



UNIVERSIDAD AUTONOMA CHAPINGO

DIRECCIÓN DE CENTROS REGIONALES UNIVERSITARIOS

**LA SALUD REPRODUCTIVA Y EL DESARROLLO RURAL:
HACIA UN MODELO DE SALUD INCLUYENTE**

*ESTUDIO DE CASO SOBRE LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE LAS PARTERAS
COMUNITARIAS DE ATOYAC DE ÁLVAREZ, GUERRERO.*

T E S I S

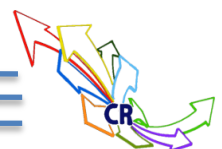
**QUE COMO REQUISITO PARCIAL
PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN CIENCIAS EN DESARROLLO RURAL REGIONAL**

PRESENTA:

LIZETH NAYELI RODRÍGUEZ FLORES

FEBRERO DE 2015

CHAPINGO, ESTADO DE MÉXICO.





UNIVERSIDAD AUTONOMA CHAPINGO

DIRECCIÓN DE CENTROS REGIONALES UNIVERSITARIOS

**LA SALUD REPRODUCTIVA Y EL DESARROLLO RURAL:
HACIA UN MODELO DE SALUD INCLUYENTE**

*ESTUDIO DE CASO SOBRE LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE LAS PARTERAS
COMUNITARIAS DE ATOYAC DE ÁLVAREZ, GUERRERO.*

TESIS

**QUE COMO REQUISITO PARCIAL
PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN CIENCIAS EN DESARROLLO RURAL REGIONAL**

PRESENTA:

LIZETH NAYELI RODRÍGUEZ FLORES



**DIRECCIÓN GENERAL ACADÉMICA
DEPTO. DE SERVICIOS ESCOLARES
OFICINA DE EXÁMENES PROFESIONALES**

FEBRERO DE 2015

CHAPINGO, ESTADO DE MÉXICO.

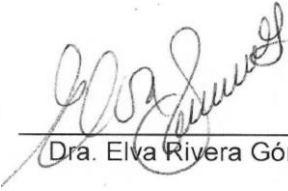


Esta tesis titulada "**La salud reproductiva y el desarrollo rural: Hacia un modelo de salud incluyente.** *Estudio de caso sobre la capacidad de agencia de las parteras comunitarias de Atoyac de Álvarez, Guerrero*" fue realizada por la C. Lizeth Nayeli Rodríguez Flores, bajo la dirección de la Dra. Elba Pérez Villalba. Fue revisada por el siguiente Comité Asesor indicado, aprobada por el mismo y aceptada como requisito parcial para obtener el grado de:

MAESTRA EN CIENCIAS EN: DESARROLLO RURAL REGIONAL.

DIRECTORA: Elba Pérez Villalba.
Dra. Elba Pérez Villalba.

ASESOR: 
Dr. Miguel Ángel Sámano Rentería.

ASESORA: 
Dra. Elva Rivera Gómez.

Chapingo, Estado de México. Febrero de 2015.

DEDICATORIAS

A mi abue, que la luz guíe su camino.

A mi madre y padre, por su cariño y permitirme la existencia.

*A las coautoras de este documento, las parteras, lideresas de organizaciones y
a Susana Oviedo, maestras de vida.*

AGRADECIMIENTOS

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el recurso económico brindado durante dos años como órgano garante del Derecho a la Educación en nuestro país. Asimismo, quiero expresar mi sincero agradecimiento a la Universidad Autónoma Chapingo y particularmente a los profesores de la Maestría en Ciencias en Desarrollo Rural Regional.

A mi directora de tesis, Dra. Elba Pérez Villalba, quien mostró disponibilidad para atender mis dudas en este proceso de investigación así como facilitarme el trámite para la realización de una estancia de investigación en la Universidad de Córdoba.

Por su comprensión y apoyo incondicional.

A los asesores de tesis y a las investigadoras que en distintas etapas de este trabajo fungieron como lectoras externas: Catalina Eibenschutz y Beatriz Canabal, gracias por sus atinadas orientaciones. Asimismo, a las investigadoras Gisela Espinosa y Paola Sesia por los intercambios en torno a la salud materna y por sus motivaciones al inicio de este proceso de investigación.

A Susana Oviedo por sus charlas, enseñanzas y topias compartidas, varios aprendizajes quedaron sistematizadas en este documento.

A las parteras tradicionales de Atoyac por su disposición para compartir sus experiencias y por su compromiso y contribución a la salud de las mujeres.

A mi compañero de vida, por ser mi soporte y guía en este andar.
A mis amigos, amigas, compañeros de la maestría, por su cariño, discusiones y comentarios compartidos.

DATOS BIOGRÁFICOS

Lizeth Nayeli es activista-feminista y socia-fundadora de Comunidad Raíz Zubia. Cursó la licenciatura en economía en la Universidad Autónoma de Guerrero (generación 2004-2009). Participó como becaria en el XI y XIII Verano de la Investigación Científica del Pacífico en la Universidad Benemérita de Puebla y el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la UNAM (2006 y 2008) y realizó una estancia corta de investigación en la Universidad de Córdoba, España (2013)

Desde el año 2007 se ha vinculado con organizaciones sociales campesinas de los municipios de Coyuca de Benítez, Acapulco, Atoyac, Chilapa y otros, sin embargo, su activismo tiene antecedentes desde el año 2002. Desde la asociación civil Comunidad Raíz Zubia (2010), ha participado en la realización de trabajos de sistematización, investigación e incidencia política a través de denuncias, cabildos y monitoreo ciudadano de los servicios y presupuestos públicos en salud; también acompaña procesos de fortalecimiento de capacidades a parteras y promotoras rurales (2013-2015). Desde el 2009 participa en diferentes redes, tales como: el Comité por una Maternidad Segura y la Salud de las Mujeres en Guerrero, la Red por el Derecho a la Salud de las Mujeres (2011), el Observatorio Ciudadano por el Derecho a la Salud de las Mujeres en Guerrero (2012), el Colectivo de Organizaciones por la Despenalización del Aborto en Guerrero (2014) y el Bloque de organizaciones de mujeres (2015). A nivel nacional participa en el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México y en el Observatorio de Mortalidad Materna en México.

**LA SALUD REPRODUCTIVA Y EL DESARROLLO RURAL:
HACIA UN MODELO DE SALUD INCLUYENTE.
ESTUDIO DE CASO SOBRE LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE LAS PARTERAS
COMUNITARIAS DEL MUNICIPIO DE ATOYAC DE ÁLVAREZ, GUERRERO.**

**REPRODUCTIVE HEALTH AND RURAL DEVELOPMENT: TOWARDS AN INCLUSIVE HEALTH
MODEL. CASE STUDY ABOUT THE AGENCY CAPACITY FROM THE COMMUNITY MIDWIVES
OF THE MUNICIPALITY OF ATOYOC DE ÁLVAREZ, GUERRERO.**

Lizeth Nayeli **Rodríguez Flores**¹ y Dra. Elba **Pérez Villalba**²

Resumen

El propósito de este documento fue analizar el papel que las y los actores sociales han desarrollado en tema salud y la forma en que han incidido en la salud reproductiva, visibilizando la forma en cómo se producen, construyen, consolidan y reconstruyen dichos procesos, desde una perspectiva centrada al actor, donde el análisis de los sitios de interacción, negociaciones, interfaces y relaciones micro-macro, contribuyeron a explicarlo. La metodología incluyó técnicas de investigación directa, observación participante, grupo focal y entrevistas abiertas y entrevistas semiestructuradas a actores sociales clave, se enfatizó en la agencia de las parteras comunitarias y la pertinencia de procesos interculturales para un modelo participativo de atención desde una mirada de género y derechos humanos.

Palabras clave: Salud reproductiva, modelo de atención, acción colectiva y agencia.

Abstract

This document is intended to analyze the role of the subjects who participate and have developed in the reproductive health issue. It is intended to observe the way the processes are constituted, produced, consolidated, and reconstructed, focused on and viewed from the perspective and of those take part and were the analysis of the places of interaction, negotiation, interphases and micro-macro relations that contributed to explain it. The methodology included direct investigation techniques, focal group, open interviews and structured to key subjects involved. It was also highlight in the capacity of the community midwife agency, and the relation of the intercultural processes so as to create a participative model of health attention to from a gender view and human rights.

Key words: reproductive health, health model, collective action and agency.

¹ Tesista

² Directora.

ÍNDICE

TEMA	PÁGINA
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1.BREVE ANTECEDENTE.....	5
1.2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
1.3.JUSTIFICACIÓN.....	7
1.4.OBJETIVOS.....	11
1.5.HIPÓTESIS GENERAL.....	12
1.6.METODOLOGÍA.....	12
2. CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y CONCEPTUALES.....	16
2.1.INTRODUCCIÓN AL FEMINISMO: EPISTEMOLOGÍA, MOVIMIENTOS Y POLÍTICAS.....	16
2.2.DESARROLLO RURAL Y SALUD REPRODUCTIVA: UN ENFOQUE DE LAS DETERMINACIÓN SOCIAL EN SALUD.....	20
2.3.EN LA BÚSQUEDA DE LOS FACTORES SOCIOCULTURALES DE LA SALUD REPRODUCTIVA.....	29
2.4.EL GÉNERO, LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA, LA ACCIÓN COLECTIVA Y LA CAPACIDAD DE AGENCIA: ELEMENTOS PARA ENTENDER LAS RELACIONES DE PODER EN EL MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD REPRODUCTIVA DESDE UNA MIRADA DE DERECHOS.....	31

3. PANORAMA DE SALUD REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES: UNA MIRADA DE DERECHOS HUMANOS	49
3.1.EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO Y SU MODELO DE ATENCIÓN	50
3.2.MARCO JURÍDICO, DEL DERECHO A LA SALUD A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.....	53
3.3.POLÍTICAS DOMINANTES EN SALUD REPRODUCTIVA: CAMBIOS Y OLVIDOS.....	49
3.4.LA SALUD REPRODUCTIVA Y MORTALIDAD MATERNA: CONTEXTO INTERNACIONAL Y NACIONAL.....	54
3.5.UNA MIRADA A LAS ESTADÍSTICAS DE MUERTE MATERNA.....	75
3.6.SITUACIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA: ÁMBITO INTERNACIONAL, NACIONAL Y ESTATAL.....	78
 4. CONTEXTO DEL ESTADO DE GUERRERO Y LA REGIÓN DE ESTUDIO.....	 80
4.1.SITUACIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA: UNA APROXIMACIÓN DESDE LAS CIFRAS	84
4.2.LA REGIÓN COSTA GRANDE.....	86
4.3.EL MUNICIPIO DE ATOYAC DE ÁLVAREZ.....	89
4.3.1 MICROREGIONALIZACIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA.....	
4.3.2 PROCESOS HISTÓRICOS DE MOVILIZACIÓN SOCIAL.....	94
4.3.3 ORGANIZACIÓN SOCIAL: FORMAL E INFORMAL.....	97
4.4.ACTORES SOCIALES Y ACCIÓN COLECTIVA EN SALUD.....	99
4.4.1. EL COMITÉ POR UNA MATERNIDAD SEGURA Y LA SALUD DE LAS MUJERES EN GUERRERO.....	100
4.4.2. LA RED POR EL DE DERECHO A LA SALUD DE LAS MUJERES.....	107

4.5.2.1. EL COLECTIVO DE MUJERES CAMPESINAS.....	110
4.5.2.2. ORGANIZACIÓN CAMPESINA DE LA SIERRA DEL SUR.....	113
4.5.2.3. FRENTE DE DEFENSA POPULAR.....	115
4.5.2.4. COMUNIDAD RAÍZ ZUBIA.....	116
 5. LAS PARTERAS TRADICIONALES: ENTRE SUBJETIVIDADES, RESISTENCIAS Y POTENCIALIDAD AGENCIA.....	 120
5.1 PERCEPCIONES Y PRÁCTICAS DE LAS PARTERAS TRADICIONALES DE ATOYAC.....	122
5.2. VISIBILIZANDO EL PAPEL DE LAS PARTERAS TRADICIONALES DE ATOYAC.....	124
5.2.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	125
5.2.2 ESTRATEGIAS DE SUPERVIVENCIA.....	128
5.2.3 EXPERIENCIA Y SABERES.....	129
5.2.4 CONOCIMIENTOS SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.....	132
5.4. HACIA UN MODELO INCLUYENTE DE ATENCIÓN A LA SALUD REPRODUCTIVA.....	135
 6. CONCLUSIONES.....	 138
7. RECOMENDACIONES.....	143
8. LITERATURA CITADA.....	145

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1. PRINCIPALES CATEGORÍAS Y CONCEPTOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
CUADRO 2. ENTREVISTAS REALIZADAS A ACTORES CLAVE.....	15
CUADRO 3. VARIABLES DE ANÁLISIS A CONSIDERAR EN LA INVESTIGACIÓN.....	24
CUADRO 4. TASA DE MM EN MÉXICO, PERSPECTIVA REGIONAL, DE 1990 A 2010.....	76
CUADRO 5. EVOLUCIÓN DE LA MM EN GUERRERO, DE 2006 A 2012...	77
CUADRO 6. UNIDADES MÉDICAS DE PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN, POR JURISDICCIÓN SANITARIA, AÑO 2011.....	86
CUADRO 7. INICIATIVAS EN SALUD REPRODUCTIVA EN GUERRERO, POR TIPO DE ACTOR SOCIAL, PERIODO 2006 A 2013.....	99
CUADRO 8. PERCEPCIONES DE LAS PARTERAS SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DEL GÉNERO.....	122
CUADRO 9. FACILIDADES Y OBSTÁCULOS PARA QUE LAS PARTERAS PUEDAN REALIZAR SU TRABAJO.....	123

ÍNDICE DE GRÁFICAS Y TABLAS

GRÁFICA 1.EVOLUCIÓN DE LA RMM POR MUNICIPIO, REGIÓN COSTA GRANDE, DE 2002 A 2010.....	87
GRÁFICA 2. ÍNDICE INTEGRADO DE URGENCIAS OBSTÉTRICAS EN LA REGIÓN COSTA GRANDE.....	87
GRÁFICA 3. ÍNDICE INTEGRADO DE URGENCIAS OBSTÉTRICAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ATOYAC.....	93
TABLA 1. LOCALIDADES Y POBLACIÓN DE DONDE PROVENÍAN LAS PARTERAS.....	126
TABLA 2. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS PARTERAS.....	127
TABLA 3. OCUPACIÓN DE LAS PARTERAS.....	128
TABLA 4. ACTIVIDADES PARA GENERAR OTROS INGRESOS.....	129
TABLA 5. FORMA EN QUE APRENDIERON LA PARTERÍA.....	130
TABLA 6. OTROS SERVICIOS QUE LAS PARTERAS OFRECEN A LA POBLACIÓN.....	131
TABLA 7. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCEN LAS PARTERAS.....	132
TABLA 8. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MÁS USADOS EN LAS LOCALIDADES.....	132
TABLA 9. IDEAS CENTRALES SOBRE LA PERCEPCIÓN DE TENER HIJOS(AS) POR UNA VIOLACIÓN.....	134

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1.ESQUEMA GENERAL DE LA DETERMINACIÓN SOCIAL DE LA SALUD.....	26
FIGURA 2. PRINCIPALES TIPOS DE SISTEMAS DE SALUD.....	51
FIGURA 3. SISTEMA DE SALUD MEXICANO.....	52
FIGURA 4. MODELO DE OFERTA Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS MÉDICOS.....	53
FIGURA 5. DERECHOS REPRODUCTIVOS Y DERECHOS VINCULANTES.....	55
FIGURA 6. RELACIÓN ENTRE POLÍTICAS FEDERALES Y REDUCCIÓN DE LA RMM EN MÉXICO, PERIODO 2000-2012....	71
FIGURA 7. PRINCIPALES ESTRATEGIAS Y LOGROS DE LA REDESAM.....	109
FIGURA 7. POTENCIALIDAD DE AGENCIA DE LAS PARTERAS.....	136

LA SALUD REPRODUCTIVA Y EL DESARROLLO RURAL:
HACIA UN MODELO DE SALUD INCLUYENTE
ESTUDIO DE CASO SOBRE LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE LAS PARTERAS
COMUNITARIAS DEL MUNICIPIO DE ATOYAC DE ÁLVAREZ, GUERRERO

REPRODUCTIVE HEALTH AND RURAL DEVELOPMENT: TOWARDS AN INCLUSIVE
HEALTH MODEL, A CASE STUDY ABOUT THE AGENCY CAPACITY FROM THE
COMMUNITY MIDWIVES OF THE MUNICIPALITY OF ATOYAC DE ÁLVAREZ, GUERRERO.

Lizeth Nayeli **Rodríguez Flores**³ y Dra. Elba **Pérez Villalba**⁴

RESUMEN

El propósito de este documento fue analizar el papel que las y los actores sociales han desarrollado en tema salud y la forma en que han incidido en la salud reproductiva, visibilizando la forma en cómo se producen, construyen, consolidan y reconstruyen dichos procesos, desde una perspectiva centrada al actor, donde el análisis de los sitios de interacción, negociaciones, interfaces y relaciones micro-macro, contribuyeron a explicarlo. La metodología incluyó técnicas de investigación directa, observación participante, grupo focal y entrevistas abiertas y entrevistas semiestructuradas a actores sociales clave, se enfatizó en la agencia de las parteras comunitarias y la pertinencia de procesos interculturales para un modelo participativo de atención desde una mirada de género y derechos humanos.

Palabras clave: Salud reproductiva, modelo de atención, acción colectiva y agencia.

ABSTRACT

This document is intended to analyze the role of the subjects who participate and have developed the in reproductive health issue. It is intended to observe the way the processes are constituted, produced, consolidated, and reconstructed, focused on and viewed from the perspective and of those take part and were the analysis of the places of interaction, negotiation, interphases and micro-macro relations that contributed to explain it. The methodology included direct investigation techniques, focal group, open interviews and structured to key subjects involved. It was also highlight in the capacity of the community midwife agency, and the relation of the intercultural processes so as to create a participative model of health attention to from a gender view and human rights.

Key words: reproductive health, health model, collective action and agency

³ Tesista.

⁴ Directora.

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación forma parte de la experiencia de la organización Comunidad Raíz Zulia y mi experiencia como activista e investigadora social en el municipio de Atoyac de Álvarez, Guerrero. El propósito fue comprender el papel de las y los actores sociales, gubernamentales y comunitarios que han incido en la salud reproductiva de las comunidades de Atoyac de Álvarez, Guerrero, recuperando el enfoque orientado a las y los actores, ello, con la finalidad de “resaltar el protagonismo del individuo como un actor social con capacidades de comprensión, interpretación y cuestionamiento hacia las macroestructuras y las tendencias dominantes de los modelos de desarrollo occidentales, caracterizados por ser excluyentes, autoritarios y, por lo general, diseñados en las esferas burocráticas estatales, nacionales y de élite dominante” (Hernández Romero *et al.*, 2012).

A partir del proyecto “Contraloría social, mecanismo para fortalecer el ejercicio del Derecho a Saber y la participación social en la operación de los programas públicos en Guerrero”⁵ en el año 2009 me vinculé con grupos sociales, principalmente, mujeres interesadas en saber sobre el funcionamiento de sus centros de salud y mejora de los mismos, éste trabajo nos vinculó con diversas redes de organizaciones estatales y nacionales. Asimismo, la reactivación en 2008 del entonces Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en Guerrero y particularmente, mi participación en la Tercera Reunión Técnica del Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México,

⁵ Carlos García y Urí Barreda. 2010. Derecho a saber y contralorías comunitarias en Guerrero. Woodrow Wilson International Center for Scholars. Disponible en: https://www.wilsoncenter.org/sites/default/files/Monograf%C3%ADa_Garc%C3%ADa_Ur%C3%AD_Barreda.pdf

realizada en el 2010 en Acapulco, fueron hechos clave que focalizaron mi activismo en torno a la exigibilidad del derecho a la salud de las mujeres en contextos rurales y desde una perspectiva feminista.

Cabe mencionar que al inicio de este proceso de investigación me interesé por realizar un estudio comparativo entre los municipios de San Luis Acatlán y Atoyac de Álvarez, ubicados en dos regiones diferentes de Guerrero, con el propósito de identificar factores socioculturales que influían en menores o mayores índices de muerte materna, durante el primer año de la maestría, realicé una prueba piloto de diversas técnicas de investigación de campo que consideré (entrevista semiestructurada, autopsia verbal, observación directa y monitoreo a centros de salud), lo cual resultó muy enriquecedor, y a pesar de que ya conocía a algunas organizaciones, me permitió acercarme a su trabajo desde otra mirada y conocer el papel y estrategias que ha implementado las y los actores sociales en el municipio de San Luis Acatlán. También, pude acercarme a conocer algunas implicaciones culturales que, de acuerdo a la subjetividad de las familias de las mujeres fallecidas conllevaron a la muerte de mujeres durante su embarazo, parto o puerperio, también, me permitió conocer un poco más el papel de las autoridades comunitarias y las prácticas de la partería tradicional en contextos indígenas.

Cabe mencionar que una parte de la información (principalmente de fuentes secundarias), quedó plasmada en el trabajo titulado: “Desarrollo, Género y Salud Reproductiva. Una Aproximación Local de San Luís Acatlán (México) y Córdoba (España)”⁶ realizado en el marco de una estancia corta de investigación. Sin embargo, la información documental recabada y el trabajo de campo, me permitieron identificar algunas similitudes y particularidades entre la partería tradicional indígena y mestiza/campesina. No obstante, considerando tiempos, disponibilidad de recursos (económicos, sociales y de información) y

⁶ Disponible en internet: http://www.pazcondignidad.org/images/stories/delegaciones/andalucia/invest_desarrollo_gnero_salud_nayeli.pdf

mi campo de acción como activista, decidí focalizar el trabajo de investigación en el municipio de Atoyac de Álvarez y con ello, abrir mi campo de investigación a la salud reproductiva y la acción colectiva en salud en el marco de la políticas públicas y el modelo de desarrollo vigente al que responden.

En ese sentido, éste documento se estructuró en cinco apartados. En el primero se desarrollaron aspectos introductorios al trabajo de investigación, tales como: antecedentes, planteamiento del problema, objetivos hipótesis general, justificación y la metodología que se desarrolló para el mismo.

En el capítulo uno se explican algunos aspectos teóricos, se desarrollan los conceptos de salud reproductiva, sus dimensiones, enfoques y su vinculación al desarrollo, el género, los derechos humanos, la capacidad de agencia y la acción colectiva en salud, aspectos necesarios para conocer las relaciones intersubjetivas y de poder e identificar acciones que incidan en la transformación de la realidad. En el capítulo dos se describen las políticas y programas vinculados a la salud reproductiva, sus objetivos, estrategias y componentes, revisando los cambios y olvidos en el marco de las políticas internacionales y la globalización neoliberal. Se visibilizan presupuestos y espacios de participación ciudadana y de promoción de la salud. Así como la situación y perfil de la salud reproductiva, con énfasis en las mujeres rurales.

El contexto regional se describe en el capítulo tres, ahí se detalla la zona de estudio, las intervenciones de las y los diferentes actores sociales vinculados a la mejora de la salud reproductiva, sus estrategias y acciones desde espacios no gubernamentales y la incidencia política en salud. También se hace referencia a la situación de la salud reproductiva en el ámbito local.

Para ahondar en las y los actores locales, y particularmente en las parteras como sujetas de desarrollo por su contribución en la salud reproductiva en el ámbito comunitario, en el capítulo tres se aborda el papel de éstos

actores, ahí se identifican prácticas, conocimientos y percepciones alrededor de la atención a la salud reproductiva de las mujeres rurales.

Asimismo, en ese capítulo se esboza una propuesta de modelo de atención en la salud reproductiva, producto de la participación de las y los actores, abordando sus necesidades y satisfacciones humanas. Al final, en las conclusiones se responde a las preguntas de investigación para saber si la política de salud reproductiva actual responde a las necesidades de la población si se incluye un enfoque de género, derechos humanos y de interculturalidad. Por último, se señalan algunas recomendaciones encaminadas a mejorar la salud reproductiva en el medio rural a partir de la promoción de la salud comunitaria, la participación y articulación entre diversos actores y saberes locales, ello, desde una perspectiva integral.

1.1 Breve antecedente

En un inicio la salud reproductiva fue abordada desde un enfoque demográfico ya que se focalizó al control de la natalidad a través de la planificación familiar. En la década de los 60's con el auge de la crisis económica y diversas movilizaciones sociales y feministas se dinamizó por el aporte práctico y epistemológico de académicas feministas de México, con el ello, se visibilizaron las formas de opresión y subordinación hacia las mujeres, aunque no fue hasta la década de los 90's que en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) se aprobó un Programa de Acción y se planteó una definición conceptual sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos, ello fue la punta de lanza para el impulso de políticas públicas y estrategias enfocadas a mejorar la salud de las mujeres en contextos rurales y urbanos.

A pesar de los avances en políticas y presupuestos en materia de salud reproductiva, en las últimas décadas, el Estado de Guerrero se ha caracterizado por sus bajos indicadores de salud, y de acuerdo a informes de la Comisión Nacional de Población, se ubica entre los últimos lugares con relación a la

prevalencia anticonceptiva, la anticoncepción posparto, la necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos y también tiene los primeros lugares en embarazo en adolescentes, en embarazos no deseados ni planeados, en mortalidad materna.

En los contextos rurales, donde a las mujeres no se les garantiza el acceso a la salud, las parteras tradiciones han sido un actor clave para promover la salud reproductiva de las comunidades, en ello también han contribuido organizaciones sociales de mujeres mediante procesos de exigibilidad y propuestas de intervención social. Sin embargo, las políticas neoliberales en salud, han ido desplazado y discriminado a las parteras a través de la institucionalización de la atención del parto y descrédito de su práctica como conocimiento válido, lo que vulnera a las mujeres como sujetas de derechos humanos.

1.2 Planteamiento del problema

El problema central de este estudio fue identificar el papel que las y los actores sociales han desarrollado en la promoción de la salud de las mujeres, con énfasis en salud reproductiva en el municipio de Atoyac de Álvarez, particularmente, me interesa visibilizar la capacidad de agencia de las parteras comunitarias como actores estratégicos en la promoción de la salud reproductiva en contextos rurales y, a partir de ahí, entender los factores socioculturales y políticos que las han excluido y discriminado del sistema de salud hegemónico y el ejercicio de los derechos reproductivos.

Es importante señalar que el modelo hegemónico también se ve atravesado por tensiones que producen relaciones de poder, subordinación, discriminación, violencia de género y violencia obstétrica, pero a la vez se producen y construyen redes solidarias de colaboración y articulación con otros actores sociales, motivando a la acción colectiva, así como contrapesos y particularidades en los mundos de vida.

Un tema crucial en la salud reproductiva y específicamente en la salud materna, es la morbi-mortalidad materno-infantil. La respuesta del Estado ha sido implementar estrategias focalizadas en combinación con algunas de índole universal, sin embargo, la mayoría responden al mandato de las oficinas federales de la Secretaría de Salud, ello a pesar de que desde los ochentas hubo un proceso de descentralización con la Federación (siendo Guerrero de los primeros estados en establecer ese acuerdo en el año de 1985). Esas acciones están encaminadas a garantizar el derecho a la salud a través de la provisión de servicios de salud pero han sido insuficientes ya que provocan cuellos de botella en el servicio médico, poniendo al descubierto un sistema de salud deficiente, inequitativo, discriminatorio y excluyente, que no considera el contexto sociocultural y que económicamente es insostenible.

Parte de lo anterior se refleja en la falta de personal médico y personal calificado, la falta de materiales e infraestructura, la atención y trato que se les da a las mujeres, la orografía y los fenómenos meteorológicos del municipio son factores que abonan a esta problemática, aunque no son suficientes para determinar los factores socioculturales de la salud reproductiva. Por ello, se hace pertinente indagar sobre modelos alternativos de atención con pertinencia intercultural, potenciando las capacidades de las agentes de salud locales. En este sentido la pregunta de investigación es ¿Qué actores sociales han surgido en los procesos organizativos a favor de la salud de las mujeres de Atoyac de Álvarez, Guerrero en los últimos 10 años y cómo se relacionan con el contexto político-organizativo y micro-macro regional?

Como preguntas complementarias fueron: ¿Qué acciones, prácticas, estrategias, programas y saberes locales desarrollaron los diversos actores claves (organizaciones, secretaria de salud, academia, parteras, promotoras, etc.) en Atoyac, durante los últimos 10 años?, ¿cómo se producen, se construyen, se consolidan y se reconstruyen los procesos organizativos a favor

de la salud de las mujeres en el municipio?, ¿Cuál es el perfil de las parteras de Atoyac y su potencial? ¿Qué factores socioculturales están influyendo en la salud reproductiva y exclusión de las parteras en la atención a la salud de las mujeres de las localidades?; ¿cómo las parteras comunitarias pueden convertirse en agentes de salud para contribuir a la salud de las mujeres?

Cabe mencionar que la noción de micro-macro se refiere tanto a las relaciones entre sujetos sociales como del contexto hegemónico presente, recuperando la noción de punto de vista del actor.

1.3 Justificación

A partir de mi experiencia de trabajo en la organización Comunidad Raíz Zubia, hemos participado en diversos procesos en torno a la salud de las mujeres, la transparencia, el acceso a la información pública, el monitoreo de servicios públicos de salud y documentación de casos violatorios al derecho a la salud, muchos trabajos se han realizado conjuntamente con las comunidades y otras organizaciones ya que un eje central de nuestro actuar es la generación de procesos organizativos locales, articulado a procesos más amplios para poder incidir en las políticas públicas.

Uno de esos procesos fue la Red por el Derecho a la Salud de las Mujeres, que hoy también puede ser un referente de un proceso organizativo innovador, en el cual se articulan organizaciones de base, parteras comunitarias e instituciones municipales y regionales donde a partir de la demanda social y problemas concretos en el modelo de salud, se han podido resolver algunas dificultades para el acceso a los servicios de salud.

A partir de ese proceso se retomó el papel de las parteras como agentes estratégicos para la mejora de la atención a la salud de las mujeres rurales. Sin embargo, también ellas son objeto de diferentes formas de violencia, subordinación, discriminación y exclusión del sistema de salud hegemónico.

A partir de identificar fortalezas, saberes, barreras y dificultades para desarrollar su labor como parteras es como se pudo definir un proceso de agencia estratégica para la formulación de un modelo participativo de atención a la salud reproductiva. Los resultados, también podrían utilizarse para identificar acciones en políticas públicas para mejorar la atención a la salud de las mujeres.

Cabe señalar que la salud es un derecho humano fundamental, está vinculado al derecho a la vida y la dignidad humana. Por ello, la salud reproductiva y la mortalidad como máxima expresión de violación de los derechos reproductivos y concretamente de violencia obstétrica que se ejerce en el proceso de salud-enfermedad-atención-muerte, se han convertido en un indicador de inequidad e injusticia social que está vinculado al nivel de desarrollo humano de cada entidad y su nivel de democracia ya que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud un 99 por ciento de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo⁷ y la gran mayoría pudieron haberse evitado. Uno de los factores que restringe el acceso a servicios de salud reproductiva y la provisión de servicios adecuados y oportunos son las formas sistemáticas y estructurales de discriminación a grupos de mujeres rurales, pobres, indígenas y migrantes, aquí es donde se concentran las mayores tasas de mortalidad materna y por ende, los niveles más desfavorables en materia de salud reproductiva.

Asimismo, estas formas estructurales y hegemónicas excluyen a las parteras(os) tradicionales y comunitarias ya que dichos saberes locales no son considerados válidos por las ciencias modernas. Históricamente, la promoción de la salud ha estado en manos de las comunidades, sin embargo, al institucionalizarse y homogenizarse no se reconocer a las y los diversos actores

⁷ Disponible en web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/index.html>.

sociales que contribuyen a la promoción de la salud reproductiva en el ámbito comunitario, por ello, a través de procesos de participación locales, como espacios horizontales y democráticos de estos actores se fortalecerían los procesos locales para una mayor equidad en salud.

A pesar de las diferentes estrategias empleadas para garantizar en el acceso a la salud reproductiva, no hay una mejora progresiva, donde se garantice plenamente los el derecho a una maternidad segura y voluntaria, donde este proceso biológico no ponga en riesgo la salud ni la vida del producto y de la mujer, y donde las mujeres tengan las condiciones para elegir libremente el número de hijos(as), con quien atenderse y en qué momento procrear. Cabe señalar que el modelo de atención a la salud reproductiva de las mujeres es homogéneo y hegemónico, se reproduce bajo una estructura de poder y relaciones de subordinación, por lo que en el proceso de salud-enfermedad-atención se genera una violencia sistemática hacia las mujeres, y de manera particular, la violencia obstétrica, con la cual se invisibilizan los factores socioculturales y necesidades de las mujeres en su etapa reproductiva.

De acuerdo a un monitoreo de urgencias obstétricas realizado durante el 2010 y 2011, el cual incluyó 4 indicadores y más de 15 variables con una puntuación que iba de cero a uno,⁸ mostró que las unidades médicas no cuentan con los recursos esenciales para brindar una atención de calidad y calidez, en atención obstétrica, hay carencias de material, personal médico, equipo e infraestructura adecuada. En el caso del Hospital General de Atoyac de Álvarez tuvo una puntuación de 0.57. Durante ese monitoreo fue evidente dar cuenta de las condiciones en que funcionan varias unidades médicas,

⁸ De las 11 unidades médicas ubicadas en la Costa Chica y Costa Grande, 7 fueron monitoreadas por el equipo de Comunidad Raíz Zulia A.C. (Susana Oviedo, Lurdez Rodríguez, Juan Santiago y Nayeli Rodríguez). Éste consistió en aplicar una cédula de entrevista a los responsables de la atención a la salud pública obstétrica en las áreas de: estadística, jefatura de enfermería, recursos humanos, quirófano, sala de expulsión, centro de equipo y esterilización, farmacia, jefatura de enseñanza y calidad, y directores de las unidades médicas de la SSa que atienden las 24 horas los 365 días del año.

donde muchas veces vale más la “voluntad” del personal y la exigibilidad en la atención de la población que los recursos disponibles en las unidades.

Como ya se mencionó, hay un contexto político-organizativo donde confluyen grupos de poder organizados, que bajo diversos mecanismos y estrategias inciden en las políticas y programas públicos que implementan las autoridades locales. Dentro de este contexto se ubica a Atoyac como un nicho de procesos organizativos, de violencia y represión, aquí se vivió un proceso de guerrilla y movimientos sociales reivindicativos, las condiciones bajo las cuales se establecieron las relaciones con los gobiernos en turno impactaron en los servicios públicos actuales. Tras la guerrilla encabezada por Lucio Cabañas, la reacción del gobierno fue canalizar recursos económicos a través de programas sociales, infraestructura, servicios públicos como centros de salud y escuelas, ello, comentan algunos líderes de organizaciones que fue una estrategia para tener acceso a la región e identificar a los grupos armados, coaccionar a la población que no estaba convencida con el movimiento y así derrocar y eliminar los argumentos para esa lucha armada, en esa etapa se instaló una base militar en la localidad de El Ticuí, se abrieron caminos, se entregaron numerosos recursos a través del programa extinto de Consejo Estatal de Café (Cecafé), entre otros.

Por lo anterior y debido al carácter multifactorial de la salud reproductiva, se hace necesario analizar este contexto político-organizativo como parte de los factores socioculturales de las regiones y considerar una estrategia multisectorial donde confluyan diversos actores y se adopten acciones sobre los determinantes sociales en salud reproductiva donde se considere la cosmovisión y necesidades de las mujeres, los cuales tienen que ver con las y los sujetos, y las condiciones de vida a causa de las inequidades sanitarias. También, conocer el papel que ha desempeñado cada actor gubernamental, académico, local u organismo civil, esto para ir identificando las acciones que han influido en las dos regiones. Asimismo, identificar el perfil de las

defunciones maternas, del personal médico, los recursos económicos con los que cuentan los programas que operan, entre otros. Todo ello para generar propuestas más equitativas y que permitan contribuir a cumplir con la aspiración de que se garanticen los derechos reproductivos y que nunca más haya una muerte materna en Guerrero.

1.4 Objetivos

Objetivo general:

Entender los procesos de acción colectiva en la promoción de la salud visibilizando el papel de las parteras como agentes estratégicos para la mejora de los servicios de salud reproductiva a través de un modelo de atención incluyente en las localidades de Atoyac de Álvarez.

Objetivos específicos:

- 1.** Identificar las principales políticas, acciones o procesos que han contribuido a mejorar la salud reproductiva del municipio para tener un panorama del rol que juegan las y los actores sociales y gubernamentales de la región.

- 2.** Integrar un perfil de las parteras de Atoyac a partir de un diagnóstico sobre aspectos sociodemográficos, experiencia, saberes, prácticas y percepciones sobre género, violencia y dificultades para desarrollar su labor, a partir de ahí, identificar su capacidad de agencia y contribución en la atención a la salud reproductiva de las mujeres.

1.1. Hipótesis

La hipótesis que se utilizará es de tipo causal, que de acuerdo a Sáez (2010) establece una relación de dependencia entre dos variables causa-efecto:

La violencia obstétrica es una expresión de discriminación por género que desconoce los factores socioculturales que impactan en la salud reproductiva debido a que el modelo hegemónico de salud no considera ese contexto y crea brechas en el acceso a los servicios de salud en las mujeres en edad reproductiva que habitan mayoritariamente en zonas rurales.

1.2. Metodología y técnicas de investigación

Esta investigación es un estudio descriptivo que utiliza un enfoque mixto, sin embargo, se privilegia la perspectiva cualitativa y la subjetividad, desde ahí, se intenta analizar el sentido que las y los sujetos atribuyen a sus actos y entornos, las prácticas alrededor del embarazo y parto, visibilizando sus representaciones sociales, la cosmovisión y las relaciones de poder dentro del proceso salud-enfermedad-atención. Se pretende darle voz a las mujeres, desde una perspectiva de género, derechos humanos e interculturalidad, desde lo macrosocial y el contexto político organizativo a nivel local.

Cuadro 1. Principales categorías y conceptos de la investigación

Categorías	Categorías operativas (conceptos)
Salud reproductiva y desarrollo rural	Inequidades en salud
	Determinación social y cultural de la salud
Género y derechos humanos reproductivos	Género y violencia obstétrica
	Ciudadanía reproductiva
Acción colectiva y capacidad de agencia	Actores y movimientos sociales
	Agencia estratégica

La unidad de análisis serán los actores claves que han promovido acciones de prevención y/o atención a la salud reproductiva, con énfasis en el trabajo de las parteras tradicionales del municipio de Atoyac con capacidades

potenciales para convertirse en agentes estratégicos a través de un modelo comunitario participativo de atención a la salud reproductiva.

La metodología que se retoma es desde la perspectiva orienta al actor, que de acuerdo a Long (2007: 441), debe considera diez pautas:

1. Adoptar cuestiones o eventos que definan los actores.
2. Considerar la heterogeneidad de las realidades múltiples, comprender las interpretaciones compuestas y diferenciadas.
3. Identificar las y los actores relevantes para las arenas específicas de acción y contienda.
4. Documentar etnográficamente las prácticas de los actores situadas socialmente, sus repertorios culturales, heterogeneidad e hibridismo.
5. Enfocar los procesos organizadores y ordenadores de las distintas arenas y dominios.
6. Seguir la pista del conjunto de relaciones y redes sociales, sus significados y valores en las distintas arenas y escenarios.
7. Explorar las interfaces críticas que muestran los puntos de contradicción o discontinuidad entre los diferentes mundos de vida de los diversos actores.
8. Elucidar a los procesos de construcción de conocimiento y de poder con énfasis en la re-configuración de patrones de autoridad y control.
9. Analizar las maneras en que cuestiones de escala y complejidad influyen en las prácticas organizativas.
10. Identificar los discursos y prácticas de las formas sociales y conectividades que están emergiendo.

Para desarrollar la metodología de la investigación acorde a los objetivos de investigación propuestos, se consideraron tres etapas:

1. Trabajo de gabinete: esta etapa consistió en la recopilación, revisión y análisis de fuentes secundarias como son: informes estadísticos, investigaciones, diagnósticos, bases de datos de la dirección general de información en salud, estudios de monitoreo de los servicios públicos de salud,

notas de prensa, elaboración y seguimiento a solicitudes de información pública sobre los programas, recursos, perfiles de salud reproductiva, muertes maternas y proyectos relacionados con la salud reproductiva.

2. Trabajo de campo: debido al interés por entender los procesos organizativos y factores socioculturales que influyen en la salud reproductiva en las localidades del municipio de Atoyac de Álvarez, Guerrero el trabajo en campo, fue diverso. Se realizarán recorridos de observación, entrevistas abiertas a informantes claves conocedores de la región y del tema como: funcionarios de la jurisdicción sanitaria de la Secretaría de Salud, del hospital ubicado en la cabecera municipal, representantes de organizaciones que participan en Comité por una Maternidad Segura y la Salud de las Mujeres en Guerrero o que ha contribuido a la salud reproductiva, todo ello, para tener una panorámica de las principales acciones que se han impulsado a favor de la salud con énfasis en salud reproductiva.

Otro componente importante fue visibilizar el papel de las parteras desde una perspectiva de género, interculturalidad y derechos humanos para conocer su contribución en la salud reproductiva de las mujeres, para ello se utilizaron diversas técnicas, tales como: grupo focal, entrevistas abiertas y aplicación de cuestionario, con quienes a partir de su experiencia y percepciones fue posible identificar algunos actos de violencia obstétrica en los servicios públicos de salud. Los propósitos centrales del trabajo en campo fueron los componentes político-organizativos, lo que llevó a identificar prácticas, estrategias y formas de organización, permitiendo de este modo visualizar problemas y áreas de oportunidad encaminadas a mejorar la salud reproductiva en el municipio.

A continuación, se ilustra el tipo de técnicas empleadas a cada informante clave, así como el número de personas a las cuales se les aplicó cada técnica.

Cuadro 2. Entrevistas realizadas a actores clave

Actor(es)	Técnica(s)	Número de personas
Representantes de organizaciones sociales	Entrevista a profundidad	7 personas de cuatro organizaciones
Parteras tradicionales	Entrevista abierta, cuestionario y grupo focal.	30 parteras de 20 localidades
Funcionarios de la Jurisdicción sanitaria 05, director del Hospital General y de la Coordinación municipal de salud.	Entrevista abierta	3 funcionarios tomadores de decisiones en el ámbito regional y municipal

3. Análisis y sistematización: Toda la información generada como parte del trabajo de gabinete y de campo, se analizó, sistematizó y se elaboró un documento base donde se identificaron algunas fallas en los servicios públicos de salud y un esbozo de un modelo participativo de atención a la salud reproductiva como una estrategia de acciones afirmativas orientadas a mejorar la atención a la salud reproductiva de las mujeres rurales de Atoyac.

2. CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y CONCEPTUALES

2.1. Introducción al feminismo: epistemología, movimientos y políticas.

La descolonización y la desneoliberalización no son suficientes; es más, serían una mentira si no se da también una despatriarcalización de nuestra sociedad (Julieta Paredes, 2012)

Parafraseando a Rosalba Díaz *et al.* (2009:131) ¿puede considerarse decolonizador un proyecto de investigación de desarrollo rural que silencie la epistemología feminista del sur o que no considere los problemas y aspiraciones de la mitad de la población? En realidad, es un enorme reto, ante una estructura patriarcal y eurocéntrica del desarrollo. Sin embargo, con este trabajo se pretende aproximar a ese reto epistemológico y práctico.

En este sentido, el tema de salud reproductiva y la mortalidad materna como consecuencia final de este proceso de inequidad social no se puede explicar sin considerar el papel que ha tenido la participación de las y los teóricos feministas, la crítica de los grupos subalternos, la teoría de la liberación, la teoría poscolonial y el análisis centrado en el actor, éstos son algunos enfoques que han cuestionado la teorización del desarrollo desde la base estructural. De acuerdo a Preston (1998:349) las explicaciones estructurales omiten el detalle de la gente común y, la planeación del desarrollo es una práctica social estructurada que se impulsa a mediados del siglo XX como parte de las ideas de modernización. Asimismo, los movimientos sociales tienen un fuerte impacto en la teorización del desarrollo.

. A partir del movimiento y epistemología feminista se visibilizaron formas de opresión y subordinación de las mujeres; a pesar que desde un inicio fue criticado por considerarlo clasista, su demanda trascendió “porque puso en discusión algo más que un malestar de algunas mujeres en las sociedades altamente desarrolladas [...] puesto que los problemas a los que hacían referencia constituían lo cotidiano y lo personal” (De Barbieri, 1986). Dando vida a una de sus principales frases del feminismo radical “lo personal es político”, ello a su vez rompió con paradigmas estructurales ya que el ámbito familiar y sexual, que era considerado como parte de la vida “privada”, también era un eslabón de dominación y poder del patriarcado.

En el feminismo se consideran tres corrientes de pensamiento: liberal, radical y socialista, *el primero* identifica los principales problemas que afectan a las mujeres y propone un orden donde no se altere sustancialmente la estructura social; *el segundo* se enfrenta con el patriarcado como sistema universal de relaciones de poder y/o dominación por el hombre, aquí se experimentaron nuevas formas de convivencia como la comuna, granjas, etc., y *el tercero* reivindica las principales hipótesis del marxismo sin desdeñar las alianzas con los hombres y participación en organizaciones dominadas por ellos. Su consigna era “cambiar la vida”, desde la esfera pública y privada, aspectos que tenían que ver con la calidad de vida de las mujeres (De Barbieri, 1986).

También, se proponen tres grandes bloques (que coinciden con las tres olas⁹): “el *feminismo premoderno* (lucha por la igualdad social), en que se recogen las primeras manifestaciones de “polémicas feministas”; el *feminismo moderno* que arranca con la obra de Poulain de la Barre y los movimientos de

⁹ Para explicar la historia del feminismo se han definido tres olas: la primera: *feminismo ilustrado* se presenta como el “reconocimiento de la igualdad de la inteligencia y la reivindicación de la educación, la segunda (del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX) *feminismo liberal-sufragista* se logró el “acceso a todos los niveles de educación, las profesiones y el voto” y la tercera ola: *feminismo contemporáneo*, se vindican los “derechos civiles, derechos reproductivos, paridad política, papel de las mujeres en la globalización” (Valcárcel, 2001:4-5)

mujeres y feministas de la Revolución Francesa, para resurgir con fuerza en los grandes movimientos sociales del siglo XIX y, por último, el *feminismo contemporáneo*, en que se analiza el *neofeminismo* de los años sesenta-setenta y las últimas tendencias” (de Miguel Álvarez, 2008)

Una de las primeras feministas y defensoras de los derechos humanos fueron Olympe de Gouges y Mary Wollstonecraft, un año después de sacar algunos libros, en 1791 Olympe escribió La Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana como parte de una crítica a la de Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano. Esto representó el inicio de los derechos humanos y políticos de las mujeres, aunque ello le haya costado la vida ya que fue enviada a la guillotina.

Cabe destacar que dentro de las primeras demandas feministas destacaron: “la despenalizar el aborto, el acceso masivo a anticonceptivos y la socialización de las tareas domésticas. Debido a que las mujeres que salían a las calles provenían de sectores medios, empleos calificado, alta escolaridad desde la izquierda fue señalado como un movimiento pequeño burgués” (de Barbieri, 1989).

Con relación al feminismo latinoamericano, este se ha ligado a los procesos y luchas políticas, una crítica que se ha hecho es la delgada línea entre el movimiento de mujeres y el movimiento feminista. En América Latina la corriente de pensamiento más relevante fue el feminismo socialista o marxista. La propuesta fue un feminismo de base popular, la creación de espacios exclusivos para mujeres provocó la recuperación de la palabra y reflexión sobre diversos temas. Cabe destacar que muchas de las denuncias y propuestas feministas se llevaron al seno de las Organización de la Naciones Unidas, tomó cierta simpatía por sus demandas y preocupación en bajar la fecundidad, debido al crecimiento demográfico, principalmente en países en desarrollo. Desde 1950 se creó la Comisión Jurídica y Social de la Mujer.

La declaración del año 1975 como Año Internacional de la Mujer y la Conferencia Mundial realizada en México dinamizaron la problemática de las mujeres. A partir de ahí se catalogó como la Década de la Mujer (1975-1985). Es aquí donde en México surgen manifestaciones de mujeres con reivindicaciones feministas, en noviembre de 1980 se llevó a cabo el Primer Encuentro Nacional de Mujeres.

Sin embargo, una fuerte crítica que se ha dado con el uso de la categoría de género no sólo describe o naturaliza los roles asignados a los hombres y a las mujeres, sino que es una categoría política relacional de denuncia como parte de un sistema de opresiones que hoy algunas ubican como patriarcado colonial-neoliberal (Paredes, 2014: 62-63)

A finales de los sesenta la conceptualización de género fue despojada de su posibilidad revolucionaria ya que sirvió para imponer políticas neoliberales. Pasó del “género” a “equidad de género” que se ubica como un concepto posmoderno, superficial y descriptivo. Es decir, con ello se le quito fuerza política; el movimiento se segmentó en ONG’s y muchas mujeres se convirtieron en tecnócratas de género (*Ibidem*).

El feminismo latinoamericano también ha hecho aportaciones a la epistemología femista y ha colocado la decolonización del feminismo, desde el análisis del movimiento de mujeres, así, emana, el feminismo comunitario o autónomo. En ese sentido, mujeres feministas latinas proponen la reivindicación del feminismo latinoamericano, el cual no se puede entender sin las variables de etnia, clase, género y religión, asimismo, hacer uso de los conceptos de género y patriarcado como elementos de denuncia que “coadyuvan a esclarecer las bases del poder como discriminación y dominio” y se plantea no confundirla más con la equidad de género, ya que el concepto de género se vacía de contenido y poder transformador (Paredes, 2014: 66-67 y Femenías, 2007:21)

2.2. Desarrollo rural y salud reproductiva: un enfoque de la determinación social en salud

El concepto de desarrollo se ubica después de la segunda Guerra Mundial, Boisier (2001) afirma que fue una estrategia política centrada en el crecimiento económico. Mientras tanto, el Desarrollo Rural surge como una estrategia en la década de los 70's, ha tenido varios sufijos cómo: endógeno, integrado, enfoque local, territorial, regional, participativo, sustentable, entre otros.

Los acuerdos de Bretton Woods y el Consenso de Washington a través de agencias internacionales¹⁰ impusieron el modelo económico a seguir. A partir de ahí, se impulsaron políticas para promover la industrialización del campo y con ello, el neoliberalismo. En México fue a través del Tratado de Libre Comercio (1994), se fomentó la liberalización del mercado, acotó el papel del Estado y junto con la globalización neoliberal vino su desmantelamiento en la provisión de servicios básicos como salud, educación y empleo, agudizando la pobreza y desigualdad.

Dentro de las teorías del desarrollo se ubican seis enfoques: estructuralismo, modernización, dependencia, neoliberalismo, neo-estructuralismo y estrategias de vida rural ('rural livelihoods'). En América Latina el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA, antes Instituto Interamericano de Ciencias Agropecuarias) promovió el enfoque modernizador del desarrollo rural (Kay, 2002: 1-4). Sin embargo, hoy día, definir lo rural y lo local se ha convertido en un desafío, debido al impacto de los procesos de globalización, migración y la relación campo-ciudad. El desarrollo rural es "un concepto integral que engloba múltiples factores [...] y está orientado a mejorar la calidad de vida de las poblaciones, abandonando la visión sectorial del campo", en este "confluyen otros enfoques como el desarrollo local, la nueva ruralidad, la multifuncionalidad del espacio rural y el capital social" (Márquez y Foronda, 2005:2-4)

¹⁰ El Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM) y la Organización Mundial de Comercio.

Con lo anterior el Desarrollo Rural Regional lo defino como un proceso de intervención y acción incluyente que se realiza en zonas rurales o en un ámbito determinado como región donde interactúan diversos actores sociales y factores: políticos, sociales, económicos, ambientales y culturales. Éste proceso va acompañado de estrategias que contienen técnicas, métodos y propuestas elaboradas desde la cosmovisión y participación de la población, con el propósito contribuir a un desarrollo humano sustentable, proactivo e integral.

En este sentido no se puede pensar en mejorar las condiciones de vida de la población, sin considerar su salud y particularidades socioculturales para la implementación de estrategias. De acuerdo a la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud “las reformas del sector de la salud neoliberales de los años ochenta y noventa se dirigieron a tratar los problemas estructurales de los sistemas de salud, entre otros: la necesidad de poner límites a los gastos del sector de la salud y usar los recursos eficientemente; la mala gestión de los sistemas; el acceso inadecuado a los servicios por parte de las personas pobres, a pesar de la teoría de la atención primaria de salud; y finalmente la calidad deficiente de los servicios en muchos países y regiones” (Alec Irwin y Elena Scali 2005:25)

La Comisión continua afirmando que “las doctrinas neoliberales afectaron a la salud por medio de dos mecanismos principales: 1) las reformas del sector de la salud emprendidas por muchos países de ingresos mediano y bajo a partir de los años ochenta; y 2) los programas de ajuste estructural económico impuestos como una condición para la reestructuración de la deuda, el acceso a los préstamos de nuevo desarrollo y otras formas de apoyo internacional.” (*Ibidem*)

De acuerdo a Grimberg (2003) el modelo político-económico neoliberal intensifico la pobreza y desigualdades sociales, la privatización de recursos públicos, de sectores como salud, la educación y los servicios sociales que

integraban la salud como un bien público y un derecho ciudadano (citado por Alfonso, 2008:95)

En el contexto de la globalización una política social neoliberal que (entre otras cosas) polariza el acceso a la atención médica al impulsar un modelo bipolar de mercantilización y neobeneficencia, en donde los pobres reciben atención focalizada a través de paquetes básicos y los no pobres resuelven sus necesidades de atención en el mercado, profundizando los procesos de exclusión y el acceso limitado a servicios integrales de calidad. Sirve para analizar las disparidades en salud entre grupos sociales como resultado de sus diferentes condiciones de vida (López Arellano, s/f: 3)

Con base a lo anterior, el liberalismo define que las necesidades de salud deben satisfacerse a través del mercado, éste se clasifica en dos submodelos: el público y el privado que en el contexto de la globalización neoliberal, la intervención del Estado se reduce hasta casi desaparecer pero con la pretensión de contrarrestar las fallas del mercado a través de un servicio público. Sin embargo, la atención a la salud se basa desde el enfoque de oferta y demanda, los servicios pasan a manos privadas y el sector público sólo presta un mínimo de servicios, y aquellos que no pueden convertirse en clientes y pagar por su salud, quedan excluidos o discriminados en su ejercicio del Derecho a la Salud.

Cabe agregar que en el mundo y la sociedad actuales, entre más rápido se reproducen las inversiones y ganancias, menos espacios y recursos van quedando para la vida en la Tierra. La circulación y ventas de mercancías es el requisito para completar el ciclo de la economía, la lógica imperantes es: extraer, producir, vender y consumir, tras el eufemismo de la globalización subyacen tres grandes mecanismos de acumulación de capital y concentración de la riqueza social: la aceleración, el despojo y el shock (Breilh y Tellería, 2008:48)

Esto, afecta duramente a la población rural, a indígenas, mujeres y personas de estrato social bajo. Cabrera y otros (2008) hacen referencia a la triple inequidad que producen las desigualdades sociales en salud por: clase, género y etnia, ello como parte de una sociedad capitalista, que está regida por la acumulación de la riqueza en un polo y de la explotación, el despojo y la exclusión en otro polo de la sociedad.

Asimismo, el género, la generación y la etnia incluyen condiciones biológicas que son reconstituidas social, política y culturalmente y conducen con frecuencia a relaciones de desigualdad, y dependiendo del ámbito de dominio (familiar, comunitario u hospitalario), tendrá mayor peso las formas que adopta la subordinación y las relaciones de poder (Freyermuth, 2000)

Muchas de las brechas de salud están ligadas a factores culturales, especialmente la discriminación étnica ya que la manera en que los seres humanos perciben su entorno, físico, social, y la forma de cómo viven y se relacionan con él, están determinadas por la cultura. Según Escobar (1996) mediante la colonización de la realidad ciertas representaciones se vuelven dominantes; el discurso del desarrollo construye el concepto colonia/tercermundista y niega las diferencias culturales, raciales históricas (Foucault, 1979, citado por Rodríguez, 2008)

Generalmente, se percibe la salud desde el patrón cultural occidental y se juzga los conocimientos y prácticas, de otras culturas, entre ellas la indígena. En este sentido, Rostow (1960) plantea que la modernización con su promesa de ciencia y tecnología, se mira al desarrollo como un proceso gradual y evolutivo. Por su parte, Escobar (1996) hace referencia a que “el etnocentrismo y patriarcado influyeron en la forma que tomó el desarrollo”. Este discurso en el área de salud determina “quién y cómo habla, qué es legítimo y qué no, quien tiene autoridad y quien no para hablar de salud”, éste modelo requiere de instituciones, profesionales y expertos quienes lo reproducen, registran y

legitiman. Foucoult (1980, 1992) analiza la relación entre poder y conocimiento y la forma como opera dentro de las instituciones, en sus regulaciones, leyes, medidas administrativas, organización de servicios, disposiciones; se relaciona con las jerarquías que establecen entre aquellos que poseen un conocimiento legitimado y la autoridad de “verdad” sobre aquellos que tienen otro tipo de conocimiento (citado por Rodríguez, 2008)

Diferentes estudios en salud reproductiva, principalmente sociológicos y antropológicos han incorporado dentro de su análisis de los factores socioculturales, focalizándose al perfil de las mujeres y de escasos recursos quienes no cuentan con recursos, conformándose cada vez con más deficientes servicios públicos y recurren a la medicina tradicional o popular. Desde el campo de la sociología médica, Roberto Castro y Joaquina Ervit (2014) han abordado el tema violencia hacia las mujeres en los servicios de salud reproductiva, desde la perspectiva del estructuralismo constructivista de Bourdieu, por ello, sugieren “estudiar sistemáticamente el *habitus* profesional de los médicos, así como las condiciones objetivas del campo médico, con el fin de identificar el origen social del autoritarismo médico y vislumbrar, así, estrategias más eficaces para su transformación.”

Asimismo, para desarrollar el marco teórico, se retoma una estructura que propone Sáez (2010) para dibujar las variables y análisis a desarrollar en la investigación:

Cuadro 3. Variables de análisis a considerar en la investigación

<i>Tema</i>	<i>Definición</i>
Unidad de análisis	Parteras, funcionarios de salud y organizaciones sociales
Dimensión de estudio	Poder/conducta
Variable central	Acción colectiva en salud reproductiva.
Variables independientes	Género, violencia obstétrica, capacidad de agencia
Relación causa-efecto	Formas sistemáticas y estructurales de discriminación y violencia.

Las variables independientes están ligadas con la definición de los conceptos socioculturales que se investigarán para entender esas diferencias e inequidades en los servicios de salud reproductiva. Históricamente la salud reproductiva se ha abocado a las mujeres que están embarazadas, sin embargo, la prevención de la muerte materna como consecuencia de las inequidades en salud en grupos vulnerables está vinculada con la planificación familiar, la libertad, y de manera más amplia se inserta dentro de los derechos sexuales y reproductivos.

Las determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas, explican la mayor parte de las inequidades sanitarias.¹¹

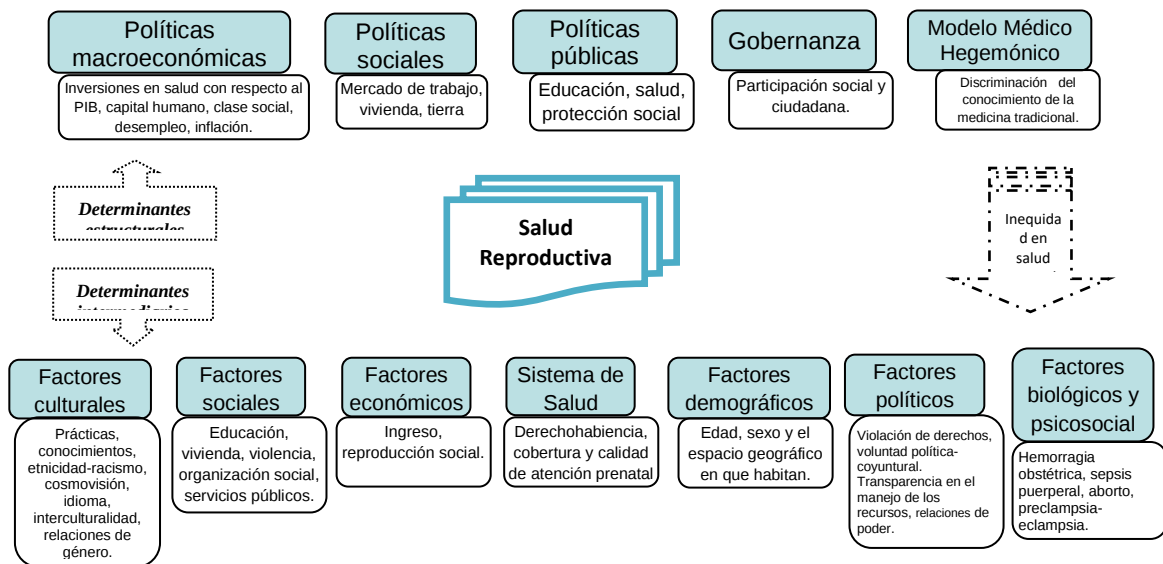
Existen dos tipos de determinantes sociales: estructurales e intermediarios. La primera tiene que ver con la equidad y el bienestar en salud a través de su acción sobre los intermediarios, hay una correlación directa e interfieren diversas variables como educación, clase, estructura social, relaciones de género y etnia, influidos por el contexto socio-político: políticas macroeconómicas, sociales y públicas, así como cultura y valores sociales. Mientras que los intermediarios tienen que ver con circunstancias materiales, comportamientos y factores biológicos y psicosociales, tal es el caso del sistema de salud.

Como podemos observar en el siguiente esquema los factores sociales y culturales de análisis incluyen diferentes variables que son dependientes de la variable central que en este caso son prácticas y conocimientos alrededor del embarazo, parto y postparto, ello tiene que ver con su cosmovisión, cultura y

¹¹ Definición de la Organización Mundial de la Salud, disponible en web: http://www.who.int/social_determinants/es/index.html

formas de relaciones de género, mientras que lo social contiene variables como educación, vivienda, violencia, organización social, servicios públicos y también no se pueden abordar sin considerar el contexto político-organizativo, el cual define las formas de relaciones de poder entre diversos sectores de la población e influyen también en las políticas y el quehacer gubernamental.

Figura 1. Esquema general de la determinación social de la salud



Fuente: Adaptado de la CDSS en Cabrera et al, 2008

Asimismo, a las inequidades por clase social habría que agregar aquellas generadas por el patriarcado (discriminación genérica) y el eurocentrismo (relaciones generales de racismo). La relación en el proceso de salud-enfermedad-atención, la cual no es única, ni lineal, ni mecánica: “mediante esta articulación la sociedad determinará las condiciones de vida y éstas últimas en la medida que pueden interactuar con procesos bio-psíquicos específicos, modificarán a individuos y colectividades, ya sea fortaleciendo su salud o generando enfermedad”¹²

¹² Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud. Documento para la discusión, 2008:5. Disponible en: https://bibliotecapromocion.msp.gob.ec/greenstone/collect/promocin/index/assoc/HASH0176/5141_7621.dir/doc.pdf

El concepto de desigualdad visto desde la óptica ética puede considerarse como un factor que limita el goce pleno de los derechos humanos de varios sectores de una sociedad (Krieger 2001, citado por Cabrera *et al.*, 2008:33) implica un acto inmoral e injusto pero si los estudios se basan desde este enfoque, se estarían estudiando los efectos y no las determinantes.

La clase social: desde la perspectiva marxista, la desigualdad socioeconómica tiene su origen en las relaciones de explotación derivadas del proceso de producción y su relación con los medios de producción. Amartya Sen y Nussbaum (2002) señalan que la desigualdad de oportunidades debe ser vista como desigualdad de capacidades y la sociedad debe ofrecer la posibilidad de aumentarlas y no solo darle bienes que puedan hacerle falta. No obstante, las inequidades de salud son injustas, existe un proceso de distribución desigual del poder:

“La inequidad no se refiere a la injusticia en el reparto y acceso sino, al proceso intrínseco que la genera. Alude al carácter y modo de ser de una sociedad que determina el reparto y acceso de desiguales (desigualdad social) que son su consecuencia” (Cabrera et al, 2008:36)

“La desigualdad es una injusticia, una exclusión producida frente al disfrute, una disparidad en la calidad de vida, mientras que la inequidad es la falta de equidad, característica inherente a una sociedad que impide el bien común. Es la injusticia produciendo desigualdades” (Ibidem)

¿Qué inequidad produce la desigualdad? La apropiación de poder y concentración del mismo en determinadas clases, en uno de los géneros y en algunas de las etnias, entonces, la diversidad se convierte en un vehículo de explotación y subordinación. Ésta deberá ser estudiada a partir de la apropiación de poder y de riqueza que la genera y de las formas en que se manifiesta (*Ibidem*)

Los autores también mencionan que para lograr la equidad y cerrar la brecha de salud será necesario considerar los siguientes elementos: financiamiento justo, responsabilidad del mercado, equidad de género, toma de decisiones imparcial, responsabilidad compartida en salud y buena gobernanza.

En este sentido es importante conocer y difundir los movimientos sociales y su componente en salud, “pues ahí están surgiendo las nuevas formas de enfrentar las determinantes sociales de la salud y están promoviendo el surgimiento de nuevos modos de vida y nuevas prácticas colectivas, solidarias y equitativas.” (Cabrera *et al*, 2008:40)

También Ada Alfonso (2008:92) refiere que “en los diferentes espacios donde se viven las desigualdades de ingreso, la pobreza, la baja información o educación, las condiciones desfavorables de vida, el insuficiente saneamiento, los estilos de vida no saludables y las inequidades sociales, de género y de salud” Y es en las personas, en los grupos, en los colectivos, donde se manifiestan, la buena (mejor calidad posible) y la mala salud, y son ellas las que construyen y expresan las ideologías de poder, que desde los espacios hegemónicos sostienen, garantizan y legitiman el orden político y social donde se construye o no la salud de las poblaciones. También son responsables de crear y recrear las instituciones encargadas de institucionalizar las ideologías, normar los espacios de poder, (uno de los dispositivos de poder) y de favorecer o no la incidencia política de otros y otras en las cuestiones sociales y de salud que las atañen.

Este análisis debe tomar en cuenta el lugar de la persona sexuada, sus representaciones, sus subjetividades y sus comportamientos. Así como su grado de participación e incidencia de éstas en la formulación, seguimiento y evaluación de las políticas encaminadas a dar respuesta a las cuestiones de salud y en las acciones que tienen como resultado la construcción de la salud en los ámbitos individual, familiar, comunitario y social.

2.3. En la búsqueda de los factores socioculturales de la salud reproductiva

Diversos han sido los estudios que han tornado en el análisis de la mortalidad materna, la mayoría han privilegiado el análisis de las causas médicas, en un inicio las investigaciones estudiaron los factores económicos y de seguridad social. Sin embargo, debido al carácter multifactorial y multicausal de la mortalidad materna varios estudios antropológicos y sociológicos han visibilizado el tema de los factores socioculturales.

En México desde los años noventa del siglo pasado el análisis antropológico de la mortalidad materna tomó auge, una de las pioneras fue Carmen Elu (1993) con su tesis doctoral “La luz enterrada”, con ese trabajo visibilizó el valor social de las mujeres y dio voz a los familiares de las mujeres fallecidas mediante la reconstrucción del camino que desencadenó a la muerte. Este tipo de técnica también permitió identificar subregistros de muertes materna, ello porque se revisaron las actas de defunciones de mujeres fallecidas y se encontraron indicios de causas por muerte materna que fueron corroborados en las entrevistas a los familiares de las mujeres. La mayoría de estos estudios en Tlaxcala, Chiapas y Oaxaca coincidieron en un subregistro que oscila entre un 40 y un 70 por ciento de muertes maternas que no son registradas (Langer, 1993; Elu, 1993; Freyermuth, 2000 y Sesia, 2009)

Por otro lado, en una revisión de estudios que realizaron varios investigadores de Colombia coinciden con que los factores que determinan la mortalidad materna y en ocasiones la mortalidad neonatal es el nivel educativo, algunos identificaron una correlación entre educación y cuidados médicos, debido a que con los estudios las mujeres tienen mayores posibilidades de acceder a información, a participar, a tomar decisiones y acudir a los servicios de salud para recibir atención médica (Polloni, 1985, Aviles, 1996, Fonutra & Salway, 2006, citado por Aguado Quintero *et al.*, 2007)

La anterior revisión la hicieron para un trabajo de investigación sobre el uso de los servicios de atención prenatal calificada, parto institucional y posparto, donde encontraron que los factores que determinan el uso de estos servicios son “la afiliación a un régimen de seguridad social en salud, el orden de nacimiento de los hijos e hijas, el nivel de educación y el lugar de residencia de la madre” (*Ibidem*)

Otro estudio sobre las dificultades de acceso a los servicios públicos de salud en una comunidad indígena de Guatemala encontró que estos tienen que ver con la “escasez de los servicios de salud, carencia de recursos económicos, de infraestructura y recursos humanos que imposibiliten prestar un servicio de calidad; las condiciones de la consulta, el prolongado tiempo de espera, los altos costos de las consultas, medicamentos, así como del transporte” (Hautecoeur, 2007, citado por Romero-Pérez et al., 2010:44)

El elemento de la información, aunque no es muy contundente en algunos estudios, también posibilita el poder y empoderamiento de las mujeres. En un estudio de derechos humanos en salud reproductiva realizado por la OEA (2010) hace énfasis al acceso a la información, confidencialidad y el consentimiento informado de las opciones y alternativas sobre procedimientos propuestos para la atención de la salud reproductiva de las mujeres.

Asimismo, Romero *et al.*, (2010: 48) en otra revisión de literatura de los factores socioculturales señala que estos dan cuenta de “cómo las mujeres cuidan su embarazo, recuperando los significados y creencias que existen alrededor de la maternidad y que se traducen en prácticas cotidianas indagando las cuestiones relacionadas con el contexto en el que viven las mujeres, proporcionando nuevos datos sobre la influencia que tienen los factores socioculturales en las muertes maternas”.

Para el análisis de estos factores sociales y culturales se han desarrollado diversas técnicas de investigación y una propuesta metodológica que se propone es partir de la prevención y reconstrucción, en el sentido que con el primero se ubica como sujetos de investigación a las mujeres embarazadas y en el segundo a los familiares de mujeres fallecidas por causas maternas. Además, de considerar a las parteras y médicos como informantes clave (*Ibidem*)

2.4. El género, la violencia obstétrica, la acción colectiva y la capacidad de agencia: elementos para entender las relaciones de poder en la atención a la salud reproductiva desde una mirada de derechos humanos

El Género

En 1974 el psicólogo Robert Stoller realizó estudios sobre trastornos de la identidad sexual, lo cual permitió identificar que la influencia sociocultural a través de ritos y costumbres y la experiencia propia, constituyen los factores que determinan la identidad y el comportamiento femenino y masculino y no el sexo. Desde los 70's se comenzaron hacer estudios sobre las mujeres, cuestionando su subordinación universal. En los años 80's como resultado de esos estudios aparece la categoría de género lo que facilitó una nueva comprensión de la posición de la mujer en las diversas sociedades.

En la década de los cincuenta iniciaron los estudios sobre mujeres en México pero hasta los setentas se empezó a cuestionar su subordinación universal. Como resultado, aparece la categoría de género lo que facilitó una nueva comprensión de la posición de las mujeres. La categoría de género fue uno de los principales avances teóricos del movimiento feminista; diferenciar entre sexo-género y describir este sistema, fue uno de los principales aportes. El sexo se refiere a las diferencias y características biológicas, fisiológicas anatómicas y cromosómicas que definen a un hombre o una mujer; el género es un concepto de origen anglosajón (*gender*) y aborda la diferencia de sexos.

Las teorías feministas definen género como “el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre sexos, para simbolizar y construir socialmente lo que es *propio* de los hombres (lo masculino) y lo que es *propio* de las mujeres (lo femenino)” (Lamas, 2000:84). En cada época se “interpreta, modifica, adapta, objeta, rebela, aprueba, agrega y transforma esas complejas características de género en su identidad, en sus relaciones, en su manera de ser, estar y modo de vivir” es un constante “proceso de aculturación” (Lagarde, 1996:227).

Asimismo, “la perspectiva de género está basada en la teoría de género y se inscribe en el paradigma teórico histórico-crítico y en el paradigma cultural del feminismo, se estructura a partir de la ética y conduce a una filosofía *posthumanista*”. Tiene como sinónimos: *enfoque de género, visión de género, mirada de género*, etc. (Lagarde 1996:13)

Massolo *et al*, (2005) señala que el enfoque de género permite analizar: “a) cómo las diferencias biológicas se convierten en desigualdades sociales, b) cómo estas desigualdades colocan a las mujeres en desventajas respecto a los hombres; c) cómo se construyen desde el nacimiento; d) cómo se sostienen y reproducen mediante una serie de estructuras sociales y mecanismos culturales; y e) cómo y por qué cambian a lo largo del tiempo y los espacios” (citado por Zamudio y Núñez, 2011:25). Estas diferencias en el ejercicio del poder en “obligaciones y prohibiciones asignadas a los géneros” se traduce en relaciones desiguales.

Esta categoría supone dimensiones para un análisis integral de la realidad, Marcela Lagarde (1995) hace alusión a cinco dimensiones:

- **Biológica.**- Es aquello relacionado con el sexo (hombre o mujer) destacando las características biológicas de cada uno, como son: hormonas, órganos internos o externos.

- *Económica.* Vinculada a la división sexual del trabajo, como productos de sociedades patriarcales, se acentúa la feminización de la pobreza, del empleo, del campo, etc.
- *Sicológica.* Es lo que se encuentra inscrito ancestralmente como objetivo y lo que en nuestra estructura mental se ubica como subjetivo, en el inconsciente se arraigan los pensamientos y actitudes.
- *Social.* Implican las normas y prohibiciones que se convierten en tabú, relaciones y deberes que oprimen por la carga social y psicológica, si el comportamiento es diferente al que la sociedad ha determinado, son señaladas ó criticadas. Es por eso que muchas mujeres viven con culpabilidad cuando empiezan a pensar en su propio proyecto de vida, debido a que difiere con lo que socialmente es aceptado.
- *Político.* Aquí se fundamenta la diferencia sexual, en este orden político predomina la dominación masculina y subordinación femenina.

Otros conceptos vinculados son los roles de género, la división sexual del trabajo, los estereotipos de género, el rol reproductivo de las mujeres, el patriarcado, el sexismo, el familismo, la perspectiva de género, entre otros. El estudio de estos conceptos nos permite hacer un análisis completo de la condición de las mujeres en cada cultura y/o país.

Principales componentes de la categoría de género

Esta categoría también se integra por componentes que constituyen las relaciones sociales, se basa en las diferencias percibidas entre los sexos (Joan Scott).

- *Símbolos.* A través de imágenes en televisión, logotipos, escudos de gobiernos municipales, estatales, se envía un mensaje de lo que es femenino y lo que es masculino.
- *Normas.* Las normas de género las aprendemos desde la familia, los padres y madres nos enseñan cómo ser mujer u hombre, a través de la forma de vestir, las actividades y los roles que se asignan a un sexo y

otro, todos, características o atributos que caracterizan lo apropiado en una sociedad.

- *Identidad*. Es lo que caracteriza e identifica a cada persona, es la autopercepción que la sociedad reproduce y aprueba en un lugar y tiempo determinado, se trasmite a través de la socialización.
- *Instituciones sociales y organizaciones*. Está centrado en torno a la reproducción y producción,

También, la perspectiva de género puede ser una herramienta útil para demostrar conexiones entre género y desarrollo, en contextos de injusticia social, “permite comprender por qué en sociedades de avances democráticos en las relaciones entre mujeres y hombres, se dan formas de desarrollo social menos inequitativas” esta perspectiva puede modificar *especificidades, funciones, responsabilidades, expectativas y oportunidades* (Lagarde, 1996:33)

En el tema de salud, las desigualdades e inequidades de género tienen que ver con la función productiva y reproductiva de las mujeres, quienes mueren por causas evitables y prevenibles, por eso, ellas están expuestas a más riesgos que los hombres y sus oportunidades para disfrutar un estado adecuado de salud son menores (Gómez, 2002, citado por Zamudio y Núñez, 2011). En este sentido, no hay una causa de muerte o discriminación de género que se asemeje a la violencia obstétrica, que se ejerce en el campo médico y que como violencia de género puede llegar a convertirse en un factor causal de muerte materna, ya que biológicamente, las mujeres son las únicas capaces de procrear y parir¹³.

“En el contexto de la salud de las mujeres se puede recuperar el tema de los costos en términos de sufrimiento psíquico, mala percepción de salud,

¹³ Sin embargo, cabe mencionar que también los hombres debido a los modelos de masculinidad dominante encabezan altas tasas de muerte por violencia debido a que están constantemente mostrando su hombría, valentía y superioridad, lo cual tiene fuertes consecuencias en estadísticas por homicidio.

deterioro de la percepción de sí misma de su relación con los otros, con y en su entorno, su inserción y participación, en la vida social, familiar y comunitaria”. Asimismo, la violencia contra las mujeres es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que han conducido la dominación de la mujer por el hombre, a la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo” (Ada Alfonso, 2011:99)

“Las conductas discriminatorias, las normas culturales, las costumbres familiares la desigualdad distribución de las responsabilidades y de la ejecución de las tareas al interior del hogar y de la familia generan desequilibrios en las relaciones entre hombres y mujeres, se expresan en mecanismos de control sobre la capacidad de acción en la vida cotidiana, disparidades y asimetrías de poder que resultan en violencia contra las mujeres. Las violaciones regulares de los derechos humanos, la discriminación sistemática a la que son sometidas las mujeres en las diferentes etapas de su ciclo de vida” (*Idem*: 100-102). En este sentido el género como categoría de análisis y de acción podría ofrecer las pistas para la deconstrucción y reconstrucción tanto de las formas de legitimación como de las masculinidades hegemónicas.

La etnicidad y cultura son históricamente parte de una identidad y de una doble definición: la que resulta del modo en que uno define su propio *yo cultural* ante otros, y la que resulta del modo como éstos le definen a uno. Ambas definiciones son parte del contexto de identidad. (Esteva, Vargas, Dietz, s/f)

De la violencia de género a la violencia obstétrica

Este tema ha sido estudiado por algunos estudios antropológicos y sociológicos la colocan como una forma de maltrato o mala calidad en la atención a las mujeres embarazadas, es considerada una forma de violencia de género invisibilizada. Este tipo de violencia se genera en el ámbito de la

atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud públicos y privados, es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género, por un lado la física, la cual se “configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta [...] o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico (GIRE, 2013)

De acuerdo a Meneses (2008) desde la década de los 70's en Estados Unidos se impulsó una campaña para controlar el crecimiento de la población mediante el uso de métodos anticonceptivos principalmente permanentes (vasectomía y salpingoclasia), en América Latina inicia una década después. A finales de la década de los 90's en Guerrero se denunciaron siete casos de vasectomías realizadas sin el consentimiento de los hombres indígenas. Esas prácticas siguen vigentes y es más común en los grupos étnicos que por sus condiciones de raza, étnia y clase, son discriminados y violentados al grado de despojarlos del control de sus cuerpos.

En este sentido la violencia hacia las mujeres se contempla en la Ley General y en las leyes locales de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. En el caso del estado de Veracruz que fue uno de los primeros estados que incluyeron el término de violencia obstétrica dentro de su legislación dónde la define como la:

“Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de

cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”.

Cabe señalar que éste término fue retomado por las demandas de los movimientos feministas, en Latinoamérica, el primer gobierno en incorporarlo en su “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” fue el de Venezuela, en el 2009 fue Argentina y México (Laura Belli, 2013). Uno de los grupos feministas que comenzó a documentar la violencia en los servicios de salud fue en 1998 el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer en Perú, en el caso mexicano fue el Tribunal por la Defensa de los Derechos Reproductivos, organizado por Red de Salud de las Mujeres del Distrito Federal dejó un precedente desde 1996.

Una de las propuestas que destacan son las del investigador mexicano Roberto Castro en libro “Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina Avances y desafíos en la investigación regional”, quien asegura que se trata de un problema de violación de derechos reproductivos y no meramente técnico, ello cuando se reduce a un problema en la calidad en la atención, por ello, también lo ve como un problema ético que lo define como “habitus médico autoritario”, el cual se da en el cambo médico y habitus profesional, es decir, en las instituciones de salud que están normativizadas y en el personal de salud así como el largo proceso de socialización y formación jerárquica. Asimismo, señala que entre 2000 y 2012 hubo 2,877 quejas al área de ginecobstetricia y algunas recomendaciones por parte de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, afirma que los profesionales de la salud suelen cometer abusos y maltrato que no llegan a ser un delito pero que pueden incurrir en graves violaciones a los derechos humanos.

Una de las propuestas para contrarrestar el “habitus médico autoritario” y por ende la violación de derechos reproductivos, la ciudadanía reproductiva, es un contrapeso y la define como: “La capacidad de las mujeres de apropiarse,

ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Entre ellos se incluye su capacidad de reclamar una atención médica de calidad por parte de los servicios de salud, especialmente en los casos de embarazos de alto riesgo” (Castro, 2010:55)

Sin embargo durante el Foro "Violencia obstétrica: oportunidades y retos para la legislación y las políticas públicas en México", realizado el 2014 en la Cámara de Diputados, en el marco del día internacional de acción por la salud de las mujeres; desde diversas perspectivas, las presentaciones problematizaron el tema, y se enlistaron varios aspectos considerados como violencia obstétrica, tales como:

- La saturación de las unidades médicas.
- Falta de capacidades de gestión directiva.
- Insuficiencia de recursos humanos y materiales.
- Ausencia de redes para la prestación de los servicios de salud.
- Rechazo a mujeres en las unidades.
- Falta de personal calificado.
- Falta de espacios adecuados para la atención humanizada.

Otras más fueron:

- Falta de opciones de atención prenatal y del parto de las mujeres embarazadas.
- Falta información adecuada y completa sobre la anticoncepción post embarazo obstétrico/colocación del Dispositivo Intrauterino sin consentimiento informado.
- Altas tasas de cesáreas innecesarias.
- Medicalización del parto.

Se ha documentado que desde la biomedicina y el sistema hegemónico de salud se ha patologizado el parto, es decir, se piensa que las mujeres embarazadas que asisten al hospital son “mujeres enfermas” y su tratamiento debe ser como tal, ésta patologización es una evidencia de un tipo de violencia

obstétrica que viven las mujeres, ello, aunado al desabasto de insumos y medicamentos necesarios para la atención del parto y de emergencias obstétricas, infraestructura básica hospitalaria, falta de personal calificado disponible las 24 horas, falta de intérpretes bilingües en zonas con población indígena monolingüe y la falta de respecto a la ciudadanía reproductiva de las mujeres.

Este panorama ha ocasionado que las mujeres tenga su parto afuera de los hospitales o en los pasillos, que prefieran tenerlo sola o en sus casas debido a la falta del enfoque intercultural en los servicios; que el producto padezca de sufrimiento fetal o incluso de muerte neonatal y que las mujeres queden con secuelas temporales o de por vida, producto de una mala práctica en su atención, ocasionando morbilidad materna, que son la máxima expresión de violencia obstétrica y violencia institucional.

Para esta problemática un elemento importante que no hay que dejar de lado es el empoderamiento personal y colectivo, es decir, mujeres, hombres y comunidades informadas y capaces de identificar violaciones a sus derechos y exigir de manera individual y organizada una mejor atención para todas, sin importar seguridad social, raza, género, etnia, clase, edad o sexo.

La acción colectiva

Con respecto al entendimiento de los movimientos sociales se ubicaron diversos aportes teóricos. García (2004) y Yegenova (2006) plantean un breve recorrido por las principales características de las escuelas que han estudiado los movimientos sociales, de éstas destacan el marxismo clásico y sus aportes *sobre el desarrollo de los acontecimientos revolucionarios* que colocó la categoría de clase, lucha de clases y relaciones de fuerza desde una visión histórica y del comportamiento de los otros grupos. La escuela del estructural-funcionalista se dedicó a colocar el papel de las creencias y representaciones de las estructuras simbólicas de la sociedad; por ello García (2004) señala que

el nivel de tradición o memoria de la colectividad agraviada influye en la necesidad de actuar colectivamente o quedarse simplemente en una insatisfacción personal.

También se encuentra la teoría de la acción racional donde Olson (1997) introdujo la racionalidad económica y supone la adherencia de sujetos bajo un cálculo de costo-beneficio e incentivos selectivos (materiales y simbólicos) principalmente a quienes dirigen. En la escuela de la movilización de recursos, sus principales precursores fueron Tilly, Tarrow y Oberschall; se dedicaron a comprender cómo y con qué se movilizan las personas, sus triunfos y fracasos, lo plantean como etapas evolutivas y el capital de medios de movilización (vínculos internos y externos con grupos de poder) (*Ibidem*)

Otras de las teorías es la de los nuevos movimientos sociales, aquí tuvieron alta influencia Melucci y Touraine (con la teoría de la acción social), se reconoce la subjetividad y se sustituye el concepto de lucha de clases por el de movimiento sociales, debido al giro que se da, de la explotación de las clases por el de *dominación de la modernidad*, se hace una diferencia entre la definición conceptual de acción colectiva y movimientos sociales. En la escuela de la movilización de los recursos se desarrolla tres grandes corrientes: la teoría de las estructuras de la movilización, la estructura de oportunidades políticas y la teoría de los marcos interpretativos de la realidad.

La teoría de las estructuras de la movilización tiene que ver con las *redes de sociabilidad voluntaria que sostiene a un movimiento*, y la *micromovilización* como indicio de movilizaciones más amplias, es decir, la tradición de movilización; también hace referencia a los *repertorios de protesta* como medios para *influir en los sectores adversarios*. La de oportunidades políticas está relacionada con el estudio del surgimiento, trayectoria y eficacia del movimiento con los *cambios en la estructura institucional* y relaciones de poder, un concepto que incorpora es el de *descertificación* se refiere a un aval que

posibilite *legitimidad y reconocimiento* para abrir *nuevas oportunidades y ampliar su capacidad de presión*. Por último, la de marcos interpretativos, retoma los aportes del interaccionismo simbólico por lo que hace énfasis a la estructura simbólica y esquemas cognitivos (Snow y Benford, 1988, citado por García 2004) su componente principal es la injusticia, de ahí se habilitan otros *de tipo material y político*. Cabe señalar que algunas críticas que se le ha hecho a varias escuelas es que algunas son deterministas, hay ausencia de investigación empírica y de la emotividad de los sujetos como explicación de las sublevaciones y no consideran aspectos simbólicos.

En este contexto, los movimientos sociales son formas de acción colectiva que responden a dos condiciones: siempre son expresión de un conflicto social de una oposición y/o tienden a provocar ruptura de los límites de compatibilidad del sistema (Giménez, 1994). García (2004) lo define como *un tipo de acción colectiva que intencionalmente busca modificar los sistemas sociales establecidos o defender algún interés material para lo cual se organiza y coopera para desplegar acciones públicas en función de esas metas o reivindicaciones*.

La génesis de los movimientos sociales, *son de naturaleza estructural y no coyuntural [...] pero no excluye que éstos sean a su vez activados o “revelados” por crisis coyunturales*. Por ello, se reconocen tres problemas para el análisis de los movimientos sociales: a) la naturaleza del objeto de estudio; b) establecer un paradigma explicativo convincente sobre su génesis y c) epistemológicamente, el tipo de relación que debiera establecerse entre el analista y los actores sociales sujetos de análisis (Giménez, 1994).

Otro aspecto a considerar son los componentes o principios básicos de todo movimiento social, aquí varios autores coinciden tres elementos, 1. Identidad colectiva ó sujeto de movilización; 2. Estructura o sistema de toma de

decisiones y 3.Repertorios de movilización ó métodos de lucha. (García, 2004; Yeganova, 2006 y Quintana, 2009)

Para diferenciar y precisar conceptos Torrow (1983) hace una diferenciación entre los movimientos, organizaciones de protesta y actos de protesta, el primero son formas de opinión de masas, el segundo son formas de organización social y el tercero formas de acción, por eso detrás de una protesta activa no siempre hay un movimiento (citado por Melucci, 2001:38-40)

Por su parte, Touraine establece tres sistemas fundamentales de referencia a la acción colectiva: 1.El modo de producción: sería un sistema de relaciones antagónicas con respecto al uso de recursos; 2.El sistema político: nivel en el que se producen las decisiones normativas y 3.La organización social: sistema de relaciones que aseguran el equilibrio social (citado por Giménez, 1994) También clasifica a la acción colectiva por tipos: a) residuales (*no son tratados por instituciones*), b) radicales (cambio mediante el uso de violencia) y c) movimientos sociales (citado por García, 2004)

También, Melucci (2001:50-54) describe una serie de características o dimensiones que involucran a la acción colectiva: a) elementos de desviación (rechazo), b) competencia controlada (conflicto) y c) comportamientos agregativos (conductas de crisis). Asimismo, existen diversos tipos de movimientos: reivindicativos (organización social y lucha por el poder), políticos (rechazo a procesos de decisión) y antagonistas (contra el sistema).

Yeganova (2006) menciona que los estudios de los movimientos sociales en América Latina se centraron en *el potencial democratizador; los procesos de construcción y fiscalización de políticas públicas; la relación con los partidos políticos y el impacto del neoliberalismo sobre sus luchas.*

Asimismo, Jasper (2012) afirma que el pragmatismo y el feminismo *promueven un replanteamiento de la acción colectiva* por el redescubrimiento de las emociones y el foco a los contextos locales. También, menciona que *los movimientos sociales están más preocupados por desafiar los códigos dominantes que obtener el poder político*, ya que le dan énfasis a la autonomía y sus mundos de vida. En este sentido, hace un replanteamiento profundo de las metas y tácticas del movimiento así como la necesidad de lo local *empezar por las pequeñas cosas y construir nuestro camino hacia arriba y hacia las grandes cosas* y no a la inversa.

En ese replanteamiento de la acción colectiva Long (2007) utiliza la categoría de actores sociales, para ello los distingue en tres tipos: la coalición de actores, se caracteriza por un patrón de relaciones coordinadas de manera espontánea o estratégica pero a menudo con fronteras ambiguas y cambiantes; la red-actor heterogénea acuñado por Latour (1994) y Callon y Law (1995) que reconoce el *papel constitutivo desempeñado por los materiales, textos y tecnologías*, además del agregado de agencias e intereses (*Ibidem*); y el tercero el actor colectivo que reconoce las subjetividades como parte de un todo unitario y adquieren su significación en la práctica social.

No obstante, hay que destacar que no existe una teoría completa del análisis de los movimientos sociales y que pueda explicar en su totalidad, ya que las realidades y contextos son distintos en diferentes regiones y países. A pesar que hay coincidencias entre los movimientos sociales que han emergido en los diferentes continentes no se puede generalizar ya que se omitiría el detalle y características específicas, aunque, el tema comenzó a tener relevancia a partir de la década de los 70's.

Interacciones entre Estado y movimientos sociales

Es importante reconocer el papel del Estado, que según Hirsch (1996) el "Estado moderno" (y democrático) nació junto con el capitalismo, por ello,

necesitamos entender esta relación funcional dentro de la sociedad capitalista ya que supeditan a las y los seres humanos a *roles específicos* como el de ser trabajador(a) asalariado(a) para obtener dinero y satisfacer sus necesidades. También refiere que el éxito o consolidación de la actual sociedad capitalista se debe a que la violencia se institucionaliza (legítima), por lo que en su papel se encuentran contradicciones y en ellas, emergen algunos movimientos sociales y emancipadores.

Cabe mencionar que los movimientos tienen una dimensión cotidiano-institucional, donde pasa del lenguaje ético-político (estado naciente -lo utópico- como categoría estructural) al lenguaje utilitario pragmático (exploración de lo posible) y en esta fase utilitaria chocan intereses (Alberoni, 1984: 355-382). La constante interlocución con las instituciones en la efervescencia colectiva se da sobre un hilo conductor delgado, y por eso los movimientos tienden a institucionalizarse; el resultado, la victoria-derrota puede dar origen a otros episodios de estados nacentes.

En este sentido, los movimientos de mujeres, sindicatos e indígenas han cuestionado y resignificado la naturaleza patriarcal, clasista y etnocéntrica del neoliberalismo (Yagenova, 2006). En el tema específico de salud, el neoliberalismo define que las necesidades de salud deben satisfacerse a través del mercado y aquellos que no pueden convertirse en clientes y pagar por su salud quedan excluidos en el ejercicio de sus derechos humanos.

La acción colectiva en salud

Como se ha mencionado, los movimientos sociales y la acción colectiva comparten elementos considerados como conflicto social o malestar que se perciben como injusticia, inconformidad y conlleva a la indignación y necesidad de actuar colectivamente para resolver demandas sociales o necesidades insatisfechas, donde, los intereses pueden ser materiales o simbólicos.

En relación a la acción colectiva en salud, desde la antigüedad, el cuidado y atención a la salud, particularmente de la atención al parto, ha estado en manos de las mujeres de las comunidades y sus familias; sin embargo, el sistema de salud mexicano tiene sus orígenes en el año de 1943, es un sistema que ha excluido a las parteras y a actores sociales que contribuyen en la promoción de la salud en el ámbito comunitario, descalificando sus saberes por considerarlos como no son válidos por las ciencias modernas. Este discurso determina “quién y cómo habla, qué es legítimo y qué no, quien tiene autoridad y quien no para hablar de salud”, para ello, el modelo de salud requiere de normas, instituciones, profesionales y expertos que lo reproduzcan, registren y legitime (Rodríguez, 2008)

De acuerdo a Meses (2006), desde el siglo XIX la participación social en salud eran formas de acción de los grupos subalternos pero a partir de 1940, este discurso fue subsumido por organismos internacionales y comenzó una política para impulsarla (citado por Eibenschutz, 2013:10). En esa década inició el enfoque intercultural en salud que fue apropiado por la Secretaría de Salud, y por la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (antes: Instituto Nacional Indigenista) junto con este enfoque surgió la antropología médica

En México desde finales de los 70 y en los 80, se promovieron proyectos de *promoción de la salud popular* desde diversas organizaciones sociales e instituciones (Chapela, 2010). Un referente de este proceso de institucionalización de la promoción en salud fue la Carta de Ottawa (1986); como parte del enfoque de la Atención Primaria en Salud (1978) de la Declaración de Alma-Ata, fue una estrategia que pretendió alcanzar el objetivo de “Salud Para Todos en el año 2000”. De acuerdo a Eibenschutz (2013) pasó por los “Sistemas Locales de Salud (SILOS) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en los 80, o la estrategia de Intervención de la Comunidad en el Desarrollo Comunitario de la Organización Mundial de la Salud en los años 90” pero plantea que ha sido orientada a grupos subalternos, lo que la ubica

como una política discriminatoria, pues al resto de la ciudadanía no se les exigen tareas como la construcción, cuidado y capacitación para el combate y prevención de enfermedades, bajo la lógica reduccionista de involucrarlos en el desarrollo local, resultando, una “acción sin actor” (Melucci, 1994, citado por Eibenschutz, 2013), aunado a ello, no se consideraron los saberes locales y la *determinación social de la salud-enfermedad*.

En este proceso se incluyeron a las parteras y los denominados agentes de salud comunitarios, ésta inclusión de diversos actores locales incluyó “el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.”, también se consideró “indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial” (Declaración Alma-Ata, 1978) A partir de ahí, en México se realizaron diversos encuentros y foros interculturales, se intensificó la capacitación a parteras, y muchos centros de salud comunitarios (considerados como primer nivel de atención) fueron dotados de equipo para la atención de partos, algunos de esos recursos siguen en las comunidades pero están subutilizados y en mal estado, sólo en caso de emergencia y cuando no hay otra opción (canalizarla a un hospital) y mayormente médicos(as) pasantes (de servicio social) lo llegan a utilizar.

Perspectiva orientada al actor

Uno de los precursores de esta metodología es Norman Long (2007), quien retoma varias categorías de Giddens. Esta es una metodología que “examina problemas de cambio y continuidad en general”. Considera nueve piedras angulares, sintetizadas de la siguiente manera: 1. La vida social y heterogénea, 2. Identificar los procesos, no solo los resultados, 3. Uso de la teoría de la agencia basada en la capacidad de los actores, 4. La acción social y sus redes de relaciones, 5. Contextos específicos (dominios, arenas, campos), 6. Estándares culturales diferenciales y cambiantes, 7. Conexión macro-micro

(arenas localizadas), 8. Interfaz social (interrelaciones identificadas etnográficamente) y 9. Formas sociales diversas (relación con configuraciones pasadas)

Por lo anterior es necesario *examinar los estilos de vida* y los factores que los influyen. Asimismo, Wallman (1982) hace contribuciones de dimensiones poco tangibles como son las *percepciones, habilidades, formas simbólicas y estrategias organizativas* y a las categorías materiales les adiciona tres elementos *tiempo, información e identidad* (citado por Long, 2007)

Rutinariamente las persona organizan el pensamiento y la acción colectiva, se retoma a Long para decir que en esta articulación de actores hay una conjunción de visiones y funciones donde se planean estratégicamente objetivos y fines entorno al desarrollo (Hernández *et al*, 2012) Las *prácticas situadas* se componen de un *conjunto de intercambios y relaciones sociales*, en muchos casos *desiguales y parciales*, por lo que *una perspectiva del actor se concentra en delinear las prácticas organizadoras y simbolización cotidiana de los actores y el entrelazamiento de sus proyectos; como nexo de relaciones y representaciones micro-macro* (Long, 2007)

Capacidad de agencia

La agencia se refiere a “la capacidad de conocer y actuar, y a la manera en que las acciones y las reflexiones constituyen prácticas sociales que impactan o influyen en las acciones e interpretaciones propias y de los otros” y está compuesta por elementos sociales, culturales y materiales (Long, 2007). También, ésta noción de agencia se define como la “capacidad de procesar la experiencia social y diseñar maneras de lidiar con la vida, aun bajo las formas más extremas de coerción, dentro de sus limitaciones los actores poseen la capacidad de saber y de actuar “ (Long, 2007:48)

Quienes tienen agencia son los actores sociales y éstos pueden ser: “personas individuales, grupos informales o redes interpersonales, organizaciones,

agrupaciones colectivas, y macro actores (gobierno, iglesia y/o organizaciones internacionales). Asimismo, Long menciona que “la interacción e interfaces de la gente local y científicos llegan a ser centrales para la producción de soluciones más aceptables y humanas encaminadas a oponerse a la supremacía y a los excesos del desarrollo tecnológico y económico moderno” con ello se apuesta a eliminar las propuestas de desarrollo que vienen *desde fuera* y a que éstas propuestas (más allá del enfoque de desarrollo) emanen junto con la gente de las comunidades, tomando en cuenta su contexto, saberes, experiencias, cosmovisión y prácticas organizativas y culturales y el mejoramiento de sus condiciones de vida.

Del mismo modo, las formas de intervención externa no actúa de forma lineal y cuadrada (aunque así pareciera) ya que al estar en contacto con la gente e introducirse en los “*modos de vida de los individuos y grupos sociales afectados, son mediadas y transformadas por estos mismos actores y sus estructuras*” por ello se sugiere “ver detrás las poses, mitos y modelos de la política del desarrollo e instituciones así como de las valoraciones de la cultura local y el conocimiento para develar los detalles de lo vivido en los mundos de la gente” (Long, 2007:42)

Para ello Long sugiere un trabajo etnográfico que se centre en los siguiente elementos: “estrategias generadas en el interior y los procesos de cambio, los eslabones entre los pequeños mundos de los actores locales y los fenómenos globales y actores en gran escala y el papel decisivo desempeñado por formas diversas y a menudo contradictorias de acción humana y consciencia social en la fabricación del desarrollo” (*Ibidem*)

3. PANORAMA DE SALUD REPRODUCTIVA: UNA MIRADA DE DERECHOS HUMANOS

El análisis de la realidad sobre la estudios en salud toma relevancia a partir de la Conferencia de Cairo (1994) dónde hubo un cambio de paradigma de la Planificación Familia al enfoque en Salud Reproductiva que de acuerdo a Lerner y Szasz (s/f) “expresa de manera más adecuada y realista las necesidades y demandas de los individuos en los componentes básicos de sus vivencias reproductivas, tiene implicaciones sumamente relevantes y sobre todo novedosas que plantean grandes retos”. Asimismo, Gabriela Rodríguez (2009) señala que dicho paradigma fue un aporte de los movimientos sociales feministas y de derechos humanos, que demandaron:

“políticas públicas de salud con un enfoque social, humanitario y democrático, en un proceso paralelo a la adopción internacional de los conceptos de SSR y derechos reproductivos. También, indica que prevalece una fuerte “orientación asistencial” y “la omisión de la perspectiva de la o el usuario, y la carencia de una perspectiva que vincule a la organización de los servicios con las necesidades, expectativas y demandas de la población, así como su falta de relación con la ciudadanía, al considerar a los consultantes como objetos y no como sujetos de la atención”.

Para contrarrestarlo, recoge una serie de demandas o aspectos a considerar, el ejercicio de derechos en la calidad de los servicios y un enfoque de salud reproductiva con perspectiva de género, que incluyen: *“accesibilidad y disponibilidad; aceptabilidad por parte de las usuarias; dignificación; conciencia y respeto por los derechos; competencia técnica, insumos esenciales y equipamiento, relaciones interpersonales; información y medios para la toma de decisiones; potenciación de los comportamientos favorables”, etc.*

3.1. El sistema de salud en México y su modelo de atención

México cuenta con varios modelos de atención a la salud. Parte de ello, ha sido producto de su historia y contexto; uno de ellos fueron los tres siglos de colonización de México por los españoles, algunos autores aluden a 500 años de resistencia indígena. En el caso de la atención al parto en el museo ubicado en la antigua escuela de medicina en la Ciudad de México, se puede identificar el papel tan importante que representaba esta etapa de la vida en las primeras culturas, debido a que los aztecas consideraban al parto como un proceso de lucha donde la parturienta era equiparada como guerrera, ya que estaba latente el riesgo de morir, es por eso que los guerreros aztecas llevaban como amuleto los dedos de las parturientas fallecidas. También se da cuenta de los cuidados y atenciones que requieran las mujeres para poner enfrentar y llevar a buen término su embarazo, parto y cuidados después del parto.

Así como se documentaron algunas formas en que las y los nahuas llegaron a conservar tradiciones religiosas, también lo hicieron con su medicina tradicional, la cual de acuerdo a Guadalupe Soto *et al.* (s/f:153), Hernán Cortes aceptada la efectividad de esta medicina en sus “Cartas de Relación, decía a los gobernantes españoles que no era necesario él envió de médicos pues los naturales de la Nueva España eran muy capaces”.

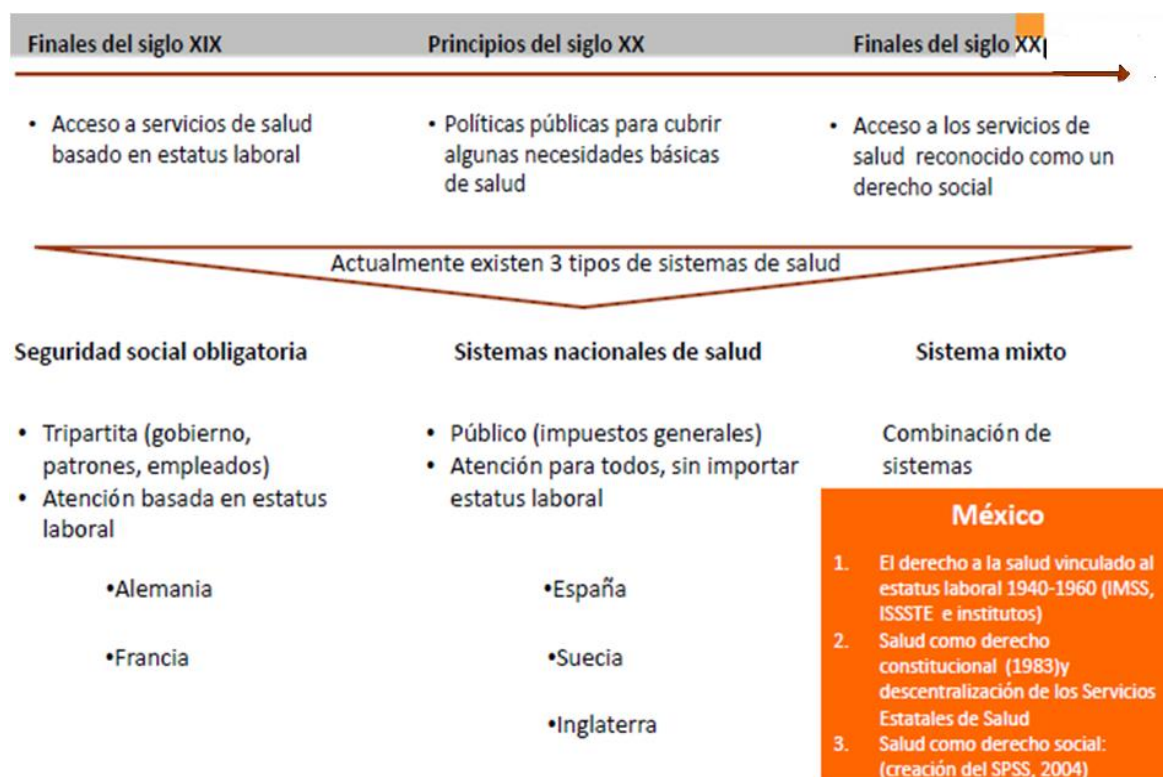
A finales del siglo XVIII había tres grandes modelos de sistema de salud: uno que se remite a varios siglos antes de la conquista conocida como tradicional, dirigido fundamentalmente a las zonas rurales y marginados de las ciudades; otro; el oficial, que hermana a la Iglesia Católica con universidades conservadoras (cómo la Pontificia) que atienden a las clases pudientes y en menor medida a los menesterosos de las urges; y un tercero, progresista, que en un largo y tortuoso desarrollo se consolida en forma parcial con el Establecimiento de las Ciencias Médicas (1833).

En el gobierno porfirista de finales del siglo XIX hasta principios del siglo XX. El acceso a la atención médica a través del pago con dinero hará que se desarrollen grandes desigualdades en el acceso a la atención.

Para el siglo XX el establecimiento de las ciencias médicas evolucionó con rapidez y dio lugar al surgimiento de infraestructura y nuevas tecnologías como: laboratorios microbiológicos y productores de vacunas, hospitales más modernos y especialistas.

Desde finales del siglo XIX los sistemas de salud a nivel mundial tuvieron cambios importantes, hasta hoy se reconocen tres tipos de sistemas y para el caso de México se ubica en el sistema mixto, lo cual podemos observar en la siguiente figura:

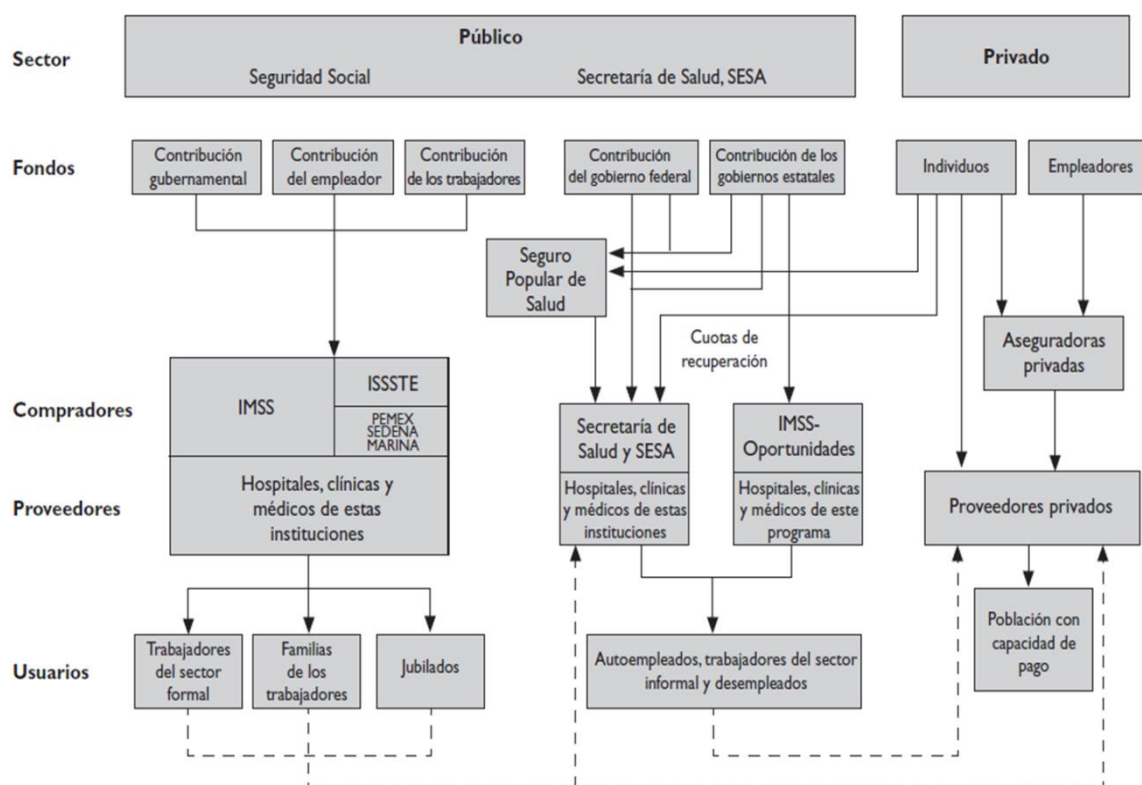
Figura 2. Tipos de sistema de salud



Fuente: Secretaría de Salud Federal

Teniendo en cuenta que el sistema de salud en México combina la atención pública y privada, en la siguiente figura podemos observar su estructura y forma en que opera cada sistema y las diferentes entidades que prestan dichos servicios:

Figura 3. Sistema de salud mexicano

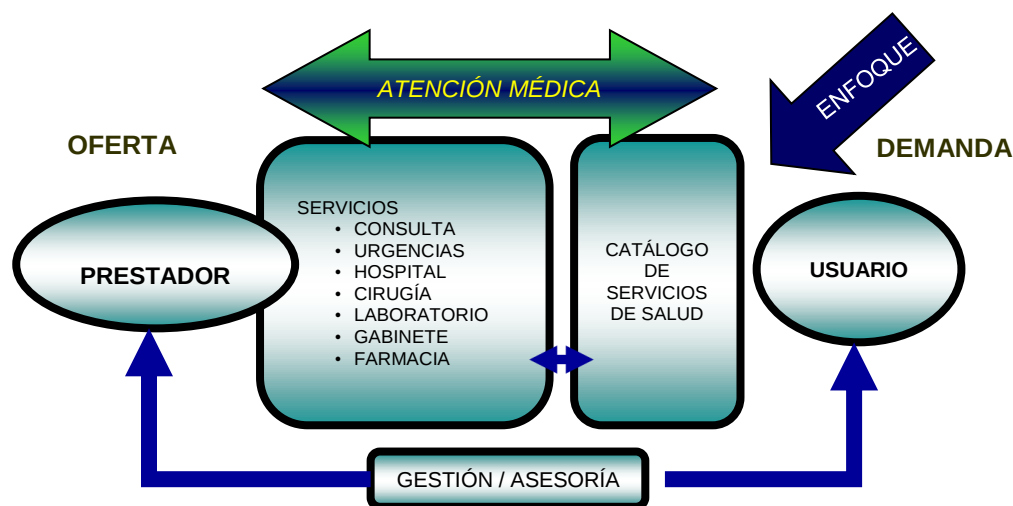


Fuente: Gómez Dantés, Octavio et al., en "Sistema de Salud Pública", 2011:221.

A pesar de todo este aparato que opera para la atención de la salud de la población, coexisten otros modelos de atención y autoatención basados en la medicina natural y tradicional.

Con la llegada del Seguro Popular, que buscaba cerrar brechas de desigualdad en la materia y mejorar indicadores de bienestar en el país, los servicios de salud operaron mediante modelo de la oferta y la demanda que podemos observar en la siguiente figura:

Figura 4. Modelo de oferta y demanda de los servicios médicos



Si bien, el Seguro Popular amplió el presupuesto público en salud así como las posibilidades de atención de las familias no derechohabientes y no establecidas en el mercado laboral formal, éste modelo sigue teniendo varias limitaciones ya que restringe la atención a un cierto número de enfermedades y tratamientos y el incremento de la de la demanda no ha sido a la par del crecimiento en infraestructura hospitalaria y contratación de personal médico.

3.2. Marco Jurídico, del derecho a la salud a los derechos sexuales y reproductivos

Dado que el paradigma del enfoque de derechos en la salud reproductiva fue un proceso paralelo a la adopción internacional de los conceptos de Salud Sexual y Reproductiva (SSyR) y los derechos reproductivos¹⁴. Atrás se dejó el enfoque de Planificación Familiar, lo que redundó en el reconocimiento de más derechos para mujeres, niñas, niños, adolescentes, jóvenes y hombres, y como parte de la interdependencia los derechos sexuales y reproductivos se vinculan con al

¹⁴ En la Conferencia de Cairo (1993) y de Beijing (1994), se define la salud reproductiva como: “un estado general de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción. En consecuencia, entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. La atención se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva”

menos otros doce derechos humanos (ver figura 2),¹⁵ varios de éstos están considerados en el documentos formulados por la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF por sus siglas en inglés) y que se titularon: “Carta de derechos sexuales y reproductivos” en 1996 y el documento “Derechos Sexuales: Una declaración de IPPF”¹⁶ publicado en el 2008.

Una definición quizá un tanto retórica de los de derechos humanos es que son: *prerrogativas y libertades fundamentales a la que toda persona humana tiene por el sólo hecho de serlo*, históricamente se reconocen tres generaciones,¹⁷ la ONU señala una serie de valores referidos como principios básicos, como son: su *universalidad, interdependencia e indivisibilidad, la igualdad y la no discriminación*, y también señala que “vienen acompañados de derechos y obligaciones por parte de los responsables y los titulares de éstos”.

Con la evolución de los derechos humanos se han podido establecer diversos principios como el de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, éstos garantizan los niveles más altos en el ejercicio y garantía de derechos humanos y por ende, de dignidad para las personas. Cabe recordar que el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos se enmarcan en el derecho a la salud y el derecho a la igualdad, asimismo, dichos derechos han sido de las principales demandas feministas, ya que entre las demandas iniciales y que hoy permanecen, destacan: “despenalizar el aborto, tener acceso masivo a anticonceptivos y la socialización de las tareas domésticas” (de Barbieri, 1989).

¹⁵ Disponible en internet: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/66> (consultado: 23/11/2013)

¹⁶ IPPF es un ONG internacional que se promueve el derecho a decidir y los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Para información sobre la Declaración Ver: https://ippfwhr.org/sites/default/files/Sexual_Rights_Declaration_Spanish.pdf

¹⁷ La primera generación, denominada de los derechos civiles y políticos, conocidos como derechos fundamentales; la segunda generación la constituyen los derechos de tipo colectivo: los derechos sociales, económicos y culturales; la tercera generación denominada como derechos de solidaridad.

En la siguiente gráfica podemos apreciar los principios básicos de los derechos humanos, particularmente la característica de interdependencia con los derechos reproductivos.

Figura 5. Derechos reproductivos y su vinculación con otros derechos



Fuente: Elaboración propia, basado en la “Carta de derechos sexuales y reproductivos”

Las demandas del movimiento feminista y de mujeres en América Latina y El Caribe han tenido eco en diversos convenios, iniciativas, tratados, pactos y conferencias, a través de organismos internacionales encabezados por la ONU, fueron integrando los derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque más integral. En el derecho a la salud, uno de los instrumentos jurídicos pioneros fue la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (1945), en su artículo 25, señala que *“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios [...]”*. En 1966 el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) en su artículo 12 reconoce *“el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”* y para asegurar este derecho, entre otras cosas, precisa que es necesario impulsar

acciones para reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños y niñas.

Asimismo, en 1952 la Organización Internacional del Trabajo (OIT) aprobó el “Convenio relativo a la protección de la maternidad”. Más tarde, en 1974 durante la Conferencia de Población de Bucarest se hicieron recomendaciones para impulsar programas de Planificación Familiar (PF) y con la “Conferencia de Alma Ata” (1978) se amplió. Sin embargo, no fue hasta el año de 1979 que se coloca el tema de la violencia y la salud de las mujeres como un problema de justicia social, lo cual quedó asentado en la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” de Naciones Unidas (CEDAW, por sus siglas en ingles) que en su artículo 12 establece la obligación de que *“los estados adopten todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica así como garantizar servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto”*.

A finales de los ochenta se impulsó la iniciativa internacional “Maternidad Sin Riesgo” (1987) la cual, incluyó aspectos relacionados con el embarazo, parto y puerperio, métodos de planificación familiar, accesibilidad y solicitud de los servicios y calidad de la atención, aunque éste concepto solo consideró a las mujeres que deseaban tener hijos y/o estuvieran embarazadas, por lo que se dejó de lado, los temas de sexualidad y maternidad libre y voluntaria.

Otros eventos internacionales que abonan al tema de salud y violencia en contra de las mujeres y niñas fueron: la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965); la Convención sobre los Derechos del Niño (1989); la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (1990); la Carta Social Europea (1961); la Carta Africana de

Derechos Humanos y de los Pueblos (1981); el Protocolo de San Salvador, (1988), entre otros.

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) realizada en Cairo, Egipto, 179 países aprobaron un Programa de Acción, que *“contiene medidas centradas en la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna; la población y el medio ambiente; la migración interna e internacional; la prevención y control del VIH/sida; la información, la educación y la comunicación, y la tecnología, la investigación y el desarrollo”* (citado por Amnistía Internacional, 2012) y la Plataforma de Acción de Beijing, que enfatizó sobre la condición mundial de las mujeres en 12 esferas de preocupación¹⁸, con ésta, los estados se comprometieron a trabajar por la transversalidad de género y el empoderamiento de las mujeres. Este compromiso, dejó de lado el término de salud materna e infantil para transformarse en salud sexual y reproductiva, reconociendo *“la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad, constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos”* (Ibidem)

Con la Declaración de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Acción para la Igualdad, el Desarrollo y la Paz, de 1995, el tema tomó más fuerza, pues además, señalaba la necesidad de “combatir las causas estructurales de la pobreza mediante cambios en las estructuras económicas, garantizando la igualdad de acceso a todas las mujeres [...] y promover un desarrollo sostenible centrado en las personas”.

Además, con la Plataforma de Acción y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, mejor conocida como la "Convención de Belem Do Para" realizada en Brasil en 1993, los derechos humanos de las mujeres se reconocieron globalmente como derechos humanos, es decir, a partir de ahí se materializaron y se establecieron objetivos para promover la igualdad, el desarrollo y para erradicar la violencia,

¹⁸ Ver: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfApor ciento20S.pdf>

la discriminación y la desigualdad que viven las mujeres. Estos instrumentos jurídicos son considerados por Marcela Lagarde (2010) como hitos feministas. Asimismo, Lagarde (2012), señala que fue la época en que se reconoció nuestra condición como humanas y ciudadanas, y lo ilustra como “un ramito de principios jurídicos: el de dignidad, igualdad y equidad, la libertad y la seguridad”, éstos, se plasmaron en leyes generales y estatales de igualdad y equidad de género, de no discriminación y de acceso a una vida libre de violencia, así como, en programas orientados a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y adolescentes.

En ese contexto, en septiembre del año 2000 durante la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, México junto con 189 países más, se firmó la "Declaración del Milenio" documento que incluyó ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), con ello, *“Mejorar la salud materna”* se convirtió en el ODM5 y para su cumplimiento se consideraron dos metas:

1. Reducir un 75 por ciento de mortalidad materna entre 1990 y 2015 y
2. Lograr, para el 2015, el acceso universal a la salud reproductiva, para su medición se establecieron 11 indicadores, tres y ocho, respectivamente. A partir de ahí, se han implementado mayores acciones para cumplir con dichas metas.

Asimismo, la OMS establece que la salud materna tiene una estrecha relación con el cumplimiento de al menos otros cinco objetivos más, el ODM1: *Erradicar la pobreza y el hambre*; el ODM2: *Educación universal*; el ODM3: *Igualdad entre los géneros*; el ODM4: *Reducir la mortalidad de los niños*; y con el ODM6: *Combatir el VIH-SIDA*, ello debido a que la mortalidad materna es un indicador sensible de las inequidades y desigualdades en salud, donde se entrelazan las determinantes estructurales, sociales y culturales, por lo que se ha convertido en un problema de salud pública y de justicia social ya que las mujeres pobres y con menos nivel educativo son las que tienen mayor riesgo de morir durante su embarazo, parto o puerperio.

Además, es una prueba contundente de una serie de incumplimientos y violaciones a los derechos humanos de las mujeres, entre los cuales destacan: el derecho a la vida de las mujeres, el derecho a la salud y a una maternidad, libre, informada y con atención calificada, es una violación al principio del derecho a la no discriminación y al principio de la universalidad y equidad en el derecho al acceso a servicios de salud oportunos y de calidad, el derecho de las mujeres y sus parejas a decidir el número e intervalo de las y los hijos; el derecho a acceder a servicios de salud reproductiva integrales, y el derecho a la información en salud sexual y reproductiva, por tanto, es una violación a los derechos humanos de las mujeres, su bebe y familia (Sesia y Schiavon, 2013)

Los ODM, junto con la CEDAW, la Declaración de Cairo y la Plataforma de Acción de Beijing y la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de las Naciones Unidas (CSW, por sus siglas en inglés), han sido claves para el seguimiento y avances en el goce de derechos humanos para las mujeres, ya que particularmente, a partir de éstos, se han realizado reuniones regionales e impulsado estrategias, dónde los estados tienen la obligación de entregar informes sobre los avances y cumplimiento de metas, y con base a ello, reciben recomendaciones enfocadas a cambios de políticas gubernamentales para lograr su cumplimiento. Cabe mencionar que para ello, diversos organismos internacionales a través de la ONU, implementan estrategias y cuentan con recursos para presionar y financiar algunas estrategias a instituciones gubernamentales y a ONG`s quienes impulsan proyectos de incidencia social y política.

De acuerdo a Laaksonen (2008) los ODM tomaron como punto de partida principalmente los consensos internacionales alcanzados en la década de los 90's, la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo, El Cairo, Egipto (1994), la Cumbre sobre el Desarrollo Social, Copenhague, Dinamarca (1995), la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, Viena, Austria (1993) y la Cumbre de la Tierra en Río de Janeiro, Brasil (1992).

Dicho contexto influyó en la política de salud en México, muestra de ello son las diferentes reformas y programas que se han implementado. En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917 se reconoce el Derecho a la Salud en el **Artículo 4º**, el cual menciona que *“toda persona tiene derecho a la protección de la salud [...] a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”*.

Asimismo, con la reforma al **Artículo 1º** de la Constitución, en el año 2011 se elevó a rango constitucional tratados internacionales como el PIDESC y la CEDAW, señalando que *[...] Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán de conformidad con esta Constitución y con los tratados internacionales de la materia favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia*¹⁹. Este cambio de paradigma ha sido un importante referente para la garantía de los derechos humanos, ya que destaca la incorporación del principio *pro persona* y la ponderación de los derechos humanos. Sin embargo, un reto que se ha presentado es la armonización entre el marco normativo y la actuación de la administración pública (Díaz, 2013)

Por su lado, la **Ley General de Salud** (LGS): establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salud, ésta plantea la obligación del Estado a *promover servicios de salud y asistencia social adecuada y apta para satisfacer las necesidades de salud de la población*.

Otros instrumentos jurídicos son las normas oficiales mexicanas de salud, que en materia de salud sexual y reproductiva establece los lineamientos básicos para la atención, entre ellas, destacan la **NOM-005-SSA2-1993**, para los servicios de planificación familiar, la **NOM-007-SSA2-1993**, para la atención

¹⁹ Diario Oficial de la Federación, 10 de junio de 2011.

de la mujer durante el embarazo y la **NOM-046-SSA2-2005** sobre la prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

A nivel estatal está la **Ley Núm. 159, de Salud del Estado de Guerrero**, en su **artículo 65** establece que “La atención materno-infantil tiene carácter prioritario”. Asimismo, en la organización de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, plantea la necesidad de involucrar a las parteras tradicionales y capacitarlas para la atención del embarazo, parto y puerperio, esto último fue producto de la reforma realizada a los **artículos 66 y 68** en el año 2011. También para la vigilancia y promoción se habla de la creación de Comités de Salud a nivel municipal y en el **artículo 71** se encuentran armonizado con la Constitución en el tema del derecho a decidir.

En este sentido, la Secretaría de Salud en Guerrero opera alrededor de 17 programas de acción, algunos que están relacionados con el tema de salud sexual y reproductiva son: Programa Embarazo Saludable, Programa de la Prevención de la Mortalidad Materna e Infantil, Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual, Programa Arranque Parejo en la Vida, Programa de Planificación Familiar, Programa de Atención Médica en el Primer Nivel y Segundo Nivel. Una de las instancias directamente vinculadas al tema de salud sexual y reproductiva es la dirección de Salud Reproductiva la cual realiza un trabajo coordinado con los directores regionales de las siete jurisdicciones que existen en el Estado. Otras instituciones que abordan temas relacionados con salud reproductiva y violencia hacia las mujeres es la Secretaría de la Mujer (Semujer), la Comisión Estatal de Población del Estado de Guerrero, la Secretaría de la Juventud, entre otras.

Asimismo, el Estado tiene la obligación de crear condiciones para que las mujeres tengan acceso a una vida libre de violencia, tal como lo establece la **Ley número 553** de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado Libre y Soberano de Guerrero, que en su **artículo 31** hace mención de

la violencia institucional, con énfasis al respeto a los derechos de las mujeres. Asimismo, para prevenir, atender y erradicar la violencia contra las mujeres habla de un sistema estatal interinstitucional, el cual contempla 17 instituciones estatales, además de organizaciones sociales, en este sistema la Semujer funge como secretaría ejecutiva.

3.3. Políticas dominantes en salud reproductiva: cambios y olvidos

Diversas acciones colectivas para la incidencia en el derecho a la salud han podido presionar para que las políticas, en el ámbito social y económico y a nivel internacional, nacional y local, vayan materializando el ejercicio de los derechos reproductivos y con ello, contribuir a mejorar el acceso y la atención a las necesidades específicas en salud sexual y reproductiva, particularmente, de las mujeres, jóvenes y niñas en contextos de vulnerabilidad. Cabe comentar que a lo largo de la historia la atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres ha sido cambiante, en el apartado anterior se visualizaron algunos cambios de paradigmas y enfoques, vinculados a eventos y compromisos internacionales asumidos por los gobiernos, lo cual incidió directamente en las estrategias y programas públicos de salud.

En ese sentido, ésta breve y general revisión sobre las principales políticas en salud reproductiva en México se centraron a finales del siglo XIX y principios del siglo XXI, periodo en que se consolida el sistema de salud mexicano, y a nivel mundial y nacional se visibilizaron y reconocieron los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

Teniendo como antecedente la Carta de Ottawa (1986) y el enfoque de la Atención Primaria en Salud (1978) de la Declaración de Alma-Ata, que pretendía alcanzar el objetivo de *“Salud Para Todos en el año 2000”* dónde además, se puso de manifiesto “el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad.”, también lo consideró “indispensable para un

desarrollo económico y social sostenido ya que contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial", ello dio pie a que en México se promovieran proyectos de *promoción de la salud popular* desde diversas organizaciones sociales e instituciones (Chapela, 2010).

Desde este enfoque de la participación social en salud e inclusión del enfoque intercultural en salud que en México fue impulsado principalmente por el extinto Instituto Nacional Indígena (INI), todavía en la década de los ochentas y noventas una de sus principales estrategias para la atención a la salud materna fue la promoción comunitaria en salud a través de las parteras tradicionales indígenas, ello debido a que las parteras representaban un importante número de partos atendidos por este grupo, una de las acciones que fomentó fueron los encuentros y foros interculturales entre médicos-médicas y parteros-parteras tradicionales.

Asimismo, el enfoque intercultural en salud impulsado en los años sesentas, setentas y ochentas, impulsó programas de capacitación a parteras, y muchos centros de salud comunitarios (considerados como primer nivel de atención) fueron dotados de equipo para la atención de partos, algunos de esos recursos siguen en las comunidades de Guerrero pero están subutilizados y en mal estado, sólo en caso de emergencia y cuando no hay otra opción (canalizar a la mujer a un hospital) y/o quienes están a cargo son médicos(as) pasantes (de servicio social), se ven en la necesidad de utilizarlos, ello recordó una partera de la localidad de El Camarón²⁰ en Atoyac de Álvarez ya que en caso de emergencia le ha tocado auxiliar al médico pasante de su comunidad y como lo común es canalizar a las mujeres al hospital, los materiales y equipo de atención del parto, son viejos y están en mal estado.

²⁰ En esta comunidad en el 2010 se identificó a un médico de base asignado en el centro de salud, sin embargo en la localidad sólo había un médico pasante, al realizarse la denuncia el coordinador municipal de salud informó que debido a la intervención del sindicato, el médico estaba laborando en la cabecera municipal, dando a entender que ante el sindicato poco se puede hacer.

Para la década de los ochentas la planificación familiar incorporó el enfoque de riesgo, priorizando a grupos considerados como vulnerables, con ello, iniciaron los programas de anticoncepción post-evento obstétrico y acciones de información para grupos de adolescentes. En los noventa, se impulsaron acciones tendientes a incorporar a los hombres en las acciones de planificación familiar.

Cabe recordar que en el marco de la iniciativa internacional “Maternidad Sin Riesgo”, adoptada por México en 1987, surgió el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México en el año de 1993²¹, que a su vez impulsó la conformación del Comité por una Maternidad Sin Riesgos en Guerrero y en otros estados que se ubicaban con las tasa más altas de mortalidad materna. Nacional Indigenista (INI), el Programa Nacional de la Mujer y la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia.

Fue hasta finales de la década de los noventa que en México se creó el primer “Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000”, México se sumó a los acuerdos de Cairo y Beijing, éste programa cuenta con importantes avances y algunos retrocesos, sin embargo, aún se carece de una perspectiva de género y derechos humanos (Schiavon y Delgado, 2010). Con dicho Programa, a nivel federal se instaló el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva.²² Una breve síntesis del antecedente de los programas en salud materna la realizó la investigadora Graciela Freyermuth, quien describe que:

²¹ Ahora, es el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMS-Mèx), es un espacio interinstitucional constituido por 32 miembros: ocho organismos gubernamentales, ocho de la sociedad civil, seis agencias internacionales de cooperación, y nueve Comités estatales, para mayor información ver: <http://www.maternidadsegura.org.mx/comite/quienes-somos.html>

²² El grupo estaba conformado por organizaciones sociales y seis instituciones de gobierno: el Sistema Nacional de Salud, la Secretaría de Educación Pública, el Consejo Nacional de Población, el Instituto Nacional Indigenista (INI), el Programa Nacional de la Mujer y la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia.

“Los programas dirigidos a mejorar la salud materna en México tuvieron su auge de los años cuarenta hasta los sesenta y se dirigieron principalmente a la población trabajadora con seguridad social. En la década de los años setenta el programa más importante en el país fue el de Planificación Familiar, cuando se impulsó la extensión de cobertura en los lugares más pobres de México”

En el caso del Programa Prospera (antes Oportunidades), “tres de sus cuatro estrategias se enfocan a la atención materna: Paquete básico de salud, Autocuidado de la salud a través de la educación para la salud y Reforzamiento de la oferta de los servicios de salud.” con éste las mujeres se ven obligadas a acudir periódicamente al centro de salud más cercano, ya bien para tomar las pláticas de educación para la salud o acudir a citas médicas junto con su familia.

Durante los dos sexenios de los gobiernos panistas (2000-2012) y como parte del cumplimiento de metas de los ODM, se intensificaron las acciones y estrategias y políticas en materia de salud materna se ilustran en la siguiente gráfica, asimismo, se visualiza la relación con la evolución de la razón de muerte materna, tanto a nivel nacional como en el estado de Guerrero.

En el 2003 se creó el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, así como la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, dependientes de la Secretaría de Salud, sus recursos se han focalizado a la prevención de la muerte materna y promoción de la salud reproductiva, en el caso de la Dirección, cuenta con recursos escasos y sus acciones están focalizada principalmente a población indígena, dejando de lado a los grupos afrodescendientes y campesinos, con quienes se comparten algunas creencias y prácticas en torno a los cuidados y atención a la salud materna.

Con el APV en el 2004 se elaboró la Norma de Competencia Laboral para parteras, debido a que la atención de partos atendidos por parteras tradicionales en el hogar era alrededor del 10 por ciento de los nacimientos pero se incrementa en un 20 a 40 por ciento en contextos rurales e indígenas; “se instrumentó una estrategia que incluyó como elemento central la vinculación de la partera tradicional con las unidades de salud para la detección y referencia oportuna de mujeres con complicaciones obstétricas. Durante el periodo 2004-2006 se certificaron a 1,247 parteras tradicionales.”²³

“En los años 2008 y 2009 se promovieron, desde la federación, dos iniciativas encaminadas a disminuir las barreras económicas y mejorar el acceso: Embarazo Saludable, que ha consistido en afiliar prioritariamente a todas las mujeres embarazadas y sus familias al Seguro Popular y la segunda fue el Convenio Interinstitucional para la Atención de la Urgencia Obstétrica firmado el 28 de mayo de 2009, en el que se establece que todas las mujeres que presenten complicaciones obstétricas deberán ser atendidas en cualquier unidad de salud del IMSS, ISSSTE o SSA, sin importar su condición de derechohabencia.” (Freyermuth, 2011:2)

En el caso de la atención obstétrica, para el siglo XXI se transitó a un cambio de paradigma en las políticas públicas de salud, el cual pasó del enfoque de riesgo al enfoque de emergencias obstétricas. “De esta manera, se vislumbran cambios en los paradigmas de enfoque de riesgo vs atención obstétrica de emergencia; de parto profesionalizado vs parto profesionalizado y humanizado; de afiliación para acceder a los servicios de atención vs acceso universal basado en la condición de ciudadanía, y de voluntad política vs obligación política” (Freyermuth, 2009:3)

Éste tipo de políticas, propiciaron la institucionalización y medicalización de la atención del parto, ello puede constatarse con las estadísticas de partos

²³ Recomendaciones generales para mejorar la calidad en la atención obstétrica, original 2003, actualizado 2012. Disponible en internet: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/recom_obstetricia_web.pdf

atendidos en los hospitales y el incremento de cesáreas. A partir de 1990 los nacimientos por cesárea aumentaron anualmente a un ritmo de 1por ciento en el sector de salud pública, hasta alcanzar 36.9por ciento en el 2010 (Ensar 2003, citado por García et al., 2012:815). La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizadas en los años 2000, 2006 y 2012, señalan que en esos años ésta práctica se incrementó en un 50.3 por ciento²⁴

De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud (1987:18-19)²⁵ los partos atendidos por parteras en las zonas rurales de México fue del 45por ciento, es decir, 1 de cada 2 partos, el 44 por ciento fueron atendidos por un médico o enfermera, el resto, por un familiar o nadie. Otro dato relevante de ésta encuesta fue el lugar de atención del parto, indicó que una tercera parte de los partos fueron atendidos en casa y en las zonas rurales esta cifra incrementó al 56 por ciento, quienes mayormente se ubican en esta opción de atención son aquellas mujeres sin instrucción educativa, ya que representó alrededor del 75 por ciento.

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) de 1997 señaló que el personal médico de los servicios estatales de salud brindaba atención prenatal a apenas el 11.5por ciento de las mujeres indígenas, mientras que para el 2003 aumentó a 54.6 por ciento, a pesar de este incremento que casi se cuadruplicó, a la hora de la atención del parto, las mujeres indígenas optaban por un partera pues en ese mismo periodo la atención del parto por una partera pasó de 58.6 a 47.9 por ciento, el decremento es significativo de mujeres atendidas por parteras, en el caso de mujeres no hablantes de lengua indígena, la atención del parto por un partera pasó de 20.6 por ciento a 16 por ciento (Barroso y Sandoval, 2009)

²⁴ Disponible en internet: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf>

²⁵ La encuesta corresponde a los cinco años previos a su publicación.

Con relación a la atención del parto por cesárea, el alto índice de cesáreas en México ha sido preocupante ya que en el 2012 ocupó el cuarto lugar mundial en cesáreas innecesarias con un 46 por ciento, es decir, 1 de cada dos nacimientos ocurrieron por cesárea, mientras que en Guerrero fue del 36 por ciento, ello a pesar de que la OMS recomienda que sólo en caso necesario debe realizarse una cesárea a una tasa del 10 al 15 por ciento.

Uno de los factores decisivos en la institucionalización del parto y el incremento de cesáreas, fue el Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular, oficialmente inició actividades en el 2004, luego del decreto en el Diario Oficial de la Federación, pasó de 12,000 familias (alrededor de 30 mil personas) afiliadas a 2,314,605 personas afiliadas en el 2014, es decir, el 65 por ciento de la población total de Guerrero cuenta con Seguro Popular. Asimismo, una de las conclusiones a las que llegó la OMS en el 2015²⁶, a raíz dos estudios realizados en torno a las altas tasas de cesáreas, señala que:

Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas (OMS, 2015:4)

Por otro lado, y en el marco de la **salud intercultural**, el *Convenio 169 de 1989 sobre Pueblos Indígenas*, la *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas en 2009* y recientemente, el informe de la ONU: “Intercultural approach to sexual and reproductive health: Access and quality”, fueron colocando el enfoque intercultural en salud, aunado a ello, la demanda del Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN), mejor conocido

²⁶ “Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea”. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf

como movimiento zapatista, que se dio a conocer en 1994, y que fortaleció el movimiento indígena en México, aunado a ello las reformas al artículo 1° y 2° de la Constitución y las reformas a los artículos 6° y 93 de la LGS, donde se reconocer plenamente, la autodeterminación y autonomía de los pueblos indígenas.

Es importante recordar que México cuenta con un amplio marco jurídico que obliga al Estado a *promover, respetar, proteger y garantizar* los derechos humanos, para la garantía del derecho a la salud sexual y reproductiva existe una instancia ejecutora, en este caso, la Secretaría de Salud, la cual, implementa políticas, programas, acciones y estrategias para cumplir con dicha función. Asimismo, el gobierno mexicano ha asumido compromisos a nivel internacional como la *Plataforma de Acción de Beijing*, con la cual el gobierno ha desarrollado estrategias para intentar cumplir con la transversalidad de género en las políticas públicas, por ello, también, ha impulsado estrategias interinstitucionales para atender el tema de salud materna y en México se implementaron a través del Plan Nacional de Planificación Familiar:

Uno de los antecedentes de la política en salud reproductiva es la Ley General de Población con la cual se creó el Consejo Nacional de Población en 1974, en ese año surgió la Ley General de Salud, que fueron las bases jurídicas encaminadas a responder a la preocupación del crecimiento mundial de la población, para esa década el índice de natalidad promedio era de seis hijos(as), casi a finales de esa década, en 1977, se extendieron por todo el territorio acciones para la planificación familiar pero se dio de forma paulatina en áreas rurales e indígenas (SSa, 2002:17-18)

Cabe recordar que en el marco de la iniciativa internacional “Maternidad Sin Riesgo”, adoptada por México en 1987, surgió el Comité Promotor por una

Maternidad sin Riesgos en México en el año de 1993²⁷, que a su vez impulsó la conformación del Comité por una Maternidad Sin Riesgos en Guerrero y en otros estados que se ubicaban con las tasa más altas de mortalidad materna. Nacional Indigenista (INI), el Programa Nacional de la Mujer y la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia.

Durante los dos sexenios de los gobiernos panistas y como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que firmó el estado mexicano se estableció una política concreta y comprometida con la reducción de la muerte materna en el país. Las principales acciones y políticas que se implementaron en materia de salud materna se ilustran en la siguiente gráfica, asimismo, se visualiza la relación con la evolución de la razón de muerte materna, tanto a nivel nacional como en el estado de Guerrero.

Además del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en el año 2003 se creó la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural en la Secretaría de Salud, la cual, cuenta con recursos escasos o nulos y está focalizada principalmente a población indígena, dejando de lado a los grupos afrodecendientes y campesinos, con quienes se comparten algunas creencias y prácticas en torno a los cuidados y atención a la salud materna.

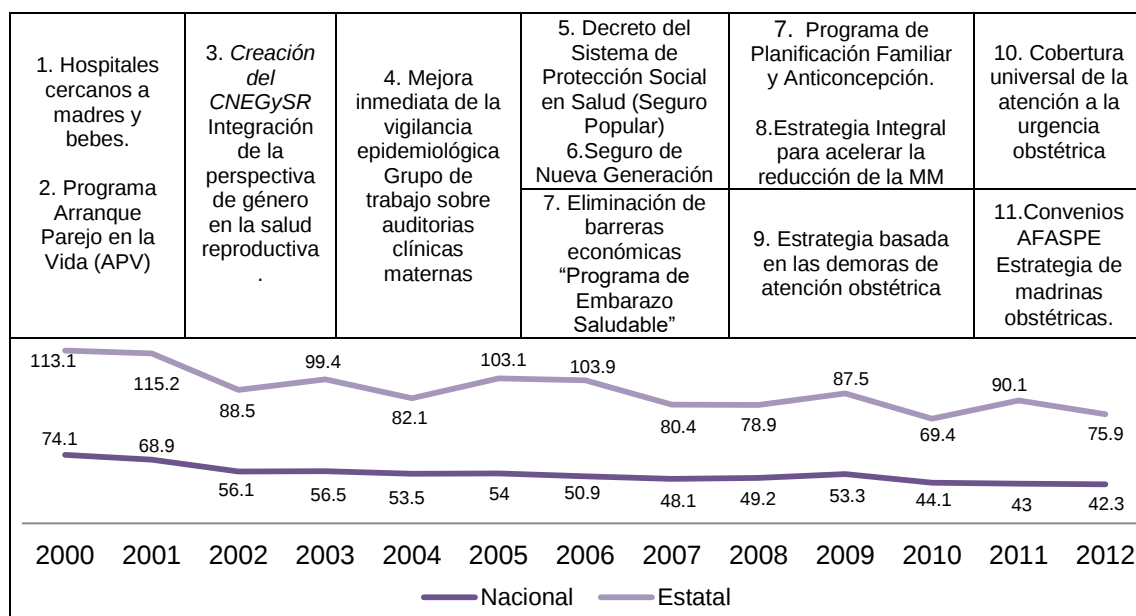
Con el APV en el 2004 se elaboró la Norma de Competencia Laboral para parteras, debido a que la atención de partos atendidos por parteras tradicionales en el hogar era alrededor del 10 por ciento cifra, que se incrementa en contextos rurales e indígenas; “se instrumentó una estrategia que incluyó como elemento central la vinculación de la partera tradicional con las unidades de salud para la detección y referencia oportuna de mujeres con

²⁷ Ahora, es el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMS-Mèx), es un espacio interinstitucional constituido por 32 miembros: ocho organismos gubernamentales, ocho de la sociedad civil, seis agencias internacionales de cooperación, y nueve Comités estatales, para mayor información ver: <http://www.maternidadsegura.org.mx/comite/quienes-somos.html>

complicaciones obstétricas. Durante el periodo 2004-2006 se certificaron a 1,247 parteras tradicionales.”²⁸

Desde el 2006 dentro de los programas, estrategias y acuerdos que ha implementado el gobierno federal a través de la Secretaría de Salud, destacan: Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida (APV); Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción (2007-2012); Acuerdo del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social para la atención de mujeres sin derechohabiencia; Embarazo Saludable; Estrategia de madrinan obstétricas; Seguro de vida para una nueva generación; Seguro Popular, Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México; Convenio Interinstitucional entre SSA, ISSSTE e IMSS y Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE). estas las podemos ver más claramente en la siguiente figura:

Figura 6. Relación entre políticas federales en salud reproductiva y evolución de la Razón de Muerte Materna en México y Guerrero, Periodo 2000-2012



Fuente: Elaboración propia, basado en informes de la SSA.

²⁸ Recomendaciones generales para mejorar la calidad en la atención obstétrica, original 2003, actualizado 2012. Disponible en internet: http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/recom_obstetricia_web.pdf

En la figura anterior podemos observar que a partir de la creación del CNEGySR fueron incrementándose las políticas en materia de salud materna y salud reproductiva, ello fue más visible en el sexenio del gobierno federal 2001-2006 y se concretó en el sexenio 2007-2012 el 2010, sin embargo, el índice de muerte materna no ha tenido una caída sostenible, particularmente en el estado donde ha tenido fluctuaciones. En materia de presupuesto, Guerrero tiene una inversión en la inversión pública a salud per cápita alrededor de 60 pesos.

Guerrero es la segunda entidad que más recursos recibe para salud materna, entre 2009 y 2012 recibió 72.09 millones de pesos (sólo por debajo del Estado de México), el presupuesto en salud para Guerrero pasó de 1,870,029,400.00 en 2005 a 5,012,554,773.85 en el 2011, sin embargo, éste incremento presupuestal “no se ha traducido en una reducción en los indicadores de salud más críticos”, como el de la RMM (Berrio y Abreu, 2013)

También, ocupa el segundo lugar en la atención de partos por parteras, y pesar de que desde la Dirección de Medicina Tradicional se promueve el parto vertical, las políticas y servicios de salud carecen del enfoque intercultural donde además no solamente se considere las prácticas indígenas, sino, también las mestizas en el *continuum* de la atención en salud reproductiva. Cabe señalar que ambos modelos comunitarios de partería tradicional, entran en conflicto con el modelo de salud oficial, además de la legitimización de la partería profesional a través de la recién decretada: Escuela de Parteras Profesionales del Estado de Guerrero.

Lo anterior da cuenta del importante papel que tiene la partera en las comunidades indígenas y mestizas ya que “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. (Berrio, 2013:60)

3.4. La salud reproductiva y mortalidad materna: ámbito internacional y nacional

Es importante, antes de entrar a las políticas dominantes, mencionar algunos indicadores de desarrollo para ubicar el contexto de México, ello debido a la relación directa y estrecha entre pobreza, desarrollo y salud reproductiva. El país cuenta con una población de 112 millones 336 mil 538 que están distribuidos en 31 estados y un Distrito Federal en una superficie de 1, 960, 668 kilómetros cuadrados, 6 millones 695 mil 228 personas de 5 años y más hablan alguna lengua indígena (6.5 por ciento de la población total), las de mayor importancia son: náhuatl, maya y lenguas mixtecas. Para el 2010 la población rural fue de 22 por ciento y la urbana de un 78 por ciento²⁹. Cabe señalar que bajo otras metodologías la población rural se eleva.

En el 2010 casi la mitad de la población se ubicó en situación de pobreza (52 millones), con respecto al 2008 se incrementó en más de un 3 por ciento. Con respecto a carencia en el acceso a los servicios de salud el 31.8 por ciento de la población total del país no tiene acceso a estos servicios, lo que equivale a casi 36 millones de personas, en comparación con el 2008 hubo un incremento de casi un 9 por ciento, ello, en gran medida a la afiliación al Seguro Popular, la cual ha aumentado año con año. En el 2011, la esperanza de vida al nacimiento fue de 75.6 años, asimismo, el porcentaje de personas con carencia por calidad y espacios de la vivienda ascendió a 15.2 por ciento del total de la población del país. Históricamente los estados más pobres han sido: Guerrero, Chiapas, Oaxaca, Veracruz y Puebla.

En una evaluación realizada por el PNUD a 182 países, México se ubicó en la clasificación número 61 con un Índice de Desarrollo Humano alto, sin embargo, éste contrasta con el índice de Gini, un indicador que mide la distribución del ingreso, donde 0 representa una equidad perfecta y 100

²⁹ De acuerdo con el INEGI, una población se considera rural cuando tiene menos de 2,500 habitantes, mientras que la urbana es aquella donde viven más de 2 500 personas.

representa una inequidad perfecta, en este caso dicha inequidad fue de 47,2 y en la desigualdad de género fue de 0.382, que entre otros aspectos, evalúa la tasa de fecundidad entre adolescentes (mujeres de 15 a 19 años) que para el 2012 fue alta, con una tasa de 70.6 partos por cada 1,000 mujeres adolescentes, cuando por ejemplo, España tuvo una tasa de 12.7. Asimismo, el gasto en salud con respecto al Producto Interno Bruto (PIB) es un referente del papel que juega el Estado en este tema, en México para el 2012 representó apenas el 3.1 por ciento, siendo uno de los más bajos de los países que integran la OCDE, institución que recomienda que dicha inversión sea al menos el 10 por ciento del PIB.

En el contexto de la globalización una política social neoliberal que (entre otras cosas) polariza el acceso a la atención médica al impulsar un modelo bipolar de mercantilización y neobeneficencia, en donde los pobres reciben atención focalizada a través de paquetes básicos y los no pobres resuelven sus necesidades de atención en el mercado, profundizando los procesos de exclusión y el acceso limitado a servicios integrales de calidad. Sirve para analizar las disparidades en salud entre grupos sociales como resultado de sus diferentes condiciones de vida (López, Starfield)

Con base a lo anterior, el liberalismo define que las necesidades de salud deben satisfacerse a través del mercado, éste se clasifica en dos submodelos: el público y el privado, caracterizado por la globalización neoliberal donde la intervención del Estado se reduce hasta casi desaparecer con la pretensión de contrarrestar las fallas del mercado. Sin embargo, la atención a la salud se basa desde el enfoque de oferta y demanda, los servicios pasan a manos privadas y el sector público presta sólo un mínimo de servicios, y aquellos que no pueden convertirse en clientes y pagar por su salud quedan excluidos en su ejercicio del Derecho a la Salud.

Esto afecta duramente a la población rural, indígenas, mujeres, personas de estrato social bajo. Cabrera y otros (2008) hacen referencia a la triple inequidad que producen las desigualdades sociales en salud por: clase, género y etnia, ello como parte de una sociedad capitalista, que está regida por la acumulación de la riqueza en un polo y de la explotación, el despojo y la exclusión en otro polo de la sociedad.

El modelo económico, sin duda juega un papel importante para el crecimiento, desarrollo y abatimiento de la pobreza y bienestar de la población. De acuerdo con Balakrishnan (2004) señala que aplicar el marco de derechos humanos traería cambios sistémicos que ayudaría a revertir las violaciones a los derechos de las mujeres.

3.5 Una mirada a las estadísticas de mortalidad materna

La muerte materna representa un camino de violaciones de los derechos humanos, entre ellos, la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Según datos de Organización Mundial de la Salud (OMS)³⁰ cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. El método más usado para medir el avance o reproceso en el cumplimiento de las metas del milenio en salud materna es la Razón de Muerte Materna (RMM)³¹. De acuerdo al reporte “Tendencias en Mortalidad Materna: 1990-2012”³², el número total de Muertes Maternas disminuyó de 543,000 en 1990 a 287,000 en el 2010 (se redujo un 52.8por ciento) Sin embargo, en 56 de los 68 países prioritarios de la ONU, se registró el 98por ciento de las muertes maternas, ahí la RMM sigue siendo elevada (mayor a 300 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos).

En México, de 1990 al 2010 han muerto 27,071 mujeres por complicaciones con el embarazo, parto y puerperio. A pesar que la causa

³⁰ Información disponible en web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

³¹ La Razón de Muerte Materna es el número de defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos.

³² Disponible en web: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf

muchas veces se reduce un diagnóstico médico, Shiavon *et al.* (2013) señalan que los factores que condicionan la muerte materna son: *“tratamiento deficiente de las complicaciones del embarazo, la falta de calidad del cuidado prenatal, la insuficiencia de personal capacitado y de insumos estratégicos básicos, y la accesibilidad a los servicios de atención al embarazo, parto y posparto, factores que involucran al primer nivel de atención”*.

De acuerdo al Centro Nacional de Género y Salud Sexual y Reproductiva (2010) un 84por ciento de las muertes eran evitables y más del 91por ciento recibieron atención médica antes de morir. Uno de los factores sociales y culturales vinculados al ejercicio del derecho a la salud de las mujeres que experimentan la maternidad es la limitación de acceso a servicios de salud materna y la provisión de servicios adecuados y oportunos, la discriminación a los grupos de mujeres rurales, pobres, indígenas y migrantes, aquí se concentra la mayor incidencia de MM, las principales causas biológicas han sido: preeclampsia-eclampsia³³, hemorragia obstétrica³⁴, sepsis y otras infecciones causadas generalmente por gérmenes después de un parto, cesárea o aborto.

Cuadro 4. Tasa de MM en México, perspectiva regional, de 1990-2010.

País/Año	1990	1995	2000	2005	2010
México	92	85	82	54	50
Argentina	71	60	63	69	77
Brasil	120	96	81	67	56
Chile	56	40	29	26	25
Cuba	63	61	63	67	73
Ecuador	180	150	130	110	110
Uruguay	39	35	35	31	29
América Latina y EL Caribe	140	120	110	90	82
Unión Europea	22	13	11	9	9

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial. Disponible en web: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT/countries?display=default>

³³ f. Med. Enfermedad de carácter convulsivo, que suelen padecer los niños y las mujeres embarazadas o recién paridas. Acomete con accesos, y va acompañada o seguida ordinariamente de pérdida o abolición más o menos completa de las facultades sensitivas e intelectuales. Diccionario de la Real Academia Española.

³⁴ Sangrado que ocurre durante el embarazo, el parto o el puerperio (cuarentena)

En México, es notorio un cambio brusco que ocurre a partir del 2000 con una reducción alrededor del 30 y 40 por ciento, a nivel América Latina y El Caribe México está por debajo de la tasa en la región pero en comparación con Chile o la región de la Unión Europea. Esto quiere decir que en el 2010 una mujer en México tiene casi seis veces la probabilidad de fallecer por su condición de embarazo, parto o puerperio con relación a Chile hay un riesgo de dos veces de probabilidad.

En el país, Guerrero ha figurado por sus altos índices de mortalidad materna, de acuerdo a cifras oficiales de la Secretaría de Salud en el estado, del 2006 al 2012 ha registrado un promedio de 64 muertes maternas y su RMM ha ido de 116.6 en 2006 a 113.7 en el 2011.

Cuadro 5. Muertes maternas en Guerrero, del 2006 al 2012.		
Año	Número	RMM
2006	78	125.5
2007	64	97.7
2008	62	96.5
2009	69	107.8
2010	51	85.5
2011	62	117.9
2012*	46	96.6
TOTAL	432	

**Datos preliminares, hasta el mes de octubre.*

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud.

En Guerrero la muerte materna está considerada dentro de las 20 principales causas de mortalidad (SSA Gro., 2010:71-75), asimismo, la *supervisión de embarazo y alto riesgo* está dentro de las 20 principales causas de morbilidad general (SSA:2010) Las principales causas de muerte materna

son: preeclampsia- eclampsia³⁵, hemorragia obstétrica, sepsis y otras infecciones.

En los últimos años las regiones de la Costa Chica, Centro y Montaña han concentrado los mayores niveles de MM, en el año 2010 aglutinaron el 78 por ciento del total de defunciones ocurridas en el estado. En ese mismo año en la Costa Chica ocurrieron 12 muertes maternas, mientras que en la Costa Grande fueron 2³⁶, respectivamente.

Para alcanzar las metas del milenio la Secretaría de Salud (SSa) ha implementado diversas acciones y estrategias, sin embargo, no ha sido posible establecer una reducción sostenida. Los municipios con mayor RMM del 2002 al 2010 fueron: Tlacoachistlahuaca, Metlatonoc y Azoyú, sólo 5 municipios no registraron casos de MM en ese mismo periodo.

Cabe señalar que la Secretaría de Salud ha implementado diversas acciones y estrategias para alcanzar las metas del milenio, sin embargo, no ha sido posible establecer una reducción sostenida.

3.6 Situación de la salud reproductiva en México

Los sectores de población que por sus condiciones socioeconómicas han sido históricamente menos favorecidos son las mujeres, indígenas, jóvenes y pobres sin escolaridad, situados en zonas rurales, éstos representan las mayores necesidades, por concentrar bajos niveles escolares y un alto índice de embarazos no planeados en edades tempranas.

Con respecto al conocimiento sobre métodos anticonceptivos se encuentra una cierta diferencia dependiendo del grado de escolaridad y lugar de residencia, por ejemplo el porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce al

³⁵ Término general que designa las convulsiones clonicotónicas de carácter paroxístico, seguidas generalmente de pérdida de conocimiento y debidas a causas diversas. Diccionario médico, disponible en web: <http://www.diccionario-medico.com/paladar.html>

³⁶ Información solicitada por la organización Comunidad Raíz Zubia a través del sistema infomex Guerrero.

menos un anticonceptivo en la zona rural fue de 93.4 por ciento y en la zona urbana fue de 99.1 por ciento y con respecto a su condición de habla de lengua indígena correspondió a un 85.1 por ciento.

Muchas adolescentes (mujeres entre 15 y 19 años) inician de la actividad sexual sin protección anticonceptiva (24.6 por ciento) y la frecuencia en el inicio de la maternidad durante la esta etapa es alta, a la vez que hay una demanda insatisfecha de anticonceptivos en este grupo poblacional. Asimismo, el perfil de anticoncepción predomina la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) o métodos permanentes, sin embargo ésta es elevada en mujeres pero baja en varones.

Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el 2009, en México la edad mediana de inicio de la vida sexual se da a los 18 años, mientras que la primera unión se presenta a los 19.8 años, la tasa de nacimientos fue de 2.24 hijos. La Tasa Global de Fecundidad de las mujeres rurales fue de 2.86 hijos, en mujeres urbanas de 2.08 hijos y en las mujeres hablantes de lengua indígena ascendió a 3.23 hijos.

La cobertura anticonceptiva en mujeres de habla de lengua indígena se incrementó al pasar de 48.3 a 58.3 por ciento en el año 1997 y 2009, respectivamente, mientras las que no hablan lengua indígena evolucionó de 70.2 a 73.5 por ciento. Este dato pone en evidencia el esfuerzo que se ha hecho en el sector indígena, debido a que hubo un incremento de diez puntos, sin embargo, aunque este no es suficiente para alcanzar las cifras de las mujeres no hablantes de lengua indígena, en este éste último sólo aumentó en un 3.3 por ciento (Conapo, 2010:38-45)

4. EL CONTEXTO DEL ESTADO DE GUERRERO Y LA REGIÓN DE ESTUDIO

Guerrero bronco es una expresión acuñada por Bartra (2000) en su libro titulado con el mismo nombre, ahí, plantea que el origen de las actitudes ciudadanas y del actual régimen de gobierno, el cual responde a un pasado más lejano de esta entidad sureña, predominantemente montañosa y rural. Retomando a Marx sería el “papel de la fuerza simbólica de la nación en la formación política de las colectividades oprimidas” (citado por García, 2004)

Geográficamente, Guerrero se localiza al sur de la República Mexicana, tiene con una extensión de 63 620 kilómetros cuadrados (Km²), por ello ocupa el lugar 14 a nivel nacional (representa el 3.2 por ciento de la superficie del país), tiene un litoral de 500 km². La orografía se caracteriza por ser montañosa en un 80 por ciento de su superficie, esto se debe a que casi todo el territorio está cubierto por la Sierra Madre del Sur y en el norte tiene la influencia del Eje Neovolcánico. Es considerada como una zona sísmica por ubicarse frente a la falla de San Andrés. El clima, es un factor determinante para el tipo de vegetación, casi las dos terceras partes de la superficie en Guerrero predomina el cálido subhúmedo con lluvias en verano, parte de ello lo ubica en el cuarto lugar nacional en biodiversidad.

La capital del estado es Chilpancingo, su división político-administrativa corresponde a 81 municipios y 5,326 localidades distribuidos en sus siete regiones económico-administrativas: Acapulco, Centro, Costa Chica, Costa Grande, Montaña, Norte y Tierra Caliente.

De acuerdo al XIII Censo de Población y Vivienda Guerrero registró una población de 3 millones 388 mil 768 habitantes, de los cuales 1 millón 743 mil 207 (51.4 por ciento) son mujeres y 1 millón 645 mil 561 (48.6 por ciento) son hombres. El 58 por ciento de la población viven en zonas urbanas y el 42 por ciento en zonas rurales.

Asimismo, el 98 por ciento de los municipios viven con un nivel de marginación muy alto y alto, lo que corresponde al 59.8 por ciento de la población total. También, hay 456 mil 774 personas de 5 años y más hablan alguna lengua indígena, los principales grupo étnicos son: nahuas, mixtecos (na savi), tlapanecos (me'pha) y amuzgos (ñom daa) y representan cerca del 14 por ciento de la población en el estado (INEGI, 2010).

Estos pueblos indígenas están ubicados principalmente en 42 municipios de las regiones, Montaña (46por ciento), Norte Centro y Costa Chica (42por ciento) Asimismo, debido a la migración por buscar fuentes de trabajo en centros turísticos o agrícolas, principalmente, existe presencia indígena en la Costa Grande, Acapulco y Tierra Caliente.

En el tema económico, Guerrero apenas contribuye al PIB Nacional con un 1.5por ciento, de los cuales en el 2009 el 5.64por ciento provenían de las actividades primarias, el 17.97por ciento de las actividades secundarias y el 76.39por ciento de las actividades terciarias (principalmente, comercio, restaurantes, hoteles y servicios financieros e inmobiliarios)

Cuenta con 127 978 unidades económicas, el 3.4 por ciento del país, emplea a 417 380 personas, lo que corresponde al 2.1 por ciento del personal ocupado de México. Del total del personal ocupado en la entidad, el 54 por ciento (227 087) son hombres y el 46por ciento (190 293) son mujeres. En promedio, las remuneraciones que recibe cada trabajador al año en Guerrero son de \$66 222, sin embargo el promedio nacional es de \$99 114 (INEGI, 2010)

Guerrero cuenta con una superficie total de 6.3 millones de hectáreas, y de éstas, el 80por ciento corresponde a propiedad social de 1,058 ejidos y 198 comunidades agrarias, con una población de un millón 406 mil habitantes entre ejidatarios, comuneros o avecindados³⁷

En el tema de infraestructura carretera, las regiones Acapulco y Centro acumulan cerca del 30por ciento del total de kilómetros de carreteras troncal pavimentada, mientras que Tierra Caliente 14por ciento y la Región Montaña, 7.9por ciento. Del total de kilómetros de carretera existentes en la Región Tierra Caliente y Montaña, el 84por ciento y 83por ciento, corresponden a caminos rurales o brechas mejoradas (Anuario Estadístico 2009 del Estado de Guerrero)

En cuanto al número de usuarios del servicio eléctrico, más del 40por ciento se ubican en las regiones Acapulco y Centro, mientras que Tierra Caliente y Costa Grande apenas reúnen, en conjunto, poco más del 20por ciento.

A pesar de este contexto donde predomina una riqueza natural, cultural e histórica, desde hace varios años Guerrero ha figurado en los primeros lugares en pobreza, marginación, desigualdad, violencia, etc. Asimismo, la salud, es uno de los derechos que han quedado rezagados, por ello también figura en los primeros lugares en cáncer cervicouterino, diabetes, VIH-SIDA, dengue, desnutrición y muerte materna

La muerte materna en Guerrero está considerada dentro de las 20 principales causas de mortalidad (SSA, Gro., 2010:71-75), asimismo, la *supervisión de embarazo y alto riesgo* está dentro de las 20 principales causas de morbilidad general en el estado (SSA:2010). Cabe mencionar que algunos indicadores que están estrechamente relacionados con la salud y más aún la

³⁷ Plan Estatal de Desarrollo 2011-2015

salud reproductiva, es la nutrición, ya que un cuerpo bien alimentado es más fuerte, componente necesario para resistir el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Según la Secretaría de Salud en el 2011, la desnutrición leve está dentro de las principales causas de morbilidad general en el estado, se ubicó en el lugar 19°, asimismo, la desnutrición calórica proteica y la anemia están en el lugar 10° y 18°, con 252 defunciones y 117 defunciones, de un total de 13, 882 defunciones.

En Guerrero la RMM ha ido de 116.6 en 2006 a 75 en el 2010. De acuerdo al Primer Informe de Gobierno en Guerrero (2011), se registraron 22,853 embarazos en adolescentes (10-19 años) que acudieron a los servicios de salud, de los cuales, 11,000 fueron partos y 966 abortos, lo que representa el 37.7por ciento al total de eventos atendidos en general. Asimismo solo 5,012 aceptaron un método de control prenatal.

Por otro lado, las cifras en adolescentes indica que la *supervisión de embarazo de alto riesgo* está dentro de las 20 principales causas de morbilidad en adolescentes, de 10 a 14 años se encuentra en el 18° lugar pero de 14 a 19 años se coloca en el 5° lugar, con 297 y 3,367, respectivamente. Dentro de las principales causas de mortalidad en el grupo de edad de 15 a 19 años la *hemorragia obstétrica y el aborto* se ubican en el 19° y 20° lugar, solo con 1 caso para cada uno, sin embargo, la anemia continua figurando, en el 5° y 6° para los grupos de 10 a 14 años y de 15 a 15 años, respectivamente.

En infraestructura médica, Guerrero cuenta con 912 centros de salud, 22 hospitales básicos comunitarios, 41 caravas de salud, 49 unidades móviles, 14 hospitales generales, 2 hospitales de la madre y el niño, 2 institutos estatales (cancerología y oftalmología), un laboratorio estatal de salud pública, un centro estatal de Transfusión Sanguínea, y 12 unidades especializadas (Centros

Nueva Vida) para la prevención y atención del SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual. Asimismo, la atención obstétrica ocupa el 63por ciento de los ingresos hospitalarios (Secretaria de Salud Guerrero: 2011). En la siguiente tabla podemos identificar la distribución hospitalaria en el Estado.

Cuadro 6. Unidades médicas de Primer y Segundo Nivel de Atención, por Jurisdicción Sanitaria, año 2011

Región /Jurisdicción	Tierra Caliente	Norte	Centro	Montaña	Costa Grande	Costa Chica	Acapulco
Hospital General de 120 camas	0	0	0	0	0	0	1
Hospital General de 41 y 60 camas	1	1	1	0	1	1	1
Hospital General de 30 camas o menos	0	2	1	1	1	0	1
Hospital Básico Comunitario	1	1	4	6	3*	5*	0
Centros de salud*	104	152	170	195	143	145	97
Total de unidades médicas	106	156	176	202	148	151	100

Fuente: Elaboración propia con datos proporcionados por la Secretaría de Salud a través del Sistema Infomex Guerrero.

Otra forma en que la Secretaria de Salud brinda servicios es a través de las caravanas de la salud: cuenta con 41 unidades que atienden a 21 municipios de menor IDH en 288 localidades de las regiones Tierra Caliente, Norte, Centro, Montaña y Costa Chica.

4.1 Situación de la salud reproductiva: una aproximación desde las cifras

De acuerdo al documento “Perfil de Salud Reproductiva, Guerrero”, el Consejo Nacional de Población (Conapo) ubica a Guerrero en una situación muy desfavorable en este tema, a nivel nacional se ubica en el 31º lugar en prevalencia anticonceptiva; en el 27º en cuanto al porcentaje de usuarias que inicia la anticoncepción en el posparto; en el 31º, 27º y 30º en la necesidad insatisfecha en el uso de anticonceptivos.

Según la ENADID 2009, el porcentaje de embarazos no planeados y no deseados es superior al 40 por ciento, con un 25.9 y 16.8 por ciento, respectivamente. A nivel nacional se reduce a un 20 y 13.4 por ciento. En Guerrero hubo un aumento en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, en las áreas rurales pasó de 79.2 a 94.1 por ciento entre 1997 y 2009, mientras que en su uso en las áreas rurales pasó de 37.7 a 51.4 por ciento y en las urbanas, de 54.7 a 68.2 por ciento, en este mismo lapso hubo un incremento similar (de 13.7 y 13.5) así como la brecha entre una zona y otra. Los niveles más altos de mujeres que nunca usaron un método anticonceptivo está en aquellas que no tienen escolaridad (42.2por ciento), que viven en áreas rurales (30.4por ciento) y que hablan alguna lengua indígena (40.5por ciento). A pesar de los avances, las mujeres sin escolaridad, ubicadas en zonas rurales y hablantes de alguna lengua indígena, siguen ubicándose como grupos vulnerables

En las zonas rurales, la necesidad insatisfecha de anticonceptivos fue de 22.8 por ciento y en las urbanas, de 13.9 por ciento. Esta necesidad insatisfecha disminuye conforme aumenta el nivel de escolaridad, las mujeres sin escolaridad o con primaria incompleta y completa se ubican por encima del 20 por ciento.

La atención prenatal durante el primer trimestre del embarazo se incrementó en Guerrero, pasó entre 1997 y 2009 de 62.6 a 80.1 por ciento, aunque sigue siendo inferior a los nacionales, de 74.5 y 86.2 por ciento. El promedio de consultas aumentó de 4.5 a 6.6 en el país pasó de 6.5 a 7.8. Sin embargo, en mujeres sin escolaridad hubo un promedio de 4.7 revisiones y en mujeres rurales y hablantes de lengua indígena son 5.8 revisiones, mientras que en las mujeres urbanas es alrededor de siete veces.

Con respecto a la atención del parto por el médico desde el 1997 se incrementó casi 17 puntos, llegando al 83.7 por ciento en 2009, cifra aún menor a la de nivel nacional (94por ciento). En el 2009 el 32.7 por ciento de los partos de mujeres hablantes de lengua indígena fueron atendidos por parteras, en las que reside en áreas rurales fue de un 25.5 por ciento. La atención en el puerperio también tuvo un incremento paso 45.7 a 75.5, aunque en las mujeres hablantes de lengua indígena llegó a 57.2por ciento y en las mujeres sin escolaridad a 58.1por ciento.

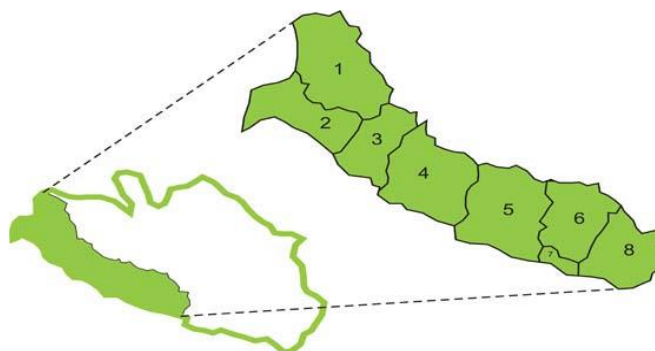
Este incremento en la atención por médicos(as) ha ido de la mano del aumentos en los partos por cesárea, en áreas rurales de 1994 a 1997 fue de 8.9 por ciento, incrementándose a más del doble del periodo 2004 al 2009 con un 20.1 por ciento, en áreas urbanas este número fue mayor, pasó del 23.1 al 41.1 por ciento, respectivamente. Esta contrastación de datos del año 1997 a 2009 muestran diversos esfuerzos y avances en el tema salud reproductiva en áreas rurales y urbanas, lo que abona al decremento de brechas en los servicios de salud pero pone en evidencia que Guerrero sigue manteniendo cifras muy por debajo de la media nacional en abasto, conocimiento y uso de anticonceptivos, y de atención al embarazo, parto y puerperio para una salud reproductiva.

4.2 La Región Costa Grande

La Costa Grande está integrada por ocho municipios³⁸ que se distinguen por su gran potencial de riquezas naturales (litorales, bosques madereros, huertas frutales y tierras fértiles); hermosas playas como Ixtapa-Zihuatanejo y otras, situadas alrededor de la costa, cuentan con afluencia turística, agroindustrias y huertas de cocoteros.

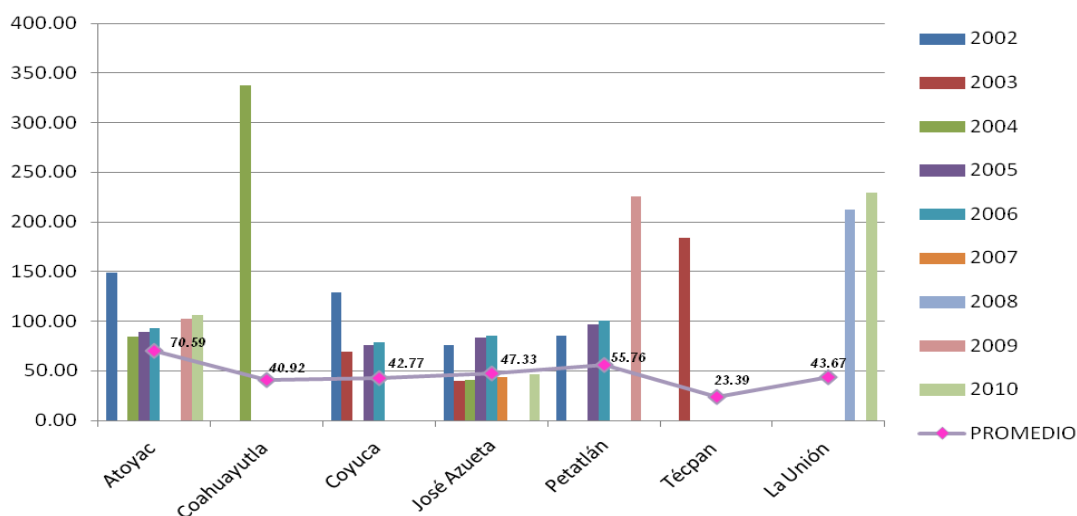
³⁸ Coyuca de Benítez, Atoyac de Álvarez, Benito Juárez, Tecpan, Petatlán, José Azueta, La Unión y Coahuayutla.

Mapa 1: Localización de la región Costa Grande, Gro.



La Costa Grande, cuenta con 138 centros de salud distribuidos en los municipios que la conforman. Asimismo, cuenta con cinco unidades básicas que atienden las 24 horas los 365 días del año, de estas, dos son hospitales generales, dos son hospitales básicos comunitarios y uno es centro de salud con servicio de hospitalización. También cuenta con 123 clínicas médicas particulares. En total son 271 unidades médicas y 321 medica/os que prácticamente corresponde 1.18 por unidad médica que atiende a una población total de 460,090 habitantes. A continuación se muestra una gráfica de la se muestra como ha variado la RMM en la región:

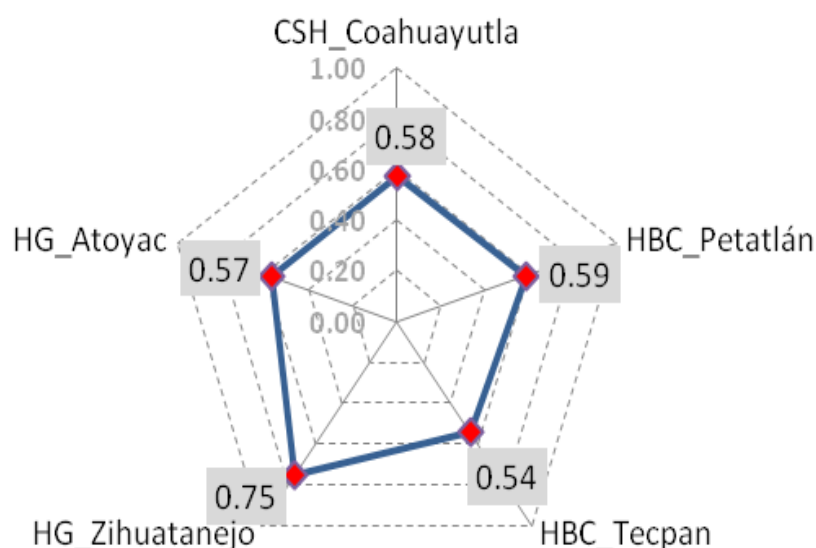
Gráfica 1. Evolución de la RMM del 2002-2010 por municipio, Costa Grande



Fuente: Elaboración propia con datos de DGIS de la Secretaría de Salud.

Por otro lado, con base a un monitoreo realizado a las unidades médicas que atienden urgencias obstétricas las 24 horas los 365 días del año³⁹, esta evaluación incluyó cuatro indicadores y poco más de 15 variables, con una puntuación mínima de *cero* y como máxima *uno*, la siguiente gráfica podemos observar los resultados del índice integrado en las unidades de la Costa Grande:

**Gráfica2. Índice integrado de Urgencias Obstétricas en la
Región Costa Grande**



Fuente: Elaboración propia con datos del monitoreo realizado en el 2011

Finalmente, en esta gráfica el índice integrado muestra que todas las unidades médicas de la Costa Grande están reprobadas, excepto el hospital general de Zihuatanejo quien obtuvo una puntuación de 0.75, de manera ascendente el hospital básico de Tecpan de Galeana obtuvo 0.54, el hospital general de Atoyac de Álvarez obtuvo 0.57 el centro de salud con hospitalización

³⁹ Se realizó en los años 2010 y 2011, de las once unidades médicas que comprenden las dos regiones de estudio (Costa Grande y Costa Chica), siete fueron monitoreadas por la organización Comunidad Raíz Zubia, lo que corresponde al 64 por ciento. Éste consistió en aplicar una cédula en las unidades médicas que atienden las 24 horas los 365 días del año, mediante entrevistas a los responsables de la atención de la salud pública obstétrica en las áreas de: Estadística, jefatura de enfermería, recursos humanos, quirófano, sala de expulsión, centro de equipo y esterilización (CEYE), farmacia, jefatura de enseñanza y calidad, y direcciones de las unidades médicas.

de Coahuayutla obtuvo 0.58 y el hospital básico comunitario de Petatlán obtuvo 0.59. Sin embargo, la evaluación global para las cinco unidades de la costa grande fue de 0.61, esta puntuación pone en evidencia las carencias y deficiencias en los servicios estatales de salud, ante las carencias de material, personal, equipo e infraestructura adecuada para brindar una atención de calidad y calidez.

4.3. El municipio de Atoyac de Álvarez

El Municipio Atoyac de Álvarez se localiza en la región Costa Grande del estado de Guerrero, tiene una extensión de 1,440.4 kilómetros cuadrados, que corresponde al 2.27 por ciento de la superficie del estado, con relación a su uso de suelo 24.64 por ciento es de agricultura y 0.68 es zona urbana; en cuanto a su vegetación 32.1 por ciento corresponde a selva y 42.45 a bosque, el 88 por ciento es sierra alta y baja compleja⁴⁰.

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda, cuenta con 441 localidades con una población total de 61,736 personas, de cuales el 48.85 por ciento son hombres (30,159) y el 51.15 por ciento (31,577) son mujeres. el 25 por ciento de la población corresponde al grupo de edad de 15 a 29 años, mientras tanto, el 11.8 por ciento corresponde a personas con 60 años y más, esta población es más alta en comparación con la del estado (INEGI, 2010)

Cuenta con 241 localidades, 1,568 hogares con un tamaño promedio de 3.9, menor al promedio en el estado el cual es del 4.2, de estos hogares el 29 por ciento son de jefatura femenina y el 71 por ciento de jefatura masculina.

En el tema de servicios, el 67 por ciento de las viviendas particulares habitadas cuentan con un piso diferente a tierra, el 72.5 por ciento disponen de una red de agua potable, el 83 por ciento cuentan con drenaje, mientras que el

⁴⁰ Prontuario de información geográfica municipal de los Estados Unidos Mexicanos. Atoyac de Álvarez, Guerrero. INEGI, 2009.

96 por ciento disponen de electricidad, el 85 por ciento cuenta con televisión y del total de las viviendas apenas el 11 por ciento disponen de computadora. Con respecto a educación el grado promedio de escolaridad en la población de 15 años y más es de 7.2, muy parecido a la media estatal con el 7.3 el 36 por ciento de la población de 5 años y más cuentan con primaria.

En el 2009 la infraestructura en educación básica en el municipio la componían 265 escuelas, de las cuales 101 son de nivel preescolar, 112 de nivel primaria, 46 de nivel secundaria, 6 de nivel bachillerado y 9 consideradas como escuelas en formación para el trabajo, además en la cabecera se encuentra una escuela de nivel superior donde se imparte la licenciatura en ciencias políticas. Sin embargo, para continuar con los estudios en el nivel superior la mayoría se trasladan a las ciudades de Acapulco, Chilpancingo ó Petatlán (en transporte público se ubicada entre 2 y 4 hrs de distancia de la cabecera) una minoría sale fuera del estado.

Para la atención de la salud⁴¹ se cuenta con un Hospital General, una Unidad Móvil, una Unidad Auxiliar de Medicina Familiar del IMSS, una Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE, una Unidad de Consulta Externa de la SEDENA y 25 establecimientos de primer nivel (este dato equivale al cerca del 20 por ciento del total en la costa grande), que en conjunto disponen de 43 consultorios, 23 salas de expulsión, una sala de hidratación oral, un laboratorio clínico, un laboratorio de rayos “X”, una unidad dental, dos farmacias, dos equipos de ultrasonido, 30 camas hospitalarias y 77 camas no censales. En 16 localidades se cuenta con una casa de salud (a cargo del municipio) que es atendida por un auxiliar en salud persona de la localidad que es capacitada para primeros auxilios y otorgar métodos de planificación familiar.

⁴¹ Cuaderno de Información para la Planeación Municipal, Atoyac de Álvarez, 2007.

Desde entonces el Estado reconoce que los establecimientos de salud enfrentan problemas de suministro oportuno y suficiente de medicamentos, así como la carencia o insuficiencia de instrumental y equipo médico. Con respecto a la derechohabencia en el 2010 el 57 por ciento de la población era derechohabiente a algún servicio de salud, de estos el 15 por ciento era del ISSSTE, el 7 por ciento del IMSS, también otro sistema de derechohabencia que hace poco se implementó fue el Seguro Popular, el cual afilió a 6,593 familias. Como parte del personal médico cuenta 83 personas, de los cuales cerca del 98 por ciento son de la Secretaría de Salud. Asimismo, en el 2010 ocurrieron 1,673 nacimientos, lo que representa apenas un 1.4 por ciento del total en el estado

Otros indicadores que han sido utilizados para medir la pobreza es el Índice de Desarrollo Humano Municipal (IDHM) y la utilizada por el Consejo Nacional de Evaluación (Coneval), de acuerdo a los indicadores que utiliza la ONU en el IDHM en el año 2005 Atoyac se clasificó en el número 864 con un valor de 0.7805, obteniendo una tasa de mortalidad infantil de 23.82, una tasa de alfabetización de 83.99, una tasa de asistencia escolar de 72.17, con un ingreso per cápita en dólares de 7,481, en el índice de salud obtuvo la cantidad de 0.8211 y un índice de ingreso de 0.7202.

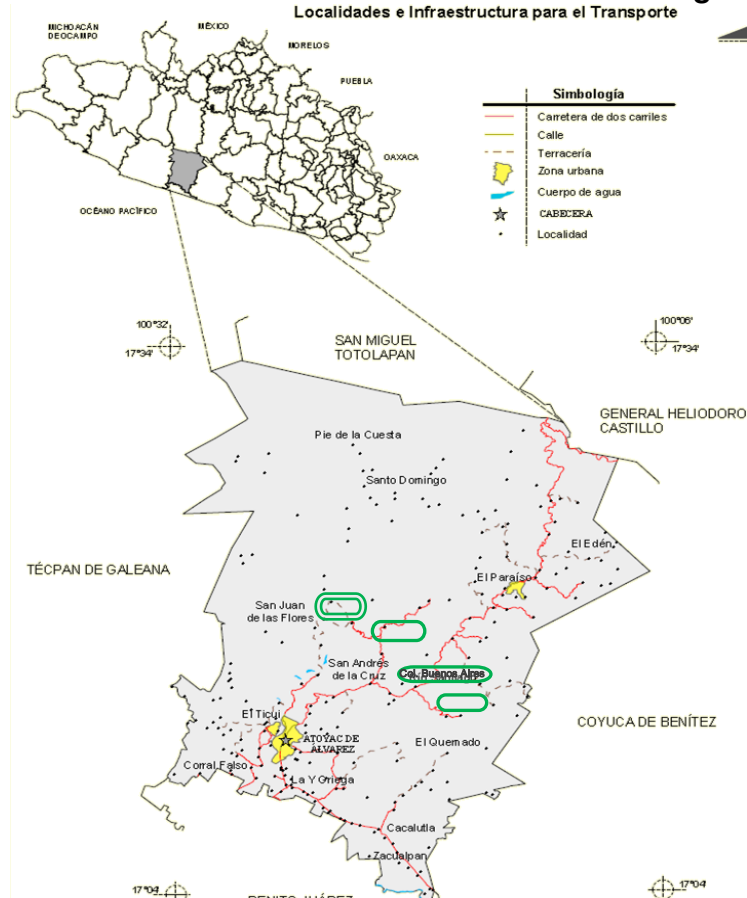
En el caso del Coneval en el año 2010⁴² realizó una medición multidimensional de la pobreza, en ese año registró que el 71.2 por ciento de la población se encuentra en situación de pobreza, el 32.6 por ciento vive en pobreza extrema y el 38.6 por ciento en pobreza moderada y un 21.2 por ciento de la población es vulnerable por carencias sociales. En los indicadores de carencia social obtuvo un rezago educativo del 24.7 por ciento, solo el 36.5 por ciento de la población tiene acceso a los servicios de salud, el 56.5 cuenta con una vivienda y espacios de calidad, el 40.1 por ciento tiene acceso a los servicios básicos en la vivienda y el 42.1 por ciento tiene acceso a la alimentación

⁴² <http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/multidimensional/informacion>

4.3.1 Microregionalización de la muerte materna

Durante el periodo 2002 al 2010, Atoyac tuvo una RMM de 70.59, ubicándolo en el primer lugar en la región de la Costa Grande, seguido de Petatlán y José Azueta, con 55.76 y 47. En el siguiente mapa podemos identificar las localidades donde han ocurrido las muertes maternas en el municipio:

Mapa de localización de la muerte materna en la microrregión de Atoyac



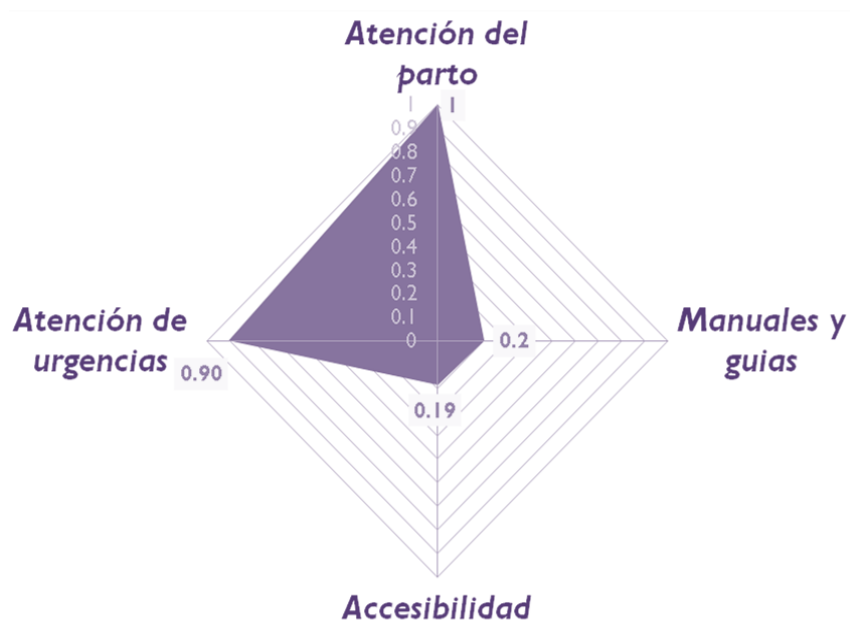
Fuente: Elaboración propia con mapas del prontuario municipal de INEGI.

Las localidades de El Ticuí, Atoyac de la Álvarez (cabecera municipal), Colonia Buenos Aires y Cacalutla, con una población de 3 mil 338; 21 mil 407; 603 y 2 mil 010 habitantes, respectivamente ha ocurrido alguna muerte materna. Estas cuatro localidades se ubican en la zona baja del municipio, con acceso a transporte público constante ya que se encuentran cerca o a la orilla de la carretera federal Acapulco-Zihuatanejo. Sin embargo, en la cabecera solo se

encuentra un ginecólogo que vive en Acapulco y presta servicios durante el turno matutino, después se brinda servicios a través de las subrogaciones a clínicas privadas o el llamado pago por evento.

Este hallazgo nos indica que en el caso de estas muertes posiblemente influyeron alguna de las barreras establecidas en el “Modelo de las tres demoras”⁴³, el cual consiste en: 1. Demora en tomar la decisión de buscar ayuda; 2. Demora en llegar a la institución de atención y; 3. Demora en recibir el tratamiento adecuado en la institución. Asimismo, es probable que las mujeres ubicadas en la sierra (algunas ubicadas hasta cuatro horas de distancia a la cabecera municipal) están resolviendo la atención al embarazo, muy probablemente la partería tradicional juegue un papel fundamental para promover una maternidad segura.

Gráfica 3. Índice integrado de Urgencias Obstétricas en el Hospital General de Atoyac



Fuente: Elaboración propia con datos del monitoreo realizado en el 2011

⁴³ Descrito por la doctora Deborah Maine, de la Universidad de Columbia, y adoptado por la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Establece una serie de barreras para acceder a los servicios de salud y utilizarlos.

4.3.2 Procesos históricos de movilización social

Atoyac ha sido escenario de diferentes movilizaciones y procesos violentos, de acuerdo a su cronista municipal: *“Atoyac de Álvarez se distingue por tres cosas: guerrilla, guerra sucia y café, toda la gente de alguna manera está marcada por esto, los escritores, cronistas y la población hablan de eso desde sus diferentes percepciones y también añoran los buenos tiempos del café.”*

Existe una periodización para Guerrero que desde el ámbito político propone la investigadora Estrada Castejón (1994), son tres periodos: el primer periodo (1849-1924): *Era de los caciques-caudillos*, el segundo periodo (1924-1959): *Ascenso del centralismo y restructuración del poder local* y el tercer periodo (1960-1978): *Crisis de legitimidad y reforma política*. Con el desgaste del modelo de desarrollo estabilizador me atrevo a agregar un cuarto periodo engendrado por el anterior: *Ascenso neoliberal y crisis de gobernabilidad (80´s-actualidad)*.

Esta misma periodización refleja los diferentes movimientos en el que Atoyac fue participe; en el **primer periodo** destaca la caída de Silvestre Mariscal, sucesor del cacicazgo de Álvarez en 1918 (el segundo cacicazgo fue de los Figueroa desde 1924), en esta época los caudillos de la región decidían quien sería el gobernante, incluso Álvarez lo fue por un periodo corto en 1855, es reconocido por su participación en el derrocamiento del Emperador Maximiliano durante la Segunda Intervención Francesa, otros líderes de la insurgencia en la región fueron Octavio Ramos Lucio Pinzón, Julián Ávila y Eufemio Pinzón. Durante la década de 1910 a 1920 la revolución constitucionalista y la rebelión de Agua Prieta, las figuras prominentes del municipio de Atoyac fueron los generales Silvestre G. Mariscal y Silvestre Castro García “el Ciruelo”. Todo Guerrero era zapatista a excepción de la Costa Grande, quien estaba liderada por Silvestre Mariscal, fue el maderista más visible, el crea un grupo para ir a combatir a Zapata en Morelos. Por la represión que sufre de Madero después se une a Huerta y se convierte en

constitucionalista, de 1915 a 1917 fue gobernador del estado y en 1918 va a la cárcel.

En el **segundo periodo** en la Costa Grande se gesta una efervescencia gremial y se forma el Partido Obrero de Acapulco, en 1922 varios de sus candidatos municipales ganan las elecciones, impulsan la lucha por la tierra, la Ley agraria, forman comités de solicitantes, asesoran la gestión y en algunos casos promueven la acción directa. Asimismo, Armando Bartra le llama *guerrilla agraria* al proceso nacido en Atoyac que en 1923 forma la Liga Local Campesina liderada por Manuel Téllez y David Flores Reynada, meses después matan a Manuel y se suman Pedro Cabañas y Silvestre Castro. En 1920 existía dos grupos guerrilleros: el de Pablo Cabañas y Arnulfo Radilla ubicados San Vicente de Benítez cerro de la cal (ubicados en la localidad de San Vicente de Jesús y Río Cucuyachi) Con el agrarismo hubo enfrentamientos entre campesinos y terratenientes, la línea de lucha de Pablo era el reparto de la tierra. (2000:40-50)

En el **tercer periodo**, es la efervescencia de los movimientos populares, algunos de ellos son *el Movimiento campesino* destacando el movimiento de copreros y cafeticultores en los años 60's; el de los ajonjolineros a finales de la década de los 70's. El *Movimiento magisterial* por la falta de legitimidad política, destacando el trabajo de masas de Lucio Cabañas debido a la masacre del 18 de mayo de 1967⁴⁴ se fue a la Sierra y gestó la guerrilla del Partido De Los Pobres (PDLP) se enfrentó al ejército y en ese mismo año secuestró a Rubén Figueroa gobernador del estado y terratenientes para financiar el movimiento. Se le considera como una guerrilla de corte Moista de trabajo con el pueblo a través de Comités Revolucionarios Clandestinos, la Brigada de Ajusticiamiento y de organizaciones populares amplias de lucha; promovió el estudio y la

⁴⁴ La Sociedad de Padres de Familia de la escuela primaria "Juan N. Álvarez realizó un mitin en el que se pide la destitución de la directora de la escuela [...] Lucio Cabañas fungió como orador [...] Cuando Cabañas participa en el mitin, la policía judicial del estado de Guerrero trata de impedirlo. Los agentes se abren paso entre la concentración de manifestantes para detener o eliminar a Lucio, hay forcejeos y disparos hacia la multitud. El resultado fue de de 11 muertos. Disponible en web: <http://www.memoriapoliticademexico.org/Efemerides/5/18051967.html>

superación, la brigada llevaba consigo una biblioteca con libros clásicos del marxismo e historia.

También Atoyac fue una de las comunas que hubo en contra de Caballero Aburto⁴⁵ (gobernador de Guerrero entre 1957 y 1961), la gente tomó el ayuntamiento del municipio participó en diferentes marchas realizadas en Chilpancingo como parte de los movimientos de los 50's y 60's, hasta que cayó Caballero. En la década de los 60's Genaro Vázquez⁴⁶ utiliza a gente de Atoyac para salir de la cárcel en Iguala, debido a que ahí se contaba con una estructura armada, de los seis que participaron para sacarlo de la cárcel cuatro eran de Atoyac. Se dice que su movimiento cayó por su carácter debido a que tenía una visión estructural vertical, ya que quería mandar por eso se fue quedando sólo⁴⁷.

Otros movimiento de esa época pero con poca trascendencia en el municipio fueron el *Movimiento urbano popular* que surge por el acelerado crecimiento demográfico para la regularización de la tenencia, urbanización, y dotación de servicios y El *Movimiento obrero* el cual ha tenido débiles expresiones y permanece bajo el control de la CTM.

En la década de los 90's destaca el surgimiento del Ejército Popular Revolucionario, sus primeros comandantes fueron gente que tuvo que ver con Lucio Cabañas, en 1994 aparece y se dan a conocer públicamente en 1996 en el primer aniversario de la masacre de Aguas Blancas⁴⁸. El EPR ha tenido diversas escisiones convirtiéndose en: el Ejército Revolucionario del Pueblo

⁴⁵ En esa época se hizo famoso por el Pozo Meléndez en Taxco, ahí arrojaban a las víctimas de los enfrentamientos. También por el estallido de la huelga de estudiantes en 1960, en diciembre fueron asesinados estudiantes en la plaza principal de Chilpancingo quienes demandaban la autonomía de la actual Universidad Autónoma de Guerrero y la desaparición de los poderes en el estado, días después lo llevaría a separarse del cargo.

⁴⁶ Profesor egresado de la Normal Rural de Ayotzinapa y líder de la Asociación Cívica Guerrerense. Este movimiento derivó a una guerra de guerrillas.

⁴⁷ Relato de Víctor Cardona, cronista municipal.

⁴⁸ Considerado como un crimen de Estado confabulado por el entonces gobernador Rubén Figueroa el 28 de junio de 1995 en el vado de la localidad, agentes de la policía guerrerense dispararon en contra de un grupo de miembros de la Organización Campesina de la Sierra del Sur (OCSS) que se dirigían a un mitin político en la población de Atoyac de Álvarez, matando a 17 campesinos.

Insurgente (ERPI) y las Fuerzas Armadas Revolucionarias del Pueblo (FARP) y la Tendencia Democrática Revolucionaria (TDR). Estos grupos armados se mantuvieron clandestinos. Algunos lugareños señalan que la guerrilla cayó en la burocracia, mencionando *“soy revolucionario tengo mi bochito, me voy a la sierra y doy clases”*

Se dice que cada movimiento armado engendra al otro, por ejemplo guerra de los pinzones, uno de los líderes era Doroteo Cabañas, padre de Pablo Cabañas y bisnieto de Lucio Cabañas, siendo este último uno de los líderes más recordados en el municipio. Cabe mencionar que en Atoyac no hubo tregua después de la Revolución, menciona el cronista municipal *“cada 25 años hay un movimiento armado desde la guerra de castas”*, pronostica que en unos 10 años podría surgir otro movimiento *“hay cuadros que van a surgir porque tienen la formación política, la conciencia de que puede cambiar algo y crearse nuevos liderazgos”*

4.3.3 Organización social formal e informal

En los municipios de Técpan y Atoyac de la Costa Grande se han concentrado el mayor número de organizaciones, ya sean de mujeres o mixtas. A finales de la década de los 90's, entre las organizaciones activas de Atoyac se encontraban: la Coordinadora Maicera de Promotores Agrícolas S.C. (COMPA), la Red de Agricultores Sustentables y Autogestivos S.C. (RASA), la Unión de Crédito Agropecuario (UCAFIGSA) y la Unión de Ejidos “Alfredo V. Bonfil” (Instituto Maya, 1998).

Una de las organizaciones más importantes en Atoyac ha sido la Coalición de Ejidos de la Costa Grande S.C.⁴⁹ (CECC, filial a la UNORCA), en sus inicios tuvo hasta siete mil socios; de ésta surgen otras organizaciones con

⁴⁹ En 1998 se desprende de la Unión de Ejidos Alfredo V. Bonfil.

una gran trayectoria: el Colectivo de Mujeres Campesinas de la Costa Grande (Comucam) en 1992 y la Organización Campesina de la Sierra del Sur (OCSS) en 1994. También recientemente se crea la organización Lucio Vive A.C. A nivel partido existe organizaciones propias, el PRI tiene la Confederación Nacional Campesina (CNC), Coordinadora Nacional de Organizaciones Cafetaleras (CNOC) y organizaciones de comerciantes y restauranteros.

Dentro de las organizaciones con fuerte presencia se encuentra la OCSS, una organización política que no tiene figura jurídica otra organización es la Asociación de Familiares de Detenidos Desaparecidos y Víctimas de Violaciones a los Derechos Humanos en México (Afadem), Tita Radilla una de sus líderes se ha asesorado con organismos nacionales e internacionales para llevar a la Corte InterAmericana de Derechos Humanos (CiDH) el caso de su padre Rosendo Radilla, y ahora participan en la Comisión de la Verdad, organismo creado por el Congreso Local para resolver casos de la guerra sucia en la región. Tiene un registro de mil 220 casos de desaparición forzada ocurridos de 1967 a junio de 2001; 630 son de Guerrero y de éstos, 473 de Atoyac⁵⁰. Otras organizaciones son: el Frente de Defensa Popular, el Consejo Ciudadano Lucio Cabañas Barrientos, la organización Unidad Democrática Atoyaquense.

La gran mayoría de las organizaciones de productores se constituyen legalmente para tener acceso a recursos públicos, como, el Colectivo de Mujeres Cafetaleras de la Sierra de Atoyac (COMUCASA), la organización de Abejitas Productivas, la organización Abejitas Obreras, Productores de Café Orgánico del Pacífico, Sociedad Cooperativa La Pintada, Promotores de Cafés Suaves Mexicanos S.A. de C.V., entre otras.

⁵⁰ Disponible en web: <http://www.proceso.com.mx/?p=291238>

4.5. Actores sociales y acción colectiva en salud

Desde las década de los 80's a través del extinto Instituto Nacional Indigenista, la Secretaría de salud y de los programas de salud comunitaria del IMSS-Prospera, se ha impulsado diversas estrategias para promoción de la salud comunitaria y para finales de los 90's en materia de salud reproductiva con el propósito de reducir las altas tasas de muerte materna.

Organizaciones del movimiento de mujeres, feministas, campesinas, indígenas fueron claves para la demanda y garantía de derechos humanos de las mujeres, asimismo, la academia jugó un papel importante. En los últimos años el trabajo articulado entre diversos actores ha conllevado a diversas estrategias, las cuales se resumen en la siguiente tabla

Cuadro 7. Estrategias o propuestas en salud reproductiva impulsadas por tipo de actor social, Guerrero, periodo 2006 al 2013

Gobierno federal y estatal	Organizaciones sociales	Academia/grupos de investigación
– Programa Arranque Parejo en la Vida. – Programa de Embarazo Saludable. – Programa de Planificación Familiar – Acuerdo para la atención de urgencias obstétricas. – Firma de convenios con PNUD a nivel estatal para armonizar los ODM con la política de gobierno. – Plan para Acelerar la Reducción de la Muerte Materna. – Observatorios interinstitucionales de muerte materna. – Seguro para una nueva generación. – Programa de medicina tradicional. – Madrinas obstétricas. – Acuerdos para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE) – Reformas a normas oficiales de salud: 007, 046, etc.	– Monitoreo de los servicios públicos y presupuestos. – Espacios de interlocución a nivel local y estatal a través de redes o comités ciudadanos. – Capacitación a parteras y promotoras de salud. – Propuestas de traductoras indígena. – Difusión de los derechos sexuales y reproductivos. – Videos testimoniales. – Observatorios ciudadanos y autónomos. – Gestión de infraestructura, mobiliario y equipo. – Casas de Atención a la Mujer Indígenas (con financiamiento de la CDI) – Iniciativas de reformas para la interrupción voluntaria del embarazo	– Estudios de autopsias verbales. – Factores asociados al uso de servicios. – Acceso a los servicios de salud de las mujeres indígenas y migrantes. – Violencia y complicaciones del embarazo. – Diagnósticos comunitarios sobre la muerte materna. – Programas de capacitación de parteras a parteras.

Fuente: Elaboración propia con información del Observatorio de Mortalidad Materna en México: <http://www.omm.org.mx/index.php/programas.html> y recopilación de información documental y campo.

4.5.1. El Comité por una Maternidad Segura y la Salud de las Mujeres en Guerrero⁵¹

Producto del contexto internacional en la década de los noventa, en 1993 se realizó la Primera Conferencia Nacional sobre Maternidad sin riesgos en México, donde surgió el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgo en México, representado por María del Carmen Elu Cayado quien ocuparía el cargo como Secretaría Técnica durante 15 años consecutivos, y cuyo objetivo es contribuir a abatir la mortalidad materna y alcanzar una maternidad decidida, gozosa, sin violencia y, sobre todo, con atención de calidad.⁵² En el 2009 año en que ingresa Graciela Freyermuth como secretaria técnica, se decidió cambiar la palabra “riesgo” por “segura”.

En ese sentido, en 1995 se llevó a cabo la Primera **Conferencia sobre Maternidad sin Riesgos en Guerrero**, realizada en el puerto de Acapulco⁵³, a partir de este evento se impulsó la creación del primer Comité por una Maternidad sin Riesgo en Guerrero, quedando al frente como Secretario Técnico el Dr. Ascencio Villegas Arrizón (1996-1997). Desde entonces el Comité Guerrero promueve acciones de investigación, difusión, organización, incidencia en políticas públicas, cabildeo y alianzas para contribuir en la disminución del alto índice registrado de muertes maternas en el estado.

El primer Comité estatal, fue intersectorial y estuvo integrado por sectores gubernamentales como la Secretaría de Salud (SSA), Secretaría de Asuntos Indígenas (SAI), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Marina, entre otros. También participaron organizaciones de la sociedad civil como Grupo RETO, Sindicato

⁵¹ Información tomada textualmente de: Oviedo Bautista Susana y Rodríguez Flores Lizeth Nayeli (2013) *Memoria del Taller “Planeación de Acciones 2013”*. Manuscrito inédito. Comité por una Maternidad Segura y la Salud de las Mujeres en Guerrero. México.

⁵² Disponible en internet: <http://www.proceso.com.mx/?p=199731>

⁵³ Financiada por el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgo-México.

de Trabajadores Académicos de la Universidad Autónoma de Guerrero (STAUAG), Sindicato de Trabajadores Técnicos Administrativos y de Intendencia al Servicio de la Universidad Autónoma de Guerrero (STTAISUAG), Movimiento de Solidaridad contra la Violencia Sexual en Guerrero (Mosocovis).

Posteriormente se incorporarían la Asociación Nacional Indígena Plural por la Autonomía (ANIPA), Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas (CGMI), Colectivo Nosotras (una de sus integrantes ocupó el cargo como Secretaria Técnica del Comité, Emma Cerón Díaz (1997-2001), el Comité de Defensa Popular (CDP), representado por Petra Hermillo Martínez y Mujeres Guerrerenses por la Democracia.

Entre las actividades que se tienen registradas, el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos-México, en 1997, financió con 12 mil seiscientos pesos los Puestos de salud para mujeres embarazadas en Guerrero, que coordinó el Dr. Arrizón.⁵⁴ Se realizaron dos ferias de la salud en Chilpancingo, un festival de Rock y diversas actividades menores coordinadas por Emma Cerón.⁵⁵

En noviembre del 2003, la Secretaría de Salud Guerrero, lanzó la Primera Feria de la Salud por una Maternidad sin Riesgos en las principales ciudades del estado. La Feria consistió en exposiciones, conferencias y rifas de ultrasonidos, exámenes de laboratorio y otros servicios de salud, con el propósito de crear conciencia para la protección de la salud de las embarazadas.

En el 2002 se realizó el estudio *213 voces contra la muerte materna*, comprendido en 5 estados de la república: Puebla, Guerrero, Michoacán,

⁵⁴ Ver: <http://comisionelectoral.uaguerrero.net/descargas/CURRICULUM-VITAE-ASCENCIO-VILLEGAS-ARRIZON.pdf>

⁵⁵ En entrevista realizada por Susana Oviedo a Emma Cerón, quien expresó que se obtuvieron del CPMSM dos emisiones de cinco mil pesos en dos años, y algunos escasos recursos para actividades muy puntuales como la compra de un fax que actualmente está en manos de la CGMIA.

Oaxaca y Veracruz; coordinado por la maestra Gisela Espinosa de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Xochimilco, por Martha Sánchez Néstor de la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas (Conami), y por KinalAntzetik-DF. Como resultado de este estudio, en el 2004, se crea en Ometepec la *Casa de Salud Manos Unidas A.C.*⁵⁶ con el objetivo de reducir la mortalidad materna en cinco municipios de la Costa Chica y Montaña de Guerrero. Esta organización pertenece al CMSySMGro.

Los días 26 y 27 de mayo del 2005, en San Luis Acatlán, se llevó a cabo el Foro Nacional: Prevención de las Muertes Maternas en México: *¿Y las Mujeres Indígenas?* Las convocantes fueron: Comisión de Equidad y Género de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión; Comunicación e Información de la Mujer AC; Fundar. Centro de Análisis e Investigación; Ayuntamiento Municipal de San Luis Acatlán, Jurisdicción Sanitaria 06 y KinalAntzetik-DF. Participaron: Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas y la de Guerrero, San Luis en la Salud AC, Salud Integral para la Mujer AC, la ANIPA y autoridades locales.

En los días 18 y 19 de septiembre del 2008, en el Tribunal de Justicia del Estado de Guerrero, en Chilpancingo, se llevó a cabo el Foro Nacional: Por los Derechos Sexuales y Reproductivos y la vida de las mujeres en Guerrero, convocado por la Secretaría de Salud, Secretaría de la Mujer (Semujer) y la Comisión de Equidad de Género del Congreso Local, así como las organizaciones civiles: Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas, Casa de la Salud de Mujeres Indígenas "Manos Unidas", Kinal Antzetik y la Coalición por la Salud de las Mujeres. En el segundo acuerdo de este foro, las y los presentes se comprometieron a conformar el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos del Estado de Guerrero. Cabe señalar que ya existía uno.

⁵⁶ Se contó con el apoyo financiero del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) y de la Secretaría de Salud Federal.

A partir del Foro de septiembre, diversas organizaciones del estado sostienen reuniones para analizar la situación del Comité, que arroja como resultado la falta de sistematización de su proceso y coordinación entre las y los actores, así como la necesidad de modificar el nombre del Comité promotor por una maternidad sin riesgo en Guerrero por Comité por una Maternidad Segura y la Salud de las Mujeres en Guerrero. Por ello, el 28 de mayo de 2009, en el auditorio de la rectoría de la Universidad Autónoma de Guerrero, se tomó protesta de las nuevas integrantes⁵⁷. En adelante, se sostendrán reuniones entre diversas organizaciones del Estado para lanzar la primera acción coordinada como CMSySMGro, la *Campaña Estatal Nunca más una muerte materna en Guerrero*.⁵⁸

Desde la creación de este nuevo Comité (2009), se establecieron normas de coordinación para el trabajo colectivo como principal instrumento de acción para la promoción de los derechos de las mujeres.⁵⁹ El objetivo perseguido era y sigue siendo mejorar la salud de las mujeres mediante la exigibilidad de sus derechos. La preocupación de lograr una efectiva acción las llevó a implementar el reglamento interno y definir el objetivo, misión, visión y metas.

Hoy la estructura del CMSySMGro está integrada por tres secretarías técnicas, un enlace con la secretaría de salud y un/a asesora/o, y la máxima autoridad es la asamblea general. Cabe señalar que las organizaciones han realizado talleres, campañas, conferencias de prensa, foros, encuentros, han asistido a entrevistas en radio y televisión, con recursos propios para posicionar en la opinión pública y en la agenda política los diversos temas relacionados con la salud de las mujeres y, específicamente, la mortalidad materna.

⁵⁷ El CPMSM aportó, aproximadamente, la cantidad de 22 mil pesos que fueron entregados a la Universidad Autónoma de Guerrero. Las organizaciones del Comité no conocieron cómo se gastaron los dineros. Se recomienda transparentar el uso de los recursos para no generar especulaciones negativas.

⁵⁸ Al CPMSM se le presentó la propuesta de la Campaña Estatal *Nunca más una muerte materna en Guerrero*, no se obtuvo apoyo. Esta campaña fue financiada por las organizaciones participantes y con 73 mil pesos de la Secretaría de Salud para los promocionales (Lonas, trípticos, tasas y carteles).

⁵⁹ Se recibió por parte del CPMSM la cantidad de 11 mil 310 pesos para dos reuniones ordinarias del Comité Gro. Realizadas los días 15 y 29 de abril de 2009.

Las Reuniones Técnicas

La firma de los acuerdos del CMSySMGro para lograr e implementar acciones mediante la negociación entre las instancias participativas del gobierno municipal, estatal y federal. Asimismo, se requiere de la mediación del CPMSM. Las reuniones técnicas describen el papel que ha jugado el CMSySMGro.

1era Reunión Técnica. Promoción a la Salud Materna, realizada el 21 y 22 de febrero de 2008 en la ciudad de Oaxaca.⁶⁰

Acuerdo general de Guerrero

Se define asumir dos instancias plurales e incluyentes que puedan jalonar el seguimiento en el estado de manera permanente en dos niveles: el comité interinstitucional y los comités jurisdiccionales. Ambos estarán conformados con representantes de dependencias de gobierno y organizaciones de la sociedad civil. El centro se compromete a dar insumos para saber que indicadores pueden ser los más útiles a revisar y evaluar permanentemente en estas instancias. Las reuniones de dichos comités se realizarán trimestralmente.

Participantes: SSA, SAI, SEMUJER, IMSS, ISSSTE, SEDENA, MARINA, DIF, Kinal Antzetik, Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas, Registro Civil. Se firmaron 7 acuerdos

2da. Reunión Técnica de Promoción de la salud materna: Chiapas, Guerrero y Oaxaca, realizada el 12 y 13 de febrero de 2009 en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.⁶¹

Asistentes: Secretaría de Salud y las organizaciones: Noche Zihuame Zan Ze Tajome, Organizaciones Económicas y mujeres productoras de Gro AC, CGMIA, Ddeser, Red de Mujeres Empleadas del Hogar, Kinal-Gro., Unicam-Comunidad Raíz Zubia, Colectivo Nosotras y la Casa de la Salud de la Mujer Indígena "Manos Unidas" de Ometepec.

⁶⁰ Disponible en internet: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/index.php/primer-reunion-tecnica>

⁶¹ Disponible en internet: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/index.php/segunda-reunion-tecnica>

Ponencias Guerrero:

Dr. David Meléndez de Chiapas. (CPMSRM) Monitoreo de los servicios de salud en Guerrero (Financiado por el CMPSM, el Comité Guerrero desconoce su costo total y sus resultados).

3ra. Reunión Técnica de Promoción a la Salud Materna, realizada el 11 y 12 de marzo de 2010, en el puerto de Acapulco, Gro.⁶²

El pasado 11 y 12 de marzo del presente año se celebró en el puerto de Acapulco, Gro la 3ª Reunión Técnica de promoción de la salud materna, Chiapas, Guerrero y Oaxaca convocada y organizada por el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos, la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (En este evento no se reconoció el trabajo del Comité Gro.)

Ponencias relacionadas con el estado de Guerrero:

- Patricia Uribe Zúñiga (Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva) con el tema: Guerrero (Mortalidad Materna - situación actual)
- Secretaría de Salud Federal: Avances en la Estrategia para Acelerar la Disminución de la Mortalidad Materna y el Convenio Interinstitucional.
- David Meléndez (CPMSMéx) con el tema: Monitoreo de la capacidad de oferta y producción de servicios obstétricos en Guerrero (Con financiamiento del CPMSMéx y el Comité Gro., desconoce el monto ejercido para la realización de esta investigación y sus resultados).
- Susana Oviedo (Unicam/Comunidad Raíz Zulia) con el tema: Cobros indebidos en Centros de Salud de la Costa Grande. (Sin financiamiento)
- Faustino Esmir Balanzar (SSA-Gro) con el tema: Censo Digital de Mujeres Embarazadas

Resultado para Guerrero: Se firmaron 22 acuerdos.

Asistieron al evento 139 personas.

⁶² <http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/index.php/tercera-reunion-tecnica>

La fuerte presencia de representantes comunitarias estuvo a cargo de las organizaciones del CMSySMGro., quienes en sus regiones posicionaron el tema de la salud materna.

Cuarta Reunión Técnica de Promoción a la Salud Materna: Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz, 30 de junio-1 de julio de 2011.⁶³

Guerrero participó con las ponencias:

Supervivencia neonatal, seguridad cultural y partería tradicional en comunidades indígenas del Estado de Guerrero, a cargo de Sergio Paredes Solís del Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales de la Universidad Autónoma de Guerrero.

Análisis comparativo del monitoreo en los servicios públicos de salud en urgencias obstétricas, en las dos Costas de Guerrero, por Susana Oviedo Bautista de la organización Comunidad Raíz Zubia (financiamiento del CPMSM: 22 mil pesos)

Balance de las políticas, estrategias específicas y resoluciones para disminuir la mortalidad materna: censo digitalizado de mujeres embarazadas, (CEDIME) por la Secretaria de salud Gro.

Resultado para Guerrero: Se firmaron 41 acuerdos (algunos se han cumplido)
Asistieron al evento 112 personas.

5a. Reunión Técnica de Salud Materna: Calidad de la atención e interculturalidad en el primer nivel, 20 y 21 de septiembre de 2012⁶⁴

Guerrero participo con las ponencias:

Experiencias desarrolladas en Guerrero: Retos y oportunidades por la SSA-Gro.
Diálogos y aportaciones desde la sociedad civil, salud materna: estrategias de desarrollo desde el ámbito comunitario con el primer nivel de atención por Lizeth Nayeli Rodríguez Flores, secretaria técnica del Comité por una

⁶³ Disponible en internet: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/index.php/cuarta-reunion-tecnica>

⁶⁴ Disponible en internet: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/index.php/quinta-reunion-tecnica>

Maternidad Segura y la Salud de las Mujeres en Gro. Se compartieron 4 experiencias de participación

1. Casas de Atención a la Mujer Indígena (Financiamiento CDI, Semujer, SAI, Semillas, otras/responsables las 3 CAMI de Guerrero)
2. Partería tradicional (Financiamiento por Canadá y la UAGro/responsable CIET- Gro)
3. Monitoreo ciudadano (Financiamiento Fundación MacArthur/responsables Fundar y Kinal DF)
4. Fortalecimiento Interinstitucional (sin financiamiento, responsable: Red por el Derecho a la Salud de las Mujeres/Comunidad Raíz Zubia)

4.5.2. Hacia una estrategia de articulación local: la Red por el Derecho a la Salud de las Mujeres

A pesar de una álgida movilización en el territorio atoyaquense y de un proceso histórico organizativo, no se encontró algún proceso de articulación de organizaciones de mujeres, de hecho, ha sido un grupo poco visibilizado en la región. El tipo de organización local es más hacia afuera, es decir, las organizaciones del municipio se vinculan o solidarizan con una red u organización nacional o de otro estado, además, muchas redes no realizan un trabajo interinstitucional y de participación ciudadana, el tipo de trabajo organizativo que prevalece es de tipo corporativo, las organizaciones se dedican a sus proyectos y dan acompañamiento a los grupos de personas con quienes se relacionan en las comunidades. Sin embargo, a nivel interinstitucional en la administración municipal 2009-2011, existía una relación cercana entre las regidoras de la participación social de la mujer, la de desarrollo rural y la directora del instituto municipal de la mujer, básicamente era para la organización de eventos, facilitación de espacios para vender productos locales y atención de personas enfermas.

Debido a la relación cercana entre Comunidad Raíz Zubia, la OCSS y el Comucam, una de las dirigentes fue invitada a la 4ta. Reunión Técnica del

Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, la cual se realizó en Veracruz, en ese momento una de las demandas y preocupaciones de las organizaciones de Atoyac, fue la prevención y atención del cáncer en las mujeres.

Luego de la firma de acuerdos y de decidir retomar las reuniones técnicas regionales en el municipio de Atoyac, se tomó la decisión de crear la Red por el Derecho a la Salud de las Mujeres en Guerrero (Redesam), nació en agosto del 2011, la construcción de este proceso organizativo fue motivado por la organización Comunidad Raíz Zulia (CRZ) a través de la invitación a la 4ta Reunión Técnica del CPMSM, sin embargo, ya había coincidencias e intereses de sus integrantes con quienes se tenía algún tipo de vinculación desde hace unos quince años.

En un inicio la Red, se integró por el Comucam, la OCSS, Madres Solteras por el avance social, CRZ y posteriormente se incorporó el FDP y más recientemente el Frente Ciudadano Atoyaquense. Una de sus estrategias de incidencia o repertorios de protesta eran las reuniones técnicas regionales sobre el derecho a la salud⁶⁵ ahí participan la Secretaria de Salud (a través de la Jurisdicción Sanitaria 05 y municipal), regidoras (principalmente de participación social de la mujer y desarrollo rural) y la directora municipal de la mujer, la delega regional de la Secretaría de la Mujer (ocasionalmente), parteras comunitarias y las organizaciones de la Redesam. Las reuniones se realizaron casi cada bimestre y era un espacio de información y acercamiento entre el gobierno y la sociedad, ya que además se denunciaban casos de malos tratos, desabasto de medicamentos y necesidades de salud en las comunidades. Parte de estas estrategias se pueden resumir en la siguiente figura:

⁶⁵ El nombre se retomó de la experiencia de participación en las Reuniones Técnicas del Comité por una Maternidad Segura en México, sin embargo, el formato es distinto, ya que además del tipo de actores, cambia la temporalidad en que se realizan, en el CPMSM eran anuales.

Figura 7. Principales estrategias y logros de la Redesam



Fuente: Elaboración propia.

Cabe mencionar que en las primeras reuniones se convocó a los medios para informar sobre los temas y propuestas que se abordarían con la finalidad de visibilizar el proceso y también, como un mecanismo de presión para que las autoridades se comprometieran a cumplir con los acuerdos, también, se realizó algunas conferencias de manera conjunta con la jurisdicción sanitaria para pronunciarse a favor de la construcción de la clínica para prevenir y detectar el cáncer en las mujeres. En ese espacio se resolvieron problemas nodales que en otras regiones aún persisten, tales como: traslado oportuno y gratuito a mujeres embarazadas, atención oportuna, hospedaje a quienes estuvieran en trabajo de parto ó en tratamiento de cáncer y vivieran en alguna localidad, también se realizaron capacitaciones a parteras, campañas para la prevención y atención del cáncer en la mujer, se ha dado seguimiento a la gestión de un proyecto de ampliación del hospital para una clínica de atención integral a las mujeres, así como un proyecto arquitectónico de la casa de las mujeres de la Costa Grande (realizado por la Universidad Loyola) en cual pretende ser un espacio de capacitación, empoderamiento y acompañamiento a mujeres víctima de violencia, también, se han realizado actividades amplias e informativas como

el Foro Municipal: “Salud y Transparencia” donde estuvo una representante de la Organización Panamericana de la Salud y autoridades comunitarias como comisarios, comisariados y vocales del Programa Oportunidades, entre otros. Asimismo, han participado en reuniones del Comité por una Maternidad Segura y la Salud de las Mujeres en Guerrero y del Comité por una Maternidad Segura en México.

No obstante, este proceso no ha sido lineal y debido al proceso electoral municipal del año 2012 y a conflictos de intereses, las integrantes se distanciaron por malos entendidos, sin embargo, meses después el proceso fue retomado para dar prioridad en la construcción de la identidad y seguimiento a las gestiones y actividades que se venían trabajando. Asimismo se convirtió en un espacio de comunicación constante tanto para compartir las actividades y proyectos individuales como para acercarse a los saberes, experiencias y sentires de cada una de sus integrantes.

4.5.2.1. Colectivo de Mujeres Campesinas (Comucam)

La trayectoria del Comucam inicia en la década de los ochenta desde el Área de mujeres dentro de la estructura de la Unión de Ejidos Alfonso V. Bonfil (que después se convierte en la Coalición de Ejidos)⁶⁶. Ha trabajado a partir de cuatro ejes: a) Proyectos productivos (huertos familiares, granjas de traspatio, apicultura, panadería, etc.), b) Capacitación (nutrición y medicina alternativa, preparación de alimentos), c) Derechos humanos (cursos para exigirlos) y d) Ahorro (grupos comunitarios)

En un inicio una de sus principales acciones fue la gestión de proyectos productivos pero a partir de 1986 las mujeres realizaron reuniones mensualmente e incorporan los temas de: salud, higiene comunitaria y

⁶⁶ En 1988 surge esta organización, días después separarse de la Unión (organización filial de la Confederación Nacional Campesina), en esa década la Unión de Ejidos creció y se organizaba de forma autogestiva, lo cual representó un peligro para el control corporativo de la CNC y en alianza con el gobernador en turno, Francisco Ruíz Massieu, aprovecharon el cambio de directiva y compraron votos para apoderarse del Consejo de Administración.

enfermedades de la mujer, en ese mismo año y hasta 1989 circuló el boletín de *La Molendera*, ahí se planteó por primera vez temas con enfoque de género y fue un medio para conocer experiencias de organizaciones de mujeres a nivel nacional. En 1988 se separan de la Unión para incorporarse a la Coalición de Ejidos, a finales de ese año en una asamblea de delegados, se creó la Coordinadora de Mujeres y se nombró a su mesa directiva. En esa época inicia el proyecto de “Médicos descalzos” donde a través de comités de salud se capacitaron a promotores en primeros auxilios, medicina tradicional, medicina oriental (acupuntura, moxa y siaxu), se realizó un inventario de plantas medicinales de la región, se instaló un jardín botánico en la cabecera del municipio, entre otras actividades.

A finales de 1988 obtuvieron un donativo de la Fundación InterAmericana (IAF) para impulsar proyectos de traspatio, capacitación e intercambio de experiencias. En 1990 se formaron comités para promover el proyecto llamado Sistema Comunitario de Apoyo a la Alimentación Infantil (SCAAI) conocido como “comedores infantiles”, funcionaron hasta 1993 y durante ese periodo se preparaban alimentos a través de los comités nutrición de dos a cinco días a la semana en 30 localidades de los municipios de Atoyac⁶⁷, Coyuca de Benítez y Petatlán, hubo comunidades donde se alimentaban hasta 90 niños(as) de nivel preescolar y primaria. Los comités fueron capacitados por el Área de salud y bienestar social de la Coalición, en los talleres intercambiaban experiencias sobre las causas de desnutrición, insalubridad y enfermedades en el medio rural. En 1991 la comunidad de la Felicidad de los Rosales de Coyuca de Benítez construyó de madera su comedor infantil (es posible que aún siga funcionando), otros más fueron en San Francisco, El Paraíso y Achotal.

A pesar de que las mujeres coordinaban muchas de las actividades del proyecto SCAAI, no administraban la parte financiera, hasta el año de 1996, debido a que dos antes lo habían solicitado a la directiva y ante la negativa lo

⁶⁷ Fueron principalmente comunidades ubicadas en la sierra y algunas colonias de la cabecera municipal.

hicieron ante la fundación holandesa Novid, la cual puso un plazo para que se les entregara los recursos. Este conflicto y otros más provocaron la salida del Comucam de la Coalición, el desalojo de sus oficinas y la salida de una cuarta parte de los grupos de mujeres que conformaban el colectivo. Producto de esto rentaron durante dos años y en 1998 en coadyuvancia con la fundación Novid, compraron sus propias oficinas. En esa época y hasta el 2002⁶⁸ participaban unas 400 mujeres de 31 grupos distribuidos en 27 localidades, de estos grupos, 24 eran de Atoyac, 4 de Coyuca de Benítez, 2 de Tecpan y 1 de Benito Juárez. A partir del año 2002 y hasta la fecha el Comucam ha centrado sus acciones en las cajas de ahorro y proyectos de hortalizas aunque con dificultades por la limitación de recursos.

En el año 2008 logran el financiamiento de la organización civil “Día Mundial de la Oración” para un proyecto de salud reproductiva, con la participación de una médica de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (Mexfam) se capacitaron a 20 promotoras de salud a través de talleres sobre primeros auxilios, enfermedades de la mujer (principalmente de transmisión sexual), planificación familiar, el cuidado del recién nacido, toma de presión, pulso y temperatura, aplicación de suero, vacunas e inyecciones.

También con Mexfam realizaron una campaña de salud para prevenir y detectar el cáncer de mama y el cáncer cervicouterino. Otras actividades en el tema de salud fueron las brigadas médicas donde se coordinaban con otros médicos generales y dentistas que ofrecían consultas para ambas campañas se negoció una cuota de recuperación.

Asimismo, durante el año 2011 y 2012 el Comucam se ha dedicado al fortaleciendo los grupos de ahorro y crédito incorporando temas de género y el Derecho a la Alimentación a través de un proyecto que se coordinó con el Frente Internacional por el Derecho a la Alimentación, con quien además

⁶⁸ Año en que concluye el proyecto con la fundación Novid, ello provocó debilitamiento al seguimiento de los trabajos.

realizaron un monitoreo del Programa Oportunidades. También en este año participó en un proceso de elección popular donde su actual tesorera Reyna Alcocer fue elegida como regidora.

Cabe destacar que también se ha incorporado y solidarizado con otros movimientos y grupos como el Ejército Zapatista para la Liberación Nacional, la Campaña Sin Maíz no hay País, entre otras.

4.5.2.2. Organización Campesina de la Sierra del Sur (OCSS)

La OCSS nació el 14 de enero de 1994, sus principales líderes la conformó un grupo que se separó de la Coalición, comenta su líder fundador porque “la Coalición empezó a promover bancos rurales, y se vuelve económica, ya no era por las luchas que iniciamos: la presentación de los desaparecidos y apoyos para las demandas del pueblo”, este vacío y el cúmulo de experiencias durante la guerrilla y los procesos organizativos dieron pie a las acciones de la OCSS que se ha manifestado por mejores condiciones de vida para que el campesino tenga una vivienda digna a través del poder popular, esto de acuerdo a su líder fundador Hilario Mesino. Algunas de sus principales demandas han sido la dotación de fertilizante químico, créditos para comercialización de productos, proyectos productivos y un alto a la represión.

La OCSS ha reivindicado fechas conmemorativas de los movimientos sociales, tales como: el 10 de abril, la muerte de Emiliano Zapata, el 2 de febrero, la muerte de Genaro Vázquez, el 18 de mayo de 1967 la masacre en la escuela de Juan Álvarez (suceso que marcó el inicio de la guerrilla del PROCUP-PDLP), el 18 de Julio la muerte de Miguel Ángel Mesino, fundador de la OCSS, el 2 de octubre la muerte del Che Guevara, el 2 de diciembre la muerte de Lucio Cabañas Barrientos y el 28 de junio de 1995 la masacre en Aguas Blancas. En estos días es común que se haga una marcha, ceremonia o evento político en un área pública, principalmente en la plaza cívica de Atoyac.

A pesar de que en sus inicios la OCSS no contempló su participación en partidos políticos, en el año 2000 se incorporó a las campañas del Partido de la Revolución Democrática. Del año 2006 al 2009, su principal dirigente, Rocio Mesino se convirtió en regidora del municipio y en el siguiente periodo del 2009 al 2011 su hermana Norma Mesino arribó a la regiduría y su padre Hilario Mesino fue suplente de un diputado local, desde entonces han realizado negociaciones para ir colocando gente de la organización en el ayuntamiento. Cabe mencionar que en octubre del año 2013, fue asesinada Rocio Mesino, por lo que su hermana Norma es quien ahora está al frente de la organización.

En el tema de salud, en el 2002 durante el periodo del gobernador René Juárez, y estando como titular de la SSA Verónica Muñoz Parra y Carlos Jacobo como director del Hospital, la OCSS decidió tomar el Hospital General de Atoyac ya que en recorridos que habían realizado en diferentes localidades documentaron casos con las firmas y la presencia de la gente que había sufrido de discriminación, abuso o maltrato.

También que se unieron algunos trabajadores debido a que había aparatos que no servían y algunos médicos con consultorios particulares mandaban a los pacientes a su clínica. Después de ocho días de tener tomado el Hospital y producto de una reunión con la titular de la SSA, destituyeron al director. También han realizado denuncias públicas por el desabasto de medicamentos y falta de personal médico en las comunidades.

Comentan que antes la gente se morían por enfermedades intestinales como diarrea, lombrices, paludismo (también conocida como calentura terciana, porque daba cada tercer día), la viruela y había mujeres que parían en el baño, ahora hay otras enfermedades

Por otro lado, la OCSS también se ha articulado con diferentes organizaciones dentro y fuera del Estado, como el Frente Nacional de Lucha

por el Socialismo, El Barzón, la Asamblea Popular de los Pueblos de *Guerrero* (APPG), la AFADEM, el Consejo de Ejidos y Comunidades Opositoras a la Presa La Parota (Cecop). En Guerrero ha sido solidarizándose con gente en las manifestaciones o en las declaraciones públicas. Desde el 2013 se integró al Movimiento Popular Guerrerense y se vinculó a organizaciones nacionales de derechos humanos para exigir justicia por el asesinato de su lidereza.

4.5.2.3. Frente de Defensa Popular (FDP)

El FDP es una organización política que nació en el año de 1990, un año después crean la figura jurídica Comité de Defensa Popular A.C. para tener acceso a los programas y proyectos. Tiene presencia en unos 20 municipios del Estado, en la Costa Grande son: Atoyac de Álvarez, Coyuca de Benítez, Tecpan de Galeana, San Jerónimo y José Azueta.

Hace 14 años la organización tuvo un giro ya que antes su labor principal era la formación filosófica y política a través de círculos de estudios y se dieron cuenta que en las comunidades había muchas necesidades que debían ser atendidas para garantizar una vida digna.

Acostumbran a tener una relación cercana con la gente, dentro de las gestiones más importantes son el programa de vivienda y proyectos productivos individuales y grupales. También, a través de la presión política agilizan trámites de actas jubilaciones o incluso para que haya atención médica a personas que se les niegue el servicio.

A partir del año 2000 intensificaron las gestiones en el tema de salud, logran que el centro de salud de Apango y Tlapa (municipios ubicados en la región de la Montaña) se les dotó de equipo médico, como una sala de expulsión, medicamentos y tanque de oxígeno. Han realizado denuncias públicas para la dotación de medicamentos como en la Unidad de Atención para las Mujeres ubicada en Chilpancingo.

También durante el periodo de René Juárez, firmaron durante cuatro años consecutivos un convenio para condonar la cuota que para su afiliación en un inicio solicitaba el programa del Seguro Popular así como la entrega de medicamentos, cuando concluyó su mandato, el convenio lo realizan con la federación ya que mencionan que con el mandato de Zeferino Torreblanca hubo cierto estancamiento en algunas gestiones. Este proceso lo realizaron en coordinación con el Frente Popular Revolucionario (grupo que nace de FDP) y la Sección 14 del sindicato de profesores. De manera específica en Atoyac han realizado denuncias públicas con los comités comunitarios para evidenciar el desabasto de medicamentos, suero antialacrán, medicamento para picadura veneno de víbora u otras necesidades que se identificaran en las comunidades.

4.5.2.4. Comunidad Raíz Zubia

Raíz Zubia es asociación civil feminista sin fines de lucro que proueeve los derechos humanos, se constituyó legalmente en el año 2010, sin embargo, sus antecedentes de trabajo iniciaron cuatro años antes. Está integrada por mujeres y hombres de diversos sectores de la sociedad civil, entre ellos, profesionistas y estudiantes. Es una organización apartidista, trabaja bajo los principios de inclusión, pluralidad, autonomía y horizontalidad; fomenta la participación activa, responsable e informada de ciudadanas y ciudadanos, su marco de acción es el Derecho a Saber y el acceso a la informaicón pública gubernamental; a partir de ahí trabaja diferentes temas a través del enfoque de investigación participativa, ha desarrollado diversas etrategias con las que ha buscado indiciar en políticas públicas e inspirar a cambios para la transoformación social desde la defensa de los derechos humanos. Su objeto social es “favorecer el desarrollo integral con equidad en los grupos vulnerables de los diferentes sectores de la sociedad e incidir en su problemática política, social, económica, cultural y ambiental, desde la defensa de los derechos constitucionales y humanos”. Sus ejes de trabajo son: desarrollo comunitario, derechos humanos, investigación e incidencia política.

Actualmente tiene vinculación con organizaciones sociales y grupos de diversos municipios y localidades rurales, indígenas y mestizas, sin embargo, su trabajo en los últimos cuatro años se ha focalizado en la región de la Costa Grande de Guerrero, particularmente en el municipio de Atoyac de Álvarez, así como en Acapulco y Chilpancingo. A partir de la relación con las comunidades y organizaciones de mujeres identificaron necesidades de información sobre el cómo, dónde, por qué y de quién era responsabilidad pagar los servicios de mantenimiento y luz de los centros de salud del primer nivel de atención en la Secretaría de Salud, se impulsó un gran repertorio de acciones mediáticas y políticas de denuncia, reivindicación y exigibilidad del derecho a la salud así como el fortalecimiento de capacidades humanas para el control social comunitario. La salud la entiende no cómo la ausencia de enfermedad de un individuo, sino, desde una perspectiva holística como una forma de vida sana a través de la articulación de factores sociales, ambientales, políticos y culturales que permitan alcanzar un bien-estar individual y colectivo.

Su trabajo en salud ha sido amplio, desde el 2007 ha realizado diversos trabajos de investigación e incidencia política como monitoreos ciudadanos sobre: acceso a la información pública de los servicios de salud comunitarios (2009-2010), urgencias obstétricas en once hospitales de Guerrero (2011); presupuestos a programas dirigidos a la salud de las mujeres y de acceso a la información pública de la Secretaría de Salud Guerrero (2012) y sobre estadísticas de aborto y muerte materna como insumos al proceso de ampliación de causales para la interrupción voluntaria del embarazo hasta las doce semanas de gestación (2014), varios de estos resultados fueron denunciados públicamente para exigir un mayor y mejor calidad y accesibilidad en los servicios públicos de salud del estado.

Dentro de los procesos y redes que ha motivado la organización, destaca su participación en el proceso de reactivación del Comité por una Maternidad

Segura y la Salud de las Mujeres en Guerrero (2008), durante los dos primeros periodos de tres años hubo una integrante de la organización que formó parte del secretariado técnico y fueron enlace directo con el Comité Promotor por un Maternidad Segura en México. Además, diseñó y presentó la Campaña estatal: “Nunca Más una Muerte Materna en Guerrero” (2010-2011), la cual fue promovida conjuntamente con las organizaciones. En el 2011 se articuló con organizaciones del municipio de Atoyac, quienes decidieron conformar la Red por el Derecho a la Salud de la Mujeres; en el 2012 promovió la conformación del Observatorio Ciudadano por el Derecho a la Salud de las Mujeres en Guerrero el cual aglutinó a 16 organizaciones de diferentes regiones pero debido a la falta de financiamiento no ha podido fortalecer su trabajo. A pesar de ello, Raíz Zubia desde sus posibilidades, continúa en el impulso de la vigilancia, monitoreo y acceso a la información pública de los servicios públicos de salud para la rendición de cuentas y la construcción de ciudadanía, asimismo, a través del Observatorio de Mortalidad Materna en México ha podido vincularse a procesos de capacitación para potenciar trabajos de investigación e incidencia política.

También, en el 2010 recibió el premio estatal de contraloría social por el monitoreo del centro de salud de Ejido Viejo en el municipio de Coyuca de Benítez, región Costa Grande de Guerrero y evidenciar deficiencias en los servicios y cobros indebidos por el pago de luz, aseo y mantenimiento y el comité de obra de contraloría social para la vigilancia de la obra de introducción de agua potable en la localidad de Buenavista, municipio de Chilapa de Álvarez, obtuvo el tercer lugar, éstos procesos se acompañaron conjuntamente con otra asociación civil. Automáticamente el primer lugar participó a nivel nacional y obtuvo una mención especial, parte de la experiencia fue publicado en el documento: “Contraloría social en México. Experiencias de participación ciudadana y rendición de cuentas”⁶⁹. Cabe mencionar que dicha denuncia a los servicios de salud quedaron plasmadas en cuatro reportajes, uno de ellos

⁶⁹Disponible en: http://www.contraloriasocial.uabjo.mx/archivos/interes/contraloria_mexico.pdf

titulado “Salud de papel” y fueron realizados por la reportera Carolina Rocha y transmitidos en su programa nacional “Perspectiva 13” y en el noticiero “Hechos con Javier Alatorre”. Sin embargo, en el último reportaje realizado en el 2012⁷⁰ dejó claro que este tipo de procesos requiere de un trabajo constante ya que con el cambio de administración o personal, los logros obtenidos pueden desaparecer o peor aún, la problemática puede ir en retroceso.

En síntesis, actualmente, una de las principales estrategias de intervención de Raíz Zubia es el acceso a la información pública gubernamental y la organización comunitaria, a través de problemas identificados desde lo local utiliza canales establecidos legalmente, solicita información sobre los presupuestos, programas y acciones orientadas a la atención de la salud de las mujeres y promueve la participación proactiva de las mujeres y la comunidad para incidir en la mejora de los servicios de salud.

También, ha realizado diversos foros informativos y formativos sobre salud y transparencia, derecho a decidir, salud sexual y reproductiva, entre otros, asimismo, ha sido puente en la gestión de diversos proyectos y propuestas como la propuesta arquitectónica de “La Casa de las Mujeres en Atoyac”, el proyecto arquitectónico de mejoramiento de vivienda rural en la localidad de Buenavista, Chilapa y ha participado en el proceso gestión y monitoreo de la obra de la Clínica de Atención al Cáncer en las Mujeres en Atoyac. Actualmente acompaña procesos de capacitación a parteras tradicionales y promotoras de salud.

⁷⁰Disponible en: <http://www.aztecanoticias.com.mx/capitulos/perspectiva-13/130055/portada-salud-de-papel>

5. LAS PARTERAS TRADICIONALES DE ATOYAC: ENTRE SUBJETIVIDADES, RESISTENCIAS Y POTENCIALIDAD AGENCIA

Desde la antigüedad, el cuidado y atención, en particular la atención y cuidados del embarazo, parto puerperio (42 días después del parto) ha estado en manos de las mujeres de las comunidades, sus familias y los agentes comunitarios de salud. Con ello coinciden Towler y Bramall (1997) quienes atribuyen la aparición de la partera (o comadrona) con el establecimiento de “asentamientos de los antiguos pueblos nómadas” y con ello se excluyó a los hombres de la atención del parto (citado por Arguello y Mateo, 2014:14).

Sin embargo, hoy día se sabe de la atención del parto por hombres, aunque en menor medida, sigue siendo una práctica vigente pero invisible, en diferentes regiones y zonas rurales indígenas y campesinas de Guerrero donde coexisten con las parteras tradicionales, hombres parteros y personal médico, ocasionalmente los esposos llegan a auxiliar a la partera y/o atender el parto, particularmente conocí casos en varias localidades de los municipios de las regiones Centro-Montaña, Costa Chica y Costa Grande. Ello, puede atribuirse a aspectos culturales y económico, y también a actitudes machistas, debido a que algunos esposos prohíben que las mujeres acudan ser atendidas por un médico.

Aunque no se cuentan con cifras precisas sobre el número de parteras, se sabe que cada vez son menos y que la mayoría ya se encuentra en una edad muy avanzada. Por ello, una preocupación manifestada por distintas organizaciones no gubernamentales en Guerrero es la preservación y difusión de esta práctica ancestral.

Cabe recordar que desde la década de los setentas la OMS impulsó una política basada en programas integrales de atención a la salud con la participación de parteras tradicionales; en 1973 México implementó un programa de salud con diferentes niveles de atención donde las parteras empíricas fueron adiestradas como promotoras de salud con la intención de mejorar la atención a las mujeres (Jiménez y Loggia, 2004)

Con ello, las parteras se convirtieron en enlaces de los programas de atención materno-infantil y planificación familiar. Desde entonces han existido programas de capacitación para las parteras, aunque, desde una visión alópata, con la finalidad de incorporar conceptos y prácticas médicas para mejorar los servicios de atención materno-infantil. Esta relación y los discursos alrededor de la misma conllevan aspectos de subordinación, discriminación y exclusión de la partería tradicional que actualmente sigue siendo la única alternativa de atención para muchas mujeres ubicadas en zonas rurales alejadas y en algunos casos es su primera opción de atención aun teniendo un centro de salud en su comunidad.

Asimismo, la Jurisdicción Sanitaria 05, región Costa Grande de la Secretaría de Salud Guerrero, tiene registrada a 40 parteras en el municipio de Atoyac, mientras que el Comucam cuenta con un padrón de 50 parteras. Sin embargo, se estima que existen alrededor de doscientas parteras en el municipio, esto debido a que en base a información del cuestionario aplicado a las treinta parteras de veinte localidades mencionaron que conocían a otras setenta parteras de sus localidades.

Hoy día, en la población urbana prevalece la idea de que las parteras tradicionales se ubican en zonas rurales e indígenas y que es allí donde el sistema de salud debe implementar una atención intercultural, sin embargo, la cosmovisión y los saberes de muchas mujeres rurales coinciden con las prácticas de parteras ubicadas en zonas étnicas.

5.1 Percepciones y prácticas de las parteras tradicionales de Atoyac

La violencia de género sigue siendo una constante en los municipios de Guerrero, en Atoyac como en la entidad, ha sido un tema invisibilizado y naturalizado. Durante los talleres de grupo focal, las historias de vida fueron constatando las diferentes formas de violencia que existen hacia las niñas y mujeres del municipio de Atoyac, entre ellas, destaca la violencia física y sexual.

“La violencia sexual e intrafamiliar es otro problema que afecta principalmente a las mujeres: más del 90 por ciento de los delitos sexuales denunciados se cometen contra ellas y no existe un espacio institucional para atender y erradicar sistemáticamente tales abusos de poder.” (Plan Estatal de Desarrollo en Guerrero 2011-2015)

Las campañas de información y defensa de los derechos de las mujeres siguen siendo nulas, la mayoría se basa en imágenes estereotipadas de mujeres con moretones, y son impulsados protocolariamente por las instituciones encargadas, es decir no se ha logrado generar una cultura de la denuncia en delitos como la violencia, el abuso y la discriminación que se ejerce contra las mujeres ni tampoco garantías efectivas para el acceso a la justicia de las niñas y mujeres violentadas

Cuadro 8. Percepciones de las parteras sobre la construcción de género

Mujeres	Hombres
Son valientes, amables, obedientes, respetuosas, cariñosas, trabajadoras, calmadas, calladas, sumisas, pacientes	Son libres, parranderos, borrachos, drásticos, alegres, trabajadores, corajudos, pegalones, celosos

Fuente: Elaboración propia a través de grupo focal con parteras, año 2014

Las percepciones sobre la construcción del género en las comunidades dan cuenta de actitudes violentas normalizadas por de los hombres.

Por otro lado, algunas enfermedades más frecuentes en las mujeres de sus localidades: diabetes, hipertensión, cáncer de seno y cáncer cervicouterino, infecciones vaginales (flujo), dengue clásico, colitis gastritis. Muchas de las infecciones vaginales las atribuyen a la falta de higiene, la condición de cuidado se ve como no tomar decisiones sobre ellas y su pareja, lo cual en una relación desigual y violenta suele ser parte de la vida de muchas mujeres en las comunidades rurales: “las mujeres no se tienen cuidado de sí mismas, no tienen higiene, en ocasiones los hombres no se bañan y *agarran a la mujer*” (entrevista realizada a la partera Gloria, 2014)

Algunos de los programas que las mujeres identifican en sus comunidades son: el Seguro Popular, vitaniños (niños vitaminados), Arranque Parejo en la Vida (APV), Embarazo Saludable, Prospera.

Para prestar su labor las parteras de Atoyac se enfrentan a diversos obstáculos y dificultades pero también sus habilidades y experiencia se observa en su capacidad de agencia

Cuadro 9. Facilidades y obstáculos para que las parteras puedan realizar su trabajo

Facilidades	Obstáculos
La gente les tiene confianza	Los médicos se meten y cuestionan el trabajo que realizan las parteras
Atienden “descomposturas”	Los médicos las hacen menos
Tiene varios años de experiencia, la gente les reconoce el trabajo al volver	El miedo que se genera al inicio per al final se resuelve

A pesar de ello existe un compromiso genuino y reconocen la importancia de su trabajo, para ellas ser partera significa:

“Atender a la gente del pueblo, darle confianza a las mujeres, servir a la humanidad, ayudar, atender partos y controlar los dolores a través de tés, ayudar a la comunidad, es algo que te gusta hacer porque ayudas y aprendes, es darle confianza a las mujeres, ayudarla y apoyarla en las posiciones, dar un servicio a la comunidad”

5.2. Visibilizando el papel de las parteras tradicionales de Atoyac

Dado el acercamiento que desde 2011 se sostuvo de manera constante con las parteras de Atoyac, desde Comunidad Raíz Zubia y en el marco de este trabajo se realizaron diálogos grupales para explorar los niveles de información, compromiso y sensibilidad de las parteras. Ello además, permitió adentrarse a sus vivencias, percepciones, creencias y conocimientos alrededor del parto, la maternidad libre y voluntaria, la vida en pareja, la violencia hacia las mujeres, principalmente la violencia sexual, la obstétrica e institucional.

Para ello, en el año 2013 se realizó un diagnóstico que tuvo como fin conocer las prácticas reproductivas de las mujeres y el papel que tienen las parteras en la mejora de la salud sexual y reproductiva, así como la prevención de la mortalidad materna en el municipio. Un primer momento del proceso fue la aplicación de un cuestionario, el cual se realizó a treinta parteras ubicadas en 20 localidades del municipio. Éste se clasificó en tres apartados: I. Datos generales, II. Capacitación y III. Percepciones, la primera parte tuvo que ver con las condiciones socioeconómicas de las parteras, ahí resaltó la pluriactividad como estrategia de supervivencia; la forma en que aprendieron la partería; y su perfil sociodemográfico. En el segundo apartado se preguntó información relativa a las capacitaciones que han recibido, las temáticas e instituciones que las han impartido, asimismo, se incluyó información sobre planificación familiar, métodos anticonceptivos y su relación con las jóvenes. El tercero, estuvo relacionado a sus percepciones sobre salud y derechos sexuales y reproductivos.

La dinámica fue distinta para alfabetas y analfabetas, a las primeras se les proporcionó el cuestionario y de forma guiada se les explicó la estructura y preguntas del mismo; para quienes no sabían leer ni escribir o tenían dificultades para hacerlo, se realizaron mesas de trabajo y mediante una lluvia de ideas y uso del rotafolio se fueron abordando las mismas preguntas.

5.2.1 Perfil sociodemográfico

La partería es una práctica ancestral que ha sido marginada por la medicina alópata, de manera consciente o inconscientemente hay un discurso de poder en la relación médico-partera. Actualmente, una preocupación manifestada por distintas organizaciones no gubernamentales es la preservación y difusión de esta práctica ancestral, ejemplo de ello, es la Casa de Salud de la Mujer Indígena “Manos unidas”, ubicada en Ometepec que en el 2008 la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas la retomó como una estrategia de política pública y cada año lanzan una convocatoria para su apertura o consolidación, en el 2012 a nivel nacional había 19 casas y actualmente en Guerrero existen tres casas funcionando y una por abrirse. También, desde el año 2008 el Centro de Investigaciones y Enfermedades Tropicales (CIET) de la Universidad Autónoma de Guerrero, en los municipios indígenas de Xoxistlahuaca y Tlacoachitlahuaca, ahí se mostraron importantes hallazgos sobre la calidad de atención que brindan las parteras en esa región y la necesidad de preservar dicha práctica es porque la mayoría de las parteras rebasan los sesenta años de edad y cuando fallezcan no habrían más parteras que puedan brindar ese servicio a las mujeres, por ello, incorporaron estrategias como la “casa de la partera” e intercambios para preservación de sus saberes, donde las parteras capacitaron a sus aprendices más jóvenes para continuar con esta alternativa de atención en localidades indígenas de los municipios mencionados.

Asimismo, la Jurisdicción Sanitaria 05, región Costa Grande de la Secretaría de Salud Guerrero, tiene registrada a 40 parteras en el municipio de Atoyac, mientras que el Comucam cuenta con un padrón de 50 parteras. Sin

embargo, se estima que existen alrededor de doscientas parteras en el municipio, esto debido a que en base a información del cuestionario aplicado a las treinta parteras de veinte localidades mencionaron que conocían a otras setenta parteras de sus localidades.

Tabla 1. Localidades y población de donde provenían las parteras

Localidad	Población	Localidad	Población
1. Agua Fría	268	11. El Ranchito	37
2. Atoyac de Álvarez	21497	12. La Finquita	61
3. Col. La Laja	263	13. Los Llanos de Santiago	288
4. Col. Parasal	ND	14. Puente de los Lugardes	92
5. Col. Vicente Guerrero	442	15. Río Santiago	946
6. El cacao	240	16. San Andrés de la Cruz	828
7. El Camarón	340	17. San Juan de las Flores	571
8. El Cerrito	ND	18. San Vicente de Benítez	399
9. El Edén	932	19. San Vicente de Jesús	512
10. El Paraíso	3656	20. Santiago de la Unión	705

Siguiendo con este perfil sociodemográfico del municipio, las parteras tienen una edad promedio de 57.7 años, ocho se ubicaron en el grupo de edad de 35 a 49 años, seis en el grupo de 50 a 59 años, diez parteras entre 60 y 69 años, y seis rebasaron los setenta años, es decir, el 53.3 por ciento del total de parteras rebasan los 60 años. Con respecto a su estado civil la mitad era casada y el 34 por ciento fueron viudas o solteras, el resto manifestó vivir en unión libre, sola o separada. El promedio de hijos es de 6.5.

Un dato curioso y relevante es el origen de las parteras, nueve señalaron de venir de otro municipio, en algunos casos cercanos a Atoyac como San

Jerónimo, Tecpan de Galeana y Acapulco, en otros casos se ubicaron mujeres de la región centro-montaña, lo que también tiene que ver con los fuertes flujos migratorios debido a la cosecha de café.

Tabla 2. Nivel de escolaridad de las parteras

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Grupos de edad
No estudió	8	26.7	III y IV
Primaria incompleta	9	30	II y III
Primaria completa	3	10	I, III y IV
Secundaria	6	20	I y II
Preparatoria	3	10	I
No especificado	1	3.3	-
Total	30	100	-

El grueso de las parteras (56.7 por ciento) no estudió o tiene primaria incompleta, aunque hay un salto en quienes estudiaron secundaria ya que representaron el 20 por ciento de las mujeres. Si estos datos los cruzamos con los grupos de edad, nos daremos cuenta que a mayor edad, menor escolaridad.

Con relación a la ideología religiosa, resultado diversa, aunque el setenta por ciento (21 mujeres) señalaron que eran católicas, cuatro dijeron que eran testigos de Jehová, una evangélica, dos espiritualista y dos no respondieron

Por otro lado, la seguridad social para este grupo de mujeres es preponderantemente (93.3 por ciento) a través del Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como Seguro Popular seguro popular, el resto no tiene seguridad social, otro de los programas principales en las comunidades es el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, donde el 80 por ciento comentó que era beneficiaria.

5.2.2 Estrategias de supervivencia

Las mujeres parteras implementan diversas estrategias para cubrir sus necesidades básicas, en algunos casos la labor de la partería representa un ingreso extra así como los diferentes servicios que ofrecen a la población. Un parto representa un pago entre \$100.00 y \$500.00, aunque algunas señalan que hay mujeres que ni las gracias les dan o que les dicen que después le pagan y no lo hacen, sin embargo, ello no representa una excusa para negar el servicio o decidir ya no ser partera. En este sentido, la labor de la partera va más allá de tener alguna retribución económica, por lo que se convierte en una labor social y en un servicio que brindan con emotividad.

Tabla 3. Ocupación de las parteras

Actividad	Frecuencia	Porcentaje
Al hogar	13	43.3
Partera	3	10
Comerciante	4	13
Campesina	4	13.3
Empleada	1	3.3
Diversas (hogar, partera, peluquera, costurera)	2	6.7
Auxiliar-Ayundante de salud	2	6.7
No respondió	1	3.3
Total	30	100

Cuando se les preguntó sobre a que se dedicaban, casi la mayoría, 22 mujeres (73.3 por ciento) indicaron dedicarse al hogar o ser parteras o auxiliares de salud, sólo dos mencionaron que además de dedicarse al hogar y ser parteras, una era costurera y la otra peluquera, cuatro indicaron ser empleadas, comerciantes o campesinas, una más, no respondió.

A pesar de que trece mujeres (43.3 por ciento) dijeron dedicarse al hogar, cuando se les interrogó sobre las actividades que realizan para generar ingresos, todas mencionaron al menos una actividad.

Tabla 4. Actividades para generar otros ingresos

Actividad	Frecuencia	Porcentaje
Comerciante (pan, verduras, leña, costura, borda, etc.)	14	46.7
Agricultura de temporal	8	26.7
Atención médica / Curandera	5	16.7
De otro familiar	1	3.3
No respondió/ Ninguna	2	6.7
Total	30	100

Cerca de la mitad de las parteras se ubican como comerciantes por ello se clasifica dentro del sector servicios, mediante su trabajo a través de su trabajo manual venden hortalizas que cultivan, hacen ropa (costurera), bordan, tejen, etc., son actividades de autoempleo que generalmente las realizan en su tiempo libre. Otra actividad importante que representa casi la tercera parte, es la agricultura de temporal, donde predomina la siembra de maíz y la cosecha de café, el primero es primordialmente para autoconsumo y el segundo para comercializarlo, las mayoría de las veces como café oro y para autoconsumo.

5.2.3 Experiencia y saberes

Existen diversas definiciones de partera(o), la mayoría de estas está relacionado con la forma en que aprendió esta práctica, si una partera aprendió de manera oral a través de otras parteras y que no han sido capacitadas por el sistema de salud, se le considera partera tradicional; si aprendió por cuenta propia y con base a su experiencia en la atención de sus partos y el de sus animales, se le llama partera empírica o partera empírica no adiestrada; si fue capacitada por una institución de salud para formarla como promotora o auxiliar

de salud y sin previa experiencia, se le conoce como partera empírica adiestrada o partera tradicional adiestrada.

Tabla 5. Forma en que aprendieron la partería

Concepto	Frecuencia	Porcentaje
Aprendió de su mamá o familiar	12	40
Por necesidad / sola	9	30
Aprendió de otras parteras	5	17
Ayudantes	2	7
Otra persona	2	7
Total	30	100

Lo anterior da muestra de que la gran mayoría son parteras tradicionales o parteras empíricas tradicionales ya que sus conocimientos se deben a una experiencia propia o por el aprendizaje de otras parteras, agrupados en estos dos aspectos, se puede decir que el 57 por ciento de las parteras aprendieron de otras parteras (mamá, familiar u otra sujeta) y el 30 por ciento por sí solas. El promedio de años de experiencia fue de 23.5 años, sin embargo, trece parteras (43.4 por ciento) manifestaron llevar arriba de 30 años,

Como se mencionó, las treinta parteras entrevistadas comentaron que conocían a unas 75 parteras más, dieciséis mencionaron que hay en su localidad entre 1 y 2 parteras, doce dijeron que hay entre 3 y 6 parteras. Otras también hicieron alusión a que se ubicaban entre 1 y 3 auxiliares de salud.

Asimismo, catorce parteras señalaron que desde hace más de doce años han recibido alguna capacitación, nueve parteras dijeron que han recibido de cuatro capacitaciones en adelante, y cuatro parteras habían asistido por una vez a las capacitaciones. Quien ha encabezado los programas de capacitación a parteras es la Secretaría de Salud Guerrero, por ello, once parteras mencionaron haber sido capacitadas por esta institución, otras instituciones

fueron la Secretaría de la Mujer en Guerrero, la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, y de organizaciones sociales mencionaron al Colectivo de Mujeres Campesinas y Comunidad Raíz Zubia; también consideraron las pláticas que contempla el Programa Oportunidades como otra fuente de capacitación para ellas.

Cabe señalar que además de atender partos y llevar un acompañamiento durante el proceso del embarazo, parto y puerperio, las parteras brindan diversos servicios en sus localidades, alguno de ellos los combinan durante las atenciones que le brinda a las mujeres para una atención más integral.

Una partera, no sólo debe tener conocimientos para atender partos, sino también, para procurar la salud de la mujer y su hijo(a), por ello, el ser partera está implícito con ser hierbera por los remedios que le proporcionan a la parturienta, durante el parto y después de este, también debe saber dar masajes o hacer maniobras necesarias para acomodar al producto de las gestantes, estas prácticas disminuyen malestares en la mujer embarazada y facilita el nacimiento durante el parto.

Tabla 6. Otros servicios que las parteras ofrecen a la población

Concepto	Frecuencia
Curandera	5
Huesera	8
Hierbera / da tomas	12
Soba o da masajes	9
Rezandera	5
Aplica inyecciones o sueros y curaciones (atención médica)	5
Promotora de salud/auxiliar de salud	2
No contestó	1

Debido a que las parteras combinan la atención del parto con otras atenciones, la frecuencia no coincide con el número de parteras entrevistadas, por lo que la tabla da muestra de los diferentes saberes con los que cuentan las parteras, donde además lo combinan con prácticas biomédicas como saber aplicar sueros, inyecciones, medir la presión arterial, entre otras cosas.

5.2.4 Conocimientos sobre derechos sexuales y reproductivos

Por sus conocimientos, prácticas y saberes, las parteras siguen siendo un agente importante en la promoción y atención de la salud sexual y reproductiva así como en la prevención de la mortalidad materna en el municipio.

Tabla 7. Métodos anticonceptivos que conocen

Nombre del método	Frecuencia
Pastillas	28
Inyecciones	24
Condomes	17
Dispositivo Intrauterino	17
Implante	6
Parches	3
Métodos permanentes	3

Los métodos más conocidos por las parteras son las pastillas anticonceptivas y las inyecciones, después le siguen los condones (masculinos) y el Dispositivo Intrauterino (DIU). Cabe mencionar que varias mencionaron conocer más de un método anticonceptivo.

Tabla 8. Métodos anticonceptivos más usados en las localidades

Método anticonceptivo	Frecuencia
Pastillas	17
Inyecciones	19

Condomes	17
Dispositivo Intrauterino	11
Implante	6
Operación	3
Parche	1
Cuidados	1

Los métodos anticonceptivos más usados en las comunidades son las pastillas, las inyecciones y los condones, después le siguen el DIU, el implante y la salpingoclasia (operación). Estos datos también evidencian que la mayor responsabilidad sobre la prevención y planificación de embarazos sigue recayendo en las mujeres y usan en mayor medida los que tienen disponibles en los centro de salud.

Cabe destacar que aún es bajo el nivel de información que tienen las mujeres sobre sus derechos humanos, a pesar de que mencionaron haber tenido alguna capacitación sobre estos temas, en lo que respecta a salud ninguna partera reconoció lo que menciona el artículo 4 de la Constitución.

Con relación al nivel de información sobre la ILE, dieciocho parteras mencionaron conocer al menos una de las tres causales que conlleva un aborto legal, cinco reconocieron que saben lo que se ha mencionado en las reuniones con CRZ. Algunos de los comentarios en torno a este tema fueron:

“Que es una decisión de la mujer que lo quiera llevar a cabo porque ella manda en su persona”;

“Si la mujer es violada tiene el derecho de decidir tener o no tener al hijo”

“Que puede darse por violación, inseminación artificial o mal formación del producto”

Con respecto a su percepción sobre la maternidad segura y voluntaria once parteras mencionaron que se vincula con la planeación de un hijo(a) y/o en común acuerdo entre la pareja. Seis parteras lo relacionaron con cuidados previos a la gestación y durante el embarazo, algunas mencionaron las siguientes medidas: tomar ácido fólico, asistir a citas con el médico, cuidar la alimentación, etc., asimismo, dos parteras lo relacionaron con métodos anticonceptivos de planificación familiar.

Tabla 9. Ideas centrales sobre la percepción de tener hijos(as) por una violación

Percepción	Frecuencia	Porcentaje
Derecho a decidir	5	16.7
No es su culpa	2	6.7
Necesitan ayuda	5	16.7
Mandato divino	2	6.7
No deben abortar	2	6.7
Esta mal	2	6.7
Derecho de nacer	2	6.7
Valentía/ Fortaleza	6	20
Sufrimiento / Maternidad forzada	2	6.7
Dispuesta a cuidar/	2	6.7
Total	30	100

En el tema sobre su percepción de los casos en que las mujeres concluyen su embarazo producto de una violación, las opiniones fueron diversas, sólo cinco parteras (16.7 por ciento) hicieron alusión a que era una decisión de la mujer, de éstas dos enfatizaron el derecho a decidir de las mujeres, algunas de las respuestas fueron:

“Esto se deja a la decisión de la madre ya que es la que tiene sus derechos” y “Es la falta de comunicación sobre todo con la madre, puede o no aceptar ese embarazo porque no fue planeado”

Otro número igual de parteras (cinco) mencionaron que las mujeres en esa situación necesitan algún tipo de ayuda psicológica u orientación; el porcentaje más alto (20 por ciento) se concentró en que consideraban que las mujeres que tienen concluyen su embarazo producto de una violación son mujeres valientes y fuertes, algunos hacían alusión a que decidieron dar vida, que era un *hijo que enviaba Dios* y que representaba alegría y amor, otras se referían a que son niños desatendidos y no deseados.

5.4. Hacia un modelo incluyente de atención a la salud reproductiva

. En procesos de desarrollo rural regional es imprescindible la acción colectiva, ya que ello potencia la posibilidad de lograr mejores condiciones de vida digna para todas las personas, en condiciones de mayor equidad, igualdad, justicia y democracia. En este sentido, las parteras de Atoyac y los procesos organizativos del municipio son muestra del capital social que se ha gestado en la Región. Por ello,

En ese sentido, una forma de potenciar ese capital social y capacidad de agencia de las y los actores sociales, es la consolidación de espacios de democracia efectiva y la definición de políticas públicas en salud con enfoque de género, interculturalidad y derechos humanos en las comunidades rurales que así lo consideren pertinente, privilegiando a un desarrollo humano basado en las necesidades y capacidades de las personas.

Por ello, se considera de vital importancia desarrollar estrategias de participación comunitaria, donde se reconozcan y valoren sus saberes tradicionales, para ello se reconoce que en las comunidades existe una

diversidad de agentes de salud, en este sentido hay un capital social sub valorizado

La propuesta de un modelo participativo de atención a la salud reproductiva tiene como propósito: “Contribuir a mejorar la salud comunitaria mediante la participación activa de actores clave en la promoción de la salud reproductiva basada en las necesidades básicas de la población”. En las comunidades se ubican diversos agentes comunitarios de salud como parteras, auxiliares de salud, curanderos/as, hueseros/as que pudieran vincularse con el centro de salud con la finalidad de ampliar las opciones de atención para la población basada en un enfoque de prevención, derechos humanos e interculturalidad. Ya que ante la falta de una respuesta integral, oportuna y digna en la atención a los servicios de salud pública, así como su carácter insostenible por sus elevados costos y estructura de poder que se gesta en las instituciones difícilmente se podrán reducir las brechas de desigualdad en el acceso y atención de la salud reproductiva.

Parte de los resultados del diagnóstico y grupo focal realizado con 30 parteras de Atoyac, dieron las pautas para visibilizar el papel protagónico y potencializador de las parteras, algunas de las capacidades y conocimientos identificados se muestran en la siguiente figura

Figura 8. Potencialidad de agencias de las parteras



Sin embargo, para que pueda ser modelo alternativo efectivo, debe estar basada en el interés de las comunidades participantes y ratificado en asambleas propiciando espacios de retroalimentación la propuesta, además del interés se debe considerar la disposición, voluntad y compromiso para impulsar las actividades que se programen a favor de la salud comunitaria. Asimismo, debe tener diversos niveles de articulación para un mejor funcionamiento, así como capacitaciones continuas y diálogos intersectoriales de saberes tradicionales basados en el respeto y colectividad.

Será necesario fortalecer las redes de articulación local en el ámbito municipal para que la infraestructura y equipo con que cuentan los servicios de salud pública puedan ser acercados a las comunidades y que las barreras en el acceso a la salud sean reducidas, principalmente para el caso de uso de ambulancia, hospedaje a personas convalecientes de las comunidades, consentimiento informado de los procedimientos obstétricos y otros relacionados y para que puedan tener una atención oportuna.

Además, las instituciones de gobierno deben incorporar un presupuesto de viáticos para el caso de personas que tienen que trasladarse de su comunidad o un para el caso de organizaciones que tengan que trasladarse a otro municipio, ello garantizaría la participación de más actores sociales ya que muchas veces no se cuentan con los recursos mínimos para la movilidad y ello garantizaría la sostenibilidad de los procesos.

Los anteriores elementos pueden ser la base para repensar en diferentes modos de vida y organización comunitaria y donde la población se convierta en un actor activo sujeto y protagonista de su desarrollo.

6. CONCLUSIONES

El comportamiento histórico en las políticas gubernamentales en salud reproductiva, son un reflejo del discurso y financiamiento internacional encabezado por la Organización Panamericana de la Salud-OMS y la UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas, así como de las tensiones y negociaciones impulsadas por el movimiento de mujeres y el movimiento feminista, las cuales se intensificaron en la década de los ochentas y noventas, al abrirse espacios, proliferaron las Organización No Gubernamentales, donde si bien se especializaron en la documentación de argumentos para la exigibilidad de derechos, este enfoque poco a poco fue tomando una visión más urbanista y acorde al discurso modernizador.

A finales de los noventas el cambio de paradigma en la atención en salud con el enfoque de la Atención Primaria en Salud, que fue una estrategia que pretendió alcanzar el objetivo de “Salud Para Todos” y fue retomada a partir de la Declaración de Alma Ata de 1978, otro cambio de paradigma ocurrió en 1994 dónde se dejó a tras el enfoque de Planificación Familiar por el de enfoque de salud reproductiva desde una perspectiva de género y derechos humanos. A partir de ahí, se realizaron diversos encuentros y foros interculturales y se intensificó la capacitación a parteras, también, muchos centros de salud comunitarios fueron dotados de equipo para la atención de partos, actualmente todos esos recursos siguen en algunas comunidades pero están subutilizados y en mal estado, sólo en caso de emergencia y mayormente los médicos(as) pasantes lo llegan a utilizar.

Actualmente existe una política sistemática de rechazo que en parte responde a la presión social de organizaciones sociales y a los cánones internacionales para acelerar la reducción de la morbi-mortalidad materna, la educación sexual vinculada a la salud reproductiva, continúa siendo un tema pendiente, ya que está lleno de prejuicios, estigmas y de coerción hacia el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, ésta sólo se ha focalizado al control natal, política que venía implementándose desde los sesentas.

Las políticas gubernamentales en salud reproductiva han fallado y prueba de ello ha sido la fluctuación en sus indicadores, los cuales varía de acuerdo al contexto de crisis económica y presupuestos. Aunque ese incremento presupuestal en salud reproductiva en el tema de morbi-mortalidad materna no ha impactado visiblemente en una reducción sostenida, tampoco en la en el embarazo no planeado ni deseado, así como la tasa de natalidad dónde ocupa los primeros lugares.

En este sentido entran en juego otros factores como el sociocultural y psicosocial, condiciones que vulneran las capacidades de las mujeres y el ejercicio de derechos, considerado como problema estructural que afecta el desarrollo humano ya que se incrusta en el círculo de pobreza lo que reproduce inequidades sociales, principalmente educativas y laborales. Aquí las categoría de clase social, etnia, género, edad, cultura, ciudadanía y raza cobran más fuerza para comprender la realidad social.

Asimismo, de acuerdo a Paredes (2010) *en la práctica social y política los hombres continúan teniendo el poder de decisión como expresión de la patriarcalización y colonización de las comunidades*, por ello, diferenciar las acciones colectivas por género nos lleva a considerar estas prácticas y, las subjetividades, valores y normas en que se desarrolla en los procesos organizativos como el caso de la Redesam. Una aproximación de análisis de las acciones colectivas de la Red sería la siguiente:

La Redesam es un movimiento incipiente de una coalición de cinco organizaciones sociales y políticas, asimismo, ha establecido una red de actores comunitarios con las parteras y promotoras de salud; cada actor es diferente y tiene sus propios estilos de acción o prácticas sociales. El componente de este movimiento se presenta bajo la forma de una pluralidad, unidas por una común pertenencia y por adversarios comunes (Alberoni, 1984:381-82) su campo de acción es el sistema político, pretende transformar los canales de participación para incidir en políticas públicas, por ello, se le puede catalogar como un movimiento con matiz reivindicativo.

Cabe destacar que muchas de estas acciones colectivas son consecuencia de las políticas sectoriales del actual modelo de desarrollo que se expresan dentro de los servicios de salud, colocándolo como un sistema ineficiente, inequitativo, discriminatorio e insostenible por el alto costo para garantizar un servicio con calidad y enfoque intercultural; y donde un grupo de la población, generalmente rural y de escasos recursos, queda excluido de los “beneficios del desarrollo”. De acuerdo a Grimberg (2003) el modelo político-económico neoliberal intensificó la pobreza y desigualdades sociales, la privatización de recursos públicos, de sectores como salud, la educación y los servicios sociales que integraban la salud como un bien público y un derecho ciudadano (citado por Alfonso, 2008:95)

Por ello, la interacción marco-micro regional es indispensable para arribar a cambios en la políticas sociales en el ámbito local, sin embargo, en este campo de acción vuelven a resurgir las subjetividades y valores ya que la voluntad política de los actores gubernamentales influyen mucho en la forma en que se distribuye el poder y el reconocimiento de la alteridad u otredad, entendida como la existencia, respeto y reconocimiento del otro/a, cabe destacar que se pretende ir abonando a una consciencia práctica, como lo ha expresado Guiddens.

Asimismo, esta relación entre salud y desarrollo desde una mirada de la determinación social en salud ha llevado a cuestionar los servicios públicos, desde el principio de la autodeterminación y la pluriculturalidad, así como los tratados internacionales, la demanda del movimiento zapatista y la reforma al artículo 1 de la Constitución en el año 2011 lograron la incorporación de la salud intercultural en la Ley General de Salud en los artículos 6° y 93°, se creó la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural en la Secretaría de Salud, la cual cuenta con recurso escasos o nulos, además se ha focalizado a grupos hablantes de lengua indígena.

No obstante, al observar los grupos de parteras de Atoyac, conocer sus experiencias, saberes y participación en ámbito familiar y comunitario, igualmente, sus prácticas de cuidado y atención durante el embarazo parto y puerperio. Se puede encontrar algunas similitudes con la atención que se presta en comunidades indígenas. Ambos modelos comunitarios entran en conflicto con el modelo de salud oficial, además de la legitimización de la partería a través de la escuela de parteras profesionales, las parteras tradiciones siguen siendo excluidas de todo tipo de participación. Sin embargo en los últimos cinco años se ha intensificado la capacitación a parteras, colocándolas nuevamente como un actor clave, pero fundamentalmente para la canalización hospitalaria de las mujeres embarazadas mediante la identificación de signos y síntomas de alarma en mujeres embarazadas, convirtiéndolas en actores discriminados y subordinados del sistema de salud. Asimismo, las parteras reconocen que a partir del Programa Oportunidades (ahora Prospera) y el Seguro Popular, se les ha presionado a las mujeres para que no vayan con ellas. No obstante, al no haber otra opción, todavía hay mujeres que continúan siendo una alternativa de atención en las comunidades alejadas y en menor medida en zonas suburbanas.

Las redes y relaciones que han tejido las parteras de Atoyac con las organizaciones sociales, representan una oportunidad para impulsar un modelo

participativo de atención integral a la salud de las mujeres a través de procesos interculturales, el reconocimiento de derechos humanos y la agencia estratégica de las parteras para potencializar las capacidades humanas, la corresponsabilidad y fomentar una cultura de atención dignificada en los centros de salud comunitario. Además de reconocer la importante labor de la partería, contribuiría a fortalecer el tejido social, la participación comunitaria y la confianza a través de la organización de espacios y estrategias que consideren las necesidades básicas y estratégicas de las mujeres, y el desarrollo de encuentros de diálogo de saberes que permita visibilizar creencias, conocimientos y prácticas de cuidado.

En ese sentido, no se puede pensar en estrategias para una reducción sostenida las tasas de mortalidad materna y embarazos en niñas y adolescentes, y un ejercicio efectivo de los derechos reproductivos de niñas y mujeres sin proceso de participación social multinivel con la inclusión de las parteras tradicionales de las comunidades y de actores sociales estratégicos.

7. Recomendaciones

En procesos de desarrollo rural regional es imprescindible la acción colectiva, ya que ello potenciará a lograr mejores condiciones de vida digna para todas las personas, en condiciones de mayor equidad, igualdad y justicia, en este sentido algunas recomendaciones que se sugieren son las siguientes:

- 1.** Se hace necesario responder a las necesidades de la realidad y potenciar la participación comunitaria de diversos actores sociales para la consolidación de espacios democracia efectiva y definición de políticas públicas en salud con enfoque de género, interculturalidad y derechos humanos, y no solo dirigirlo a grupos étnicos, sino, también a las comunidades rurales que así lo consideren pertinente.
- 2.** La propuesta del modelo participativo de atención a la salud reproductiva en las comunidades debe tener diversos niveles de articulación para su funcionamiento y efectividad, así como capacitación continua y diálogos intersectoriales de saberes tradicionales.
- 3.** Se requiere fortalecer las redes de articulación local en el ámbito municipal para que la infraestructura y equipo con que cuentan los servicios de salud pública puedan ser acercados a las comunidades y que las barreras en el acceso a la salud sean reducidas, principalmente para el caso de uso de ambulancia, hospedaje a personas convalecientes de las comunidades, consentimiento informado de los procedimientos obstétricos y otros relacionados y para que puedan tener una atención oportuna.

4. Las instituciones de gobierno deben incorporar un presupuesto de viáticos para el caso de personas que tienen que trasladarse de su comunidad o un para el caso de organizaciones que tengan que trasladarse a otro municipio, ello garantizaría la participación de más actores sociales ya que muchas veces no se cuentan con los recursos mínimos para la movilidad y ello garantizaría la sostenibilidad de los procesos.
5. Es importante que los actuales observatorios gubernamentales se coordinen con iniciativas independientes como observatorios, investigadores, organizaciones, redes o coaliciones de organizaciones para que haya una coparticipación, la generación de investigaciones que aborden los factores socioculturales y psicosociales y un monitoreo real de los presupuestos, políticas y programas que se implementen.
6. Es preocupante la falta de armonización en las leyes locales ya que algunas de ellas, y en particular, las que tienen que ver con los derechos sexuales y reproductivos, los derechos culturales y el derecho al desarrollo para ello, se requieran hacer comisiones especializadas para revisar las leyes locales que restringen derechos ya establecidos en la Constitución y tratados internacionales.
7. La comisión de derechos humanos, los sindicatos, la comisión de arbitraje médico y la contraloría interna, deberán desarrollar un papel protagónico para la garantía del ejercicio de derechos humanos.
8. Es necesario que se impulsen propuestas basadas en evidencia científica y se eliminen las barreras de acceso a los servicios de salud, promover *cero rechazo* para la atención de emergencias obstétricas en los hospitales y unidades médicas calificadas.

8. LITERATURA CITADA

- Alberoni Francesco. 1984. Teoría de la acción colectiva en Movimiento e Institución, Editora Nacional Madrid, España p.355-382.
- Adams Alfonso Rodríguez Ada Caridad, Reflexiones en torno a la sexualidad en el contexto de las determinantes sociales de la salud. en Eibenshurtz Hartman Catalina *et al*, ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Universidad Autónoma Metropolitana, México, D.F.
- Agost Felip María Raquel y Libertad Martín Alfonsoli, 2012. Acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2012; 38(1) 126-140.
- Bartra, Armando, 1996. Guerrero bronco. Campesinos, ciudadanos y guerrilleros en la Costa Grande. Ediciones sin filtro. México D.F.
- Bartra Armando, 1998. Guerrero: modelo para armar. Revista Guerrero en Movimiento, N°33 México DF, pp. 9-19.
- Bellato Gil Lilliana, 2007. Representaciones sociales de la sexualidad de hombres y mujeres mazahuas. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. México, D.F.
- Boisier Sergio, 2001 Desarrollo (local): ¿de qué estamos hablando? En Madoery, Oscar y Vázquez Barquero, Antonio (eds.), Transformaciones globales, Instituciones y Políticas de desarrollo local. Editorial Homo Sapiens, Rosario.
- Breilh Jaime, 2008, Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud en Eibenshurtz Hartman Catalina *et al*, ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Universidad Autónoma Metropolitana, México, D.F.

- Cabrera Alejandrina *et al.*; Por una discusión acerca de los informes de la CDSS desde la perspectiva de la medicina social latinoamericana en Eibenshurtz Hartman Catalina *et al.*, ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Universidad Autónoma Metropolitana, México, D.F
- Chapela Consuelo María y Cerda García Alejandro, 2010. Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos, México, D.F.
- Colectivo de Mujeres Campesinas de la Costa Grande de Guerrero, 2012, folleto 30 años de lucha. Instituto de Estudios para el Desarrollo Rural Maya A.C. México D.F.
- Combari Salinas Socia *et. al.*, 2010, El arte de investigar, México D.F., Universidad Autónoma de México. México D.F.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2005. Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Organización Mundial de la Salud. Disponible en web: http://www.who.int/social_determinants/en/
- Cuaderno de Información para la Planeación Municipal, 2007
- Díaz Echeverría Daniela Francisca, 2008. *Mortalidad materna: una tarea inconclusa*. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C. México D. F.
- Díaz Daniela, Dora Sánchez-Hidalgo, Graciela Freyermuth, Fundar, Martha Aida. Castañeda, 2002, *La mortalidad materna: un problema sin resolver*, Fundar Centro de Análisis e Investigación A.C.
- Eibenschutz Hartman Catalina *et al.*, ¿Determinantes o determinación social de la salud?. Universidad Autónoma de México, México D.F.
- Flores Hernández Aurelia y Espejel Rodríguez Adelina, 2012. Una Estrategia Institucional en la Prevención de la Muerte Materna en el Estado de Guerrero, México. Ra Ximhai, enero - abril, año/Vol. 8, Número 1 Universidad Autónoma Indígena de México, Sinaloa. pp. 65-81.
- Flores Joaquín y Canabal Beatriz, 1998. Espacios de poder y reproducción social en la Montaña de Guerrero. Revista Guerrero en Movimiento, p 20-29.

- Foucault Michel, 1974, Historia de la medicalización Segunda. Conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil.
- Foucault Michel, 1986, Historia de la sexualidad. 2. El uso de los placeres. Siglo Veintiuno de España editores, s. a. México-España-Argentina-Colombia.
- Freyermut Graciela, 2000. Morir en Chenalhó. Tesis Género, etnia y generación. Factores constitutivos del riesgo durante la maternidad. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Freyermut Graciela, 2009, *La muerte materna acciones y estrategias hacia una maternidad segura*, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos. Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A.C. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Freyermuth Enciso María Graciela, 2010, Mortalidad materna. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres. CIESAS, Coneval y CNDH, México, D.F.
- Freyermuth Enciso María Graciela y Paola Sesia coord. (2013). Monitoreos, diagnósticos y evaluaciones en salud materna y reproductiva. Comité por una maternidad segura en México; Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y Observatorio de Mortalidad Materna en México. México D.F.
- García Linera, 2004 “Los movimientos sociales. ¿Qué son? ¿De dónde vienen?”, en Revista Barataria, Los movimientos sociales, Año 1, Número 1, La Paz.
- Giddens, Anthony (1987), *Las nuevas reglas del método sociológico*, Buenos Aires, Amorrourtu.
- Giménez, Gilberto (1994), “Apuntes para una teoría de la región y de la identidad regional”, en *Estudio sobre las culturas contemporáneas*, año/vol. VI, núm. 018, Colima, Universidad de Colima, pp. 165-173.
- Gómez A Rubén Darío, et al., 2006, Políticas públicas y salud: relación entre investigación y decisión. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 24,

núm. 2, julio-diciembre, 2006, pp. 105-118. Universidad de Antioquia Colombia.

- Hernández Romero Yasmín *et al.*, 2012. Análisis y configuración del desarrollo regional. Un enfoque desde los actores. *Espacios Públicos*, vol. 15, núm. 34, mayo-agosto, 2012, pp. 188-207. México D.F. Universidad Autónoma del Estado de México. Disponible en web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67623463009>.
- Informe sobre la salud en el mundo, 2008, *La atención primaria, más necesaria que nunca*, Organización Panamericana de la Salud.
- Jasper James M., 2012. ¿De la estructura a la acción? La teoría de los movimientos sociales después de los grandes paradigmas en *Revista sociológica*, año 27, número 75, enero-abril, pp.7-48. N
- Kay Cristóbal, (2002) Los paradigmas del desarrollo rural en América Latina' en *El Mundo Rural en "Era de Globalización: Incertidumbres y Posibilidades"*, F. García Pascual (coordinador). Madrid: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación y Lleida: Universitat de Lleida, pp.337-429.
- Lebrou, Marie, 2009, *Análisis de los factores explicativos de la mortalidad materna en Bolivia*, Centro de d'Etude et de Recherche de Developpement International Universite d'Auvergne, Clermont-Ferrand I.
- Lib Cesar y Locabado Fernando, 2005, *Determinantes sociales de salud en Perú*, Ministerio de Salud, Universidad Norbert Wiener, Organización Panamericana de la Salud.
- Long, Norman (2007), *Sociología del desarrollo: una perspectiva centrada en el actor*, México, CIESAS / El Colegio de San Luis.
- Melucci, 2001, Teoría de la acción colectiva en *Acción colectiva, vida cotidiana y democracia*, Estudios sociológicos, México.
- Meléndez, D., 2008, "La Muerte Materna y el Seguro Popular de Salud en el estado de Guerrero" en *La Salud de las Mujeres Guerrerenses*, México: <http://www.fundar.org.mx/clases/wp-content/uploads/pdf/saludonepager.pdf> (Consultado: 26 de septiembre, 2014).

- Menéndez Eduardo L., 2008, Etnicidad, racismo y género. Algunos problemas ético metodológicos en Eibenshurtz Hartman Catalina *et al*, ¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Universidad Autónoma Metropolitana, México, D.F.
- Moiso Adriana *et. al.* 2007, *Fundamentos de salud pública*, Buenos Aires, Argentina, Universidad Nacional de la Plata.
- Pérez Mariana, Coord., 2010 Cinco Miradas al Derecho a la Salud. Estudios de Caso en México, El Salvador y Nicaragua. Fundar, Centro De Análisis E Investigación, A.C. México D.F.
- Plácido Río Elizabeth C. *et al.*, 2008, Retos Legislativos Mujeres Guerrerenses. Coalición por la Salud de las Mujeres, México, D.F.
- Raphael de la Madrid Ricardo Reporte sobre la discriminación en México 2012 Salud y alimentación. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, México D.F.
- Quintana S. Víctor M., 2009, Chihuahua: actores sociales y modernización Nóesis. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades, vol. 18, núm. 36, 2009, pp.100-126. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85919840006>
- Rodríguez Lilia, 2008, Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva. da Associação Latino Americana de População, ALAP, realizado em Córdoba (Argentina, de 24 a 26 de setiembre de 2008)
- Romero-Pérez Irma *et al.*, 2010. Muerte materna: una revisión de la literatura sobre factores socioculturales. Revista Perinatología y Reproducción Humana. Enero-Marzo, 2010 Volumen 24, Número 1 pp 42-50
- Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos, 2006. Acceso A Servicios De Salud Materna Desde Una Perspectiva De Derechos Humanos Washington, D.C. Disponible en Internet: <http://www.cidh.org>
- Torres Sylvia y Sequeina Santiago, 2003, *Investigación cualitativa sobre mortalidad materna en Honduras*, Instituto Nacional de la Mujer (INAM)

- Villagómez Ornelas Paloma, et al., 2011, Perfiles de Salud Reproductiva, Consejo Nacional de Población, México D.F.
- Banco Mundial. Datos Índice de Gini y Razón de Muerte Materna.
- CONAPO: Índice de Marginación, México 2010.
- CONAPO: Índice de Intensidad Migratoria, México 2010.
- CONEVAL: Indicadores de pobreza municipal, México 2010.
- INEGI. Censo de Población y Vivienda, México 2010
- SEDESOL: Cuaderno de Información para la Planeación Municipal, Atoyac de Álvarez, Guerrero 2007.
- PNUD: Índices de Desarrollo Humano 2012.
- INFOMEX Federal y Guerrero.