sexualidad

preconyugal que aparece en las nuevas generaciones, pero por un lapso de tiempo muy breve e inmediatamente seguido de la unión. Finalmente, una ausencia casi total de anticoncepción en la primera relación y uso de métodos anticonceptivos fundamentalmente por parte de mujeres unidas con varios hijos, interesadas en espaciar o cerrar el ciclo reproductivo.

Encontramos en los tres grupos etarios una serie de elementos comunes como la temprana edad de inicio de las relaciones sexuales y la conyugalidad respecto al promedio nacional, así como la permanencia en la edad aproximada de inicio de la sexualidad, conyugalidad y maternidad en todos los grupos, la cual se ubica alrededor de los 16 años. Otra continuidad es la fuerte relación existente entre estos tres eventos: inicio de la vida sexual, la conyugalidad y la maternidad, observándose un promedio de un año o menos entre los tres. Del mismo modo, se constata una normatividad social que orienta hacia el ejercicio inmediato y permanente de la maternidad, mostrado en la ausencia de uso de anticonceptivos antes del primer hijo en prácticamente todas las encuestadas.

Los cambios en el comportamiento reproductivo no se están produciendo en el espaciamiento de los hijos sino en la reducción del número total; es decir, se mantiene un rápido ejercicio de la maternidad, con periodos intergenésicos cortos (dos años en promedio) y uso de anticonceptivos permanentes o temporales una vez que se alcanza el número de hijos deseados. Encontramos, entonces, una triada muy fuerte en la cual se conjugan como eventos prácticamente inseparables: sexualidad, conyugalidad e inmediata reproducción.

Al mismo tiempo se evidenciaron una serie de diferencias importantes asociadas a la edad, entre ellas un significativo incremento en la escolaridad entre las más jóvenes respecto a las mayores. Se observó también una flexibilización en las prácticas y rituales de conformación de la unión, derivada de un mayor ejercicio de derechos por parte de hombres y mujeres jóvenes, pero también como producto de la precarización económica que hace más difícil, debido a sus elevados costos, cumplir con todos los rituales de pedida o “quedamiento”, hasta la celebración de las bodas civil y religiosa. De este modo, el esquema tradicional pedida-matrimonio-sexualidad-reproducción, coexiste, cada vez de manera más creciente con otras formas de establecimiento de la unión articuladas alrededor de la sexualidad y la reproducción, las cuales conducen finalmente al matrimonio o unión. Estas formas se pueden esquematizar en dos ordenes distintos: sexualidad-conyugalidad-reproducción; o bien sexualidad-reproducción-conyugalidad.

Estas modificaciones en las formas de unión no reducen ni transforman la importancia asignada a la institución matrimonial, el sistema de parentesco asociado a ella y la maternidad; los cuales mantienen un peso central en la reproducción social. Esta configuración de las relaciones de parentesco es central en la comprensión de las prácticas de atención utilizadas durante el embarazo, parto y puerperio en las primeras gestas. En ese sentido, se mantiene como una continuidad generacional la función de la familia de alianza en estos procesos de atención, así como la noción de adultez social asociada a la maternidad.

La tercera modificación se refiere a las **prácticas de atención durante el embarazo, parto y puerperio**, al tipo de curadores a los que acuden durante el control prenatal y embarazo, con una mayor predominancia de curadores biomédicos entre las más jóvenes respecto a los otros dos grupos. Las mujeres mayores claramente manifestaron una preferencia por la atención con parteras tanto en el embarazo como en el parto. A medida que aumentan las gestas se da un acercamiento al personal biomédico y se incrementa la autoatención del embarazo y parto. En el grupo intermedio se observaron preferencias por la atención con partera, pero con un importante pluralismo médico, de tal manera que buena parte de las mujeres acude con ambos curadores durante el embarazo y el parto.

Respecto a la **normatividad comunitaria** en torno al proceso reproductivo se observó que el tránsito a la adultez social de las mujeres y su inserción efectiva en una red de parientes por alianza, está determinada por la reproducción biológica, proceso fundamental a través del cual ellas van adquiriendo un lugar de respeto, al garantizar la reproducción y continuidad social de la familia y la comunidad desarrollando habilidades de cuidado y crianza consideradas fundamentales en la normatividad de género respecto a los comportamientos femeninos deseables, entre ellos ser una buena madre, buena esposa y buena nuera.

Las prácticas de cuidado durante el embarazo y el parto, especialmente en primeras gestas, pueden ser comprendidas de manera más completa si se incluye una mirada sobre las relaciones de parentesco establecidas mediante la unión pues esto marca una serie de vínculos entre dos sistemas familiares. En primer lugar define el lugar social que ocupa la mujer y su nueva pareja en la estructura familiar a la cual se integra así como el papel asignado a cada uno de los adultos involucrados en el acuerdo, especialmente los suegros. En segundo lugar se encuentra el tránsito a la adultez social, que está definido por diversos elementos asociados a la generación y el género de tal suerte que entre los varones son fundamentales la capacidad

para sostener económicamente a su pareja e hijos, construir y mantener una casa independiente, lo cual implica una inserción más profunda en actividades productivas o en el mercado laboral.

Para las mujeres, en cambio, los procesos asociados a la reproducción, incluida la maternidad, la crianza y la capacidad de desarrollar el trabajo reproductivo que implica el sostenimiento de los hogares, son centrales para convertirse en adultas sociales y es necesario para ello pasar por un proceso de fuerte socialización en estos roles, a cargo de la familia de alianza y particularmente la suegra. Esta vinculación a una nueva estructura de parentesco no está exenta de relaciones de poder intra e intergeneracionales.

Existen en el ámbito comunitario mecanismos de subordinación e incluso violencia que enfrentan algunas mujeres al incorporarse a un nuevo sistema familiar, los cuales están socialmente legitimados y son marcados por el género y la edad pues se aplican a las mujeres y particularmente a las jóvenes en tanto se consideran como una obligación de la mujer que ingresa a la nueva red de parentesco, cumplir a cabalidad con los roles y conductas establecidas como demostrar su virginidad, mostrar respeto a los mayores, atender a su esposo, participar activamente en los quehaceres del hogar y convertirse en madre de manera inmediata. Todo ello es parte del ideal normativo de género respecto a las mujeres y define los marcos de posibilidad que poseen para tomar decisiones sobre su vida, su cuerpo y sus procesos reproductivos; especialmente si la familia de la mujer está ubicada en una situación inferior a la de la pareja.

La normatividad comunitaria reproduce entonces desigualdades de género y generacionales, constriñendo de manera sustancial, las posibilidades de ejercicio de derechos de las mujeres en torno a su cuerpo y su reproducción pues la maternidad no se vive como opción sino como imperativo social frente al cual las posibilidades de elección de las mujeres y sus parejas son mínimas. Por otra parte, las situaciones de violencia existentes al interior del núcleo familiar, bien sea el consanguíneo o el de alianza, se conciben como elementos naturalizados que constituyen una significativa reducción del campo de posibilidad para el ejercicio de derechos por parte de las mujeres.

Por otra parte, a lo largo del trabajo ratificamos la reproducción como un proceso que se hace visible en el cuerpo y es imposible de pensar individualmente, pues está mediado por un ámbito colectivo (la normatividad comunitaria) el cual define los momentos, formas, espacios en los cuales es posible, deseable o imperativo reproducirse. Las personas no deciden de

manera individual y aislada cuándo, o cómo reproducirse pues este tipo de definiciones están marcadas por una normatividad en torno al proceso reproductivo que es culturalmente construida y constriñe las posibilidades de decisión de hombres y mujeres en torno a su reproducción.

Al mismo tiempo, es evidente la existencia de un ámbito individual, en el cual se encarnan estas transformaciones del proceso reproductivo y en el que mujeres y hombres entran o participan tomando decisiones respecto a cómo relacionarse en su experiencia particular con esta normatividad de género existente. Esto me llevó a pensar que las decisiones en torno a la reproducción implican un nivel de agencia, de libertad, una capacidad o una posibilidad de un margen de movilidad que está individualmente definido en el marco de ese contexto de normatividad reproductiva que establece, constriñe o define los límites del accionar. Es de este modo como podemos acercarnos a las transformaciones en las prácticas de atención y a las decisiones que las mujeres y sus parejas van tomando respecto a la gestación, el tipo de parto que desean, el lugar para ello y el curador con el cual prefieren atenderse.

En este marco, las **redes familiares y comunitarias** a las cuales se accede mediante la conyugalidad y la reproducción, constituyen un valioso recurso para las mujeres, sus parejas e hijos pues dan un sentido de pertenencia, un lugar social y recursos concretos como tierra o trabajo. Del mismo modo, son centrales en las acciones de cuidado durante el embarazo, parto y puerperio en tanto desarrollan una serie de estrategias para prevenir, mantener y atender la salud de las mujeres y sus hijos e hijas durante el proceso reproductivo. En cada etapa del mismo aparecen una serie de saberes tradicionales y recomendaciones presentadas a lo largo de la tesis, las cuales son implementadas por el grupo de parientes de alianza, particularmente las suegras. Estas prácticas tradicionales se hacen más visibles durante el puerperio y también en las otras etapas para quienes optan por atención con partera o autoatención.

Este tejido social constituye un soporte fundamental para las mujeres pues representa redes de cuidado que llenan los vacíos dejados por el Estado, del mismo modo en que lo hacen las organizaciones de mujeres indígenas y de la sociedad civil vinculadas a estos temas en la región. Frente a las desigualdades étnicas y de clase que enfrentan las mujeres pobres e indígenas cuando acuden al sistema de salud, la familia y la comunidad significan un recurso de gran valor para gestionar, exigir la atención o cubrir los gastos asociados a la misma. En última instancia contribuyen a reducir vulnerabilidades frente a un sistema hegemónico y a

garantizar la búsqueda de soluciones en casos de complicaciones o emergencias obstétricas. En contextos indígenas quienes no cuentan con esta red de parentesco o están por fuera de la misma como es el caso de las experiencias migratorias, enfrentan mayores vulnerabilidades en relación con el acceso a atención oportuna y de calidad.

La tercera pregunta abordada en el trabajo se refería a la **normatividad institucional en salud**, particularmente en relación con la maternidad. El trabajo mostró el impacto que han tenido las políticas públicas de control poblacional y salud en los comportamientos reproductivos de las mujeres, especialmente en los años más recientes. Se observa en la última década un fuerte incremento en la implementación de acciones específicas orientadas a la reducción de la mortalidad materna. Ello se inscribe en una serie de compromisos internacionales por parte del gobierno mexicano, especialmente en el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como la presión de organizaciones de la sociedad civil para lograr avances en materia de salud sexual y reproductiva desde la perspectiva señalada en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo).

Este nuevo marco de políticas públicas dirigidas a reducir la mortalidad materna se concreta en el Programa de Acción Específico “Arranque Parejo en la Vida” (APV), el cual se ha mantenido durante los últimos dos sexenios (2001-2006 y 2007-2012). Desde este programa se focalizaron acciones en las entidades federativas con mayor razón de mortalidad materna, varios de los cuales corresponden a población mayoritariamente indígena como es el caso de Guerrero. De esta manera APV, Oportunidades y el Sistema de Protección Social en Salud, han intensificado la presencia del Estado en zonas indígenas, generado una mayor intervención sobre el cuerpo de las mujeres en temas relacionados con la salud reproductiva, control de la fecundidad y derechos reproductivos.

Aunque en el diseño de acciones desde el nivel federal se ha transitado de un enfoque de riesgo que caracterizó el periodo 1995-2006, a un enfoque de emergencia obstétrica a partir de 2009, en lo local esto se traslapa y existen dobles discursos respecto a qué es lo que se considera central en la atención de las mujeres embarazadas. En Guerrero sigue predominando el enfoque de riesgo en el primer nivel, y paralelamente se intenta, con la misma red de servicios, infraestructura y personal, dar respuesta a las orientaciones y compromisos en relación con la implementación de la emergencia obstétrica. En la práctica, no es claro que la política pública se oriente hacia la atención de la emergencia obstétrica y esto

se refleja en el tema de los recursos, la política de formación de recursos humanos en salud y las redes de servicios actualmente existentes.

La mortalidad materna se sigue concentrando en poblaciones rurales, urbano-marginales e indígenas, como es el caso de Guerrero y particularmente de la jurisdicción 06 Costa Chica. Al revisar los datos epidemiológicos de la última década, podemos ver que las acciones institucionales emprendidas para reducirla no han producido los resultados esperados. El sistema de salud oficial hoy está más presente que hace diez años en la vida de mujeres amuzgas y mixtecas de la Costa Chica, hay un incremento en la medicalización del proceso reproductivo, en el número de partos hospitalarios en el control prenatal, en número de mujeres afiliadas al Seguro Popular y a Oportunidades y en los recursos invertidos en el tema. Sin embargo, los resultados nos muestran las profundas debilidades de este sistema y la permanencia de mecanismo de exclusión en el acceso a la salud como un derecho y a servicios de salud materna con calidad y pertinencia cultural.

La creación del Sistema de Protección Social en Salud, más conocido como *Seguro Popular*, ha transformado de manera sustancial el funcionamiento del sistema, agudizando los fenómenos de fragmentación y descentralización que ya existían, pero agregando una distancia sustancial entre programas de acción y recursos disponibles para su implementación. Hoy tenemos una estructura mediante la cual transitan por un lado los programas de salud sin recursos suficientes, y por el otro, una gran bolsa de recursos financieros asociados al Seguro Popular sin etiquetación, transparencia ni criterios claros de aplicación. La salud reproductiva, y particularmente la salud materna, constituye un ejemplo de esta situación pues *Arranque Parejo en la Vida*; es un programa de cobertura nacional con estrategias definidas pero financieramente depende en un elevado porcentaje, de los recursos que llegan a las entidades federativas vía Seguro Popular y frente a los cuales su capacidad de intervención y control es prácticamente inexistente, especialmente si consideramos la importante reducción en el nivel de rectoría por parte de la Federación.

Podemos ver a través del Seguro Popular el impacto directo de las políticas públicas en salud en la vida de las personas en lo local, pues ha sido implantado de manera muy rápida, ampliando el número de afiliados de un modo considerable cada año. En este trabajo he señalado que no es un sistema de seguridad social como se ha planteado, ni mucho menos un garante del derecho a la salud. Es un mecanismo de financiamiento mediante la afiliación, que está muy lejos de ser una vía de acceso universal a la salud. Al analizar el caso de la Costa

Chica en relación a la atención del embarazo y parto, podemos ratificar que el gasto de bolsillo no se ha eliminado y que acceder a la atención y a la resolución de la emergencia obstétrica cuando ella se presenta, tiene costos importantes para la mujer y sus familiares. Los datos nacionales indican que cuatro de cada diez fallecidas en México y la mitad de las fallecidas en Guerrero en proceso de embarazo, parto y puerperio, contaban con Seguro Popular.

A lo largo del trabajo se mostraron las serias dificultades que enfrentan las personas en la red de servicios en la Costa Chica de Guerrero y en general en todo el Estado, saturación de las unidades de segundo nivel, subutilización del primer nivel y una desvinculación con los recursos locales de atención como las parteras, a las cuales se las ve como amenaza o en el mejor de los casos se incorporan en una relación de subordinación, asignándoles funciones de “madrinas obstétricas” o de atención durante el embarazo, pero restringiendo sus posibilidades de atención en los partos.

Determinantes sociales como las condiciones socioeconómicas, las dificultades y altos costos de movilización, las debilidades en la red de servicios de salud y en la presencia del Estado, los bajos niveles de escolaridad y acceso a servicios, son fundamentales para la comprensión de la mortalidad materna en la Costa Chica y particularmente entre las mujeres indígenas. Por otra parte, las desigualdades de género y étnicas se manifiestan de manera palpable en un sistema de salud que tanto en sus funciones de diseño, rectoría y financiamiento como en la prestación de servicios, no considera las necesidades y miradas específicas de la población indígena, reproduciendo de este modo exclusiones e inequidades en salud y serias dificultades para el ejercicio de derechos.

El diseño de estos programas y acciones tiene un carácter homogéneo para todo el país y aunque ha establecido metas específicas para las regiones con menor nivel de desarrollo, no considera con suficiente fuerza las desigualdades asociadas a la condición de pertenencia étnica, edad o experiencia reproductiva. De esta manera, desde la función de rectoría se reproducen las desigualdades enfrentadas por las mujeres y se agudizan causas de exclusión social en salud, particularmente las relacionadas con las barreras de acceso, entre ellas las de orden cultural al prestar un servicio en una lengua que las usuarias no comprenden o dominan. Se evidencian así las dificultades para garantizar los cuatro elementos que marcan la perspectiva del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

La mirada, necesidades y propuestas de los pueblos indígenas en materia de atención a la salud y particularmente a la salud materna, no están recogidas en este diseño institucional en

torno al proceso reproductivo y el cuidado de la salud durante el embarazo, parto y puerperio, pese al reconocimiento del derecho de los pueblos indígenas a preservar sus saberes y prácticas en salud como lo ha establecido la Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas de la ONU. De esta manera, se reproducen desigualdades y exclusiones sociales en salud que dificultan el efectivo ejercicio de derechos para las mujeres indígenas, y por lo tanto su ciudadanía plena.

Lo cierto es que a pesar de estas tensiones, el pluralismo médico caracteriza hoy las prácticas de atención en salud materna de las mujeres de la región y el modo en que las mujeres transitan entre los dos sistemas de salud. En la actualidad en la Costa chica de Guerrero, existen claras estrategias de pluralismo médico en las prácticas de atención de la población durante los procesos de atención al embarazo y el parto, mientras en el puerperio vuelven al ámbito de las prácticas tradicionales. Sin embargo, ello no significa que las relaciones de subordinación de los sistemas médicos tradicionales indígenas respecto al modelo médico hegemónico se hayan transformado. Mucho menos podemos decir que existan, de manera intencionada, estrategias interculturales de atención a la salud materna.

Al volver a la pregunta respecto al proceso reproductivo y los límites y posibilidades que brindan ambos sistemas normativos (el comunitario y el institucional) para el **ejercicio de derechos**, señalo que el concepto de reproducción estratificada permitió ver cómo la reproducción está inserta en un marco de desigualdades de género, de clase, de raza, de etnia que definen la manera en que esta reproducción tiene lugar. Del mismo modo jerarquiza qué tipo de cuerpos y grupos pueden reproducirse, a cuáles se les excluye de este derecho o se les establecen limitaciones para reproducirse, como en el caso de las mujeres indígenas a las cuales se les presiona para asumir comportamientos reproductivos considerados “modernos”, entre ellos la reducción en el número de hijos y su espaciamiento, utilizando argumentos asociados a la salud pero que en los discursos, prácticas y acciones reproducen miradas discriminatorias y racistas sustentadas en un orden de género y raza que no se deconstruye.

La reproducción, como he mencionado a lo largo de la tesis, no es un ámbito individual, ya que atraviesa directamente lo social y está enmarcado en relaciones con el Estado, con lo público, con las instancias o instituciones que regulan la reproducción. Una de estas instancias reguladoras de la reproducción son las de salud. ¿Y cómo se regula la reproducción? A partir de una serie de lineamientos, programas, acciones, de estrategias que van moldeando y definiendo lo que se puede, lo que se debe y lo que es prohibido, los mecanismos mediante

los cuales hay una normatividad que va restringiendo, definiendo, construyendo; más que sancionar va construyendo o estableciendo los marcos de lo que es posible y lo que no es posible hacer. Y esta normatividad institucional obedece a un proyecto de occidente, a un proyecto individual, liberal que no necesariamente se corresponde con la normatividad del proceso reproductivo existente al interior de las comunidades y pueblos indígenas.

De este modo, el campo de la salud materna y las practicas de cuidado durante el embarazo, parto y puerperio, nos permitieron analizar de qué manera se articulan, se confrontan, se relacionan estas normatividades en torno al proceso reproductivo y hasta dónde es posible para las mujeres indígenas de la región apropiarse y ejercer derechos en torno a su cuerpo y a su reproducción. Al analizar las prácticas concretas de atención pudimos observar de qué manera la mujeres corporeizan esta normatividad o estas normatividades, negocian entre ambas, deciden hacia dónde moverse, cuál utilizar en determinado momento y cual utilizar en otro.

Es en este proceso donde encontramos la presencia de diversos actores que intervienen en la toma de decisiones respecto a estas prácticas de cuidado cobrando vitalidad el espacio comunitario que en este entramado genera recursos para el cuidado de la salud pero restringe a las mujeres las posibilidades de ejercer derechos y cuestionar el orden de género existente en el cual ellas tienen un lugar subordinado. El sistema de salud aparece entonces como válvula de escape o posibilidad de frenar algunas de estas relaciones desiguales pero encarna con todo su peso las diferencias de clase y raza e impone a su vez nuevos comportamientos con argumentos de orden técnico científico.

La apuesta por fortalecer mecanismos de mayor pertinencia cultural de los servicios y participación social en la definición de las políticas y programas en salud materna, sigue orientando el sentido político de este trabajo. Sin embargo, ello no impide tener una mirada crítica frente a las desigualdades de género que caracterizan este sistema comunitario y que se expresa en múltiples ámbitos de la vida además de la salud; entre ellos la participación política, el acceso a tierra y recursos, a la impartición de justicia, a la eliminación de fenómenos de violencia naturalizada, entre muchos otros.

En ese sentido cierro el texto pensando en las posibilidades de ejercicio de derechos y construcción de ciudadanía por parte de las mujeres indígenas en un contexto marcado por profundas desigualdades e inequidades económicas, sociales, étnicas y de género como es el que enfrentan los pueblos indígenas de esta entidad federativa y de otras regiones del país. La

reproducción es un ámbito que nos permite pensar las relaciones de género desde los espacios doméstico donde se toman decisiones concretas sobre el cuerpo, hasta aquellos macro donde se definen las orientaciones internacionales en salud sexual y reproductiva, las relaciones entre el Estado y los Pueblos Indígenas y necesidad imperativa de diseñar políticas públicas que tengan una visión de derechos, tanto individuales en los cuales se sustentan los sexuales y reproductivos, como los derechos colectivos de los pueblos indígenas y el derecho colectivo a la salud.

Para finalizar enuncio algunas reflexiones sobre el proceso de investigación y sus posibilidades futuras. El trabajo deja varias **vetas abiertas** para seguir explorando; algunas de ellas como es el tema de la salud intercultural, la pertinencia cultural de los servicios de salud materna el de los presupuestos y su impacto en las condiciones de salud de la población, ya empecé a transitarlas en nuevos trabajos pero no están incorporados en esta reflexión. Otros emergieron en el proceso y merecen ser retomados en otras investigaciones, como es la sistematización y análisis de los procesos de participación social y promoción de la salud en esta región desde las organizaciones de mujeres indígenas. Del mismo modo, la participación de los varones en el proceso reproductivo merece ser explorada con mayor amplitud en investigaciones posteriores. Igualmente, considero que la articulación de las trayectorias reproductivas con trabajos de corte etnográfico cualitativo, utilizados en esta investigación, pueden ser un elemento de tipo metodológico a recuperar en futuros trabajos en otras regiones o poblaciones.

No fue un proceso fácil ni rápido la sistematización y escritura de los resultados obtenidos a lo largo de estos años, especialmente por la gran movilidad en las estrategias diseñadas en salud materna, la diversidad de actores vinculados y las múltiples actividades en las que me involucré durante este periodo paralelamente a la realización de la tesis. Diversas decisiones metodológicas y respecto a la forma de presentación de la información fueron evaluadas y redefinidas en el camino. Esta fue sólo una de las maneras de acercarse a este tema, la cual espero contribuya al campo de las investigaciones en salud materna desarrolladas en el campo de la antropología social durante los últimos veinte años, entre los cuales sin duda merecen especial mención los trabajos de Elu (1993) y Freyermuth (2003), por ser ambos textos pioneros en la visibilización de una problemática como la mortalidad materna y por la solidez conceptual y metodológica de los mismos.

El foco de este trabajo no lo constituyó la mortalidad materna sino la reproducción y la salud materna, en un diálogo permanente con las políticas públicas en esta materia implementadas durante la primera década del siglo XXI, particularmente en el Estado de Guerrero. De esta manera, el trabajo contribuye a comprender las dinámicas de la reproducción en contextos indígenas y cómo ellas han sido impactadas por la cada vez más intensiva presencia del Estado en las comunidades mediante los dispositivos de la biopolítica, materializados en las políticas sociales, poblacionales, de salud sexual y reproductiva, entre otras.

De esta manera, puede ayudar a pensar la relación entre el Estado y los pueblos indígenas en la década posterior a las reformas multiculturales neoliberales de reconocimiento a derechos colectivos, al mismo tiempo que se agudizan las reformas económicas y de desmonte del Estado de bienestar social en México. En un campo de debate tan actual en América Latina respecto a como reducir las desigualdades y garantizar la presencia plena de los pueblos y particularmente las mujeres indígenas como sujetos de derecho, los temas aquí abordados pueden dialogar con otras experiencias implementadas en el área andina, Centroamérica o Brasil, donde se ha construido una institucionalidad en salud intercultural, más articulada con los proyectos colectivos de los grupos étnicos y dirigidas por profesionales indígenas.

Igualmente, espero que la utilización de las trayectorias reproductivas constituya un aporte metodológico para el acercamiento a estos procesos de cambios en los comportamientos reproductivos asociados a la generación, los cuales permiten observar de qué manera impacta en lo local las macropolíticas demográficas, económicas, de educación, salud, entre otras.

Dado que en mi caso hubo un claro interés por articular las dimensiones académicas y las del activismo, quiero señalar algunos usos prácticos que hemos dado durante estos años a los resultados del trabajo. Al utilizar la propuesta de trayectoria reproductiva con promotoras comunitarias indígenas en salud sexual y reproductiva en el marco de la escuela de formación Nellys Palomo, que impulsamos desde Kinal Antzetik D.F, hemos encontrado que es una herramienta interesante para que ellas, las mujeres indígenas, reconstruyan la historia reproductiva propia, de sus madres y abuelas, e identifiquen los cambios generacionales en los eventos y comportamientos reproductivos. Al juntarla en plenaria con las historias de otras mujeres y colocarla en el marco de la historia de las políticas públicas en salud reproductiva, es claro para ellas la articulación entre las dimensiones nacional e internacional con lo que ocurre en sus comunidades y familias.

Por otra parte, recuperando las historias narradas por varias de las mujeres aquí citadas, se construyó un juego didáctico para trabajar con promotoras indígenas el tema de la maternidad como derecho. Se retomaron historias de mujeres de diferentes edades que viven procesos de sexualidad, unión y maternidad semejantes a los narrados en la investigación, para construir pequeñas historias de animales que son representadas por las participantes en los talleres, las cuales problematizan el tema de los derechos y las decisiones a partir de preguntas respecto a situaciones concretas y lo que diría la comunidad en cada uno de los casos. Durante tres años hemos utilizado este juego y constituye una posibilidad de reflexión lúdica colectiva en torno a la normatividad comunitaria, la institucional y el ejercicio de los derechos.

Del mismo modo, los resultados en materia de recursos, datos epidemiológicos, entre otros, han sido utilizados por las promotoras como argumentos para su interlocución con el sector salud y los datos recopilados en los capítulos etnográficos nos han posibilitado abrir la reflexión colectiva con ellas, respecto a la adecuación intercultural de los servicios de salud y cuáles serían los aspectos posibles de modificar en la prestación de los servicios por parte del sector salud. Considero que estos son algunos de los aportes que la antropología social y la academia puede hacer a los procesos organizativos y la lucha cotidiana de las mujeres indígenas por el ejercicio de sus derechos, cuando se traduce en un lenguaje o forma de uso cercano a su realidad.

En igual sentido, espero que los temas y problemas aquí evidenciados, así como las voces y experiencias de todas las mujeres que hicieron posible este trabajo puedan ser más visibles para los tomadores de decisiones institucionales y útiles para futuras intervenciones en salud más acordes con las necesidades de las mujeres indígenas. Muchos son los asuntos que quedan por fuera o requieren ser profundizados, sin embargo me anima la esperanza de que estas reflexiones acotadas a una región, una población y un tema específico, contribuyan al campo de los estudios antropológicos y de género, para continuar el trabajo que desde la academia, el activismo y las intervenciones comunitarias podemos hacer para subvertir estas desigualdades, exclusiones y subordinaciones que impactan en la vida y la salud de todas las mujeres.

BIBLIOGRAFIA

Asesoría y Capacitación en salud A.C. (1999). *Plan de seguridad*. San Cristóbal de las Casas. Disponible en <http://acasac.org.mx/tenejapa.html>. Consultado en agosto de 2013.

Aju Teleaguari, Marta Lidia (2006). *Trayectorias de atención de la enfermedad en los niños ch'ortis de Guatemala*. Tesis para optar al grado de Maestra en Antropología Social. Guadalajara, CIESAS.

Almaguer González, José Alejandro y Jaime Mas Oliva (2009). *Interculturalidad en salud. Experiencia y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. 2ª edición. Ciudad de México, Secretaría de Salud Federal, UNAM.

Álvarez Pérez, Micaela (2009). *Cambios y continuidades en las vivencias de la sexualidad: dos generaciones de mujeres de origen indígena en el contexto urbano de San Cristóbal de las Casas, Chiapas*. Tesis para optar al grado de Maestra en Antropología Social. México, D.F CIESAS

Amuchástegui, Ana (2001). *Virginidad e iniciación sexual en México*. Experiencias y significados. Population Council. Ciudad de México, Edamex.

Amuchástegui, Ana y Marta Rivas (2008). "Porque yo los traje al mundo. La negociación de los derechos de las mujeres en México". En: Petchesky, Rosalind y Karen Judd (Compiladoras) (2006). *Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo. Una intersección entre culturas, política y religiones*. Ciudad de México, El Colegio de México.

Arguello Avendaño, Hilda Eugenia (2005). *El claroscuro de la mirada: estudio de representaciones y prácticas sociales en la relación entre prestadores de servicios de salud y usuarias obstétricas en un hospital público de Chiapas*. Tesis para optar al grado de Maestra en Antropología Social. San Cristóbal de las Casas, CIESAS sureste.

Arteaga Bohrt, Ana Cecilia (2013). *"Todas somos la semilla". Ser mujer en la policía comunitaria de Guerrero: ideologías de género, participación política y seguridad*. Tesis para optar al grado de Maestra en Antropología. Ciudad de México, CIESAS.

Asakura, Hiroko (2005). *Cambios y continuidades: el empoderamiento de las mujeres mixtecas en la sexualidad y la maternidad en el contexto migratorio transnacional*. Tesis para optar al grado de Doctora en Antropología. Ciudad de México, CIESAS

Aubry, Andrés (2011). *Otro modo de hacer ciencia. Miseria y rebeldía de las ciencias sociales*. En: Mora Bayo, Mariana; Bruno Baronnet Y Richard Stahler-Sholk (Coordinadores) (2011). *Luchas "muy otras". Zapatismo y autonomía en las comunidades indígenas de Chiapas*. Ciudad de México, CIESAS.

Avila, Yanine (2011). *El discurso de la maternidad en la posmodernidad*. En: Barrera Bassols, Dalia y Raul Arriaga Ortiz (editores). *Género, cultura, discurso y poder*. Ciudad de México. Instituto Nacional de Antropología e Historia.

Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*. Washington D.C

Bellato Gil, Liliana (2001). *Representaciones sociales y prácticas de hombres y mujeres mazahuas sobre la sexualidad y la reproducción*. Tesis para optar al grado de Maestra en Antropología Social. Ciudad de México, CIESAS.

Berrío Palomo, Lina Rosa (2006). *Liderazgos femeninos indígenas en Colombia y México*. Tesis para optar al grado de maestra en Estudios Latinoamericanos. Ciudad de México. UNAM

..... (2011). *Evaluación de las estrategias comunitarias de Arranque Parejo en la Vida en dos municipios de la jurisdicción 03 de Guerrero*. Informe final de consultoría realizada por IPAS para el CNEGySR.

..... (2012). "Trayectorias reproductivas y prácticas de atención a la salud materna entre mujeres indígenas de la Costa chica de Guerrero". En: Sánchez Bringas María de los Ángeles (Coordinadora). *Desigualdades e la procreación. La morbilidad asociada al embarazo, parto y puerperio y las trayectorias reproductivas de atención de las mujeres mexicanas en el siglo XXI*. Ciudad de México, D.F UAM-Xochimilco. En prensa

Bledsoe, C and Sow, P. (2011) *Back to Africa: second chances for the children of west African inmigrants*. Journal at marriage and family, 2011.

Bisell, Sharon. (2009). "La mortalidad materna en el ámbito internacional: estrategias para la renovación de un movimiento". En: Freyermuth, Graciela y Paola Sesia. *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Serie Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI*. Ciudad de México Comité Promotor por una maternidad sin riesgos en México. CIESAS.

Bissell Sharon, María Consuelo Mejía y Patricia Mercado (2000). *El Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población: asociaciones de colaboración entre ONG y el gobierno por la salud reproductiva en México*. México, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población/Hera,

Bonfil Sánchez, Paloma y Elvia Esther Medrano (Coords) (2003). *Diagnóstico de la discriminación hacia las mujeres indígenas*. Ciudad de México, Colección Mujeres Indígenas. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indios.

Bonfil, Paloma; Berrío, Lina; Ávila, Dora y Nellys Palomo (2007). *Modelo Autogestivo a la violencia de género y la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas. Casas de la Mujer Indígena*. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Ciudad de México. Sin publicar.

Bourdieu, Pierre (1999). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona, Editorial Anagrama.

Bozon, M (2003). *At what age do women and men have their first sexual intercourse? World comparison and recent trends*. Population and Societies, num 391.

Butler, Judith (2001). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona, Editorial Paidós.

.....(2006). *Deshacer el género*. Barcelona, Editorial Paidós.

Campos Navarro, Roberto (2006a). "Procesos de legalización e interculturalidad en las medicinas indígenas de México y Bolivia (1996-2006)". En: G, Fernández Juárez (Coord). *Salud e interculturalidad en América Latina*. Antropología de la salud y Crítica Intercultural Quito, Ediciones Abya Yala.

..... (2006b). *La interculturalidad, la medicina tradicional y los trabajadores de la salud*. En: Salud e Interculturalidad, Grupo de la mujer Rosario Castellanos, Oaxaca.

Campbell, Epsy (2012). *Un año para reafirmar compromisos de inclusión*. Cuadernos Mujer y Salud No 8, 2-2012 pp7-10. Santiago, Red por la salud de las mujeres de América Latina y el Caribe.

Cardaci, Dora (2002a). *Salud y género en programas de Estudios de la Mujer*. Tesis para optar al grado de doctora en antropología social. Ciudad de México Escuela Nacional de Antropología e Historia.

..... (2002b). "Visibilidad y protagonismo de las redes y ONG en el campo de la salud". En Gutiérrez Castañeda, Griselda (coord.), *Feminismo en México: revisión histórico crítica del siglo que termina*. Ciudad de México, PUEG-UNAM.

Cardaci, Dora y María de los Ángeles Sánchez (2005). "La salud reproductiva en la arena política: alcances y retos del feminismo frente a la política demográfica del estado." En: Alberto Aziz (coord). Sociedad civil y diversidad volumen III. Ciudad de México, CIESAS, Miguel Ángel Porrúa, Cámara de diputados.

.....(2009). "Hasta que lo alcancemos... Producción académica sobre reproducción asistida en publicaciones mexicanas." En: Revista Alteridades, año 19 número 38. UAM.

Castel, Robert (1997). *Las metamorfosis de la cuestión social*. Paidós, Buenos Aires.

Chávez Galindo, Ana María; Uribe Zúñiga, Patricia y Yolanda Palma (Coordinadoras) (2007). *La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional en Salud Reproductiva 2003*. Ciudad de México, Secretaría de Salud Federal.

Coimbra Jr, Carlos; Ventura, Ricardo e Ana Lúcia Escobar (Organizadores) (2003). *Epidemiología e Saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro, Fiocruz, editora; Abrasco.

Colen, Shelle (1995). "Like a mother to Them: Stratified reproduction and west Indian Childcare workers and employers in New York". En: Ginsburg, Faye and Rayna, Rapp. (Editors) *Conceiving the new world order: global politics of reproduction*. Berkeley, University of California Press. pp.78-102

Collado, Susana (2010). *Tienes que buscar otro hospital. Multirechazo hospitalario en la Ciudad de México*. Tesis de maestría en Estudios de Género. UAM-Xochimilco. México, D.F

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Instituto Nacional de Salud Pública (2008). *Encuesta de salud y demografía de las mujeres indígenas*, Ciudad de México.

Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (2012). *Encuesta sobre la situación que guardan los derechos de las mujeres indígenas en México*. Ciudad de México

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) (2013). *Historia del Seguro Popular*. En: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx>. Consultado el 11 de junio de 2013.

Consejo Nacional de Población (2003). *Encuesta Nacional de salud Reproductiva*. Ciudad de México.

..... (2006). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica*. Ciudad de México.

.....(2009). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica* Ciudad de México.

Contreras Landgrave, Georgina y Carolina Tetelboin-Henrion (2010). "El Seguro Popular de salud y las reformas a las políticas de salud en el estado de México." En: *Revista Gerencia política y salud*. Bogotá, Universidad Javeriana Vol 10 No 21, julio-diciembre de 2011.

Córdova Plaza, Rocío (1999). *Los peligros del cuerpo. Género, sexualidad y construcción del sujeto en una comunidad rural del Centro de Veracruz*. Tesis para optar al grado de Doctora en Ciencias Antropológicas. México, D.F. UAM-Iztapalapa.

..... (2002). "Y en medio de nosotros mi madre como un Dios: de suegras y nueras en una comunidad rural veracruzana." En: *Revista Alteridades*, Ciudad de México, No 12. UAM-Iztapalapa.

Correa, Sonia (1994). *Population and reproductive rights: feminist perspectives from the south*. Londres, Zed Books.

Cosminsky, Sheila (2006). "La atención del parto y la antropología médica". En: *Salud e Interculturalidad*, Grupo de la mujer Rosario Castellanos, Oaxaca.

Crenshaw, Kimberlé (1991). *Mapping the margins: intersectionality, identity politics and violence against women of color*. Stanford Law Review. Vol 43 No 6 (Julio, 1991).

Curiel, Ochy (2008). "Superando la interseccionalidad de categorías por la construcción de un proyecto político feminista radical. Reflexiones en torno a las estrategias políticas de las mujeres afrodescendientes." En: Wade, Peter, Urrea, Fernando y Mara Viveros Vigoya (Editores). *Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia; Universidad del Valle; Centro Latinoamericano de sexualidad y derechos humanos.

D'Aubeterre Buznego, María Eugenia (2000) *El pago de la novia. Matrimonio, vida conyugal y prácticas transnacionales en San Miguel Acuexcomac, Puebla*. Ciudad de México, El Colegio de Michoacán, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Davalos, Enrique (2000). *Los estudios antropológicos sobre la sexualidad: una revisión bibliográfica*. Ciudad de México Programa de salud reproductiva y sociedad.

Dos Anjos, Jose Carlos (2004). *Etnia, raza e saúde: sob uma perspectiva nominalista*. En: Monteiro, Simone e Livio Sansone (organizadores). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raza, Saúde e direitos reproductivos*. Rio de Janeiro, Fiocruz editora.

Díaz Echeverría, Daniela y Dora Sanchez Hidalgo (2004). "Mortalidad materna: un problema sin resolver. La experiencia del Programa de Ampliación de Cobertura. (1996-2000)." En: Castañeda, Martha et al. *La mortalidad Materna en México. Cuatro visiones críticas*. Ciudad de México, Fundar Centro de Análisis e Investigación; Kinal Antzetik A.C; Foro de Mujeres y Políticas de Población, Universidad Autonoma Metropolitana.

Díaz Echeverria, Daniela (Coord) (2010). *Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la muerte materna. Perspectivas a nivel nacional y en los estados de Chiapas y Oaxaca*. Fundar Centro de Análisis e Investigación A.C

.....(2012). El presupuesto para salud reproductiva. El caso de la salud y mortalidad materna: el modelo del Sistema de Protección Social en Salud 2007-2012. Ciudad de México. Fundar Centro de Análisis e Investigación.

.....(2013a). *En duda derechos sexuales y reproductivos en el PND*. Presentación realizada en conferencia de prensa de la Coalición por la Salud de las Mujeres. Ciudad de México, mayo 14 de 2013.

.....(2013b). El análisis de presupuesto en salud y mortalidad materna: logros y pendientes. Presentación realizada en la reunión: 20 años del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México. Ciudad de México, septiembre 6 de 2013

Drovetta, Raquel (2010). *Experiencias de embarazo, parto y puerperio de las mujeres indígenas de la Puna Jujeña. Un análisis intergeneracional*. Tesis para optar por el grado de doctora de filosofía y letras. Universidad de Buenos Aires.

Elder, Glen H. Jr (1987). *Families and lives: some developments in life-course studies*. Journal of Family History, Vol 12, numbers 1-3.

Elu, María del Carmen (1993). *La luz enterrada. Estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala*. Ciudad de México, Fondo de Cultura Económica.

Escamilla, Javier (2011a). *Diagnóstico de Salud Jurisdicción Sanitaria Costa Chica*. Presentación en power point. Ometepec, Coordinación de Servicios de Salud, Secretaría de Salud de Guerrero.

.....(2011b). *Diagnóstico de Salud Jurisdicción Sanitaria Costa Chica*. Ometepec, Coordinación de Servicios de Salud, Secretaría de Salud de Guerrero.

Espinosa Damián, Gisela (2000). *Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México. Una mirada a la situación nacional y a cuatro estados*. Ciudad de México, Universidad Autónoma Metropolitana, El Atajo ediciones, Foro de Mujeres y Políticas de Población.

.....(2004). *Doscientas trece voces contra la muerte: mortalidad materna en zonas indígenas*. En: Castañeda et al. *La mortalidad materna en México. Cuatro visiones críticas*. Ciudad de México, Kinal Antzetik A.C, UAM, Fundar Centro de análisis e investigación A.C, Foro de mujeres y políticas de población.

..... (2008). "Maternidad indígena: los deseos, los derechos, las costumbres." En: Lerner y Szasz (coordinadoras). *Salud Reproductiva y condiciones de vida en México*. Ciudad de México El Colegio de México, Tomo II.

..... (2013). "Manos Unidas" contra la muerte materna. Por una maternidad libre y saludable para las indígenas de la Costa Chica-Montaña de Guerrero". En la serie coordinada por Espinosa, Gisela y Gloria Carmona, *Vidas y Milagros de Mujeres Indígenas*. Ciudad de México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Casa de Salud Manos Unidas, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

Espinosa Damián, Gisela y Lorena Paz Paredes (2000). "Salud reproductiva en México: los programas, los procesos, los recursos financieros." En: Gisela Espinoza (coord). *Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México: una mirada a la situación nacional y a cuatro estados*. UAM-Xochimilco, Foro de Mujeres y Políticas de Población. México, D.F.

Espinosa Damián , Gisela y Ana Lau Jaiven (Coordinadoras) (2011). *Un fantasma recorre el siglo. Luchas feministas en México 1910-2010*. UAM-Xochimilco, Ciudad de México, Editorial Itaca, Conacyt, El Colegio de la Frontera Sur.

Ezcurdia Valles, Claudia (2005). *Ser mujer sin hijos y no morir en el intento*. Tesis para optar al grado de Maestra en Estudios de la Mujer. Ciudad de México, UAM-Xochimilco.

Fagetti, Antonella (2006). *Mujeres Anómalas. Del cuerpo simbolizado a la sexualidad constreñida*. Puebla, Instituto de Ciencias Sociales, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Instituto poblano de la Mujer.

Fernández Juárez, Gerardo (2006) (Coord). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y Crítica Intercultural*. Quito, Ediciones Abya Yala, Agencia Española de Cooperación Internacional, Universidad de Castilla-La Mancha, Fundación para la cooperación y salud internacional Carlos III.

Figueroa, Juan Guillermo (2000). *Masculinidad, salud y sexualidad*. En: Ortega Canto, Judith (ed). *Seminarios sobre salud reproductiva y participación social, género, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos*. Mérida, Universidad Autónoma de Yucatán.

..... (2001). (Coordinador) *Elementos para una análisis ético de la reproducción*. Ciudad de México, UNAM, Programa universitario de investigación en salud, Miguel Angel Porrua.

Foucault, Michel (1977). *Historia de la Sexualidad, Vol 1. La voluntad de saber*. Tercera edición en español (2011). Ciudad de México, Siglo XXI editores.

.....(1993). *La microfísica del poder*. Madrid, Ediciones Piquet.

Franco Victor (2010). *Oralidad y ritualidad entre los amuzgos de Oaxaca*. Ciudad de México, UNAM, Centro de Investigaciones y estudios superiores en antropología social, Miguel Angel Porrua.

Freyermuth Enciso, Graciela (2003). *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos de riesgo durante la maternidad*. Ciudad de México, CIESAS, Miguel Angel Porrúa.

.....(En prensa). “Desiguales en la vida, desiguales para morir. La mortalidad materna en Chiapas, un análisis desde la inequidad”. En: Sánchez Bringas, María de los Ángeles (Coordinadora) *Desigualdades e la procreación. La morbilidad asociada al embarazo, parto y puerperio y las trayectorias reproductivas de atención de las mujeres mexicanas en el siglo XXI*. México, D.F UAM-Xochimilco. En prensa

Freyermuth, Graciela y Cecilia de la Torre (2004). “Los programas de ampliación de cobertura y Arranque parejo en la vida en los altos de Chiapas.: esfuerzos suficientes para abatir la muerte materna en el contexto multicultural?.” En: Castañeda et al. *La mortalidad materna en México. Cuatro visiones críticas*. Ciudad de México, Kinal Antzetik A.C, UAM, Fundar Centro de análisis e investigación A.C, Foro de mujeres y políticas de población.

Freyermuth, Graciela y Paola Sesia (2006). *Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica*. Ciudad de México, Desacatos 20, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

..... (Coords) (2009). *Muerte materna. Acciones y Estrategias hacia una maternidad segura. Serie: Evidencias y Experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y Hombres en el siglo XXI*. Ciudad de México, Centro de Investigaciones y estudios superiores en antropología social; Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.

Freedman, Lynn; Graham, Wendy; Brazier, Ellen; Smith, Jeffrey; Fauveau, Vincent; Thermen, Ellen; Currie, Shena; Agawral Koki(2007). *Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation*. The Lancet. Vol370, October, 2007.

García, Luz María et al (2006). *Las mujeres indígenas de México: su contexto socioeconómico, demográfico y de salud*. Ciudad de México, Instituto Nacional de las Mujeres, Conapo, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Secretaría de Salud.

Giddens, Anthony (1995). *La constitución de la sociedad*. Amorrortu Editores

Ginsburg, Faye y Rapp Rayna (1991). *The politics of reproduction*. Annual Review of Anthropology, vol 20, Annual Reviews Inc, (<http://www.annualreviews.org>)

..... (1995). *Conceiving the New World Order. The global politics of reproduction*. Berkeley, Cal, University of California Press.

Gómez Dantés, Octavio; Sesma, Sergio; Becerril, Victor; Knaul, Felicia; Arreola, Héctor, Frenk, Julio (2011). *Sistema de salud de México*. Salud Pública de México Vol 53, Suplemento 2.

Gonzales Montes, Soledad (1992). *Familias campesinas mexicanas en el siglo XX*. Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Geografía e Historia, Departamento de historia de América.

..... (1995) (Comp). *Las Mujeres y la salud*. Ciudad de México, PIEM, El Colegio de México.

..... (2003) (Coord.) *Salud y derechos reproductivos en zonas indígenas de México*. Memorias del seminario de Investigación. Ciudad de México, PIEM, El Colegio de México.

González Block, Miguel Ángel (2006). *Arranque Parejo en la Vida. Evaluación del programa de Acción 2000-2005*. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.

Gonzales Pérez, Guillermo J et al (2008). "Exclusión social e inequidad en salud en México. Un análisis socioespacial". EN: *Revista Salud Pública*, Vol 10, Supl 1.

González Rosas, Javier et al (2006). *Sistema de seguimiento de la calidad de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar*. Ciudad de México, Conapo.

Hernández Sánchez, Ernesto. *El corazón fragmentado: los ecos de la travesía en las paternidades transnacionales*. Tesis para optar al grado de Maestro en Ciencias Antropológicas. Ciudad de México, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.

Herrera, Carmen y Julia Suárez (Coordinadoras) (2011). *El programa Oportunidades y los Derechos de las Mujeres Indígenas en México*. Ciudad de México Abogados para la justicia y los derechos humanos A.C., Nostromo ediciones.

.....(2013). *Atención de la salud y de la salud reproductiva de las mujeres indígenas en México*. Proyecto: Discriminación por Etnia y género en las Américas: el caso de las mujeres indígenas. Ciudad de México, Abogadas y abogados para la Justicia y los Derechos Humanos.

Hockey, Jenny y Allison James. (2002). *Social identities across the life course*. Londres, Palgrave MacMillan.

Huffty, Marc; Báscolo, Ernesto; Razzani, Roberto (2006). *Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación*. Cadernos de Saúde Pública, suplemento 22, Rio de Janeiro.

Jacobo Herrera, Frida (2013). *Hacia una antropología de las emociones. La atención de la envidia entre los nahuas de Cuetzalan, Puebla*. Tesis para optar al grado de doctora en antropología. Ciudad de México, Ciesas.

Laurell, Asa Cristina (2011). *Los seguros de salud mexicanos. Una cobertura universal incierta*. En: *Ciencia & Saúde colectiva* 16(6).

..... (2012) *Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos*. Ponencia disponible en www.alames.org/documentos/sistemassapdf

.....(2013) *Impacto del seguro Popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires. CLACSO-CROP

Leigh Allen, Bethany (2006). *Una etnografía de la experiencia sexuada de vivir con VIH/SIDA. Prácticas y representaciones de las mujeres mexicanas seropositivas en los campos del parentesco y la atención médica*. Tesis para optar al grado de Doctora en Ciencias Antropológicas. Ciudad de México, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.

León, Magdalena (Comp) (1997). *Poder y empoderamiento de las mujeres*. Santafé de Bogotá. Tercer Mundo editores. Universidad Nacional de Colombia.

Lerín Piñero, Sergio (2004). "Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta." EN: *Desacatos* 15-16, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Ciudad de México

Lerner, Susana e Ivonne Szasz. Coordinadoras (2008). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. Ciudad de México, El Colegio de México, Tomo I.

Ley General de Población (1974). Diario Oficial de la Federación, enero 7 de 1974. Ciudad de México.

Leyva, Xóchitl; Araceli Burguete y Shanon Speed (Coordinadoras) (2008). *Gobernar en la diversidad: experiencias indígenas en América Latina. Hacia la investigación de co-labor*. Ciudad de México, CIESAS.

Loggia, Silvia María y Araceli Fernández- Cerdeño (2006). *Mujeres y hombres frente a las instituciones de salud*. Ciudad de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México.

López Arellano, Olivia (2010). *Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas*. Ciudad de México, Manuscrito.

López-Arellano, Olivia y José Blanco Gil, (2003). *Desigualdad social e inequidad en salud: desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones sociales*. Salud problema 14-15 Nueva época, Año 8 junio-diciembre 2003.

.....(2010). *Las vertientes privatizadoras del Seguro Popular de Salud en México*. Revista Salud Problema No 1-2 Segunda época, Año 1, enero-junio y julio-diciembre de 2007. Ciudad de México.

López, Paz (Comp) 2003. *Género y política en salud*. Ciudad de México, Secretaría de salud, Instituto de seguridad social al servicio de los trabajadores del estado.

Mani, Lata (1999). *Tradiciones en discordia: el debate sobre el SATI en la India Colonial* En: Saurabh Dube. *Pasados poscoloniales*. Ciudad de México, El Colegio de México.

McCallum, Cecilia. (2008). "Víctimas egoístas: perspectivas sobre la sexualidad, raza, clase y adolescencia desde un hospital de maternidad en Salvador, Bahía." En: Wade, Peter, Urrea, Fernando y Mara Viveros Vigoya (Editores). *Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia; Universidad del Valle; Centro Latinoamericano de sexualidad y derechos humanos.

Melendez, David (2004). "La muerte materna en Guerrero." En: *Muerte Materna y Presupuesto Público*. Ciudad de México, Fundar Centro de Análisis e Investigación.

Mendoza González, Zuanilda (2004). *De la casa del nene al árbol de las placentas: proceso reproductivo, saberes y transformación cultural entre los triquis de Copala en La Merced*. Tesis de doctorado en antropología social. Ciudad de México, CIESAS.

Menéndez, Eduardo (1984). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y auto atención (gestión) en salud*. Ciudad de México, CIESAS.

.....(1990). *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. Ciudad de México, CIESAS.

.....(1993). "Familia, participación social y proceso salud-enfermedad-atención". En: Denman c, Escobar, A, Infante C, Mercado F, Robles L (Coord). *Familia, salud y sociedad*. Guadalajara. U de G/INSP/CIESAS/Colegio de Sonora.

..... (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona, Ediciones Bellaterra.

..... (2005). "Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos." EN: *Revista de Antropología social*, vol 14. Universidad Complutense de Madrid. Madrid

..... (2006). "Interculturalidad, diferencias y antropología "at home". Algunas cuestiones metodológicas. En: G, Fernández Juárez (Coord). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y Crítica Intercultural*. Quito, Ediciones Abya Yala.

Menéndez, Eduardo, Ortega Canto, Judith, Modena, Maria Eugenia et al. (Editores)(2000) *Libro de memorias: seminarios sobre salud reproductiva y participación social. Género, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos*. Mérida.

Meneses Navarro, Sergio (2005). *Semiótica de la otredad, la diferencia como diagnosis. Etnografía de los encuentros médicos interétnicos*. Tesis para optar al grado de Maestro en Antropología Social. San Cristóbal de las Casas, CIESAS sureste.

Ministerio de Salud pública de Guatemala, Population Council, UNFPA, Agencia española de cooperación internacional (2010). *Sistematización de servicios con pertinencia cultural*. Ciudad de Guatemala.

Moore, Henrietta (1996). *Antropología y feminismo*. Madrid, Ediciones Cátedra, Instituto de la Mujer.

Mora Bayo, Mariana (2011). "Producción de conocimientos en el terreno de la autonomía. La investigación como tema de debate político." En: Mora Bayo, Mariana; Bruno Baronnet y Richard Stahler-Sholk (Coordinadores). *Luchas "muy otras". Zapatismo y autonomía en las comunidades indígenas de Chiapas*. Ciudad de México, UAM-Xochimilco, CIESAS, Universidad Autónoma de Chiapas.

Muñoz, Graciela (2012). *Trayectorias reproductivas y maternidad de mujeres jóvenes en situación de calle: experiencias de desigualdad y violencia de género*. Tesis para optar al grado de maestra en antropología social. CIESAS, Ciudad de México.

Nájera Ahumada, Gloria et al (1998) "Maternidad, sexualidad y comportamiento reproductivo: apuntes sobre la identidad de las mujeres". En: Figueroa, Juan Guillermo (Compilador). *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. Ciudad de México, El Colegio de México.

Nakano Glenn, Evelyn (1994). *Social constructions of mothering: a thematic overview*. En: Nakanano Glenn, Evelyn; Chang, Grace and Linda Rennie Forcey (Editors). *Mothering: ideology, experience, agency*. New York, Routledge.

Nuñez Interiano, Ana Elizabeth. (2000). "La percepción de la maternidad en un grupo de mujeres rurales." En: Stern, Claudio y Carlos Javier Echarri (compiladores). *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México, DF, El Colegio de México.

Nuñez Urquiza, Rosa María; Duarte Gómez, María Beatriz; Javier Marín, Leticia y Arroyo Román, Leticia (2005). "Más allá de las cifras: detección de eslabones críticos en los procesos de atención para disminuir muertes maternas." En: *Género y salud en cifras* Vol 3 Nos 2 y 3. Mayo-diciembre de 2005.

Olavarría, María Eugenia (Coord) (2013). *Parentescos en plural*. Ciudad de México, UAM-Iztapalapa, Miguel Ángel Porrúa.

Organización de las Naciones Unidas (2000). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Disponible en www.un.org/es/millenniumgoals Consultado el 27 de agosto de 2013.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra.

.....(2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud (1997). *Hacia el abordaje integral de la salud. Pautas para la investigación con pueblos indígenas*. Washington A.C.

.....(2002). *La salud pública en las Américas. Nuevos conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción*. Capítulo 2. La función de rectoría en salud y el fortalecimiento institucional de las autoridades sanitarias nacionales y subnacionales., Washington, DC, OPS.

Ortega Canto, Judith. (1999) *Proceso reproductivo femenino: saberes, géneros y generaciones en una comunidad maya de Yucatán*. Tesis para optar al grado de Doctora en Ciencias Sociales. Zamora, El Colegio de Michoacán.

..... (2000). (Editora) *Seminarios sobre salud reproductiva y participación social, género, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos*. Mérida, Universidad Autónoma de Yucatán.

..... (2010) *Género, generación y transacciones: reproducción y sexualidad en mayas de Yucatán*. Michoacán, El Colegio de Michoacán.

Osorio Carranza, Rosa María (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. Ciudad de México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Instituto Nacional Indigenista, Instituto Nacional de Antropología e Historia.

Oyarce, Ana María; Ribotta, Bruno y Malva Pedrero (2010). *Salud materno infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina. Una relectura desde el enfoque de derechos*. Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe; Fondo de Población de Naciones Unidas; Organización Panamericana de la salud.

Padrón Inamorato, Mauricio y Patricia Román Reyes (2010). *Exclusión social y exclusión en salud: apuntes teórico-conceptuales y metodológicos para su estudio social*. En: Boletín Mexicano de Derecho Comparado. Nueva Serie, año XLIII, núm 128, mayo-agosto de 2010

Perdiguero, Enrique (2006). *Una reflexión sobre el pluralismo médico*. En: G, Fernández Juárez (Coord). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y Crítica Intercultural*. Quito, Ediciones Abya Yala.

Pérez Arguelles, Mariana (Coordinadora) (2010). *Cinco miradas sobre el derecho a la salud. Estudios de caso en México, El Salvador y Nicaragua*. Ciudad de México, Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C.

Pérez-Baleón, Guadalupe Fabiola (2010). *Transiciones y trayectorias de tres cohortes de mexicanos en la segunda mitad del siglo XX. Análisis de las diferencias socioeconómicas y de género de la salida de la escuela, el primer trabajo y la primera unión conyugal*. Tesis de doctorado en Estudios de Población. Ciudad de México, El Colegio de México.

Petchesky, Rosalind y Karen Judd (Compiladoras) (2006). *Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo. Una intersección entre culturas, política y religiones*. Ciudad de México, El Colegio de México.

Presidencia de la República (2011). *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de Avances, 2010*. Ciudad de México Disponible en: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx> Consultado el 10 de junio de 2013.

Ponce, Patricia (2006). *Sexualidades costeñas. Un pueblo veracruzano entre el río y la mar*. Ciudad de México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social.

Quatrocchi, Patrizia y Miguel Guémez Pineda. (Coordinadores) (2007). *Salud reproductiva e interculturalidad en el Yucatan de hoy*. Ciudad de México, Universidad Autónoma de Yucatan, Instituto para el Desarrollo de los pueblos mayas de Yucatán, Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

Ramírez, Raquel (2010). *Informe preliminar de resultados de investigación del monitoreo a Servicios de Salud en Guerrero*. Kinal Antzetik Distrito Federal A.C; Fundar. Centro de Análisis e Investigación Social A.C.

Ravelo, Patricia et al (Coord). *Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México*. Ciudad de México, CIESAS, Universidad de Guadalajara, Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán".

Rincón Cruz, Carmen (2013). *Morbilidad post embarazo en mujeres derechohabientes del IMSS. Delegación Hidalgo*. Tesis para optar al grado de doctora en Ciencias Sociales. Ciudad de México Universidad Autónoma Metropolitana.

Rivera Zea, Tarcila (Edit) (2007). *Salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas. Diagnóstico participativo del Enlace Continental de Mujeres Indígenas, región Sudamérica*. Chirapaq, UNFPA, Enlace Continental de Mujeres Indígenas Lima.

Robichaux, David (2005). *Familia y parentesco en México y Mesoamérica. Unas miradas antropológicas*. Ciudad de México, Universidad Iberoamericana.

Rodríguez, Gabriela y Benno de Keijzer (2002). *La noche se hizo para los hombres. Sexualidad en los procesos de cortejo entre jóvenes campesinas y campesinos*. Population Council, Edamex. México.

Rosales Mendoza, Adriana y Claudia Doroteo (2012). *Sexualidad, diversidad y salud reproductiva en jóvenes indígenas*. En: Rosales Mendoza, Adriana y Mino Gracia, Samantha (Coordinadoras). *La salud sexual y reproductiva de jóvenes indígenas: análisis y propuestas de intervención*. Ciudad de México, Salud Integral para las Mujeres, Indesol.

Salas Valenzuela, Monserrat (1998). *"Flojita, flojita". Etnografía de las consultas de medicina familiar con contenidos de salud sexual y reproductiva*. Tesis para optar al grado de Maestra en Antropología. Ciudad de México, Centro de Investigaciones y estudios superiores en antropología social.

Salles, Vania y Rodolfo Tuiran (2001). *EL discurso de la salud reproductiva: ¿Un nuevo dogma?* En: Stern, Claudia y Juan Guillermo Figueroa (Coordinadores) *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. Ciudad de México, El colegio de México.

Sánchez Bringas, Maria de los Ángeles (2003). *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México*. Ciudad de México, Universidad Autónoma Metropolitana; UNAM Género, cuerpo y reproducción.

.....(En prensa). "Desafíos conceptuales y metodológicos en el estudio de las experiencias reproductivas." En: Sánchez Bringas, María de los Angeles (Coordinadora) *Desigualdades en la procreación. La morbilidad asociada al embarazo, parto y puerperio y las trayectorias reproductivas de atención de las mujeres mexicanas en el siglo XXI*. México, D.F UAM-Xochimilco. En prensa

Santana Rivas, Landy y Georgina Rosado Rosado,. (coordinadoras) (2009). *Género y sexualidad en contextos culturales*. Mérida, Universidad Autónoma de Yucatán. Programa integral de fortalecimiento institucional.

Scavone, Lucila (1999). *Género y salud reproductiva en América Latina*. San José. Libro Universitario Regional.

Schiavon Ermani, Raffaella; Delgado Lara, Gabriel; Veloz Avila, Patricia y Edna Corona Sánchez (2012). *Evaluación del impacto de las intervenciones comunitarias del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en la salud materna, 2007-2010*. En: *Género y salud en cifras*, Volumen 10 No 2-3, Mayo-diciembre de 2012.

Secretaría de Salud Federal (1995) programa de Salud Reproductiva y Planificación familiar 1995-2000. Ciudad de México.

..... (2007a). *Atención a la salud de los Pueblos Indígenas de México. Elementos generales para la construcción de la política de atención*. Ciudad de México.

..... (2007b). *Programa Nacional de Salud*. Ciudad de México.

.....(2008). *Programa de Acción específico 2007-2012 Interculturalidad en salud*. Ciudad de México, Dirección de Medicina Tradicional y Salud Intercultural.

.....(2008). *Programa de Acción específico 2007-2012. Arranque Parejo en la Vida*. Ciudad de México

.....(2009a). *Estrategia Integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna*. Ciudad de México

.....(2009b). *Lineamientos de atención al parto vertical*. Ciudad de México Dirección de Medicina tradicional y salud intercultural.

.....(2009c). *Interculturalidad en Salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. Ciudad de México, 2da edición.

.....(2010a) *Convenio Interinstitucional para la atención de la emergencia obstétrica*. Ciudad de México.

.....(2010b). *Estrategia de redes sociales en salud materna y perinatal*. Ciudad de México.

.....(2011). *Informe de resultados y rendición de cuentas presentado por el Director General adjunto de salud Materna y perinatal ante la sociedad civil*. Noviembre de 2011. Ciudad de México.

.....(2012). *Programa nacional de rendición de cuentas transparencia y combate a la corrupción*. Tema: Salud Materna y Perinatal. Presentación en ppt en sesión de rendición de cuentas ante la sociedad civil.

.....S.F. *Lineamientos interculturales para el personal de salud*. Ciudad de México.

Secretaría de Salud Federal y Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (2003). *Encuesta Nacional en Salud Reproductiva*. Ciudad de México, UNAM.

Solis, Patricio; Gayet, Cecilia y Fátima Juárez (2008). "Las transiciones a la vida sexual, a la unión y a la maternidad en México: cambios en el tiempo y estratificación social". En: Lerner, Susana e Ivonne Szasz. (Coordinadoras). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. Ciudad de México, El Colegio de México, Tomo I.

Szasz, Ivonne (2008). "Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en la construcción social de las normas sobre sexualidad en México." En Lerner, Susana e Ivonne Szasz. (Coordinadoras). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. Ciudad de México, El Colegio de México, Tomo I.

Torres, José Luis et al (2003). *La salud de la población indígena en México*. Ciudad de México, Caleidoscopio de la salud, Funsalud.

Torres, Cristina (2001). *La equidad en materia de salud vista con enfoque étnico*. Revista Panamericana de Salud Pública, 10 (3).

Uriburu, Graciela (2006). "Mortalidad materna en Bolivia: ¿qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres?" En: G, Fernández Juárez (Coord). *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y Crítica Intercultural*. Quito, Ediciones Abya Yala.

Vásquez Sandrin, German (2010). *Fecundidad Indígena*. Ciudad de México Miguel Angel Porrúa, Universidad Autónoma del estado de Hidalgo.

Viveros Vigoya, Mara (2004). *A propósito das relacoes entre etnicidade, cultura, poder e saúde*. En: Monteiro, Simone e Livio Sansone (organizadores). *Etnicidade na América Latina: um debate sobre raca, Saúde e direitos reprodutivos*. Rio de Janeiro, Fiocruz editora.

..... (2006). *Saberes, cultura y derechos sexuales en Colombia*. Santafé de Bogotá, Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos, Centro de estudios sociales Universidad Nacional de Colombia, Tercer Mundo editores.

Wade, Peter; Urrea Giraldo, Fernando y Mara Viveros Vigoya (editores) (2008). *Raza, etnicidad y sexualidades. Ciudadanía y multiculturalismo en América Latina*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia; Universidad del Valle; Centro Latinoamericano de sexualidad y derechos humanos.

Women Deliver (2010). *Apuntar al 5. La salud de las mujeres y los ODM*. New York.

.....(2010). *Delivering solutions for girl and women*. Disponible en: <http://www.womendeliver.org> and <http://www.womendeliver.org/assets/Solutions.pdf> Consultada el 20 de mayo de 2013.

Yamine, Alicia Ely (ed). (2005) *Learning to dance. Advancing in Women's Reproductive Health and Well-Being from the perspectives of Health and Human Rights*. Francois Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights. Harvard School of Public Health, USA.

ANEXO 1. LISTA DE SIGLAS UTILIZADAS

ACASAC: Asesoría, Capacitación y Asistencia en salud A.C

AE: Atención Obstétrica utilizada en el embarazo.

AEO: Atención a Emergencia Obstétrica

AFASPE: Acuerdo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas.

AIDEM: Atención Inmediata a las Defunciones Maternas

AME: Atención de la Mujer Embarazada

AMMD: Averting Maternal Death and Disability Program

AP: Atención Obstétrica utilizada en el parto.

APEO: Anticoncepción post evento obstétrico.

APV: Arranque Parejo en la Vida

ARIC: Asociación rural de Interés Colectivo

CAMI: Casa de la Mujer Indígena

CAUSES: Catálogo Universal de servicios de salud.

CDI: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

CEDIME: Censo Digital de la Mujer Embarazada.

CIPD : Conferencia Internacional de Población y Desarrollo

CNEGySR: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

CONAPO: Consejo Nacional de Población

CPMSM: Comité Promotor por una Maternidad Segura en México

CRAC: Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias

DDPI: Declaración de Derechos de Pueblos Indígena

DGPLADES: Dirección General de Planeación y Desarrollo de la Secretaría de Salud.

DIF: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

DIU: Dispositivo Intrauterino

ENADID: Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica

ENSADEMI : Encuesta de Salud y Demografía de las Mujeres Indígenas

ENSAR : Encuesta Nacional de Salud Reproductiva

IDH: Índice de Desarrollo Humano.

IM: Inicio de la Maternidad

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSSTE: Instituto de Salud y Seguridad Social de los Trabajadores del Estado.

IUA: Edad de Inicio de uso de métodos de anticoncepción

IVC: Edad de Inicio de la Vida Conyugal

IVSA: Edad de Inicio de la Vida Sexual Activa

LGP: Ley General de Población

LGS: Ley General de Salud

MM: Mortalidad Materna

NHLI: No Hablantes de Lengua Indígena

NIA: Necesidad Insatisfecha de Anticonceptivos

NOM: Norma Oficial Mexicana

ODM: Objetivos del Milenio

OMM: Observatorio de Muerte Materna.

OMS: **Organización** Mundial de la Salud

OPS: **Organización** Panamericana de la Salud.

OTB: Obstrucción Tubárica Bilateral

PAC: Programas de Ampliación de Cobertura.

PAEAPV: Programa de Acción Específica Arranque Parejo en la Vida.

PAN: Partido de Acción Nacional

PDHO: Programa de Desarrollo Humano Oportunidades

PEF: Presupuesto de Egresos de la Federación.

PF: Planificación Familiar

PIDESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

PRONAM: Programa Nacional de la Mujer

PRONASA: Programa Nacional de Salud

RMM: Razón de Mortalidad Materna

SEP: Secretaría de Educación Pública

SESA: Servicios Estatales de Salud

SESAEG: Secretaría de Salud del Estado de Guerrero

SMNG: Seguro Médico para una Nueva Generación.

SPSS: Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular)

SSA: Secretaría de Salud

TR: Trayectorias Reproductivas

UNISUR: Universidad Intercultural de los Pueblos del Sur

UPN: Universidad Pedagógica Nacional

USG: Ultrasonido Gestacional

ANEXO 2. FORMATO DE ENCUESTA REPRODUCTIVA PARA MUJERES

No registro:		Fecha de realización:
1. Localidad:	2. Municipio:	3. Edad:
4. Lengua: Español () Mixteco() Amuzgo () Bilingüe ()		5. Escolaridad: ____años
6. Ocupación: Hogar__ Prod.Artesan__ Comerc__ Agric__ Otro() Cuál:		
7. Estado civil: casada() Unión libre() Soltera() Viuda() Separada ()		8. Vive con su pareja: Si() No() Es migrante ()
9. Donde vive: En casa propia() En casa de familiares() En casa rentada() Otra:		
10. Total de integrantes en la unidad doméstica:____ Pareja____ Hijos____ Hijas____ Suegro__Suegra__ Nietos__ Nietas__ Madre__ Padre__ Hermanos/as__ Cuñados/as__ Otro__		
11. Ocupación de su pareja: Trabaja su milpa () Jornalero agrícola () Actividad agropecuarias () Comercio () Trabajador asalariado () Otro () Cuál:		
12. Promedio de ingresos diarios percibidos por todos los integrantes de la unidad doméstica (en pesos): Menos de 50() 50-100() 100-200() 200-400() más de 400()		
DATOS DE PROGRAMAS		
13. Oportunidades: Si() No() Desde cuándo:		14. Hijos con Oportunidades: M() H() NO()
15. Es derechohabiente: Si() No() Tiene: Seguro popular() ISSTE() IMSS() Otro:		
16. Para afiliadas al Seguro Popular: Desde cuándo:		
17. Tiene póliza: Si() No()	18. Ha utilizado los servicios: Si() No()	
19. Dónde se afilió: Su comunidad() Cabecera municipal() Hospital regional() Brigada () Otro:		
20. Cuándo: Antes del último embarazo () Durante el embarazo() En el parto() Luego del nacimiento() No hay relación ()		

DATOS REPRODUCTIVOS:															
21..Edad de menarquía:					22. Inició de vida sexual:					23. Unión conyugal:					
24. Establecimiento de la unión: Fue pedida y se casaron con su consentimiento()Fue pedida y se casaron sin su consentimiento() Decidieron irse a vivir juntos() Se la llevaron()Otra:															
25. Historia reproductiva:															
No de Gesta	Edad	ATENCION EMBARAZO			ATENCION PARTO			RESOLUCION DEL EMBARAZO			LUGAR DE ATENCION				Complicaciones
		Pa r	Me	Sin	Par	Med	Sol	Par	Cés	Aln	Ca	Cs	H	O	
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
26. Total de embarazos:								27. Total hijos/as vivo/a:							
28. Morbilidad derivada de embarazos: SI() NO() Cuál:															
29. Actualmente está embarazada SI () NO()								30. Meses de gesta:				31.Alto Riesgo: SI () NO ()			
Sólo para el último embarazo: 32. Estaba planificando: SI() NO()								33. Control prenatal: SI() NO()							

34. A partir de qué trimestre: 1() 2() 3()		35.Total de consultas realizadas: ____	
36. Con quién: Partera() Médico() Enfermera() Auxiliar de salud() Otro:			
37. Actividades realizadas en la consulta: Pe__ Ta__ AcFol__ DaAlar__ ConsejSal__ Sobada__ Manteada__ Masaje__ Acomodo bebé__ Tés__ Tensión arterial__ Ritmo C.bebé__			
38. Otras acciones durante el embarazo: Lab__ USG__ MPF__ Otras_____			
39. Lengua utilizada en la consulta: Materna__ Español__			
37.Tiempo aprox de consulta: menos de15 min__ 15-30__ 30-45__ más de 45 min__			
40. Compañía durante las consultas: Si() No() Quién: Esposo() Mamá() Promotora()Amiga/familiar() Otro:			
41. Dónde se atendió el parto: Centro de salud() Hospital municipal() Hospital regional ()Casa de la mujer() Casa de la partera() Inst. Privada() Otro:			
42. No de transportes usados para atención del parto: ()		43. Gasto aproximado()	
44Tipo: Camioneta pública() Viaje especial() Taxi() Ambulancia() Coche prestado() Otro:			
42. Gastos realizados para la atención del parto:_____		43. Quién pagó: Esposo__ Familia__ Seguro Popular__ Jurisdicción__ No pagó __ Otro:	
44. Quién la atendió durante la cuarentena: Ella sola() Partera() Médico() Enfermera() Esposo() Mamá() Suegra()Otro:			
45. Cuánto tiempo después empezó a realizar actividades:		46. Cuáles:	
46. Método de planificación actual: 1. OTB 2. HOR () 3. DIU () 4. Barrera () 5. Naturales () 6. Ninguno ().			
7. Quiere OTB post parto ()			
47. Quién lo decidió: Ella() Pareja() Los dos() Médico() Otro:		48. Papanicolau: SI() NO(). Fecha último:	

ANEXO 3. RESUMEN PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE MUJERES CITADAS EN EL TEXTO

NOMBRE	COMUNIDAD	PUEBLO INDÍGENA	EDAD ACTUAL	ESCOLARIDAD	TIPO DE UNIÓN	NO DE GESTAS	CURADOR	LUGAR DE PARTO	TIPO DE PARTO	USO DE PF ALGUNA VEZ
Nicolasa	Huixtepec	Amuzga	70	Sin escolaridad	Unión libre	12	Partera/sola	Casa	Partos vaginales 6 hijos vivos, 6 abortos.	No
Hermelinda	Cuanacaxtitlán	Mixteca	65	Sin escolaridad	Mat civil y religioso. Pedida.	14	Partera/sola	Casa	Parto vaginales, tres abortos, un hijo fallecido.	No
Asunción	Cuanacaxtitlán	Mixteca	54	Primaria	Mat civil y religioso. Pedida.	3	Part/Sola/Méd	Casa/centro salud	Partos vaginales	No
Sofía	Cuanacaxtitlán	Mixteca	47	Primaria	Matrimonio. Pedida.	3	Partera/Médico	Casa/Hospital privado	Partos vaginales	No
Enemesia	Huixtepec	Amuzga	47	Primaria	Unión libre	14	Partera/sola/méd	Casa	Partos vaginales, cuatro abortos	Sí
Celerina	Cuanacaxtitlán	Mixteca	47	Primaria incompleta	Matrimonio. Pedida.	9	Partera	Casa	Partos vaginales	No
Apolonia	Buenavista	Mixteca	37	Primaria	Matrimonio. Pedida.	5	Partera	Casa	Partos vaginales(4) , una pérdida en el parto.	Sí
Adelaida	Yoloxochitl	Mixteca	37	Sin escolaridad	Matrimonio. Pedida.	6	Partera	Casa	Partos vaginales	No
Enedina	Huixtepec	Amuzga	37	Sin escolaridad	Matrimonio. Pedida.	11	Partera/sola	Casa	Partos vaginales	No
Natividad	Huixtepec	Amuzga	32	Secundaria incompleta	Matrimonio. Intento de robo	4	Médico	Hospital	Partos vaginales	Si
Rosa González	Huixtepec	Amuzga	28	Primaria	Matrimonio. Pedida.	4	Sola/Médico	Casa/Hospital	Partos vaginales	389 Si

Emperatriz	Cuanacaxtitlán	Mixteca	26	Primaria incompleta	Unión libre	4	Enfermera/Médico	Casa/consult privado	Partos vaginales. Un infante fallecido a los seis meses.	Si
Liliana	Huixtepec	Amuzga	26	Primaria	Se la robó	6	Partera/médico	Casa/hospital	Partos vaginales (3), abortos (2), 1 cesárea.	Sí
Lucia	Huixtepec	Amuzga	26	Primaria	Matrimonio post huida	4	Partera	Casa	Partos vaginales, un aborto.	Sí
Alma Delia	Cuanacaxtitlán	Mixteca	23	Preparatoria	unión libre post huida.	2	Médico	Hospital regional	Partos vaginales	Sí
Alicia	Cuanacaxtitlán	Mestiza	23	Primaria	Matr civil posterior a huida.	3	Partera/Médico	Hospital regional	1 parto vaginal, dos cesáreas.	Si
Anais "Cheli"	Cuanacaxtitlán	Mixteca	23	Secundaria	Sin unión.	1	Médico	Hospital regional	Cesárea	No
Lourdes	Huixtepec	Amuzga	22	Secundaria	Matrimonio. Pedida.	1	Partera/médico	Hospital privado	Parto vaginal	No
Edelmira	Yoloxochitl	Mixteca	20	Primaria	Mat civil y religioso posterior a huida.	3	Partera/médico	Hospital básico	Partos vaginales	Sí
Gabriela	Cuanacaxtitlán	Mixteca	20	Secundaria incompleta	Unión libre.	1	Médico	Hospital E.U	Parto vaginales, tres abortos, un hijo fallecido.	Sí
Ivone	Cuanacaxtitlán	Mixteca	18	Secundaria	Unión libre. Huida	1	Médico	Hospital regional	Parto vaginal	Sí
Concepción "Concha"	Huixtepec	Amuzga	18	Secundaria	Unión libre. Huida	0	NA	NA	NA	No
Ana Iris	Cuanacaxtitlán	Mixteca	15	Primaria incompleta	Union libre/Huida	1	Partera/médico	Hospital San Luis	Parto vaginal	No