



INSTITUTO  
HIDALGUENSE  
DE LAS MUJERES



GOBIERNO  
FEDERAL

Este material se realizó con recursos del Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género, empero el Instituto Nacional de las Mujeres no necesariamente comparte los puntos de vista expresados por las (los) autoras (es) del presente trabajo.

## **PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO A LA TRANSVERSALIDAD DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO 2012**

### **INSTITUTO HIDALGUENSE DE LAS MUJERES**

#### **NOMBRE PRODUCTO:**

**DOCUMENTO QUE VISIBILICE LAS RECOMENDACIONES DE ACCIONES AFIRMATIVAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS DEL MODELO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON PERSPECTIVA DE GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD MATERNA. IDENTIFICANDO LAS PROPUESTAS DE TRABAJO DE LAS Y LOS PARTICIPANTES, EN SUS CUATRO FASES.**

# ÍNDICE

FASE I.....	3
FASE II.....	25
FASE III.....	86
FASE IV.....	156

# FASE I

En esta ocasión se trabajó con las jurisdicciones de Tula y de Molango, con personal de los Servicios de Salud del Estado de Hidalgo, IMSS oportunidades y solo para el caso de Tula participo también el ISSSTE, es decir, los asistentes vienen de un grupo intersectorial e interinstitucional de los diferentes niveles de atención y fundamentalmente tienen una responsabilidad de carácter gerencial, administrativa, social o especialidad clínica, personal que prioritariamente labora coordinando varios equipos de trabajo.

Al término de cada Curso-Taller, se observaron varios cambios de percepción personal y grupal, el cambio de comportamientos globales solo se podrán referir hacia la tercera etapa de la intervención, sin embargo, en la inmediatez hubo cambios favorables de actitud y comportamiento en los participantes, de tal manera que se identificaron conductas adaptativas con la expectativa de disponer de sí mismos en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelven y la forma en que le dan un sentido a su entorno, a partir de su actitud frente a lo personal y a lo laboral.

A continuación se describe parte de la logística desarrollada en cada uno de los talleres

- La reflexión y concientización de lo aprendido a lo largo del taller fue referida ampliamente. Para el caso de **Molango**, hubo participación de primero y segundo nivel de atención. De algunos de los directores de hospitales y de los supervisores zonales de IMSS OPO. El jefe de la jurisdicción, junto con su equipo de trabajo estuvo participativo a lo largo de los dos días de trabajo y fueron excelentes anfitriones, dando respuestas y propuestas de solución a una serie de problemas logísticos que se presentaron a partir de las condiciones climáticas, lo que complicó en algunos momentos se llevará a cabo el curso taller, sin embargo, todo se resolvió favorablemente con el apoyo del personal de la misma jurisdicción. En **Tula** la participación del IMSS OPO hizo fuerte presencia, que fue permanente y proactiva en especial de los supervisores zonales y del equipo jurisdiccional.

Tanto en Molango como en Tula se contó como siempre con la suma de esfuerzos del nivel federal y estatal. La integración de los diferentes niveles de gobierno en los talleres es fundamental, y es tan importante y significativa como la participación misma del nivel jurisdiccional, ya que es una forma de integrar equipos de trabajo

intersectoriales e interinstitucionales, que da garantía de la participación activa, corresponsabilidad y del seguimiento, lo que permite una mejor coalición de fuerzas y sinergias para beneficio de las usuarias.

- Se acordó al interior de cada grupo de trabajo la participación activa en el taller, siempre y cuando dicha participación fuera voluntaria, permanente y en un ambiente de respeto a los lineamientos de funcionamiento acordados con el grupo. Se llenaron los instrumentos para evaluar estrés y satisfacción laboral.
- La puntualidad y asistencia de los integrantes fue continua durante todas las sesiones, en particular para el caso de Molango considerando que varios de los participantes venían de zonas sumamente alejadas de la sede de trabajo. De entre los participantes de Molango hubo dos personas que tuvieron que ausentarse debido a que eran solicitados para resolver situaciones relacionadas con su coordinación directivo-administrativa de hospitales.
- Para cada uno de los talleres se iniciaron las sesiones con un número esperado de participantes, situación que puede ser cotejada con las listas de asistencia.
- Se hizo el cierre en cada una de las sesiones con el mismo número de integrantes que iniciaron en la sesión a excepción de las dos personas de hospital que ya se menciono.
- Para el caso del Grupo de Tula hubo fuerte participación del IMSS OPO por parte de los supervisores de zona, quienes con mucho profesionalismo dieron a conocer las bondades del Modelo Educativo y de qué manera había impactado ~~elle~~ en otras zonas en las que se había implementado por parte de sus homólogos.
- En comunión con los equipos estatal e intersectorial e interinstitucional, se establecieron las Rutas de Acompañamiento para llevar a cabo las sesiones educativas en la comunidad. Con disposición por parte de los participantes, en particular en el grupo de Molango y, aunque en Tula existió interés, faltaba integrar a otros coordinadores médicos municipales para hacer especificaciones concretas de las localidades a las que se asistiría durante la ruta de las sesiones educativas.

- Cada una de las sesiones se realizó según la planeación psicopedagógica y logística acordada con el grupo desde el primer día de trabajo. Se siguió el eje de contenido de acuerdo a las cartas descriptivas detalladas para la primera etapa de la estrategia.
- En el segundo día de trabajo se hizo recapitulación dirigida. Entre una y otra sesión se identificó un cambio cualitativo significativamente favorable en el contenido de las respuestas y reportes verbales dadas por los participantes. Los asistentes manifestaron un dominio sustancial y preciso de lo revisado a lo largo del curso-taller.

En cada uno de los dos grupos se observó, que los participantes:

- Revisaron con sensibilidad y reflexivamente los lineamientos técnicamente básicos respecto a la prevención, diagnóstico de la preeclampsia/eclampsia.
- Identificaron las características necesarias y básicas del perfil del facilitador en promoción de la salud.
- Hicieron contacto con emociones profundas compartieron su sentir respecto a experiencias que no se habían dado la oportunidad de platicar con otra persona. En un ambiente de apoyo y acompañamiento psicológico por parte de cada participante fue que tuvo lugar esta proceso grupal, identificando y vivenciaron las 3 actitudes básicas así como importancia en las relaciones interpersonales.
- Socializaron compromisos para concretizar en acciones dentro de su campo de laboral y personal.
- Reconocieron la sensibilización de los sentidos, la atención integral como uno de los elementos sustantivos promotores de la escucha activa en la práctica cotidiana en la prevención, diagnóstico y atención de la preeclampsia/eclampsia y hemorragia obstétrica.
- Para la planeación de seguimiento en la sesiones con usuarias se contó con la participación activa de personal Estatal y Jurisdiccional con mucha disposición al trabajo proyectado por parte de ambas jurisdicciones. Cabe destacar que para el caso de Molango el Jefe jurisdiccional participo en el taller durante los dos días de

trabajo continuo. En Tula no se tuvo en ningún momento la participación de la persona del responsable de la jurisdicción, sin embargo, el equipo jurisdiccional participante estuvo atento a participar activamente respecto al panorama epidemiológico.

- Se hizo una evaluación al taller por parte de los asistentes, en el caso de Tula en particular varias personas hicieron un reconocimiento al trabajo realizado y mencionaron que ya habían escuchado mencionar de la estrategia y ahora que la habían vivido, esperaban tener experiencias exitosas para compartir en la fase IV. Respecto a Molango, estaban contentos de que por fin estuvieran tomando estos talleres, en especial porque este personal atiende a comunidades que se encuentran extrema pobreza y en donde el acceso las localidades puede ser complicado.
- Se hicieron las rutas de trabajo y quedaron definidas las que competen a Molango, facilito que estaban efectivamente los tomadores de decisiones. En el caso de Tula únicamente se seleccionaron los municipios, por parte del IMSS OPO se especificaron unidades para trabajar, no así para el ISSSTE y la Secretaria de salud.

En seguida se ilustran algunas actividades que se llevaron acabo dentro de cada uno de los grupos de esta fase así mismo, se presentan los resultados obtenidos de los Inventarios de estrés y satisfacción laboral no sin antes mencionar que el burnout o síndrome de trabajador quemado se refiere a una lenta y progresiva pérdida de ideales, energía, sentido y salud experimentada por personas que trabajan en las profesiones de ayuda, de ahí que es de importancia que todos aquellos que trabajan por ayudar a otros a mejorar su calidad de vida como sucede con los prestadores de los servicios de salud, reciban a su vez ayuda para evitar este síndrome, el cual es un importante factor patogénico en el profesional y para profesionales. Los problemas emocionales en las relaciones de ayuda han sido con frecuencia negados, ocultados y mal afrontados. Se ha documentado que las tasas de mortalidad por enfermedad cardiovascular, cirrosis hepática y accidentes de tránsito son tres veces más altas entre las profesiones de ayuda que en el resto de las profesiones. El Síndrome de Burnout no es excluyente, puede presentarse en hombres o mujeres, aunque hay una tendencia de mayor vulnerabilidad en las mujeres debido a que tienen dos o más jornadas de trabajo, aunque de estas solo una sea remunerada. Burnout se puede

presentar en personas que ejercen profesiones u oficios de apoyo a otras personas. En especial padecen el síndrome personas altamente calificadas y comprometidas en la que los intereses profesionales muchas veces predominan sobre los personales y las relaciones, la salud cobra una factura muy grande en poco tiempo. En las siguientes gráficas observa que en la jurisdicción Molango se presenta un índice relativamente alto de estrés entre el personal participante, alcanzando hasta un 29% de asistentes con un alto nivel de estrés, mientras que para la jurisdicción Tula en el 18 % de los participantes se encontró alto nivel de estrés. Los factores atribuibles pueden ser varios, sin embargo, uno de ellos esta relacionado con las poblaciones a las cuales brindan sus servicios y las localidades en las que se labora.

MOLANGO 3 y 4 de julio



Coordinadores médicos municipales de la Secretaría de Salud, supervisores de zona de IMSS OPO, directores de nivel hospitalario y personal aplicativo.



Activando el cuerpo, la mente, el espíritu, preparándonos para brindar servicios de salud desde una actitud propositiva

Tula 5 y 6 de julio



Participación activa con personal procedente de los diferentes niveles de atención y de gobierno: jurisdiccional, estatal y federal. Una forma de trabajo abrigada por el Instituto Hidalguense de las Mujeres.



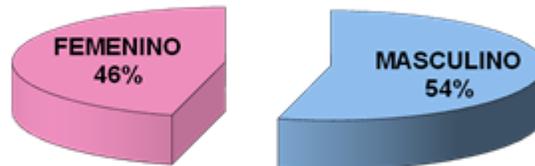
Trabajando con el estrés, haciendo reflexiones y acciones de identificación de las señales de alarma de lo que es el Síndrome de Burnout.

# **SATISFACCIÓN Y ESTRÉS LABORAL**

**FASE I**

**GRUPO  
MOLANGO**

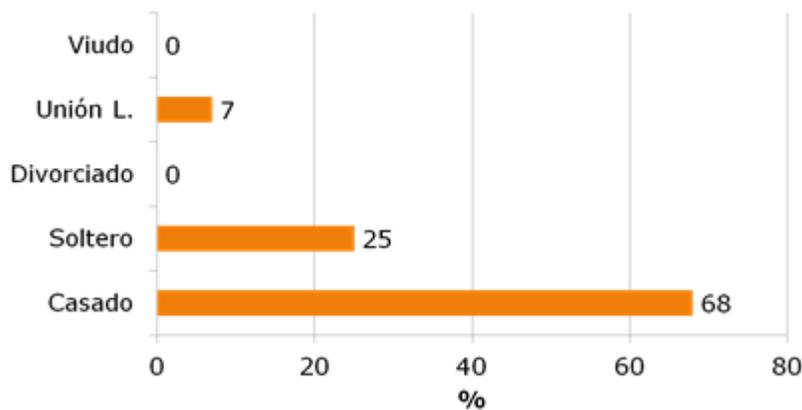
**GRÁFICA No. 1**  
**PERSONAL ENTREVISTADO DISTRIBUIDO SEGÚN SEXO**



Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
 E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
 Molango Julio 2012

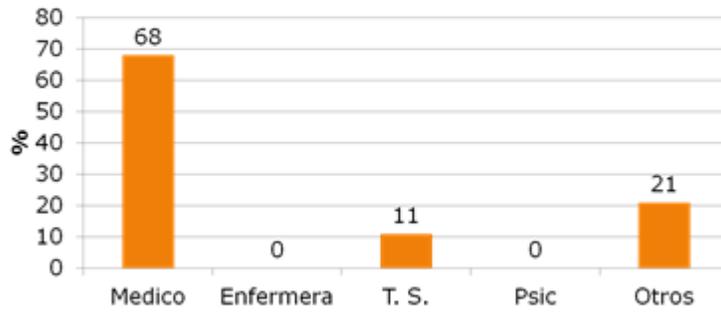
Media de edad = 38.7  
 Media de Antig = 11.1

**GRÁFICA No. 2**  
**NÚMERO DE PERSONAL ENTREVISTADO**  
**DISTRIBUIDO POR ESTADO CIVIL**



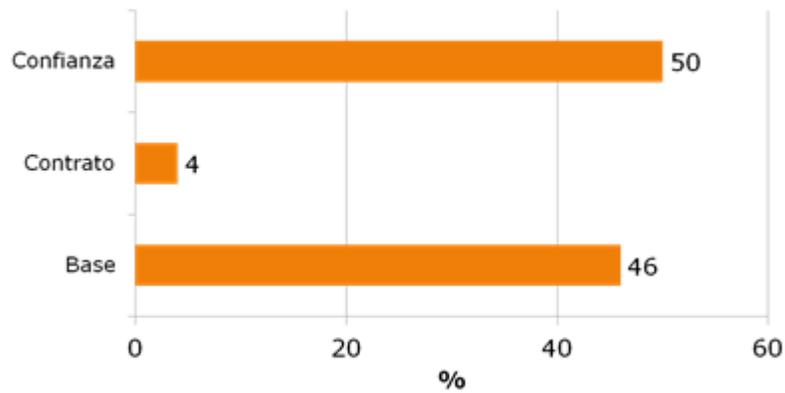
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
 E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
 Molango Julio 2012

GRÁFICA NO. 3  
OCUPACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS



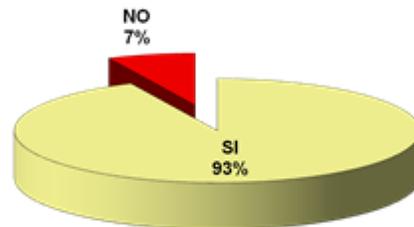
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Molango Julio 2012

GRÁFICA NO. 4  
DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE PLAZA



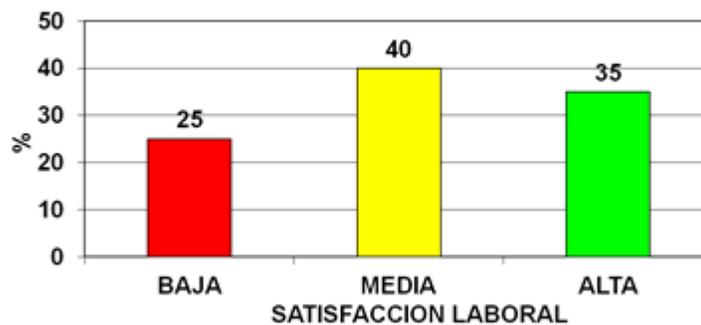
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Molango Julio 2012

GRÁFICA No. 5  
PERSONAL ENTREVISTADO QUE SIENTEN ORGULLO O NO DE PERTENECER A ESTA UNIDAD



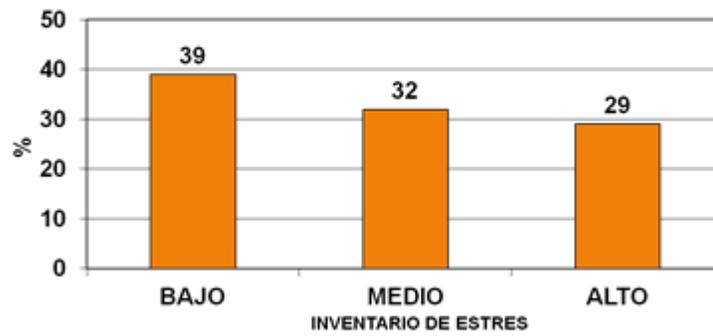
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de en  
Molango Julio 2012

GRÁFICA No. 6  
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL ENTREVISTADO



Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Molango Julio 2012

GRÁFICA No. 7  
INVENTARIO DE ESTRÉS DEL PERSONAL ENTREVISTADO



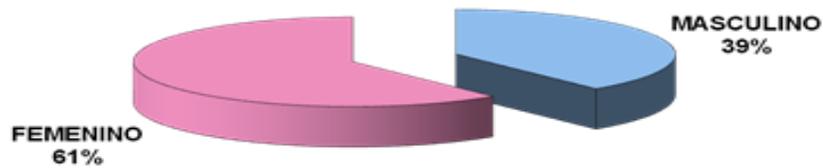
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Molango Julio 2012

# **SATISFACCIÓN Y ESTRÉS LABORAL**

**FASE I**

**GRUPO  
TULA**

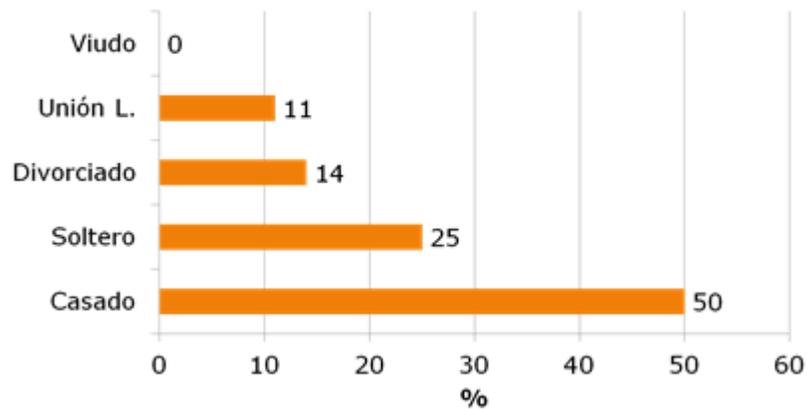
**GRÁFICA No. 1**  
**PERSONAL ENTREVISTADO DISTRIBUIDO SEGÚN SEXO**



Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
 E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
 Tula Julio 2012

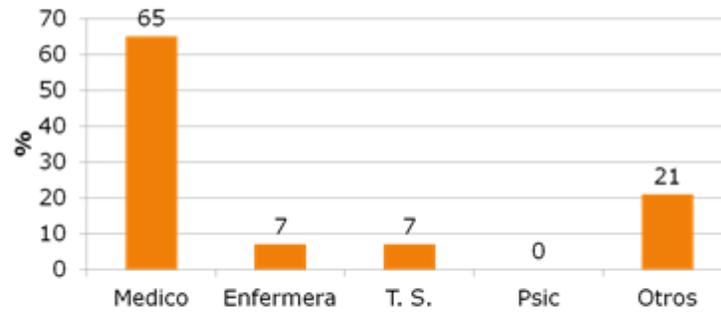
Media de edad = 43.07  
 Media de Antig = 14.2

**GRÁFICA No. 2**  
**NÚMERO DE PERSONAL ENTREVISTADO**  
**DISTRIBUIDO POR ESTADO CIVIL**



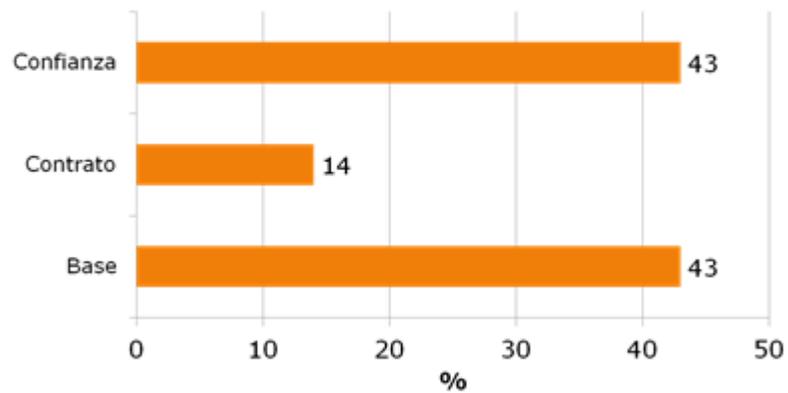
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
 E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
 Tula Julio 2012

GRÁFICA NO. 3  
OCUPACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS



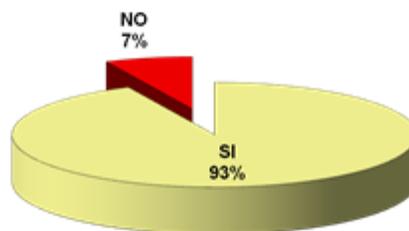
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Tula Julio 2012

GRÁFICA NO. 4  
DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE PLAZA



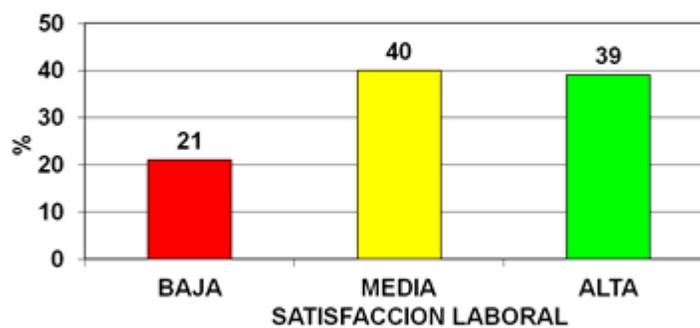
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Tula Julio 2012

**GRÁFICA No. 5**  
**PERSONAL ENTREVISTADO QUE SIENTEN ORGULLO O NO**  
**DE PERTENECER A ESTA UNIDAD**



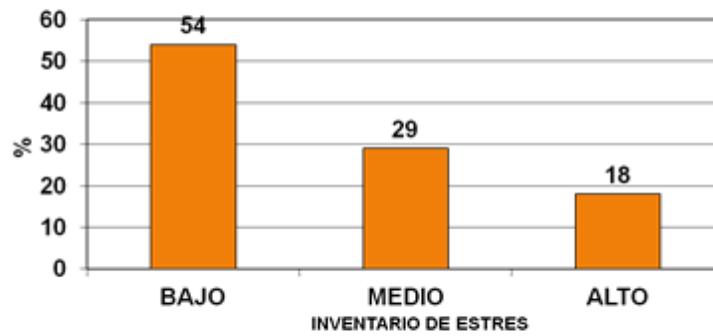
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
 E Inventario de Estrés, del personal de en  
 Tula Julio 2012

**GRÁFICA No. 6**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL**  
**ENTREVISTADO**



Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
 E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
 Tula Julio 2012

GRÁFICA No. 7  
INVENTARIO DE ESTRÉS DEL PERSONAL ENTREVISTADO



Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Tula Julio 2012

## **RECOMENDACIONES**

Para cada uno de los grupos trabajados se sugiere estar en atención personal y continua:

- Identificar el reconocimiento al esfuerzo de lo realizado, tener la posibilidad de experimentar la competitividad más que la competencia. Para ello es importante que el prestador de servicios conozca lo que hay que hacer y poderlo hacer. Cuando hay insatisfacción laboral se pierde el binomio: se sabe qué hacer pero no se ve la posibilidad de hacerlo. Para el personal de **Molango** se observó camaradería entre los asistentes de primero y segundo nivel de atención, situación poco común cuando se trabaja con grupos constituidos heterogéneamente entre estos dos niveles de atención. En **Tula** el personal que asistió por parte de hospitales mostró mucho interés, sin embargo, se salía de sus manos hacer una serie de tomas de decisiones que impactarían para la fase III. No se tuvo certeza de que se sostuviera la asistencia de más personajes del segundo nivel de atención en la fase siguiente. En esta ocasión participaron de primero y segundo nivel de atención, sin embargo para la fase II posiblemente suceda lo que en otras jurisdicciones, o estados, la participación de personal hospitalario se ve reducida o frecuentemente nulificada. Hay una serie de factores, elementos o actitudes que interrumpen el trabajo para cuando se llega a la fase II de este proyecto, en que la invitación es extensiva al segundo nivel de atención y la inasistencia final en las siguientes fases es desconcertante, esta situación, de la que no se tiene certeza de que se participe desde el nivel hospitalario ha caracterizado a algunas de las jurisdicciones en las que se ha trabajado en el Estado de Hidalgo, si bien no a todas, como lo fue en el caso de Ixmiquilpan en donde personal del segundo nivel de atención participó en todas las fases de la intervención no únicamente a estas dos jurisdicciones, sino a otras más en las que se ha trabajado.
- Es necesaria la comunicación directa y funcional entre personal operativo de primero y segundo nivel de atención. Debe hacerse un ejercicio de comunicación personalizada. Existen documentos en los que por lineamiento existe la referencia-contrarreferencia e idealmente se permite incidir en los problemas más comunes del sistema de referencia y contrarreferencia:
  - a. Retrasos de Atención
  - b. Duplicidad de Recursos y Esfuerzos

c. Elevación de costos

d. Interrupción de tratamientos y desplazamiento innecesario de pacientes; traduciéndose en insatisfacción de los usuarios, tanto externos (pacientes) como internos (personal de salud que utiliza el sistema).

El esfuerzo de coordinación tiene el fin de promover una participación responsable y organizada de todos los elementos del sistema para beneficio en este caso de las usuarias, sin embargo, durante las sesiones de trabajo de esta primera fase con repetidas ocasiones se expresa que las más de las veces no hay referencias – contrarreferencia y que con frecuencia cuando llegan a hacerse, estas no están elaboradas adecuadamente. Indiscutiblemente en este sentido

- Es necesario que el personal de salud reciba capacitación con metodologías de sustento humanista y con elementos psicopedagógicos contemporáneos que rompan con la despersonalización, que permitan identificar y valorar actitudes que se tienen frente a las usuarias.
- Se necesita que a los niveles gerenciales, tomadores de decisiones, se les faciliten formas de reconocimiento ante los logros obtenidos del personal a su cargo, que se identifique la dimensión humana de los trabajadores de la salud, y que posean la habilidad de validar la eficiencia y realización de lo que si se hace, dar seguimiento a las acciones que por lineamiento se plantean hacerse y aplicar criterios vinculados al establecimiento de metas.
- Para poder avanzar la salud materno-infantil y alcanzar sus ODM, en el trabajo gerencial y operativo se tendrá que hacer un esfuerzo considerablemente mayor tanto en zonas urbanas como serranas, como lo es en caso de las jurisdicciones de Tula y de Molango. Se ha trabajado mucho, sin embargo, los esfuerzos realizados no han sido suficientes. Desde gobierno federal, en su proyecto de implementar un seguro universal de salud en el futuro cercano, podría aprovechar la oportunidad para corregir los errores y debilidades de las políticas anteriores considerando las lecciones aprendidas con antelación.
- Es necesario adoptar políticas y acciones ajustadas a las necesidades de las zonas rurales y de las poblaciones indígenas y enfocarse en reducir las desigualdades que afectan a estos grupos.

- Cuando los recursos sean limitados, los programas podrían priorizar los departamentos indígenas y realmente considerar las comunidades con bajo índice de desarrollo humano
- Las políticas de salud podrían igualmente abordar los problemas que impiden el acceso a los servicios de salud rompiendo con la desvalorización de la salud de la mujer, las inequidades sustentadas en el género y el analfabetismo.
- Para fortalecer cualquier plan de seguro de salud, ya sea universal o parcial, es importante incrementar el número de establecimientos de salud en zonas rurales así como mejorar su capacidad resolutive, lo que incluye aumentar el número de médicos y mejorar la sensibilidad cultural del personal que brinda servicios de salud.
- Las mujeres en edad fértil son un grupo clave que influye en los resultados de la situación de salud materno-infantil, por lo que podrían ser incluidas como beneficiarias principales en todo programa integral de salud que se desarrolle.
- Para el diseño y aplicación de políticas respecto a la salud materna es necesario incorporar servicios de salud sexual y reproductiva, incluido el acceso a métodos anticonceptivos contemporáneos, para contribuir a reducir los niveles de morbimortalidad materna y en consecuencia la mortalidad neonatal.

# FASE II

Con el fin de continuar y fortalecer las acciones para disminuir la mortalidad materna se trabajó la Fase II del Modelo de Intervención Educativa, dirigido a personal multidisciplinario, constituido por TAPS, médicos, enfermeras, personal estatal de los servicios de salud y personal de la Jurisdicción Sanitaria de Molango y de Tula.

El propósito de los talleres es promover un cambio de actitud en el personal de salud involucrado en la atención a la salud materna y perinatal, a través de técnicas vivenciales que favorecen la toma de conciencia y el desarrollo de habilidades de autocuidado y de inteligencia emocional. Con cada uno de los grupos se promovió el uso de la reciente Línea de Salud Materna.

Se impartieron 6 Talleres al personal aplicativo, tres fueron impartidos en la jurisdicción Tula y los otros tres en la jurisdicción Molango. En todo el trabajo que se desarrolló, desde la parte organizacional, logística y operativa estuvo implicado un equipo interinstitucional, que se constituía en cada taller. Esto es, las personas cambiaban, sin embargo, las funciones se mantuvieron y los roles se conservaron al momento de estar trabajando directamente con cada uno de los grupos. Cada equipo interinstitucional en turno estuvo conformado por lo menos, con una persona de la Secretaría de Salud de nivel jurisdiccional, otra de nivel estatal, de nivel federal y, del Instituto Hidalguense de las Mujeres.

En la jurisdicción de Molango se contó con personal de la Secretaria de Salud y del IMSS, de la localidad de Tlanchinol principalmente, los cuales participaron de forma activa y se observaron equipos de trabajo fuertes y experimentados.

Estos grupo se mostraron proactivos y expresaron su malestar cuando, al referir a mujeres embarazadas a segundo nivel se las regresan constantemente, sin contra referencia. No cuentan con el manual de referencia-contrarreferencia, a lo que el jefe jurisdiccional se compromete a enviárselos.

También se observó que una de las participantes desde su llegada estaba molesta, casi no hablaba y su paralenguaje podía ser ofensivo para otras personas. Sin embargo, ella misma ante el grupo, ya en un ambiente de respeto y apoyo psicológico expresó verbalmente su incomodidad y enojo. Fue escuchada y validada en su experiencia personal, continuó

participando y poco a poco se fue integrando más a las actividades, agradeciendo al final del taller, reflexionando respecto a su actitud y felicitando al equipo interinstitucional.

En general a los grupos de Molango se les facilitaba más la participación en pequeños equipos de trabajo que en plenaria. Se manifestaba en algunos un enojo por las condiciones de trabajo, sin embargo, también asumían su corresponsabilidad en el cuidado de la salud de las mujeres. Fueron grupos caracterizados por su potencia y energía al momento de hacer los ejercicios y dar opiniones.

Se manifestó la necesidad de tiras reactivas (urolabstix) y fueron solicitadas al personal de nivel jurisdiccional y estatal, pues no se cuentan con este insumo en todas las unidades.

Del personal de Tepehuacán de Guerrero se mencionó que hay apoyo entre el personal de la rama médica. En Tlanchinol se observan integrados los equipos de salud, algunos de ellos habiendo tenido experiencia en IMSS.

El personal de salud menciona frecuentemente la importancia y necesidad de hacer trabajo de sensibilización y concientización con la familia de las mujeres embarazadas y puérperas. Hay comunidades en las que el personal de salud tiene que enfrentar situaciones de misoginia y desvalorización de las mujeres. Lo que tiene como implicación que no se les permita a las mujeres durante el embarazo o el parto ser atendidas oportunamente.

Se mencionó en cada grupo la plantilla incompleta de especialistas y para el caso del personal de Tepehuacán, (uno de los tres municipios más pobres) refieren mencionan que con frecuencia hay cambio del médico general, debido a los honorarios ínfimos que se reciben, siendo esta área una zona de alta marginación. Además de que, una vez que el personal pasa laboralmente de estar por contrato a conseguir su basificación, solicitan en la inmediatez su cambio quedando la comunidad de nueva cuenta sin recurso humano. Esta toma de decisión trasciende al equipo jurisdiccional.

Refiere el personal que hay mujeres y sus familiares que prefieren asistir para ser atendidas al hospital mas cercano y no así al que les corresponde según su póliza de seguro popular. El impedimento es planteado por la forma en como esta regionalizada la atención.

El apoyo interestatal es importante desde las colindancias. Particularmente en la jurisdicción Molango, donde el estado de San Luis Potosí da respuesta a varias necesidades de emergencia de los municipios de Tepehuacán, Lolotla y Tlanchinol.

Menciona el personal, la importancia de verificar que toda paciente referida haya asistido al hospital y regrese con la contrarreferencia, elemento que consideran es de importancia para el seguimiento hasta el término del puerperio. El personal en ocasiones se encuentra en la situación de referir a la usuaria y prefieren no salir, ya sea por miedo a los traslados, a las resoluciones por cirugías, concretamente para el caso de Tepehuacán.

Solicitaron acceso a los directorios, el manual de referencia y contrarreferencia.

En los dos talleres hubo participación del IMSS OPO, sin embargo en el último taller de esta fase no hubo participación del IMSS y de una instancia municipal debido a que el acceso en los caminos se bloquearon por las condiciones climáticas de la zona (derrumbe). Al interior de los grupos de trabajo se comentó que la referencia a hospitales para valoración por especialista, es de aproximadamente ocho semanas y que para casos de atención especializada, estos son referidos del Hospital Ilusión, al Hospital General de Pachuca, pues en el primero no tiene lo necesario para atender síndrome de HELLP, eclampsia, partos prematuros, entre otros.

Menciona el personal de primer nivel, la necesidad de fortalecer en sus comunidades mediante las siguientes acciones: señales de alarma, plan de seguridad, conocer la red social y verificar que la embarazada y su familia cuente con el directorio de esta red a nivel local (autoridades locales, partera, auxiliares de salud, enlace de oportunidades, promotora de oportunidades, personas con vehículos particulares, etc.).

Cabe destacar que en Molango el jefe jurisdiccional hizo presencia en cada taller, situación que no sucedió en Tula, aunque siempre se contó con un miembro del equipo jurisdiccional a lo largo de las sesiones de estas fases.

En relación a la jurisdicción de Tula, los grupos, se mostraron participativos. Expresaron en sus expectativas, un mayor interés en el desarrollo personal, a diferencia de otros grupos donde expresaron mayor interés por los conocimientos. Mostraron desde un inicio disposición para

el trabajo. Reconocen que para hacer cambios favorables en sus relaciones interpersonales, es importante el contacto visual y físico, que a veces esto ya no lo hacen y pasan de largo sin voltear a ver a las personas, que se siente bien que las personas les hablen por su nombre. Refirieron que hay que dedicar más tiempo a la promoción de la salud y que les faltan algunos insumos básicos. La coordinadora estatal de APV, se compromete a programar los insumos que hacen falta en la caja guinda y rosa para embarazadas.

Los tres grupos de Tula han sido de los más sensibles y contenidos emocionalmente. Ya en el ambiente psicológico protegido, se compartieron experiencias personales muy íntimas y con sentimiento profundo. El caso de una mujer que a los quince años comenzó a laborar en un centro de salud y se enfrentó a una muerte materna, lo que le genera estar siempre muy alerta con sus embarazadas. También otro participante narra su experiencia en la sierra en Puebla y saber de varias muertes maternas o de que llegaban con sus bebés muertos, y no le gustaría enfrentarse a una situación así, e invita a todos a evitar que esto suceda. Los participantes expresaron sentir tensión, opresión en su pecho, o el estómago, querer dormir, frialdad en sus manos, y emociones de miedo, enojo y tristeza. Después de haber reflexionado y contactado con su sentir, se pasó a un ejercicio de bioenergética para integrar esta experiencia y estabilizar emocionalmente al grupo. Al final se monitoreó nuevamente cómo estaba cada integrante, y expresaron estar tranquilos, relajados, contentos, descansados y con energía.

En el caso del video "El caso de María", con el que se reflexiona respecto a los eslabones críticos, los participantes contactaron más que con elementos de carácter técnico, lo hicieron con sus emociones; comentaron sentir temor, tristeza y enojo. Fue un trabajo fuerte e intenso el que se hizo respecto al contacto con los cinco sentimientos básicos.

En cada grupo de Tula se refirió que ellos pueden hacer búsqueda de embarazadas, hacer hincapié en las consultas durante el embarazo, parto y puerperio, convencer y hacer conciencia de la importancia de los cuidados.

En la exposición sobre "las tres demoras", mencionan la importancia de mejorar los programas, para que no les quiten presupuesto, "hay que ponerse las pilas" expresaron así

como el que hay que capacitar al personal con este tipo de talleres para que sepan atender mejor a las pacientes, porque frecuentemente el personal no sabe hacerlo. En esta jurisdicción mencionaron que todos tienen tiras reactivas.

En ambas jurisdicciones el trabajo fue satisfactorio en cada una de las dos fases, la expectativa de respuesta es alta y los primeros resultados concretos podrán observarse en la tercera fase.

## EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

**Molango** Grupo 1, los días 17 y 18 de julio.



Desde el contacto físico también se nutre la relación interpersonal entre los equipos de trabajo y en la relación con las usuarias de los servicios de salud.



Organizando al interior del grupo para ejercicio experiencial en torno a la sensibilización de la oportunidades perdidas para salvar la vida de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.

**Molango** Grupo 2, los días 19 y 20 de julio.



Tomando conciencia de los autocuidados que como personas y prestadores de los servicios de la salud requieren.



Ejercicio vivencial: Fotografiándonos

**Molango** Grupo 3, los días 24 y 25 de julio.



Acabando de llegar al grupo, reflexionando, recordando que antes que ser prestadores de servicios de salud somos, ante todo, personas con necesidades.



Contactando en la conciencia de la importancia e impacto de los sentimientos y como estos intervienen en la toma de decisiones y relaciones en como la persona se relaciona desde lo cotidiano

**Tula** Grupo 1, los días 26 y 27 de julio.



Trabajando gimnasia cerebral, actividad importante para centrar la atención y establecer la conexión de ambos hemisferios cerebrales a través del cuerpo caloso. Estos ejercicios se llevan a cabo posteriormente en las sesiones Educativas que el personal de salud llevará a cabo en sus unidades de salud.



Descalzos, listos para trabajar la relación consigo mismo/a través del movimiento y quietud corporal. Un redescubrimiento de las sensaciones y percepciones que se van perdiendo con trajín cotidiano.

**Tula** Grupo 2, los días 31 y 1 de agosto.



Atender a otra persona es toda una responsabilidad y compromiso. Para ello es importante que la persona que cuida a otras personas se permita preguntarse: ¿Y yo que cuido a otros...a mí... quién me ayuda?



Dando respuesta a la pregunta anterior y haciendo compromisos personales e institucionales

**Tula** Grupo 3, los días 2 y 3 de agosto



Socializando expectativas y compromisos al interior de l curso taller, una forma clara y concreta de la participación activa de los asistentes.



Aprendiendo-jugando. Los temas mas serios fueron abordados evocando los 5 sentimientos básicos

# ESTRÉS Y SATISFACCIÓN LABORAL

## JURISDICCIONES MOLANGO Y TULA

En la Jurisdicción Sanitaria de Molango, Hidalgo se realizaron finalmente 4 talleres. El primer taller realizado el 3 y 4 de julio correspondió a la fase No. 1

El segundo, tercer y cuarto talleres corresponden a la segunda fase, mismos que se realizaron del 17 al 25 de julio.

En cuanto a la distribución por sexo, se encontró que en la primera etapa hubo un ligero predominio de asistentes del sexo masculino, mientras que en los talleres II; III; y IV, predominaron los asistentes del sexo femenino, principalmente en el taller IV ya que cerca de las tres cuartas partes fueron del sexo femenino (Tabla No. 1)

TABLA No. 1  
DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS PARTICIPANTES EN EL TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO, MOLANGO, HIDALGO 2012

SEXO	I (3-4 Jul)	II (17-18 Jul)	III (19-20 Jul)	IV (24-25 Jul)
FEMENINO	46	65	52	74
MASCULINO	54	35	48	26
TOTAL	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Satisfacción Laboral e inventario de Estrés Julio 2012

De acuerdo con la distribución por estado civil, en los 4 grupos predominaron los casados, observándose una frecuencia mayor en el grupo de la primera etapa con un 68 % de casados. En segundo lugar en los 4 grupos se encontraron los solteros, con una frecuencia ligeramente mayor en el grupo II de la segunda etapa.

Los que viven en unión libre en los cuatro grupos ocuparon el tercer lugar, pero es notorio que en el grupo IV de la segunda etapa un poco más de la cuarta parte viven en unión libre. Los divorciados solo se detectaron en el grupo II y III con un 3 y 4 % respectivamente.

Es importante resaltar que no se presentó ningún caso de viudez, como se muestra en la Tabla No. 2

TABLA No. 2  
ESTADO CIVIL DE LOS PARTICIPANTES EN EL TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO  
MOLANGO, HIDALGO 2012

EDO. CIVIL	I (3-4 Jul)	II (17-18 Jul)	III (19-20 Jul)	IV (24-25 Jul)
SOLTERO	25	35	32	33
CASADO	68	45	51	41
U. LIBRE	7	17	13	26
DIVORCIADO	0	3	4	0
TOTAL	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Satisfacción Laboral e inventario de Estrés Julio 2012

En relación con la distribución por profesión de los participantes en los 4 grupos predominaron los médicos, principalmente en el grupo I, con un 68 %

El personal de enfermería ocupó el segundo lugar, excepto en el grupo I, donde no se presentó ninguna enfermera.

El personal de trabajo social, solo se presentó en el grupo I de la primera etapa con un 11 %, ver tabla No. 3

TABLA No. 3  
TIPO DE PROFESIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN EL TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO  
MOLANGO, HIDALGO 2012

PROFESIÓN	I (3-4 Jul)	II (17-18 Jul)	III (19-20 Jul)	IV (24-25 Jul)
MÉDICO	68	48	48	59
ENFERMERA	0	39	40	26
TRA. SOCIAL	11	0	0	0
OTRO	21	24	12	15
TOTAL	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Satisfacción Laboral e inventario de Estrés Julio 2012

El tipo de plaza, mostró una gran variabilidad, entre grupos, ya que en el grupo I de la primera fase predominaron las plazas de confianza con un 50 %, en los grupos II y III predominaron las plazas de base con un 45 y 64 % respectivamente, mientras que en el grupo IV la gran mayoría correspondieron a plazas de contrato con un 70 %, como se muestra en la Tabla No. 4

TABLA No. 4  
TIPO DE PLAZA DE LOS PARTICIPANTES EN EL TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO  
MOLANGO, HIDALGO 2012

PLAZA	I (3-4 Jul)	II (17-18 Jul)	III (19-20 Jul)	IV (24-25 Jul)
CONFIANZA	50	20	4	8
BASE	46	45	64	22
CONTRATO	4	33	32	70
TOTAL	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Satisfacción Laboral e inventario de Estrés Julio 2012

Como un indicador indirecto de la satisfacción laboral se le preguntó si sentían o no orgullo de pertenecer a su unidad médica, y se encontró que los que contestaron que no, oscilaron entre un 7 al 12 %

En el grupo I, se encontró el 7 %, en el grupo II, la frecuencia fue del 10 % y en los grupos III, y IV la frecuencia fue del 12 %, como se muestra en la Tabla No. 5

TABLA No. 5  
PARTICIPANTES EN EL TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO DISTRIBUIDOS SI SIENTEN ORGULLO O NO DE PERTENECER A SU UNIDAD MÉDICA  
MOLANGO, HIDALGO 2012

ORGULLO	I (3-4 Jul)	II (17-18 Jul)	III (19-20 Jul)	IV (24-25 Jul)
SI	93	90	88	88
NO	7	10	12	12
TOTAL	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Satisfacción Laboral e inventario de Estrés Julio 2012

En lo referente al grado de satisfacción laboral, de los participantes en los 4 talleres, realizados en Molango, se encontró que la mayor frecuencia de satisfacción alta, fue en el grupo III, con un 48 %

En segundo lugar con una satisfacción alta se encontró el grupo IV, con un 37 %, asimismo se identifico en tercer lugar de satisfacción alta a los grupos I y II, con 35 %

En forma contraria, la mayor frecuencia de satisfacción baja, se encontró en el grupo IV, con un 26 %, como se muestra en la Tabla No. 6

TABLA No. 6  
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS PARTICIPANTES EN EL TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO  
MOLANGO, HIDALGO 2012

S. LABORAL	I (3-4 Jul)	II (17-18 Jul)	III (19-20 Jul)	IV (24-25 Jul)
BAJA	25	20	20	26
MEDIA	40	45	32	37
ALTA	35	35	48	37
TOTAL	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Satisfacción Laboral e inventario de Estrés Julio 2012

De acuerdo con los resultados del Inventario de estrés aplicado a los participantes, en Molango, se encontró que, alrededor de la tercera parte (29%), de los asistentes, en el grupo I, presentó un nivel de estrés alto.

El grupo IV, presentó un nivel de estrés alto en un 23 %, mientras que los grupos II y III, la proporción de estrés alto fue del 13 y 8 % respectivamente.

Es notorio que en los grupos II y III un poco mas de la mitad (52%) presentaron un nivel de estrés bajo. Como se observa en la Tabla No. 7

TABLA No. 7  
 NIVEL DE ESTRES DE LOS PARTICIPANTES EN EL TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA  
 ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO  
 MOLANGO, HIDALGO 2012

ESTRES	I (3-4 Jul)	II (17-18 Jul)	III (19-20 Jul)	IV (24-25 Jul)
BAJO	39	52	52	44
MEDIO	32	35	40	33
ALTO	29	13	8	23
TOTAL	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Satisfacción Laboral e inventario de Estrés Julio 2012

En la Jurisdicción Sanitaria de Tula, Hidalgo se realizaron 4 talleres de sensibilización, durante los meses julio y agosto del 2012.

El primer taller fue realizado el 5 y 6 de julio correspondió a la Etapa No. 1

Los talleres de la segunda etapa, se realizaron del 26 de julio al 2 de agosto del 2012

De acuerdo con la distribución por sexo, del personal de la Jurisdicción Sanitaria de Tula, se encontró que en todos los grupos, fue mayor la asistencia de mujeres, pero en los grupos II y IV, predominaron los asistentes del sexo femenino, con más del 80%, del mismo modo en los grupos I y III predominaron las mujeres en un 61 y 60 % respectivamente. (Tabla No. 8)

TABLA No. 8

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LOS PARTICIPANTES EN EL TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO, DISTRIBUIDOS POR SEXO TULA, HIDALGO 2012

SEXO	I (5-6 Jul)	II (26-27 Jul)	III (31 jul-1 ago)	IV (2-3 ago)
FEMENINO	61	88	60	83
MASCULINO	39	12	40	17
TOTAL	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Satisfacción Laboral e inventario de Estrés Julio, agosto 2012

De acuerdo con la distribución por estado civil, en los grupos I, II y III predominaron los casados.

En el grupo IV con una frecuencia semejante, se encontraron los solteros, y casados (46%), los que viven en unión libre en los cuatro grupos, oscilan entre el 8 al 16 %, los divorciados solo se encontraron en el grupo I con un 14 %.

No se presentó ningún caso de viudez, en ningún grupo, ver Tabla No. 9

TABLA No. 9

ESTADO CIVIL DE LOS PARTICIPANTES EN EL TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO TULA, HIDALGO 2012

EDO. CIVIL	I (5-6 Jul)	II (26-27 Jul)	III (31 jul-1 ago)	IV (2-3 ago)
SOLTERO	25	20	14	46
CASADO	50	64	76	46
U. LIBRE	11	16	10	8
DIVORCIADO	14	0	0	0
TOTAL	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Satisfacción Laboral e inventario de Estrés Julio, agosto 2012

De acuerdo profesión de los asistentes, solo en el grupo I, predominaron los médicos, con un 65 %. En los grupos II, III, y IV, predominó el personal de enfermería, asimismo se encontró que el personal de trabajo social, no se presentó en el grupo III (Tabla No. 10)

TABLA No. 10

TIPO DE PROFESIÓN DE LOS PARTICIPANTES EN EL TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO  
TULA, HIDALGO 2012

PROFESIÓN	I (5-6 Jul)	II (26-27 Jul)	III (31 jul-1 ago)	IV (2-3 ago)
MEDICO	65	28	29	42
ENFERMERA	7	56	48	46
T. SOCIAL	7	4	0	4
OTRO	21	4	19	8
TOTAL	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Satisfacción Laboral e inventario de Estrés Julio, agosto 20

En cuanto al tipo de plaza, se observó que en grupo I, se encontraron empatados los de plaza de confianza y de base con un 43 %.

En los grupos II, III y IV, predominaron las plazas de Base

La menor frecuencia de plazas de contrato se encontró en el grupo I, con solo 14 %, la mayor frecuencia de este tipo de plazas se encontraron en el grupo II, con el 36 %.

Ver Tabla No. 11

TABLA No. 11  
TIPO DE PLAZA DE LOS PARTICIPANTES EN EL TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO  
TULA, HIDALGO 2012

PLAZA	I (5-6 Jul)	II (26-27 Jul)	III (31 jul-1 ago)	IV (2-3 ago)
CONFIANZA	43	12	5	13
BASE	43	48	71	54
CONTRATO	14	36	24	33
TOTAL	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Satisfacción Laboral e inventario de Estrés Julio, agosto 2012

En relación con la pregunta de si sentían o no orgullo de pertenecer a su unidad médica, y se encontró que los que contestaron que no, en el grupo III, representaron el 19 %,

En el grupo II, la frecuencia de los que no sienten orgullo solo representaron el 4 % Tabla No.

TABLA No. 12

PARTICIPANTES EN EL TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO DISTRIBUIDOS SI SIENTEN ORGULLO O NO DE PERTENECER A SU UNIDAD MÉDICA  
TULA, HIDALGO 2012

ORGULLO	I (5-6 Jul)	II (26-27 Jul)	III (31 jul-1 ago)	IV (2-3 ago)
SI	93	96	81	88
NO	7	4	19	12
TOTAL	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Satisfacción Laboral e inventario de Estrés Julio, agosto 2012

El grado de satisfacción laboral, de los asistentes a los 4 talleres, realizados en Tula, se encontró que la mayor frecuencia de satisfacción alta, fue en el grupo IV, con una frecuencia del 42 %

En los grupos I, II y III la mayor frecuencia correspondió a la satisfacción media con un 40 % en los tres casos. Como se muestra en la Tabla No. 13

TABLA No. 13  
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL DE LOS PARTICIPANTES EN EL TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO TULA, HIDALGO 2012

S. LABORAL	I (5-6 Jul)	II (26-27 Jul)	III (31 jul-1 ago)	IV (2-3 ago)
BAJA	21	28	28	29
MEDIA	40	40	40	33
ALTA	39	32	32	42
TOTAL	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Satisfacción Laboral e inventario de Estrés Julio, agosto 2012

El formato de Inventario de estrés aplicado a los participantes, en los talleres de la Jurisdicción de Tula, arrojó los siguientes resultados:

Alrededor de la tercera parte (32%), de los asistentes, en los grupos II y III, presentaron un nivel de estrés alto.

El grupo I, presentó el menor nivel de estrés alto (18%), mientras que el grupo IV, la proporción de estrés alto fue del 21 %

Es de llamar la atención que el grupo I, un poco mas de la mitad (54%) presentó un nivel de estrés bajo. Como se observa en la Tabla No. 14

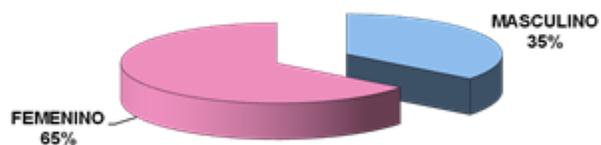
TABLA No. 14  
 NIVEL DE ESTRES DE LOS PARTICIPANTES EN EL TALLER DE SENSIBILIZACIÓN PARA LA  
 ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO  
 TULA, HIDALGO 2012

ESTRES	I (5-6 Jul)	II (26-27 Jul)	III (31 jul-1 ago)	IV (2-3 ago)
BAJO	54	40	40	46
MEDIO	29	28	28	33
ALTO	18	32	32	21
TOTAL	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Satisfacción Laboral e inventario de Estrés Julio, agosto 2012

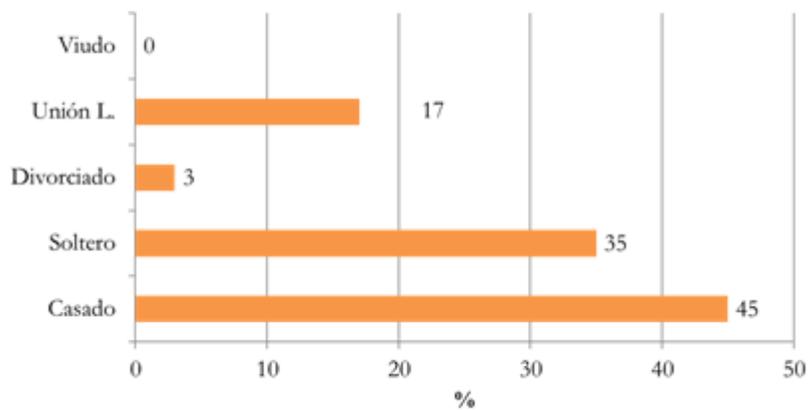
# Molango Grupo 1

GRÁFICA No. 1  
PERSONAL ENTREVISTADO DISTRIBUIDO SEGÚN SEXO



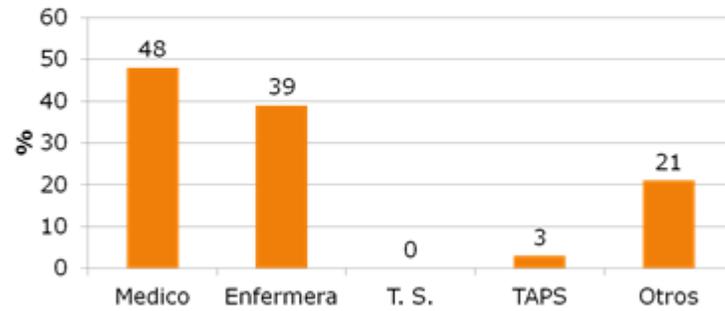
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Molango Julio 2012

GRÁFICA No. 2  
NÚMERO DE PERSONAL ENTREVISTADO  
DISTRIBUIDO POR ESTADO CIVIL



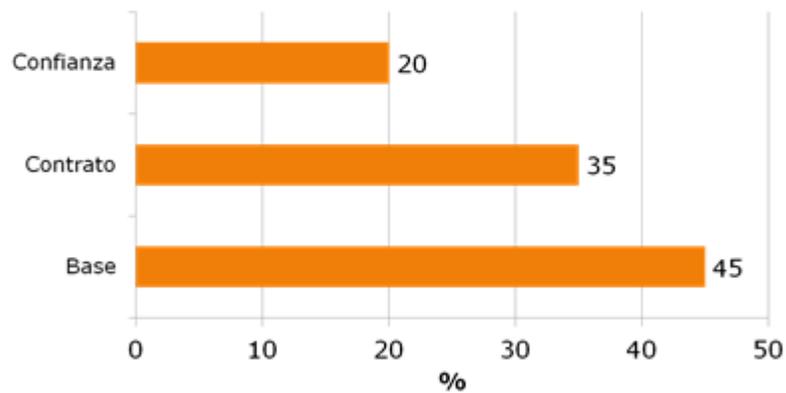
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Molango Julio 2012

GRÁFICA NO. 3  
OCUPACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS



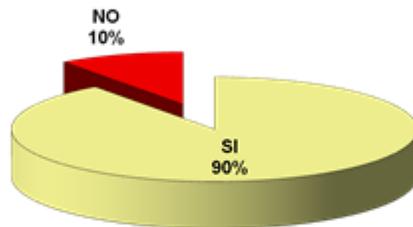
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Molango Julio 2012

GRÁFICA NO. 4  
DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE PLAZA



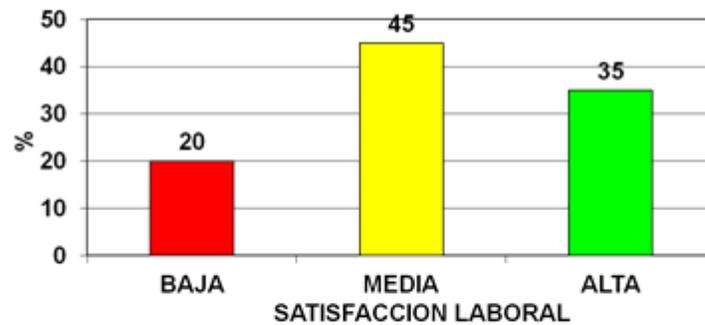
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Molango Julio 2012

GRÁFICA No. 5  
PERSONAL ENTREVISTADO QUE SIENTEN ORGULLO O NO DE PERTENECER A ESTA UNIDAD



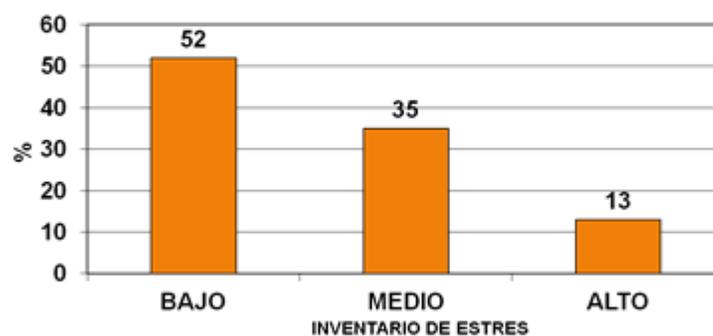
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de en  
Molango Julio 2012

GRÁFICA No. 6  
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL ENTREVISTADO



Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Molango Julio 2012

GRÁFICA No. 7  
INVENTARIO DE ESTRÉS DEL PERSONAL ENTREVISTADO



Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Molango Julio 2012

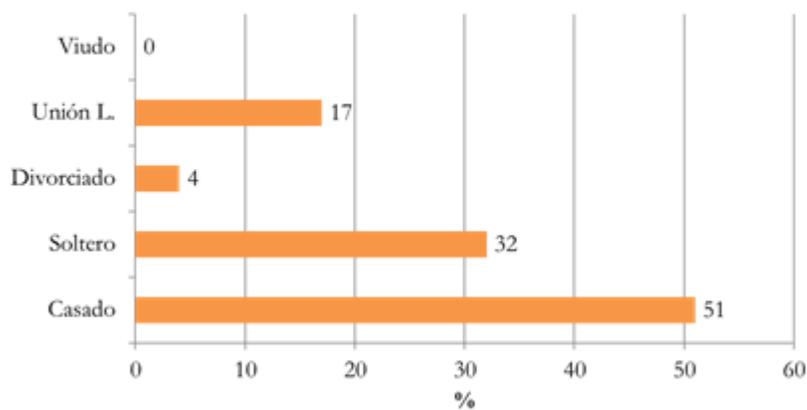
# Molango Grupo 2

GRÁFICA No. 1  
PERSONAL ENTREVISTADO DISTRIBUIDO SEGÚN SEXO



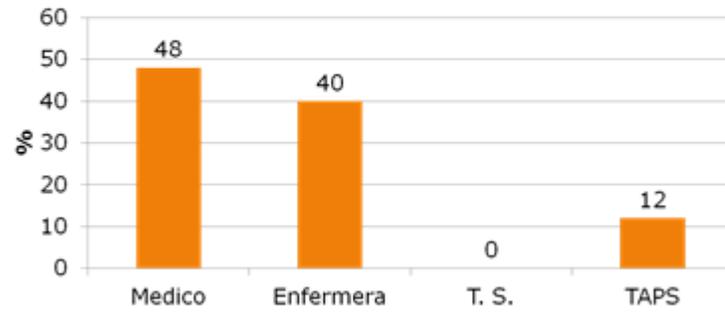
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Molango Julio 2012

GRÁFICA No. 2  
NÚMERO DE PERSONAL ENTREVISTADO  
DISTRIBUIDO POR ESTADO CIVIL



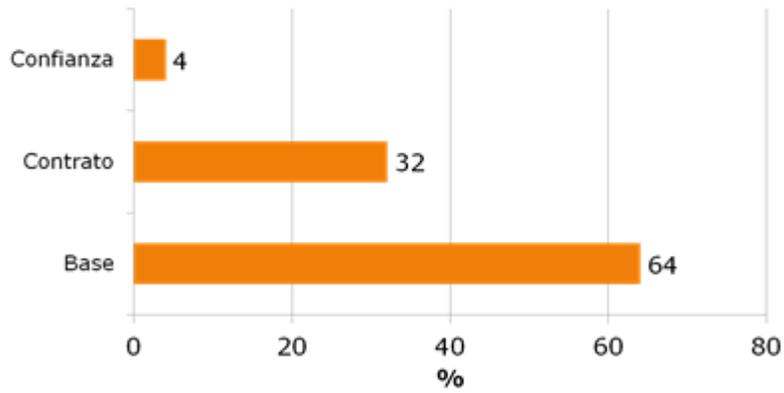
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Molango Julio 2012

GRÁFICA NO. 3  
OCUPACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS



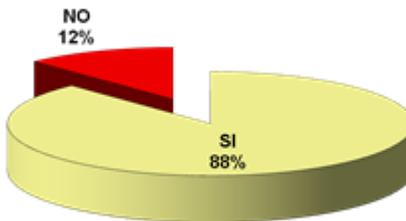
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Molango Julio 2012

GRÁFICA NO. 4  
DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE PLAZA



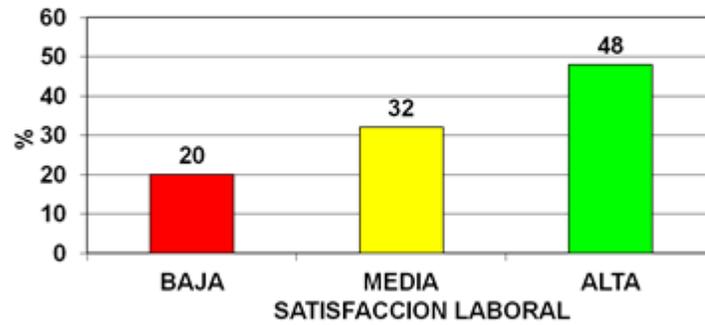
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Molango Julio 2012

GRÁFICA No. 5  
PERSONAL ENTREVISTADO QUE SIENTEN ORGULLO O NO DE  
PERTENECER A ESTA UNIDAD



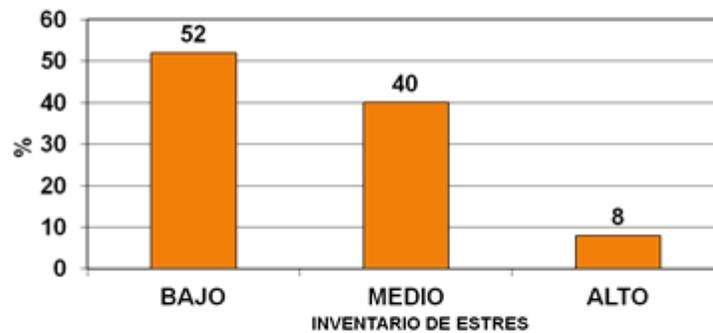
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de en  
Molango Julio 2012

GRÁFICA No. 6  
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL ENTREVISTADO



Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Molango Julio 2012

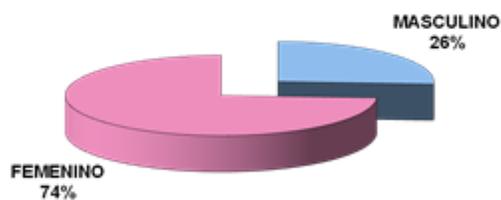
GRÁFICA No. 7  
INVENTARIO DE ESTRÉS DEL PERSONAL ENTREVISTADO



Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Molango Julio 2012

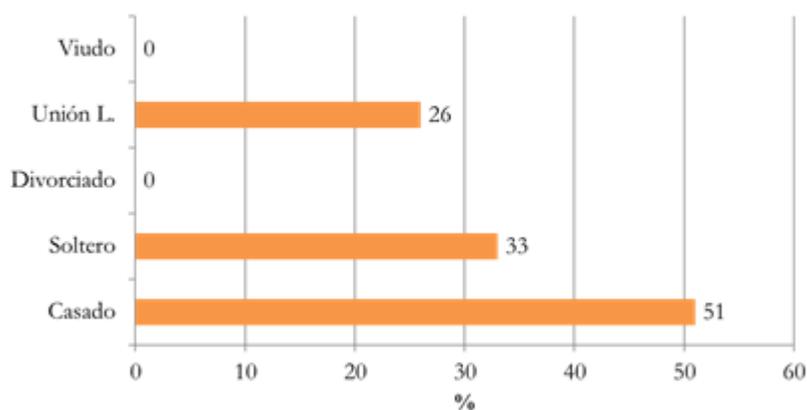
# Molango Grupo 3

GRÁFICA No. 1  
PERSONAL ENTREVISTADO DISTRIBUIDO SEGÚN SEXO



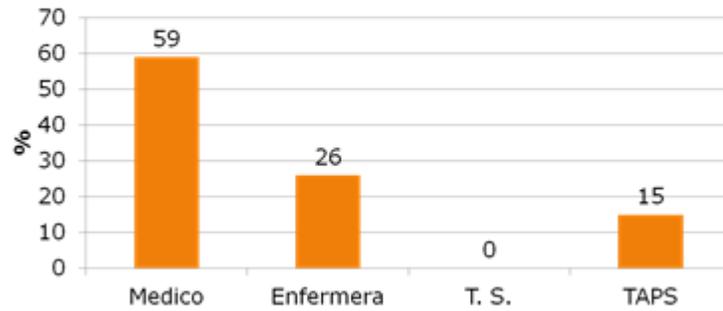
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Molango Julio 2012

GRÁFICA No. 2  
NÚMERO DE PERSONAL ENTREVISTADO  
DISTRIBUIDO POR ESTADO CIVIL



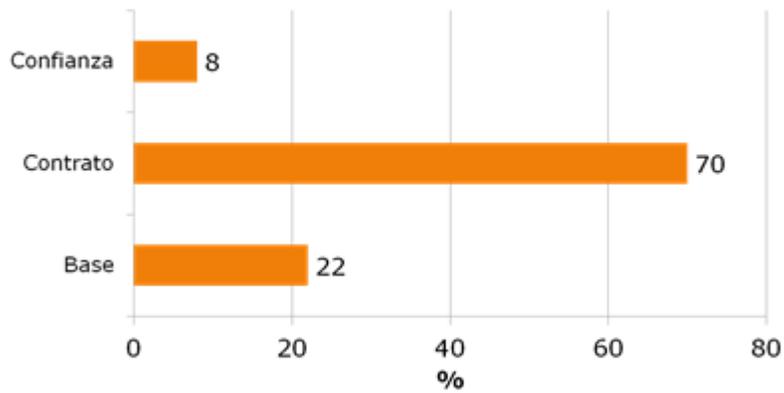
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Molango Julio 2012

GRÁFICA NO. 3  
OCUPACIÓN DE LOS ENTREVISTADOS



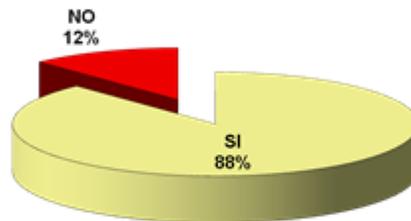
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Molango Julio 2012

Gráfica No. 4  
Distribución por tipo de Plaza



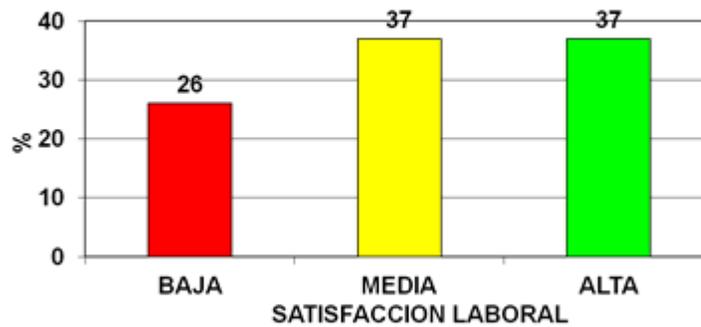
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Molango Julio 2012

**GRÁFICA No. 5**  
**PERSONAL ENTREVISTADO QUE SIENTEN ORGULLO O NO DE PERTENECER A ESTA UNIDAD**



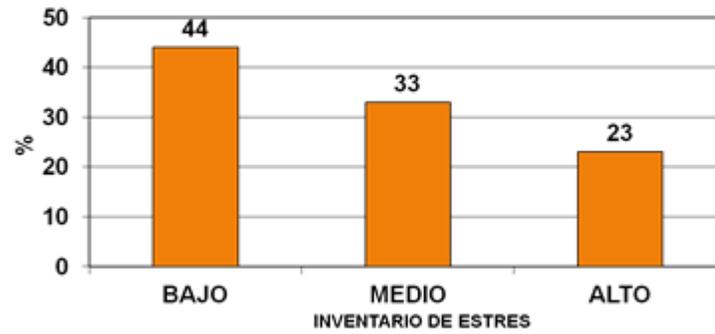
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
 E Inventario de Estrés, del personal de en  
 Molango Julio 2012

**GRÁFICA No. 6**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL ENTREVISTADO**



Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
 E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
 Molango Julio 2012

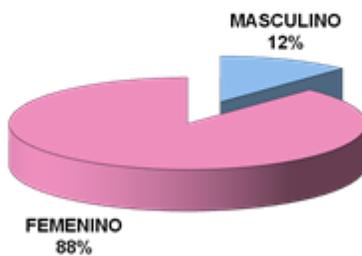
GRÁFICA No. 7  
INVENTARIO DE ESTRÉS DEL PERSONAL ENTREVISTADO



Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Molango Julio 2012

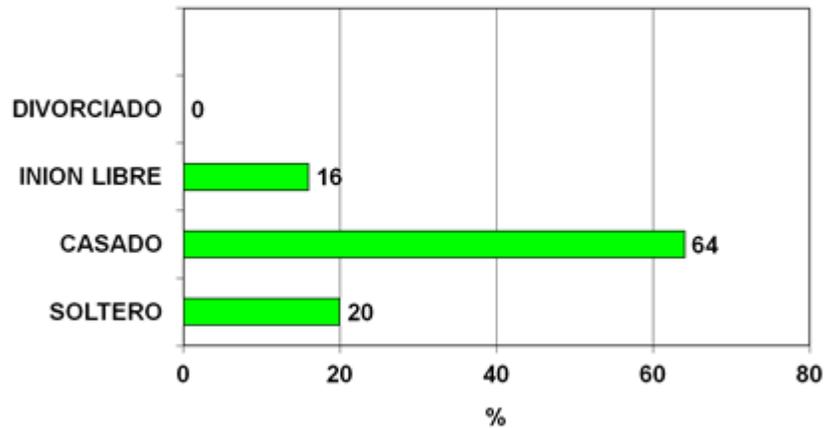
## Tula Grupo 1

GRÁFICA No. 1  
PERSONAL ENTREVISTADO DISTRIBUIDO SEGÚN SEXO



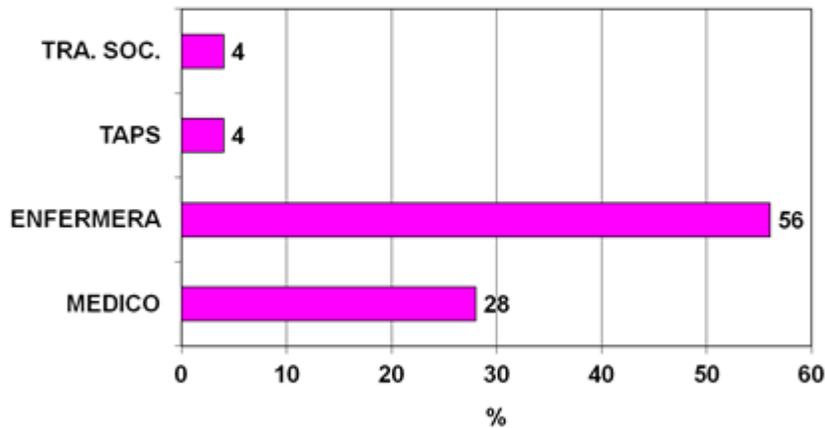
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Tula, Hidalgo Julio 2012

**GRÁFICA No. 2**  
**NÚMERO DE PERSONAL ENTREVISTADO**  
**DISTRIBUIDO POR ESTADO CIVIL**



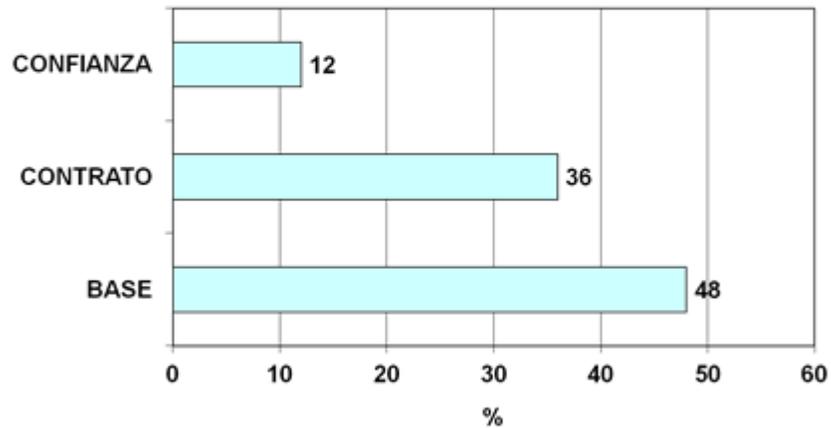
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
 E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
 Tula, Hidalgo Julio 2012

**GRÁFICA No. 3**  
**NÚMERO DE PERSONAL ENTREVISTADO**  
**DISTRIBUIDO POR PROFESIÓN**



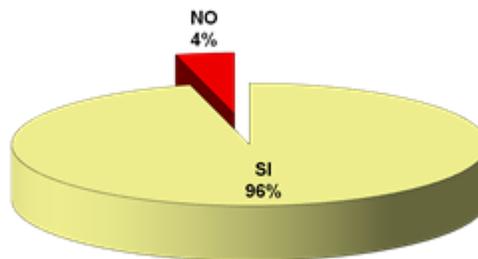
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
 E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
 Tula, Hidalgo Julio 2012

GRÁFICA No. 4  
NÚMERO DE PERSONAL ENTREVISTADO  
DISTRIBUIDO SEGÚN TIPO DE PLAZA



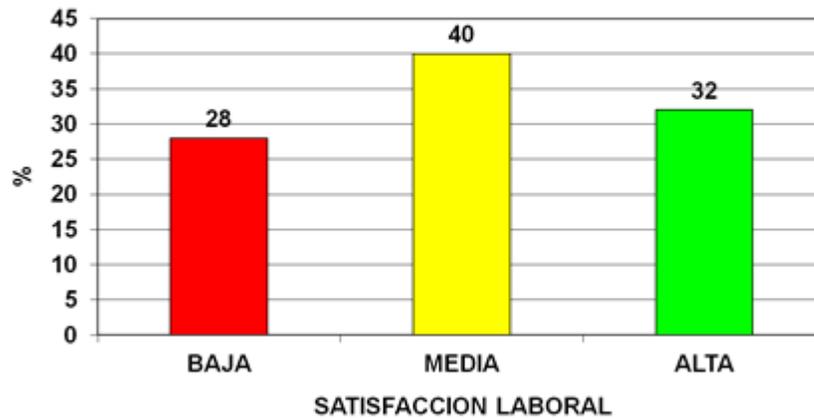
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Tula, Hidalgo Julio 2012

GRÁFICA No. 5  
PERSONAL ENTREVISTADO QUE SIENTEN ORGULLO O NO DE  
PERTENECER A ESTA UNIDAD



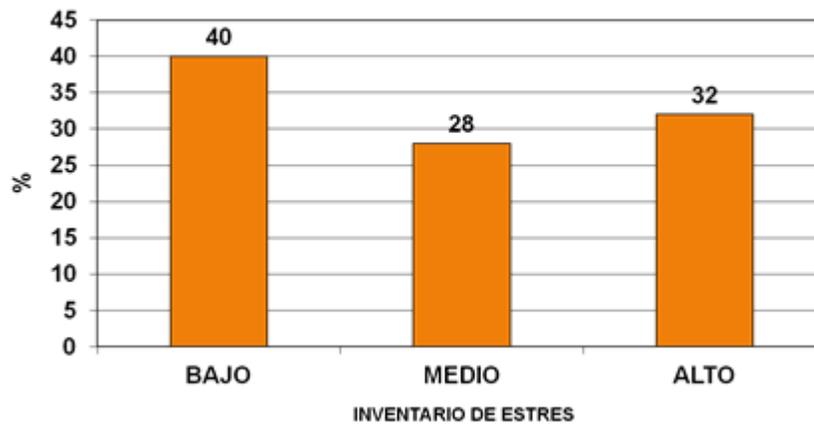
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de en  
Tula, Hidalgo Julio 2012

GRÁFICA No. 6  
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL ENTREVISTADO



Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Tula, Hidalgo Julio 2012

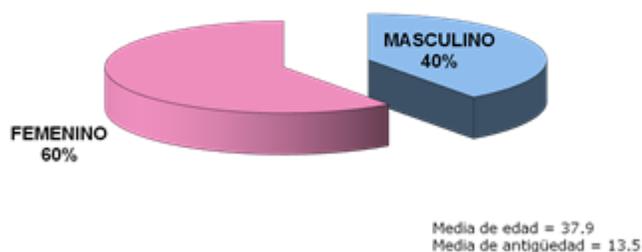
GRÁFICA No. 7  
INVENTARIO DE ESTRÉS DEL PERSONAL ENTREVISTADO



Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Tula, Hidalgo Julio 2012

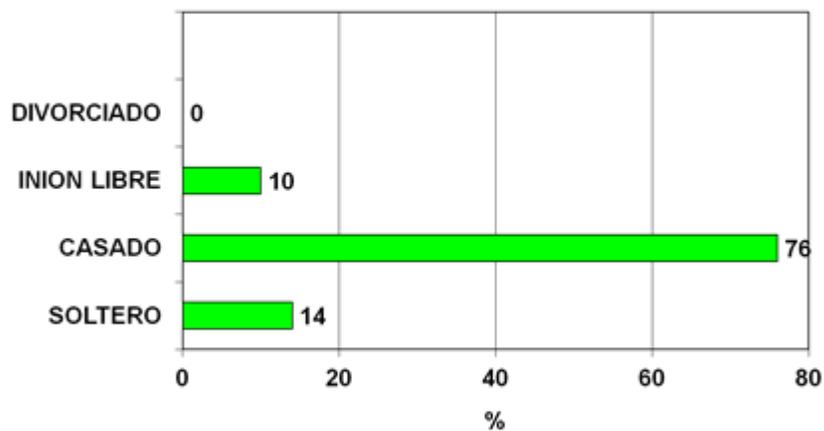
# TULA GRUPO 2

GRÁFICA No. 1  
PERSONAL ENTREVISTADO DISTRIBUIDO SEGÚN SEXO



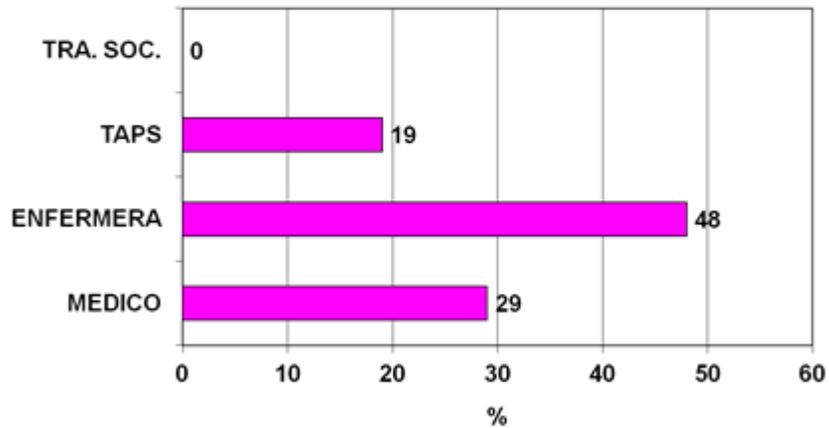
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Tula, Hidalgo Julio 2012

GRÁFICA No. 2  
NÚMERO DE PERSONAL ENTREVISTADO  
DISTRIBUIDO POR ESTADO CIVIL



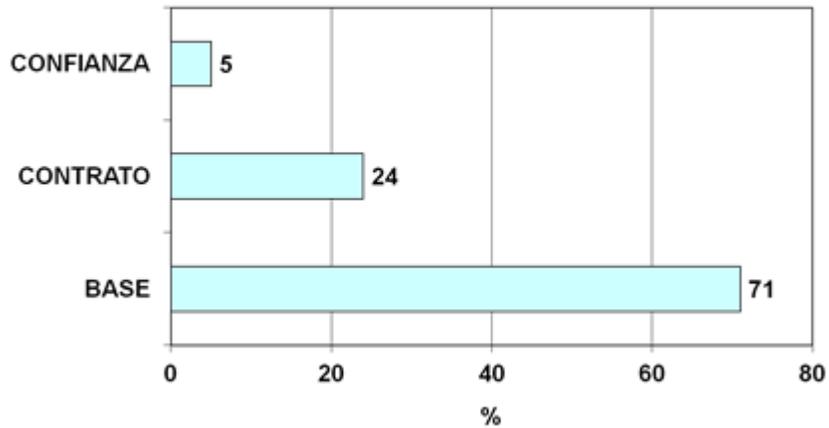
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Tula, Hidalgo Julio 2012

**GRÁFICA No. 3**  
**NÚMERO DE PERSONAL ENTREVISTADO**  
**DISTRIBUIDO POR PROFESIÓN**



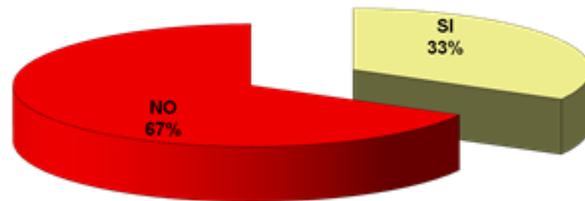
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
 E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
 Tula, Hidalgo Julio 2012

**GRÁFICA No. 4**  
**NÚMERO DE PERSONAL ENTREVISTADO**  
**DISTRIBUIDO SEGÚN TIPO DE PLAZA**



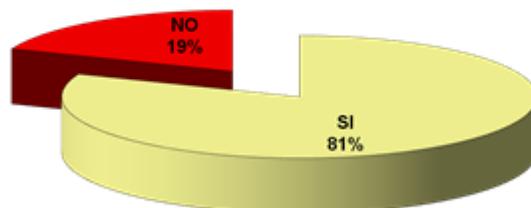
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
 E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
 Tula, Hidalgo Julio 2012

GRÁFICA No. 5  
PERSONAL ENTREVISTADO QUE TRABAJA EN OTRO LUGAR



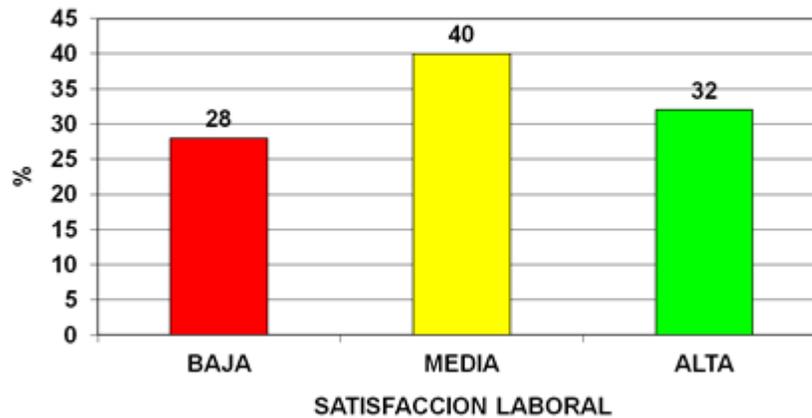
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de en  
Tula, Hidalgo Julio 2012

GRÁFICA No. 6  
PERSONAL ENTREVISTADO QUE SIENTEN ORGULLO O NO DE  
PERTENECER A ESTA UNIDAD



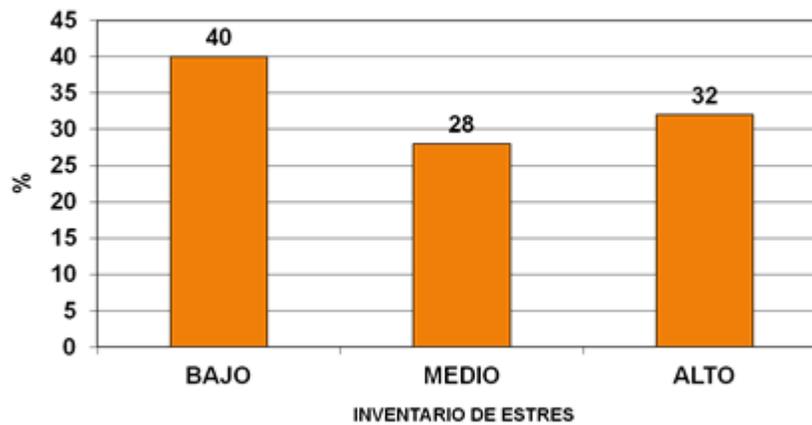
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de en  
Tula, Hidalgo Julio 2012

GRÁFICA No. 7  
GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL ENTREVISTADO



Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Tula, Hidalgo Julio 2012

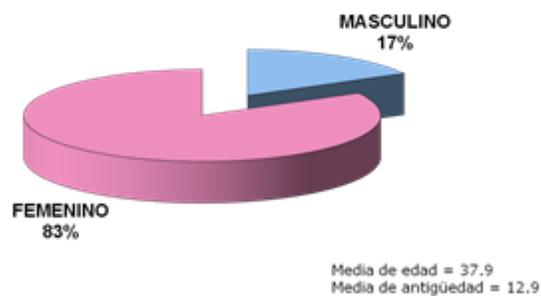
GRÁFICA No. 8  
INVENTARIO DE ESTRÉS DEL PERSONAL ENTREVISTADO



Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Tula, Hidalgo Julio 2012

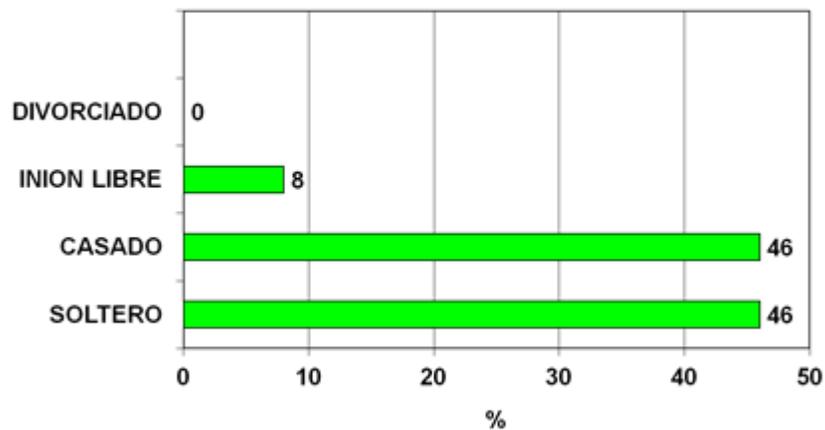
# Tula Grupo 3

GRÁFICA No. 1  
PERSONAL ENTREVISTADO DISTRIBUIDO SEGÚN SEXO



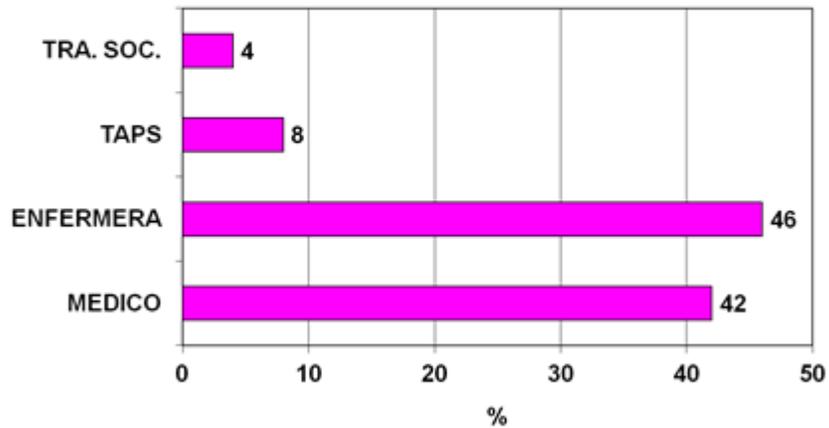
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Tula, Hidalgo Julio 2012

GRÁFICA No. 2  
NÚMERO DE PERSONAL ENTREVISTADO  
DISTRIBUIDO POR ESTADO CIVIL



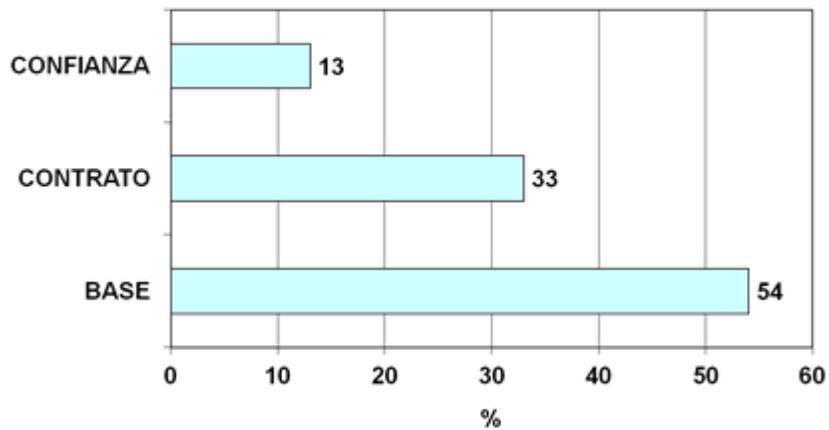
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
Tula, Hidalgo Julio 2012

GRÁFICA No. 3  
 NÚMERO DE PERSONAL ENTREVISTADO  
 DISTRIBUIDO POR PROFESIÓN



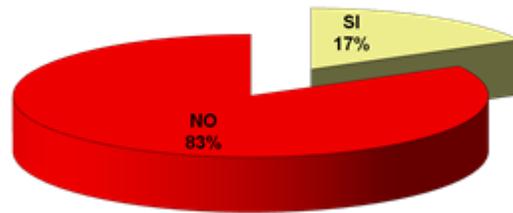
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
 E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
 Tula, Hidalgo Julio 2012

GRÁFICA No. 4  
 NÚMERO DE PERSONAL ENTREVISTADO  
 DISTRIBUIDO SEGÚN TIPO DE PLAZA



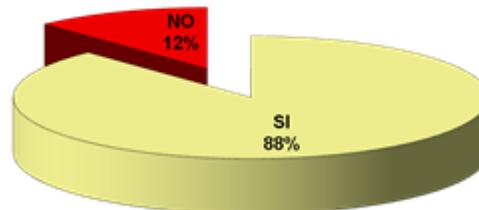
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
 E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
 Tula, Hidalgo Julio 2012

GRÁFICA No. 5  
PERSONAL ENTREVISTADO QUE TRABAJA EN OTRO LUGAR



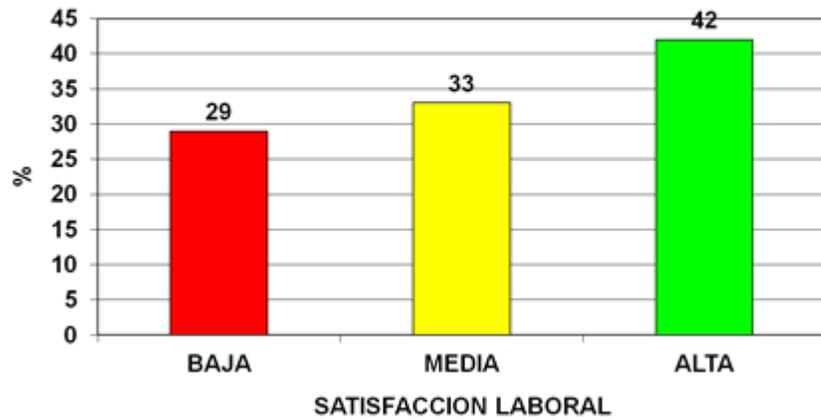
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de en  
Tula, Hidalgo Julio 2012

GRÁFICA No. 6  
PERSONAL ENTREVISTADO QUE SIENTEN ORGULLO O NO DE  
PERTENECER A ESTA UNIDAD



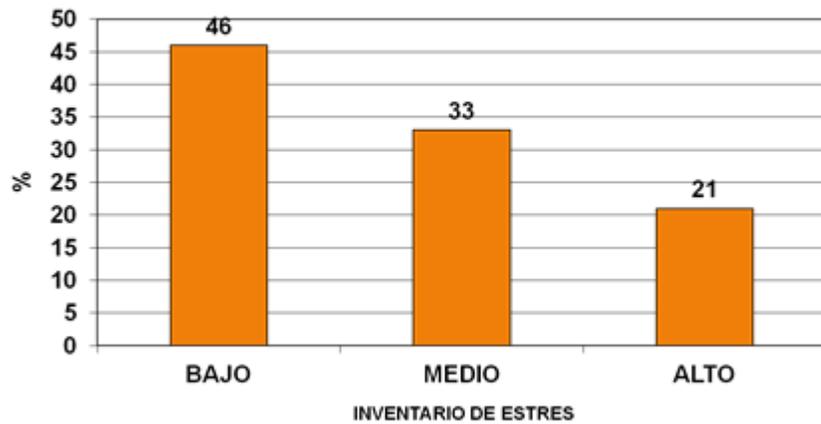
Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
E Inventario de Estrés, del personal de en  
Tula, Hidalgo Julio 2012

**GRÁFICA No. 7**  
**GRADO DE SATISFACCIÓN LABORAL DEL PERSONAL ENTREVISTADO**



Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
 E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
 Tula, Hidalgo Julio 2012

**GRÁFICA No. 8**  
**INVENTARIO DE ESTRÉS DEL PERSONAL ENTREVISTADO**



Fuente: Encuesta sobre Grado de Satisfacción Laboral  
 E Inventario de Estrés, del personal de salud en  
 Tula, Hidalgo Julio 2012

## **PROPUESTAS DE TRABAJO DE LAS Y LOS PARTICIPANTES**

Los siguientes puntos son una síntesis de los compromisos que se generaron en los talleres por parte del personal médico de ambas jurisdicciones, cabe destacar que algunas de las acciones que más se mencionan, son los talleres de sensibilización, las sesiones educativas y las visitas domiciliarias y, organización de expedientes.

De las acciones que se comprometieron a realizar encontramos que se pueden dividir en las áreas siguientes:

- Acciones comprometidas por el personal de salud relacionadas con la embarazada y su familia
- Acciones comprometidas por el personal de salud relacionadas con la actitud y la actividad del personal de salud
- Acciones comprometidas por el personal de salud relacionadas con autoridades y tomadores de decisiones

Las que tienen que ver con la embarazada y su familia, las que tiene que ver con la actitud y la actividad del personal de salud y las que tienen que ver con autoridades y tomadores de decisiones.

También cabe mencionar que estas acciones en su mayoría son planteados para realizarse en la inmediatez, durante el mes de agosto, algunos en el mes de septiembre, de forma permanente, continua o periódica.

1) Acciones comprometidas por el personal de salud relacionadas con la embarazada y su familia:

- Concientizar a la embarazada y a su familia de la importancia de cuidar su salud y el autocuidado.
- Promoción de embarazos deseados.
- Invitar a la embarazada a que acuda siempre con un familiar o un acompañante.
- Promover el embarazo entre los 20 y 30 años de edad.
- Mas sesiones a mujeres en edad fértil.
- Concientizar a la embarazada y a su familia de la importancia de cuidar su salud
- Promover la consulta preconcepcional.
- Capacitarlas en el uso correcto de los métodos de planificación familiar.
- Promover la participación paterna.
- Experiencias vivenciales.

2) Acciones comprometidas por el personal de salud relacionadas con la actitud y la actividad del personal de salud:

- Atención oportuna con calidad y calidez
- Mejorar actitud
- Motivar a las pacientes.
- Asignar a una persona por día para atención de las pacientes en control (médico y enfermera)
- Reforzar la promoción en la población y en embarazadas para asistencia a control y realización de visitas.
- Solicitud de insumos y medicamentos faltantes en unidades médicas, para atención a embarazadas.
- Platicas en escuelas secundarias y preparatorias sobre métodos de planificación.
- Promover y Fortalecer el club de embarazada.
- Diseñar tríptico. Medios impresos.
- Colocar la televisión en la sala de espera y pasar el video.
- Sesiones educativas.1
- Búsqueda de embarazadas.
- Fomentar los métodos de planeación familiar y utilizar el adecuado.
- Darle la importancia al acido fólico, como al sulfato ferroso y vitamina B6 y B12. Distribución e información
- Darle la importancia al expediente, carnet perinatal y anexos. Capacitar al personal en su adecuado llenado.
- Captar embarazadas en el primer trimestre de embarazo.
- Usar el video con cada embarazada e invitar al marido.
- Identificar factores de riesgo obstétrico.
- Motivar a las pacientes.
- Reactivar CARA
- Búsqueda de mujeres de riesgo a mujeres sin PF.
- Solicitar por escrito la contrarreferencia oportunamente
- Hacer un simulacro de paciente con urgencia obstétrica.
- Otorgar P.F. a adolescentes.
- Cumplir la norma de atención.
- Actualización de censos.
- Supervisar que el expediente este completo en su totalidad e interpretación de estudios de laboratorio.

3) Acciones comprometidas por el personal de salud relacionadas con autoridades y tomadores de decisiones:

- Salidas más periódicas o visitas a las unidades de salud.
- Asesoría en servicio.
- Retroalimentación
- Talleres de sensibilización

- Evaluaciones
- Convocar a autoridades para apoyo, a que las mujeres acudan a sus citas.
- Reforzar red de traslados a segundo nivel.
- Seguimiento de referencia y contrarreferencia, solicitar por escrito.
- Involucrar a las instituciones gubernamentales y no gubernamentales.
- Activar y difundir la red de apoyo.
- Interacción de la embarazada con la estructura comunitaria.
- Reorganización del personal para corregir tiempo de espera
- Reorganización del trabajo con respecto de la sobrecarga de trabajo
- Formar una red de traslado, coordinar con autoridades locales, municipales, educativas y población en general y darla a conocer.

*El taller sirve porque los ponentes preparan los temas, nos hacen concientizar y sobretodo analizar lo que estamos haciendo. TAPS Primer nivel de atención*

*El taller me sirvió para mejora mi actitud personal y poder transmitirlo a mi familia en mi lugar de trabajo así como en mi población.*

*Me llevo algo muy valioso: el saber que yo puedo ser una mejor persona y que puedo ayudar más de lo que hago y la responsabilidad enorme conmigo mismo y con la atención de calidad que voy a brindar a cada una delas personas que requieran mis servicios*

*Me comprometo día con día a dar lo mejor de mi ya exigirme para estudiar, leer y así dar a todos mis conocimientos en la visión de humildad, honestidad, para beneficio comunal y personal. Saberme que soy útil y que tengo el poder de tomar decisión. TAPS Primer nivel de atención.*

*He concientizado qué estoy haciendo, qué voy a hacer y que estoy haciendo mal. Esto nos hace reflexionar no solo como trabajadores con un número X, sino que somos gente única y especial. Médico Primer nivel de atención*

*Este curso me llevo en el momento oportuno, en un momento de crisis personal, nada es casualidad. Dios sabe donde te pone de acuerdo alas decisiones. Médico Primer nivel de atención.*

*Me sirvió este taller para valorar la vida, mi vida y de esta manera transmitirlo a los demás a través de mi actitud, sentimientos, emociones etc. Enfermera. Primer nivel de atención.*

*Por primera vez puedo decir que me puse a reflexionar desde mi interior sobre mi como persona y como médico , qué necesito, qué me hace falta para sentirme bien, para darle a mis pacientes todo lo que me hecho falta darles. Médico Primer nivel de atención*

*Aún no puedo creer como es que con base en puras dinámicas, reflexión y actividades grupales se puede obtener mucho mas provecho que leyendo un panorama epidemiológico de mortalidad materna, fue este hecho para mí, tan fuera de mi rutina y mi quehacer lo que me hace decir que realmente vale la pena asistir . Médico Primer nivel de atención.*

*Estoy seguro de que todos lo que asistimos guardaremos en nuestra memoria siempre esta experiencia tan extraordinaria y motivante..... No saben como han llenado mi cabeza acerca de lo que hecho bien, como de lo que hago mal o me falta hacer con mis embarazadas. Me han hecho que surja un deseo de ir a ver todos mis expedientes y ponerme a hacer con ellas lo que me falta y aportar más. Médico Primer nivel de atención.*

*El material y la guía para la sesión educativa son un soporte muy bueno para hacer mis sesiones más interactivas y dinámicas y así poder tener y lograr que las embarazadas asistan a las sesiones y no se aburran y vuelvan a regresar. Médico Primer nivel de atención*

A continuación se presentan los resultados obtenidos de los instrumentos aplicados del inventario de estrés y de satisfacción laboral así como cada una de las gráficas comentadas.

## **RECOMENDACIONES**

Me permito a continuación hacer una serie de recomendaciones de acciones afirmativas y propuestas, derivadas de la aplicación de la fase II del Modelo de intervención educativa con perspectiva de género y derechos humanos para disminuir la mortalidad materna.

- Se impartieron 6 Talleres de al personal aplicativo, tres fueron impartidos en la Jurisdicción Tula y los otros tres en la jurisdicción Molango. En todo el trabajo que se desarrollo desde la parte organizacional, logística y operativa estuvo implicado un equipo interinstitucional que se constituía en cada taller. Esto es las personas cambiaban, sin embargo, las funciones se mantuvieron y los roles se conservaron al momento de estar trabajando directamente con cada uno de los grupos. Cada equipo interinstitucional en turno estuvo conformado, por lo menos con una persona de la Secretaría de Salud nivel jurisdiccional, otra de nivel estatal, de nivel federal y, del Instituto Hidalguense de las Mujeres.
- La educación influye en todos los resultados de desarrollo humano. Lejos de limitarse a una simple fuente de conocimiento, promueve la mejora de la higiene y el mayor uso de los servicios sanitarios. Se requiere trabajar en educación para la salud, se trata de alfabetizar, sin embargo, junto con ello abrir la conciencia. Este hecho de escolarizar, por sí mismo, no apunta al desarrollo de la educación para la salud. Y es aquí en donde se rompen mitos.
- Con intervenciones educativas se conduce a una transición sanitaria: las enfermedades de transmisión dejan de ser el primer problema sanitario de un país, de un estado, de una comunidad y ceden su lugar a las enfermedades crónicas. Lo mismo sucede respecto a la salud materna y perinatal. Se reducen las emergencias y en especial las complicaciones de la madre y el bebé. Las mujeres con educación tienen mayor probabilidad de procrear menos hijos, solicitan antes atención médica para sí mismas y para sus hijos, a los que proporcionan mejor atención y alimentación. De esta forma, contribuyen a reducir la probabilidad de que ellas mismas y los niños contraigan enfermedades y aumenten sus posibilidades de mejorar su calidad de vida, en especial en las zonas de bajo índice de desarrollo humano, como lo es el caso de varias localidades de Molago y, aunque en Tula no hay un reconocimiento oficial que otorgue este adjetivo para alguno de los municipios de esa jurisdicción, puede decirse que hay población migrante de otros estados y que viven en

condiciones lamentablemente deplorables e insalubres. La pobreza y el analfabetismo son factores que vulneran la salud de cualquier comunidad. Estas son circunstancias de vida palpables a la vista en varias localidades de la jurisdicción Molango, en donde las mujeres lleva una sobrecarga de desventajas sociales, económicas, alimenticias y académicas.

- En la jurisdicción de Tula al tener contacto con personal aplicativo se observó que se requiere activar y fortalecer la participación comunitaria y redes sociales. Si bien en Molango se deben ampliar las acciones, lo cierto es que en algunas de las localidades de esa jurisdicción ya se está trabajando la figura de la madrina obstétrica, aun cuando en esta jurisdicción la intervención educativa no se había llevado a cabo. Se observó que hubo por lo menos tres compañeros que habían estado ejerciendo en la jurisdicción de Huejutla, con quienes se habían trabajado las sesiones educativas y el proyecto de redes sociales. Al hacer su cambio a la jurisdicción Molango implementaron varias de esas acciones a las unidades a donde se incorporaron a trabajar, entre ellas había sesiones educativas y la instalación de la figura de la madrina obstetra.
- Es necesaria la afiliación universal de la mujer embarazada al seguro popular y se garantice la atención gratuita, impulsar la figura de las mdrinas obstétricas en toda la jurisdicción no exclusivamente con el Programa de Oportunidades; impulsar el Plan de Seguridad para la embarazada, conocer y analizar los indicadores de muerte materna, esta información solo será valiosa si se le da uso aplicativo con el personal operativo de tal manera que haya una supervisión y monitoreo permanente.
- Las diferencias entre las jurisdicciones del Estado, en los temas de salud sexual y reproductiva son de orden estructural, social y cultural; por ello, las estrategias difícilmente pueden ser homogéneas para todas, tiene que hacerse el traje a la medida para las diversas regiones que conforman al estado e inclusive a cada municipio.
- Es importante que el personal médico conozca y tome conciencia de la NOM-046-SSA2-2005, cuyo objetivo es establecer los criterios a observar en la detección, prevención, atención médica y la orientación que se proporciona a las y los usuarios de los servicios de salud en general y en particular a quienes se encuentren involucradas en situaciones de violencia familiar o sexual, así como en la notificación

de los casos. Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria para las instituciones del Sistema Nacional de Salud, así como para los y las prestadoras de servicios de salud de los sectores público, social y privado que componen el Sistema Nacional de Salud. Su incumplimiento dará origen a sanción penal, civil o administrativa que corresponda, conforme a las disposiciones legales aplicables.

- Las experiencias de los países con buenos resultados en educación y salud demuestran que es posible realizar extraordinarios progresos en el plazo de una generación y las similitudes entre experiencias de éxito proporcionan información muy útil sobre lo que realmente funciona. El compromiso político se refleja no sólo en las partidas de gasto público asignadas a la salud y a la educación sino también en la equidad de las mismas. Las capacidades y el lugar de la mujer en el hogar y en la sociedad adquieren un significado diferente cuando las mujeres tienen educación, derechos de propiedad y libertad para trabajar fuera del hogar y ganar unos ingresos independientes, el bienestar del conjunto de la familia mejora.
- En la jurisdicción de Molango la calidad de vida de muchas de sus comunidades no son presumiblemente las mejores para sus pobladores lo que implica un esfuerzo adicional para los prestadores de los servicios de salud. Los enfermeros, las parteras calificadas y los trabajadores sanitarios comunitarios son los pilares fundamentales del sistema de salud, ya que dispensan la atención crucial en los servicios de salud reproductiva. Para el caso de Tula y de Molango no existe el personaje comunitario de manera explícita. En Pachuca así como en algunas jurisdicciones del estado de Guerrero por ejemplo, existen unos actores denominados monitores o educadores y, son contratados expresamente para desarrollar acciones comunitarias, el perfil que tienen es como educadores o en todo caso cuentan efectivamente con habilidades educativas, sin embargo, esta figura no ha sido promovida ni se le ha dado la importancia que en realidad tiene. Ni en Molango ni en Tula se tiene conocimiento de este personaje tan valioso, lo que refiere una nula partida presupuestal asignada para ello y en caso que la hubiere no se ha hecho lo necesario para la existencia de este tipo de educador comunitario en los municipios que integran a las jurisdicciones no solo de Estado de Hidalgo, sino de la República.
- Es menester hacer contratos de servicios que den garantía para que el personal médico trabaje unos años en el servicio público. Ese tipo de contratos son frecuentes

en América Latina y también se han puesto en práctica en Filipinas y Tanzania. En la década de los 70s Malasia, exigió a todos los titulados en medicina que trabajaran tres años para el servicio gubernamental de salud, lo que permitió al gobierno destinarlos a zonas rurales que previamente habían evitado. Además, se adoptaron una serie de medidas políticas para garantizar que los grupos más pobres recibían una proporción mayor del gasto en salud pública que las clases media y alta. En las zonas serranas, como lo es el caso de la jurisdicción Molango, con frecuencia se carece de personal, el contar con personal pasante no es la panacea. Sin embargo, dentro del sistema educativo para los profesionales de la salud, es asumido por muchos como un castigo ejercer la pasantía en zonas con bajo índice de desarrollo humano.

- Entre los esfuerzos más importantes para mejorar la salud materna es importante fortalecer la capacidad de las mujeres y sus parejas para planificar la familia y participar activamente en el cuidado de la salud materna y perinatal así como mejorar el acceso y calidad de la atención obstétrica por personal calificado e incrementar la capacidad resolutive de los servicios de atención de emergencia obstétrica y neonatal.
- Se ha establecido que toda mujer con diagnóstico de embarazo deberá ser afiliada al Seguro Popular disminuyendo los costos de bolsillo (desde 2008). Convenio Interinstitucional entre SSA, ISSSTE e IMSS por el cual toda mujer que presente una emergencia obstétrica debe ser atendida en cualquier unidad médica de las instituciones mencionadas, sin discriminación por razón del estado de afiliación (desde mayo 2009). Apenas a cuatro años transcurridos se empieza ligeramente a visibilizar parte de lo que parecieran ser premisas para el cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. No basta con capacitar a los altos mandos y medios al respecto es necesario dotar al personal de documentos concretos en presentaciones accesibles no solo para el personal de salud sino para la misma población.
- Se sugiere entre los servidores públicos, reconocer la importancia de promover la participación y corresponsabilidad de los varones en el cuidado de la salud de las mujeres y de los recién nacidos.

- Motivar la solidaridad entre municipios, desde los niveles operativos de primero y segundo nivel de atención. La salud no tiene delimitaciones políticas, pero el acceso a esta pareciera ser que tiene lastres importantes de tinte político.
- Compartir experiencias de proyectos municipales relacionados con la disminución de la morbilidad materna, es decir sesionar las experiencias exitosas y analizar el cómo de logros no alcanzados.
- Promover la multisectorialidad
- Capacitar y accionar contenidos de promoción de la salud.
- Difundir la iniciativa de Municipios Saludables.
- Hacer uso de la línea materna como un derecho. A través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, se abrió un centro de atención telefónica 01 800 0 MATERNA (01 800 0 628 3762) para detectar emergencias obstétricas y la mujer acuda a la unidad médica más cercana a recibir atención inmediata, sin importar su derechohabencia. La nueva línea telefónica sirve a las mujeres embarazadas o que acaban de tener un hijo. Además, recibe y atiende las solicitudes de apoyo y quejas de las usuarias en caso de retraso o negación de la atención médica y el trato inadecuado. También se orientará sobre las unidades médicas cercanas a los domicilios de las usuarias, la ubicación de módulos y los requisitos de afiliación al Seguro Popular. En esta línea telefónica también se proporciona información sobre la atención a la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y se dan a conocer las señales de alarma. El horario de atención para cubrir las 24 horas, los 365 días del año
- Se requiere fortalecer el Programa de Planificación Familiar y Anticoncepción (2007-2012) pues la planificación familiar y la anticoncepción es una de las intervenciones más costo-efectivas para reducir la mortalidad materna e infantil.
- El tema del acceso oportuno a servicios con capacidad resolutive (traslados, posadas etc.), la disponibilidad de insumos básicos para estabilizar la mujer en el primer nivel de atención son temas permanentes, pero el punto final sigue siendo la calidad de la atención, humana y técnica.
- Para disminuir la muerte materna y mejorar en su conjunto la salud reproductiva, se requiere de políticas de estado, consistentes, eficaces, de funcionarios

comprometidos y preparados, de recursos operados de manera transparente y oportuna.

- Es necesario OPERAR las políticas, pues hay un problema en su operación y aplicación. Los acuerdos deben operarse, no sirve solo firmarlos. Se requiere voluntad política, compromiso institucional y monitoreo continuo de la sociedad.
- Es necesario adoptar políticas y acciones ajustadas a las necesidades de las zonas rurales y de las poblaciones indígenas y enfocarse en reducir las desigualdades que afectan a estos grupos.
- Cuando los recursos sean limitados, los programas podrían priorizar las áreas indígenas.
- Las políticas de salud podrían igualmente abordar los problemas que impiden el acceso a los servicios de salud como las diferencias culturales, el analfabetismo, las desigualdades de género y la distancia geográfica.
- Antes de poner en práctica cualquier plan de seguro de salud, ya sea universal o parcial, sería importante incrementar el número de establecimientos de salud en zonas rurales así como mejorar su capacidad resolutive, lo que incluye aumentar el número de médicos y mejorar la sensibilidad cultural del personal que brinda servicios de salud.
- Las mujeres en edad fértil son un grupo clave que influye en los resultados de la situación de salud materno-infantil, por lo que podrían ser incluidas como beneficiarias principales en todo programa integral de salud que se desarrolle.
- En el diseño y aplicación de políticas materno-infantiles es menester incorporar servicios de salud sexual y reproductiva, incluido el acceso a métodos anticonceptivos modernos, para contribuir a reducir los niveles de mortalidad materna y neonatal.
- Si bien la salud es un factor clave en la lucha contra la pobreza, un gran número de familias todavía en la actualidad se empobrecen como consecuencia de los gastos para la atención de su salud, incluyendo los medicamentos. En la zonas de alta y muy alta marginación hasta el segundo semestre del año pasado cubría 69.5 por ciento de la población, lo que significa un avance, pero insuficiente para llegar a la universalidad. El acceso universal y gratuito a la atención obstétrica requiere de modificaciones sistémicas para la definición de una política de salud materna, que

mantenga como una de las estrategias fundamentales la gratuidad universal de la atención materna. En esta propuesta, el papel de la federación es fundamental para asegurar dicho acceso y el apropiamiento de las comunidades en este sentido es importante.

- Se hace necesaria la aplicación de un recurso jurídico que permita tipificar la resistencia a trasladar a la mujer como un acto supremo de abandono y por lo tanto de violencia familiar, lo cual es punible por ley.
- Considerando que en la mayoría de los casos la mortalidad materna es prevenible a través de la atención oportuna de la urgencia obstétrica, hay datos que refieren haber identificado una alta prevalencia (casi 25%) de violencia entre las mujeres embarazadas. Este hallazgo confirma que el ejercicio de la violencia contra las mujeres es práctica cotidiana y naturalizada en demasiados hogares mexicanos, motivo por el cual es fundamental continuar con la transversalidad de la perspectiva de género y asegurar que con ello se impacte institucionalmente y de forma directa en las comunidades.
- Es bien sabido que la muerte materna se encuentra relacionada con la desigualdad y el rezago social, sin embargo, otra tendría que ser la explicación para el caso de las zonas urbanas y en especial de las grandes ciudades de la República Mexicana, otro elemento que se vincula ciertamente es la dificultad de acceso en los caminos, y ello es una realidad. En cada comunidad la especificación de la problemática finalmente es muy en particular y los análisis que se hacen señalando divisiones territoriales se ven rebasados por cuestiones de colindancia, situación de la que no queda exenta el Estado de Hidalgo dado que en algunas de sus delimitaciones territoriales, sus resoluciones de segundo nivel de atención son los del Estado vecino como sucede en relación a San Luis Potosí por ejemplo. Mediante un estudio realizado en 2004 por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) se determinó que no existe asociación entre el gasto público en salud materna y perinatal y la mortalidad materna, pero sí con la forma de ejercer el recurso y, de manera contundente, con la actitud y aptitud del personal médico y paramédico. ¿Qué es lo que hace la diferencia en el trato y la atención que recibe una mujer en un estado justo en la limitación de las colindancias?

- El objetivo del Modelo de Equidad de Género es desarrollar, fomentar e impulsar la equidad de género en las organizaciones con ello, se busca institucionalizar las políticas de equidad de género y propiciar la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en el acceso al empleo, condiciones de trabajo, así como desarrollo profesional, capacitación y participación en los procesos de toma de decisiones

# FASE III

Teniendo en cuenta las asimetrías de poder (en capacidades, información y recursos) existentes en los espacios de participación comunitaria, las sesiones educativas, los talleres dirigidos a las usuarias, a su pareja y sus familiares juegan un papel importante en ayudar a equilibrar el campo de acción en el desarrollo comunitario.

El trabajo de corte comunitario no puede estar circunscrito a la supervisión de papelería, es necesario crear y sustentar espacios de encuentro que permitan el dialogo, la comunicación funcional y efectiva entre el personal de salud que opera los programas y además entre el personal aplicativo y los diferentes niveles gerenciales, que incluyan a los directores de unidades, coordinadores médicos municipales y personal del equipo jurisdiccional.

Es necesario que la implementación de estrategias en salud sean educativamente integrales y deben de considerar la capacitación y la implementación de acciones concretas con la garantía de que haya retroalimentación de su ejecución.

Frecuentemente estrategias que van y vienen en el mejor de los casos se capacita respecto a qué se debe de hacer, sin embargo, difícilmente se considera el cómo. En la actualidad toda estrategia en salud debe pasar por una valoración psicopedagógica para su implementación y no estar únicamente sujeta al visto bueno de personal técnico.

La garantía de llevar a cabo trabajo comunitario tiene por sinergia implicaciones necesariamente en el quehacer político y en consecuencia en la política pública. Desde el punto de vista económico sirve para la focalización efectiva del gasto público y la complementación de recursos comunitarios en los servicios de salud. Desde el punto de vista social responde a las necesidades percibidas por la población, con lo cual se aumenta la viabilidad de su implementación. Desde el punto de vista político logra articular los intereses de los ciudadanos en este caso de las usuarias con los programas del Estado involucrados. En los puntos mencionados radica la riqueza de esta fase del Modelo de Intervención Educativa. El trabajo que se realiza en campo es una forma de fortalecer la autoestima de las mujeres, de corresponsabilizar a los varones, de que conozcan que la salud es un derecho, de reconocer al personal de salud por los esfuerzos generados, por los logros alcanzados, involucrar a las autoridades y de empoderar a la población misma. Se tiene como implicación necesaria aumentar los controles prenatales, captar mayor número de embarazadas para el parto institucional y junto con ello obligadamente activar de manera muy puntual los programas de planificación familiar.

La sensibilización respecto a las causas más frecuentes de muerte materna no deben estar circunscritas al personal de salud, es importante dar garantía de que los beneficios lleguen a las mujeres y sus familias.

Se requiere de Políticas Públicas congruentes a las necesidades reales de la población pues en ocasiones se instrumentan aquellas de difícil acceso aún sabiendo que no van a funcionar. Es importante que las mujeres accedan a los servicios que necesitan y cuando los necesitan; que además de oportunos, las mujeres accedan a servicios que realmente atiendan sus necesidades en la manera más adecuada, técnica y humana. El hecho que una política sea implementada no quiere decir que ésta conlleve calidad. Que las Políticas Públicas sean resultado de “reglas de juego” claras y aplicadas por igual, sin preferencias, a toda la población a la que van dirigidas, que haya apropiación social es decir que exista resolución de problemas concretos para la transformación de la realidad y para ello dentro del Modelo de Intervención Educativa con Perspectiva de Género se promovió:

Que se generen programas de estudios para la formación de los trabajadores sanitarios que tengan en cuenta los intereses de la mujer sobre su salud y sus derechos humanos, en especial la violencia institucional basada en el género.

El hecho de que tan diversos factores contribuyan al exceso de mortalidad materna sugiere que cualquier estrategia, para ser eficaz, requiere un enfoque amplio. Un enfoque de este tipo, basado en un modelo de atención primaria de salud en el nivel comunitario para el fomento de la salud materna. Que haya una comunicación estrecha entre 1º y 2º nivel de atención y que sea efectiva y de calidad la referencia y contrarreferencia. El objetivo de la aplicación de todas estas estrategias fue incorporar acciones funcionales, innovadoras y que fueran efectivamente operadas por el personal de salud y la participación corresponsable de las autoridades locales y las usuarias en los sistemas de atención primaria ya existentes, con dos puntos de intervención importantes: la comunidad y las instituciones de remisión y recepción de los dos niveles de atención. Este modelo se centra en todos los niveles de atención y en actividades preventivas cuya finalidad es evitar riesgos innecesarios. Cuando una mujer muere en un hospital, posiblemente las causas se hayan generado allí mismo, sin embargo, lo cierto también es que cuando una mujer muere en un hospital o en su casa hay toda una avalancha de personas que dejaron de hacer acciones microscópicas pero de suma importancia.

Si bien el Modelo de Intervención Educativa fomenta la mejora en la prestación de servicios de salud, cabe recordar que la salud materna no depende exclusivamente del sector de la salud, hay una serie de corresponsabilidades que activar y tampoco se puede perder de vista la necesidad de mejorar otras condiciones sociales y económicas, como el ingreso, la escolaridad, la vivienda, el saneamiento, la nutrición, los usos y costumbres, la violencia que se ejerce hacia mujeres y hombres a partir de la tipificación de roles. Todos estos son

elementos que por si mismos se convierten en agentes de riesgos para las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas, sin embargo, de ninguna manera irreparablemente son condicionantes de la morbimortalidad materna.

Es necesario ubicar el derecho humano a la salud y promover la garantía de este dentro del sistema de derechos humanos como un derecho económico, social y cultural. Este es un derecho que de acuerdo a algunas asociaciones debiera tener un rango constitucional.

El trabajo comunitario institucional, nutre el quehacer obligado para el apoyo de las regiones indígenas, de las comunidades rurales, semirurales y urbanas.

Se encontró funcionalidad aplicativa en la praxis del Modelo de Intervención Educativa en comunidades en donde aún prevalecen los mitos y tabúes que son asociados al embarazo, parto y puerperio, y desconocen los principales signos y síntomas de un embarazo de riesgo.

Es importante orientar el trabajo de diseñadores y ejecutores de proyectos y políticas de salud a fin de incorporar soluciones socioculturalmente apropiadas para mejorar la disponibilidad y calidad de los servicios de salud materna dirigidos a los pueblos indígenas de la región que así lo requiera.

La aplicación del trabajo en las jurisdicciones trabajadas, promueve ayudar a las mujeres y también a los varones a alcanzar sus objetivos de procreación en un marco que favorezca condiciones óptimas de salud, responsabilidad y bienestar personal y de la familia, y respetar la dignidad de todas las personas y su derecho a elegir el número de hijos, su espaciamiento y el momento de su nacimiento, todo ello dentro de un marco transcultural. Todo esto fortalece prevenir los embarazos no deseados y reducir la incidencia de los embarazos de alto riesgo y la morbimortalidad.

Dentro de las prioridades en materia de salud es importante que se refuerce el control prenatal y la difusión sobre los principales factores de riesgo que se pueden presentar durante el embarazo, parto y puerperio pues de no ser atendidos oportunamente pueden implicar muerte materna y/o pérdida del producto.

Una de las actividades medulares fue el proporcionar a la población herramientas, información clara, sencilla, veraz y oportuna a través de reuniones con grupos formados y difusión con material educativo, que presente una utilidad a las personas que se les otorgue para que de esta manera se logre la prevención y/o disminución de los factores de riesgo que puedan originar complicaciones en el embarazo, parto y puerperio.

Es importante garantizar la participación de la población para que exista una corresponsabilidad activa, efectiva y continua con la colaboración conjunta de las instituciones existentes en los municipios, para que se logre apropiación del conocimiento y

conciencia de las condiciones necesarias para lograr un adecuado control prenatal, atención oportuna al parto y cuidados durante el puerperio para el binomio madre e hijo, favoreciendo la participación de la pareja y familiares.

Derivado del trabajo desarrollado con el personal médico y la comunidad, se promueven políticas públicas que ayuden a:

- Garantizar servicios e insumos de planificación de la familia de buena calidad, aceptables al alcance y disposición de cuantos los necesitan y desean, manteniendo su carácter confidencial.
- Mejorar la calidad de los servicios de asesoramiento, información, educación y comunicaciones en materia de planificación de la familia.
- Lograr que los hombres participen más y asuman una mayor responsabilidad práctica en la planificación de la familia.
- Promover conciencia del cuidado de la salud sexual y reproductiva dentro del marco de los derechos humanos, con una perspectiva de género, enfoque intercultural y de desarrollo humano
- Trabajar directamente con los adolescentes, incentivarlos y convertirlos en promotores comunitarios, auxiliares, vocales de salud de sus compañeros en acciones para el cuidado de la salud sexual, reproductiva y prevención de morbilidad materno infantil.
- Trabajar de adolescente a adolescente bajo la modalidad de talleres tutorados por adultos en los que se aborden contenidos temáticos a profundidad.
- Que a través de programas se sensibilice y capacite a todas las personas que estén en condiciones de dar orientación a los adolescentes en relación con un comportamiento sexual y reproductivo responsable, en particular los padres y las familias, así como las comunidades, las instituciones religiosas, las escuelas, los medios de información, y los grupos de la misma edad e intereses. Los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales deberían promover programas encaminados a instruir a los padres a fin de mejorar la interacción de éstos con sus hijos y permitirles cumplir mejor sus deberes educativos en apoyo del proceso de maduración de sus hijos, sobre todo en las esferas de la conducta sexual y la salud reproductiva.
- Se disminuya y se nulifique la violencia institucional contra las mujeres: aquélla realizada por las/los funcionarias/ os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil.
- La eliminación de la discriminación y las desiguales relaciones de poder sobre las mujeres.

- La adopción de medidas tendientes a sensibilizar a la sociedad, promoviendo valores de igualdad y deslegitimación de la violencia contra las mujeres
- La asistencia en forma integral y oportuna de las mujeres que padecen cualquier tipo de violencia, asegurándoles el acceso gratuito, rápido, transparente y eficaz en servicios creados a tal fin, así como promover la sanción y resignificación de quienes ejercen violencia.
- La adopción del principio de transversalidad esté presente en todas las medidas así como en la ejecución de las disposiciones normativas, articulando interinstitucionalmente y coordinando recursos presupuestarios.
- El incentivo a la cooperación y participación de la sociedad civil, comprometiendo a entidades privadas y actores públicos no estatales
- El respeto del derecho a la confidencialidad y a la intimidad, prohibiéndose la reproducción para uso particular o difusión pública de la información relacionada con situaciones de violencia contra la mujer, sin autorización de quien la padece
- Las acciones realizadas en cada etapa y fase, conducen a efectivizar los principios y derechos reconocidos por la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.

El modelo de intervención utilizado, ayuda a suprimir la discriminación contra la mujer y es preciso seguir aplicándolo con miras a la promoción del derecho a la salud de la mujer a lo largo de toda su vida. Esta estrategia debe prever en particular modelos así como conocimiento técnico, científico y humanístico para la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer. Es importante de esta forma el fortalecimiento de políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva.

Como parte de la política pública que trascienda al discurso, es necesaria la accesibilidad de los servicios de salud. Sin discriminación alguna, dentro de cada jurisdicción lo que compromete:

- No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.
- Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas.

# MOLANGO

MOLANGO FASE III 27, 28 Y 29 DE AGOSTO, 17 Y 18 DE SEPTIEMBRE Y 5 DE NOV



## ZACUATIPANITO LUNES 27 DE AGOSTO



El trabajo se llevó a cabo en el *anexo* de la unidad de salud y fue impartida por la enfermera y el pasante de enfermería. El lugar se preparo y adaptó para impartir la sesión al aire libre





Cada mujer embarazada llevó cartulinas dibujadas y explicadas por ellas mismas y haciendo referencia a las señales de alarma de preeclampsia/ eclampsia



Una sesión con actividades lúdicas y muy dinámica, la metodología de trabajo fue novedosa para las usuarias



CUATOLOL LUNES 27 AGOSTO

El personal de salud concientiza a los valores de la importancia de su participación y el papel fundamental del valor durante el embarazo y el puerperio



En esta localidad la participación del hombre y su interés en el cuidado de las mujeres se hizo patente



TEXCAPA LUNES 27 DE AGOSTO



El equipo interinstitucional que visita retoma el trabajo de la sesión educativa y toma testimonios de las mujeres



Se hace reconocimiento por los esfuerzos realizados en esta zona de caminos tan complicados



TEXCAPA-MOLANGO VIA TEPEHUACAN DE GUERRERO LUNES 27 DE  
AGOSTO



Estos son los caminos a los que se enfrentan las comunidades en el trayecto Texcapa-Molango. El traslado para las mujeres es complicado aún cuando se cuente con vehículo



Estos son parte de los caminos que las mujeres embarazadas y puérperas llegan a recorrer independientemente de las condiciones climáticas del lugar. De ahí la importancia de que la mujer y su pareja o familiar detecten oportunamente las señales de alarma y saber que hacer tempranamente



CHIATIPAN MARTES 28 DE AGOSTO



La participación del IMSS desde la colaboración interinstitucional se sumo en las acciones del Modelo de Intervención Educativa.



Fortalecimiento afectivo y técnico en la triada gestacional.



Gimnasia cerebral como parte de la sesión educativa.



Equipo de trabajo local e interinstitucional:

Personal del Instituto Hidalguense de las Mujeres, de IMSS OPO, de la Secretaría de Salud de nivel federal, estatal y jurisdiccional.

SAN ANDRES MARTES 28 DE AGOSTO



Atentas todas las mujeres embarazadas a realizar un ejercicio experiencial. Algunas fueron acompañadas por su pareja y juntos aprendieron las sobre la preeclampsia y eclampsia mirando el video de Hazle caso a los mensajes de tu cuerpo



COAMITLA MARTES 28 DE AGOSTO



Preparando el espacio para recibir a las usuarias y sus familiares



Mujeres púerperas asistieron a la sesión



Una sesión permeada por el aprendizaje significativo. Se aprovechó el terreno contiguo a la Casita de Salud en donde se hicieron ejercicios vivenciales de excelente ejecución por parte del personal de salud



## CHICHILTEPEC MIERCOLES 29 AGSOTO



Un trabajo muy profesional y cálido del personal de salud.  
Poco a poco la gente empieza a participar cada vez más activamente,  
esa es uno de los resultados propios del aprendizaje significativo





Gustosamente las mujeres, sus parejas y familiares en la sesión, aprenden respecto a los cuidados durante el embarazo y el puerperio



Movimiento corporal y gimnasia cerebral a ritmo de un huapango hidalguense.

## SANTA MARIA MIÉRCOLES 29 DE AGOSTO



Una sesión interactiva. No se platica, se tallerea con fundamentos constructivistas de corte humanístico.





En las unidades de salud, finalmente hay convocatoria, las personas paulatinamente asistirán, ello habla del trabajo invertido por el personal de salud.



## TLANCHINOL 29 DE AGOSTO MIÉRCOLES



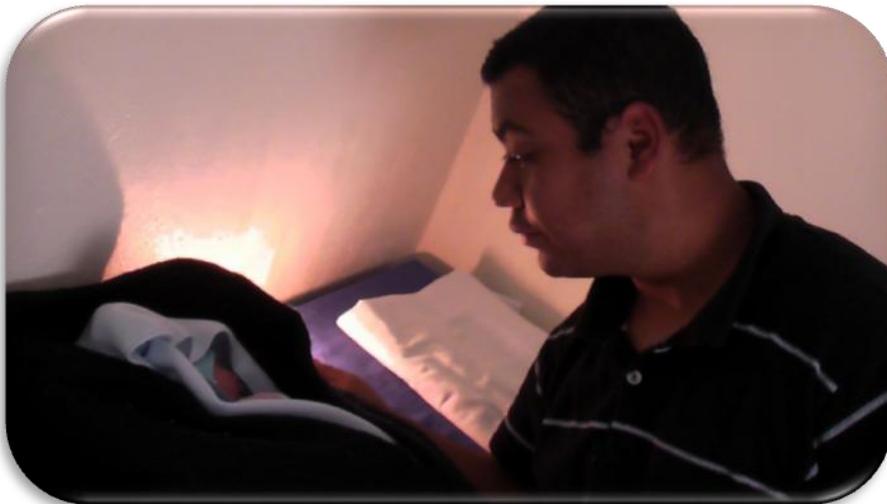
La importancia de la toma de la presión arterial y para qué sirve conocerla. El lugar en donde se trabajo fue pequeño, fue un grupo aproximadamente de 10 personas, lo que generó con la calidez del personal de salud un ambiente de confianza.



XOCHIMILCO LUNES 17 DE SEPTIEMBRE



Hubo un parto en la unidad de Xochimilco poco antes de iniciar el trabajo con la comunidad



El padre del bebé cuidando del recién nacido. La madre saludable.  
Todos contentos



Proyectando en video en una comunidad en donde la luz es intermitente, no hay aula propicia... pero sí se puede



Mujeres que acudieron por convocatoria del personal de salud



Periódico mural

TONCHITLAN LUNES 17 DE SEPTIEMBRE



Una localidad en donde la población y el personal de salud son monolingües y de diferentes costumbres. Únicamente la enfermera es bilingüe lo que facilita sobremanera el trabajo. Desde su llegada las acciones de la caravana se han complementado con mayor facilidad





Las asistentes y el personal dela Caravana de Salud.

IXCOTITLAN LUNES 17 D ESEPTIEMBRE



En una laptop viendo el video de *Hazle caso a las señales de tu cuerpo*.



Mostrando la toma de la presión arterial



Resolviendo un problema de luz al momento de la sesión educativa.

SAN ANTONIO MARTES 18 D ESEPTIEMBRE



Una de las localidades lejanas de la cabecera municipal



El doctor responsable de la unidad con autoridades locales, mujeres embarazadas, sus madrinan obstétricas



Personal de la coordinación médica municipal y voluntarios de salud en la sesión educativa que se impartió.



Autoridades escolares y personal de comité de salud

# TULA

FASE III 3 4, 5, 24 Y 25 DE SEPTIEMBRE



TEPETITLAN LUNES 3 DE SEPTIEMBRE

Personal de DIF participo activamente durante la sesión.



Momentos importantes de reflexión por parte de las parejas



El personal de salud hizo todos los preparativos técnicos, humanísticos y tecnológicos para llevar a cabo la sesión en instalaciones del nivel bachillerato de la localidad.

SAN GABRIEL LUNES 3 DE SEPTIMBRE



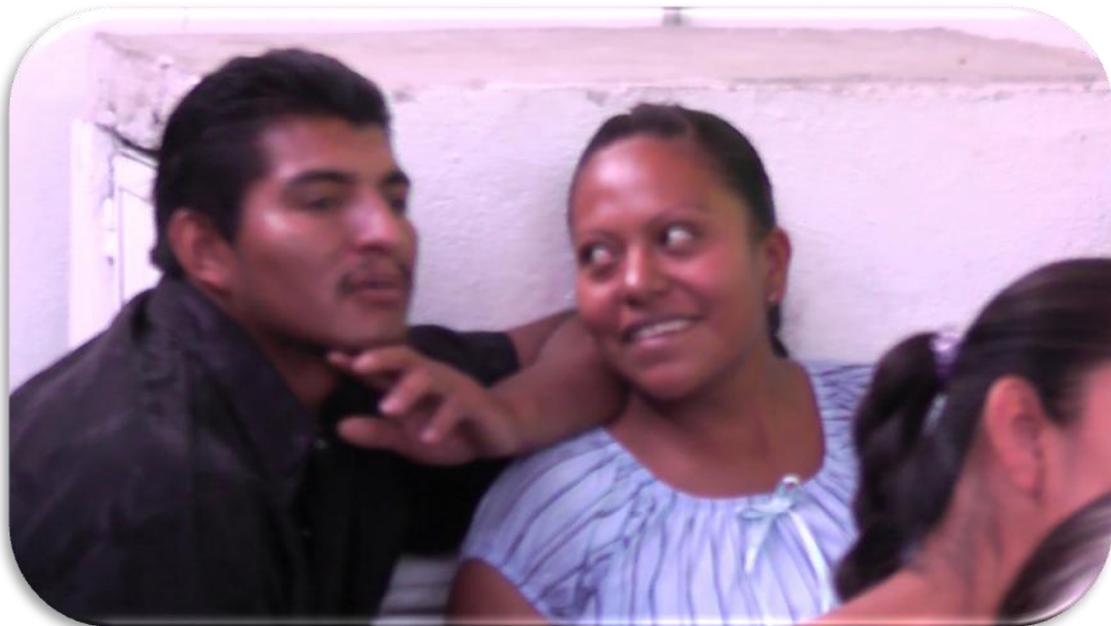
TAPS y médica de nivel jurisdiccional y local respectivamente, apropiadas de ejercicios corporales para fomentar la confianza entre las usuarias



Haciendo gimnasia cerebral



Con la participación de un solo varón se empieza... En algunas comunidades es difícil que la pareja de la mujer embarazada se sume activamente al cuidado de la salud de la misma, sin embargo, no es un trabajo imposible de lograr. La concientización en la corresponsabilidad de la pareja es fundamental para evitar las muertes maternas





Participación muy activa y profesional de la enfermera de nivel estatal en la concientización del panorama epidemiológico en mortalidad materna.

TLAHUELILPAN 3 DE SEPTIEMBRE



El apoyo y participación activa del Coordinador Médico Municipal es importante en el fortalecimiento de las acciones que se llevan directamente con la comunidad.



Personal del Centro Nacional de Equidad de género y salud reproductiva fomentando la integración del grupo de participantes



Los esfuerzos del personal de salud para conseguir espacios, carpas y aparatos, habla del trabajo que realizan en vínculos con sus autoridades municipales y locales



Obsequios que hizo el personal de salud para las asistentes a la sesión educativa



Haciendo toma de la presión arterial a mujer embarazada dentro de la sesión

AJACUBA MARTES 4 SEPTIEMBRE



La coordinadora médica municipal organizo a sus equipos de trabajo tanto del municipio como de salud.



La participación de la Directora de la Instancia de la Mujer y el Director de los servicios de salud municipal en este municipio fue sorprendentemente avasalladora, propositiva y proactiva.



El equipo local de salud y municipal que coordinó la sesión con las mujeres embarazadas recibe retroalimentación por parte del Instituto Hidalguense de las Mujeres.



El equipo de salud satisfecho por el trabajo realizado con las usuarias, recibiendo de la consultoría la descripción de su desempeño.

TETEPANGO 4 SEPTIEMBRE MARTES



En cada localidad visitada se llevo a cabo la sesión educativa de acuerdo a la metodología propuesta, y se hizo uso de todos los materiales que se le entregó al personal de salud.



Aprendiendo de las señales de alarma. Las mujeres y su pareja o familiar, concientizándose respecto al reconocimiento de las señales de alarma y desmitificando los *achaque propios del embarazo*



Conociendo en conjunto la información acerca de las señales de alarma, pues es necesario que esposos y familiares estén al tanto de ellos para su fácil y pronta detección.



Haciendo contacto directo con el bebé, modelando la manera de ser sensibles ante el proceso de embarazo.

TENER UN PLAN PERSONAL Y FAMILIAR PARA LA ATENCION DEL PARTO ES IMPORTANTE. "LAS EMERGENCIAS OCURREN EN CUALQUIER MOMENTO Y EN CUALQUIER LUGAR".

"PLAN DE SEGURIDAD"

¿EN QUE FECHA ESPERAS QUE NAZCA TU BEBE?

¿QUIEN VA A ATENDER TU PARTO?

¿EN DONDE VAN A ATENDER TU PARTO?

¿A CUANTO TIEMPO ESTA TU CASA DE ESE LUGAR?

¿QUIEN TE VA A ACOMPAÑAR?

¿QUIEN MÁS TE PUEDE ACOMPAÑAR?

¿SI TIENES OTROS HIJOS QUIEN LOS VA A CUIDAR DURANTE TU PARTO?

Material reproducido por el personal de salud para dar a conocer el plan de seguridad a más personas.



En plenaria después de la proyección del video “Hazle caso a los mensajes de tu cuerpo” y reflexionando sobre la justicia social ante las mujeres y las adolescentes concientizándose sobre los riesgos durante el embarazo, parto y puerperio.



## TERCER LOCALIDAD DEL 4 SEPTIEMBRE MARTES



Personal de salud y del Centro Nacional dando la bienvenida a los asistentes a la sesión educativa.



Participación activa y asertiva por parte de los asistentes, las embarazadas reflexionando y expresando las dudas que les van surgiendo.



Toma de la presión arterial como parte de las actividades de la sesión educativa, promoviendo que las mujeres embarazadas acudan a evaluarse a su centro de salud más próximo.

TLAXCOAPAN 4 DE SEPTIEMBRE MARTES



Obsequios y acido fólico para las embarazadas asistentes de la sesión educativa,



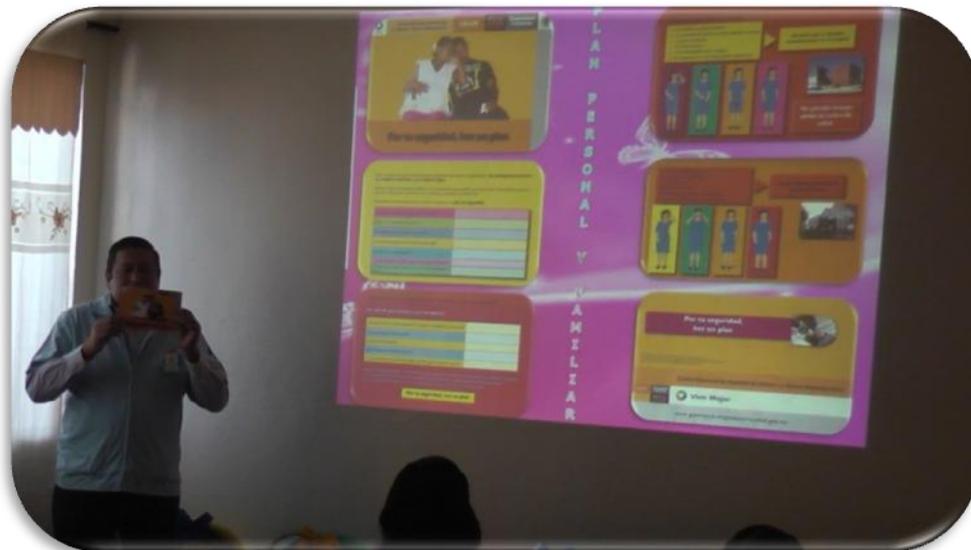
Personal de salud modelando entusiastamente ejercicios corporales para facilitar la integración grupal y la atención de los materiales presentados.



ATOTONILCO MIERCOLES 5 DE SEPTIEMBRE



Médicos dando información oportuna a los asistentes de la sesión educativa.

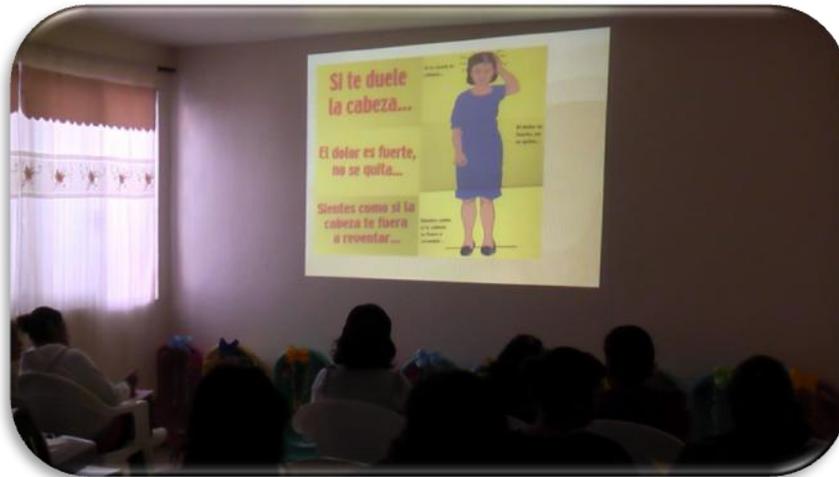


Explorando el material de difusión de las señales de alarma en el embarazo.



Exposición de la información a las asistentes de la sesión educativa, haciendo primordial énfasis en los puntos cruciales de los riesgos y cuidados propios del embarazo y puerperio.





Atención y uso de los recursos disponibles para realizar las dinámicas planeadas en la sesión educativa. Cierre de la sesión con los obsequios que motivaron a las asistentes.



BUENAVENTURA MIERCOLES 5 DE SEPTIEMBRE



Personal del centro de salud en la bienvenida a la sesión educativa.



El centro de salud y el material que realizaron las asistentes de la sesión educativa acerca de las señales de alarma.

TLAXINACALPAN MIERCOLES 5 DE SEPTIEMBRE



Ejercicios de sensibilización en los que los asistentes se concientizan de sí mismas y de los procesos implicados en el embarazo.





Disposición y participación activa de los varones asistentes, haciendo contacto con sus parejas y su bebé.

TEPETITLAN LUNES 24 DE SEPTIEMBRE



Sesión educativa llevada a cabo en una escuela secundaria con los alumnos del plantel, parte de las acciones y propósitos de redes sociales acerca de la formación de la población en general acerca de los

riesgos implicados en el embarazo para elevar esfuerzos en el ejercicio de la prevención de mortalidad materna.



Participación activa y enérgica de los alumnos del plantel durante la sesión educativa mas vale prevenir...

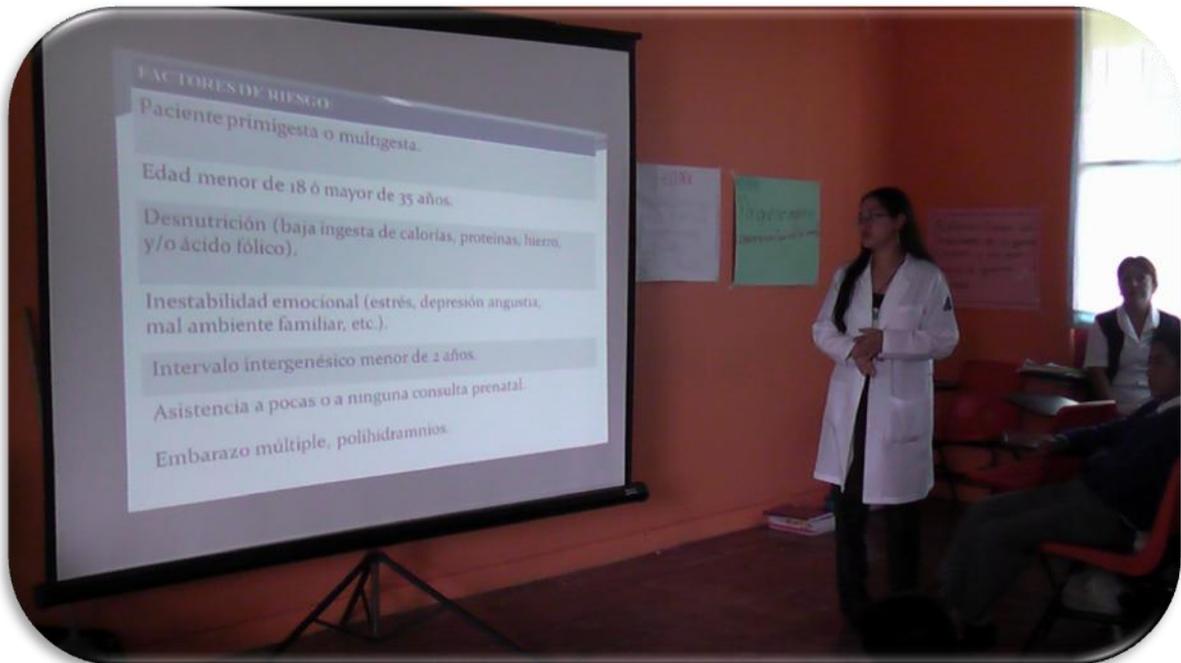


Conocieron la importancia de la ingesta del acido fólico.

SAN GABRIEL LUNES 24 DE SEPTIEMBRE



Enfermera y médica llevando a cabo la sesión educativa con alumnos de secundaria.





La información, los materiales y la sensibilización es dada a edades tempranas entre los múltiples esfuerzos por abarcar todos los sectores puedan ser concientizados sobre la prevención de la mortalidad materna, adolescentes varones son un punto focal en ello.



TLAHUELILPAN LUNES 24 DE SEPTIEMBRE



Interés y participación en pareja por parte de los varones asistentes a la sesión educativa, conociendo junto con sus esposas acerca del plan de seguridad.





Personal de salud y asistentes atentos de la sesión educativa para prevenir la mortalidad materna.

ATITALAQUIA MARTES 25 DE SEPTIEMBRE



Obsequios que preparó el personal de salud con recursos propios.



El material informativo para las embarazadas que asistieron a la sesión educativa



Atención prestada ante la exposición del personal de salud.



Enfermera del centro de salud preparando la dinámica siguiente.



Un ejercicio de sensibilización en el que participaron de manera dispuesta todos los asistentes, Permitiendo generar así un clima de confianza e intimidad propicio para la sensibilización.



Respuesta de los participantes. Una cálida demostración de afecto.  
Estas son formas concretas de trabajar en contra de la violencia,



Haciendo ejercicios especializados de activación física para las  
embarazadas



La participación y modelamiento por parte del personal de salud en las actividades y dinámicas propuestas permite que se genere un clima propicio para la integración e intercambio entre los asistentes.



En las dinámicas de sensibilización para generar aprendizaje significativo acerca de la importancia del cuidado de la embarazada.



Entrega de los obsequios preparados por el personal de salud.



Integración, transformación y cambios de actitud en los asistentes. Una sesión exitosa.

MICHIMALOYA MARTES 25 DE SEPTIEMBRE



El inicio de la sesión: información sobre los datos de alarma.



Las asistentes y sus familiares atentas a la exposición dada.



Material visual que se preparó para la sesión.



Enfermera del centro de salud explicando el uso del material médico para el cuidado de la salud materna.



Participación en pareja de las dinámicas de sensibilización hacia la salud materna. Y preparación de la mesa de regalos para las asistentes.





Importancia del contacto consigo mismas y con sus bebés para promover un embarazo saludable. Expresiones de auténtica sensibilidad, de concientización del autocuidado y del fortalecimiento de autoconocimiento, uno de los pilares de la autoestima



Un término de la sesión satisfactorio y emotivo. En la entrega de los obsequios a las asistentes.

TULA MARTES 25 DE SEPTIEMBRE



El trabajo se realizó integrando la sesión educativa al club del embarazo en donde se contó además de las usuarias y sus parejas, con personal de salud de primer y segundo nivel de atención.



Hubo varios regalos para las mujeres embarazadas con el apoyo del personal de salud, del municipio, y grupos organizados de la comunidad.



El apoyo de la pareja es importante para que el embarazo llegue a feliz término.



“Estamos embarazados”



# FASE IV

Durante esta cuarta fase, en cada una de las sesiones se compartió por medio de exposiciones las actividades de campo realizado con el personal de salud participante del modelo educativo el cual rindió resultados fructíferos de distintas dimensiones en todas las áreas de trabajo. Con las presentaciones que el personal de salud llevó a cabo se dio fe de la manera en la que se trabajó el modelo de intervención educativa con perspectiva de género y derechos humanos en las jurisdicciones de Molango y Tula.

La presentación de estos resultados estuvo permanentemente nutrida por descripción fenomenológica de los participantes, quienes haciendo uso de recursos como evidencias fotográficas, exposiciones en power point e inclusive de videos o reportes orales, compartieron experiencias de trabajo que constituyeron en su mayoría narraciones entusiastas que abarcaron hasta el mínimo detalle de las actividades realizadas y sabiendo que no todos los asistentes cuentan los recursos no solo en su centro de trabajo sino que carecen de ellos inclusive en sus localidades (tal es el caso para hacer uso de multimedia) por lo que se observó un notable esfuerzo congruente con su quehacer cotidiano (actual) como representantes de salud publica raíz de la implementación del modelo.

También se expusieron trabajos en donde se dio testimonio del impacto que generaron las sesiones educativas con las usuarias, familiares, estudiantes de secundaria, bachillerato, maestros y personal de otras instituciones. Los asistentes de diferentes maneras expresaron que los talleres con las usuarias son un espacio para compartir, debatir e impulsar la comunicación efectiva para el cuidado de la salud materna y perinatal, este cuidado implica naturalmente mejores condiciones en la calidad de vida de las mujeres lo que constituye un indicador de desarrollo humano.

Al hacer esta acción de compartir las experiencias exitosas, se convirtieron en incentivo para generar reflexiones y dar cabida a breves análisis respecto a la problemática, a las condiciones personales y laborales de los compañeros pero también de lo que sí se hace a pesar de los obstáculos encontrados que permitió al mismo tiempo voltear hacia el éxito de enfrentar, asumir y transformar, rebasando cualquier expectativa de resultados

En ocasiones, como en el caso de algunas localidades de la jurisdicción Tula, las respuestas obtenidas por parte de la población sorprendieron incluso a los mismos trabajadores de

salud involucrados, pues no se esperó que hubiera tanta participación por parte de los convocados o que por ejemplo se involucraran varones en el proceso, así mismo, se pudieron constatar directamente los beneficios de las propuestas del modelo, pudiendo resolver en esos espacios cualquier inquietud que surgiera en el momento, ya sea con la intervención de autoridades locales, estatales o federales o bien entre los mismos trabajadores de salud de las distintas localidades.

A través de las sesiones de esta fase se confirmó que la metodología que se proponga para trabajar debe tener énfasis en los procesos formativos y estar sustentada en el principio del autodesarrollo comunitario lo que puede contribuir a concientizar a la comunidades e involucrar al individuo en los procesos de participación y cooperación, situándolo en condiciones de asumir una conciencia crítica y construir proyectos para buscar solución a sus necesidades utilizando básicamente los recursos que emanan de su realidad más cercana, inmediata y real.

- En ciertas localidades en las que se realizó trabajo de campo (sesiones educativas, redes sociales), los trabajadores de salud se enfrentan a distintas problemáticas de tipo social como la migración, el creciente índice de embarazo en adolescentes, la inequidad de género que en ocasiones deviene en prohibiciones por parte de los esposos para que las mujeres sean atendidas en las unidades de salud, analfabetismo, dialecto, creencias y costumbres, resistencias hacia los servicios de salud, que por supuesto complica que los servicios por parte de estos sean óptimos. Sin embargo a través de las exposiciones es notable que el trabajo es realizado persistentemente y estos límites tratan de ser disipados en la medida de lo que es posible. Concluyen los representantes de salud en todos los niveles que algunos procesos y resultados positivos se dan de manera inmediata y otros se van dando y fortaleciendo a través del tiempo.
- Las acciones dirigidas hacia la salud materna deben de ser ejecutados en todos los espacios de salud y en las comunidades de las jurisdicciones sanitarias aún sin la presencia de modeladores o autoridades que supervisen el desempeño, en las exposiciones se dejó ver que aún cuando no todas las localidades formaron parte de

las rutas de la fase III, en todas se llevo a cabo el trabajo propuesto e incluso hubo algunas que hicieron presentación de resultados.

- El compromiso que adquieren los servidores de salud pública asciende en muchas ocasiones al nivel en el que mismos integrantes del personal se proponen directamente para amadrinar o apadrinar a alguna mujer embarazada de la localidad que no cuente con el apoyo incondicional por parte de su familia. Lo mismo se observó en algunas localidades donde integrantes de la población que asistieron a las sesiones correspondientes a redes voluntariamente se postularan para que fungieran como los responsables de los traslados hacia los hospitales cercanos, aún cuando estas personas aparentemente no tenían relación directa con ninguna mujer embarazada, además de ser sus propios vehículos los que también se pusieron a la orden de cualquier necesidad. Este último fenómeno se dio gracias al trabajo con redes y las sesiones educativas que se realizaron.
- La formación de las redes sociales representó un valor agregado al trabajo que se ya se había hecho con las sesiones educativas pues ahora se suman las participaciones de las autoridades municipales, del comité de salud, de las parteras (en ciertas localidades), las familias, etc. para sumar esfuerzos hacia la disminución de la muerte materna. Ésta, no en todos los casos fue recién implementada pero si fue dotada de sentido, concretada y actualizada en aquellas zonas donde se decía tenerla formada, al ser reactivada se observó un aumento significativo en el censo de embarazadas, no porque hubiere mayor cantidad sino porque ahora si se estaban captando sobre todo en los primeros trimestres de embarazo. La sensibilización de las autoridades locales e instituciones educativas, deriva en la permeabilidad que puede alcanzar el trabajo del personal de salud. Que empezó a ser efectivo poco tiempo después, ya se dio el caso de una mujer que se da cuenta que presenta señales de alarma y es un miembro de la comunidad recién comprometido con la causa quien le facilita el traslado y que concluyo como un caso exitoso.
- Es de conclusión general en ambas jurisdicciones sanitarias, que se deben de dirigir esfuerzos para que se extienda esta formación a toda la población y no solo a las embarazadas.
- Se establecieron directamente enlaces con autoridades que proporcionaron apoyos y soluciones a las necesidades particulares de cada centro de salud, para poder

llevar a cabo las actividades ya planeadas e incluso mejorar las condiciones de los espacios de trabajo, lo que continua pendiente es que se continúe con esta gestión para que los resultados sean a largo plazo.

- Cuando se realiza el trabajo de campo en las localidades en compañía de los representantes de los diferentes niveles (jurisdiccional, estatal y federal) se genera un impacto institucional en la población, donde se favorece el dimensionar la importancia que tienen las embarazadas en el campo de salud.
- La congruencia en los esfuerzos interinstitucionales se definió al haber participación por parte del IMSS y del DIF, tanto en las sesiones directamente en las localidades y en la sesiones de esta fase, donde cabe mencionar que se contó con la presencia de autoridades municipales y padrinos obstétricos que durante las exposiciones compartieron sus perspectivas y experiencias con este modelo. No solo en esta asistencia se denota la disposición y entrega que se genera con el modelo de intervención educativa, sino con las opiniones positivas vertidas entre las participaciones del personal de salud.
- Son los mismos integrantes de la comunidad quienes se vuelven intermediarios entre los prestadores de servicios sanitarios y la población renuente, ya que también se generan alianzas con personas del comité de salud para captar a las embarazadas en el primer trimestre así como para invitarlas a los centros de salud a llevar su control prenatal.
- Efectos que se evidenciaron a través de las presentaciones de esta fase fue el que se empezó a tener un incremento en el censo de embarazadas, que aclaran los expositores, no se debe a que hubiere mayor numero de embarazadas sino que estas han sido captadas mas tempranamente e incluso dado porque son ellas mismas las que comienzan a acercarse más a las unidades de salud: hay mayor confianza y apertura ante el sector salud.
- Parte de las redes sociales importantes para las embarazadas es la familia, los esposos están más conscientes de la importancia de aprender las señales de alarma, había pocas expectativas de que hubiera asistencia por parte de ellos a las sesiones educativas convocadas pero fueron contrariadas satisfactoriamente ya que hubo en algunas localidades un buen índice de participación que además fue activa.

- Las dinámicas propuestas en las primeras fases del modelo de intervención brindan recursos que luego el personal de salud implementa en sus sesiones educativas, lo que facilita el clima de confianza para compartir experiencias entre las y los asistentes a las sesiones y que la diferencia entre éstas y las sesiones meramente informativas es notada y apreciada por los usuarios y por el mismo personal de salud.
- Se reconoce que si no se brinda una calidad en la atención la mujer no encuentra sentido en la atención prenatal, a partir de que se inicia un vínculo de relación y comunicación con ella se están estrechando lazos que garantizan la asistencia a los centros de salud. Los sondeos acerca de la comprensión de la información contenida en las sesiones educativas, son de vital importancia para generar este vínculo de comunicación donde además se promueva el aprendizaje significativo.
- Se da prioridad a la sensibilización sobre el impacto social de una muerte materna, expresando que "cuando se apoya y sensibiliza las personas responden bien, cuando se critica todo se viene abajo". Por lo que se pondera la importancia abarcar, (como se ha mencionado más arriba) a la mayor cantidad de personal implicado en la atención a la mujer embarazada. Por ejemplo en el caso de las zonas en las que la partera tiene una fuerte influencia, el que se les incluya a ellas en las capacitaciones, en las sesiones educativas y en la formación de redes sociales no solo se convierten en aliadas de la promoción de salud materna, sino también modelo para tener confianza en los servicios sanitarios.
- El personal de salud reconoce que el trabajo en equipo haciendo reconocimientos al desempeño laboral o a los logros que se dan en los centros de salud, se notan sumamente funcionales para optimizar el trabajo realizado.
- Uno de los contenidos de mayor impacto durante las exposiciones fue la gestión por parte de algunos compañeros de trabajo de los participantes de la fase IV hacia la obtención de apoyo para generar recursos materiales que hicieran las sesiones educativas más atractivas a sus asistentes (como bolsas, folletos, folder, regalos), muchos de ellos expresaron que aún cuando es difícil establecer un contacto directo con sus autoridades municipales o con el DIF por ejemplo, se llevaron la idea y convicción de buscar estos apoyos para conseguir el efecto que consiguieron los protagonistas de estas gestiones: la asistencia, permanencia y confianza en las sesiones educativas que se realizan como parte de los esfuerzos dirigidos a disminuir la

mortalidad materna. Es así como puede ser entendida la participación, como la implicación sentida de los actores comunitarios en la identificación de contradicciones y gestionar propositivamente para beneficio de la localidad.

- Al conocer el trabajo que se lleva a cabo en otras localidades, el personal de salud con facilidad identifica estrategias que otros ya llevaron a cabo y que les fueron funcionales al ponerlas en práctica y de entre ellas selectivamente retoman algunas para llevarlas a cabo con su comunidad, autoridades y equipo de trabajo. Todo este trabajo fortalece institucional e intersectorialmente las acciones de prevención de la muerte materna.
- Frecuentemente el personal de salud se enfrenta a la limitación de los espacios para llevar a cabo las sesiones educativas ya que dentro de los centros de salud no se cuentan con lugares que reúnan las condiciones necesarias para reunir a las personas por lo que se tiene que recurrir a conseguir espacios físicos y mobiliario prestado o alquilado y aun cuando los grupos suelen ser de extensión moderada, no se logran en la mayoría de las veces acondicionar las zonas propicias para el trabajo comunitario.
- Hubo permanencia en todas las sesiones correspondientes al desarrollo del modelo de intervención educativa, esfuerzo en el que se sintieron ampliamente reconocidos, pues algunos de ellos dejaron de lado algunas actividades importantes de su vida cotidiana, y que además fue un esfuerzo que se asumió por convicción personal y profesional, con la salvedad de que no fue una situación que se convirtiera en cotidiana sino que fue de naturaleza eventual, pero expresa en algún sentido el involucramiento que las personas pudieron haber experimentado a lo largo del proceso de implementación del modelo.
- El permear al personal de salud con recursos humanistas, es una apuesta segura para unificar la calidad de los servicios sanitarios prestados a los usuarios y que además repercute en los distintos cambios sociales que se van gestando, tales como la confianza cada vez más creciente hacia el sector salud, se dice también que: "sin la perseverancia, dedicación, responsabilidad y sensibilización de los ponentes no hubiera sido posible llevar a cabo las actividades con las mismas actitudes", "pero sobre todo la sensibilidad de los recursos humanos que se entregan para alcanzar los objetivos".

Si hubiere una forma de concretar (aunque difícilmente) la eficacia, importancia e impacto de este modelo pudiera ser así: el diseño del propio modelo de intervención educativa permite, que al ser secuenciado y articulado en si mismo, haya una consistencia en las actividades que se llevan a cabo. Estas actividades (de las fases) permiten que el proceso de implementación sea significativo para los que forman parte de él. Desde la sensibilización con la que se abre este proceso, hay un gran impacto en la vida de los participantes (según lo referido por el mismo personal de salud y que empata con lo observado en sus actitudes) pues se les facilita y modela una forma humanista de regresar a sí mismos, de tal manera que sea más fácil tener empatía con otros, pero sobre todo se promueve una responsabilidad de autocuidado que deriva indiscutiblemente en una mejora en la forma de atender a otros. Se considera que en muchos sentidos, sobre todo en el humanista, difícilmente se logra una autenticidad de otra manera, pues claro que existen trabajadores de salud que ya están por circunstancias personales involucrados en el proceso de atención de calidad, pero, sin duda el que se proporcione un espacio y ambiente adecuado dónde se concrete ese encuentro con la persona a veces gesta y otras impulsa el potencial humanitario de los profesionales de salud. Por lo tanto las actividades que se proponen a realizar (redes sociales, plan de seguridad, uso de materiales psicopedagógicos, club de embarazo, etc.) son proporcionados a la población con un mayor sentido, lo que como ya se dijo: favorece indudablemente el aprendizaje significativo. El plus lo agrega el acompañamiento y retroalimentación dados en las ultimas fases de trabajo por parte del equipo facilitador, pues en este espacio frecuentemente se encuentra no sólo el reconocimiento a veces tan importante para el personal de las comunidades, sino la claridad sobre las formas de proceder en el escenario real y cotidiano. ¿El resultado?: un modelo que se ve sólido y exitoso para prevenir la mortalidad materna.

Operar y dar seguimiento puntual a acciones para promover la integración de equipos pluridisciplinarios en los niveles federal, estatal y jurisdiccional con la participación activa del personal operativo, pues se generan corresponsabilidades y compromisos no en los pergaminos sino en el quehacer cotidiano.

- Plantear el objetivo con la comunidad de fomentar la integración de redes de atención y de apoyo social a mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido incluyendo la prevención de defectos al nacimiento.
- Promover y fomentar la instalación de las redes sociales a nivel Estatal, Municipal y local, conjuntando los esfuerzos de sociedad y gobierno fortaleciendo la organización comunitaria. Es de vital importancia favorecer el acceso de las mujeres a los servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio, a través del establecimiento y/o fortalecimiento de redes sociales, en todas las localidades de los municipios trabajados
- Concretizar, asesorar, acompañar y dar seguimiento a acciones específicas a través autoridades locales y líderes comunitarios, auxiliares de salud, enfermeras, médicos, parteras, regidores, presidentes municipales, presidentas del DIF, y personal de 2º nivel de atención.
- Crear y accionar alguna estrategia para un sistema de reconocimiento del personal de salud y comunitario involucrado en la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Esto es, el acompañamiento, la supervisión del trabajo que se llevo a cabo es también como un reconocimiento a la labor que el personal realiza cotidianamente. Frecuentemente algunos compañeros, especialmente de primer nivel de atención refirieron no haber recibido reconocimiento de sus jefes o inclusive por los mismos compañeros, escasas visitas, y que a partir de que tuvieron manera de interactuar al interior de los talleres desde las fases anteriores, hacerse presentes personal de diferentes niveles de atención con distintas responsabilidades, recibir la *visita* en sus comunidades, mostrar lo que hacen y ser felicitados por sus logros y en especial por sus esfuerzos, fue muy importante para ellos. Esto sucedió entre profesionales y paraprofesionales de la salud: *médic@s*, *taps*, *parter@s*, *enfermer@s*, trabajadoras sociales, *psicólog@s*, parteras, auxiliares de salud, pasantes y comités de salud.
- Determinar estrategias que favorezcan la participación comunitaria, para promover un cambio de actitudes de la población respecto a la salud de las mujeres embarazadas y puérperas así como de la importancia de tener acceso a la atención oportuna del parto.

- Generar localmente subsidios para la multiplicación de materiales funcionales educativos de carácter gráfico, videográfico y auditivo contextual a la comunidad, estos son instrumentos psicopedagógicos que se convierten en uno de los pilares para apoyar las estrategias educativas que lleve a cabo el personal de salud, implica hacer uso de un conjunto de principios y prácticas contextuales, interculturales importantes en las regiones en las que se estuvo trabajando. Es importante hacer uso de materiales efectivos que promuevan autocuidados y la demanda de servicios oportunos en salud materna.
- Actualizar periódicamente al personal operativo, profesionales, paraprofesionales, autoridades locales y líderes comunitarios. La capacitación puede ser planeada y diseñada por nivel jurisdiccional, estatal y/o federal, sin embargo, a partir de necesidades reales y auténticas de los niveles operativos. Es importante que las capacitaciones que se brinden posean un enfoque psicopedagógico contemporáneo y bajo la modalidad de taller o curso-taller, de tal manera que se fortalezca conocimiento técnico, científico y humanístico, es decir, las capacitaciones deben de facilitar integralmente el conocimiento y no convertirse en verborrea de información, que la metodología y estrategias educativas sean de corte constructivista, con enfoque de género, fundamentos humanísticos, con sustento intercultural
- Intervención y comunicación directa y funcional entre las autoridades locales y niveles de atención en salud intersectorialmente para facilitar la atención oportuna a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, esto es, fortalecer la coordinación de programas y estrategias que promuevan la participación intersectorial, activa, proactiva y coordinada del IMSS, ISSSTE, SSA, y consulta privada.
- El trabajo con los varones es complejo y es necesario implicarlos no solo en las obligaciones y corresponsabilidades sino en el pleno ejercicio para disfrutar de una relación de pareja afectiva, saludable e implicarse en una paternidad responsable y afectuosa. Mirar hacia los varones como acreedores de derechos sexuales y reproductivos supone reconocer su presencia en las decisiones sexuales y reproductivas de las mujeres, las parejas y las familias; ello implica definirlos como actores con necesidades y expectativas propias y específicas, y en razón de su identidad.

- A partir de lo anterior, es fundamental seguir trabajando y hacer énfasis en un modelo de gestión de la salud en el nivel local con enfoque de género y metodologías humanísticas, y un enfoque intercultural incorporando todo ello no solo en los planes y programas de capacitación de los recursos humanos del sector salud, sino en las acciones que implican sus programas.
- Focalizar y regresar la atención a aquellos eslabones donde se pierde la continuidad de la prestación de servicios de salud materna.

### MOLANGO, MARTES 06 DE NOVIEMBRE



El compartir sus experiencias exitosas a los compañeros de otras localidades, genera una motivación extra. Hay un involucramiento y una amplia disposición por parte de los asistentes a esta fase, es un clima de apoyo interprofesional que se da de manera mutua y autentica.



MOLANGO, MIERCOLES 07 DE NOVIEMBRE



Personal de salud desglosando las actividades realizadas dentro de este Modelo de Intervención Educativa y los resultados satisfactorios que se obtuvieron, rebasando cualquier expectativa.



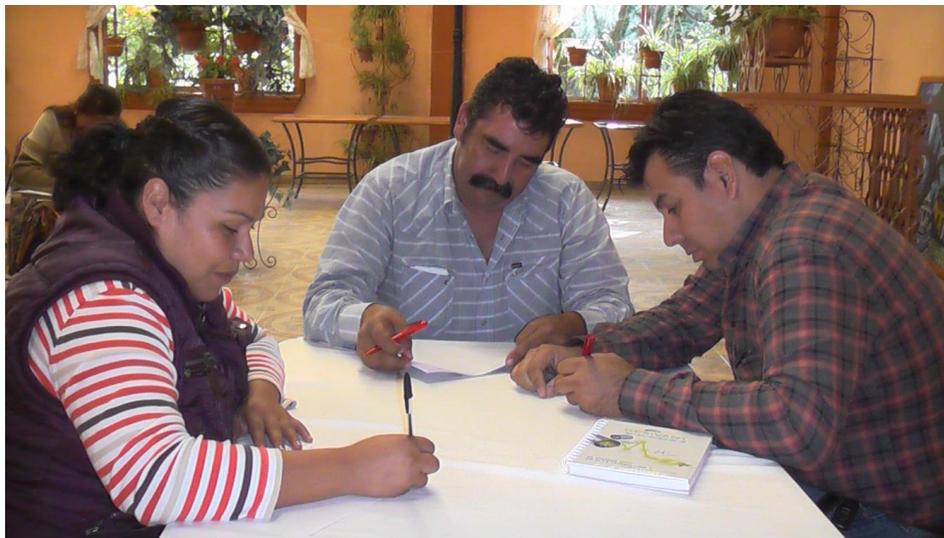
Compartiendo de manera conjunta las experiencias vividas, que no tocan sólo el aspecto profesional sino también el personal.



El Instituto Hidalguense de las mujeres en presencia y atención a las experiencias compartidas. El espacio que se genera para que distintos profesionales se expresen y sean retroalimentados es de un valor único para el desarrollo de cada persona desde su lugar de trabajo.



Coordinador de zona del IMSS Opo acude a la sesión a compartir su perspectiva, la institución se privilegia de contar con éste profesional de la salud quien además es bilingüe, lo que permite que tenga función como mediador entre las personas de la comunidad y los servicios de salud pública.



En cada uno de las sesiones se realizó una evaluación al trabajo que se llevó a cabo.

TULA, JUEVES 08 DE NOVIEMBRE



Se contó con la presencia del personal del Instituto Hidalguense de las Mujeres, nivel estatal y uno de los representantes que impulso el Modelo de Intervención educativa en la jurisdicción sanitaria de Tenango de Doria.



El personal de salud en completa atención a las exposiciones realizadas por sus compañeros de trabajo



Personal de salud mostrando los materiales impresos que se diseñaron exclusivamente para las sesiones de formación de las redes sociales en su localidad.



Autoridades municipales hicieron presencia y participación dispuesta en apoyo a los representantes de salud que hacían la exposición de resultados de la localidad.



Redactando las impresiones de la sesión en turno y del Modelo de Intervención Educativa.



Todo el personal que participó de la sesión en la que se vertieron todas las experiencias vividas a través del proceso de implementación del Modelo de Intervención Educativa. Un trabajo que dejó vasta sensación de satisfacción.

TULA, VIERNES 09 DE NOVIEMBRE



Presencia y participación en la presentación de experiencias exitosas de un padrino obstetrico miembro de las autoridades municipales, dejando en evidencia el compromiso que se asumió en la formación de Redes Sociales.



Autoridades municipales que asistieron a dar fe de los resultados obtenido de la labor realizada respecto a Redes Interinstitucionales y sociales.



La actitud en la ejecución de todas las actividades de salud presente a través de las presentaciones llenas de compromiso y entusiasmo.



Compromiso, personal y profesional en cada momento y en cada acción llevada a cabo.