

Situación de salud de los pueblos indígenas y perspectivas de una atención intercultural*

El estado de salud de una población es el indicador sustantivo para medir su grado de desarrollo. En este sentido, la salud de los pueblos indígenas de Guerrero es un reflejo fehaciente de sus condiciones y calidad de vida.

El análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Guerrero que presentamos en este artículo enfrentó las mismas dificultades de otros estudios que han abordado el tema: la falta de estadísticas vitales desagregadas que den cuenta de las condiciones reales de vida y la cobertura de servicios de salud en regiones indígenas.

Es por esta razón y por el hecho de que los pocos estudios sobre la problemática de salud indígena se enfocan al análisis de la morbi-mortalidad, que decidimos abordar el tema a partir de plantear una perspectiva que contribuya a modificar el perfil epidemiológico de la población indígena y a impulsar su participación en los programas y acciones de las instituciones de atención a la salud.

No obstante este criterio para abordar el tema, se presenta un panorama general epidemiológico de las regiones indígenas de Guerrero, estableciendo una vinculación con la evolución y dinámica del sistema de salud del estado. Consideramos que la crítica situación de salud de los pueblos indígenas está condicionada por las deficiencias de infraestructura y carencia de recursos materiales y humanos de las instituciones públicas de salud; sin embargo, no pasamos por alto que los criterios excluyentes, homogéneos y biotecnológicos occidentales del sistema de salud también influyen en la delicada situación indígena, ya que no se toma en cuenta su percepción en la prestación de servicios, y mucho menos se contempla el aprovechamiento de los recursos comunitarios de atención a la salud.

Ante esta inequidad, se presenta al enfoque intercultural en salud como una alternativa que prioriza la participación de los pueblos indígenas en los niveles de decisión y de instrumentación de las políticas y programas; asimismo, provee a los prestadores de servicios de las herramientas metodológicas para proporcionar una atención con sensibilidad cultural y calidad técnica.

La instrumentación de esta estrategia intercultural con los pueblos indígenas de Guerrero se enmarca en el actual proceso democrático de la reforma del Estado; esta coyuntura política permitirá que la atención intercultural en salud se sustente en reformas legislativas que le den trascendencia y sustento legal.

En general, el contenido del artículo se orienta a destacar que las condiciones de salud de los pueblos indígenas de Guerrero sólo comenzarán a modificarse cuando se concreten sus derechos, a partir de la construcción de una política de salud apegada a los tratados internacionales y con la plena participación de los pueblos indígenas.

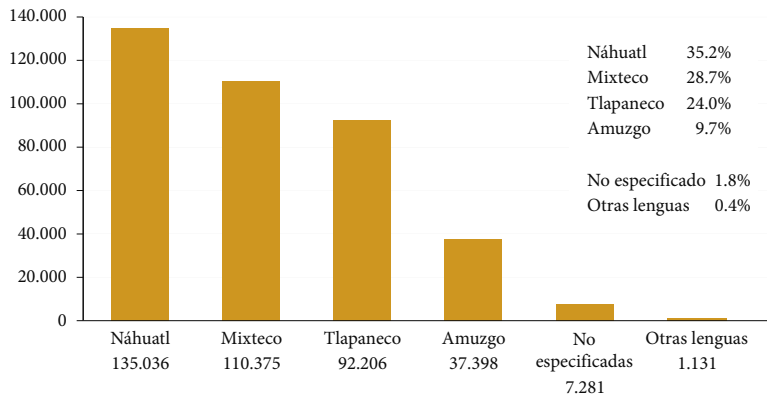
¿Quiénes son los pueblos indígenas de Guerrero?

La población indígena del estado de Guerrero es descendiente directa de los más de 20 pueblos indígenas que habitaron originalmente el estado. Durante la conquista y la Colonia se verificaron diversos procesos de migración, etnocidio, epidemias y reordenamiento territorial y étnico que influyó en la actual conformación de los cuatro pueblos indígenas: *nahuas*, mixtecos (*na savi*), tlapanecos (*me'pha*) y amuzgos (*ñom daa*).

El estado de Guerrero está conformado por 81 municipios, los cuales se distribuyen en siete regiones económico-administrativas: Acapulco, Centro, Costa Chica, Costa Grande, Montaña, Norte y Tierra

* José Antonio Tascón Mendoza, Director General de Investigación y Evaluación, Secretaría de Asuntos Indígenas del estado de Guerrero, y Gonzalo Ramón Solís Cervantes, Subsecretario de Políticas Públicas.

Gráfica 1. Distribución de HLI.



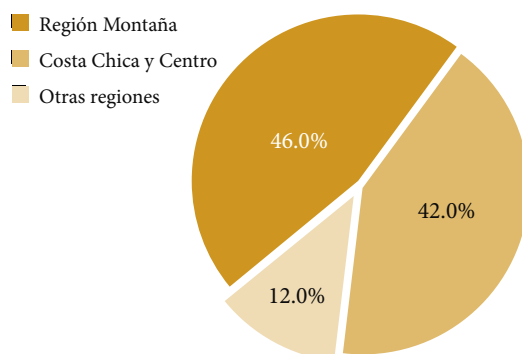
FUENTE: INEGI, II Censo de Población y Vivienda, 2005.

Caliente. La población de los cuatro pueblos indígenas se asienta principalmente en 42 municipios de las regiones Montaña, Costa Chica, Centro y Norte y, en menor medida, en las regiones que en las últimas décadas han sido importantes polos de atracción de migrantes indígenas, como son los centros turísticos de la Costa Grande y Acapulco, así como los campos agrícolas de Tierra Caliente.

Ubicados en las regiones de alta concentración indígena —Montaña, Costa Chica y Centro— se encuentran 20 municipios con una población de 40% y más de hablantes de lengua indígena (HLI), de los cuales 16 son eminentemente indígenas, ya que su composición se encuentra entre el 70 y 97% de HLI.

De acuerdo con el II Censo de Población y Vivienda 2005 (INEGI, 2006), la población total del estado de Guerrero asciende a 3 115 202 habitantes; mientras que el total de la población HLI es de 383 427, lo que representa el 14% de la población de 5 años y más que habita en la entidad (véase Gráfica 1). Este porcentaje se incrementa a 17% con respecto al total de la población, si consideramos a las 526 791 personas que habitan en hogares indígenas, es decir, en donde el jefe o jefa de familia habla alguna lengua indígena.

Gráfica 2. Distribución de la población indígena por regiones.



Fuente: INEGI, II Censo de Población y Vivienda, 2005.

La región de La Montaña concentra a la mayoría de la población indígena, ya que en ella habita cerca del 46%, mientras que en la Costa Chica y Centro vive otro 42% de indígenas; el 12% restante se distribuye en las regiones Norte, Acapulco, Tierra Caliente y Costa Grande (véase Gráfica 2).

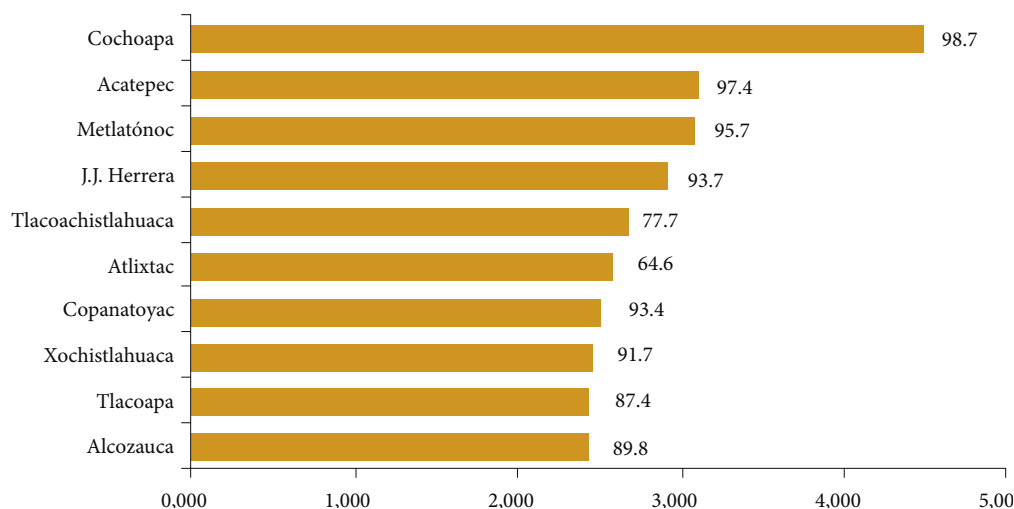
Los municipios indígenas de Guerrero presentan un índice de marginación muy alto. A nivel nacional, Guerrero ocupa el primer lugar en el índice de marginación, situándose 23 de sus municipios —con una población de casi 430 000 habitantes— entre los más marginados del país; de éstos, los 10 primeros son eminentemente indígenas (véase Gráfica 3).

Algunos indicadores son una clara muestra del rezago y marginación en la que se encuentran estos municipios: 40% de los mayores de 15 años son analfabetos, y el 60% no concluyó la primaria; cerca del 60% de la población ocupa viviendas sin drenaje ni servicios sanitarios; poco más de la cuarta parte carece de energía eléctrica; la mitad no cuenta con agua entubada; tres cuartas partes habita en viviendas con algún grado de hacinamiento, y el 77% duerme en piso de tierra. 94% de las personas de estos municipios se asienta en localidades de menos de 5 000 habitantes, y 84% de la población ocupada percibe un ingreso menor a 2 salarios mínimos (Hernández, 2007: 7).

A estas difíciles condiciones de vida habría que agregar otros problemas relacionados con la producción, conflictos agrarios, desnutrición, violencia, acceso a la justicia, migración y pobreza, entre otros, que representan un importante freno para el desarrollo de los municipios y regiones indígenas. Lo anterior es el escenario natural e insoslayable que abordan los estudios e investigaciones sobre la población indígena; sin embargo, muy pocas veces se analizan sus capacidades y fortalezas para decidir su propio futuro, a partir de sus necesidades reales, en apego a su contexto sociocultural y considerando sus conceptos y expectativas de desarrollo.

En este sentido, la presencia de los cuatro pueblos indígenas en el largo y complejo proceso histórico del estado de Guerrero ha sido de una gran relevancia y determinante en los diferentes momentos históricos de la entidad. Ya desde la época colonial desarrollaron diversas estrategias y movimientos sociales que les permitieron mantenerse cohesionados, unas veces transformando su cultura, otras adhiriéndose a las luchas armadas, como sucedió durante la independencia y la revolución, o bien generando sus propios movimientos para defender sus tierras o reivindicar sus demandas y derechos.

Un ejemplo ilustrativo de la lucha indígena guerrerense lo constituye su oposición, en 1992, a las celebra-

Gráfica 3. Los 10 municipios de Guerrero con mayor grado de marginación y su porcentaje de HLI.

Fuente: Conapo, Índices de marginación, 2005 e INEGI, II Censo de Población y Vivienda, 2005.

ciones del Quinto Centenario del Encuentro de Dos Mundos, la cual dio origen a uno de los movimientos de reivindicación indígena más importantes en la historia de Guerrero y del país, como el encabezado por el Consejo Guerrerense 500 Años de Resistencia Indígena, el cual derivó en un proceso organizativo que permeó a todas las regiones de la entidad.

Asimismo, las capacidades organizativas y autogestivas han quedado plenamente demostradas en movimientos como el de la Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias (CRAC), conocida como Policía Comunitaria, que ha sido capaz de desarrollar un sistema comunitario de seguridad, impartición de justicia y reeducación, logrando abatir la delincuencia de manera importante y sin apoyo oficial en los municipios de Malinaltepec, Metlatónoc, Atlamajalcingo del Monte, Copanatoyac, San Luis Acatlán y Marquelia, de las regiones Montaña y Costa Chica. Los principios que rigen a este sistema comunitario de seguridad proyectan los valores que, pese a su debilitamiento, aun se encuentran presentes en la vida cotidiana de las comunidades indígenas: investigar antes de proceder, conciliar antes de dictar sentencia y reeducar antes que castigar.

El arduo camino recorrido por los pueblos indígenas les ha enseñado a resistir, a generar mecanismos que les permitan conservar sus instituciones —Consejos de Ancianos, Asambleas, sistema de cargos, organizaciones, etcétera— y a luchar contra las fuerzas externas que, en la figura de partidos políticos, credos religiosos u otros intereses ajenos a las comunidades, amenazan su cohesión social y han contribuido a debilitar su tejido social.

La pobreza y los múltiples rezagos que desde hace cinco siglos los asedian no han logrado acallar

sus voces ni suprimir sus anhelos y proyectos. Su identidad se mantiene viva y es el motor que mueve sus luchas, aun dentro de las contradicciones que caracteriza a la dinámica social de todo pueblo. Es este sentido de la identidad el que dota de capacidades y potencialidades a los pueblos indígenas, atributos que muchas veces son inexistentes o soslayados por las instituciones gubernamentales y/o civiles.

Condiciones de salud de los pueblos indígenas

Es en este contexto social, económico, político y cultural en el que se enmarca el proceso de la salud, la enfermedad y la muerte de la población indígena de Guerrero. Con objeto de conocer la dinámica de este proceso, analizaremos algunos indicadores que reflejan las condiciones de salud de esta población.

Un primer problema que debe enfrentarse al estudiar las condiciones de salud de la población indígena en México se relaciona con la ausencia de la variable indígena en los sistemas de información del sector salud. En este sentido, el estado de Guerrero no es la excepción, ya que en el sistema de información de las instituciones de salud no se asienta si el usuario es indígena; además, la información epidemiológica se registra a nivel de jurisdicciones sanitarias en las que puede haber o no municipios con alta concentración de población indígena; esta carencia de información específica obliga a realizar desagregaciones e inferencias para obtener una aproximación al panorama de la salud de este sector de la población.

Por lo anterior, para conocer las causas de morbi-mortalidad de la población indígena de Guerrero

La flora medicinal en comunidades indígenas

Paul Hersch Martínez*

Son varias las condiciones que el estado de Guerrero comparte respecto a la situación de la flora de uso medicinal en todo el país. Entre ellas se puede destacar: a) el predominio de las especies de origen silvestre en el conjunto de plantas utilizadas; b) su uso pragmático, preponderante en el marco de estrategias de sobrevivencia aplicadas en el medio rural y el urbano en prácticas mixtas donde se recurre también a la farmacoterapia; c) la diversidad existente en la flora en función de la diversidad fisiográfica misma de la entidad; d) la operación de redes de acopio regional al interior del estado, y también, en particular, e) el efecto de la existencia de regiones geográficas que se encuentran prácticamente desconectadas del resto de Guerrero en función de ser actualmente espacios de narcoproducción de difícil y peligroso acceso, zonas que han sido a su vez por años proveedoras de plantas medicinales comercializadas, como es el caso en la entidad de la flor de manita en el área de Filo de Caballo (Hersch, 1996).

Guerrero ha sido un proveedor de especies de uso medicinal para el resto de la República a través de circuitos donde los acopiadores regionales que operan en el estado entran en contacto con los de otras regiones del país o abastecen a mayoristas que manejan altos volúmenes de mercancía, ubicados en grandes asentamientos urbanos, como la ciudad de México o Puebla. Uno de esos canales de acopio es el corredor que conecta al norte de Guerrero con las ciudades de Puebla y de México, atravesando el suroccidente de Puebla y el suroriente del estado de Morelos (Hersch, 1996).

En los últimos años, la relevancia de Guerrero en esta ruta de abasto como proveedor de plantas medicinales silvestres se ha incrementado, dada la disminución progresiva en la disponibilidad de la flora medicinal de selva baja caducifolia que originalmente se extraía del sur de Morelos y del extremo suroccidental de Puebla. La menguada disponibilidad de la corteza de cuachalalate (*Amphipterygium adstringens*), de la raíz de cancerina (*Hemiangium excelsum*) o de las cortezas delgadas de ciertas quininas mexicanas (*Hintonia latiflora*, *Exostema caribeum*, *Simira mexicana*) se ha agudizado drásticamente a partir de la última década del siglo pasado, pasando entonces la colindancia de Guerrero a proveer dichas especies desde sus municipios de Atenango del Río, Copalillo, e inclusive ahora Acapulco, en el caso de la raíz de cancerina.

Contexto de uso de la flora medicinal

Cabe recordar que las plantas medicinales no se emplean al margen de la cultura, sino que forman parte relevante de ella como recursos indispensables para los procesos civilizatorios. Los diversos problemas de salud son enfrentados a partir de una definición de los mismos que se encuentra emplazada a menudo en un marco interpretativo del mundo y de la vida que no coincide necesariamente con las definiciones de las instancias asistenciales y educativas hegemónicas, ni con la ideología que proyectan los medios masivos de comunicación. En el caso de Guerrero esto es relevante, pues buena parte de su población, tanto en el medio rural como en los grandes asentamientos urbanos, es indígena o de origen indígena.

Los fundamentos que subyacen en la elección de una determinada planta difieren entonces de los parámetros usuales de la ciencia moderna respecto a los medicamentos, donde los efectos puntuales, experimentalmente demostrados a partir de principios activos aislados, se enuncian como los únicos elementos legítimos de validación terapéutica, pasando por alto las modalidades empíricas de uso de la flora, que son las verdaderamente significativas a nivel popular. Estas modalidades implican el uso de extractos totales, como las infusiones y decocciones, realizadas con una parte completa de la planta (hojas, flores, cortezas, etcétera).

Hay además un conjunto de especies que son utilizadas esencialmente a partir de sus connotaciones simbólicas, a menudo manifiestas a través de sus características organolépticas: la apariencia, el olor, la textura de una determinada especie condicionan sus atribuciones medicinales, y éstas a su vez se encuentran íntimamente ligadas a un universo de significados que trasciende el mero uso sintomático de una hierba frente a determinado síntoma o signo aislado. La salud, la enfermedad y la curación son procesos eminentemente relacionales, donde el sistema de vínculos entre personas, entre comunidades y entre los seres humanos y la naturaleza o el cosmos que presiden al sujeto, ocupan el espacio y el papel central en la génesis y la resolución de los problemas de salud, supeditando los recursos —entre ellos la flora medicinal— a una estrategia más amplia que la del uso preciso de una determinada especie para un determinado padecimiento.

Esto no significa, sin embargo, que las plantas medicinales sean utilizadas en Guerrero exclusivamente en el marco de los sistemas médicos autóctonos, sistemas que además son continuamente recreados incorporando nociones y recursos provenientes de la medicina dominante y de otros modelos u ofertas

* Coordinador del Programa Actores Sociales de la Flora Medicinal en México. Instituto Nacional de Antropología e Historia.

terapéuticas en boga. Hay en el medio urbano del estado, en sus grandes ciudades como Acapulco, Chilpancingo, Taxco o Iguala, conjuntos de población que de manera creciente recurren al uso de plantas medicinales en el marco de modalidades de uso meramente sintomáticas, capitalizadas a menudo por cierto retorno a la naturaleza, de tipo a menudo comercial.

Un ejemplo regional

En términos generales, la flora medicinal que se utiliza en Guerrero corresponde a tres grandes regiones diferenciadas: las zonas altas montañosas, las costas y las regiones más secas donde predomina la selva baja caducifolia, correspondiente en buena parte a la región que del estado ocupa la depresión del río Balsas. Así, las especies en uso corresponden a fórmulas diversas, enmarcadas además en la diversidad misma de las culturas autóctonas del estado, donde predominan los nahuas, seguidos por los mixtecos, los tlapanecos y los amuzgos.

Como una muestra de la diversidad de especies medicinales en uso en el estado, el cuadro 9 presenta una relación de algunas de las plantas más utilizadas en la región nahua correspondiente a los municipios de Atenango del Río y Copalillo. Como se puede ver en dicho cuadro, la información refleja pautas que pueden extrapolarse en cierto grado a otras regiones del estado: la existencia de una importante proporción de plantas silvestres, la relevancia de los solares en los “tecorrales” como fuente complementaria de especies, el lugar relevante que ocupan los denominados “síndromes de filiación cultural” (mal aire, daño, *chincual*, *tiricia*, *caxan*, *daño*, *ixquinayoyo*, etcétera) en las indicaciones de uso, así como la relevancia inferible de ciertos padecimientos por su frecuencia de mención: enfermedades infecciosas en vías digestivas, respiratorias y urinarias, padecimientos dermatológicos y de índole crónica y algunos accidentes, como las picaduras de alacrán y las mordeduras de víbora. Cabe también mencionar entre los aspectos comunes que no se incluyen en el cuadro, el de la calidad cambiante de la planta, donde puede mencionarse entre las frescas al palo dulce, las calientes al *cuautecomate*, las muy frescas a la *matarrata*, las muy calientes al *caxancaptle* y las cordiales a la guayaba.

Confrontando la información del cuadro 9 con otras fuentes, tenemos por ejemplo la excelente obra de Abigail Aguilar y colaboradores en el *Herbario Medicinal del Instituto Mexicano del Seguro Social* (1994). En esta obra no figura de manera significativa el estado de Guerrero, pues su fuente es la información procedente de colectas. Sin embargo, dicha publicación permite destacar que especies como *Tecoma stans* se encuentran también reportadas en Tlapa, en La Montaña de Guerrero, mientras que bajo el mismo nombre común se encuentran especies cercanas, como sucede con el guaco, correspondiente a *Aristolochia tetaculata*, en San Juan de las Flores, utilizado contra la diarrea, o el *guaje cirian* o *cuautecomate*, *Crescentia alata*, reportado en Arcelia.

Asimismo, otras especies del mismo género y uso presentan nombres diferentes, como es el caso de las flores del “cuelgaperro” o *Cordia boissieri*, en Alpoyecá, utilizadas contra la tos, muy cercanas al uso de las flores de *Cordia morelosana*, aplicadas para el mismo uso y cuyo nombre común es el de “palo prieto”, en Copalillo. En otros casos hay coincidencia parcial en usos: el cazahuate de Alpoyecá es utilizado contra la hinchazón y el frío al lado del bazo, mientras que el de Copalillo, otra *Ipomoea*, es usada también contra la hinchazón. El palo brasil, por ejemplo, difiere en la indicación, ya que en Arcelia se lo refiere para enriquecer la sangre, indicación no reportada en Copalillo. Al *Ricinus communis*, conocido en Copalillo como zapoxieutli o higuerrilla, se le denomina “aguerilla” en Tlapa y sus aplicaciones son similares.

Las coincidencias y diferencias entre usos y especies pueden ilustrarse también al cotejar el cuadro 9 con fuentes de otras regiones, como el trabajo de Robinson y López (1999) entre los amuzgos del oriente de Guerrero, donde hay correspondencia en los usos del epazote, el *zacatechichi*, la guayaba o la flor de camarón. En diversos casos, y como sucede con especies de otras regiones del país, los hallazgos experimentales coinciden con muchas de las atribuciones empíricas. Así, por ejemplo, se ha demostrado capacidad gastroprotectora y antiinflamatoria del *cuachalalate* y de la *cancerina* (Navarrete, 2005; Arrieta, 2003; Trejo, 1998; Pérez, 1995), acción cicatrizante del *cuachalalate* (Navarrete, 1998), antisecretoria intestinal de la *cancerina* (Velásquez, 2006), hipoglicemiante de la quina amarilla o el *zacatechichi* (Pinto, 1997; Román, 1992), antidiarreica de la *tapacola* o la hierba del pollo (Zavala, 1998) o antimicrobiana del *nanche* o la flor de camarón (Martínez Vázquez, 1999; Alanís, 2005).

Las fuentes de referencia

Ahora bien, entre las fuentes publicadas de índole general se encuentra la importante compilación bibliográfica del Atlas de las plantas de la medicina tradicional mexicana, del Instituto Nacional Indigenista (1994), aunque no existen, sin embargo, monografías que correspondan a grupos indígenas de Guerrero en *La flora medicinal indígena de México*, obra de la misma colección (Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana) con información de campo aportada por etnias específicas.

Entre los diversos trabajos que se han ocupado indirectamente de la flora medicinal de Guerrero se encuentra la obra de Cleofas Ramírez sobre plantas de la región náhuatl del centro del estado (1991) y el estudio etnobotánico entre los mixtecos llevado a cabo en el municipio de Alcozauca por Casas, Viveros y Caballero (1994); entre los trabajos que se ocupan específicamente del uso de plantas medicinales en el estado, se encuentra el de Aranguren, que se ocupa de especies utilizadas entre los nahuas de la región de La Montaña (1994), el de Soto, relativo a la Cuenca del Balsas (1983, luego publicado por el Instituto

de Biología) o el de Flores, enfocado al empleo de plantas entre parteras de Xochipala (1990), así como otros estudios puntuales, como el de Robinson y López, ya referido, sobre el uso de plantas medicinales entre los amuzgos en el oriente del estado

(1999) o el producido conjuntamente con nahuas del norte de Guerrero por el INAH (2000). A pesar de todos estos esfuerzos, queda aún mucha investigación por realizar en este tema y en este estado tan vasto.

Cuadro 1. Algunas plantas medicinales de la región nahua de Copalillo y Atenango del Río, Guerrero.

Nombre Común	Nombre científico	Familia	Parte utilizada	Procedencia	Indicaciones
Ahuizcolotle, granjel, tecolotillo, tecolhuistle	<i>Randia monanta</i> Benth	Rubiaceae	Hojas, fruto	Silvestre	Mal de orín, golpes internos, dolor de pulmones, riñones inflamados, bilis
Albahacar	<i>Ocimum basilicum</i> L.	Labiatae	Hojas	Cultivado en tecorrall	Mal aire, daño
Amacojtle, amate, amaisquitl, cocotorillo	<i>Ficus icisipida</i> Willd.	Moraceae	Hojas	Silvestre	Calentura, pasmo
Aquetzpaltlacuacualtzin, palo palomo	<i>Capparis incana</i> Kunth	Capparaceae	Corteza	Silvestre	Calenturas
Árnica de matón	<i>Perezia nana</i> Gray	Asteraceae	Hojas	Silvestre	Heridas
Árnica de raíz, trompillo, vara prieta, árnica morada	<i>Colubrina macrocarpa</i> (Cav.)	Rhamnaceae	Raíz	Silvestre	Disentería, flujos, heridas
Astomeca, ostomecatzi	<i>Euphorbia schlechtendalii</i> Boiss	Euphorbiaceae	Látex	Silvestre	Aflojadura de cintura, calentura, dolor de estómago por dulce
Atotoxochitltemecatli, atotolxitle, peinecillo	<i>Agonandra racemosa</i> (DC)	Opilaceae	Hojas	Silvestre	Calenturas, heridas, granos pasmados
Brasil, palo brasil, uitzcojtli	<i>Haematoxylon brasiletto</i> Karst.	Fabaceae	Médula del tronco	Silvestre	Tos con sangre, mal de corazón, mal de orín, desinflamar riñones, diabetes
Cabellito de elote	<i>Zea mais</i> L.	Graminae	Estigmas	Cultivado	Mal de orín
Cabello de ángel, tensoxotzin	<i>Calliandra anomala</i> Kunth	Fabaceae	Raíz	Silvestre	Diarrea, empacho, mal del orín
Cacahuanantzi	<i>Couepia polyandra</i> Kunth	Chrysobalanaceae	Frutos, en jabón	Silvestre	Cabello
Cacacolxochitl	<i>Plumeria acutifolia</i> Poir	Apocynaceae	Látex	Silvestre	Caxan, Aflojadura de cintura, para purgas
Capitaneja	<i>Verbesina crocata</i> (Cav.) Less.	Asteraceae	Hojas	Silvestre	Hinchazón, tumor, para expulsar la matriz
Caxancapajtle de bejuco, caxanque de borreguito	<i>Marsdenia lanata</i> (P.G. Wilson) W.D. Stevens	Asclepiadaceae	Raíz	Silvestre	Caxan y prevención de caxan
Cempoaxuchitl	<i>Tagetes erecta</i> L.	Asteraceae	Flor	Cultivado en tecorrall	Relajamiento de estómago, resfrío de
Clameria	<i>Kallstroemia máxima</i> (L.) Torr. & Gray.	Zygophyllaceae	Raíz	Silvestre	Disentería
Coahuixquiamole, cuaguamole	<i>Ziziphus mexicana</i> Rose	Ramnaceae	Corteza	Silvestre	Heridas, granos, piojos, cabello
Coamochitl, huamuchil	<i>Pithecellobium dulce</i> (Roxb.) Benth.	Fabaceae	Corteza	Silvestre	Empacho con diarrea
Coapipixtle, coactle, palo dulce, cojtle	<i>Eysenhardtia polystachya</i> (Ort.)	Fabaceae	Corteza	Silvestre	Dolor de barriga, mal de orín, heridas

Nombre Común	Nombre científico	Familia	Parte utilizada	Procedencia	Indicaciones
Cojtecomatl, cuatecomate, guaje cirián, jicara	<i>Crescentia acuminata</i> H.B.K.	Bignoniaceae	Fruto (pulpa)	Silvestre	Hemorragias vaginales, expulsar restos del parto (limpiar matriz), golpes internos, apostema, riñones, dolor de pulmones
Cojzahuatl, cazahuate	<i>Ipomoea murucoides</i> Roem. et Schult,	Convolvulaceae	Hojas	Silvestre	Dolor de muelas, corrimiento (dolor de cabeza), hinchazón
Comiacale, cueyomecali, bisbilé, coyomecatl	<i>Capparis angustifolia</i> H.B.K.	Capparaceae	Ramas y raíces	Silvestre	Picadura de alacrán, dolor de cabeza
Copaxocotl, coco de cerro, chupandilla	<i>Cyrtocarpa procera</i> H.B.K.,	Anacardiaceae	Corteza	Silvestre	Empacho, apretar los dientes
Cordoncillo, temoikxítl	<i>Piper amalago</i> L.	Piperaceae	Puntas de las ramas	Cultivado en tecorral	Daño, mal de ojo, mal aire
Coxokiaj, palo hediondo, hediondillo, cuamolónqui	<i>Microlobius foetidus</i> (Jacq.)M	Fabaceae	Parte aérea	Silvestre	Daño en niños
Coxoxoctle, cuachochote, rompebota, yeca, palo verde	<i>Senna wislizeni</i> (A. Gray) var. Pringley (Rosel)	Rutaceae	Flor, látex, ramas tiernas	Silvestre	Diarrea, disentería, niños que orinan en la noche, empacho
Coyaxíjtle, matarrata, coyautli, cuayaujtle	<i>Gliricidia sepium</i> (Jacq.) Kunth ex Walp	Fabaceae	Raíz	Silvestre	Daño, en limpias a niños, sarna, mal aire, para matar ratones
Coyotomatl, cueyotomate	<i>Vitex mollis</i> Kunth	Verbenaceae	Hojas, frutos	Silvestre	Tos, relajamiento de estómago empacho, calentura
Cuachalalate	<i>Amphipterygium adstringens</i> (Schlecht) Schiede,	Julianaceae	Corteza	Silvestre	Lavar heridas, golpes internos, dolor de pulmón, flujo blanco
Cuahuilotl, cuauhlotl, xinyolcayotl	<i>Guazuma ulmifolia</i> Lam.	Sterculaceae	Hojas, ramas, corteza	Silvestre	Granos, para apagar lo caliente, chincual o pipiteca, xinyolcayotl o ixquinayoyo, empacho
Cuahuiquitl, limoncillo, coahuesquite, coahuiztle	<i>Ziziphus amole</i> (Sessé et Moc.) M.C. Johnst.,	Ramnaceae	Corteza, brotes	Silvestre	Hervor de sangre, salpullidos, granos de calor, empacho, sarampión
Chachalaco, cacalaco	<i>Bomarea sp.</i>	Amaryllidaceae	Corteza	Silvestre	Dolor de muela, apretar dientes flojos
Chamolín, chamole, flor de camarón, chamolxochítl	<i>Caesalpinia pulcherrima</i> (L.) Swartz,	Fabaceae	Flor	Silvestre	Disentería meca, tos, hemorragia de mujer, fiebre
Chicali, achicali	<i>Argemone platyceras</i> Link & Otto	Papaveraceae	Savia de brotes, flor u hoja	Silvestre	Carnosidad de los ojos, nubes en los ojos, para desinflamar, tos, heridas
Chichihuacojtle	<i>Tabernaemontana alba</i> Mill.	Apocynaceae	Látex	Silvestre	Aflojadura de la mujer
Chiquiliztli, gallito, cresta de gallo, guaco, cacalayo	<i>Aristolochia foetida</i> H.B.K.	Aristolochiaceae	Raíz	Silvestre	Piquete de alacrán, mordedura de culebra, dolor de cabeza
Damiana	<i>Turnera diffusa</i> Willd.	Turneraceae	Parte aérea	Silvestre	Cólicos, dolor de estómago, cruda, insomnio, decaimiento físico, reumas, diarrea
Epazote	<i>Teloxys ambrosioides</i> (L.) Weber	Chenopodiaceae	Hojas	Cultivado en tecorral	Dolor de estómago, daño, picadura de alacrán

Nombre Común	Nombre científico	Familia	Parte utilizada	Procedencia	Indicaciones
<i>Escuinoyojtle, baba-yo, yoyote, cocitlali, cuihyoyotl</i>	<i>Thevetia ovata</i> Cav. A. DC	Apocynaceae	Hoja y látex	Silvestre	Reventar granos, diviesos
Estafiate	<i>Artemisia ludoviciana</i> Nutt.	Asteraceae	Puntas de las ramas	Cultivado en tecorrall	Dolor de estómago, cólicos, daño, fortalecer la matriz
Gigante	<i>Nicotiana glauca</i> Graham	Solanaceae	Hojas	Silvestre	Calentura, dolor de cabeza
Guayabo, <i>xaxoxotl</i>	<i>Psidium guajava</i> L.	Mirtaceae	Brotes	Silvestre	Diarrea, disentería, disentería meca
Hierba del golpe	<i>Asterohyptis mocimiana</i> (Benth) Epling	Lamiaceae	Parte aérea	Silvestre	Golpes, prevención de la recaída
Hierba del golpe	<i>Salvia riparia</i> Kunth	Labiatae	Parte aérea	Silvestre	Golpes, heridas
Hierba del pollo, <i>tlatlamatzohuatzin</i>	<i>Commelina coelestis</i> Willd.	Commelinaceae	Parte aérea	Silvestre	Mal de ojo, hemorragias vaginales
Hierbabuena	<i>Mentha piperita</i> L.	Lamiaceae	Hojas	Cultivada en tecorrall	Confortar el latido, sacar las secundinas
Huizache	<i>Acacia farnesiana</i> (L.) Willd.	Mimosoidae	Corteza, vainas	Silvestre	Jiotes, dientes flojos
<i>Ixtacuiztle</i> , espino blanco	<i>Acacia sp</i>	Mimosoidae	Corteza	Silvestre	Disentería
Malva, <i>quetzaltlacuale</i>	<i>Malva rotundifolia</i> L.	Malvaceae	Hojas	Silvestre	Estreñimiento, hinchazón, calentura, aventazón, flujos vaginales
Mango	<i>Mangifera indica</i> L.	Anacardiaceae	Hojas	Cultivado en tecorrall	Tos
<i>Matlali</i> , lluvia, <i>acaxactzin</i>	<i>Zebrina pendula</i> Sohnlzl.	Commelinaceae	Hojas	Cultivado en tecorrall	Diarrea, disentería
<i>Memeya</i>	<i>Euphorbia hirta</i> L.	Euphorbiaceae	Látex	Silvestre	Mezquinos, sacar espinas, tos, anginas
<i>Mezcalochaite</i> , sábila	<i>Aloe vera</i> L.	Liliaceae	Hojas	Cultivado en tecorrall	Gangrena, cáncer, úlceras, heridas, picadura de alacrán, riñón, erisipela, pulmonía, calentura, granos, quemaduras, inflamaciones
<i>Mezcalojpatle</i> , <i>cuamixton</i> , palo prieto, <i>anacahuite</i>	<i>Cordia morelosana</i> Standl.	Boraginaceae	Flores, corteza, hojas	Silvestre	Tos
<i>Mismiyahuatic</i>	<i>Elytraria imbricata</i> (Vahl) Pers.	Acantaceae	Hoja	Silvestre	Hinchazón
<i>Mizquitl</i> , mezquite	<i>Prosopis laevigata</i> (H. et B. ex Willd.) M.C. Johnst	Mimosoidae	Corteza, hojas	Silvestre	Calentura, empacho, ojo, diabetes
<i>Moloncaxijtle</i> , <i>cuitlaxijtle</i> , <i>tlacasehuastle</i> , guajillo, hormiguillo	<i>Senna leiophylla</i> (Vogel) Irwin & Barneby	Caesalpinaceae	Parte aérea	Silvestre	Daño, mezquinos
<i>Muicle</i>	<i>Justicia spicigera</i> Schltdl.	Acanthaceae	Hojas	Cultivado en tecorrall	Mal de orín, calentura, calor en el estómago, granos de bebés, limpias
<i>Nacascolotl</i> , <i>cascalote</i>	<i>Caesalpinia coriaria</i> (Jacq.) Willd	Fabaceae	Fruto	Silvestre	Dolor de oído, empacho
<i>Nanantzi</i> , <i>nanche</i> , árbol viejo	<i>Byrsonima crassifolia</i> (L.) Kunth	Malpighiaceae	Corteza	Silvestre	Diarrea, disentería blanca y roja, empacho, piquete de alacrán

Nombre Común	Nombre científico	Familia	Parte utilizada	Procedencia	Indicaciones
<i>Nixtamalxochitl, nenextamalti, tronadora, ixtontle</i>	<i>Tecoma stans</i> (L.) H.B.K.	Bignoniaceae	Hojas, raíz	Silvestre	Diarrea, empacho, dolor de estómago, diabetes, para arrojar la placenta
<i>Olinalcoxtle, madera, cojzittlali, bubulitas, sencia, asencia</i>	<i>Bursera excelsa</i> (Kunth) Engl	Burseraceae	Savia del tronco	Silvestre	Heridas infectadas, cáncer
<i>Otlal, otate</i>	<i>Arundinaria longifolia</i> E. Four.	Poaceae	Parte aérea	Silvestre	Golpes internos
<i>Papalocojtle, papalocuxtle, pata de cabra, papalocotl</i>	<i>Lysiloma tergemina</i> Benth,	Fabaceae	Corteza	Silvestre	Amacizar los dientes
<i>Paraca, parácata</i>	<i>Senna skinneri</i> Benth	Fabaceae	Corteza	Silvestre	Diarrea, empacho, relajamiento de estómago
Paraíso	<i>Melia azedarach</i> L.	Meliaceae	Puntas de las ramas	Cultivado en tecorral	Daño, ojo
<i>Pochatzin, cochatzin, apochajtli, ajacochatzin, matacucaracha</i>	<i>Haplophyton cimidum</i> A. DC.	Apocinaceae	Parte aérea	Silvestre	Matar piojos, matar gusanos
<i>Pochotl, pochote</i>	<i>Ceiba pentandra</i> (L) Gaertn.	Bombacaceae	Corteza	Silvestre	Aventazones
<i>Quina amarilla, tlachichitze</i>	<i>Hintonia latiflora</i> (Sessé et Moc.) Bull	Rubiaceae	Corteza	Silvestre	Calentura, granos en la boca, paludismo
<i>Quina roja</i>	<i>Simira mexicana</i> (Bullock) Steyerem.	Rubiaceae	Corteza	Silvestre	Para aumentar la sangre, heridas, hervor de sangre
<i>Sacapajatl, sacapali, chahuistle, fideo</i>	<i>Cuscuta tinctoria</i> Mart.	Convolvulaceae	Parte aérea	Silvestre	Tiricia
<i>Sacahuistle</i>	<i>Flaveria pringle</i> Gand.	Asteraceae	Hojas	Silvestre	Sarna
Salvarreal	<i>Lippia graveolens</i> Kunth.	Verbenaceae	Hojas	Silvestre	Aire, golpes, dolor de cabeza, vómito, diarrea
<i>Sonteconhuehuentzin, temamaschichitzin, cabeza de indio, cabeza de viejo, sontecomama, biznaga, tememamatzin</i>	<i>Mammillaria collina</i> J. A. Purpus	Cactaceae	Fibra exterior ("algodón")	Silvestre	Riñón, diabetes, dolor de oído
<i>Tapaculo, tapacola, cuacuahuilotzin</i>	<i>Waltheria americana</i> L.	Sterculiaceae	Raíz	Silvestre	Diarrea, dolor de estómago, calentura, disentería
<i>Tecuanxitle</i>	<i>Cnidoscolus multilobus</i> (Rax) I.M. Johnston	Euphorbiaceae	Raíz	Silvestre	Mal de orín, empacho
<i>Temamatzin, pegahueso, temamatla, chicharroncillo, cochacharro</i>	<i>Stemmadenia obovata</i> (Hook. & Arn.) K. Schum	Apocynaceae	Hojas	Silvestre	Fijar fracturas
<i>Temecaixcatl, ajpatle, cancerina, matapiojos,</i>	Cancerina hembra: <i>Hippocratea excelsum</i> Kunth Cancerina macho: <i>Hippocratea celastroides</i> Kunth	Celastraceae	Raíz	Silvestre	Lavar heridas, úlceras digestivas, flujos vaginales, golpes
<i>Tenexietl, tenejete, hueytlacatl, hombre grande</i>	<i>Nicotiana tabacum</i> L.	Solanaceae	Hojas	Silvestre	Daño, mal aire, chin-cual, pisquihustle, cuasihustle
<i>Tetemotzoltzin, doradilla, flor de piedra</i>	<i>Selaginella lepidophylla</i> (Hook et Grev.) Spring	Selaginellaceae	Parte aérea	Silvestre	Mal de orín, inflamación de los riñones, úlcera

Nombre Común	Nombre científico	Familia	Parte utilizada	Procedencia	Indicaciones
Tetlematzin, barbolillo, bigotes, raíz de camatón	<i>Dorstenia contrajerva</i> L.	Moraceae	Raíz	Silvestre	Chincual, tzinyolcayotl, almorranas, hemorragias vaginales, piquete de alacrán
Timbre, tehuixtle	<i>Acacia bilimekii</i> Macbride	Fabaceae	Madera	Silvestre	Diarrea
Tlacopatle, cuaxihuiztemecatl	<i>Aristolochia subclausa</i> Wats	Aristolochiaceae	Raíz	Silvestre	Reumas, fríos, cuasihuiltle
Tlachichinohua	<i>Tournefortia hartwegiana</i> Steud.	Boraginaceae	Hoja	Silvestre	Diarrea, sarampión, mal de ojo, mal de orín, flujos vaginales
Tlalixtemetzin, tlalixtemetl, ojo de gallo	<i>Sanvitalia procumbens</i> Lam.	Asteraceae	Parte aérea	Silvestre	Disentería, diarrea, empacho
Tlanenpolohua, tlanenpolo, sanpablillo, pablillo	<i>Rauwolfia tetraphylla</i> L.	Apocynaceae	Hojas, frutos, raíz	Silvestre	Granos, sarna, sarampión, salpullido, algodoncillo, heridas, piquete de alacrán, dolor de oído
Tlanepa, hoja santa	<i>Piper auritum</i> H.B.K.	Piperaceae	Hojas	Cultivada en tecorral	Picadura de alacrán
Tlapatl, toloatzin, toloache	<i>Datura stramonium</i> L.	Solanaceae	Hojas	Silvestre	Hinchazón, granos muy inflamados, mal aire, insomnio en niños (limpia)
Tomate	<i>Lycopersicon esculentum</i> Mill	Solanaceae	Cáscara del fruto	Cultivada en tecorral	Anginas
Totopontzi	<i>Cardiospermum halicabanum</i> L.	Sapindaceae	Hojas, frutos	Silvestre	Hinchazón
Tres costillas	<i>Serjania triquetra</i> Radlv.	Sapindaceae	Ramas	Silvestre	Desinflamar riñones
Tuxpan, toxpan, flor de niño, flor de murto	<i>Galphimia glauca</i> Cav.	Malpighiaceae	Hojas, flores	Silvestre	Dolor de corazón, tos, hervor de sangre
Xiloxochitl, tenzonxochitl	<i>Calliandra anómala</i> (Kunth.) Macbr.	Fabaceae	Raíz	Silvestre	Diarrea, disentería meca, empacho, mal de orín
Xocotl, ciruela	<i>Spondias purpurea</i> L.,	Anacardiaceae	Corteza	Silvestre	Dolor de estómago, mal de orín
Xochipali, flor de San Miguel	<i>Cosmos sulphureus</i> Cav.,	Asteraceae	Parte aérea	Silvestre	Mordedura de víbora, piquete de alacrán
Zacatechichi, garañona, prodigiosa	<i>Calea zacatechichi</i> Schl.	Asteraceae	Parte aérea	Silvestre	Cólicos, dolor de estómago, cuando se recoge frío por rocío del temporal, cruda, sabor amargo de boca
Zapoxieutli, higuerrilla, pacone	<i>Ricinus communis</i> L.	Euphorbiaceae	Hojas	Cultivada en tecorral	Calentura, relajamiento del estómago, empacho
Zopilote, caoba, zopilotl	<i>Zwietenia humilis</i> Zucc.	Meliaceae	Semilla	Silvestre	Lombrices, mal de orín, inflamación de riñón, derrame de bilis, para mantener el cabello sedoso y brillante

utilizaremos los registros epidemiológicos de las tres jurisdicciones sanitarias de la Secretaría de Salud del Estado de Guerrero (SESAEG) que tienen cobertura en los municipios con alta concentración indígena: Montaña, Costa Chica y Centro.

Morbilidad

Las principales causas de enfermedad en las comunidades y municipios indígenas de Guerrero se han mantenido constantes en la estadística epidemiológica de los últimos 20 años; de esta manera, para el año 2005 las jurisdicciones sanitarias Montaña, Costa Chica y Centro de la SESAEG registraron el siguiente comportamiento:

10 principales causas de morbilidad

A partir de la información de los cuadros 1 a 3 es posible inferir que el perfil de las enfermedades que aqueja a la población indígena es un reflejo de la acumulación epidemiológica, es decir, persisten y

se agudizan las enfermedades transmisibles relacionadas con las carencias de la población. Asimismo, se suman los problemas de salud colectiva, relacionados con la expansión del efecto de la sociedad de consumo: violencia, alcoholismo, farmacodependencia, contaminación y exposición a diversos residuos tóxicos en los ambientes ocupacionales.

Mortalidad

Los efectos de este comportamiento de la enfermedad en los municipios indígenas se reflejan en las siguientes causas de mortalidad registradas en las mismas jurisdicciones sanitarias:

10 principales causas de mortalidad

Al analizar los cuadros 4 a 6 se hace patente que la mortalidad en los municipios indígenas de Guerrero no mantiene el mismo comportamiento que a nivel nacional, ya que en éste han desaparecido de los primeros lugares las causas infecto-contagiosas; por el

Cuadro 1. Jurisdicción Sanitaria 03 Centro, 2005.

Núm.	Causas	Casos	
		Total	Tasa
1	Infecciones respiratorias agudas	134 324	21 357.5
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	22 271	3 541.1
3	Infecciones de vías urinarias	9 646	1 533.7
4	Amibiasis intestinal	7 625	1 212.4
5	Intoxicación por picadura de alacrán	7 204	1 115.4
6	Úlceras, gastritis y duodenitis	5 505	875.3
7	Ascariasis	3 638	578.4
8	Otitis media aguda	3 070	488.1
9	Otras helmintiasis	2 941	467.6
10	Hipertensión arterial	2 417	384.3

Fuente: SESAEG, 2005.

Cuadro 2. Jurisdicción Sanitaria 04 Montaña, 2005.

Núm.	Causas	Casos	
		Total	Tasa
1	Infecciones respiratorias agudas	93 358	34 783.8
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	19 909	7 113.0
3	Amibiasis intestinal	5 542	1 980.0
4	Intoxicación por picadura de alacrán	3 896	1 382.0
5	Infecciones de vías urinarias	2 485	887.8
6	Úlceras, gastritis y duodenitis	2 447	874.3
7	Ascariasis	1 857	663.5
8	Otitis media aguda	1 572	561.6
9	Peatón lesionado en accidente de transporte	1 429	510.5
10	Varicela	1 102	393.7

Fuente: SESAEG, 2005.

Cuadro 3. Jurisdicción Sanitaria 06 Costa Chica, 2005.

Núm.	Causas	Casos	
		Total	Tasa
1	Infecciones respiratorias agudas	90 082	22 931.5
2	Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	17 704	4 506.8
3	Amibiasis intestinal	8 699	2 214.4
4	Infecciones de vías urinarias	6 726	1 712.2
5	Úlceras, gastritis y duodenitis	5 932	1 510.1
6	Ascariasis	4 781	1 217.1
7	Otitis media aguda	3 869	984.9
8	Intoxicación por picadura de alacrán	3 658	931.2
9	Gingivitis y enfermedad periodontal	1 573	400.4
10	Desnutrición leve	1 472	374.7

Fuente: SESAEG, 2005.

Cuadro 4. Jurisdicción Sanitaria 03 Centro, 2005.

Núm.	Causas	Casos	
		Total	Tasa
1	Diabetes mellitus	180	28.71
2	Enfermedades isquémicas del corazón	135	21.53
3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	82	13.08
4	Enfermedades cerebrovasculares	63	10.05
5	Nefritis y nefrosis	59	9.41
6	Asfixia y trauma al nacimiento	54	8.61
7	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	40	6.38
8	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	38	6.06
9	Enfermedades hipertensivas	38	6.06
10	Infecciones respiratorias agudas bajas	38	6.06

Fuente: SESAEG, 2005.

Cuadro 5. Jurisdicción Sanitaria 04 Montaña, 2005.

Núm.	Causas	Casos	
		Total	Tasa
1	Infecciones respiratorias agudas bajas	45	16.08
2	Enfermedades isquémicas del corazón	44	15.72
3	Enfermedades infecciosas intestinales	42	15.01
4	Agresiones	36	12.86
5	Desnutrición calórica proteica	34	12.15
6	Enfermedades cerebrovasculares	28	10.00
7	Diabetes mellitus	24	8.57
8	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	23	8.22
9	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	22	7.86
10	Nefritis y nefrosis	16	5.72

Fuente: SESAEG, 2005

Cuadro 6. Jurisdicción Sanitaria 06 Costa Chica, 2005.

Núm.	Causas	Casos	
		Total	Tasa
1	Diabetes mellitus	77	19.60
2	Enfermedades cerebrovasculares	54	13.75
3	Enfermedades isquémicas del corazón	49	12.47
4	Agresiones (homicidios)	38	9.67
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	36	9.16
6	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	29	7.38
7	VIH/SIDA	22	5.60
8	Nefritis y nefrosis	16	4.07
9	Tumores malignos del estómago	15	3.82
10	Tuberculosis	13	3.31

Fuente: SESAEG, 2005

contrario, en los municipios indígenas se observa que éstas continúan estando presentes junto con las crónico-degenerativas. Un claro ejemplo de este comportamiento lo constituye la jurisdicción de La Montaña, que concentra al 46% de la población indígena, en donde aparecen en primer lugar las infecciones respiratorias.

Por otra parte, se debe recalcar la presencia del VIH/SIDA como séptima causa de mortalidad en la jurisdicción Costa Chica; pese a la ausencia de la variable indígena en el sistema de información, existen estudios que mencionan un número considerable de muertes entre la población amuzga (Angélica Ramírez. Trabajo de campo en Guadalupe Victoria, Xochistlahuaca, y Huehuetónoc, Tlacoachistlahuaca. Comunicación personal).

No es posible analizar este rubro sin aludir a la mortalidad materna entre las mujeres indígenas que, pese a no igualar las principales tasas de mortalidad estatales, no deja de ser dolorosa, indignante y reflejo de la injusticia social. El estado de Guerrero ha presentado en los últimos 10 años las mayores tasas, superando la media nacional; de esta manera, en 2006 la entidad ocupó el primer lugar del país, con una tasa de 11.5 muertes por cada 10 000 nacidos vivos registrados, mientras que la nacional fue de 5.25 (SSA. Notificación inmediata de muertes maternas notificadas hasta octubre de 2006). Este alto índice de muertes maternas se incrementa en los municipios indígenas, principalmente en las regiones Montaña, Costa Chica y Centro, en las cuales se registraron en el mencionado año 20, 13 y 21 muertes, respectivamente.

Estamos conscientes de que el panorama de la morbi-mortalidad aquí presentado no constituye una novedad en el contexto de los pueblos indígenas; la finalidad es enfatizar la desigualdad social, la inequi-

dad y el rezago en el que sobrevive un importante sector de la población de Guerrero. La persistencia de enfermedades residuales es un fiel reflejo de la relación que guarda la salud con el estado de desarrollo, y es también una constante que demuestra que el sistema estatal de salud no ha respondido a las necesidades y al contexto sociocultural de los pueblos indígenas.

Por lo anterior, es necesario hacer una reflexión acerca del sistema de salud del estado de Guerrero y su relación con los recursos comunitarios de atención a la salud, con objeto de identificar la respuesta institucional y las perspectivas de interacción entre ambos actores que permitan la construcción de un nuevo paradigma de la salud, la plena participación de los pueblos indígenas y el mejoramiento de sus condiciones de vida.

El sistema de salud

El sistema de salud en Guerrero está conformado por las instituciones públicas y privadas que brindan servicios de atención a la salud. Este sistema ha evolucionado de acuerdo con las políticas de salud del Estado mexicano, de tal manera que en el periodo 1982-1988, cuando se elevó a rango constitucional el derecho a la protección de la salud y se estableció la concurrencia de los gobiernos federal y estatal, se inició en Guerrero la descentralización de los servicios de primer y segundo nivel de atención a la población abierta (Lavielle, 2004), convirtiéndose, así, en la primera entidad federativa que inició el proceso de descentralización. Uno de los resultados negativos para la atención de la salud de la población indígena en esta etapa fue la descentralización de los servicios del Programa IMSS-COPLAMAR (actualmente IMSS-Oportunidades), ya que este programa

Padecimientos oculares más frecuentes

Josefina Bautista Martínez
Marcela Timmins*

La presente comunicación aborda parte de los resultados obtenidos del análisis de 5 721 pacientes atendidos durante seis años en el estado de Guerrero, México. Para este estudio se analizaron 520 de ellos, en los cuales el tema a estudiar fue el tipo de padecimiento ocular. Como sabemos, todos los sujetos de la muestra presentan estrabismo, pero consideramos importante analizar el tipo que presentan y sobre todo su relación con alteraciones óseas. Por lo que el objetivo del presente estudio es determinar los padecimientos oculares más frecuentes en el estado de Guerrero.

Durante cinco años, de noviembre de 1987 a febrero de 1993 se realizaron once campañas extramuros de Corrección quirúrgica de estrabismo, catarata y ambliopía, por parte del Hospital General Manuel Gea González a cargo de la doctora Emma Limón, cuyo objetivo principal fue abatir la existencia de estos padecimientos. Las características predominantes fueron la atención integral gratuita, la amplia cobertura y la calidad y calidez en la atención a los pacientes.

En el Plan Sexenal de gobierno del licenciado José Francisco Ruiz Massieu se estableció el Programa de Bienestar Integral (Probin), el cual comprendió salud y seguridad social. En el rubro de salud quedó integrada la cirugía extramuros de alta especialidad, que se realizó en el marco de las campañas de solidaridad en el estado de Guerrero.

Entre los proyectos prioritarios de asistencia social destacaron tres tipos de campañas de corrección fundamentalmente quirúrgicas: labio y paladar hendido, estrabismo y catarata y deformidades óseas de los pies y una no quirúrgica de detección y atención de deficientes visuales. En este proceso se dio prioridad a la comunidad infantil.

En cada campaña, el proceso tuvo tres fases: captación, valoración y selección de los pacientes; en total, fueron atendidos 5 721 sujetos. Durante la revisión médico-antropológica se tomaron invaluables datos métricos y clínicos que permitieron obtener un número vasto de expedientes y, como parte de ellos, cédulas antropométricas, de las cuales analizamos una muestra de 520 para el presente estudio.

La valoración de los pacientes para determinar el tipo de afección ocular comprendió la medición antropológica, medición de agudeza visual, estudio del fondo de ojo y determinación del tipo de estrabismo.

Para evaluar el tipo de estrabismo fue necesario observar el funcionamiento y coordinación de los músculos oculares; se utilizaron nueve direcciones diagnósticas de la mirada (Véase Gráfico 1), con el fin de observar los movimientos de los músculos oculares y detectar su desviación y dirección en caso de presentarla.

Es necesario tomar en cuenta el desarrollo de la región del puente nasal al evaluar a un infante, ya que como aún no se encuentra totalmente desarrollada en los primeros seis años de vida, puede presentarse una ilusión óptica de los globos oculares que podría estar sugiriendo desviación anómala de éstos.

Ya realizada la observación y registro de la alteración ocular, se determinó el tipo de estrabismo, basándose en los siguientes conceptos, y posteriormente se procedió a determinar el proyecto quirúrgico a realizar para la corrección de la desviación ocular.

El término estrabismo, también conocido como “bizquera”, se puede definir como la pérdida del paralelismo de los ejes visuales (Lang, 1973); como problema de salud afecta entre el 3 y 5% de la población. Es una enfermedad congénita y hereditaria. El 85% de los casos de estrabismo son congénitos, un 10% es acomodativo por hipermetropía y se corrige con lentes y el 5% restante se adquiere por accidentes o como complicación de otras enfermedades. El beneficio o cambio se nota de inmediato, pero el resultado final se observa hasta dos o tres meses después de la operación. Entre el 5 y 20% de los pacientes operados requieren de una segunda cirugía, según la complejidad del problema, antes de ser dados de alta de manera definitiva (Limón, 1992).

Algunas veces, el estrabismo puede ser una ilusión óptica debido a la forma especial de los párpados (oblicuidad acentuada), pliegue palpebral superior que se prolonga sobre el párpado inferior (*epicantus*) o puente nasal plano.

Según la dirección hacia la que se desvíen los ojos, puede haber los siguientes tipos de estrabismo:

- 1) Cuando los ojos divergen o miran hacia fuera se le conoce como exotropía.
- 2) Cuando los ojos convergen o miran hacia dentro se le conoce como endotropía.
- 3) También pueden desviarse de forma vertical, es decir, que los ojos se desvíen hacia arriba se conoce como una hipertropía. Si la desviación es hacia abajo se conoce como una hipotropía (Ver Gráfico 2).

Según el ojo que se desvía, el estrabismo se clasifica en:

* Investigadoras de la Dirección de Antropología Física, Instituto Nacional de Antropología e Historia (DAF/INAH).

Gráfico 1. Direcciones oculares diagnósticas de la mirada.



Fuente: Lang J., 1973.

- 1) Estrabismo monocular, cuando sólo un ojo está afectado.
- 2) Estrabismo alterno, cuando ambos ojos son afectados indistintamente.

El estrabismo también se clasifica, dependiendo de las causas, de la siguiente manera:

- 1) Estrabismo acomodativo, se presenta por trastornos en el enfoque de las imágenes. No se encuentran afectados los músculos oculares; puede ser corregido con el uso adecuado de anteojos.
- 2) Estrabismo no acomodativo, el estrabismo o desviación es debida a otros factores como la alteración de los centros nerviosos que determinan la posición de los ojos, alteraciones en los músculos o en las estructuras orbitarias; este tipo de estrabismo es corregido con cirugía.

- 3) Estrabismo mixto, es la combinación de los anteriores, y puede ser parcialmente corregido con cirugía con uso posterior de anteojos.

Entre los trastornos que surgen por causa del estrabismo se encuentran varios síndromes, los cuales ocasionan distintas alteraciones musculares del ojo:

El Síndrome A es cuando existe una mayor convergencia al mirar hacia arriba.

El Síndrome V es cuando existe una mayor divergencia al mirar hacia arriba. (Véase Gráfico 3)

El Síndrome X es una combinación de los Síndromes A y V, es decir, los ojos pueden converger o divergir al ver hacia arriba.

El Síndrome de Duane es la ausencia de abducción, es decir, la retracción de los músculos oculares para fijar o enfocar para lograr una visión binocular, la persona se ve forzada a desviar la cabeza hacia el lado del ojo afectado.

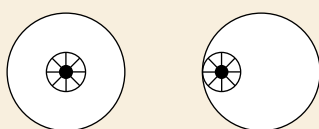
Muestra

Como ya se mencionó, para el presente trabajo se capturaron y analizaron datos de 520 pacientes, de los cuales se obtuvo cédula antropométrica y tipo de alteración visual.

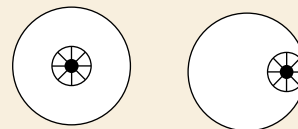
Para su estudio, el estado de Guerrero fue dividido en siete zonas principales: Acapulco, Centro, Costa Grande, Costa Chica, Norte, Montaña y Tierra Caliente. Repetimos que la muestra tuvo una mayor incidencia de infantes en las campañas, por haberles dado prioridad en los procesos de selección.

Gráfico 2. Tipos de estrabismo, según la dirección de los ojos.

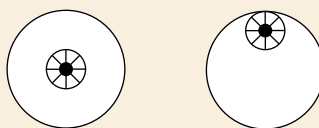
CLASIFICACION DE LOS TIPOS DE ESTRABISMO



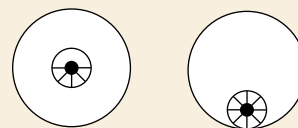
ENDOTROPIA
Desviación hacia adentro
(Estrabismo convergente)



EXOTROPIA
Desviación hacia afuera
(Estrabismo divergente)



HIPERTROPIA
Desviación hacia arriba
(Estrabismo vertical superior)



HIPOTROPIA
Desviación hacia abajo
(Estrabismo vertical inferior)

Fuente: Lang J., 1973.

Análisis y resultados

Los datos obtenidos fueron trabajados por zonas, de las cuales, por cantidad de pacientes tuvimos que la mayoría provenía (lugar de nacimiento) de la Zona I con 175 pacientes; de la Zona II o Centro, 59 pacientes; de la Zona III o Costa Grande, 75 pacientes; de la Zona IV o Costa Chica, 54 pacientes; de la Zona V o Norte, 45 pacientes; de la Zona VI o Montaña, 7 pacientes, de la Zona VII o Tierra Caliente, 15 pacientes, y finalmente, de otros estados se tuvo un total de 46 pacientes.

Del total de sujetos, 234 son individuos masculinos y 286 femeninos.

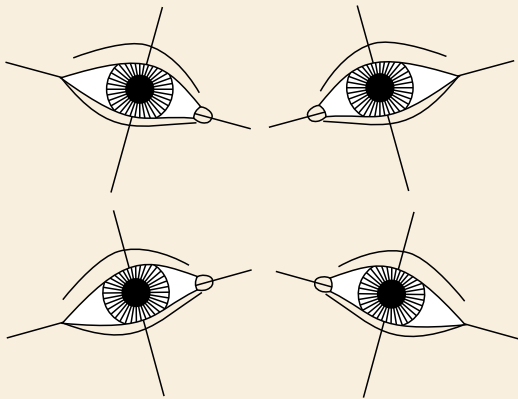
El análisis por edad mostró lo siguiente (cuadro 2): como se observa, la mayoría de los sujetos estudiados son menores de 20 años, resultado que responde a que, como se dijo antes, se le dio prioridad a los menores de edad. Después de los 30 años, son pocos los sujetos representados en la muestra.

Posteriormente, en una base de datos observamos el tipo de estrabismo que presentan los sujetos (Véase Cuadro 3).

Al valorar el dato de afección ocular, sobresale la presencia de estrabismo simple de ambos ojos y, en la mayoría de los casos, debido a problemas musculares. Llamó nuestra atención el estrabismo relacionado con una asimetría facial, razón que nos llevó a analizar con detenimiento esta asociación, ya que, según la literatura médica, hasta ese entonces (1993) no había relación entre estrabismo y cambios estructurales de las órbitas.

Como sabemos, la asimetría tanto craneal como facial puede deberse a una plagiocraneal, es decir, asimetría de la bóveda craneana debida al cierre temprano de una de las mitades de la sutura coronal que, por lo general, está relacionada con plagio-prosopia o asimetría de ambas mitades de la cara. Como consecuencia de esta alteración ósea se presentan cambios estructurales en las órbitas de los sujetos que presentan esta anomalía; una de las órbitas estará más pequeña en altura y anchura, así como

Gráfico 3. Síndrome A y Síndrome V.



Fuente: Lang J. 1973.

Cuadro 1. Sujetos analizados.

Zona	Número de pacientes
Zona I Acapulco	175
Zona II, centro	59
Zona III, costa Grande	75
Zona IV, Costa Chica	54
Zona V, Norte	45
Zona VI, Montaña	7
Zona VII, Tierra Caliente	15
Otros estados	46
Total	476

Fuente: Probin, 1987-1993.

Cuadro 2. Edad de los sujetos estudiados.

Edad	Cantidad de pacientes
0-9 años de edad	16
10-19 años de edad	21
20-29 años de edad	9
30-39 años de edad	4
40-49 años de edad	4
50- 59 años de edad	4

Fuente: Probin, 1987-1993.

Cuadro 3. Tipos de estrabismo relacionados con plagiocraneal.

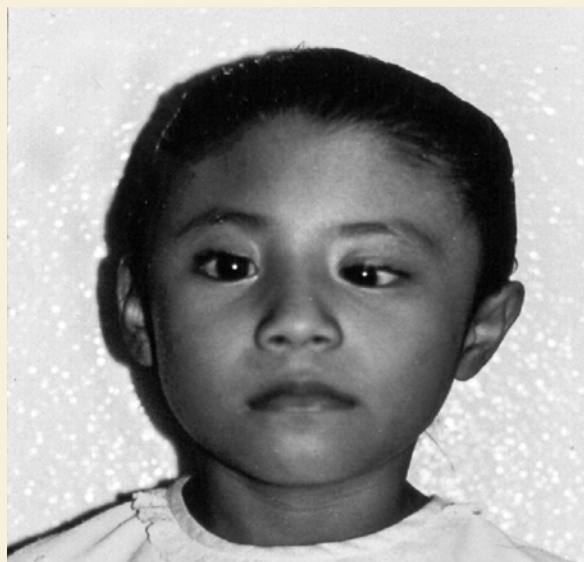
Tipo de estrabismo	Plagiocraneal	Ausencia de plagiocraneal	Total
Endotropía	4	31	35
Exotropía	2	18	20
Estrabismo	43	8	51
Hipotropía	—	2	2
Estrabismo	—	412	412
Total	49	471	520

Fuente: Probin, 1987-1993.

en profundidad y disposición vertical y lateral con respecto a las otras estructuras faciales, y, como consecuencia ocular, por el cierre temprano de la mitad de la sutura, el ojo del lado afectado presentará estrabismo de tipo convergente (Bautista y Limón, 1992; Brown y col., 1997, 1999.) Para confirmar la presencia del cierre temprano de una de las mitades de la sutura coronal, se obtuvieron radiografías simples de los pacientes con esta anomalía; sobre todo en aquellos casos en que la alteración facial era extrema (Véase Gráfico 4).

Los resultados anteriores indican una correlación entre estrabismo y plagiocraneal en 43 sujetos; es decir, hay sujetos con estrabismo vertical hacia arriba o hipertropía, así como sujetos

Gráfico 4. Sujeto femenino con plagioptosia o asimetría facial.



Fuente: Bautista y Limón, 1992; Brown y col., 1997, 1999.

con estrabismo convergente y divergente relacionados con asimetría facial, 4 y 2 respectivamente.

En el cuadro 13 se expone la información por regiones, en donde sobresale lo siguiente: existe una correlación importante entre patología ocular y patología craneal, con mayor frecuencia en poblaciones con asentamientos mestizos, ya que la mayoría de

los casos con plagioptosia están presentes en las regiones de Acapulco y Centro; hay poca presencia de esta alteración craneal en regiones con mayor número de indígenas, como en La Montaña.

Haber realizado este análisis nos permite confirmar la presencia de estrabismos debidos a alteraciones óseas asimétricas, presentes tanto en el neurocráneo como en la región facial; esta correlación estructura-patología ocular llevó a los cirujanos a implementar nuevas técnicas quirúrgicas con mejores resultados; en el campo antropológico, permitió conocer que la forma y posición de las órbitas en el macizo facial, además de ubicar poblaciones, nos indica que sufren cambios estructurales que se deben tomar en cuenta al revisar materiales antiguos. Nuestro agradecimiento a la doctora Emma Limón por su asesoría y confianza para realizar este trabajo.

Cuadro 4. Frecuencia de plagioptosia por regiones.

Zona	Plagioptosia
Zona I, Acapulco	17
Zona II, Centro	5
Zona III, Costa Grande	7
Zona IV, Costa Chica	6
Zona V, Norte	4
Zona VI, Montaña	1
Zona 7, Tierra Caliente	3
Otros estados	1

Fuente: Probin, 1987-1993.

transfirió a la SESAEG sólo la infraestructura, cancelando el presupuesto para la operación y funcionamiento de las unidades médicas.

Durante este periodo también se realizó un intento para establecer servicios de salud adecuados al contexto sociocultural de las regiones indígenas; fue así como la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional Indigenista y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) instrumentaron el programa denominado Atención Primaria a la Salud para las Regiones Indígenas. Sin embargo, este tipo de estrategias no pudieron ser incluidas en la Ley Estatal de Salud, debido, en gran parte, a que la Secretaría de Salud Federal mantuvo las facultades de programación, presupuesto y ejercicio del gasto, así como la atribución del control de la evaluación de políticas y programas.

A mediados de la década de 1990, la administración pública federal puso en marcha la reforma del Sector Salud 1995-2000, con el propósito de “Acercar la toma de decisiones y los presupuestos de los servicios de salud a los lugares en que éstos se prestan, en particular a favor de los grupos que más lo necesiten”

(Discurso pronunciado por el presidente Ernesto Zedillo, el 20 de agosto de 1996, durante la ceremonia en la que atestiguó la firma de acuerdos para la descentralización de los servicios de salud). Este propósito fue asumido por el gobierno de Guerrero, haciéndose visibles las limitaciones del esquema de reforma, ya que esta modalidad de “descentralización” sólo contemplaba el control de la infraestructura y de los recursos humanos por parte de la entidad federativa, pasando por alto si eran suficientes o si operaban de manera eficiente.

Aun más grave, esta descentralización no se fundamentó en un diagnóstico situacional de las regiones económico administrativas del estado; es decir, se obviaron los perfiles epidemiológicos, la distribución geográfica, el número de la población y sus proyecciones futuras, tal es el caso de las comunidades y Pueblos Indígenas en las que, además, no se reconocieron sus contextos sociales y culturales.

En el periodo 2001-2006, la administración pública introdujo una nueva propuesta de reforma con objeto de transformar la estructura financiera del sector salud; aunque esta reforma buscaba la modi-

ficación del sistema de financiamiento, en realidad implicó la continuidad del modelo de descentralización iniciado en la década de los ochenta. En este periodo se contempló integrar al Sistema Nacional de Salud a 48 millones de mexicanos que no contaban con una protección social en salud; es claro que esta estrategia, denominada Seguro Popular de Salud, ha sido un fracaso, ya que no cuenta con los recursos, infraestructura ni con la capacidad para garantizar condiciones de equidad en el acceso a los servicios.

Al respecto, la Auditoría Superior de la Federación (ASF) concluyó en su informe de la Cuenta Pública 2005, que el Seguro Popular fue utilizado por Vicente Fox con fines electorales, además de que no cumplió —ni lo hará— con sus metas de afiliación, porque no consideró en sus proyecciones el incremento poblacional y utilizó la estructura médica de las instituciones del sector salud y del sector privado para otorgar consultas; asimismo, determinó que tampoco el gobierno de Felipe Calderón podrá cumplir con los compromisos de brindar, en 2010, una cobertura total a la población que no tiene acceso al Sistema Nacional de Salud (Méndez, 2007).

La SESAEG, como parte de esta estrategia, reflejó las mismas limitaciones e incongruencias que se hicieron patentes a nivel nacional. En consecuencia, un vasto sector de la población indígena de Guerrero no es derechohabiente de ningún tipo de servicio de salud; así, por ejemplo, en la región Montaña sólo el 8% de los habitantes tiene acceso a este servicio, y la participación del Seguro Popular aún es limitada, pues sólo

el 26% es derechohabiente (Hernández, 2007: 19).

Debe hacerse hincapié en que el presupuesto de la SESAEG es insuficiente para brindar atención a las comunidades y pueblos indígenas; esta insuficiencia financiera se ilustra en el cuadro 7, en el que se compara el gasto per cápita del periodo 2002-2004 en población derechohabiente y no derechohabiente en Guerrero:

Habría que agregar que las cuotas de recuperación erogadas por los usuarios de los servicios públicos, ascienden a más del triple de la aportación estatal directa para el financiamiento de los servicios de atención a la salud del estado; esta inequidad coloca a Guerrero en el penúltimo lugar nacional en el gasto en salud estatal y federal, ya que los servicios de salud dependen en primer lugar, con un 98%, de la aportación federal; en segundo lugar, de las cuotas de recuperación, y en tercer lugar, de la aportación estatal (*Ibid.*: 70).

El sistema de salud de Guerrero está integrado por las siguientes instituciones: Secretaría de Salud del Estado de Guerrero, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y Fuerzas Armadas (Ejército y Marina). Debido a las características socioeconómicas de la población indígena, su atención recae directamente en la SESAEG; para 2006 esta secretaría contaba con infraestructura y recursos humanos en las jurisdicciones sanitarias que brindan cobertura a la población indígena (Véase Cuadro 8):

Este cuadro permite corroborar la insuficiencia de infraestructura y recursos humanos para atender a

Cuadro 7. Comparación de población no derechohabiente y derechohabiente.

Año	Población no derechohabiente (SESAEG)		Población derechohabiente (IMSS, ISSSTE)	
	Núm. de personas	Gasto per cápita	Núm. de personas	Gasto per cápita
2002	2 431 939	\$711.00	788 797	\$2 332.00
2003	2 445 207	\$755.00	791 137	\$2 613.00
2004	2 456 704	\$819.00	792 855	\$2 631.00

Fuente: Meléndez Navarro, 2006: 68.

Cuadro 8. Infraestructura y recursos humanos de la SESAEG en las Jurisdicciones Sanitarias Centro, Montaña y Costa Chica.

Cobertura	Jurisdicciones sanitarias		
	03 Centro	04 Montaña	06 Costa Chica
Centros de salud	164	184	141
Hospitales Generales de Básicos Comunitarios	3	2	2
Médicos generales	75	20	39
Médicos especialistas	39	15	36
Promotores de salud	46	—	16

Fuente: Secretaría de Salud del Estado de Guerrero.

cerca de 350 000 indígenas que habitan en estas tres regiones; asimismo muestra cómo la región con el mayor número de indígenas y las más altas tasas de morbimortalidad padecen una insuficiencia significativa de médicos generales y especialistas; de esta manera, para 2005 la región de La Montaña sólo contaba con cinco ginecólogos para atender a 88 272 mujeres en edad reproductiva de población abierta, es decir, un ginecólogo por cada 17 654 mujeres. Esta cifra contrasta con la media nacional que es de 2 414 mujeres, y también con la estatal que corresponde 4 132 mujeres; por lo anterior, Guerrero ocupa en este rubro el lugar 27 de las entidades federativas (Meléndez Navarro, 2005).

Un intento significativo para mejorar el acceso a los servicios de salud de la población indígena lo constituye la creación del Hospital de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense, ubicado en Tlapa de Comonfort. Esta unidad hospitalaria, establecida por decreto del Ejecutivo Federal el 20 de septiembre de 2005, brinda atención de segundo nivel a la población abierta de la región Montaña; aunque representa el primer hospital orientado a la atención específica de la población indígena y cuenta con un presupuesto que garantiza la contratación del suficiente personal médico especializado, no se ha logrado conformar una plantilla de especialistas que garantice la óptima atención a la salud de las mujeres y niños indígenas.

Así, para 2007 no se han cubierto las plazas de dos ginecobstetras, dos urgenciólogos, dos pediatras, un médico cirujano pediatra, un médico ultrasonografista, dos técnicos radiólogos y un químico biólogo. Esta problemática se debe a los complejos trámites administrativos para la contratación y pago de este personal y, de manera significativa, a la renuencia de los profesionistas a laborar en una región de Guerrero que amalgama y sintetiza las graves condiciones sociales, políticas, económicas y de salud de los pueblos indígenas de México.

Por otra parte, en el sistema de salud del estado de Guerrero la participación del sector privado es sumamente restringida, pues, pese a ser la instancia a la que acude un vasto número de población indígena condicionado por las deficiencias y limitaciones de los servicios públicos, sólo cumple con normas sanitarias básicas sin establecer una coordinación integral con la SESAEG que permita un registro unificado y oportuno de información epidemiológica y la formalización de normas que garanticen una atención a la salud de calidad y con respeto a los derechos de los usuarios.

Esta situación, aunada a la insuficiencia de medicamentos, equipo clínico y material de curación, genera una serie de irregularidades, como la derivación de enfermos de los servicios de salud institucionales

a la consulta u hospitalización privadas, ya que la mayoría de los médicos especialistas que laboran en las unidades hospitalarias de las principales ciudades de las regiones indígenas (Tlapa, Olinalá, Ometepe y Chilapa) son propietarios o prestan sus servicios en clínicas y consultorios privados.

Es común que los indígenas que transitan por este tipo de derivación se vean obligados a realizar gastos desastrosos, mediante la solicitud de préstamos a agiotistas, o bien recurran a vender su reducido patrimonio para solventar los onerosos gastos médicos establecidos sin ningún control. Resulta paradójico que la misión del Seguro Popular contemple, precisamente, evitar este tipo de gastos.

Otro recurso para la atención a la salud está constituido por la denominada medicina indígena tradicional, la cual posee un cuerpo de conocimientos, prácticas y recursos materiales y humanos que es congruente con el contexto sociocultural de la población indígena. A pesar de su importancia y de la capacidad resolutoria para atender un vasto número de enfermedades y padecimientos, el sistema de salud no reconoce su valía y sólo de manera parcial y bajo intereses institucionales mantiene una relación con las parteras indígenas, siempre y cuando éstas acepten participar en los cursos de capacitación que imparte la SESAEG.

Derivado de la falta de reconocimiento a la medicina indígena tradicional y a la nula coordinación del sistema de salud con este modelo médico, se desconocen sus potencialidades reales y no se realiza ninguna acción que impulse su desarrollo y fortalezca el servicio que presta a las comunidades y pueblos indígenas de la entidad.

Como parte de las instancias que brindan atención a la salud en las regiones indígenas se encuentran también diversas organizaciones civiles y religiosas; estas organizaciones orientan sus servicios a la promoción y atención a la salud y, en algunos casos, realizan investigaciones, principalmente en el campo epidemiológico. La posición contestataria de la mayoría de estas organizaciones impide cualquier intento de coordinación con el sector salud; esta desvinculación genera duplicidad de acciones y dilución de recursos económicos y humanos que finalmente repercuten de manera negativa en la atención a la salud de la población indígena.

¿Cuál es la situación actual del sistema de atención a la salud en Guerrero?

Ante el panorama arriba descrito, es posible afirmar que el sistema de salud del estado de Guerrero enfrenta un reto para prestar un servicio de calidad técnica y con sensibilidad cultural que sea capaz de

Diferencias étnicas de la violencia física intrafamiliar contra la mujer embarazada en Ometepec

Sergio Paredes-Solís*

La violencia contra la mujer en el hogar se ha documentado en todos los países y ambientes socioeconómicos, y las evidencias existentes indican que su alcance es mucho mayor de lo que se suponía (OMS/OPS, 1998). La violencia contra la mujer tiene diferentes manifestaciones que abarcan la violencia física, psicológica, sexual y económica. Afecta a las mujeres de todo el mundo, de todas las clases sociales, de todas las religiones y de todos los grupos étnicos. Al mismo tiempo, las tasas con las que el problema ocurre son variables a través de estos factores. Parece que el factor principal de riesgo para la violencia doméstica contra la mujer es, precisamente, el hecho de ser mujer (García, 2000: 41).

La Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVIM), en México, con datos recolectados en usuarias de los servicios públicos de salud, reportó que 60% de las mujeres han sufrido algún tipo de violencia en su vida, 21% son víctimas de cualquier tipo de violencia con su actual pareja y 14% tuvieron violencia física durante el embarazo (Olaiz, 2006: S232-S238).

En México, la mayoría de las investigaciones se han diseñado para medir la violencia física en las embarazadas usuarias de los servicios de salud. En una muestra representativa de las mujeres de la ciudad de Durango, se halló que 13%, recibieron golpes durante el embarazo (Alvarado, 1998:481-486). En otro estudio realizado en el hospital civil de Cuernavaca, Morelos, se encuestó a la mujer en un lapso no mayor a 24 horas después del parto, la violencia física durante el embarazo se presentó en el 13.6% de las pacientes (Valdez, 1996: 352-362). El 13% de las usuarias de los servicios de salud de los estados de alta marginación en México, incluido Guerrero, reportó haber sufrido violencia durante alguno de sus embarazos (Cuevas, 2006: S239-S249). La estimación de la ocurrencia de violencia física en la embarazada tendrá diferentes valores dependiendo del instrumento de medición y el contexto en donde se desarrolla la investigación (Ballard, 1998: 274-276).

Pertenecer a un grupo étnico minoritario se ha encontrado como factor de riesgo para la violencia física intrafamiliar contra la embarazada. Se han identificado como factores de riesgo asociados a la violencia física contra la embarazada, pertenecer a un grupo étnico, alcoholismo del compañero, baja escolaridad de la mujer y su pareja, experiencia de violencia física y sexual en la niñez, eventos negativos en los 12 últimos meses y percepción elevada de estrés (Muhajarine, 1999: 1007-1011; Paredes, 2005: 335-341; Cuevas, 2006: S239-S249). Con base en el aná-

lisis multivariado de riesgo de violencia física en el embarazo, se definieron las características de las mujeres golpeadas durante el embarazo con tres grupos de factores de riesgo: inestabilidad social, estilo de vida no saludable y problemas de salud (Stewart, 1993: 1257-1263).

La medición de la violencia contra las embarazadas a partir de mujeres que demandan atención médica, deja fuera de las estadísticas a quienes por alguna razón de acceso —geográfico, económico o cultural— no usan los servicios de salud. Existe otro vacío de información sobre este tipo de violencia en las minorías étnicas. Pocos estudios describen la magnitud y trascendencia de este tipo de violencia en la población indígena. De hecho, la investigación que aquí reportamos fue diseñada sin una orientación especial hacia las mujeres indígenas. Las características de la localidad donde se realizó el estudio nos permitieron obtener algunos resultados que enfatizan la diferencia entre la mujer mestiza y la indígena en la violencia física intrafamiliar durante el embarazo. Algunos de los resultados de la investigación se han publicado anteriormente (Paredes, 2005: 335-341), pero no discriminaron las diferencias étnicas con detalle. Aquí presentamos otros resultados relevantes de este estudio.

La población del estudio

Ometepec se ubica en la Costa Chica de Guerrero, una de las regiones más pobres de México. Es la principal localidad y cabecera del municipio del mismo nombre. La ciudad más importante de la zona, Acapulco, se encuentra a cinco horas de viaje en autobús. Sus principales actividades económicas son la agricultura y la ganadería. Se estima que Ometepec tiene 11 500 habitantes, la mayoría es población mestiza; hay grupos indígenas, principalmente amuzgos y mixtecos. Existen tres clínicas de servicios de salud de primer nivel de atención (IMSS, ISSSTE y SSA), un hospital general del gobierno estatal y algunas clínicas privadas.

El estudio consistió en una encuesta casa por casa a toda la población de la localidad. El universo de estudio incluyó a las mujeres en edad fértil de la localidad y la unidad de observación fue la mujer que tuvo al menos un embarazo en los últimos tres años. La definición operativa de caso con violencia física en el embarazo fue la mujer que respondió afirmativamente a la pregunta: ¿Fue golpeada intencionalmente por alguien de su familia durante el embarazo? Además del antecedente de violencia física intrafamiliar se recolectaron datos generales de la mujer como edad, escolaridad y grupo étnico. Este último se registró de acuerdo con la lengua que refiriera hablar la mujer. También

*Ascencio Villegas-Arrizon y Neil Andersson. Profesores e investigadores del Centro de Investigación de Enfermedades Tropicales (CIET) de la Universidad Autónoma de Guerrero.

se preguntó sobre antecedentes ginecobstétricos, asistencia a control prenatal, alimentación durante el embarazo, consumo de alcohol y tabaco.

Los datos de la pareja de la mujer, sobre escolaridad y consumo de alcohol, fueron proporcionados por la entrevistada. Respecto a la violencia física se indagó quién fue el agresor y la frecuencia de los golpes, la ocurrencia de violencia física cuando no está embarazada, y el sentimiento de humillación y menosprecio como una consecuencia. También se registró la percepción de las causas de algunos problemas de salud durante el embarazo.

El análisis de datos incluyó estimaciones de las frecuencias simples de las variables de estudio. Se utilizó el procedimiento de Mantel y Haenszel para la estimación cruda y no sesgada de la razón de momios (RM y RMNS) y sus intervalos de confianza de 95% (IC95%), y la heterogeneidad en subgrupos poblacionales se evaluó con la prueba de X² de Woolf (Andersson, 1990). La estimación de la independencia de las variables en las asociaciones se realizó con regresión logística binaria con el paquete estadístico CIETMAP (Andersson, 2002). Sólo se incluyeron los resultados que alcanzaron nivel de significancia mayor a 95%.

Resultados

Se visitaron 1 934 viviendas, en las cuales se contabilizaron 2 655 mujeres entre 15 y 49 años de edad, en todo el pueblo de Ometepéc. Una de cada diez mujeres (249/2 655) no estuvo en su casa en el momento de la encuesta. Diecisiete mujeres no participaron en la encuesta: 15 no aceptaron la entrevista y en dos casos el esposo no la permitió. De las mujeres restantes, el 30% tuvo al menos un embarazo en los tres años previos a la encuesta (709/2 389). El 17% de las mujeres (118/709) cursaba con embarazo en el momento de la entrevista. De las 709 mujeres con embarazo en los últimos tres años, 536 (73%) fueron mestizas, 83 (12%) amuzgas, 89 (13%) mixtecas y 1 (0.2%) náhuatl. En el análisis de los datos, la mujer náhuatl se agrupó con las mestizas.

Características demográficas de las embarazadas

La mayor diferencia entre el grupo mestizo e indígena se encuentra en la escolaridad de las mujeres y sus parejas. La mujer indígena tuvo 16 veces el riesgo de ser analfabeta en comparación con la mujer mestiza (RM 16.05, IC95% 9.7 – 26.9; 74/172 comparado con 24/534), casi la misma situación que en los hombres indígenas respecto a los mestizos (RM 16.7, IC95% 9.3 – 37.2; 57/165 comparado con 15/489). Entre las mujeres indígenas, la amuzga tuvo mayor riesgo de ser analfabeta que la mixteca (RM 2.22, IC95% 1.16 – 4.45; 44/83 comparado con 30/89).

No hubo diferencias estadísticamente significativas en la proporción de mujeres que reportó trabajo remunerado, vivir con su pareja, y con el hábito de consumo de alcohol de su pareja (Cuadro 14). La tenencia de la vivienda fue otra diferencia entre las indígenas. La mujer amuzga tuvo menos ventaja para poseer vivienda propia comparada con la mixteca (RM 0.45, IC95% 0.22 – 0.87, 37/77 comparado con 58/86).

Acceso y uso de los servicios de salud

La mujer mestiza tuvo mayor cobertura de seguridad social (RM 2.7, IC95% 1.7 – 4.3; 186/520 comparado con 29/168) y de atención prenatal con médico (RM 5.5, IC95% 3.6 – 8.5; 467/525 comparado con 102/171) que la mujer indígena. En cambio, la indígena amuzga tiene menos cobertura de la seguridad social que la indígena mixteca (RM 0.36, IC95% 0.14 – 0.94; 8/79 comparado con 21/89). La principal razón que los tres grupos étnicos reportaron para no asistir a control prenatal fue la falta de interés (Cuadro 15). En las mujeres indígenas la falta de dinero fue el segundo motivo para no tener control prenatal.

Uno de los beneficios del control prenatal se observó en el consumo de las mujeres de suplementos alimenticios —polivitaminas, sulfato ferroso y ácido fólico. La embarazada que tuvo control prenatal tuvo mayor probabilidad de consumirlos, independientemente de si era mestiza o indígena (RMNS 7.1, IC95 4.8 – 11.1; 37/125 comparado con 444/558). La embarazada mestiza tuvo más probabilidad de consumir los suplementos alimenticios que la indígena, independientemente de haber asistido o no al control prenatal (RMNS 2.22, IC95% 1.5 – 3.3; 407/ 528 comparado con 83/168). La muestra fue de tamaño insuficiente para detectar diferencias significativas en el consumo de tabaco y alcohol entre las embarazadas. Aunque las amuzgas reportaron consumirlos en mayor porcentaje.

El 83% de las mujeres entrevistadas (591/709) ya había terminado su embarazo. Una de cada cinco mujeres (115/571) tuvo el parto en su domicilio. La mujer indígena tuvo cinco veces el riesgo de tener su parto en su casa, comparada con la mujer mestiza (RM 5.23, IC95% 3.3 – 8.4; 62/149 comparado con 53/442). Entre los grupos indígenas, las amuzgas se atendieron de parto en su domicilio en mayor proporción que las mixtecas (RM 2.7, IC95% 1.3 – 5.9; 38/70 comparado con 24/79).

El médico fue el principal personal de salud que atendió los partos, aunque no fue la misma proporción en todos los grupos étnicos. La mujer mestiza tuvo mayor probabilidad de ser atendida por un médico en comparación con la mujer indígena (RM 5.3, IC95% 3.3 – 8.3; 392/440 comparado con 90/148). La embarazada amuzga tuvo menos oportunidad de ser atendida por un médico que la embarazada mixteca (RM 0.45, IC95% 0.21 – 0.92; 35/69 comparado con 55/79). La partera fue el personal de salud que ocupó el segundo lugar en la atención de los partos. Resalta que en los tres grupos étnicos hay partos que

Cuadro 1. Características demográficas de las mujeres con al menos un embarazo en los últimos tres años.

	Mestiza n= 537		Amuzga n= 83		Mixteca n= 89	
	n=	%	n=	%	n=	%
Trabajo remunerado	165	31%	23	28%	23	26%
Vivienda						
Casa propia	287	53%	37	45%	58	65%
Rentada	94	18%	18	22%	13	15%
Prestada	114	21%	21	25%	15	17%
Vive con familiares	42	8%	7	8%	3	3%
Escolaridad						
Ninguna	24	5%	44	53%	30	34%
Primaria	127	24%	16	19%	24	27%
Secundaria	114	21%	16	19%	19	21%
Preparatoria	117	22%	6	7%	8	9%
Universidad o más	155	29%	1	1%	8	9%
Vive con su pareja	463	86%	70	84%	77	87%
Escolaridad de la pareja						
Ninguna	15	3%	30	36%	27	30%
Primaria	92	17%	19	23%	22	25%
Secundaria	112	21%	16	19%	16	18%
Preparatoria	133	25%	10	12%	7	8%
Universidad o más	184	34%	8	10%	17	19%
Consumo de alcohol de la pareja	342	64%	57	69%	56	63%

Fuente: Encuesta en Ometepec, México, 2001.

son atendidos por familiares de la mujer, o bien, no tuvieron asistencia.

La violencia física intrafamiliar

Entre las mujeres que reportaron ser golpeadas cuando no estaban embarazadas, 22% (28/128) refirió recibir golpes durante su embarazo, mientras que las mujeres que no habían sido golpeadas, sólo 2% (12/554) declaró maltrato físico en el último embarazo. Hubo una asociación fuerte entre el antecedente de ser golpeada cuando no está embarazada y serlo durante el embarazo (RM 12.7, IC95% 5.9 – 27.6; 28/128 comparado con 12/554). Cuarenta de las 709 mujeres entrevistadas (5.6%) mencionaron que fueron golpeadas por alguien de su familia durante el embarazo. De los factores asociados a violencia física contra la embarazada, sólo cuatro factores quedaron en el modelo de regresión

Cuadro 2. Acceso y uso de servicios de salud en el último embarazo .

	Mestiza n= 537		Amuzga n= 83		Mixteca n= 89	
	n=	%	n=	%	N=	%
Seguridad social						
Con seguridad	186	35%	8	10%	21	24%
Sin seguridad	334	62%	71	86%	68	76%
Sin información	16	3%	3	4%		
Control prenatal médico en el último embarazo						
Sin control prenatal	58	11%	34	27%	35	28%
1 a 4 consultas	158	30%	25	45%	42	42%
5 o más consultas	309	59%	23	28%	27	30%
Por qué no acudió a control prenatal						
No quiso	15	28%	11	31%	12	35%
Falta de dinero	6	11%	11	31%	11	32%
Se sentía bien	14	26%	1	3%	4	12%
Tuvo control con partera	2	4%	4	11%	1	3%
Le da pena	2	4%	3	9%		
Hábitos durante el último embarazo						
Consumo de vitaminas	407	77%	37	46%	46	53%
Consumo de alcohol	17	3%	6	7%	3	3%
Consumo de tabaco	12	2%	4	4%	1	1%
Lugar de atención del parto						
Casa	53	12%	38	55%	24	30%
Hospital	337	76%	29	41%	47	60%
Clínica/Centro de salud	22	5%	1	1%	5	6%
Clínica particular	30	7%	2	3%	3	4%
Persona que atendió el parto						
Médico	392	89%	35	51%	55	70%
Enfermera	3	1%			1	1%
Partera	40	9%	23	33%	15	19%
Familiar	4	1%	8	12%	4	4%
Nadie	1	0.2%	3	4%	4	5%

Fuente: Encuesta en Ometepec, México, 2001.

logística. En orden decreciente de la fuerza de asociación, los factores fueron: edad menor de 30 años, el antecedente de consumo de alcohol de la pareja, tener tres embarazos o más y ser indígena. El modelo final y la estimación del efecto, tomando en cuenta los demás factores, se presenta en el Cuadro 16.

Cuadro 3. Modelo final de regresión logística de factores asociados a la violencia física intrafamiliar contra la embarazada. Ometepec, abril de 2001.

Factor	Razón de momios cruda	Razón de momios no sesgada	Intervalo de confianza al 95% de la razón de momios no sesgada	Resumen de X2 de Mantel-Haenszel
Edad de la mujer menor a 30 años	3.25	5.76	1.94-17.09	9.96
Consumo de alcohol por la pareja	3.66	3.64	1.32-10.00	6.25
Tres o más embarazos	2.57	2.88	1.48-5.61	9.68
Hablar lengua indígena	2.32	2.04	1.02-4.10	4.02

Fuente: Paredes, 2005: 335-341.

Sólo se preguntó sobre la violencia física intrafamiliar intencional; de las 40 mujeres que reportaron golpes, el principal agresor señalado fue el esposo en 75% de las veces (30/40). Hubo otros familiares involucrados, particularmente en los indígenas mixtecos. La frecuencia de la agresión y los sitios corporales golpeados se presentan en el Cuadro 17. El sentimiento de humillación durante el último embarazo fue reportado por 10% de las mestizas (48/499), 11% de las amuzgas (8/74) y 20% de las mixtecas (17/85). Sentirse menospreciada fue percibido por el 4% de las mestizas (19/506), 6% de las amuzgas (5/78) y 9% de las mixtecas (8/85). Hubo una fuerte asociación entre ser golpeada durante el embarazo y sentirse menospreciada (RM 13.2, IC95% 4.9 – 32; 27/620 comparado con 12/32).

Percepción de las causas de problemas de salud durante el embarazo

El 16% de las mujeres (115/709) reportó sangrado transvaginal durante el embarazo. Se encontró asociación entre haber sido golpeada y sangrado transvaginal durante el embarazo (RM 2.21, IC95% 1.02 – 4.8; 28/554 comparado con 12/113). Sólo dos mujeres indígenas atribuyeron el sangrado a los golpes; las causas percibidas como causantes del sangrado se presentan en el Cuadro 18. Una de cada cinco mujeres (142/709) dijo que estuvo en peligro de perder su embarazo. La pérdida ocurrió en el 13% de los casos (19/142). La mayoría de las mujeres amuzgas no supieron a qué atribuirlo, las mestizas y mixtecas lo adjudicaron trabajo pesado, problemas ginecológicos y accidentes. Dos mujeres indígenas percibieron el peligro debido a los golpes.

La interrupción del embarazo ocurrió entre el primero y sexto mes de gestación en 17 casos, en dos casos la mujer no recordó cuándo ocurrió. El tamaño de la muestra fue insuficiente para alcanzar significancia estadística de la relación entre violencia física y pérdida del embarazo (RM 4.1, IC90% 1.42 – 11.9; 12/275 comparado con 3/19). Casi la mitad de las mujeres no supo a qué atribuir la pérdida del embarazo. Una mujer de cada grupo indígena lo atribuyó a la agresión física. De las mujeres con embarazo concluido, 15% (83/537) declaró que el parto se adelantó al tiem-

po esperado y 85% consideró que terminó en el tiempo previsto. Únicamente en las mujeres indígenas se encontró asociación estadísticamente significativa entre violencia física y la percepción del parto antes del tiempo esperado (RM 7.79, IC95% 1.9 – 32.4, X2 het 6.14, 1 gl, p 0.01; 7/116 comparado con 6/18).

Discusión

La ocurrencia de violencia física intrafamiliar contra la embarazada (5.6%) se encontró cercana a la reportada en estudios realizados en Canadá y los Estados Unidos de Norteamérica (Stewart,

Cuadro 4. Violencia física intrafamiliar en el último embarazo.

	Mestiza		Amuzga		Mixteca	
	n=	%	n=	%	n=	%
Agresión física en el último embarazo	22	4%	8	10%	10	11%
Quién la agredió						
Pareja	18	81%	7	88%	5	50%
Suegros	1	5%			1	10%
Padres	1	5%	1	12%	2	20%
Otro familiar	2	9%			2	20%
Cuántas veces lo hizo						
Una vez	10	45%	1	12%	2	20%
Dos a tres veces	3	14%	4	50%	4	40%
Cuatro veces o más	9	41%	3	38%	4	40%
Dónde la golpeó						
Todo el cuerpo	11	50%	1	12%	2	20%
Cara/cabeza	4	18%	3	38%	2	20%
Abdomen/cadera	3	14%	1	12%	4	40%
Espalda	4	18%	3	38%	2	20%

Fuente: Encuesta en Ometepec, México, 2001.

1993: 1257-1263; Berenson, 1994: 1760-1769; Muhjarine, 1999: 1007-1011; Martin, 2001: 1581-1584). Sin embargo, hay diferencia importante con la cifra encontrada (13%) en la ciudad de Durango, México. Esto pudiera indicar diferencia en la percepción y subregistro de la violencia física por la población, con marcadas características rurales, de nuestro estudio. Diversas investigaciones demuestran que hay menor proporción de mujeres que reportan la violencia doméstica en el área rural y es posible que el mismo fenómeno se presente en las mujeres embarazadas.

En Jalisco, México, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la ocurrencia de maltrato físico: 57% en las mujeres del área urbana y 44% en área rural (Ramírez, 1993: 148-160). Un estudio de violencia doméstica en mujeres mexicano-americanas, en 2001, encontró que la proporción de mujeres con violencia física en el área urbana fue 13.2%, mientras que en el área rural fue 5.8% (Lown, 2001: 441-445). Otra investigación que compara mujeres afroamericanas y blancas de las áreas urbana y rural, también halló mayor proporción de mujeres en el área urbana que reportaron violencia física: afroamericanas 39% y blancas 50%; mientras que en el área rural fue 30% y 43%, respectivamente (Wegner, 1995:956-962).

No es posible comparar la prevalencia de violencia física intrafamiliar encontrada en este estudio y los resultados de la ENVIM 2003 debido a las diferencias en la definición operativa de la variable resultado, el periodo de medición y las unidades de observación. Nosotros medimos la ocurrencia de violencia física en el último embarazo en todas las mujeres de Ometepec, mientras que la ENVIM preguntó sobre la violencia en cualquier embarazo a usuarias de los servicios de salud públicos (Olaiz, 2006: S232-S238).

En el estudio de Ometepec, ser indígena estuvo asociado con el maltrato físico durante el embarazo. El tamaño del estudio impidió tener una conclusión sobre la diferencia entre los grupos amuzgo y mixteco residentes en Ometepec. Una investigación en Canadá también encontró mayor riesgo de violencia física en las mujeres indígenas (Muhjarine, 1999: 1007-1011). Los otros factores que se mantuvieron en el modelo de causalidad multifactorial (Cuadro 16) reflejan hechos comunes en la población de las regiones pobres de México: consumo de alcohol de los hombres, vida marital a edad temprana y multiparidad. En los estados de alta marginación de México, la violencia durante cualquier embarazo se encontró asociada a baja escolaridad de la mujer y su pareja, violencia física y sexual en la niñez, y consumo de alcohol en el hombre (Cuevas, 2006: S239-S349).

Los resultados de este estudio indican que la indígena tiene mayor desventaja socioeconómica de acceso y uso de los servicios de salud y de violencia intrafamiliar comparada con la mujer mestiza. Entre las mujeres indígenas residentes de Ometepec, las amuzgas tuvieron peores indicadores de propiedad de la casa, analfabetismo, seguridad social y uso de servicios de salud que las mixtecas, mas no se puede concluir que haya estas condiciones en otras localidades amuzgas y mixtecas del estado de Guerrero.

Cuadro 5. Percepción de las causas de problemas de salud durante el último embarazo.

	Mestiza n= 537		Amuzga n= 83		Mixteca n= 89	
	n=	%	n=	%	n=	%
Sangrado transvaginal en el último embarazo	100	19%	8	10%	9	10%
Percepción de la causa del sangrado						
No sabe	25	25%	2	25%	4	45%
Problemas ginecológicos	18	18%				
Trabajo pesado	14	14%	2	25%	2	22%
Accidentes	12	12%	2	25%	1	11%
Otras razones	12	12%			1	11%
Ejercicio excesivo	10	10%				
Debilidad	6	6%	1	12%		
Infecciones	3	3%				
Golpes			1	12%	1	11%
En peligro de perder su embarazo	118	22%	12	9%	12	9%
Percepción de la causa de peligro						
No sabe	26	22%	7	58%	2	17%
Problemas ginecológicos	15	12%			2	17%
Trabajo pesado	22	19%	2	17%	2	17%
Accidentes	12	10%			3	35%
Otras razones	11	9%	1	8%		
Sangrado	8	7%			1	8%
Ejercicio excesivo	7	6%	1	8%		
Debilidad	6	5%			1	8%
Infecciones	6	5%				
Fármaco contraindicado	5	4%				
Golpes			1	8%	1	8%
Perdió su embarazo	12	2%	5	6%	2	2%
Percepción de la causa de la pérdida del embarazo						
No sabe	5	42%	2	40%		
Trabajo pesado	2	17%	1	20%		
Malformación del producto	1	8%				
Otras razones	1	8%	1	20%		
Picadura de alacrán					1	50%
Ejercicio excesivo	1	8%				
Infecciones	1	8%				
Fármaco contraindicado	1	8%				
Golpes			1	20%	1	50%

Fuente: Encuesta en Ometepec, México, 2001.

Respecto a daños en la salud de la mujer, como consecuencia de golpes, encontramos asociación entre maltrato físico y sangrado transvaginal durante el embarazo, y entre violencia física y parto antes del tiempo esperado, aunque este efecto sólo se encontró en mujeres indígenas. Es posible que los daños obstétricos se presenten según la intensidad de la violencia. Se ha reportado que 13% de las víctimas de violencia doméstica son agredidas gravemente (Klevens, 2001: 78-83). Nosotros no

preguntamos sobre la severidad de los golpes. Más allá de las relaciones entre la violencia física y las consecuencias ginecobstétricas que conlleva, es importante resaltar que en general las mujeres no perciben la violencia física como la principal causa de este daño. Pocas indígenas atribuyeron a la violencia física los problemas de salud relacionados con su embarazo. Quizá estas mujeres son quienes sufrieron violencia extrema que no les dejó duda sobre la causa de sus problemas de salud. ■

incidir en las altas tasas de morbilidad y mortalidad de la población indígena. Como ya se mencionó, este sistema de salud sólo incluye a las instituciones oficiales, siendo la SESAEG su instancia rectora y la única que provee de servicios a la población indígena; pese al estatus descentralizado de esta institución, mantiene una dependencia financiera y normativa con la Secretaría de Salud federal. No obstante estas limitaciones, actualmente existe una voluntad política de las autoridades de la SESAEG para iniciar un proceso de adecuación intercultural de los programas y servicios que instrumenta en las regiones indígenas, así como para impulsar la modificación de la Ley Estatal de Salud que garantice el cumplimiento y continuidad de este proceso de adecuación intercultural.

La atención intercultural a la salud de los pueblos indígenas. Sustento político, teórico y práctico para su concreción

Dentro de las demandas más frecuentes de los pueblos indígenas de Guerrero se encuentra la relacionada con la necesidad de recibir una atención a la salud que responda a sus contextos socioculturales y a sus necesidades reales. Como respuesta a esta demanda, la Secretaría de Asuntos Indígenas (SAI), como instancia promotora y facilitadora de una nueva relación de las instituciones de los tres niveles de gobierno con los pueblos indígenas de Guerrero, elaboró una propuesta teórico-metodológica para la adecuación intercultural de los programas y servicios de atención a la salud en las regiones indígenas de la entidad. Esta propuesta se presentó a la SESAEG y fue formalizada mediante la firma de un Convenio de Colaboración, el cual establece los compromisos, estrategias y acciones para instrumentar la adecuación intercultural arriba mencionada, destacando los siguientes aspectos:

- 1) Capacitación intercultural en salud para la formación de equipos multiplicadores de la SESAEG.
- 2) Adecuación intercultural de los programas de Promoción a la Salud, adicciones, prevención y control de enfermedades diarreicas, dengue, paludismo, alacranismo, chagas y tuberculosis; nutrición, planificación familiar, arranque parejo en la vida; cáncer cérvico-uterino y calidad de la atención “Aval ciudadano”.
- 3) Fortalecimiento de las capacidades técnicas y autogestivas de las Redes Sociales Indígenas para la planificación comunitaria y vigilancia de políticas y programas institucionales.
- 4) Reconocimiento e impulso de la medicina indígena tradicional.
- 5) Inclusión de la variable indígena en el sistema de información.
- 6) Impulso a la adecuación de la Ley Estatal de Salud, en el marco de la Reforma Democrática del Estado, conforme a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como de las reformas y adiciones de la Ley General de Salud, decretada en 2006.

La voluntad política institucional para atender una de las principales demandas de los pueblos indígenas, así como contar con un instrumento teórico-metodológico, abre una perspectiva prometedora en la instrumentación de una estrategia innovadora a nivel nacional que permitirá contribuir a la equidad en salud y a la concreción de los derechos de los pueblos indígenas.

La atención intercultural a la salud que se pretende realizar en la entidad se sustenta en la Iniciativa de Salud para los Pueblos Indígenas de las Américas (ISPIA), promulgada en 1993 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1993) como resultado de un esfuerzo conjunto de los gobiernos de la región, organizaciones no gubernamentales, organizaciones indígenas y los pueblos indígenas de América.

La ISPIA establece el compromiso político de los gobiernos y de la OPS para priorizar el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas de la región,

enfaticando el respeto a su cultura y a su plena participación bajo los siguientes principios:

- 1) Necesidad de un enfoque integral a la salud.
- 2) Derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas.
- 3) Respeto y revitalización de las culturas indígenas.
- 4) Reciprocidad en las relaciones entre los actores involucrados en los procesos.
- 5) Derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas.

Se insta también a los gobiernos a que promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención a la población indígena, dentro de la estrategia de los Sistemas Locales de Salud (Silos), incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad.

Pese a la ratificación realizada por el gobierno de México, hasta 2005 los resultados para la concreción de esta iniciativa han sido aislados y, la mayor parte de las veces, desvinculados de los principios enmarcados en la ISPIA. Así, por ejemplo, en 2003, la Secretaría de Salud creó la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, la cual se orienta a “Fomentar estrategias de coordinación entre la medicina tradicional y la alópata, para buscar una relación intercultural complementaria entre ambas prácticas” (Secretaría de Salud, s/f: 3-4); el objetivo de esta Dirección es “Fortalecer un sistema complementario intercultural de atención a la salud dentro de un esquema de coordinación y respeto entre las dos medicinas” (*Ibid.*: 9). No obstante estas buenas intenciones, se soslayan totalmente los objetivos y principios de la ISPIA, y las acciones y estrategias de dicha dirección se centran en la promoción de una muy particular y cuestionable concepción de la medicina tradicional.

Asimismo, de 2003 a 2005, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), en coordinación con los Servicios de Salud de los estados de Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Nayarit, Oaxaca y Puebla promovieron la concreción de la ISPIA, a través de un proceso de capacitación-acción con enfoque intercultural, dirigido a los trabajadores de salud y a los recursos humanos comunitarios de atención a la salud (promotores, auxiliares y terapeutas indígenas tradicionales); a pesar de haber capacitado a más de 1 500 profesionistas y 800 recursos humanos comunitarios, los Servicios Estatales de Salud no dieron continuidad al proceso que conduciría a la adecuación intercultural de sus servicios.

Existen otros tipos de experiencias en el campo de la atención intercultural a la salud en México; estas experiencias van desde el diseño de un modelo intercultural de atención a la salud (Solís, 2003), hasta el fomento organizativo de los terapeutas indígenas tradicionales y la promoción de la adecuación de hospitales al contexto sociocultural.

Es a partir de estas experiencias que se hizo evidente la necesidad de impulsar a nivel nacional la atención intercultural de la salud en las regiones indígenas. De esta manera, la Secretaría de Salud, la CDI y la OPS iniciaron un proceso de análisis y promoción para elevar a rango de ley la atención intercultural a la salud de los pueblos indígenas; este esfuerzo se concretó en el decreto emitido por el Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, por medio del cual se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud. Entre las disposiciones de esta ley, destacan las siguientes:

- Art. 6º. El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos:
 - IV Bis. Impulsar el bienestar y desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político-sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social.
 - VI Bis. Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas.
- Art. 93 ...Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos.

En este marco, los pueblos indígenas de Guerrero encuentran una coyuntura histórica para revertir su situación de salud, a partir de la aplicación del enfoque intercultural que garantice una atención integral que rebase los criterios biomédicos y propicie un diálogo respetuoso y de reconocimiento entre prestadores de servicios y los pacientes indígenas, los cuales dejan atrás esta denominación para convertirse en usuarios que participan de manera activa en la atención a la salud.

Es precisamente este marco político el que sustenta la estrategia de atención intercultural a la salud en Guerrero; la orientación teórico metodológica de la estrategia es la interculturalidad en salud y el enfo-

que intercultural. Este último permite la adecuación de los servicios de atención a la salud, a partir de incorporar los conocimientos y percepciones indígenas, así como su plena participación en la planificación y seguimiento de acciones.

Definimos a la interculturalidad en salud como la “Capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes, respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que pueden ser incluso hasta contrapuestas” (Ibacache, 1996).

El enfoque intercultural es el “Conjunto de espacios de análisis e instrumentos metodológicos que se aplican para establecer un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto entre las percepciones institucional e indígena sobre la salud y sus formas de promoción, prevención y atención” (Solís, *op. cit.*: 40).

El análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas de Guerrero implica necesariamente ser abordada en la intersección de temas relacionados con los derechos humanos, la democracia, el desarrollo, el medio ambiente y la comprensión de la cultura, identidad y cosmovisión de estos pueblos, ya que su perfil epidemiológico se asocia de manera directa con altos índices de pobreza, analfabetismo, deserción escolar, desempleo, migración, marginación, así como con la falta de tierras, la destrucción de ecosistemas, el resquebrajamiento del tejido social y con un cúmulo de rezagos en otros órdenes del desarrollo. No resulta casual que seis municipios indígenas de la entidad se encuentren dentro de los diez primeros con el más alto grado de marginación del país.

En congruencia con esta situación, los pueblos indígenas de Guerrero demandan de manera prioritaria atender sus graves condiciones de salud, a través de políticas y programas que se construyan con su participación y con pleno respeto a sus contextos socioculturales.

Consideramos que esta demanda indígena para la reorientación de programas y servicios de salud, deberá acompañarse de una inversión financiera que garantice en todos los niveles de atención una calidad técnica y humanista, rompiendo, así, con los esquemas tradicionales de enfocar la inversión en las acciones biomédicas en detrimento de una promoción a la salud adecuada interculturalmente que proporcione a la población indígena los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.

Este desafío de la salud pública en Guerrero encuentra una coyuntura política en el actual proceso de

Familia y nutrición de los niños en áreas rurales de extrema pobreza

Hortensia Reyes Morales
Blanca Pelcastre Villafuerte*

La desnutrición en los niños, particularmente los menores de cinco años, representa un problema de salud pública en México, a pesar de los avances que se han alcanzado en relación con la salud en este grupo de edad (Olaíz-Fernández, 2006).

Se ha reconocido a la desnutrición como un fenómeno fundamentalmente rural, que se agrava en poblaciones de extrema pobreza; su frecuencia y distribución están determinadas por factores de muy diversa índole. En México, es más frecuente en los estados localizados al sur, con menor grado de desarrollo y con áreas rurales donde habita población predominantemente indígena, que sufre de malas condiciones de vivienda y deficiencias sanitarias básicas (Chávez Zúñiga, 2003). La más reciente encuesta nacional que muestra datos del medio rural en México reportó que la desnutrición en las áreas rurales de la zona sur del país sigue siendo la más elevada (Olaíz Fernández, 2006).

El panorama anterior permite asumir que la desnutrición en los niños es una consecuencia de las situaciones desfavorables que a nivel social, económico y ambiental se presentan en los países en desarrollo. A pesar de ello, habría que preguntarse por qué aún en comunidades con condiciones adversas, que pudieran considerarse homogéneas en cuanto a la escasez en la disponibilidad de recursos alimenticios, fuentes de empleo, acceso a educación o a servicios de salud, existen niños que mantienen un estado nutricional adecuado. Estudios que han analizado la dinámica de la alimentación, nutrición y salud con un enfoque social al interior del hogar (Berman, 1994) han identificado que algunos factores propios de la familia tienen influencia en este aspecto; por otro lado, también es posible que estos factores varíen de acuerdo con el contexto social en el que se encuentren.

El marco conceptual

No es posible abordar el tema de la desnutrición sin considerar los factores económicos, sociales y culturales asociados con su ocurrencia. En consecuencia, surge la necesidad de un abordaje integral que permita identificar, a través de dichos factores, los niños con riesgo de ser afectados. La familia parece un punto de partida apropiado como unidad intermedia de análisis para la vinculación entre los distintos factores que han sido considerados. La familia es una institución de la sociedad que tiene un papel mediador entre el contexto macrosocial y el individuo. De acuerdo con las condicio-

*Hortensia Reyes Morales, Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, Blanca Pelcastre Villafuerte, Instituto Nacional de Salud Pública. Dirección de Determinantes y Retos de los Sistemas de Salud. Centro de Investigación en Sistemas de Salud.

nes de existencia que les impone su pertenencia a un determinado ambiente social, las familias desarrollan arreglos domésticos, comportamientos o acciones para satisfacer las necesidades básicas de sobrevivencia.

Los procesos de toma de decisiones que repercuten en distintos aspectos de la vida familiar se pueden conceptualizar como estrategias familiares de vida y éstas consisten en: formación de la familia, sus características estructurales, los mecanismos para obtener los recursos necesarios, la distribución de los recursos financieros, la división del trabajo doméstico por edad y género, la realización de acciones de atención a la salud o a la enfermedad y las pautas de interacción con el entorno social. Así, cada familia establece su propio esquema de vida y la selección de un conjunto determinado de estrategias familiares repercute en el estado de salud de sus integrantes, aún cuando las familias compartan un ambiente socioeconómico similar. El niño menor de dos años es uno de los elementos más vulnerables de la familia y sus condiciones de salud y nutricionales representan un indicador apropiado de la salud de la propia familia (Bronfman, 1995).

El estudio

El trabajo se realizó con el propósito de analizar el problema de la desnutrición en niños menores de dos años residentes de poblaciones marginadas del estado de Guerrero, a través de dos perspectivas; en una primera etapa, con un enfoque epidemiológico y en la segunda etapa, con una perspectiva cualitativa etnográfica, hacia el interior de familias rurales de extrema pobreza. El objetivo en la primera etapa fue la identificación de estrategias familiares de vida que, en un contexto social adverso, pueden determinar el estado nutricional en niños menores de dos años de edad; en la segunda, caracterizar y comparar, en términos de estructura, creencias y comportamiento en torno a la alimentación, la dinámica doméstica de hogares de niños y niñas con y sin desnutrición.

La metodología y los resultados en extenso de ambas etapas se describe con detalle en otras publicaciones (Reyes, 2004; Pelcastre, 2006). Para el trabajo se seleccionó la zona del Alto Balsas, considerada como rural dispersa; se incluyeron 4 localidades con una población total de 4 638 habitantes (Tula del Río, San Agustín Oxtotipan, San Juan Totolcintla y Analco). Estas localidades pertenecen al Municipio Mártir de Cuilapan y están ubicadas en la región centro del estado a una distancia aproximada al centro urbano más cercano entre 45 y 60 kilómetros. El lenguaje predominante es el náhuatl y la principal actividad productiva es la agricultura, aunque debido a las condiciones geográficas y climáticas adversas, que se traducen en periodos estacionales de sequía, una elevada proporción de la población recurre a la migración cíclica para poder subsistir.

Primera etapa

Se efectuó un censo de los niños entre 6 y 23 meses residentes en la localidad y a través de una entrevista estructurada efectuada por encuestadores bilingües (náhuatl y español) se entrevistó a la madre o responsable del cuidado del niño; asimismo, se realizó medición de peso y de talla a los niños. En la entrevista se incluyeron preguntas agrupadas en cinco dimensiones: 1) Composición y estructura de la familia, 2) Ingreso familiar y migración, 3) Organización familiar y distribución de recursos, 4) Redes sociales de apoyo, 5) Crianza y cuidado de la salud del niño. El sustento conceptual para la elaboración de las dimensiones fue desarrollado a partir de los factores potenciales a los que está expuesto el niño desde su nacimiento y durante los primeros dos años de vida, derivados de la historia y condiciones de la familia a la que pertenece. En el diseño de las dimensiones, las variables fueron seleccionadas con el fin de conformar un escenario lo más completo posible para el análisis integral de las condiciones intrafamiliares, como potenciales factores explicativos de un determinado estado nutricional.

Segunda etapa

Se efectuó un estudio cualitativo de tipo etnográfico, basado en observación participante y entrevistas a profundidad en 12 familias con y sin niñas y niños desnutridos, caracterizando la estructura, composición y dinámicas (interacciones entre los miembros y división del trabajo), así como el conjunto de prácticas relacionadas con el cuidado de las y los menores, poniendo énfasis en las relacionadas con su alimentación. De manera paralela se realizaron observaciones en las comunidades, en los centros de abasto de alimentos, en lugares públicos en los que niños y niñas interactúan entre sí y con adultos. Las entrevistas tuvieron como objetivo profundizar en la percepción sobre la infancia, el cuidado y alimentación, así como la atención hacia los y las menores.

Los principales resultados

Se encontró una frecuencia de 43.6% de desnutrición de acuerdo con el peso para la talla (desmedro que refleja desnutrición crónica) y de 61% de acuerdo con el peso para la edad (desnutrición aguda) en los menores de dos años. Las dimensiones que contribuyeron con mayores riesgos para desnutrición fueron las correspondientes a composición y estructura de la familia, en la que el padre dedicado sólo al trabajo de su parcela fue el indicador de menor ingreso económico; las dimensiones de organización familiar relacionadas con el cuidado materno al niño y las redes sociales de apoyo, por el contrario, se encontraron claramente protectoras.

En el estudio cualitativo, los resultados mostraron que las estructuras familiares nucleares, en particular monoparentales, en etapa temprana del ciclo doméstico pudieran generar mayor riesgo de desnutrición en los menores, a diferencia de las familias compuestas o extensas; mientras éstas últimas contaron con más miembros para realizar el conjunto de tareas que les permitía la subsistencia cotidiana, en las nucleares monoparentales recaían todas las tareas en la madre y las y los hijos aún pequeños, aun cuando estas familias contaran con mayores ingresos, producto de la migración, lo que quiere decir que un mayor número de integrantes del hogar permite compensar la insuficiencia de ingresos monetarios, ello, no obstante que en las comunidades objeto de estudio se conservaba una rígida división del trabajo por sexo y edad al interior del hogar.

En cuanto a la alimentación, la dieta básica en estas comunidades está constituida por maíz, frijol y chile; en el estudio, en algunos hogares, ocasionalmente, la dieta se complementaba con huevo, pollo, carne de res, pescado y frutas como la naranja o el mango; se hacían dos alimentos al día, almuerzo y comida o cena; en algunas familias, sobre todo en las de los niños sin desnutrición, se les otorgaba a los menores una comida adicional. En ninguna familia se observó que se dispensaran cuidados diferentes a niños y niñas en cuanto a alimentación se refiere y el tipo y cantidad de alimento era el mismo, aun entre diferentes edades.

En los hogares compuestos se observó una mayor interacción entre sus miembros y particularmente con las y los menores; la madre, al igual que el resto de los adultos, conversaba y jugaba con ellas y ellos. En los hogares nucleares monoparentales se observó menor grado de interacción de la madre con los hijos, sobre todo con los menores de un año; con los mayores la interacción se limitaba a dar órdenes.

La concepción construida alrededor de la infancia fue otro factor importante que se observó en estas comunidades; en ellas prevalecía un concepto de la niñez como fuerza de trabajo; los niños y las niñas eran el patrimonio de la familia, por lo que ellas y ellos representan para su sobrevivencia; los varones se valoraban como potenciales trabajadores que mantendrán a los padres y las niñas, las futuras madres que deben entrenarse des-

de pequeñas en el hogar familiar, cuidando a los hermanos menores, ayudando a hacer la comida y quehaceres de la casa.

Desde la perspectiva epidemiológica, puede afirmarse que diferentes dimensiones que al interior de la familia se conforman, tienen un papel relevante como determinantes potenciales de la nutrición en niños. Su importancia es tal que, aun en condiciones similares de pobreza extrema, pareciera que familias con ciertas características como mayores redes sociales o cuidados maternos, pueden mantener un equilibrio que limita las consecuencias desfavorables del entorno en el que viven.

La observación etnográfica permitió concluir que las estructuras monoparentales, en etapa temprana del ciclo doméstico, generan condiciones que pueden propiciar la presencia de desnutrición de menores de cinco años. Las familias extensas representan, por su propia estructura, dinámicas domésticas más favorables. En otras palabras, el estudio de las dinámicas familiares en esta región mostró que la calidad es más importante que la cantidad, pues la situación antes mencionada se presentó aun cuando la familia tenía mayores recursos económicos, lo que hace evidente el importante papel de la interacción y la convivencia en el consumo de alimentos.

Este tipo de estudios nos permite dimensionar la nutrición como un problema social que trasciende la disponibilidad de alimentos y suplementos, y la ubica en la perspectiva sociocultural. Aunque muchos de los factores familiares, como los mencionados aquí, son difícilmente modificables a corto plazo, ya que dependen del contexto social, económico y cultural en el que las familias se encuentran, su identificación permitiría proporcionar atención más estrecha a familias con alto riesgo.

Asimismo, debe enfatizarse que las acciones derivadas de los programas de salud no pueden implementarse de manera similar a todas las comunidades; cada una de ellas representa un universo con diferentes necesidades. En la planeación de las acciones para la atención del niño es necesario tomar en cuenta el contexto social y étnico de las comunidades a las que se dirijan, para lograr un abordaje comprensivo y así garantizar la aceptación y la participación de la propia población y en términos de nación, se deberá tomar en cuenta la diversidad multicultural que nos caracteriza. ■

reforma del Estado que contempla reorientar la Constitución estatal y las leyes y normas institucionales.

En este contexto social y político que vive el estado, la acción innovadora de la SAI y la SESAEG de incorporar el enfoque intercultural en los programas y servicios de atención a la salud en las regiones indí-

genas adquiere relevancia, ya que la instrumentación de esta estrategia garantiza la consulta y el consenso indígenas para que instituciones y comunidades contribuyan de manera conjunta a disminuir las altas tasas de morbi-mortalidad en las regiones indígenas de Guerrero.

