



Ra Ximhai

ISSN: 1665-0441

raximhai@uaim.edu.mx

Universidad Autónoma Indígena de México
México

Flores-Hernández, Aurelia; Espejel-Rodríguez, Adelina
UNA ESTRATEGIA INSTITUCIONAL EN LA PREVENCIÓN DE LA MUERTE MATERNA EN EL
ESTADO DE GUERRERO, MÉXICO

Ra Ximhai, vol. 8, núm. 1, enero-abril, 2012, pp. 65-81

Universidad Autónoma Indígena de México
El Fuerte, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46123324005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Ra Ximhai

Revista de Sociedad, Cultura y Desarrollo
Sustentable

Ra Ximhai
Universidad Autónoma Indígena de México
ISSN: 1665-0441
México

2012

UNA ESTRATEGIA INSTITUCIONAL EN LA PREVENCIÓN DE LA MUERTE MATERNA EN EL ESTADO DE GUERRERO, MÉXICO

Aurelia Flores-Hernández y Adelina Espejel-Rodríguez

Ra Ximhai, enero - abril, año/Vol. 8, Número 1

Universidad Autónoma Indígena de México

Mochicahui, El Fuerte, Sinaloa. pp. 65-81.



e-revist@s

UNA ESTRATEGIA INSTITUCIONAL EN LA PREVENCIÓN DE LA MUERTE MATERNA EN EL ESTADO DE GUERRERO, MÉXICO

A CORPORATE STRATEGY FOR THE PREVENTION OF MATERNAL DEATH IN THE STATE OF GUERRERO, MEXICO

Aurelia Flores-Hernández¹ y Adelina Espejel-Rodríguez²

Profesora e Investigadora del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias para el Desarrollo Regional (CIISDER) de la Universidad Autónoma de Tlaxcala (UAT), Tel. (246) 4629922, reconocida como integrante del Sistema Nacional de Investigación (SNI -C-). Correo electrónico: aure7011@hotmail.com¹. Profesora e Investigadora del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias para el Desarrollo Regional (CIISDER) de la Universidad Autónoma de Tlaxcala (UAT), reconocida como integrante del Sistema Nacional de Investigación (SNI -I-) Tel. (246) 4629922².

RESUMEN

En este trabajo se reflexiona acerca de las acciones emprendidas en materia de prevención de la mortalidad materna en el nivel local por dos agentes: el gobierno guerrerense a través de la Secretaría de la Mujer y la participación activa de cuatro organizaciones sociales comprometidas con la lucha por una maternidad digna, segura y placentera. Interesa dar cuenta de los alcances y las expectativas de un programa ejecutado a partir del año 2005 y hasta el año 2009. Particularmente, se demuestra que la alianza entre la SEMUJER y organizaciones de la sociedad civil contribuyó alentadoramente para generar acciones específicas para contrarrestar la posibilidad de morir por riesgos asociados a la maternidad, aunque éstas aún son insuficientes. El trabajo es de corte cualitativo, su análisis se apoya el enfoque de las relaciones de género. **Palabras clave:** Género, muerte materna, instituciones, programa, organizaciones.

SUMMARY

This work reflects on the actions taken to prevent maternal mortality at local level for two agents: Guerrero government through Women Secretary and the active participation of four social organizations compromised to a worthy, sure and pleasant motherhood. It is interested to show the approaches and expectations of a program executed from 2005 to 2009. Particularly, it's demonstrated that the alliance between SEMUJER and social organizations contributes to generate specific actions to offset the possibility of dying for risks associated to motherhood, though these are still insufficient. The work is qualitative, and its analysis supports the gender relations.

Keywords: Gender, maternal death, institutions, program, organizations.

INTRODUCCIÓN

En el marco de disposiciones internacionales, en el año 2000, el gobierno de México y otros 188 Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) establecieron el compromiso de lograr los Ocho Objetivos del

Desarrollo del Milenio (ODM). Estos propósitos son referente mundial para encaminar acciones de sensibilización estratégica orientados a reducir los índices de pobreza; lograr el acceso a la educación primaria universal; la igualdad entre géneros y la autonomía de las mujeres; reducir la mortalidad infantil; mejorar la salud materna; combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades; asegurar la sostenibilidad medioambiental y fomentar una asociación mundial para el desarrollo (Freedman, 2003). El objetivo 5 estableció la meta de Mejorar la salud materna y reducir la mortalidad materna en un 75 por ciento. Desafortunadamente, México solo había logrado entre el año 1990 al 2005 un descenso de casi 29 por ciento. En años recientes tal disminución se ha estancado, sobre todo en los estados del sur.

En este trabajo se reflexiona acerca de las acciones emprendidas para asegurar una maternidad digna, segura y placentera, en el nivel local por dos actores: la Secretaría de la Mujer (SEMUJER) y la participación activa de cuatro organizaciones ciudadanas. El vínculo entre ambos agentes dio como resultado la generación de acciones específicas en favor de la salud de las mujeres y de las vidas que traen al mundo, que fueron institucionalizadas a través del *Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna*.

La muerte materna está irremediamente asociada con situaciones de desigualdad social y diferencias de género. La atención de la salud hacia las mujeres es determinada por

distintos factores multicausales. Los valores y normas culturales, y sociales fomentan patrones de conducta que pueden traer consecuencias altamente peligrosas para la vida de las mujeres y de su descendencia. Además, el riesgo de morir también es inducido por otros factores que se encuentran directamente vinculados a situaciones de pobreza en su nivel máximo tales como la falta de cuidados especializados antes, durante y después del embarazo, la falta de información y educación para la salud, la falta de infraestructura, la falta de servicios institucionales de salud que se hacen difíciles por distancia, transporte, costo y calidad, las condiciones de vida paupérrimas, los hábitos alimenticios deficientes, la presencia de enfermedades y condiciones insalubres, los niveles mínimos de educación, entre muchos otros. La calidad en la alimentación, una vivienda digna, contar con vestido y niveles de educación adecuados son algunos de los factores que marcan la posibilidad de morir o de vivir (Meneses, 2009; Bissell, 2009). Aunque también, en la sociedad, el conjunto de valores, conductas y comportamientos exigidos a cada género -atributos o cualidades de género-, induce el riesgo de morir.

Las causas determinantes de la muerte materna se enraízan en situaciones de inequidad genérica. Estas situaciones atraviesan diversos ámbitos de la vida social (Meneses, 2010; Meléndez, 2007; Bissell, 2009). La presencia de la división sexual del trabajo y de estructuras jerárquicas a la par de la presencia de pautas culturales y costumbres arraigadas en un sistema local que controlan la sexualidad (inicio temprano de la vida sexual, normas matrimoniales, comportamientos femeninos y masculinos, etcétera), se traducen en relaciones de inequidad genérica. Elú de Leñero (1992:6) precisa: “Es indiscutible que la capacidad de gestar y parir son características biológicas de las mujeres; no presentes en los varones, sin embargo, la maternidad, las modalidades en que se produce, los intereses a los que responde, sus potencialidades de poder social y familiar, las contradicciones con que se maneja, etcétera, son creaciones culturales”.

La muerte materna en el enfoque la salud reproductiva

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en el año 1994 se abrió el camino hacia una nueva visión a escala mundial sobre el concepto de salud reproductiva. En ésta, se reconoció por primera vez no solamente el derecho a la planificación familiar, sino también el derecho universal a la salud sexual y reproductiva, y en el sentido amplio de los derechos reproductivos. El término salud reproductiva implica derechos y libertades al respecto, al mismo tiempo que supone una dimensión que va más allá del cumplimiento del derecho individual.

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

Los derechos reproductivos y sexuales rebasan lo biológico, incluyen ámbitos institucionales, políticos y culturales, comprenden el respeto a la libertad sexual y de procreación y la disponibilidad de los medios para hacer efectivos este derecho

(Salles y Tuirán, 1995). La mortalidad materna representa indudablemente una violación a los derechos reproductivos y refleja las disparidades entre grupos sociales, entre regiones y entre países (Uribe et al., 2009). El tesón de la muerte materna por causas que pudieran prevenirse es una expresión de las desigualdades de género, de condición étnica y de situación económica construidas en los planos local y estructural, individual y colectivo (Meneses, 2009).

El Objetivo 5 de los ODM representa el único que tiene relación directa con la salud reproductiva (Freedman, 2003). Sin embargo, en la Declaración del Milenio, el enfoque amplio de la salud reproductiva fue suprimida y es hasta el año 2005, en la Cumbre del Milenio celebrada con el fin dar seguimiento a los compromisos y reflexionar en torno a los primeros cinco años de las Metas del Milenio que se pacta agregar a la meta bajo el resguardo del Objetivo 5 lo siguiente: “Lograr que en el año 2015 sea una realidad el acceso universal a la salud reproductiva”. Esta intención ratificó que la carencia o el real acceso a servicios de salud reproductiva hacen una diferencia sustantiva en ampliar las posibilidades de disminuir la mortalidad materna.

Esta nueva consigna reforzó las acciones integrales planteadas en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Díaz, 2010). En el año 2007 para conmemorar los 20 años de la Iniciativa por una Maternidad Sin Riesgos y renovar el apoyo para esta crisis mundial que aún no había sido resuelta se llevó a cabo la *Conferencia Mundial Las Mujeres Dan Vida* realizada en Londres. A este evento asistieron líderes, prestadores de servicios de salud, activistas, mujeres, jóvenes y familias afectadas por la muerte materna en todo el mundo. El propósito fue generar un mayor compromiso político y financiero para la promoción de la salud materna, al mismo tiempo que se construyeron otras plataformas importantes de concientización y acción en el combate a esta problemática. Se hizo hincapié en las estrategias que para tal fin son

necesarias: acceso universal y gratuito a métodos de planificación familiar, anticoncepción de emergencia y aborto seguro; acceso pleno y universal a la atención calificada del embarazo, parto y puerperio, y acceso oportuno e irrestricto a la atención obstétrica de emergencia. Se reconoció que aunque estas estrategias ya están ampliamente reconocidas y consensuadas, aún hace falta un mayor impacto (Castañeda, 2010; Bissell, 2009; Díaz, 2010).

En esta Conferencia a través de la Iniciativa Las Mujeres Dan Vida se formularon nuevas estrategias para renovar el compromiso internacional, centrando la atención en la conexión crítica que existe entre la salud de las mujeres, sus derechos, la educación y la reducción de la pobreza. Tal Iniciativa además pretende alentar a los gobiernos a integrar la salud y los derechos de las mujeres en los planes y estrategias nacionales; iniciar una campaña para que los sectores privado y público contribuyan con mayores recursos, y persuadir a la comunidad internacional para que utilice la salud de las mujeres, madres y bebés como un indicador clave de la salud de todas las naciones.

Esta Iniciativa generó un nuevo camino para alcanzar el Objetivo 5 de las Metas del Milenio centrado en tres pilares: la planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva; la atención calificada durante e inmediatamente después del embarazo; y la atención obstétrica de emergencia cuando existan complicaciones que pongan en riesgo la vida de las mujeres o de su descendencia (Castañeda, 2010; Bissell, 2009; Díaz, 2010). Las respuestas nacionales, estatales y locales para hacer frente a la problemática de la muerte materna y responder a estas consignas mundiales han sido diversas.

Fuentes escritas y orales: herramientas metodológicas

Para la sistematización de los impactos y alcances de esta estrategia institucional orientada a la disminución de la muerte materna se recurrió a la recuperación y el

análisis de fuentes escritas y orales. La documentación de escritorio que en cada cambio gubernamental es destinada al “archivo muerto” institucional fue un recurso recuperado e indispensable para dejar plasmado y accesible la experiencia enriquecedora de este programa: informes, planes de trabajo y reportes administrativos constituyeron fuente central y objeto de escrutinio. Esta mirada “al interior” de la institución quiso por un lado, mostrar el interés de quienes dirigieron a la SEMUJER durante el periodo 2005-2011, y por otro, resaltar el compromiso institucional reorientado en campos de acción donde la competencia normativa no lo permitía. Con ello, se intentó alejarse de una mirada centrada y reducida a la burocracia y a la falta de apoyos, y se apostó hacia visualizar el margen de actuación que permitió a las directivas de esta Secretaría arriesgarse más allá de las atribuciones y las responsabilidades legales.

Otra fuente de información la constituyeron los testimonios de las participantes en este programa, tanto de aquellas mujeres que en su trinchera institucional lo defendieron y lo alentaron, como de aquellas otras que se

involucraron en éste cumpliendo diversas funciones: parteras, promotoras de salud, alfabetizadoras, traductoras, gestoras, acompañantes, etcétera. La narrativa de los testimonios como fuente de información reafirma que las mujeres en su vida cotidiana se encuentran tejiendo en el hoy y el mañana mejores posibilidades para evitar o prevenir que otras mujeres enfrenten el riesgo de morir por parir una nueva vida.

Se aplicaron dos instrumentos: 52 cuestionarios a igual número de mujeres, el cual fue útil para configurar el perfil de las beneficiarias; y 24 entrevistas a profundidad a directivas institucionales, responsables o coordinadoras de organizaciones; y parteras, promotoras de salud, traductoras y alfabetizadoras. (Cuadro 1). Con los instrumentos se recuperó información de las experiencias, las motivaciones y las herramientas personales que estimularon este programa. Además, se exploró el origen del mismo, sus inconvenientes, logros y expectativas futuras, así como, la estructura de la organización, el papel de las dirigentas, y particularmente, las vivencias personales respecto al tema tratado: la muerte materna.

Cuadro 1. Instrumentos aplicados.

Organizaciones	Instrumento Cuestionario	1. Instrumento 2. Entrevistas a profundidad
Kinal Antzetik Guerrero A.C. (Tierra de Mujeres)	52	8 promotoras 3 parteras 4 integrantes de la organización
Casa de Salud de Mujeres Indígenas Manos Unidas de Ometepec A.C.		
Noche Zihuame Zan Ze Tajome		1 integrante de la organización
Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas y Afroamericanas (CGMIA)		1 partero 3 parteras 2 promotoras 2 integrantes de la organización
Total		24

Fuente: Trabajo de campo, 2010.

Caracterización de las mujeres participantes

De las 52 mujeres a quienes se les aplicó el primer instrumento, 24 provenían de la región de la Montaña, principalmente de los

municipios de Olinalá, Acatepec y Tlacoapa; y 28 de la región de la Costa Chica de los municipios de San Luis Acatlán, Igualapa y Ometepec. El 98 por ciento del total de mujeres participa de alguna forma en el

Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna, en 28 casos como promotoras de salud, 15 como parteras, 9 como promotoras de educación – alfabetizadoras– y difusoras de información y asistentes a cursos. Solamente una mujer dijo participar eventualmente sólo en las capacitaciones.

El promedio de edad entre las entrevistadas fue de 39.9 años, sin embargo, en los casos de las parteras, el promedio de edad fue de 56.3 años. En cuanto a su situación civil, en 32 casos fueron casadas, 8 viudas, 5 jefas de familia y 5 solteras. El promedio de hijos e hijas fue de 4.2, en el caso de las mujeres parteras el promedio fue de 6.8. Las 5 mujeres solteras declararon no tener descendencia.

Respecto a su situación de saber leer y escribir, 39 mujeres respondieron afirmativamente. El nivel de escolaridad es principalmente básico (20 mujeres) en los grados de primero y segundo; enseguida el nivel medio (8 mujeres), posteriormente medio superior (4 mujeres), en estos casos todas con preparatoria concluida; y finalmente, nivel superior (2 mujeres), ambas con grado obtenido. En cuanto a su condición de lengua, 41 de las 52 mujeres dijeron hablar español y alguna lengua indígena, es decir, 78.8 por ciento del total de mujeres; solamente 7 dijeron hablar exclusivamente su lengua y 3 dijeron hablar sólo español. Las lenguas referidas fueron Náhuatl, Mixteco, Tlapaneco, Amuzgo y Nasavi.

Solamente 15 mujeres, es decir, 28.8 por ciento respondieron tener un ingreso mensual, el promedio de éste era de alrededor de 800 pesos mensuales, en estos casos correspondieron a mujeres con algún tipo de actividad económica estable. El resto de mujeres expresó no contar con ningún tipo de ingreso fijo. Las parteras refirieron recibir un pago por parto atendido de alrededor de 300 pesos, aunque destaca que estos fueron casos mínimos, la mayoría de ellas reciben pagos en especie (frijol, maíz, azúcar y otros). El

número de partos atendidos por mes es de dos.

El reclamo social: Foro 2005 en San Luis Acatlán, Guerrero

En el marco del contexto internacional de la primera década del siglo XXI, la Secretaría de la Mujer del estado de Guerrero iniciaría las primeras acciones de lo que llevaría a la conformación del *Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna*. Este programa surgiría como respuesta institucional a las demandas presentadas en el año 2005 en el *Foro Nacional de Prevención de Muerte Materna en México “¿Y las Mujeres Indígenas?”* efectuado durante los días 26 y 27 de mayo en el municipio de San Luis Acatlán, Guerrero, México. Las denuncias provinieron de integrantes de organizaciones de la sociedad civil -locales, nacionales e internacionales- que formaban parte del Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgo en México, y venían participando activamente en la prevención de fallecimientos de mujeres por razones asociadas a la maternidad, de las regiones de la Costa Chica y la Montaña. En este evento se presentó un panorama de la muerte materna ocurrida en el estado.

El Foro convocó la participación de la Secretaría de la Mujer (SEMUJER), la Secretaría de Salud, la Comisión Estatal de Derechos Indígenas y otras instituciones involucradas en el desarrollo social, la atención a la salud y la protección de los derechos de las mujeres. En este Foro también participaron directamente mujeres de zonas altamente afectadas por esta problemática, Ofelia, una mujer mixteca, partera y promotora de salud, y actualmente presidenta de la Policía Comunitaria de San Luis Acatlán narró su experiencia:

“En mi pueblo, en el año 2005 participaba con el Dr. Jorge García Vázquez, presidente de la Comisión de Salud, dábamos seguimiento a las comunidades con una unidad móvil, se hacían ultrasonidos para chequeo del embarazo a las mujeres de la

zona mixteca y tlapaneca. En ese año asistí a un foro de salud en San Luis, me vine con parteras de varias comunidades, muchas de ellas jamás habían asistido a alguna reunión, esa fue la primera vez. Al foro también vinieron autoridades de diferentes instancias, recibieron la inconformidad de la gente: ‘en las clínicas o los centros de salud no hay medicamentos, no hay doctores, no hay enfermeras, no hay ni siquiera un técnico que dé atención’. Teníamos el primer lugar de muerte materna, en ese tiempo se escuchaba que murió una señora. En 2005 se murieron dos señoras. La gente estaba molesta, reclamaba sus derechos, culpaba a las autoridades. Yo dije “todos somos culpables”, nosotros como comunidad, la gente con sus usos y costumbres es difícil, el hombre es muy machista y niega a la mujer que vaya con una doctora y la revise, el hombre es muy celoso de que descubran a su mujer, los

señores no cambian, son machistas, aunque una quiera cambiar las cosas todavía los señores ponen sus condiciones; y la autoridad no gestiona para que se den pláticas, la gente no está capacitada. A partir de ese foro y del compromiso de las autoridades hemos podido evitar la muerte materna, en mi pueblo ya no se ha dado” (Ofelia, promotora, 2010).

Este testimonio enuncia el contexto y la complejidad del fenómeno: invisibilización de las mujeres, falta de autonomía, insuficiencia en materia de atención médica, normas consuetudinarias discriminatorias, etcétera. Además, los registros de razón de muerte materna corroboran la situación que viene ocurriendo en el estado de Guerrero, el cual año tras año se disputa con los estados de Chiapas y Oaxaca, el primer lugar. Las cifras del Cuadro 2 son ilustrativas al respecto.

Cuadro 2. Razón de muerte materna Nacional, Guerrero y otros estados (2001-2008).

Estado Año	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Nacional	86.4	85.4	84.3	83.2	83.1	82.0	81.6	81.0
	62.6	60.0*	62.7*	61.0*	61.8*	58.6*	55.6*	57.2*
Chiapas	103.2	89.5	105.0	97.8	84.1	85.1	81.54	96.8
		89.5*	105.0*	97.8*	84.1*	85.1*	81.5*	89.5*
Guerrero	99.8				128.2	128	97.7	96.5
		97.0*	113.8*	97.2*	123.7*	125.5*	97.7*	97.0*
Oaxaca	86.9				95.1	74.2	102.3	98.7
		99.0*	65.4*	87.7*	99.2*	77.8*	102.0*	99.0*
Puebla	80.8				69.6			
		72.2*	75.6*	75.6*	64.3*	55.3*	51.4*	72.2*
Veracruz	78.1				64.6			
		76.0*	66.3*	73.2*	61.1*	59.6*	75.6*	76.0*
Durango						90.7		
Chihuahua						68.9		
Posición de Guerrero	2do	2do	1ero	2do	1ero	1ero	2do	3ro

Fuente: Díaz (sf); Castañeda (2010) Sesia (2009) y Meneses (2010). *Datos extraídos de <http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/RazonMuerteMaterna2002-2007.xls>

Frente a este contexto que ubica al estado de Guerrero como uno de los primeros estados del país que ha tenido desde hace ya varios años que enfrentar el difícil desafío de superar estas tragedias, y con el propósito de abatir esta grave problemática, la Secretaría de la Mujer estimuló el *Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna*.

La iniciativa institucional de la SEMUJER

A inicio de la administración estatal 2005-2011 se evaluó que de las Metas del Milenio, esta dependencia en el marco de su competencia podía contribuir estimulando el empoderamiento de las mujeres, y paralelamente asume emprender acciones que coadyuvaran a la reducción y la prevención de la muerte materna, por considerar que esta problemática estaba afectando intensamente a las mujeres indígenas guerrerenses, debido a una complejidad de situaciones, entre éstas,

condiciones inadecuadas de servicios de salud. Sin embargo, la SEMUJER reconoció que no era de su competencia la resolución directa de la infraestructura sanitaria, lo que sí era normativamente posible fue establecer medidas para disminuir otros factores determinantes que están alentando fallecimientos por esta causa – pobreza, exclusión de la seguridad social, desigualdad social y reproducción de las relaciones de inequidad genérica- en las tres regiones donde la incidencia de esta problemática era cada vez más alta: la Montaña, Costa Chica y Centro.

El programa citado se estructuró como una estrategia enfocada a la creación y fortalecimiento de una red social interesada en posicionar éste y otros temas en sus espacios comunitarios, así como, estimular el desarrollo de las habilidades de tal red para dar seguimiento puntual a la resolución de la problemática y las acciones propuestas con este fin, teniendo dentro de su discurso el marco normativo y jurídico de los derechos de las mujeres. La SEMUJER junto con algunas organizaciones sociales participantes en el Foro de San Luis definen como línea de acción la capacitación a parteras y promotoras de salud, y el reconocimiento a la labor que cada una de ellas realiza en su comunidad, mediante un apoyo económico o beca mensual.

Sin embargo, en ese momento, dicha Secretaría ya tenía su presupuesto etiquetado y le resultó imposible destinar recursos específicos para este fin, por lo que decidió que a través de la Subsecretaría de Equidad y Género y Desarrollo Humano se generaría el Programa Calidad de Vida y dentro de éste, se estimularían algunas acciones para contrarrestar la problemática. En un primer momento, se llevaron a cabo Ferias de la Salud donde las mujeres recibían algún tipo de servicio médico, éstas se realizaban en municipios donde ya se gestaban procesos de atención a las mujeres por medio de beneficios otorgados por el Fondo de Apoyo a la Mujer.

En ese momento la función de la SEMUJER se reducía a otorgar apoyos a las mujeres para transporte, alimentación y entrega de canastas con biberones, mantas y otros utensilios útiles para el nacimiento de bebés. Además, a la Secretaría le correspondía la canalización de las mujeres a programas que venía operando. Con este tipo de acciones aún dispersas quedan las bases para lo que en un futuro cercano se constituiría en el *Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna*. En concreto, el programa surgió como respuesta institucional de parte de la SEMUJER para cumplir los acuerdos asumidos en el Foro 2005 de San Luis Acatlán, sin embargo, como se ha precisado, el origen del programa se cimienta en las demandas de la sociedad civil.

No fue sino hasta el segundo año de gobierno que la SEMUJER estableció una vinculación más específica con organizaciones sociales locales que estaban atendiendo muerte materna, reconociendo la vasta experiencia de éstas en este tema. De esta manera, el Programa Calidad de Vida pasa de realizar acciones asistenciales –Ferias de la Salud- y se orienta fundamentalmente a la atención de la muerte materna. En este periodo queda constituido de manera institucional el programa y se perfila la conformación de una *Red de Parteras y Promotoras Comunitarias*, que iniciaría formalmente en el año 2007.

En el programa fue desarrollado en coordinación con la Secretaría de Salud, además de contar con la participación inicial de tres organizaciones de mujeres indígenas: Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas y Afroamericanas, Kinal Antzetik Guerrero A.C., y Casa de Salud de Mujeres de Indígenas Manos Unidas de Ometepec A. C. En el año 2009 se integraría también la organización Noche Zihuame Zan Ze Tajome. Las acciones conducidas en el marco del programa fueron aplicadas durante los años 2005 a 2009. Para el año 2009 la cobertura del programa cubría las regiones de la Montaña, Costa Chica y Centro, en 11

municipios¹, abarcando un total de 65 localidades. Estos municipios están identificados con los menores índices de desarrollo humano, y además, en éstos se ha detectado el mayor número de incidencia de muerte materna. La pretensión inicial del programa fue reconocer el trabajo comunitario que parteras, promotoras de salud, educadoras y traductoras otorgándoles una beca, propósito que fue rebasado conforme el programa se desarrollaba.

La participación de las mujeres integradas en la Red

Uno de los alcances mayores del programa radicó en aceptar que la relación entre el gobierno –a través de la SEMUJER- y las organizaciones de la sociedad civil debía fundarse en una figura de sujetos/actores sociales y no sólo de objetos de intervención/asistencia. Se logró establecer un sistema de relaciones basadas en la reciprocidad, la complementariedad, la tolerancia y el respeto a la pluriculturalidad, alejadas de una visión en donde las mujeres no son protagonistas. La participación abierta de las organizaciones comprometidas incluía la toma de decisiones en el mismo nivel de interlocución, de opinión, de compromiso y de trabajo. Una funcionaria de la SEMUJER mencionó:

“Las organizaciones civiles son aliadas del gobierno y nunca es más lo que piden, sin embargo, se debe saber que algunos presupuestos no salen de ciertas instituciones, lo que hemos hecho a través de la Secretaría es coadyuvar a buscarlos en otras áreas del gobierno donde puedan atender sus demandas, o incluso en organismos internacionales. Las organizaciones son aliadas y bajo esa visión hemos establecido relaciones equitativas, hemos podido trabajar juntas no sólo en el tema de muerte materna sino en otros procesos organizativos y participativos que la Secretaría ha emprendido. Con esta visión, dejamos la visión asistencial para pasar a una visión de

incorporar a las mujeres al desarrollo” (Funcionaria de la SEMUJER, 2010).

Las organizaciones se colocaron como gestoras, representantes y guardianas de las mujeres beneficiadas y de los beneficios recibidos, asumiendo el compromiso de trabajo y responsabilidad para lograr un objetivo común: prevenir y disminuir la muerte materna. La participación activa de cada uno de los agentes en esta dinámica permitió que se desplazara el esquema tradicional-vertical y se optara por una estrategia institucional horizontal-circular, en donde las acciones conjuntas intentaran alcanzar tal fin común. En esta dinámica, la Red de Parteras y Promotoras Comunitarias fue establecida para funcionar como mecanismo que daría a las organizaciones y a sus integrantes, la oportunidad de opinar y ser parte activa en la toma de decisiones.

La Red sería el enlace directo entre las mujeres atendidas –mujeres embarazadas-, las mujeres beneficiadas, las organizaciones sociales y la SEMUJER.

El reconocimiento de actores externos a los servicios de salud, tiene un papel fundamental, particularmente en localidades donde no existe acceso a ningún servicio de salud y se requiere de la actuación inmediata de alguien para ayudar a convencer a los familiares a tomar la decisión de trasladar a una mujer embarazada al hospital o centro de salud, para evitar las complicaciones obstétricas que pudieran presentarse, ya sea mediante el control prenatal o para la atención del parto (Castañeda, 2010; Population Council, 2009). En la mayoría de los casos, las promotoras de salud y las parteras son quienes tienen esta función en las comunidades, pues las autoridades locales desconocen la magnitud y el impacto de la problemática y como consecuencia no intervienen en ésta.

En el Cuadro 3 se describen las múltiples tareas y actividades que las mujeres participantes en el programa realizan, ya sea en coordinación con el personal del sector

¹ Igualapa, Ometepéc, San Luis Acatlán, Tlacoachistlahuaca, Xochistlahuaca, Acatepec, Olinalá, Malinaltepec, Metlatónoc, Tlacoapa, Zapotitlán Tablas.

salud, como las tareas que ellas emprenden en sus comunidades para favorecer la atención

de mujeres embarazadas y en situación de riesgo.

Cuadro 3. Actividades realizadas por las mujeres del programa.

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

Fuente: Trabajo de campo, 2010.

Las funciones de las promotoras y las parteras son múltiples: asesoras, facilitadoras, propulsoras de un proceso educativo, traductoras, gestoras, acompañantes, demandantes, etcétera. Las actividades de las parteras son fundamentales para preservar la vida de las mujeres y su descendencia, así lo dijo una de ellas:

“Todos mis hijos nacieron vivos, gracias a dios, todos normal, yo solita, sin partera, sin doctor, sin nada. Antes no era partera capacitada, ya tengo más experiencia, me han capacitado y me siento muy segura de mí y de mi trabajo, he salido adelante, es lo que a mí

siempre me ha gustado, hasta la fecha. Veía como nacían los bebés y me emocionaba. Cuando me casé, tuve mi primer hijo sola...Yo estaba contenta porque no se morían ni el bebé ni la mamá, me envié, fue un vicio para mí...Llevo más de ciento cincuenta, ciento setenta partos atendidos. Antes no se les daba la hoja de alumbramiento, ahora ya se da y ahí llevo mi control, hasta agosto llevaba veinte cuatro, y ahorita lo que va de septiembre he atendido dos” (Renata, partera, 2010).

La función de enlace intercultural y de traductora entre el personal médico y de otras instancias resulta vital y representa la posibilidad para una mujer de ser atendida oportuna y eficazmente. Una mujer contó su experiencia:

“Vienen y me piden apoyo, yo voy, les traduzco y así empecé, fui entrando a la jurisdicción, a conseguir gasolina, vales de comida, el medicamento, es difícil. Antes no nos reconocían, cuando yo llegué ya estaba un poquito abierta la puerta, es tardado porque te dicen ‘no está el doctor para ese apoyo mejor vente mañana’ y ahí vamos, hasta conseguir las cosas y apoyamos a las compañeras. Así nos fueron conociendo otras mujeres. Así empezamos, caminando, caminando y llegó un tiempo que en la organización dijimos que en el hospital faltaba una traductora. Estuve cinco meses en el hospital de parte del ayuntamiento, me daban un apoyo económico por traducir” (Rosa, traductora, 2010).

La función de facilitadora, capacitadora y replicadora permite comunicar e informar sobre diferentes temáticas de interés para la vida de las mujeres, especialmente, dadas las condiciones de marginación en las que ellas viven. De la manera siguiente lo enunció una promotora:

“Ahora que hay promotoras estamos entrevistando a las señoras de casa en casa, estamos al pendiente, les pedimos los datos con un formato que nos da la Secretaría de la Mujer y ahí anotamos todos los datos: nombre de la promotora, fecha del día de la

visita y nombre de la embarazada, edad, fecha de la última regla, cuántos hijos tiene, si es casada o no es casada, todo eso se contesta y ya lo entregamos... [antes de 2005] no hacíamos eso, nada, no había ni promotoras, nada. Igual, como partera, una atiende a una embarazada que tenga siete u ocho meses, si ella llega a mi casa y quiere que la revise, la reviso, conozco el latido del corazón del bebé, le digo como está acomodado el niño, pero no le puedo asegurar si el niño viene bien porque hay que estar segura que el niño no trae el cordón en el cuello sino hay que mandarla al hospital para un ultrasonido...yo les digo a las mujeres, háganse el estudio de laboratorio y de ultrasonido, tómense su suplemento que se les da en el centro de salud, el ácido fólico sirve para que el niño vaya bien formadito, para que ustedes estén bien de peso deben de alimentarse” (Ofelia, promotora, 2010).

Es importante señalar que en aquellas poblaciones donde se encuentra alguna partera o promotora integrante de la Red, el registro de casos de mujeres fallecidas en razón de causas asociadas a la muerte materna no está ocurriendo de manera acelerada. En otras palabras, en aquellas localidades que cuentan con presencia de alguna de las integrantes de la Red, la muerte materna es prácticamente inexistente (Cuadro 4). Durante los años 2007, 2008 y 2009, de 11 municipios con 65 localidades en donde existe la labor de alguna integrante de la Red solamente se habían registrado 6 fallecimientos.

Cuadro 4. Cobertura de la Red de Parteras y Promotoras Comunitarias (2007-2010).

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

Fuente: Trabajo de campo, 2010.

Así que, mientras una mujer capacitada y empoderada acompañe, dé seguimiento, y asesore a otras mujeres, las incidencias de muertes relacionadas con esta problemática podrán ser prevenidas y controladas, aunque es importante precisar que este esfuerzo individual o grupal debe ir acompañado y apoyado por instancias mayores. A través de las integrantes de la Red se ha procurado la participación activa de la comunidad tendente a la autogestión, la denuncia y la defensoría, ello ha obligado a las mujeres a estar inmersas en procesos de formación y crecimiento personal. De la siguiente manera lo expresó una participante del programa:

“Si llega una embarazada a urgencias, lo que ella siente es dolor y le dicen ‘tienes que caminar’, pero no la checan bien, con cuidado. Luego se dan cuenta que la mujer se empieza a desesperar y ven si una está ahí, la gente de lenguas [traductoras] Ceci o Rosa de lengua mixteca, entonces trabajaba bien, a mi

gente la traté a lo máximo, pero salí mal porque a la directora del hospital ya no le gustó mi manera de actuar, de ayudar a mi gente. Un día llegó una muchacha de Cruz Verde, no traía constancia de embarazo, y acudió con la trabajadora social para que la apoyara con la constancia y me dice, ‘aquí no se la podemos hacer que se regrese a su comunidad, que traiga su expediente y entonces ya se la hacemos’. Yo sé que esa constancia se consigue en el centro de salud, pero esa señora venía de lejos, luego, llega al hospital, la hacemos regresar y otra vez al hospital y son treinta, cuarenta pesos que le hacemos que gaste y son gente que no trae ni para comer. Yo le dije, ‘no te preocupes, tú vas a pasar a consulta hoy, yo te voy a ayudar’. La trabajadora social no me dio la solución, ese fue mi reclamo. Yo traje a la mujer, conseguimos su constancia, la volví a llevar, el chiste es que ella recibió atención y le tomaron su ultrasonido, tenía amenaza de aborto y no la querían atender. Después la

Directora de Asuntos Indígenas me llamó la atención, que yo me porté mal, que por qué reclamé, pero si cuando en la junta yo me paré, agarré el micrófono y dije que nosotras no nos merecemos ese trato, imagínate venir de una comunidad lejana y que nos digan eso, yo levanté la voz porque no nos merecemos ese trato, cuanto y más ahora que ya contamos con el apoyo de otras y de la Secretaría de la Mujer” (Rosa, traductora, 2010).

Aunque el propósito inicial del programa lo significó directamente la entrega económica simbólica en modalidades de becas mensuales, sin embargo, este apoyo no representaba un pago significativo para la labor que este grupo importante de mujeres lleva a cabo y las arduas tareas que cada una de ellas hace en sus localidades de manera individual o colaborando con personal de salud. Así, más allá de la retribución económica, las mujeres tuvieron acceso y se vieron inmersas en un proceso integral de capacitación y de educación más amplio.

La SEMUJER partió de considerar que la capacitación produciría prácticas y el ejercicio de un trabajo por cada una de las integrantes más “especializado” en la prevención de la muerte materna. El 61.5 por ciento de las mujeres entrevistadas dijo haberse capacitado en temas como: Prevención y atención de muerte materna, Derechos sexuales y reproductivos, Violencia intrafamiliar, Tratamiento de partos, Embarazo en riesgo, Violencia hacia la mujer, Cuidado Materno y Puerperio, Buen

trato, Calidad de vida, y Derechos a la salud. Las capacitaciones han contribuido tanto al posicionamiento de las mujeres en su comunidades de origen como a estimular procesos de aprendizaje y defensoría.

Este proceso de capacitación, aunque de manera aún incipiente ha conducido al fortalecimiento de las capacidades y habilidades de las integrantes de la Red, y ha promovido la generación de la capacidad de agencia entre las mujeres involucradas y/o la gestación de procesos de empoderamiento individuales y colectivos. Una dirigente enunció:

“Quisiéramos que las compañeras parteras estudien, no obligarlas sino que vean que es necesario. Les decimos ‘se van a pagar las becas, se viene también al taller’, ellas tratan de llenar su informe. Hay ejemplos que han resultado muy buenos, si viene la partera y le dice a la enfermera ‘lléneme mi formato porque ya atendí a la mujer’ demuestra que ven a la doctora, a la enfermera, a quien sea como una persona igual que ellas y eso tiene que ver con esa parte del empoderamiento más que el dinero” (Amapola, dirigente, 2010).

Debemos señalar que también, el programa creció en términos de impacto debido a que el número de becas asignadas anualmente fue en aumento, al igual que el número de mujeres beneficiadas indirectamente, por ejemplo el número de mujeres embarazadas atendidas directamente y canalizadas es importante, así como el número de mujeres participantes en cursos y talleres (Cuadro 5).

Cuadro 5. Mujeres atendidas por parteras y promotoras (2007-2008).

Organización	Año 2007		Año 2008	
	Parteras y promotoras	Número de mujeres atendidas	Parteras y promotoras	Número de mujeres atendidas
Casa de Salud de Mujeres Indígenas Manos Unidas de Ometepec A.C.	35	238	32	275
Kinal Antzetik Guerrero A.C.	37	510	37	737
Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas y Afroamericanas.	23	124	31	591
Total	95	872	100	1603

Fuente: Trabajo de campo, 2010.

Los resultados del programa no son tan tangibles en términos cuantificables sin embargo, la intención de ponerlo en marcha y sus primeros pasos muestran que éste no sólo representó la simplicidad de entregar apoyos financieros simbólicos que paliaron en las mujeres beneficiadas de manera temporal necesidades prácticas de género, sino respondió a vincular acciones que resolvieran intereses estratégicos a través de las diversas capacitaciones tendentes a generar conciencia sobre el ejercicio de sus derechos, de la necesidad de la educación, la necesidad de empoderarse, de empezar a tomar conciencia de su situación. Al respecto leamos en palabras de Yadira su opinión:

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

integré a esta organización hace como cinco o cuatro años” (Yadira, promotora, 2010).

Actualmente, el reto crucial que enfrenta el *Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna* es no decaer en un programa sexenal y coyuntural, que al término de la administración sea obligado a desaparecer. Lograr la permanencia y la continuidad de las acciones emprendidas, no sólo en el corto plazo, sino proyectadas de largo alcance evitará que las beneficiarias sean directamente afectadas. Esta preocupación es compartida por una dirigente:

“Debemos seguir apoyando este proceso que inició la Secretaría de la Mujer en este sexenio, no queremos que cuando se vayan nos digan que ya desaparecieron las redes y las parteras, ese no es el objetivo sino todo lo contrario. Hagamos algo para ver que esta red siga avanzando, está ya establecida la relación con salud, ahora hay que ver cómo fortalecerla más, ahorita los doctores tiene toda la disposición y debemos aprovecharla... Con la Secretaría de la Mujer hay una relación muy directa, yo vengo, pregunto, llamo, hay mucha comunicación. Los de la jurisdicción de La Montaña están en la disponibilidad de apoyar y de dar seguimiento, de la región Centro hay un gran trabajo que debe ser vigilado, que realmente se atienda a la población, puede ser que el director del hospital o la jurisdicción esté

completamente de acuerdo, pero si la trabajadora social o el doctor no lo están entonces el trabajo se viene abajo” (Amapola, dirigenta, 2010).

Para finalizar

En suma, podemos enunciar tres alcances sustanciales que se derivaron de la puesta en marcha de este programa:

(1) El afianzamiento de una coordinación interinstitucional que ha permitido la consolidación de vínculos y compromisos interinstitucionales con otras instancias del propio gobierno, tal como la Secretaría de Salud, pero también con otros organismos como UNIFEM, y con otras organizaciones nacionales y locales de la sociedad civil, en particular, la relación con estas últimas llevó a la SEMUJER a establecer una colaboración estable y armoniosa.

(2) El impacto en la vida personal y colectiva de las mujeres beneficiadas por el programa, lo que se impulsó por el establecimiento de la *Red de Parteras y Promotoras Comunitarias* en las regiones que concentran índices altos de muerte materna, acción que fue fortalecida y alentada por las organizaciones sociales.

(3) La extensión a los límites normativos institucionales que condujeron a procesos de mayor alcance, amplitud e impacto, tal como la formulación del Modelo para el Fortalecimiento de los Derechos de las Mujeres con Enfoque de Género e Intercultural².

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

En concreto, la SEMUJER logró con la puesta en marcha de este programa afianzar la corresponsabilidad institucional e impulsar la transversalidad del enfoque de género tanto al interior de dicha Secretaría como en otras instancias del gobierno guerrerense, haciendo explícito que la competencia en la atención a la problemática de las mujeres no es exclusiva de una única dependencia. De esta manera, la SEMUJER se colocó como una dependencia rectora y normativa de la política de igualdad y promotora de la transversalidad de la perspectiva de género en las acciones de gobierno.

Sin embargo, a pesar de estos logros y de que los indicadores de muerte materna son evidencia que éste u otro programa equivalente deberá continuar en ejecución. La permanencia del programa estaba en riesgo desde el año 2010, en ese año, debido a reajustes financieros en el Gobierno del Estado, el presupuesto no fue autorizado para dar continuidad a éste, colocando a las acciones programadas frente a la posibilidad de quedar eventualmente suspendidas. A través de las gestiones de la titular de la SEMUJER se solicitó a la Secretaría de Salud asumir los compromisos establecidos previamente con las organizaciones sociales, tal Secretaría asumió parcialmente el rol que venía desempeñando la SEMUJER y contando con recursos provenientes del gobierno federal continuó pagando los estímulos económicos a las parteras y promotoras.

En este sentido, una de las funciones que la SEMUJER deberá continuar ejerciendo es su papel como instancia facilitadora del proceso de transversalidad de la equidad de género en todos los niveles y hacia todas las instancias – gubernamental y no gubernamentales. Remarcamos que el éxito del *Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna* radicó en gran parte al establecimiento de una alianza con organizaciones ciudadanas. En particular, la capacidad organizativa, la cohesión grupal y la trayectoria de trabajo de las organizaciones

son indispensables para dar continuidad a este quehacer institucional, y deberá ser retomado en cada cambio de administración, lo contrario traerá como consecuencias costos fatales para las mujeres y las nuevas vidas que ellas traen a este mundo.

LITERATURA CITADA

- Bissell, Sharon. 2009. **La mortalidad materna en el ámbito internacional: Estrategias para la renovación de un movimiento.** *In:* Freyermuth, Graciela y Paola Sesia (coords.) La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura, México, CIESAS, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, pp. 23-30.
- Castañeda Pérez, Martha A. 2010. **La salud materna y el Seguro Popular en regiones indígenas de Oaxaca: ¿Cuánto más hay que esperar?** *In:* Díaz Echeverría, Daniela Francisca (coord.) Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la muerte materna. Perspectivas a nivel nacional y en los estados de Chiapas y Oaxaca, México, FUNDAR, pp. 89-127.
- Díaz Echeverría, Daniela Francisca (coord.). 2010. **Mortalidad materna y seguro popular.** Un balance a 5 años de su implementación. *In:* Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la muerte materna. Perspectivas a nivel nacional y en los estados de Chiapas y Oaxaca, México, FUNDAR, pp. 19-57.
- Díaz Echeverría, Daniela. (s/f). **Situación de la mortalidad materna nacional y de los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla y Veracruz.** *In:* http://resistenciacreativa.org.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=40&Itemid=41 Consulta 22 de octubre de 2010.
- De los Ríos, Rebecca. 1993. **Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción.** *In:* Gómez Gómez, Elsa (ed.) Género, Mujer y Salud en las Américas, Publicación Científica No. 541, Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, pp. 3-18.
- Elú De Leñero, María del Carmen. 1992. **La salud reproductiva de la mujer en Tlaxcala, México,** México, Editorial IMES.
- Freedman, Lynn. 2003. **Sensibilización estratégica y mortalidad materna: impulsar las metas y objetivos de desarrollo del milenio.** *In:* Kerr, Joanna y Caroline Sweetman (editoras) Mujeres y desarrollo: respuestas a la globalización, Reino Unido, Intermón, Oxfam, pp. 149-175.
- Meneses Navarro, Sergio. 2010. **El Seguro Popular de Salud y atención materna en Los Altos de Chiapas.** Reflexiones sobre sus alcances y limitaciones. *In:* Díaz Echeverría, Daniela Francisca (coord.) Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la muerte materna. Perspectivas a nivel nacional y en los estados de Chiapas y Oaxaca, México, FUNDAR, pp. 59-87.
- Meneses Navarro, Sergio. 2009. **Acceso universal y gratuito a la atención obstétrica.** La necesidad de modificaciones sistémicas para la definición de una política de salud materna. *In:* Freyermuth, Graciela y Paola Sesia. (coord.) La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura, México, CIESAS, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, pp. 31-36.
- Meléndez Navarro, David M. 2007. **La muerte materna en Guerrero al margen de la respuesta gubernamental.** El desafío para el seguro popular. *In:* Díaz Echeverría, Daniela; Martha Aída Castañeda Pérez; Meléndez Navarro, David M. y Sergio Meneses Navarro (coords.) Muerte materna y seguro popular, México, FUNDAR, pp. 65-102.
- Salles, Vania y Tuirán Rodolfo. 1995. **Dentro del Laberinto.** Primeros pasos en la elaboración de una propuesta teórico-analítica para el programa de salud reproductiva y sociedad del Colegio de México. *In:* Revista Reflexiones. Sexualidad, Salud y Reproducción, núm. 6, México: COLMEX, pp. 1-62.
- Sesia, Paola María. 2009. **El potencial del programa oportunidades para promover una maternidad segura y abatir la muerte materna en México: una propuesta en política pública para regiones indígenas de alto rezago social.** *In:* Freyermuth, Graciela y Paola Sesia (coords.) La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura, México, CIESAS, Comité Promotor por

- una Maternidad sin Riesgos en México, pp. 43-54.
- Population Council. 2009. **Atención del parto por personal calificado.** In: Freyermuth, Graciela y Paola Sesia (coords) La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura, México, CIESAS, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, pp. 91-94.
- Uribe, Patricia; Ruiz, Cuitláhuac y Morales, Eduardo. 2009. **La mortalidad materna en México, estrategias y desigualdades.** In: Freyermuth, Graciela y Paola Sesia (coord.) La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura, México, CIESA, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, pp. 55-68.
- Zapata, Emma y Halperin, David. 1998. **Desarrollo sustentable y salud reproductiva: ¿hacia una convergencia?.** Ponencia presentada en el Seminario Internacional Medio Ambiente y Desarrollo Sustentable en América Latina: Agenda para el cambio, 22 de mayo de 1997, México, Colegio de Postgraduados.
- <http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/RazonMuerteMaterna2002-2007.xls> Consulta 30 de diciembre de 2010.

Aurelia Flores Hernández

Doctora en Antropología por la Universidad Laval en Québec, Canadá. Autora del libro A las mujeres por la "ley" no nos tocan tierras. Género, tierra, trabajo y migración en Tlaxcala (2010), coautora de los libros "Nadie se muere por parir". Muerte Materna en Guerrero. Un programa en Perspectiva (2011); Se van muchos y regresan pocos. Economía Política Feminista, acercamiento a la migración (2010); Caminar por los tepetates, género y tierra en Tlaxcala, México (2006). Actualmente es profesora-investigadora en el Centro de Investigaciones Interdisciplinarias sobre el Desarrollo Regional (CIISDER) de la Universidad Autónoma de Tlaxcala. Reconocida como integrante del Sistema Nacional de Investigadores (C-SNI, 2011-2013) y Perfil Deseable del PROMEP/SEP (2010-2013). Correo electrónico: aure7011@yahoo.com.

Adelina Espejel-Rodríguez

Doctora en Ciencias Económicas en la especialidad de Desarrollo Regional de la Universidad de Camagüey, Cuba. Reconocida como integrante del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I y Perfil Deseable del PROMEP. Autora de los libros: Ecología por competencias, hacia una educación ambiental (2011); Educación ambiental, sustentabilidad y percepción. Un debate latente (2008); El observatorio social, económico y ambiental, una institución para el control estratégico de la gestión del desarrollo desde la endogeneidad (2009), Problemática ambiental, Cuenca del Río Zahuapan estado de Tlaxcala (2010). Correo electrónico: adelinaer@hotmail.com.