

# Fecundidad indígena y salud reproductiva en La Montaña

Gabriela Barroso y Alfonso Sandoval\*

## Diversidad cultural y contexto socioeconómico de la fecundidad indígena en La Montaña de Guerrero

La fecundidad en las poblaciones indígenas de la región de La Montaña, en el estado de Guerrero, cuenta con un carácter étnico-cultural, que le brinda especificidad debido a la composición pluriétnica de la población. En esa región se concentra la mayor parte de la gente *ñuu savi* (mixtecos), de los *me' pah* (tlapanecos), de los nahuas y de los amuzgos del estado de Guerrero. Siendo todos estos, los grupos indígenas mayoritarios.

La fecundidad indígena en La Montaña de Guerrero preserva caracteres tipo prehispánico mixturados con caracteres del México mestizo actual. Pero antes de esbozar tal caracterización, es menester ubicar el contexto económico-social de la población de La Montaña.

De los municipios de La Montaña de Guerrero, que oficialmente son 19, más dos municipios de la Costa Chica eminentemente indígenas, el 75% se ubica en un grado de marginación muy alto, según datos del Consejo Nacional de Población (Conapo, 2005). Lo cual se traduce en la cotidianeidad en una escasez de servicios elementales en los pueblos que habitan los indígenas de la región, tales como escuelas, agua, drenaje, electricidad, entre otros.

En cuanto a los servicios de salud, en La Montaña, son escasos. Tal es el caso del municipio de Xalpatláhuac, donde sólo el 10% de la población tiene acceso a los servicios de salud —de

---

\* Profesora e investigadora en la Universidad Autónoma de Guerrero, SNI Nivel I [gabarroso@hotmail.com]. Mtro. Alfonso Sandoval. Representante Adjunto del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en México [alfonso.sandoval@unfpa.org.mx].



hecho es en las cabeceras municipales donde se concentran los servicios de salud. Sin embargo, la mayoría de los pueblos de los municipios indígenas no tiene acceso al servicio de salud en su comunidad (o en alguna otra cercana). En el municipio de Xochistlahuaca hay comunidades cuya población debe caminar al menos dos horas para acceder a la brecha de terracería, para tomar una camioneta de redilas a fin de ser trasladados a la cabecera municipal o incluso hasta Tlapa (llamada la capital de La Montaña) en búsqueda del servicio estatal de salud. En tales condiciones, cuando las mujeres están a punto de parir, les es prácticamente imposible trasladarse a un hospital o unidad de salud para ser atendidas a tiempo y en forma. Esta situación eleva seguramente los índices de mortalidad materna en esta región aislada de los beneficios del progreso.

De tal manera que los perfiles del comportamiento social y de la atención institucional en materia de salud reproductiva adquieren especial relevancia al tomar en cuenta otros rezagos que afectan a las mujeres indígenas del estado de Guerrero y, en particular de La Montaña, como los relacionados con la mortalidad materna. Ésta no sólo presenta su valor más alto en Guerrero y Chiapas (alrededor de 100 defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos; mientras a nivel nacional era de 62.4 por 100 000) (SSA, 2004. Los datos pueden ser más elevados por subregistro y/o mala declaración), sino que en la región de La Montaña se encuentran algunos de los municipios del país con la mayor frecuencia de muertes maternas a nivel nacional. La superación de estos rezagos, así como el aseguramiento del ejercicio efectivo de los derechos reproductivos de las mujeres indígenas pasan necesariamente por un esfuerzo mucho mayor (en términos de recursos y de capacidades técnicas y sociales) para lograr servicios de calidad, con acceso real y con una plena consideración de los valores y las prácticas culturales de los pueblos indígenas del estado.

Las condiciones socioeconómicas de atraso, abandono, incomunicación y lejanía en que viven las comunidades de La Montaña de Guerrero influyen seguramente en el comportamiento de la fecundidad indígena, ya que por razones objetivas la población tiene menor acceso a los servicios de salud, menor información sobre los programas de salud reproductiva y menor acceso a las tecnologías modernas de control natal.



## **Las mujeres indígenas y la atención a su salud reproductiva**

Existen diversas limitaciones de la información en cuanto a las condiciones de salud reproductiva en una región específica, como es el caso de La Montaña de Guerrero. Por una parte, los datos censales sólo ofrecen una aproximación indirecta a los niveles de fecundidad; por otra, las encuestas sociodemográficas y de salud sólo llegan a tener representatividad —en algunos casos— a nivel estatal. Finalmente, los datos de los sistemas de salud presentan numerosas irregularidades y no permiten contar con un perfil completo de la salud reproductiva en la población en general, sino solamente de la parte de ella cuyos registros como beneficiarios son continuos y confiables.

Por lo anterior, hemos considerado sólo la información proveniente de las últimas dos encuestas que ofrecen una desagregación válida a nivel estatal de los principales indicadores relacionados con salud reproductiva: la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1997 (Enadid 1997) elaborada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (Ensar 2003) por la Secretaría de Salud (SSA) en colaboración con el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México (CRIM-UNAM). Los resultados oficiales de la Ensar no han sido publicados, pero las bases de datos fueron liberadas para su análisis en 2005. Ambas encuestas permiten hacer una desagregación de sus resultados según la condición de habla de lengua indígena de las mujeres en edad fértil entrevistadas. En el caso de Guerrero, esta desagregación brinda una muy buena aproximación a las condiciones prevalecientes en La Montaña, ya que esta región concentra más del 75 % de la población indígena del estado.

En el cuadro anexo se presentan los valores de algunos indicadores relevantes de salud reproductiva en mujeres hablantes de lengua indígena y en aquellas que no la hablan, para los dos años de referencia (1997 y 2003). Dos grandes hechos resaltan en este perfil comparativo: las notorias disparidades entre las mujeres indígenas y el resto de la población femenina del estado, que se mantienen relativamente de un año a otro, y el notable incremento de las coberturas de atención o de acceso a la información en materia de salud reproductiva. Lo anterior no significa, en modo alguno, que los rezagos padecidos por las mujeres indígenas estén próximos a superarse, o que la calidad de la atención sea ya plenamente satisfactoria. Veamos algunos aspectos significativos de estos datos.



En cuanto a los avances y rezagos en materia de planificación familiar, se observa un aumento notable, en esos seis años, relativo al conocimiento de métodos anticonceptivos. Mientras que, en 1997, poco menos de la mitad (48.7%) de las mujeres indígenas conocía al menos uno de dichos métodos, en 2003 esa proporción llegaba casi a las tres cuartas partes (74.3%). El incremento es aún más importante en la proporción de mujeres indígenas usuarias de los mismos, la cual se triplica en ese periodo, al pasar de 13.1 a 42.7%. Los correspondientes incrementos en mujeres no indígenas son relativamente menores, dado el mayor nivel observado desde años anteriores. Sin embargo, la magnitud de la demanda insatisfecha de métodos de planificación familiar (un indicador relevante de la vigencia de los derechos reproductivos en una población) continúa siendo muy alta entre las mujeres indígenas de Guerrero: en 2003, todavía más de la tercera parte de ellas (36.3%) no podían realizar su deseo expreso de espaciar o limitar sus embarazos. Esta proporción es la más alta del país, incluso entre la población indígena a nivel nacional, donde se encuentra alrededor del 25%. En este indicador, el estado de Guerrero sigue presentando, desde 1997, el más alto rezago entre las entidades federativas de México.

Llaman la atención los cambios en la composición de esta demanda insatisfecha, sobre todo en el caso de las mujeres indígenas: en 1997, cuando la demanda insatisfecha total llegaba a más de la mitad de las mujeres, la mayor parte de ellas (30.3%) declaraba una demanda por espaciar más sus embarazos, frente a un 21.2% que buscaba limitar o poner término a su reproducción. En 2003, la proporción entre ambos grupos (quienes buscan “espaciar” y quienes desean “limitar” o “terminar”) es muy similar (alrededor del 18%). Lo anterior podría indicar un cambio significativo en cuanto al “número ideal de hijos” que desearían tener las mujeres indígenas del estado, pero sin duda se requieren datos y análisis más profundos al respecto.

Por lo que se refiere a algunos indicadores básicos relacionados con la atención de la salud reproductiva y con algunas prácticas socioculturales asociadas a ella, se advierten también cambios notables en el periodo de referencia. Por ejemplo, la cobertura de atención prenatal se incrementó significativamente entre las mujeres indígenas del estado, ya que en 1997 la mitad de ellas no recibía atención de ningún agente de salud (institucional o comunitario) durante el embarazo, mientras que en 2003, casi el 80% tenía algún tipo de atención en ese sentido. En particular, el incremento se concentró en la atención prestada por los médicos (en su gran mayoría de los servicios estatales de salud), quienes en 1997 daban atención prenatal sólo a 11.5



de las mujeres indígenas y, en 2003, ya lo hacían con 54.6% de las mismas. Cabe hacer notar, sin embargo, que más de la tercera parte de esas mujeres indígenas atendidas durante su embarazo recibieron menos de cinco consultas prenatales, lo cual sería el mínimo estipulado por la Norma Oficial Mexicana al respecto (datos no presentados en el cuadro, provenientes de la Ensar 2003).

El perfil de la atención durante el parto también muestra cambios en el periodo, pero matizados por la continuidad de prácticas culturales propias de las comunidades y de las mujeres indígenas. Mientras que, en el caso de las consultas prenatales, el porcentaje de atención por un médico se había quintuplicado, en el caso de la atención del parto mismo solamente se triplicó, al pasar de 10.3% a 36.0% en el periodo considerado. Correlativamente, disminuyó apreciablemente la proporción de mujeres que no fue atendida por personal de salud alguno (de 29.0% a 8.1%) y, un dato muy significativo, el porcentaje de atención del parto por una “partera o comadrona”, disminuye ligeramente (de 58.6% a 47.9%), pero se mantiene como la principal fuente de atención en el caso de las mujeres indígenas.

Lo anterior parece indicar que, gracias a un significativo esfuerzo de los servicios estatales de salud por acercar la prestación de éstos a las mujeres indígenas del estado, ellas sí están acudiendo en creciente medida a las consultas prenatales (y a obtener métodos de planificación familiar, por otra parte); sin embargo, al aproximarse el momento de dar a luz, continúan acudiendo mayoritariamente con la persona con quien seguramente sienten más confianza y con quien mayor afinidad cultural se establece, tanto a nivel individual como familiar, es decir, con la partera tradicional de su comunidad. Este hecho muestra, nuevamente, la enorme importancia que, en la atención a la salud reproductiva de la población indígena, siguen teniendo las parteras y, consecuentemente, la prioridad que debe tener su capacitación y su participación activa en las redes institucionales y comunitarias de prestación de servicios con oportunidad y calidad.

*Cuadro 1. Indicadores de salud reproductiva en mujeres de edad fértil (15-49 años), por condición de habla de lengua indígena, 1997 y 2003 (porcentajes).*

<i>Indicadores</i>	<i>Hablantes de lengua indígena</i>		<i>No hablantes de lengua indígena</i>	
	<i>1997</i>	<i>2003</i>	<i>1997</i>	<i>2003</i>
Conocimiento de al menos un método anticonceptivo	48.7	74.3	93.7	96.8
Usuarías de algún método anticonceptivo	13.1	42.7	53.3	68.1
Demanda insatisfecha de métodos de planificación				



familiar <sup>a</sup>				
Total	51.5	36.3	21.4	13.0
Espaciar nacimientos	30.3	17.6	11.8	7.7
Limitar nacimientos	21.2	18.7	9.6	5.3
Atención prenatal según agente que la proporcionó:				
Médico	11.5	54.6	73.8	80.9
Enfermera/auxiliar/promotora	2.0	4.2	2.2	4.3
Partera o comadrona	37.0	20.7	11.4	10.4
Sin atención	49.5	20.5	12.6	4.4
Atención del parto según agente que la proporcionó:				
Médico	10.3	36.0	74.9	79.4
Enfermera/auxiliar/promotora	2.1	8.0	1.6	3.9
Partera o comadrona	58.6	47.9	20.6	16.0
Otro/ella sola	29.0	8.1	2.9	0.8

<sup>a</sup> Proporción de mujeres en edad fértil que declara su deseo de espaciar o limitar embarazos o nacimientos y que no está usando algún método de planificación familiar por diversas razones (falta de acceso a la información o los servicios, oposición del cónyuge, motivos religiosos, etc.).

Fuente: Estimaciones del Consejo Nacional de Población, con base en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (Enadid 1997) y la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR 2003).

### El carácter étnico-cultural específico de la fecundidad indígena en La Montaña de Guerrero

La diversidad cultural en el estado de Guerrero nos conmina a asegurar que no existe una sola forma de concebir la fecundidad entre las poblaciones indígenas, visto esto desde la perspectiva sociocultural, ya que la concepción sobre la fecundidad humana varía por lo general entre los grupos cultural y socialmente diferenciados. Sin embargo, existen también similitudes en cuanto a concepciones y prácticas acerca del embarazo, el parto y posparto.

Así, en el estado de Guerrero se puede hablar de diversas concepciones y múltiples prácticas que se asemejan algunas y varían otras de acuerdo con cada etnia. Por ejemplo, una práctica encontrada entre los *me' phaa* (tlapanecos) es una *ceremonia del fuego* que tiene que ver con el enlace entre las dos familias que se unen a través del casorio de los hijos. Tal ceremonia no se encuentra en otras poblaciones del estado de Guerrero.

Existen diversas creencias en relación a la embarazada. Entre las mujeres *ñuu savi* (mixtecas), "Por las noches de luna llena no deben salir al patio porque corren el riesgo de que se 'coman a la criatura' (Tlachinollan, 2006).

Un bello pasaje ilustra la relación ritual que liga al ser humano con el cosmos y la naturaleza durante el embarazo y parto de la gente *me' phaa*:



Para que nuestros hijos e hijas lleguen al mundo sanos y fuertes, el sabio del pueblo sube al cerro para rezar y presentar la ofrenda al dueño del bosque, a los vientos buenos y malos, y al dueño del manantial. La mamá que reposa en su casa acompañada de las abuelas y de la *Ña Sa'ka'ku*, la que recibe al niño rezan a los dueños del fuego, la llenan de consejos [...] revisan que su tesorito no venga atravesado o parado. La mantean con un reboso, le untan grasa de pollo [...] para colocarle la criatura (Tlachinollan, 2005).

La partera es del pueblo o de otro pueblo cercano es la sabia de la fecundidad, porque sobre ella recae la responsabilidad de cuidar a las mujeres durante todo el proceso. Y cuando hay complicaciones, ella hace uso de su conocimiento ancestral y da todo de sí para salvar al bebé. El gran problema es que numerosas comunidades indígenas están alejadas o incomunicadas de los centros de salud, donde pudieran salvarse las vidas de los bebés pero también de las madres y reducir así la mortalidad infantil y materna. De ahí que, como se mencionó más arriba, la partera tenga suma importancia simbólica en los pueblos indígenas.

Al igual que en algunas otras etnias, por ejemplo en los Altos de Chiapas, el padre participa directamente en el proceso de parto, apretando suavemente el vientre de su mujer, la cual pare hincada. En el caso de algunas etnias de Guerrero, el padre sirve de apoyo a la mujer. La mujer es limpiada y protegida con incienso mexicano, copal, acompañada de rezos específicos (se reza en lengua materna pero también en español a la deidad católica).

Las mujeres paren por lo general a raíz de la tierra, sobre un petate. El recién nacido es ofrecido a la madre tierra y su cordón umbilical es colgado de un árbol (para que coseche frutos y crezcan sanos y fuertes, unidos a las montañas) o, es lavado en el río o manantial (ofrecido a los “dueños del lugar”), o bien es enterrado dentro de la casa cerca del hogar (fuego) o en el campo de siembra, donde los ombligos han sido enterrados desde hace siglos, como afirmara el cronista Sahagún hace poco más de quinientos años.

Práctica esta última que se asemeja a lo ocurrido en algunas tribus indígenas del Brasil: “la placenta, en general, es enterrada. En caso de que el parto haya sido dentro de la casa [hay pueblos brasileños cuyas mujeres paren al aire libre], es enterrada normalmente bajo el propio lecho, junto a la pared de la casa” (De Oliveira, 2005). Tal semejanza no es coincidencia, cuanto



más natural es el parto, más cercano a la naturaleza se está y los rituales y creencias pueden ser similares. Tal es el caso de numerosos pueblos indígenas del mundo. Claro que los pueblos indígenas de México tienen su especificidad y sus fuertes diferencias respecto a otros países.

El baño de temazcal es una herencia prehispánica acerca de la salud, que brinda a la parturienta un descanso y un alivio real después del parto. La mujer entra en el temazcal después de que la partera haya rezado y ofrecido a la dueña del mismo (estamos hablando de una deidad de la antigüedad azteca que aún pervive en la gente de La Montaña). De cuántos días después del parto debe entrar, depende de la práctica en cada etnia y/o comunidad. Las hierbas utilizadas durante el embarazo, el parto y el posparto (por ejemplo dentro del temazcal) dependen del acceso a ellas. Pueden ser cortadas directamente del campo —es decir, silvestres— o bien, pueden ser cultivadas ex profeso por la partera o incluso pueden ser compradas en el mercado municipal o en la capital de La Montaña: Tlapa, o en el hermoso mercado de Chilapa.

### **Reflexiones finales**

Si bien es cada vez mayor el número de mujeres indígenas que acuden al servicio estatal de salud, existen fuertes rezagos en materia de cobertura de servicios relacionados con la reproducción.

Pero una buena parte de mujeres indígenas aplican prácticas en la fecundidad que se basan en una identidad cosmogónica específica, lo cual conlleva especificidad cultural: es la partera quien recibe en numerosos pueblos a los recién nacidos; la fecundidad es un acto natural que se halla altamente ligado a la naturaleza; los conocimientos son heredados por lo general de generación en generación; las técnicas y herramientas que utilizan son pocas y no avanzadas —en términos de tecnología. Además, la pobreza y marginación de estos pueblos eleva la mortalidad infantil y materna.

Cuando las mujeres indígenas acuden al hospital para parir es un momento de choque, debido a que su bagaje cultural e identitario no es tomado en cuenta en las instituciones oficiales, lo cual se convierte en una barrera entre las esferas oficial e indígena. Por otro lado, en las instituciones hace falta personal que hable la lengua tradicional del municipio o región, porque es a través del lenguaje como se comunican las ideas y para que haya entendimiento es necesario comprender no sólo la palabra sino los conceptos.



Si bien las instituciones de salud tienen hoy día un mayor alcance y cobertura en la región de La Montaña de Guerrero, sería recomendable que las mujeres indígenas en los hospitales de salud pública pudieran tener la facilidad de llevar a cabo algunas prácticas rituales en que estuvieran presentes la partera —confidente de la parturienta— y el esposo. Que las mujeres indígenas pudieran entrar al hospital con la confianza de que sus valores, sus tradiciones, sus usos y costumbres serán respetados en combinación con las tecnologías modernas y el conocimiento de los médicos (que ojalá fueran médicas, ya que las mujeres indígenas tendrían mayor confianza). Se requiere pues que haya un entendimiento mutuo entre las concepciones indígenas sobre la fecundidad humana y la concepción oficial acerca de la fecundidad. Todo ello es posible, porque es necesario.