

INFORME SUSTANTIVO DE LA CONSULTORIA ESTRATEGIA DE COORDINACIÓN PARA DISMINUIR LA MUERTE MATERNA EN MUNICIPIOS CON BAJO ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO EN CHIAPAS.



INFORME SUSTANTIVO DE LA CONSULTORIA

ESTRATEGIA DE COORDINACIÓN PARA DISMINUIR LA MUERTE MATERNA EN MUNICIPIOS CON BAJO ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO EN CHIAPAS.

Lic. María Teresa Olvera Caballero
Consultora

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Diciembre 2010.

CONTENIDO

Presentación	1
Resultados de la consultoría	3
Diagnóstico. Las situación de Chiapas	4
La Región Altos	6
La Región Selva	7
La problemática de muerte materna en las regiones de intervención	9
Fortalezas institucionales para la atención de la emergencia obstétrica.	13
Limitaciones y carencias	15
a) Personal	15
b) Insumos	16
c) Infraestructura	17
d) Competencias técnicas para la atención de la emergencia obstétrica	17
e) Condiciones de caminos y comunicaciones para el traslado	17
Oportunidades para la Región en el marco del Convenio de Colaboración.	18
Acuerdos y compromisos derivados de los foros regionales para el cumplimiento del Convenio.	20
Propuestas para mejorar la salud materna y la maternidad segura en las regiones Selva y Altos de Chiapas.	21
Informe de las acciones realizadas.	22
1. Del proceso previo	
2. Durante la consultoría	24
3. Los Foros Regionales	27
4. La lectura y sistematización de información. Elaboración de materiales.	29
5. El monitoreo y seguimiento de acuerdos.	29
Conclusiones y Recomendaciones.	30
Referencias Bibliográficas revisadas, consultadas y citadas	36

PRESENTACIÓN.

La mortalidad materna es un indicador de injusticia social, inequidad de género y pobreza. Cuando una mujer muere durante el embarazo o parto se evidencian problemas tanto de acceso como de atención a la salud, en los ámbitos institucional y social.

La muerte materna es el resultado de una serie de situaciones en las que viven miles de mujeres chiapanecas, revela las limitaciones para atender la situación de atraso, marginación y rezago por parte de las personas que conviven con ellas, del personal de salud y de autoridades gubernamentales.

Las muertes maternas son resultado del limitado acceso a los servicios; la falta de continuidad en los servicios y de una deficiente calidad en los servicios de salud. Al mismo tiempo, la posición que ocupan las mujeres en su familia, en su comunidad y en la sociedad en general, contribuye en mucho a su salud o la ausencia de ésta: la enfermedad. De esta manera, el fallecimiento de una mujer por causas asociadas a la maternidad es una tragedia en gran medida evitable por lo que distintas acciones se emprenden desde el gobierno y la sociedad civil para prevenirla.

En el marco del Plan Nacional de Desarrollo se han impulsado distintas acciones y programas para contribuir a reducir la incidencia de muerte materna en México. En los años 2008 y 2009 se promovieron dos iniciativas encaminadas a disminuir las barreras económicas para el acceso de las mujeres a los servicios de salud: *Embarazo Saludable* que buscaba afiliar prioritariamente a todas las mujeres embarazadas y sus familias al Seguro Popular; y la segunda es el *Convenio interinstitucional* firmado el 28 de mayo del 2009, en el que se establece que todas las mujeres que presenten complicaciones obstétricas deberán ser atendidas en cualquier unidad de salud.

El Convenio de colaboración entre tres instituciones del Sector Salud, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de

Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, pone el acento en la atención de la emergencia obstétrica en cualquier clínica u hospital de estas instituciones sin importar condición de derechohabiencia o afiliación.

El Instituto Nacional de las Mujeres en vinculación con la Secretaría para el Desarrollo y Empoderamiento de las Mujeres del estado de Chiapas solicitó esta consultoría encaminada a fijar las prioridades y mecanismos de coordinación interinstitucional para operativizar el Convenio de colaboración mencionado a fin de contribuir a reducir la Mortalidad Materna en Municipios con Menor Índice de Desarrollo Humano en Chiapas

Para la elaboración de esta propuesta se realizó un análisis de la situación de muerte materna en la entidad, a partir de fuentes oficiales y académicas. Asimismo, se nutrió de la opinión de servidores públicos del Sector Salud de Chiapas otorgada en entrevistas individuales o a través de su participación en los Foros Regionales.

En este documento se presenta la un informe final de la consultoría. En él se puede encontrar un primer apartado de Diagnóstico, integrado a partir de la consulta a fuentes secundarias. Se incorporan elementos de diagnóstico resultado de los Foros Regionales realizados en San Cristóbal de las Casas y Ocosingo, Chiapas en el mes de diciembre de 2010.

Se incorpora un informe descriptivo de las acciones realizadas en el marco de esta consultoría. Finalmente se incluye un apartado de Conclusiones y Recomendaciones.

RESULTADOS DE LA CONSULTORÍA.

1. DIAGNOSTICO.

La entidad chiapaneca está integrada por 119 municipios distribuidos en nueve regiones socioeconómicas. De acuerdo con las proyecciones de población, en Chiapas la población media para el 2009 es de 4.5 millones, 50.9% son mujeres y 49.1% hombres; lo anterior significa que hay 96 hombres por cada 100 mujeres¹.

La desigualdad en la distribución del ingreso y en el acceso a oportunidades se expresa a nivel regional, entre estados y municipios. Desde el punto de vista de la distribución de la pobreza a nivel nacional, la entidad con mayor incidencia de pobreza alimentaria es el estado de Chiapas, donde el 47% de la población se encuentra en esta situación.

La situación de la pobreza de capacidades es prácticamente la misma que la alimentaria. En primer lugar se encuentra Chiapas con 55.9%, le sigue el estado de Guerrero que reporta 50.2% y Oaxaca con 46.9%. De acuerdo con estas estimaciones, los estados con mayor pobreza de patrimonio son Chiapas, Guerrero y Oaxaca, con 75.7, 70.2 y 68%, respectivamente.

En 2005, el porcentaje de muertes en menores de cinco años causadas por enfermedades infecciosas fue de 5.1% en Aguascalientes, mientras que llegó a representar 24% en Chiapas durante el mismo año. Existen marcadas diferencias en los servicios de salud públicos entre los estados de la República. Mientras que el Distrito Federal cuenta con tres médicos y cinco enfermeras por cada mil habitantes, el Estado de México, Chiapas y Puebla tienen menos de un médico y una enfermera por cada mil.

El porcentaje de analfabetismo nacional es de 7.7%, aunque con notables variaciones entre los estados de la República. Por ejemplo, mientras

¹ Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Mujer. Datos Chiapas 2010. INEGI, boletín informativo

en Baja California el porcentaje de población analfabeta es de 1%, en Chiapas es de 18.9%.

En Chiapas se ha concretizado el interés de trabajar por revertir las cifras anteriores, impulsando estrategias en los 28 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano. En dichos municipios, se han diseñado e instrumentado políticas focalizadas a fin de atender las necesidades más apremiantes en cuanto a educación, agua, infraestructura sanitaria, salud, entre otras.

La definición de intervenir al nivel de los municipios con mayor rezago, se ve justificada por las carencias y la exclusión que trae consigo la pobreza y la desigualdad social. De esta manera, todas las instituciones federales y estatales instrumentan acciones en los 28 municipios de menor desarrollo humano (Ver cuadro 1).

En el Diario Oficial del 28 de julio del 2009 se anuncia que “el Ejecutivo del Estado ha implementado una serie de políticas públicas que son fiel reflejo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM, a fin de disminuir la pobreza extrema, creando nuevas fuentes de empleo para todos los habitantes del Estado, incluidos mujeres y jóvenes...” “...Entre las estrategias desarrolladas por el Ejecutivo Estatal para dar cumplimiento a estos objetivos, están el propiciar el desarrollo social y económico en los 28 municipios con bajo índice de desarrollo humano para sacarlo de estas estadísticas...”²

² Periódico Oficial. Órgano de Difusión Oficial del Estado Libre y Soberano de Chiapas. Secretaría General de Gobierno. Tomo III, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México, martes 28 de julio de 2009. No. 178. p. 3.

INFORME SUSTANTIVO DE LA CONSULTORIA ESTRATEGIA DE COORDINACIÓN PARA DISMINUIR LA MUERTE MATERNA EN MUNICIPIOS CON BAJO ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO EN CHIAPAS.

Cuadro 1. Índice de Desarrollo Humano (IDH), Índice de Desarrollo Humano Relativo al Género (IDG) de los 28 municipios con menor IDH en Chiapas

Municipio	IDH	IDG
Aldama	0.4634	0.4224
Amatán	0.5784	0.4800
Amatenango del Valle	0.5633	0.5357
Chalchihuitán	0.4768	0.4389
Chamula	0.4854	0.4506
Chanal	0.5238	0.4951
Chenalhó	0.5238	0.4864
Chilón	0.5349	0.4861
Francisco León	0.5539	0.2825
Huitiupán	0.5673	0.4699
Huixtán	0.5703	0.5350
Larráinzar	0.5639	0.5234
Maravilla Tenejapa	0.5697	0.5181
Marqués de Comillas	0.5746	0.4867
Mitontic	0.4843	0.4338
Ocoatepec	0.5507	0.4937
Oxchuc	0.5799	0.5550
Pantelhó	0.5476	0.4866
Pantepec	0.5546	0.5238
Sabanilla	0.5791	0.5213
Salto de Agua	0.5778	0.5200
San Andrés Duraznal	0.5397	0.4405
San Juan Cancuc	0.4996	0.4689
Santiago el Pinar	0.4497	0.1937
Sitalá	0.4434	0.4073
Tenejapa	0.5800	0.5636
Tumbalá	0.5559	0.4962
Zinacantán	0.5251	0.4624

Fuente: Datos de Informe de Desarrollo Humano PNUD, 2006

El estado de Chiapas se caracteriza por tener una gran dispersión poblacional, ya que registra el mayor número de localidades a nivel nacional y sus problemas de accesibilidad son complicados. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en la entidad se localizan 19,386 localidades, 74% de ellas son menores de 100 habitantes (Censo de Población 2005).

La dispersión y el tamaño de sus localidades, así como la gran movilidad que registra la población al interior del estado representan retos para las instituciones de salud que deben hacer llegar en forma eficiente y oportuna sus servicios a toda la población chiapaneca.

En los últimos años, Chiapas se ha beneficiado con el crecimiento de su infraestructura y con el incremento de sus plantillas de personal, aspecto que le ha permitido fortalecer su oferta de servicios aún en localidades pequeñas y apartadas.

Región II.- Altos

Compuesta por 18 municipios, con una superficie de 3,770 km² equivalentes al 5% del total del territorio estatal, la cabecera regional se localiza en la ciudad de San Cristóbal de las Casas y su población es de 591,875 habitantes que representan el 12.3% del total estatal, 57.2% de la población regional son indígenas. La región de los Altos de Chiapas cuenta con 1,243 localidades, pertenecientes a dieciocho municipios.

Cuadro 2. Distribución de población y localidades de los municipios de la región Altos de Chiapas

Municipio	Población total	Localidades
Aldama	5,060	21
Altamirano	29,897	139
Amatenango del Valle	8,729	37
Chalchihuitán	14,042	38
Chamula	76,955	110
Chanal	10,817	15
Chenalhó	36,127	91
Huixtán	21,507	53
Larrainzar	20,349	62
Mitontic	11,206	15
Oxchuc	43,350	91
Pantelhó	20,587	129
Las Rosas	25,530	110
San Cristóbal de las Casas	185,833	84
Santiago el Pinar	3,236	11
Tenejapa	40,328	54
Teopisca	37,604	90
Zinacantan	36,484	48
TOTAL	591,875	1,243

Fuente: INEGI, Perspectiva estadística Chiapas diciembre 2010 y Enciclopedia de los Municipios de México, Chiapas

La región es eminentemente rural, con alta concentración poblacional

en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, de hecho la población de dicha ciudad abarca alrededor del 30% de la población total de los dieciocho municipios de los Altos de Chiapas.

En la mayoría de los municipios de los Altos, la actividad económica se concentra en el sector primario. Para el año 2005 alcanzó el 56% del total de la población ocupada por este sector.

La región de los Altos presenta los índices más altos de marginación, particularmente los municipios indígenas acusan esta situación. De los 119 municipios existentes en la entidad, municipios ubicados en los Altos ocupan índices de marginación tan alarmantes como Santiago el Pinar, Mitontic, Aldama, entre otros. Dichas cifras son todavía más impactantes si tomamos en cuenta que Chiapas es el estado de mayor índice de marginación de la república mexicana. Desde esta perspectiva, dichos municipios son los más marginados de todo el país.

Se comunica con el resto del estado a través de la carretera Panamericana y sus ramales con un total de 2,189 km federales y estatales, cuenta con un aeropuerto de servicio nacional ubicado en la cabecera regional.

Los derechohabientes de servicios de salud de las instituciones de seguridad social representan el 13.8% de la población regional, distribuyéndose de la siguiente manera: 53.6% corresponde al IMSS, 41.3% al ISSSTE Y 5.1% al ISSTECH. Cuenta con 138 clínicas de consulta externa y 5 de hospitalización general. En cuanto a servicios básicos 70.4% de las viviendas cuentan con agua entubada, 39.2% con drenaje y 82.9% disponen de energía eléctrica.

Región VI. Selva

La región VI Selva, está integrada por 14 municipios con una superficie de 19,789 km² equivalente al 26.2% del territorio estatal. La cabecera se localiza en la ciudad de Palenque, la población total es de 631,101

habitantes y representa 14.4% del total estatal. El índice de analfabetismo es de 35.3 por ciento.

Cuadro 3. Distribución de población y localidades municipios región Selva de Chiapas

Municipio	Población total	Localidades
Benemérito de las Américas	17,270	32
Catazajá	17,003	174
Chilón	111,545	489
La libertad	4,974	68
Marqués de Comillas	9,847	24
Ocosingo	198,637	1,007
Palenque	10,871	680
Sabanilla	25,173	67
Salto de Agua	57,253	324
San Juan Cancuc	29,025	29
Sitalá	12,272	97
Tila	71,507	141
Tumbalá	31,705	93
Yajalón	34,019	195
TOTAL	631,101	9,584

Fuente: INEGI, Perspectiva estadística Chiapas diciembre 2010 y Enciclopedia de los Municipios de México, Chiapas

Al respecto de comunicaciones y transporte, la región VI Selva consta de 3,976.0 km. de infraestructura de carretera tanto federal como estatal, el ferrocarril del sureste recorre algunos de los municipios de esta región. Dispone de un aeropuerto de servicio internacional ubicado en la ciudad de Palenque. En esta región, destaca por el número de población y localidades, el municipio de Ocosingo.

La población derechohabientes de las instituciones de seguridad social es menor al 5% del total regional, de los cuales 43.2% corresponden al IMSS, 50.3% al ISSSTE y 6.5% al ISSTECH. Existen 180 clínicas de consulta externa y 6 de hospitalización general. En cuanto a servicios básicos 74.1% de las viviendas cuentan con agua entubada, 36.9% con drenaje y 76.8% disponen de energía eléctrica.

La problemática de muerte materna en las regiones de intervención.

La entidad chiapaneca sigue considerada entre las tres con mayor prevalencia de muerte materna a nivel nacional, ya que para 2009 presentó una Razón de Muerte Materna (RMM) de 72.9.³

28 municipios de Chiapas son considerados dentro de los 125 con menor Índice de Desarrollo Humano a nivel nacional.⁴ Ocho de estos municipios son reconocidos por la Secretaría de Salud de Chiapas como repetidores de muerte materna en el periodo 2001 a 2009: Oxchuc, Tenejapa, Chenalhó, Pantelhó, pertenecen a la Jurisdicción II Altos, teniendo como sede a la ciudad de San Cristóbal y; Chilón, Salto de Agua, San Juan Cancuc y Sabanilla de la Jurisdicción VI Selva que tienen como sede a la ciudad de Ocosingo.⁵ Estos municipios se caracterizan por sus altos índices de marginalidad y elevadas tasas de mortalidad infantil y materna.

La pobreza es una de las manifestaciones más evidentes de la inequidad estructural. Chiapas reportó el mayor porcentaje de incidencia en pobreza alimentaria para 2008 con 46.4%, en pobreza de capacidades (55%), y en pobreza patrimonial (74%). En las regiones Altos y Selva --nuestra área de intervención--, se localizan tres de los cinco municipios con mayor porcentaje de pobreza de patrimonio del país (San Juan Cancuc con 96.6%, Chanal y Santiago el Pinar con 96.5%), y adicionalmente ocupa el tercer lugar nacional en número total de pobres 3.34 millones, o 75.7% de su población, junto con Puebla y Jalisco. Le anteceden el estado de México y Veracruz. En cinco años, Chiapas disminuyó el porcentaje de pobres en un 4%, no así el número absoluto de las personas en esta condición.

³ La razón de mortalidad materna se define como el número de defunciones de mujeres que ocurre mientras se encuentren embarazadas o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su atención (con exclusión de las muertes accidentales o incidentales), en un determinado año, por cada 100 mil nacidos vivos en ese mismo año.

⁴ La población de México en el Nuevo Siglo. Consejo Nacional de Población. México 2002. pp. 244 y ss.

⁵ Rosa María Ochoa, panorama de la mortalidad materna en Chiapas, presentación power point 2010.

Pobreza, rezago, marginación y exclusión social contribuyen a la mortalidad materna en Chiapas. Las mujeres que viven en entornos sociales de exclusión, marginación y pobreza, presentan mayor riesgo de morir de dos a tres veces mayor que las mujeres mexicanas en general.

Las complicaciones obstétricas no se pueden prevenir pero si se tratan oportunamente y con los requerimientos necesarios se pueden evitar. Los rezagos estructurales condicionan un limitado acceso a los servicios de salud, ya sea porque las mujeres viven en lugares donde no existen, éstos tienen una pobre capacidad resolutive, o el arribo a ellos es difícil por falta de caminos o por su precariedad, especialmente en época de lluvias; por la falta de recursos para la movilización; por desconocerse en dónde están disponibles, o por las relaciones familiares particulares que pueden dificultar una toma de decisión acertada (Freyermuth 2010;60).

Según los datos del Instituto de Salud de Chiapas, en 2009 ocurrieron 71 muertes maternas, destacando que las principales causas, siguen siendo: Hemorragia Obstétrica 49%; Síndrome hipertensivo del embarazo 19%; Shock Séptico 14% y otras causas 18%.

La incidencia de muerte materna por grupo de edad evidencia que el 48% de las muertes ocurre entre mujeres menores de 20 años y mayores de 35. De las muertes reportadas, 17 mujeres eran menores de 20 años (24%), 11 tenían entre 21 y 24 años (15%), 16 tenían entre 25 y 29 años (23%), 9 tenían entre 30 y 35 años (13%) y 18 tenían más de 35 (25%).

Por el lugar donde ocurre la muerte materna, según datos oficiales del 2004 al 2008, en Chiapas 100 mujeres murieron sin atención médica y en 135 casos (31% del total) el lugar de fallecimiento fue el hogar o la vía pública. Las familias de estas mujeres no tomaron la decisión de buscar atención médica y si la tomaron fue demasiado tarde. Datos del ISECH señalan que durante 2009 el 70% de las muertes ocurrió en hospitales; 13% durante el traslado y el 17% ocurrió en el domicilio de la mujer. Para 2010 el 71% de los decesos ocurre en hospitales y el 29% ocurre durante el traslado.

Según la información disponible más reciente (DGIS 2009), la mayor parte de los partos ocurridos en Chiapas (40 057) fueron atendidos en 16 hospitales: 11 generales y cinco integrales. Estos corresponden al 50% de los partos esperados sin protección a la salud. Sin embargo, el número de muertes por lugar de ocurrencia que sucedieron en el ISECH fue de 39, y no derechohabientes 60 (no contaban con seguridad social) lo que arroja tasas de 97.36 y 149.78, respectivamente, cifras menores que las presentadas por el IMSS para el 2008 (Freyermuth 2010).

De acuerdo con la información que proporciona ISECH, las Jurisdicciones sanitarias con mayores tasas de muerte materna son I Centro II Altos, V Norte y VI Selva, tal como se puede apreciar en el siguiente cuadro.

Cuadro 4. Comparativo de la mortalidad materna en Chiapas 2001 a 2009

Jurisdicción Sanitaria	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
I	20	9	12	11	24	13	22	10	13
II	11	23	28	25	12	13	13	14	11
III	9	8	8	9	4	7	5	10	6
IV	2	3	4	3	2	4	3	6	3
V	7	11	18	3	8	11	8	6	10
VI	9	10	6	7	6	5	3	10	7
VII	11	13	16	14	9	12	13	17	4
VIII	2	4	3	2	1	2	3	1	0
IX	10	5	7	12	10	11	3	12	4
X	6	8	4	10	6	4	5	6	2
TOTAL	87	94	106	96	82	82	78	92	60

Fuente: Secretaría de Salud de Chiapas

La información disponible en términos de infraestructura en materia de salud en Chiapas, indica que se cuenta con 93 hospitales o clínicas, federales y estatales, que podrían proporcionar atención materna integral, y alrededor de 1,450 clínicas de primer nivel de atención. Estas 93 unidades de servicios están distribuidas en 35 asentamientos poblacionales (en el estado existen 19 000 asentamientos registrados).

Las defunciones maternas ocurrieron en un total de 180 localidades y las mujeres procedían de 328, por lo que se infiere que se dio un desplazamiento intencionado; ya se había señalado que las mujeres se trasladaron a localidades de entre 20,000 y 499,999 habitantes. Solamente en 26 de las 180 localidades en las que fallecieron se disponía de hospital, y 154 no contaban con un servicio provisto de quirófano, laboratorio, cirujano u obstetra, y en el que hubiere disponibilidad de sangre y medicamentos para la atención resolutive de una emergencia obstétrica (servicio integral o resolutive) capaz de preservarles la vida (Freyermuth 2010; 42).

En los últimos años, Chiapas ha incrementado su infraestructura para la atención primaria y resolutive de la Emergencia Obstétrica; de acuerdo al listado proporcionada por el ISECH existen 43 clínicas y hospitales 24 horas 365 días, con tres tipos de unidades: centros de salud con hospitalización, hospitales comunitarios y hospitales generales. Sin embargo, en funcionamiento activo para la asistencia obstétrica se cuenta con 11 hospitales generales y cinco integrales, que son en los que se atendieron la mayor parte de los partos registrados en el 2007.

Durante 2005 Chiapas fue la entidad con menor proporción de partos atendidos por personal capacitado en unidades médicas públicas del sector salud, ya que del total de nacidos vivos de la entidad solo 73.7% fueron atendidos por personal capacitado de las unidades médicas públicas.

Fortalezas institucionales para la atención de la emergencia obstétrica.

Cuadro 5. Fortalezas institucionales identificadas en la región Altos.

Institución de salud	Infraestructura	personal	Insumos/ Recursos	Conocimientos Competencia técnica en manejo de urgencia obstétrica	Hospitales resolutivos y acreditados
IMSS	Cuenta con las unidades de primer nivel equipadas. Unidades ampliadas y se ha fortalecido con el Instituto de Salud.	Cuenta con la plantilla completa de recursos humanos. Actitud positiva Relaciones interpersonales funcionales Conocimiento de la red social.	Cuenta con las 12 claves para las urgencias obstétricas. Se cuenta con un stock de medicamentos para atención de emergencias obstétricas en unidades de primer nivel. El abasto de medicamentos es funcional.	Cuenta con personal capacitado desde nivel federal en cuestión de las urgencias obstétricas. Los residentes capacitan al personal médico.	En base a la Guía de la calidad de atención se aplica a las unidades. Capacitación de médicos generales para convertirse en técnicos en alguna especialidad (Ginecología, Anestesiista, Pediatría) Hospital resolutivo San Felipe Ecatepec.
ISSSTE	Cuenta con unidades de concentración y resolutiva para las urgencias obstétricas.	Cuenta en todos los turnos con médicos especialistas.	Cuenta con catálogo de medicamentos para las urgencias. En caso de no contar con ellos, se subroga el servicio.	Cuenta con un médico en el área de capacitación para realizar las actividades.	Cuenta con una unidad acreditada.
SS	Cuenta con Centros de Salud en el 95% de las cabeceras municipales, que atienden las 24 hrs 365 días del año. Cumplen su función. Instalaciones bien equipadas.	Cuenta con personal médico y paramédico en las cabeceras municipales para estabilizar pacientes con una urgencia. Actitud positiva Relaciones interpersonales funcionales Conocimiento de la red social.	Cuenta con una farmacia, la cual surte las necesidades para la atención de las urgencias obstétricas. Se cuenta con un sistema de abasto permanente Se ha ampliado el cuadro básico de las claves de medicamentos	Se cuenta con el área de enseñanza para la capacitación actualizada de urgencias obstétricas El personal se encuentra capacitado (ALSO) Se programan cursos ALSO para personal de la jurisdicción sanitaria.	Para acreditar las unidades Por medio de guías de cedulas de auditorías. Capacitación de médicos generales para convertirse en especialistas (Ginecología, Anestesiista, Pediatría) Hospital resolutivo: Hospital de la mujer (San Cristóbal).

Fuente: Resolutivos del Foro Regional, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas

INFORME SUSTANTIVO DE LA CONSULTORIA ESTRATEGIA DE COORDINACIÓN PARA DISMINUIR LA MUERTE MATERNA EN MUNICIPIOS CON BAJO ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO EN CHIAPAS.

Cuadro 6. Fortalezas institucionales identificadas en la Región Selva

Institución de salud	Infraestructura	personal	Insumos/ Recursos	Conocimientos Competencia técnica en manejo de urgencia obstétrica	Hospitales resolutivos y acreditados
IMSS	<p>Cuenta con instalaciones adecuadas para la atención de mujeres con bajo y mediano riesgo.</p> <p>Unidades medicas en sitios estratégicos (localidades).</p>	<p>Se cuenta con personal permanente.</p> <p>Se cuenta con 2 Ginecólogos en formación (residentes de último año).</p> <p>Falta intensivista.</p>	<p>El Convenio que se tiene con la Secretaria de Salud, apoya las necesidades de recursos e insumos.</p>	<p>Se reciben cursos de capacitación continua.</p> <p>Cuenta con personal capacitado en ALSO, PRONTO y reanimación neonatal</p>	<p>Hospital IMSS resolutivo al 90% (insuficiente porque no se cuenta con banco de sangre).</p>
SS	<p>Si se cuenta con infraestructura en primer nivel y casas maternas</p> <p>Está en proceso de inauguración el Hospital integral de 2º. nivel en Ocosingo, la casa materna realiza ultrasonidos a embarazadas de otros municipios; en Bachajón se está construyendo un laboratorio y en 2011 se construirá una casa materna.</p> <p>En Chilón se amplía el Centro de salud.</p>	<p>Personal comprometido en constante movimiento ausentándose para la atención y traslado.</p> <p>En Ocosingo no se cuenta con plantilla completa.</p> <p>Una fortaleza es que se cuenta con el apoyo de 13 parteras que trabajan en coordinación con IMSS y SSA.</p> <p>En algunas unidades se cuenta con plantilla de personal completa.</p>	<p>Para estabilizar y referir.</p> <p>El Convenio con farmacias del ahorro para que surta de medicamentos va a mejorar la existencia de éstos en clínicas y hospitales.</p>	<p>No cuentan con especialistas.</p> <p>La mayoría de los médicos ya fueron al curso de ALSO y Diplomado Amanece.</p>	<p>En Ocosingo no hay ninguna.</p> <p>La unidad del Municipio de Chilón si está acreditada</p>

Fuente: Resolutivos Foro Regional Ocosingo, Chiapas 17 de diciembre 2010.

Por otro lado, durante el desarrollo de la consultoría se identificaron algunas fortalezas de las instituciones signantes del Convenio de Colaboración, en los cuadros 5 y 6 de las siguientes páginas se presentan las correspondientes a las regiones Altos y Selva.

Destaca el reconocimiento que hace personal de salud, médicos, médicas, parteras, enfermeras, promotores de salud, supervisores de zona y organizaciones no gubernamentales de la necesidad de trabajar de manera coordinada como una fortaleza, especialmente se menciona la región Altos, donde confluyen las instituciones con asociaciones civiles importantes y con amplia experiencia y trabajo en el tema en la región.

De igual manera, se identificaron limitaciones y carencias institucionales que limitan o impiden el cumplimiento del Convenio de Colaboración entre ellas las relacionadas con personal, insumos, infraestructura, competencias técnicas del personal de salud de SS, IMSS e ISSSTE en las regiones Altos y Selva, que tienen sus unidades de concentración en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas y Ocosingo, respectivamente.

Limitaciones y carencias:

a) PERSONAL

- La plantilla de personal del IMSS y Secretaría, para la atención las 24 horas en las unidades de primer nivel es insuficiente en las regiones Altos y Selva. Así mismo no cuenta con especialista gineco obstetra en todos los turnos, cuentan sólo médicos residentes en el Hospital IMSS Oportunidades de San Felipe Ecatepec (San Cristóbal).
- En la región Altos a la Secretaría le falta cubrir plazas en hospitales básicos comunitarios, debido a que personal médico no desea trasladarse a Chalchihuitán, Larrainzar o Teopisca.

- Hacen falta recursos humanos en las instituciones para garantizar la atención de la urgencia obstétrica.
- En la región Selva no se cuenta con personal suficiente ni capacitado para la atención de las emergencias obstétricas. En el Centro de Salud de Ocosingo, el personal que atiende es pasante y de enfermería, son técnicos, se carece de plantilla completa. Cuando hay vacaciones en los hospitales no dejan guardias.

b) INSUMOS

- En el IMSS no se cuenta con todos los insumos para la atención de las urgencias obstétricas.
- Se requiere tener paquetes globulares disponibles.
- En las regiones Selva y Altos no se cuenta con banco de sangre para las 24 horas.
- En caso de primer nivel se cuenta con los insumos básicos.
- En el centro de salud de Ocosingo, falta material de curación, no cuentan con servicio de laboratorio.
- En clínicas y unidades médicas de la región Selva hace falta Caja Rosa.

c) INFRAESTRUCTURA

- Las instituciones tienen limitaciones con las ambulancias para el traslado de las mujeres que presentan alguna emergencia, únicamente se cuenta con las ambulancias que están bajo resguardo de las presidencias municipales.
- Áreas hospitalarias con limitaciones para la AEO, se requiere adecuarlas para el caso de Región Altos y Selva.
- En el caso de la región Selva, en las unidades de primer nivel no se cuenta con la infraestructura necesaria en todas las unidades.

- El hospital del IMSS-Oportunidades de Ocosingo está muy saturado, por la cantidad de pacientes que recibe.
- El Hospital IMSS Oportunidades de Ocosingo carece de terapia intensiva. Se requiere de ampliación de la infraestructura actual.
- La Secretaría está construyendo actualmente un hospital resolutivo.
- En relación con Infraestructura, no se cuenta con hospitales en los municipios de Chilón y Sitalá de la región Selva y se presentan fallas técnicas permanentes en el suministro de energía eléctrica.
- En la región Selva, las instituciones de salud requieren de servicio de laboratorio las 24 horas del día los siete días de la semana; Unidad de rayos X; y dotación de ambulancias suficientes y en buenas condiciones.

d) COMPETENCIAS TECNICAS PARA LA ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA.

- Se ha capacitado al personal en cursos ALSO, BALS0 y Nuevo PRONTO, sin embargo es necesario ampliar la capacitación al personal de enfermería, técnico, de nuevo ingreso y aquellos que no aprobaron la capacitación.
- Se afirma que 20% del personal de Ocosingo está capacitado, además de los integrantes de interinatos.
- El personal de la Secretaría en los municipios de Chilón y Sitalá, de la región Selva, no está capacitado para la atención de la emergencia obstétrica.
- En el caso de las parteras, ellas piden capacitación en su lengua materna.

e) CONDICIONES DE CAMINOS Y COMUNICACIONES PARA EL TRASLADO.

- Existen serias limitaciones en los caminos, ya que no son adecuados para el traslado de las pacientes al tercer nivel a San Cristóbal o Tuxtla.

Oportunidades para la Región en el marco del Convenio de Colaboración.

El personal de salud, integrantes de las organizaciones de la sociedad civil, integrantes de Ayuntamientos que participaron en los Foros Regionales, identificaron que con la firma del Convenio se abren posibilidades para mejorar la prestación de los servicios a partir de resolver una serie de necesidades planteadas anteriormente. De esta manera, se presentan las oportunidades identificadas en los siguientes cuadros.

Cuadro 7. Oportunidades que se identifican para las instituciones en el marco del Convenio para la atención de la emergencia obstétrica. Región Altos.

Infraestructura	personal	Insumos/recursos	Fortalecimiento de capacidad técnica de personal de salud	Acreditación de hospitales resolutivos
Fortalece y activa las redes de servicio. Aprovechar la coordinación interinstitucional para hacer uso de los servicios que se tiene en otras instituciones para la atención de las emergencias obstétricas.	Apoyarse para la atención de las urgencias obstétricas. Tener a disposición el personal especializado de otras instituciones para la atención de las emergencias obstétricas.	Fortalece ya que se pueden solucionar las urgencias cuando se refiere a las unidades resolutivas. Aprovechar los insumos de las otras instituciones para la atención de las emergencias obstétricas.	Integración y unificación de guías y logaritmos para las urgencias obstétricas. Coordinarse con otras instituciones para la capacitación del personal.	Al contar con unidades acreditadas serán resolutivas de las urgencias obstétricas A través de la acreditación se generan diferentes recursos para la atención de las emergencias obstétricas.

Fuente: Resolutivos Foro Regional San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. 16 de diciembre 2010.

INFORME SUSTANTIVO DE LA CONSULTORIA ESTRATEGIA DE COORDINACIÓN PARA DISMINUIR LA MUERTE MATERNA EN MUNICIPIOS CON BAJO ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO EN CHIAPAS.

Cuadro 8. Oportunidades que se identifican para las instituciones en el marco del Convenio para la atención de la emergencia obstétrica. Región Selva.

Infraestructura	Personal	Insumos/recursos	Fortalecimiento de capacidad técnica de personal de salud	Acreditación de hospitales resolutivos
<p>La utilización de la infraestructura física con el convenio interno. Que se destinen recursos para: Completar la plantilla de personal del IMSS</p> <p>Mejora en infraestructura, ampliación y equipamiento médico</p> <p>Equipamiento para terapia intensiva</p> <p>Banco de sangre</p> <p>Laboratorio las 24 horas del día los siete días de la semana</p> <p>Unidad de rayos X</p> <p>Dotación de ambulancia suficientes y en buenas condiciones</p>	<p>Aprovechar la oportunidades del personal especialista del IMSS</p> <p>Recurso humano</p> <p>Contratar nuevo personal</p>	<p>El IMSS recibe los beneficios del convenio que la SSA tiene con el convenio farmacia del ahorro</p> <p>Recurso para combustible para traslado</p>	<p>Mejorar la capacitación de las dos instituciones con el ALSO y PRONTO</p> <p>Difundir el contenido del Convenio</p> <p>Capacitar al personal que no ha tomado cursos ALSO y BALS</p>	<p>Las únicas unidades acreditadas son las de la Secretaria de Salud.</p> <p>Mejorar la infraestructura para la atención de la urgencia obstétrica</p> <p>Terapia intensiva.</p> <p>Las unidades del IMSS se encuentran hasta 2 a 3 horas.</p>

Fuente: Resolutivos del Foro Regional Ocosingo, Chiapas 17 de diciembre 2010.

ACUERDOS Y COMPROMISOS DERIVADOS DE LOS FOROS REGIONALES PARA EL CUMPLIMIENTO DEL CONVENIO.

- Fortalecer las unidades de salud, en lo referente a infraestructura e insumos; así como la red de atención, a través de la convocatoria a otras instituciones.
- Capacitar al personal de todas las instituciones en los diferentes niveles de atención.
- Promover la cultura de donación.
- Se propone invitar a estos foros a personal comunitario auxiliares, presidentes municipales, parteras.
- Realizar reuniones de seguimiento a las propuestas manifiestas en el Convenio.
- Difundir el directorio de georeferenciación de unidades estabilizadoras.
- Difundir los métodos de planificación familiar en grupos de jóvenes.
- Que las organizaciones de la sociedad civil nos apoyen para la difusión de métodos de planificación familiar en toda la población así mismo a la simbolización del autocuidado de la salud.
- Difundir entre el personal el Convenio de Coordinación SS-IMSS e ISSSTE.
- Promover una reunión de seguimiento en el mes de enero para evaluar las posibles acciones conjuntas.
- Manejar el mensaje del derecho de las mujeres a la vida y a no morir por causas relacionadas con la maternidad.
- Incorporar a las parteras y personal médico para mejorar la coordinación y atención de las mujeres embarazadas o parturientas
- Mantener la interrelación IMSS-SS-ISSSTE, para la atención de la emergencia obstétrica.
- Promover la Instalación de Mesas de Coordinación Interinstitucional en municipios con mayor prevalencia de Muerte Materna en los 28 municipios con menor índice de desarrollo humano.

- Promover la transversalización de la Perspectiva de Equidad de Género.
- Realizar capacitación para la sensibilización de personal médico en humanización, interculturalidad.
- Directorio de todos los niveles de atención para la comunicación y colaboración

PROPUESTAS PARA MEJORAR LA SALUD MATERNA Y LA MATERNIDAD SEGURA EN LAS REGIONES SELVA Y ALTOS DE CHIAPAS.

- Cambiar la actitud de las y los prestadores de servicio, hay que dar cursos permanentes de sensibilización.
- La apertura de los hospitales para la atención de los partos por parteras. Incentivarlas a través de cursos permanentes para que mejoren su práctica de atención del parto.
- Dar seguimiento a la ampliación del hospital de la Secretaría en Ocosingo para la atención de partos de manera tradicional y gestionar la compra de la mesa para la atención del parto vertical.
- Que se resuelvan las necesidades infraestructura.
- Sensibilización de la población: a hombres y mujeres acerca de la maternidad segura.
- Coordinación institucional con Ayuntamientos y sociedad civil (ONG y organizaciones sociales).
- Impulsar la experiencia de las casas maternas (atendidas con parteras)
- Atención del embarazo, parto y posparto de acuerdo a la cosmovisión de los grupos indígenas.
- Identificar a las embarazadas en forma oportuna (Censo de embarazadas, control prenatal de las embarazadas, valoración de riesgos obstétricos).
- Mejorar los Sistemas de referencia y contrareferencia.
- Impulsar acciones por la equidad de las mujeres.

- Partir de un enfoque de derechos de las mujeres a la salud y a la vida en el proceso de embarazo, parto y posparto.
- Mayor concientización de la población para respetar a las mujeres y promover su salud.
- Capacitar al personal y a la población para la planificación familiar.
- Promover la paternidad afectiva involucramiento de los hombres en la responsabilidad del cuidado y atención de los hijos.
- Conocer la cultura de la población con la que se trabaja, facilitar la información de derechos.
- Atención personalizada, acompañamiento a las pacientes hasta que concluye el proceso.
- Consolidar los Programas preventivos y el de planificación familiar.
- Promover la libre decisión para emplear los métodos de planificación familiar.
- Contar con un Censo de las mujeres con riesgo reproductivo alto para que sean invitadas a emplear la Planificación Familiar.
- Impulsar estrategias de sensibilización de equidad de género, dirigido a la población en general desde un enfoque de derechos sexuales y reproductivos.
- Trabajar la sensibilización de los hombres para que sean conscientes de que deben apoyar la salud de las mujeres.
- Contratar personal femenino para que las mujeres embarazadas se sientan en confianza de hablar y ser atendidas.
- Trabajar con parteras y todos los agentes de salud en comunidades, coordinar las acciones.
- Es importante la participación de la sociedad civil y comunitaria, porque conocen la cultura, idioma, usos y costumbres de la población de las regiones. Este es un trabajo compartido que no se puede resolver únicamente por las instituciones.

- Es necesario trabajar con grupos cerrados (beneficiarias del Programa Oportunidades) para capacitarles y educarles en reconocimiento de la urgencia obstétrica.
- Incorporar aspectos de Interculturalidad y competencia cultural en la formación de personal de salud de todos los niveles. Si entendemos y comprendemos lo que viven, lo que sienten las personas indígenas y logramos empatía, podemos tener su confianza para una mejor atención de la salud de las mujeres y evitar la muerte materna.
- Firmar Convenios de colaboración con Universidades e instituciones para la capacitación en cultura e idiomas indígenas.
- Atención universal del embarazo, parto y posparto ya que en los centros de salud, unidades médicas de los municipios no hay doctores las 24 horas y cuando las mujeres embarazadas tienen problemas durante su embarazo o parto, necesitan venir hasta San Cristóbal u Ocosingo para ser atendidas, Si la familia no tiene dinero o no saben hablar castellano, pues deciden no acudir.
- Cambios de actitud del personal y brindar un servicio interculturalmente sensible.
- Seguimiento de los compromisos establecidos entre las instituciones de salud y las organizaciones de la sociedad civil.

INFORME DE LAS ACCIONES REALIZADAS.

1. Del proceso previo

Durante el periodo de la Consultoría, se realizaron reuniones de trabajo con personal del Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres), de la Secretaría para el Desarrollo y Empoderamiento de las Mujeres de Chiapas (SEDEM), la Secretaría de Salud de Chiapas, el Instituto Mexicano del Seguro Social del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado. En este apartado se describirán las acciones realizadas.

En reunión del mes de septiembre se presentó la propuesta metodológica para la puesta en marcha de la consultoría ante personal de Inmujeres y SEDEM, quienes hicieron preguntas acerca de la pertinencia y oportunidad de la consultoría, así como si sería posible realizar las actividades necesarias para llevar a buen término ésta. La consultora dejó en claro que en la medida que se firmara el Contrato para la prestación de servicios entre las instituciones y la Consultora con oportunidad, se podría cumplir con la propuesta. Se hizo mención de que se consideraba se lograrían los compromisos si no se presentaran causas externas que limitaran la participación de los actores institucionales y sociales con los que trabajaría la consultoría.

Por causas administrativas, la firma del Contrato para la prestación de servicios entre la Consultante y las instituciones contratantes se retrasó, dejando hasta finales del año 2010 (noviembre 26) el inicio de ésta. Se puede considerar que este fue un elemento que retrasó significativamente el cumplimiento de metas con oportunidad y en el tiempo establecido.

2. Durante la consultoría.

Vínculo con los actores de la consultoría (Reuniones de trabajo, entrevistas, llamados telefónicos, establecimiento de vínculo a través de redes sociales).

Una vez firmado el Contrato, se realizaron dos reuniones de trabajo en el mes

de noviembre con la Lic. Clara Aurora Hernández Cruz, la Lic. Irma Pérez Carrasco, quienes convocaron a los representantes de las Asociaciones Civiles o consultoras independientes propiciando la comunicación entre ellas y para conocer las acciones que cada consultora realizaría.

En dicha reunión, se solicitó a la Lic. Clara Aurora Cruz Hernández el nombramiento de Enlaces por parte de la SEDEM para la coordinación y mejor desempeño de las actividades de la consultoría. En esa reunión se decidió pedir al Lic. Jorge Marengo que fungiera como Enlace de la SEDEM con la consultora. En virtud de que él no se encontraba en la reunión, ni en el edificio en el que se desarrollaba la reunión en ese momento, se le pidió una cita para acordar los términos del acompañamiento y Enlace.

Debido a que en estas fechas (cercasas al 25 de noviembre) se realizan distintas acciones para conmemorar el Día Internacional contra la Violencia hacia las Mujeres, fue difícil encontrarse con el Lic. Marengo de manera oportuna, por lo que se buscó la relación directa con el Secretario de Salud de Chiapas, el Dr. James Gómez Montes, misma que se realizó el día jueves 2 de diciembre del 2010. A esta reunión, acudió el Lic. Jorge Marengo con la consultora para entrevistarse con el Dr. James Gómez.

En esta reunión se realizó un intercambio de experiencias en el tema de mortalidad materna, se le preguntó si Chiapas ya había firmado el Convenio de Colaboración para la Atención de la Emergencia Obstétrica, a lo que él respondió afirmativamente. Se le solicitaron algunos materiales tales como la adhesión del ISECH al Convenio, el Plan de Trabajo, las Minutas de las reuniones de Seguimiento realizadas y si existe, un balance de resultados de las acciones en el marco del Convenio Nacional.

De igual forma se le explicó el objetivo de la consultoría, el Secretario de Salud, mencionó que no era un tiempo muy apropiado para realizar los Foros Regionales en lo que restaba del mes de diciembre, debido a que el personal salía de vacaciones el 17. Se informó de los tiempos tan estrechos y de la necesidad de ejercer el presupuesto y entregar los productos de la

consultoría, porque así lo marcaban los lineamientos de las instituciones contratantes y los tiempos fiscales. En tal sentido, fue muy receptivo y aceptó involucrarse en la Convocatoria de los Foros e invitar al Delegado del IMSS y del ISSSTE en la entidad. Se acordaron los temas, invitados, organización y nombró como Enlace de la Secretaría a la Dra. Rosa del Carmen Ochoa, a fin de que le diera seguimiento a las actividades en el marco de esta consultoría.

Se realizaron algunas entrevistas con personal de las Jurisdicciones Sanitarias, en particular se habló con la Dra. Leticia Jiménez Montoya, Jefa de la Jurisdicción Sanitaria No. 2, San Cristóbal, para conocer de la situación de muerte materna, de las capacidades institucionales, del conocimiento del Convenio y de la colaboración del personal que trabaja en la Jurisdicción. La Dra. Montoya fue muy amable y nos platicó por espacio de una hora, las condiciones en las que el personal de la Jurisdicción realiza su trabajo, así como de los logros que se han obtenido en la reducción de la mortalidad materna.

Se realizó una llamada telefónica al Dr. Astorga, Jefe de la Jurisdicción Sanitaria VI Ocosingo, para conocer de la situación de muerte materna, de las capacidades institucionales, del conocimiento del Convenio y de la colaboración del personal que trabaja en la Jurisdicción. El Dr. Astorga, se dijo interesado en el Foro y que apoyaría en la medida de sus posibilidades en la convocatoria de personal de salud de los municipios de Chilón, Sitalá y Ocosingo, que son parte de su Jurisdicción.

Se estableció relación con los Delegados del IMSS e ISSSTE a través de teléfono y correo electrónico informando de los objetivos de la consultoría. De estas personas, no se obtuvo respuesta por esta vía. Se le pidió al Lic. Marengo que les convocara a una reunión de trabajo en las que se presentarían la temática y dinámica del trabajo en los Foros Regionales.

La SEDEM convocó a las tres instituciones a una reunión de trabajo el día 9 de diciembre para la revisión de temática, organización y logística de los

Foros Regionales, a esta reunión acudieron: Priscila Molina López, en representación del Lic. Jorge Marengo SEDEM, la Dra. Rosa del Carmen Ochoa Tapia y María de Lourdes García del ISECH y la Lic. María Teresa Olvera Caballero, consultora. Se dio a conocer el Programa y la invitación, acordando que el ISECH colaboraría con la impresión de una lona de identificación de los Foros Regionales. El día 13 de diciembre se realiza una última reunión a la que asisten Priscila Molina López, en representación del Lic. Jorge Marengo SEDEM, la Dra. Rosa del Carmen Ochoa Tapia, del ISECH, la Lic. En Enf. Ana María Ortega Alvarado Jefa de Enfermeras del Hospital de Cintalapa, representante del Delegado del IMSS-Oportunidades en Chiapas, el Dr. José Luis Martínez Saavedra en representación de Delgado del ISSSTE en Chiapas y la Lic. María Teresa Olvera Caballero, consultora.

En esta reunión, la representante del IMSS, se comprometió a enviar la información a su jefe, el Delegado del IMSS, para que éste girara las invitaciones pertinentes a los directores de hospitales, coordinadores (as) operativas (as), supervisores (as) de esta institución de las regiones Ocosingo y San Cristóbal para que acudieran a los Foros.

La Dra. Ochoa, asumió el compromiso de enviar invitaciones al personal de ISECH de las Jurisdicciones Sanitarias, directores de hospital, responsables de área, promotores y parteras.

Se valora la pertinencia de invitar a los Ayuntamientos municipales por lo que la SEDEM por su parte, acordó enviar invitaciones a los Ayuntamientos de los municipios que integran las regiones Altos y Selva, con la salvedad de que los actuales terminan su cargo el 31 de diciembre y los nuevos Ayuntamientos inician funciones hasta el 1º. de enero del 2011.

3. Los Foros Regionales.

Los Foros se realizaron el jueves 16 de diciembre en la ciudad de San Cristóbal y el 17 de diciembre en la ciudad de Ocosingo, Chiapas.

Al Foro en San Cristóbal de las Casas, realizado el 16 de diciembre, acudieron 33 personas; 14 hombres y 19 mujeres. Participaron médicos, enfermeras, enfermeros y promotores de salud del Instituto de Salud de Chiapas, del ISSSTE y del IMSS; síndicos y regidores de los municipios de Oxchuc, Chanal, Zinacantán y San Cristóbal de las Casas. Asistieron también la responsable de atención ciudadana de la Comisión para el Desarrollo de los Pueblos Indios (CDI); coordinadoras(es) de organizaciones de la sociedad civil como: Secretariado Técnico del Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México; Secretariado Técnico del Comité por el Derecho a una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas; Fortaleza de la Mujer Maya, A.C., Kinal Antsetik, A.C. (D.F), Centro de Investigaciones en Salud de Comitán, A.C. y Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A.C.

Se logró participación de mandos superiores, mandos medios y personal operativo. De esta manera acudieron directivos, coordinadores(as), supervisores, responsables zonales y promotores de salud en campo hablantes de las lenguas tsotsil y tseltal, prevaecientes en la región de trabajo.

La mayoría de las personas asistentes, son mandos medios en sus instituciones, organizaciones y ayuntamientos. Es pertinente señalar que asistieron el Coordinador del Programa de Salud de la Mujer a nivel estatal; la Subdirectora de Salud de la Mujer; la Jefa de la Jurisdicción Sanitaria II Altos, con cabecera en San Cristóbal de Las Casas, el Director del Hospital IMSS Oportunidades y la directora de Epidemiología de la clínica del ISSSTE en San Cristóbal.

Al Foro en Ocosingo acudieron 32 personas; 18 mujeres y 14 hombres. El perfil de las y los asistentes fue el siguiente: personal del Instituto de Salud de Chiapas (ISECH): Coordinador Estatal de Salud; director del centro de salud de Ocosingo, directora del Centro de Salud de Sitalá, Director del Centro de Salud de Bachajón, responsables de Casas Maternas, auxiliares de promoción de la salud. Por parte del IMSS Oportunidades acudieron el

Director de la Clínica de Ocosingo y la supervisora zonal, así como parteras de la región, todas ellas tseltales.

Posterior a la realización de los Foros, se realizó la sistematización y se integró la Relatoría, las Memoria fotográfica y las listas de asistencia.

4. La lectura y sistematización de información. Elaboración de materiales.

Al mismo tiempo, se avanzaba en la lectura de materiales para la integración del Diagnóstico y problemática de muerte materna en las regiones de intervención. Ya que aunque se planteaba realizar los Foros en San Cristóbal y Ocosingo, se debía manejar un referente regional, pues en estas ciudades, las instituciones IMSS, ISSSTE y Secretaría tienen sus hospitales de concentración, acreditados para la atención de la EO.

Se realizó una lectura y revisión exhaustiva del Convenio, se sintetizó para la presentación POWER POINT en los Foros que realizó la consultora. Este material sirvió para la elaboración del Documento Guía para la Difusión del Convenio de Colaboración a personal de salud de IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud, mismo que fue diseñado para tener mejor presentación y facilitar la apropiación del conocimiento por parte de los sujetos a quienes va dirigido el material.

Se trabajó en el diseño de imagen de los Foros a través de una lona e invitaciones.

Con la información resultado de la Estrategia de Coordinación, la Relatorías de los Foros en San Cristóbal de Las Casas y Ocosingo, así como de la información que se obtuvo previamente en las entrevistas con personal de primer nivel de las instituciones de salud, se redactó el Informe sustantivo de la consultoría.

5. El monitoreo y seguimiento de acuerdos.

Durante los Foros Regionales se acordó sostener una reunión de trabajo con directivos institucionales (Secretario de Salud de Chiapas, Delegados IMSS,

ISSSTE, Secretaria SEDEM) durante el mes de enero, a tal efecto se realizará una reunión previa el jueves 20 de enero en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, en la que se preparará la reunión con directivos y se avanzará en la formulación de un Plan de trabajo 2011.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tomando en consideración los resultados del análisis diagnóstico y de los obtenidos en los Foros Regionales realizados en San Cristóbal de Las Casas y Ocosingo, se concluye que es inaplazable que, a la par de fortalecer las acciones concretas para disminuir la mortalidad materna, ampliar y profundizar la atención a la salud materna de manera integral a través de una política pública que concentre en su concepción y directrices programáticas un enfoque de derechos. Se reconoce que la Estrategia Integral para Acelerar la Disminución de la Mortalidad Materna (CNEGySR, 2009), adopta el cambio de paradigma para enfrentar la mortalidad materna, pasando de un enfoque de “riesgo obstétrico” al de Atención de la Emergencia Obstétrica como estrategia fundamental para disminuir la mortalidad materna.

Podemos concluir también que las acciones para enfrentar el problema de la mortalidad materna deben partir de un enfoque multidimensional, el cual indica que es un problema de salud pública, justicia social y desarrollo. En tal sentido, se propone incorporar políticas en estos tres componentes que logren su disminución.

Las políticas públicas deben ser entendidas de manera integral, es decir, se debe reconocer que, además de ser decisiones administrativas, son productos sociales que emanan de un determinado contexto cultural y económico; son reflejo de un proyecto político, no únicamente un instrumento tecnocrático.

Hay cuatro aspectos críticos para la modificación de las estrategias de atención a la mortalidad materna: la etiquetación de recursos para asegurar que sean destinados a la atención de la mortalidad materna, la transparencia en las cifras de mortalidad materna, la rendición de cuentas en el gasto asignado para la atención de la salud materna a cada entidad federativa, y la incorporación de la atención obstétrica de emergencia en la estrategia de lucha contra la muerte materna. En el último aspecto avanza

el Convenio de colaboración IMSS, ISSSTE, Secretaría y es fundamental fortalecer las capacidades institucionales tanto en aspectos técnicos, de competencia para la AEO.

Se reconocen carencias en las dos regiones Selva y Altos, en materia de infraestructura, personal, insumos y habilidades y competencias técnicas para la AEO. La dispersión poblacional y la inaccesibilidad por caminos, malas carreteras, ponen en riesgo el cumplimiento cabal del Convenio de Colaboración.

Es fundamental fortalecer el primer nivel de atención, crear efectivas formas de canalización (referencia y contrarreferencia) de las pacientes y garantizar la gratuidad de la atención para los sectores de mayor vulnerabilidad. La coherencia entre la asignación presupuestal, la naturaleza del problema de la mortalidad materna y las condiciones de atención de la salud materna en la población abierta debe ser asegurada.

Los rezagos estructurales condicionan el acceso a los servicios de salud, ya sea porque las mujeres viven en lugares donde no existen centros de atención a la salud, porque --si existen-- tienen una limitada capacidad resolutive, o la llegada a ellos se dificulta por falta de caminos o intransitabilidad de los mismos; por la carencia de recursos económicos para la movilización; por desconocimiento de dónde están disponibles, o por las dinámicas familiares que entorpecen una toma de decisión acertada. En este sentido, distintos actores institucionales deben involucrarse para garantizar la superación de obstáculos para que las mujeres ejerzan su derecho a la vida y la salud materna.

Otro elemento que suele determinar la llegada oportuna a los servicios de salud es la posición de cada una de estas mujeres al interior de sus familias, las representaciones sociales y las prácticas que se tenga del proceso salud-enfermedad, así como de las posibilidades económicas de la familia. En este sentido, se requiere de un compromiso institucional y social para el empoderamiento y reconocimiento de derechos de las mujeres.

La atención del parto en las regiones Altos y Selva, particularmente de la población rural e indígena, es atendida frecuentemente en el hogar. Esta práctica responde a representaciones sobre los riesgos maternos que son distintos de la población mestiza o urbana. En tal sentido, las parteras juegan un papel muy importante en la atención y cuidado de las mujeres indígenas. no solo del parto, sino de las complicaciones. El conocimiento de la lengua y de las representaciones de la población obliga a considerarlas como una parte importante de la red de servicios.

Recomendaciones.

El logro de mejoras progresivas para una maternidad segura es un tema que debe impulsarse por diversos actores y en diversos escenarios. El gobernador de estado de Chiapas y el Secretario de Salud juegan un papel fundamental para impulsar con voluntad política las acciones necesarias y concertadas.

La Secretaria de Salud de Chiapas, evidentemente, es el actor más importante, aunque requiere de alianzas con otras secretarías e instancias como Desarrollo Social, Educación, Comunicaciones, Desarrollo y Empoderamiento de las Mujeres y Secretaría de Transportes, así como con el Instituto de la Juventud, el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indios, la Secretaría de Pueblos Indios, el Consejo Estatal de Población y el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

Para el cumplimiento del imperativo de reducir la mortalidad materna en Chiapas se recomienda:

- Fortalecer el equipo que a nivel estatal es responsable de las acciones para disminuir la mortalidad materna, mejorando su desempeño mediante la capacitación y la incorporación de elementos con experiencia en la temática.
- Desarrollar investigación operativa continua para detectar necesidades de mejora en los servicios de salud.

- Garantizar en su máximo potencial la red de servicios “24 horas 365 días.
- Evaluar de manera continua la red de servicios.
- Diseñar e implementar campañas masivas de comunicación que orienten sobre los signos de alarma, mecanismos de acceso a los servicios (si es mediante afiliación o es universal), y la ubicación geográfica de los establecimientos.
- Disponer de un sistema eficiente de orientación por vía telefónica.
- Garantizar el funcionamiento en red de los establecimientos de salud, mediante la comunicación directa y continua (radio o teléfono) de los mismos.
- Diseñar un catálogo de servicios por establecimiento, de acuerdo al nivel de atención, señalando con claridad los criterios de referencia de un primer a segundo nivel y entre unidades del mismo nivel de atención.
- Continuar certificando en emergencia obstétrica a todos los médicos que laboren en unidades de salud de primer nivel de la red “24 horas 365 días”.
- Certificar en emergencia obstétrica a todos los médicos que laboren en el área de emergencias de los hospitales generales.
- Brindar un curso de capacitación, basado en la atención de primer y segundo nivel de atención a la emergencia obstétrica y en la propuesta de UNFPA/AMDD, a los pasantes de servicio social que se integran a los servicios de salud.
- Desarrollar alianzas estratégicas efectivas con los actores locales, desde los gobiernos locales hasta las organizaciones no gubernamentales, y con los recursos locales y/o tradicionales de salud.
- Garantizar la producción de servicios de atención obstétrica básica e integral en las redes de servicios a nivel jurisdiccional que funcionen “24 horas 365 días”.

- Promover la capacitación continua en la emergencia obstétrica.
- Difundir hacia la población la ubicación de los centros de salud con hospitalización, hospitales básicos comunitarios y hospitales generales que ofrezcan servicios "24 horas 365 días".
- En la Jurisdicción II se cuenta con un servicio completo en el Instituto de Salud que incluye un banco de sangre. A pesar de esto, es necesario que la Clínica IMSS Oportunidades pueda tener este mismo servicio las 24 horas del día los 365 días al año.
- En la Jurisdicción Ocosingo se requiere garantizar el banco de sangre.
- En ambas Jurisdicciones se requiere de personal de ginecoobstetricia así como de intensivista.
- Garantizar el acceso universal a la atención obstétrica, con sistemas de comunicación disponibles, caminos transitables.

Referencias Bibliográficas revisadas, consultadas y citadas.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México. Secretaría de Salud. México D.F. 2009

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2009). "Focalización en 6 acciones para disminuir la Mortalidad Materna", (presentación *.ppt) 2da Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna, Chiapas, Oaxaca y Guerrero, 12 y 13 de febrero del 2009 consultado en línea

Convenio General de Colaboración que Celebran la Secretaría de Salud, El Instituto Mexicano del Seguro Social y El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. México, D.F. 2009

ESPESI, (2002). Embarazo Seguro, Parto Exitoso y Supervivencia Infantil, Diagnóstico Situacional, Dirección de Servicios de Salud Reproductiva-Salud Pública, Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

Freyermuth, Graciela Mortalidad materna en Los Altos de Chiapas. ¿Una realidad postergada o una realidad negada? Consultado en: <http://www.fundar.org.mx/index.html/files/CHIAPAS-MM-APV.pdf>

Freyermuth, Graciela et al., Maternidad peligrosa. Evaluación de la Atención Institucional a la Urgencia Obstétrica en Los Altos de Chiapas, Impresiones DUMA, México, 2004.

Freyermuth, Graciela, Informe sobre Desarrollo Humano en Chiapas Documento de Trabajo 2010 /1. Desiguales en la vida, desiguales para morir. La mortalidad materna en Chiapas: un análisis desde la inequidad. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD México, mayo 2010 consultado en línea en: http://sureste.ciesas.edu.mx/Proyectos/Graciela/MMChs_19dejulio_GFE_VF_conGraficas.pdf

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Perspectiva Estadística. Chiapas 2010. Consultado en línea en <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/perspectivas/perspectiva-chs.pdf>

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, Boletín Informativo Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Mujeres. Datos Chiapas 2010.

Instituto Nacional de las Mujeres, Secretaría para el Desarrollo y Empoderamiento de las Mujeres de Chiapas. Relatoría Foro Estrategia de Coordinación para reducir la mortalidad materna en municipios con menor desarrollo humano de Chiapas, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, 16 de diciembre 2010.

Instituto Nacional de las Mujeres, Secretaría para el Desarrollo y Empoderamiento de las Mujeres de Chiapas. Relatoría Foro Estrategia de Coordinación para reducir la mortalidad materna en municipios con menor desarrollo humano de Chiapas, Ocosingo, Chiapas 17 de diciembre 2010.

La población de México en el Nuevo Siglo. Consejo Nacional de Población. México 2002.

Ochoa, Rosa María, Panorama de la mortalidad materna en Chiapas, presentación power point 2010.

Organización Panamericana de la Salud/OMS (1995). "Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud". Washington, D.C: Edición 2003

Periódico Oficial. Órgano de Difusión Oficial del Estado Libre y Soberano de Chiapas. Secretaría General de Gobierno. Tomo III, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Datos de Informe de Desarrollo Humano PNUD, 2006

<http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/Lapoblacion/14.pdf>

http://medusa.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/resource/coneval/info_public/Estrategia%20Integral.pdf?view=true

<http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/chiapas/>

<http://www.municipios.com.mx/chiapas/mexico-07.html>

<http://www.undp.org/spanish/mdg/strategy.shtml>