

**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD



SECRETARÍA
DE SALUD



ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS 2009- 2010 PARA COADYUVAR EN LA DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD

Mtra. Vianey Herrera Pineda
Consultora



Vivir Mejor

2010

**ANÁLISIS COMPARATIVO ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS 2009- 2010
PARA COADYUVAR EN LA DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD**

ÍNDICE

Apartado 1	Contexto _____	3
Apartado 2	Metodología _____	16
Apartado 3	Modelo De Intervención Educativa Fase I y II _____	28
Apartado 4	Modelo De Intervención Educativa Fase III y IV _____	36
Apartado 5	Fortalecimiento de las Redes Interinstitucionales y Sociales con el Sector Salud para Coadyuvar en la Disminución de la Mortalidad Materna _____	47
Apartado 6	Políticas Públicas _____	60
	Bibliografía de Referencia _____	68
	Anexos _____	69

APARTADO 1

CONTEXTO

La maternidad es uno de los acontecimientos importantes en la vida de la mujer, pero también uno de los más peligrosos, si las condiciones sociales y sanitarias de apoyo, relacionadas con la gestación, el parto y el puerperio no son las apropiadas. Una muerte materna es el producto final de la correlación de una serie de factores que interactúan a través de toda la vida de la mujer. Este evento se ha constituido en uno de los indicadores más sensibles de la calidad de los servicios de salud de una región. Cada muerte materna constituye un problema social y de salud pública, en el que inciden múltiples factores, agravados en nuestro contexto por la carencia de oportunidades, la desigualdad económica, educativa, legal o familiar de la mujer, y dentro del componente asistencial el acceso, oportunidad y calidad de los servicios de salud.

Entre 90% a 95% de las muertes maternas son evitables con un adecuado conocimiento y uso efectivo de las tecnologías existentes. La muerte de una mujer o el deterioro de su salud tienen consecuencias graves para el bienestar de la familia, la comunidad y la nación, si se tiene en cuenta que se encuentra no sólo en edad reproductiva sino que, además, está en edad productiva y que en nuestra sociedad la mujer aporta en la educación de los hijos, labora e incluso es cabeza de familia. La iniciativa de la maternidad segura es una estrategia que tuvo origen en la reunión convocada por el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud OMS y el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas FNUAP en Nairobi, Kenya, en febrero de 1987, en la que se plantearon diferentes estrategias tendientes a buscar las mejores condiciones para la mujer gestante y la prevención de los riesgos inherentes a los procesos de gestación, parto y puerperio. En 1990, la XXIII Conferencia sanitaria panamericana, reconociendo la importancia de la mortalidad materna, aprobó una resolución de apoyo al Plan de acción regional de América latina y el Caribe para la reducción de la mortalidad materna.

Hay numerosas causas directas e indirectas de muerte durante el embarazo, el parto y el puerperio. A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido. Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares.

La mayoría de las muertes maternas son evitables, pues existen soluciones terapéuticas o profilácticas para sus causas principales. La atención especializada al parto puede

suponer la diferencia entre la vida o la muerte. Por ejemplo, una hemorragia intensa no atendida en la fase de expulsión de la placenta puede matar, incluso a una mujer sana, en dos horas. Una inyección de oxitocina administrada inmediatamente después del parto es muy eficaz para reducir el riesgo de hemorragia.

La segunda causa más frecuente de muerte materna: la septicemia, puede reducirse mucho si se utilizan técnicas asépticas. La tercera, la preeclampsia, es un trastorno hipertensivo del embarazo bastante frecuente, pero que se puede vigilar; aunque no se puede curar totalmente antes del parto, la administración de medicamentos como el sulfato de magnesio puede reducir el riesgo de convulsiones (eclampsia) potencialmente mortales. Otra causa frecuente de muerte materna, el parto obstruido, puede ser evitada o tratada por asistentes de partería cualificados. El parto obstruido se produce cuando el feto tiene una posición anormal o su cabeza es demasiado grande para el tamaño de la pelvis materna. Un instrumento simple para identificar tempranamente los problemas del parto es el partograma, un gráfico de la progresión del parto y del estado del feto y la madre que el personal calificado puede utilizar para identificar la progresión lenta antes de que se produzca la obstrucción y tomar las medidas necesarias, entre ellas, la cesárea.

En 2006, sólo un 60% de los partos que tuvieron lugar en países en desarrollo contaron con la presencia de asistentes de partería cualificados. Eso significa que unos 50 millones de partos domiciliarios no contaron con dicha asistencia. La cobertura oscila entre el 34% en África Oriental y el 93% en Sudamérica. La cobertura de la asistencia prenatal también es variable. En el Perú, el 87% de las embarazadas tuvieron al menos cuatro consultas prenatales, mientras que en Etiopía la cobertura fue tan sólo del 12%.⁽⁵⁾

Son muchas las causas por las que las mujeres no reciben la asistencia que necesitan antes, durante y después del parto. En algunas zonas remotas es posible que no haya profesionales disponibles, y si los hay, que la atención no sea la más idónea. En otros casos la mujer no tiene acceso a los centros sanitarios porque no dispone de medios de transporte o porque no puede pagar el costo del mismo o de los servicios de salud. Las creencias culturales y el estatus social de la mujer también pueden impedir que la embarazada obtenga la asistencia que necesita. Para mejorar la salud materna hay que identificar y solucionar a nivel comunitario las deficiencias de capacidad y calidad de los sistemas de salud y los obstáculos al acceso a los servicios de salud.

De acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades CIE-10, desde la parte médica técnica se estipula en el apartado decimoquinto capítulo de la lista de códigos CIE-10.

Causas obstétricas directas: son aquellas generadas como consecuencia de complicaciones del embarazo, parto o puerperio o por tratamientos incorrectos, intervenciones inoportunas, omisiones o por la conjugación de éstos.

- O00-O08 Embarazo terminado en aborto.
- O10-O16 Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio.
- O20-O29 Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo.
- O30-O48 Atención materna relacionada con el feto y con los posibles problemas del parto.
- O60-O75 Complicaciones del trabajo de parto y del parto.
- O80-O84 Parto.
- O85-O92 Complicaciones principalmente relacionados con el puerperio.
- O95-O97 Muerte por secuela de causas obstétricas directas que ocurre un año o más después del parto.

Se entienden por causas de mortalidad materna a las obstétricas indirectas, que son aquellas generadas como consecuencia de enfermedades preexistentes o de otras que aparecen en el curso del embarazo y que sin estar relacionadas con éste provocan la muerte al ser agravadas por el efecto fisiológico del embarazo y de acuerdo con la clasificación internacional de enfermedades CIE-10, se agrupan de la siguiente manera:

O98 Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio.

O99 Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio.

Se definen causas no obstétricas las que sin estar relacionadas con el acto médico llegan a determinar si una mujer vive o muere en el embarazo o por complicaciones del parto o puerperio.

Se comprenden dentro de éstas los problemas de tipo logístico, déficit de transporte, falta de combustible, deficiencias de equipos, medicamentos y derivados sanguíneos, deficiencia de personal capacitado, descuido, negligencia; incluye también los aspectos sociales relacionados, tales como: nivel educativo, mala nutrición, situación económica, y los aspectos culturales que ponen en riesgo a la gestante.

Se tienen por causas accidentales e incidentales aquellas causas fortuitas en su naturaleza que se presentan durante la gestación, parto o puerperio, donde la maternidad no es la causa básica, condicionante o determinante de la muerte; en este rubro se incluyen el homicidio y el suicidio.

En la actualidad diariamente mueren 1500 mujeres debido a complicaciones del embarazo, el parto y puerperio. Se calcula que en 2005 hubo 536000 muertes maternas en todo el mundo. La mayoría correspondió a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas podían haberse evitado. La mejora de la salud materna es uno de los ocho Objetivos Del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, celebrada en 2000. El ODM 5° consiste en reducir, la razón de mortalidad materna (RMM) en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, sin

embargo, entre 1990 y 2005 la Razón de Muertes Maternas sólo disminuyó en un 5%. Para alcanzar el ODM 5º hay que acelerar los progresos.

La incidencia de muertes maternas tiene una distribución mundial desigual que refleja las diferencias entre ricos y pobres. Además de las diferencias entre países, también hay grandes disparidades dentro de un mismo país entre ricos y pobres, así como entre poblaciones urbanas y rurales.

El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1/75 en las regiones en desarrollo y 1/7300 en las regiones desarrolladas; en el Níger es de 1/7, mientras que en Irlanda es de 1/48 000.

El 99% de las muertes maternas que se registran en el mundo corresponden a los países en desarrollo. Más de la mitad tienen lugar en el África subsahariana, y un tercio en Asia Meridional.

Otro factor que tiene relación con la morbilidad materna, perinatal e infantil es la anemia pues es una de las primeras causas de discapacidad a nivel mundial, lo que la convierte en uno de los problemas de salud pública más graves del planeta. Este trastorno afecta a cerca de la mitad de las mujeres embarazadas en el mundo: un 52% en los países no industrializados, frente a un 23% en los industrializados. Las causas más comunes de anemia son la mala nutrición, la carencia de hierro y de otros micronutrientes, la malaria, la anquilostomiasis y la esquistosomiasis. La infección por VIH y las hemoglobinopatías son otras concausas importantes.

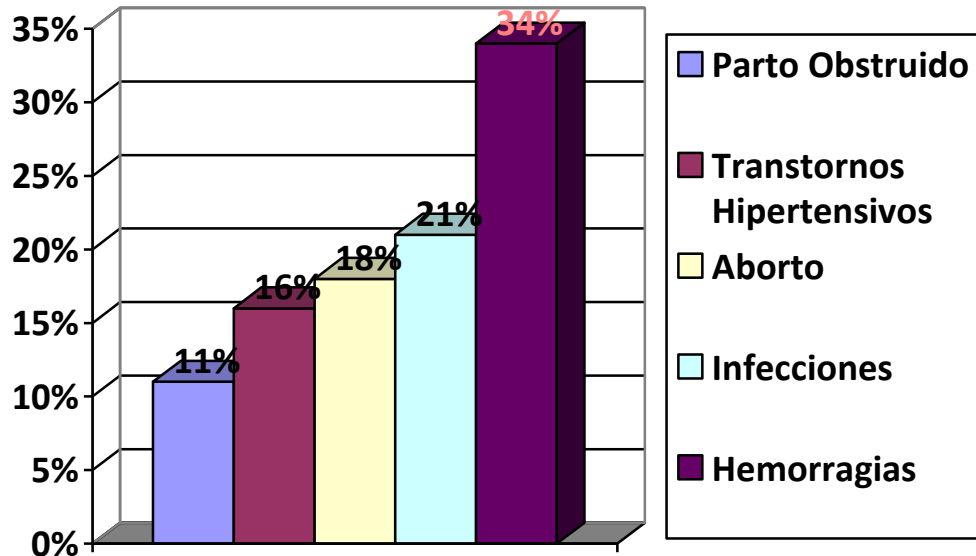
La anemia gestacional tiene graves consecuencias clínicas. Está asociada a un mayor riesgo de mortalidad materna, en particular por hemorragias. Las embarazadas con anemia grave soportan peor la pérdida de sangre; muchas de ellas necesitan una transfusión, intervención que no siempre es viable en los países pobres y que no está exenta de riesgos. La anemia durante el embarazo está asociada asimismo a mayores niveles de mortalidad, defunciones perinatales, insuficiencia ponderal del recién nacido y partos prematuros. Reducir la carga de anemia es fundamental para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la mortalidad materno-infantil. La carga de anemia más importante recae en las personas a las que es difícil acceder. La estrategia de control de la anemia en las mujeres embarazadas incluye: la detección y un tratamiento adecuado; la profilaxis contra enfermedades parasitarias y el suministro de suplementos de hierro y ácido fólico; y una mejora de la atención obstétrica y el tratamiento de las mujeres con anemia grave.

La Organización Panamericana de la Salud estima que el 95 por ciento de las muertes maternas podrían evitarse si las mujeres accedieran a servicios de salud, si éstos fueran de calidad y si todas las embarazadas recibieran atención prenatal.

A partir del panorama antes señalado en el presente análisis se ha encontrado que si bien la causas de mortalidad materna son multifactoriales y se mencionan elementos de carácter médico, institucionales, gubernamentales inclusive culturales, también hay

elementos concretos de los que con escasa frecuencia se hace referencia, uno de ellos es, en ocasiones, la actitud del personal de salud, otro más el desconocimiento de las mujeres y sus familiares de los signos y señales de alarma que se pueden presentar y que de no identificarse y tratarse a tiempo pueden derivar en complicaciones que tengan como factura la calidad de vida de la mujer al quedar con secuelas en su salud para toda la vida o en todo caso: la muerte. Hoy, morir "de parto", por complicaciones en la salud de las mujeres, debido a trastornos hipertensivos del embarazo, de hemorragia durante el parto o el posparto, de parto obstruido o fiebre puerperal, por complicaciones de un aborto, son causas injustificadas para que una mujer fallezca.

Se presentan datos dados a conocer por OMS, UNICEF, FNUAP en el 2001 respecto a las causas de mortalidad materna global.



Presentar cifras sobre defunciones maternas siempre resulta comprometedor cuando se sabe de los problemas de subregistro y mala clasificación. Aunque es de dominio público que existe este problema en casi todos los países del mundo, no es fácil recuperar las defunciones mal clasificadas o no registradas. En México, durante 2002 la Secretaría de Salud realizó un importante esfuerzo por mejorar el mal registro y la mala clasificación, logrando que alrededor de 291 defunciones que originalmente no aparecían en la base de datos del INEGI fueran incorporadas. Si bien esta cifra no representa la corrección total, el avance es considerable. Observando los datos registrados, la evolución de la mortalidad materna en México presenta un constante decremento entre 1955 y 1990 aunque desafortunadamente durante los últimos 22 años se ha desacelerado la tendencia decreciente. Cuando se desagrega por causas llama

la atención que las toxemias son las únicas causantes de muerte materna que no han disminuido. En 1980 la razón de mortalidad por toxemias era de 21.0, y en 2002 es de 20.8 por 100 000 nacidos vivos. El riesgo de morir por esta causa respecto a las otras causas maternas es más alto en todos los grupos de edad.

Cuadro II
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS DE EDAD. MÉXICO, 2002

Orden	Causas	Clave CIE 10a. Revisión	Defunciones	Tasa*	%
	Total		27 825	98.9	100.0
1	Diabetes mellitus	E10-E14	2 318	8.2	8.3
2	Tumor maligno del cuello del útero	C53	1 398	5.0	5.0
3	Tumor maligno de la mama	C50	1 306	4.6	4.7
4	Embarazo, parto y puerperio	O00-O99	1 282	4.6	4.6
5	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	K70, K72.1, K73, K74, K76	1 210	4.3	4.3
6	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	†	1 176	4.2	4.2
7	Enfermedad cerebrovascular	I60-I69	1 068	3.8	3.8
8	Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25	1 007	3.6	3.6
9	Nefritis y nefrosis	N00-N19	870	3.1	3.1
10	Agresiones (homicidios)	X85-Y09, Y87.1	794	2.8	2.9
11	VIH/SIDA	B20-B24	593	2.1	2.1
12	Leucemia	C91-C95	575	2.0	2.1
13	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	X60-X84, Y87.0	504	1.8	1.8
14	Infecciones respiratorias agudas bajas	J10-J18, J20-J22	461	1.6	1.7
15	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9	436	1.5	1.6
	Causas mal definidas	R00-R99	312	1.1	1.1
	Las demás causas		12 515	44.5	45.0

* Tasa por 100 000 mujeres de 15 a 49 años

† V02-V04 (.1, .9), V09.2-V09.3, V09.9, V12-V14 (.3-.9), V19.4-V19.6, V20-V28 (.3-.9), V29-V79 (.4-.9), V80.3-V80.5, V81.1, V82.1, V83-V86 (.0-.3), V87.0-V87.8, V89.2, V89.9, Y85.0

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Base de datos de defunciones, 2002. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050. México, 2002

CIE: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud

Cuadro IV
TENDENCIA DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPOS DE EDAD.
México, 1955-2002

Año	Defunciones	Razón [‡]	Grupos de edad*					
			< 20	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 y +
1955	2 866	197.4	15.0	21.1	21.1	17.3	15.7	9.8
1956	3 004	199.2	13.5	19.7	21.8	18.0	16.3	10.8
1957	3 217	205.5	12.2	21.3	20.9	18.2	18.1	9.4
1958	2 997	184.6	13.1	19.7	21.5	19.7	17.7	8.4
1959	3 279	195.1	11.6	19.6	21.4	20.2	17.9	9.3
1960	3 102	178.8	12.4	20.1	20.6	18.5	19.6	8.8
1961	3 186	178.3	12.9	20.0	18.6	19.8	19.2	9.5
1962	3 270	177.9	13.6	19.8	16.6	20.9	18.7	10.4
1963	3 040	161.1	11.9	20.9	19.9	17.8	19.5	9.9
1964	3 259	168.4	11.4	20.6	18.7	19.3	19.9	10.0
1965	3 109	156.7	12.5	18.9	19.4	18.8	19.8	10.6
1966	2 967	145.9	12.3	17.8	19.9	17.5	20.8	11.8
1967	2 992	143.5	12.3	18.0	19.1	19.9	20.8	9.9
1968	2 850	133.9	11.2	18.7	20.6	16.8	21.3	11.4
1969	3 204	147.4	12.1	20.2	16.8	18.7	20.3	11.9
1970	3 050	137.4	11.0	18.5	20.4	18.6	20.4	11.1
1971	3 266	144.2	11.7	17.3	19.3	17.9	21.4	12.4
1972	3 054	132.3	12.9	18.3	17.6	17.8	20.5	12.9
1973	3 048	129.5	13.3	18.3	18.8	17.8	19.7	12.1
1974	2 883	120.6	12.9	18.7	18.3	17.1	20.0	12.9
1975	2 558	105.3	13.1	18.0	19.6	16.3	19.2	12.9
1976	2 561	104.5	12.1	18.9	18.5	18.1	20.4	10.9
1977	2 544	103.4	12.4	21.4	17.4	17.1	19.1	11.8
1978	2 356	95.3	12.6	20.5	18.7	16.6	19.7	11.5
1979	2 459	99.1	12.8	19.9	18.9	16.8	19.6	11.2
1980	2 296	92.4	13.0	19.1	19.3	17.2	18.2	12.6
1981	2 199	88.4	14.4	20.0	19.6	17.3	17.6	10.3
1982	2 166	87.0	12.7	19.5	19.8	18.3	17.6	11.2
1983	2 133	85.7	12.0	20.4	20.6	18.8	16.7	10.8
1984	2 074	83.4	11.1	20.2	19.5	19.4	18.8	10.1
1985	1 702	68.5	11.0	21.8	18.8	19.5	17.5	10.5
1986	1 681	67.8	11.7	20.1	20.0	19.5	18.0	10.4
1987	1 546	62.4	10.4	19.9	21.9	19.0	17.7	10.1
1988	1 522	61.5	12.5	20.0	20.9	17.9	18.1	9.9
1989	1 518	61.3	11.7	20.7	20.8	18.8	17.8	9.7
1990	1 477	59.7	13.3	22.1	19.9	16.8	17.9	9.3
1991	1 414	57.2	12.7	20.4	19.9	19.7	17.0	10.1
1992	1 399	56.9	13.2	20.7	20.4	20.2	17.5	7.9
1993	1 268	52.0	13.1	22.2	19.2	21.4	16.6	7.1
1994	1 409	58.7	11.2	20.1	20.9	21.1	16.0	10.4
1995	1 454	61.8	13.2	21.5	19.8	20.8	16.3	8.0
1996	1 291	56.4	13.5	23.2	19.5	17.7	17.7	8.4
1997	1 266	56.7	11.2	20.9	20.1	20.1	19.3	8.1
1998	1 417	64.4	14.3	18.3	23.1	19.9	16.8	7.3
1999	1 399	64.5	13.7	20.7	22.8	19.4	15.1	8.0
2000	1 310	61.6	12.4	20.8	22.1	20.8	15.0	8.7
2001	1 253	60.1	12.0	19.2	20.4	21.5	18.0	8.6
2002	1 309	63.9	12.8	22.5	20.6	19.3	17.2	6.9

Nota: Siguiendo las recomendaciones de la OMS, de 1998 en adelante se incluyen las defunciones por VIH-SIDA (B20,B24) en mujeres embarazadas, y se excluyen las muertes maternas tardías y por secuelas (CIE-10, O96 y O97). Desde el año 1990 en adelante se incluyen las defunciones con registro ex-temporáneo

* La diferencia de la suma de porcentajes a 100% corresponde a la edad no especificada

‡ Razón por 100 000 nacidos vivos estimados por el Consejo Nacional de Población

Fuente: Organización Mundial de la Salud/Base de datos de defunciones, 1955 a 1978
 Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud.Bases de datos de defunciones,1979 a 2002
 Consejo Nacional de Población/Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, 2002

Cuadro V
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA. MÉXICO, 1980 Y 2002

	1980				2002			
	*CIE-9	Def.	Razón [‡]	%	§CIE-10	Def.	Razón [‡]	%
Causas maternas [#]	630-676	2 296	92.4	100.0	O00-O95, O98, O99	1 309	63.9	100.0
Hemorragia obstétrica	640, 641, 666	408	16.4	17.8	O20, O44-46, O67, O72	238	11.6	18.2
Infección puerperal	670, 672	133	5.3	5.8	O85-O86, A34	52	2.5	4.0
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo	642, 646.1, 646.2	522	21.0	22.7	O10-O16	427	20.8	32.6
Parto obstruido	660	11	0.4	0.5	O64-O66	4	0.2	0.3
Aborto	630-639	194	7.8	8.4	O00-O08	97	4.7	7.4
Causas obstétricas indirectas	647-648	38	1.5	1.7	O98-O99	187	9.1	14.3
Otras causas maternas	&	990	40.0	43.1	≠	304	14.8	23.2

* CIE-9: Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción, 9ª revisión

‡ Razón por 100 000 nacidos vivos estimados por el Consejo Nacional de Población.

§ CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10ª revisión

Se incluyen muertes codificadas en (B20 a B24), en las cuales se sabe que la persona estuvo embarazada (Nota de la CIE-10 Vol. 2) y menos de 42 días posteriores al parto

& CIE-9: (643-646.0, 646.3-646.9, 650-659, 661-665, 667-669, 671, 673-676)

≠ CIE-10: (021-043, 047-063, 068-071, 073-084, 087-095)

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Base de datos de defunciones, 1980 y 2002
 Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la Población de México, 2000 - 2050. México, 2002

Puede observarse que las defunciones maternas de 2002 en México presentan patrones de distribución diferentes a los que existían en 1990. Tres de cada cuatro suceden en unidades médicas, 80% recibe atención médica antes de morir y cada vez se concentran más en áreas urbanas y metropolitanas. Este es un fenómeno y tendencia que también se observó ocurre de alguna manera en las tres regiones hidalguenses.

Cuadro VI
MORTALIDAD MATERNA POR CAUSA SEGÚN GRUPOS DE EDAD. MÉXICO, 2002

Causas maternas*	Código CIE-10 000-095, 098,099	Total 1 309	< 15 9	15 a 19 159	20 a 24 294	25 a 29 269	30 a 34 253	35 a 39 225	40 y+ 90	No esp. 10
Defunciones										
Hemorragia obstétrica	O20,O44-46,O67,O72	238	2	19	52	46	42	49	26	2
Infección puerperal	O85-O86,A34	52	1	5	13	12	10	9	1	1
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo										
hipertensivos en el embarazo	O10-O16	427	5	57	98	74	86	74	29	4
Parto obstruido	O64-O66	4	0	0	0	2	0	1	1	0
Aborto	O00-O08	97	0	16	21	25	17	13	4	1
Causas obstétricas indirectas	O98-O99	187	0	26	48	46	28	26	11	2
Otras causas maternas	§	304	1	36	62	64	70	53	18	0
Razones específicas por causa y edad de la madre†										
Total	O00-O95, O98,O99	63.9	N. D.	55.7	50.4	47.4	67.5	125.9	154.0	
Hemorragia obstétrica	O20,O44-46,O67,O72	11.6	N. D.	6.7	8.9	8.1	11.2	27.4	44.5	
Infección puerperal	O85-O86,A34	2.5	N. D.	1.8	2.2	2.1	2.7	5.0	1.7	
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo										
hipertensivos en el embarazo	O10-O16	20.8	N. D.	20.0	16.8	13.0	22.9	41.4	49.6	
Parto obstruido	O64-O66	0.2	N. D.	0.0	0.0	0.4	0.0	0.6	1.7	
Aborto	O00-O08	4.7	N. D.	5.6	3.6	4.4	4.5	7.3	6.8	
Causas obstétricas indirectas	O98-O99	9.1	N. D.	9.1	8.2	8.1	7.5	14.5	18.8	
Otras causas maternas	§	14.8	N. D.	12.6	10.6	11.3	18.7	29.6	30.8	
Distribución porcentual										
Total	O00-O95, O98,O99	100.0	0.7	12.1	22.5	20.6	19.3	17.2	6.9	0.8
Hemorragia obstétrica	O20,O44-46,O67,O72	100.0	0.8	8.0	21.8	19.3	17.6	20.6	10.9	0.8
Infección puerperal	O85-O86,A34	100.0	1.9	9.6	25.0	23.1	19.2	17.3	1.9	1.9
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo										
hipertensivos en el embarazo	O10-O16	100.0	1.2	13.3	23.0	17.3	20.1	17.3	6.8	0.9
Parto obstruido	O64-O66	100.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	25.0	25.0	0.0
Aborto	O00-O08	100.0	0.0	16.5	21.6	25.8	17.5	13.4	4.1	1.0
Causas obstétricas indirectas	O98-O99	100.0	0.0	13.9	25.7	24.6	15.0	13.9	5.9	1.1
Otras causas maternas	§	100.0	0.3	11.8	20.4	21.1	23.0	17.4	5.9	0.0

* Se incluyen muertes por VIH/SIDA codificadas en (B20 a B24), en las cuales se sabe que la persona estuvo embarazada (Nota de la CIE-10 Vol. 2)

† Razones por 100 000 nacidos vivos estimados por el Consejo Nacional de Población, según edad de la madre

§ CIE-10: (021-043, 047-063, 068-071, 073-084, 087-095)

Nota: Para el grupo de menores de 15 años de edad no se cuenta con nacimientos estimados

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Base de datos de defunciones, 2002
Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. México, 2002

CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 10ª revisión

Cuadro VII
MORTALIDAD MATERNA, SEGÚN ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA DEFUNCIÓN. MÉXICO, 1990 Y 2002

Variable	1990		2002	
	Def.	%	Def.	%
Sitio de la defunción	1 477	100.0	1 309	100.0
Unidad médica	846	57.3	994	75.9
Hogar	427	28.9	224	17.1
Otro sitio	118	8.0	56	4.3
No especificado	86	5.8	35	2.7
Atención médica	1 477	100.0	1 309	100.0
Sí	977	66.1	1 059	80.9
No	364	24.6	181	13.8
No especificado	136	9.2	69	5.3
Escolaridad	1 477	100.0	1 309	100.0
Sin escolaridad	327	22.1	191	14.6
Menos de 3 años de primaria	286	19.4	150	11.5
3 a 5 años de primaria	176	11.9	156	11.9
Primaria completa	358	24.2	304	23.2
Secundaria	158	10.7	271	20.7
Preparatoria	66	4.5	128	9.8
Profesional	35	2.4	82	6.3
No especificado	71	4.8	27	2.1
Derechohabiencia	1 477	100.0	1 309	100.0
Ninguna	896	60.7	917	70.1
IMSS	202	13.7	233	17.8
ISSSTE	48	3.2	39	3.0
Pemex	3	0.2	2	0.2
Fuerzas Armadas	6	0.4	7	0.5
Otro	23	1.6	29	2.2
Más de una	1	0.1	0	0.0
No especificado	298	20.2	82	6.3
Estado civil	1 477	100.0	1 309	100.0
Soltera	159	10.8	161	12.3
Casada	950	64.3	702	53.6
Unión libre	310	21.0	407	31.1
Separada	10	0.7	6	0.5
Divorciada	3	0.2	3	0.2
Viuda	11	0.7	8	0.6
No especificado	34	2.3	22	1.7
Certificante de la defunción	1 477	100.0	1 309	100.0
Médico tratante	512	34.7	373	28.5
Otro médico	753	51.0	746	57.0
Médico legista	69	4.7	125	9.5
No médico	76	5.1	43	3.3
No especificado	67	4.5	22	1.7
Zona	1 477	100.0	1 309	100.0
Rural dispersa < 2 500 habitantes	679	46.0	470	35.9
Rural concentrada 2 500 a 14 999 habitantes	282	19.1	184	14.1
Urbana 15 000 a 99 999 habitantes	417	28.2	452	34.5
Metropolitana de 100 000 y +	92	6.2	125	9.5
No especificado	7	0.5	78	6.0

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Pemex: Petróleos Mexicanos

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática/Secretaría de Salud. Base de datos de defunciones, 1990 y 2002, México

En México, dado su nivel de desarrollo social, sólo se deberían presentar 417 defunciones maternas cada año, por ello, el disminuir la muerte materna hasta llegar a ese número es la meta para 2015.

En la actualidad, se presentan 2.1 millones de embarazos cada año, cerca de 300 mil tienen complicaciones obstétricas. Cada año 30,000 mujeres quedan con secuelas obstétricas que las convierten en discapacitadas. Fallecen, anualmente, más de 1,200 mujeres. El 80% de las defunciones maternas son prevenibles.

Con la mortalidad materna se genera además una secuela social de 3,000 huérfanos cada año y junto con ello cambios de desventaja en el desarrollo de los menores.

La Mortalidad Materna es pues, un indicador de las condiciones de vida y el valor real dado a las mujeres, pues en ella convergen múltiples y variados factores de la sociedad a la que pertenecen: factores que operan en la salud y conductas sexuales y reproductivas de la población. La mortalidad materna, no es un accidente, por lo contrario, se van “construyendo” por diversos factores activados en situaciones críticas, que de no resolverse adecuada y oportunamente, al “encadenarse”, van trazando un “camino” que termina en la muerte de las mujeres.

En el Estado de Hidalgo año con año se presentan de 25 a 34 muertes maternas, de las cuales algunas corresponden a los municipios con altos niveles de marginación de la Huasteca, la Sierra Alta, Sierra Gorda, Otomí Tepehua y Valle del Mezquital.

La relación entre muerte materna y grupo étnico se agudiza en la población rural. En el Estado de Hidalgo durante el año 2004, el índice de mortalidad materna en espacios urbanos era de 5.4 por cada 10,000 nacidos vivos; mientras que en el ámbito rural se elevó a 9.1 por cada 10,000 nacidos vivos.

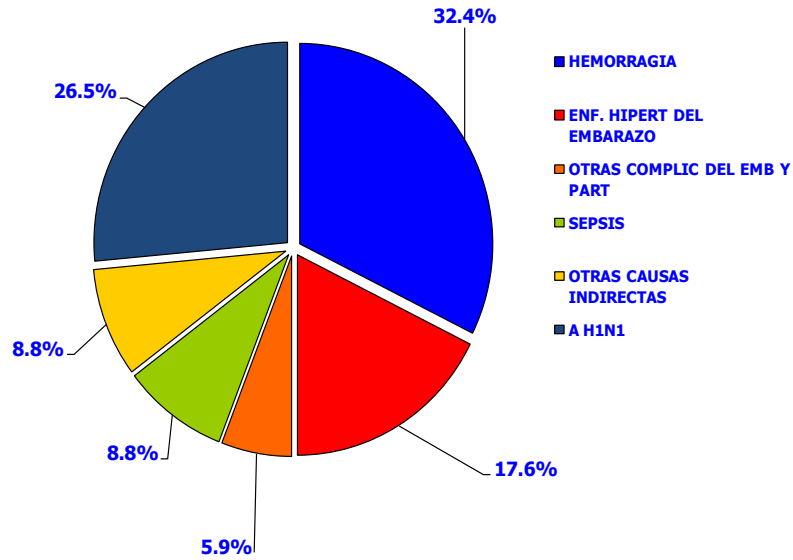
Hay comunidades dentro de la región del Valle del Mezquital, la Otomí–Tepehua y la Huasteca, en las que existen los factores de riesgo identificados en la población tanto rural como semiurbana: baja escolaridad, pobreza extrema, áreas de difícil acceso, multiparidad, embarazos no planeados y en los extremos de la vida, aunando a las creencias, mitos y tabúes alrededor de la maternidad.

Durante 2009, para el estado de Hidalgo el panorama de defunciones según causa básica fue de 34 muertes maternas, de las que se destacan como primera causa la hemorragia; en ese año la influenza presentó alta incidencia entre las mujeres, alcanzando un porcentaje del 26.5; las enfermedades hipertensivas durante el embarazo presentaron un porcentaje de 17.6%.

Las muertes por otras complicaciones y sepsis, tuvieron cada una un porcentaje del 8.8 %, mientras que a las causas indirectas les correspondió el 5.9%. Analizaremos más adelante si hubo movimiento en estos indicadores y qué situaciones sucedieron para favorecer o no el cambio.

Causas de mortalidad materna 2009

N= 34



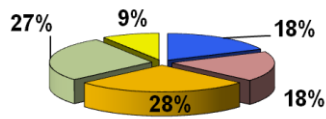
Defunciones Maternas. Hidalgo, 2010

n = 15

Lugar de Defunción

Hospitales SSH	10 casos
Hospitales IMSS	2 casos
Hospital IMSS Op	2 casos
Hogar	1 caso

Por Edad



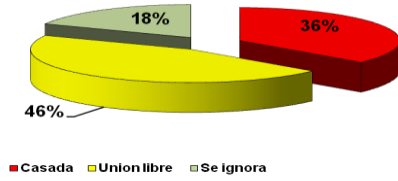
Mínima 17 años
 Máxima 38 años
 Promedio 27 años
 Mediana 29 años
 ■ 17 a 20 ■ 21 a 25 ■ 26 a 30 ■ 31 a 35 ■ 36 y mas

Fuente: Certificados de Defunción, 2010
 Base de datos Subdirección Epidemiología

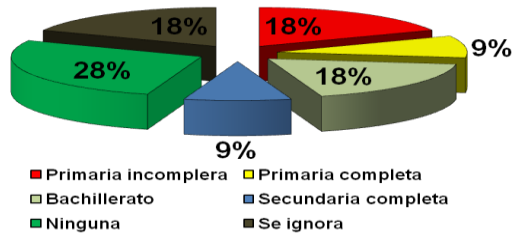
Defunciones Maternas. Hidalgo, 2010

n = 15

Estado Civil



Escolaridad

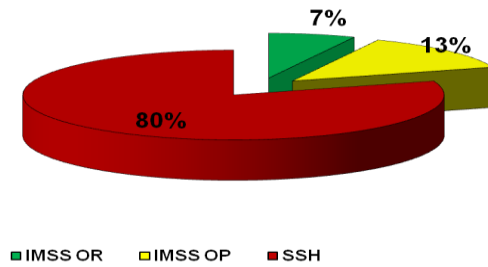


Fuente: Certificados de Defunción, 2010
Base de datos Subdirección Epidemiología

Defunciones Maternas. Hidalgo, 2010

Por Área de Responsabilidad

n = 15



Fuente: Certificados de Defunción, 2010
Base de datos Subdirección Epidemiología

APARTADO 2

METODOLOGÍA

Esta metodología está apoyada en diferentes enfoques teóricos que no esperan encontrar una realidad previamente concebida, trata de descubrir las estructuras y los sistemas dinámicos que subyacen a los eventos observados.

Se planteó una metodología que es por definición, el camino a seguir para alcanzar conocimientos seguros y confiables. El sustento de este trabajo tiene como pilares una visión científica, humanística con perspectiva de género y enfoque intercultural, es decir, un reconocimiento de las creencias, perspectivas y predisposiciones de los participantes, así como las consideraciones de carácter intercultural para cada comunidad, sus estilos y calidad de vida.

En este corte de análisis quien participó como analista en la elaboración del presente documento, por definición, desde el paradigma de investigación que se trabajó, juega un papel central a partir de la implicación con los participantes y la obtención de observaciones. Este tipo de análisis implica una relación interpersonal con los participantes activos de cada curso taller y de las sesiones educativas en el trabajo de la comunidad.

- La metodología que se ocupó fue híbrida, metodología contemporánea en el campo de los procesos subjetivos de la salud y el desarrollo comunitario debido a:
- Su forma de encarar el mundo empírico
- Por utilizar la inducción, es decir, se desarrollaron conceptos, interacciones y comprensiones en pautas emergentes del análisis de las observaciones.
- El análisis se hizo de manera integral, esto es, personas, escenarios y grupos fueron considerados como un todo, no reducidos a variables

La aplicación de esta metodología permitió el cuidado sensible de la técnica de investigación y análisis que se causaron en nuestro objeto de estudio. No se coloniza la experiencia del Otro: comprensión (sustento metodológico en la fuente de Taylor y Bogdan, 1996)

El presente análisis implicó que cada perspectivas de grupo o de persona, fuera considerada como valiosa, no se buscó una "verdad" o la "moralidad", a través de este análisis se da voz a todos los participantes.

La validez de este análisis de acuerdo a Taylor y Bogdan, (1996) e Itto y Vargas (2005) aseguró un estrecho ajuste entre lo que los participantes expresan y hacen y lo observado, particularmente en el aula, anecdotarios verbales (de búsqueda

intencional) desempeño en las sesiones educativas con las usuarias, participación activa y propositiva en el trabajo de promoción comunitaria.

Las aproximaciones cualitativas que se hicieron, buscaron la cercanía con el personal y las usuarias para obtener, además de conductas observables, estados internos, ello fue importante considerando en la acción: a) el contexto de la interacción social pues hubo entrevistas que se llevaron a cabo directamente en áreas en la que requería de un traductor debido a que tanto la entrevistadora como las personas entrevistadas hablaban lenguas distintas, b) el entendimiento y comprensión empática basada en la experiencia subjetiva y en las conexiones entre estados subjetivos y conductas, es decir, cada contacto interpersonal estuvo necesariamente permeado del respeto a las creencias, cosmogonías, y filosofía de vida de cada participante.

En la metodología híbrida utilizada, los métodos empleados fueron:

- Método de Observación
- Método de Entrevista
- Recolección de datos primarios y secundarios
- Sistemas categoriales
- Sistemas descriptivos
- Sistemas narrativos

Es importante puntualizar que si bien se muestran algunos resultados en forma numérica, la importancia se otorga al significado no sólo de los datos, de los gráficos numéricos sino de las observaciones realizadas en cada una de las fases y etapas de cada proyecto, de tal manera que las situaciones no se tomaron aislados sino que se ubicaron en el contexto en el que ocurrieron para así comprender su significado funcional, de tal manera que, se circunscriben a cada una de las zonas geográficas trabajadas generando así análisis específicos.

Se pretendió identificar cómo la persona transforma y lleva a cabo una serie de comportamientos y actitudes, se adapta, se dispone ella/él misma en los diferentes ámbitos que habita y la forma en que le da un sentido a su entorno laboral y personal.

El objetivo del presente análisis fue crear una imagen apegada y fiel a los resultados obtenidos durante la experiencia desarrollada en 2009 y 2010 para coadyuvar en la disminución de la mortalidad materna en las tres regiones del estado de Hidalgo con propuestas concretas de políticas públicas dirigidas al sector salud, a partir de los resultados y/o productos obtenidos en cada una de las fases del Modelo Educativo con Perspectiva de Género y Derechos Humanos durante el 2009 y 2010 en las regiones Otomí-Tepehua, Huasteca y Valle del Mezquital, respectivamente. Así como, los resultados derivados de las etapas de la propuesta de fortalecimiento de las redes interinstitucionales y sociales

Uno de los propósitos del método utilizado fue proponer respuestas a cuestionamientos a través de procedimientos sistemáticos, al examinar varios conjuntos sociales o individuos

que se desenvuelven en esos contextos sociales. Se trabajó con personas que laboran en el sector salud y que fundamentalmente tienen una responsabilidad de carácter gerencial, administrativo, social o especialmente clínico y personal gubernamental que trabaja con la población, que atiende a mujeres embarazadas, durante el parto y el puerperio y que realiza acciones directamente con la comunidad.

Otro propósito fue identificar si hay referencia de actitudes y comportamientos, de adaptación, de la persona, la forma en que le da un sentido a su entorno, en este caso fundamentalmente a partir de su actitud frente a su espacio laboral.

Los lugares de análisis fueron seleccionados a partir de la intervención activa del sector salud con estrategias dirigidas a la prevención de la muerte materna y cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Sin embargo, fue requisito para el análisis puntualizar que se llevó a cabo a partir de la intervención educativa llevada a cabo durante dos años consecutivos en el estado, particularmente en tres zonas específicas, las cuales tuvieron como características:

- Alta Razón de Mortalidad Materna.
 - Mayor número de muertes maternas
 - Bajo índice de Desarrollo Humano (IDH)
 - Estrategia de Intervención y trabajo de Redes Sociales
 - Puede Consultar documentos respecto a la Estrategia de Intervención Educativa ubicados por la SSA o personajes intersectoriales.
 - Personal de salud como participantes en la Estrategia de Educativa y fortalecimiento interinstitucional de las redes sociales
 - Se hicieron observaciones a lo largo de cada una de las fases de la estrategia de intervención. Las fases y número de sesiones en observación directa.
 - Índices de mortalidad materna por jurisdicción sanitaria
 - Categorías taxonómicas de Análisis
 - Identificación de experiencias exitosas en las tres zonas
 - Compromisos realizados en cada estado por niveles Jurisdiccional y Estatal

En general no hubo limitaciones, se tuvo el acceso necesario a la información, solo cabe aclarar que la recolección de ésta para presentarla numéricamente, graficar, homogeneizar y hacer los comparativos implicó ser cotejada a través de otros documentos y entrevistas individuales con personal estatal, jurisdiccional y operativo de cada una de las tres zonas en las que se llevó a cabo la estrategia educativa: Zona del Valle del Mezquital, Otomí –Tepehua y Huasteca, así como en las dos áreas en las que se trabajó de manera focalizada con el fortalecimiento interinstitucional de las redes sociales: Otomí-Tepehua y Huasteca. Es importante puntualizar que el acopio de algunos datos que se presentan respecto a estadísticas del 2010 son avances, pues la compilación de la información global de todo el estado compete directamente a las instancias del sector salud, sin embargo, con lo que se obtuvo fue suficiente para el presente análisis. Lo importante es que sí se obtuvieron los totales de mortalidad materna de las zonas trabajadas y no solo de 2009 y 2010 sino desde 2004 hasta 2010.

TERMINOLOGÍA BÁSICA

A continuación se hace un análisis con diseños de reflexión gráfica y conceptual que arroja un comparativo de los resultados obtenidos de los programas y acciones que se llevan a cabo por parte del sector salud. El presente documento puede ser una herramienta en salud materna para promover una mejor comprensión de la necesidad de acciones específicas para atender las barreras culturales, económicas, geográficas y las provenientes de los servicios de atención existentes que enfrentan las mujeres en particular y la población en general de sectores socioeconómicamente vulnerables y en desventajas geográficas, climáticas y con bajos índice de desarrollo humano.

Para hablar de mortalidad materna es necesario tener claridad y precisión de algunos términos que serán utilizados a lo largo del presente documento y que es necesario definir:

La muerte materna es definida como la defunción de una mujer durante la gestación, el parto o durante los siguientes 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de su localización anatomofisiológica, del sitio y duración del embarazo, relacionada o agravada por el proceso de embarazo mismo, del parto, el puerperio o su atención. (CIE-10, O00-O94). No se incluyen causas accidentales

La muerte materna tardía es la defunción de una mujer entre los 42 días y los 365 días después de la terminación de la gestación. (CIE-10, O96). Es decir, la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días, pero antes de un año de la terminación del embarazo.

La muerte materna relacionada con la gestación es aquella que ocurre durante o hasta los 42 días de terminado la gestación por causa no especificada. (CIE O95).

El control prenatal es el procedimiento médico que tiene como propósito atender a la mujer durante la gestación con objeto de reducir la morbimortalidad materno-fetal a su mínima expresión. Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos, periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal.

El desarrollo comunitario es entendido como movimiento de mejora de la comunidad con la participación autónoma y/o inducida de ésta, siendo desarrollo comunitario tanto la propia atención comunitaria como la mejora derivada de ella, la inducción, esto es, por lo que respecta a los procesos correspondientes, a las actuaciones en estos contenidos y a los métodos específicos empleados, así como a la filosofía que inspira todo lo anterior y que se traduce en una actitud y forma de actuación determinadas. El desarrollo comunitario no es tanto una acción social en la comunidad, se trata de esfuerzos y acciones de base, organizados con iniciativa y dirección de esas mismas bases, aunque para su despegue hayan precisado de una acción exterior. El desarrollo comunitario se trata de una metodología de trabajo desde la base que actúa fundamentalmente a nivel psicosocial, mediante procesos educativos que

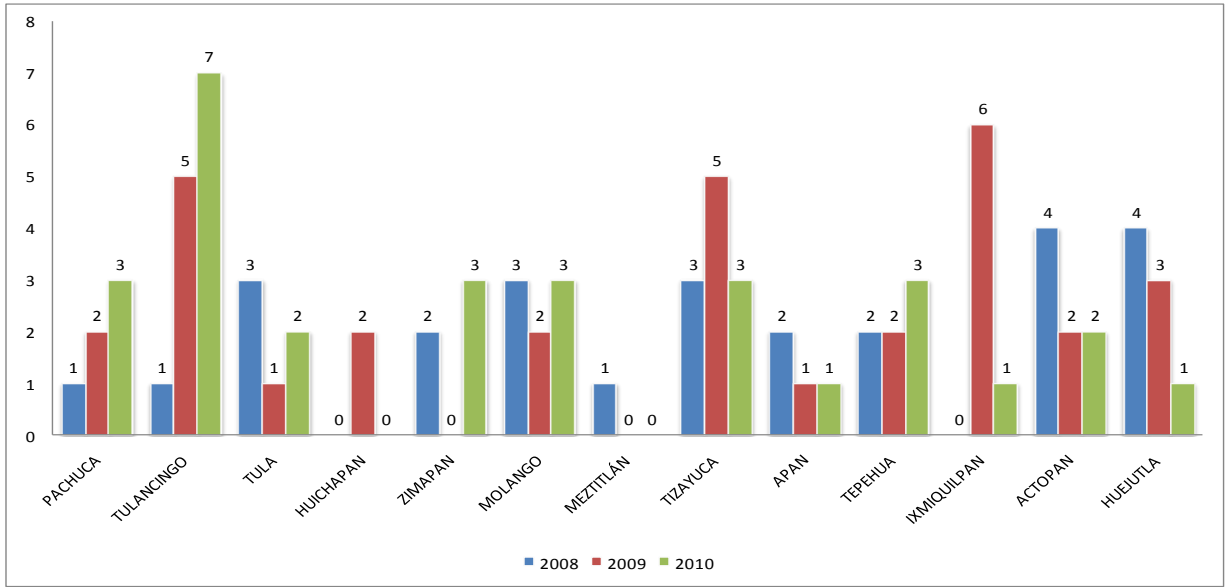
desenvuelven virtualidades latentes y desarrolla potencialidades en individuos grupos y comunidades para mejorar sus condiciones de existencia.

Políticas Públicas se pueden entender como el ámbito privilegiado de realización del pacto entre Estado y sociedad. Un nuevo papel del Estado, en el sentido de hacerlo más ágil y organizado. Aquí podemos rescatar el sentido de participación entre estos dos actores. La participación ciudadana en distintos momentos, es una de las maneras de contar con Políticas Públicas socialmente relevantes. La Política Pública casi siempre busca forzar o imposibilitar que la gente haga cosas que, de otro modo, no haría. Confirmando así, la influencia en el cambio de conducta de aquellos que les toca ajustarse a la política, de esta manera se marcan rumbos en la sociedad. Las Políticas Públicas tienen la potencialidad de resolver problemas concretos, de promover integración social: es decir, permitir que la gente viaje en el “mismo avión.” Este último término hace referencia también a la búsqueda de la equidad, ya que si bien es cierto que una propuesta de política puede beneficiar a unos y perjudicar a otros, se debe tener en mente que la mayoría que es quien decide en una democracia, sin menospreciar claro está, a las minorías.

Toda esta terminología forma parte implícita del presente documento y su manejo permite tener claridad en la lectura e interpretación de los datos recabados.

Se observa en esta gráfica que hay variaciones en los índices de mortalidad materna, durante 2008, 2009 y 2010. Para el caso de la jurisdicción Pachuca, Tulancingo, hubo un constante incremento en los tres años. En la jurisdicciones de Huejutla, Actopan, Ixmiquilpan, Apan y Tizayuca disminuyó el índice de mortalidad para el 2010, estas fueron las regiones en las que se trabajó, con el Modelo de Intervención Educativa sin embargo, para el caso de la Otomí Tepehua este mismo índice, se mantuvo y se incrementó con una muerte más en 2010.

Mortalidad Materna 2008 al 2010 del Estado d Hidalgo por Jurisdicción



A continuación se muestran los datos oficiales de la situación de mortalidad materna durante 2010 en el Estado de Hidalgo de enero a agosto de 2010, en las siguientes tablas se puede ver las mujeres fallecen no precisamente en fin de semana o días festivos, lo que es un mito, si bien es cierto que hay plantillas incompletas y falta de personal en los días mencionados, lo cierto es que se complican o fallecen independientemente del día de la semana. Por supuesto que la carencia de personal de salud es una situación que debe resolverse.

DEFUNCIONES MATERNAS 2010 POR MES

ENERO	1
FEBRERO	3
MARZO	3
ABRIL	2
MAYO	1
JUNIO	1
JULIO	2
AGOSTO	2

Defunciones Maternas. Hidalgo, 2010

DIA	
LUNES	1
MARTES	3
MIERCOLES	1
JUEVES	3
VIERNES	3
SABADO	2
DOMINGO	2
TOTAL	15

DERECHOHABIENCIA	
SEGURO POPULAR	6
IMSS OR	1
IMSS OP	2
NINGUNA	6
ISSSTE	0
TOTAL	15

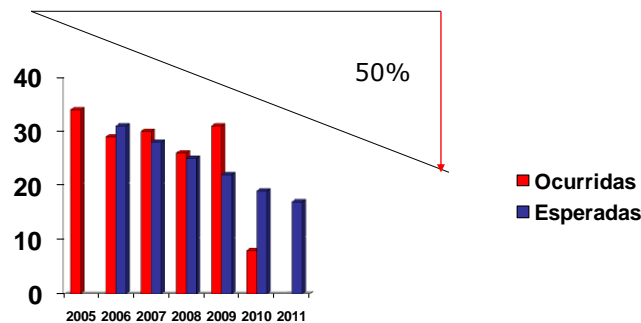
En las poblaciones más distantes de los servicios, el personal de salud se ha dado a la tarea de monitorear a las mujeres en viernes ante la ausencia de personal médico el fin de semana y si detectan alguna potencial complicación dejan indicaciones precisas tanto a la señora como a la familia y autoridad municipal. Esta es una estrategia que funciona y que se aplicó en el ejercicio de la Intervención Educativa. Lo mismo ocurre respecto a los meses, la lógica nos diría que debiera haber mayor índice de mortalidad en la temporada de lluvias, cuando los caminos se descomponen (más de lo que ya algunos están, cuando están) se bloquean, dificultan el paso e inclusive obstruyen por horas o días cualquier paso.

El acceso a los caminos es más que complicado en algunas comunidades, como sucede en la Otomí Tepehua, por ejemplo y sin embargo encontramos índices de mortalidad mayores en Tulancingo o en Pachuca, o en municipios que no presentan este problema. Es importante destacar por lo tanto que los esfuerzos comunitarios que se hacen en cada localidad respecto al fortalecimiento de las redes sociales no es una acción que solo deba llevarse a cabo en comunidades lejanas de las cabeceras municipales o rurales.

Se requiere de esfuerzos compartidos para tener logros, de acuerdo a la meta sexenal se esperaría una reducción en mortalidad materna, a este respecto puede decirse que

se han obtenido resultados con el Modelo de Intervención Educativa y con el proyecto de Fortalecimiento de las Redes Interinstitucionales y Sociales

Hidalgo. Programa Salud de la mujer. Meta sexenal 2006-2011



Fuente: Certificados de Defunción, 2010
Base de datos Subdirección Epidemiología

A continuación se presentan datos y gráficas que corresponden a la mortalidad materna del Estado de Hidalgo de cada una de las tres zonas en las que trabajó con 1º y 2º niveles de atención y trabajo comunitario.

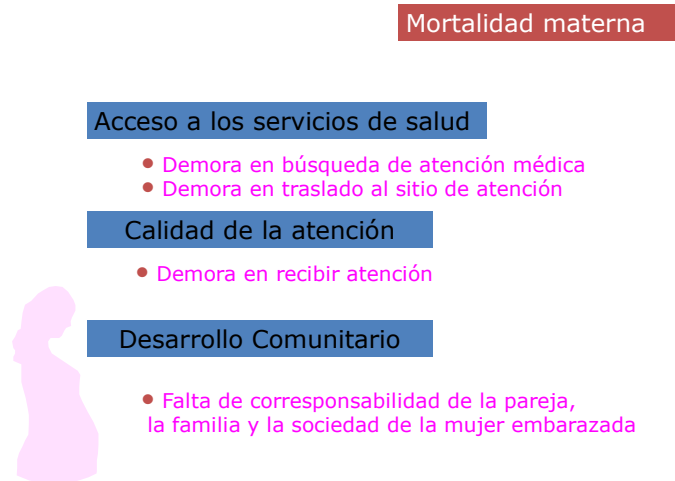
Hay estadísticas y más estadísticas, sin embargo, los números, las más de las veces, no hablan por sí mismos, requieren ser interpretados y cotejados con la realidad, de otra manera se generan mitos en torno a lo que es la morbilidad materna.

Por mencionar algunos de más frecuentes:

- Las muertes suceden más en zonas rurales y alejadas que en zonas urbanas
- Las mujeres estando en hospital mueren más en fin de semana y días festivos que entre semana
- Mujeres profesionistas ni trabajadoras en el área de salud que presenten mortalidad materna
- La muerte materna no se presenta en la atención y consulta privada
- La eclampsia no se puede prevenir
- La familia no puede hacer nada una vez que se presenta la preeclampsia
- Una vez que nace el producto, la madre está fuera de riesgo
- Después del parto no es necesaria la cuarentena.
- La mortalidad materna se presenta con más frecuencia en los servicios de salud porque no hay personal calificado

- Las consultas prenatales no son tan importantes
- Las consultas posparto no son necesarias

Actualmente se conoce que hay una serie de situaciones que generan mayor probabilidad de que exista una muerte materna. Existe el modelo de las tres demoras propuesto por Campbell O. y Graham W.J. (2006) y ampliado por Castro y cols. (2009), y aunque no es una demora, pero si es un factor tan importante como aquellas, hay otro elemento al que se le debe puntualizar y hacer énfasis: el de desarrollo comunitario



Este modelo de las tres demoras y desarrollo comunitario, tiene importancia en los dos proyectos que se llevaron a cabo durante 2009 y 2010 debido a que se pusieron en práctica acciones que tienden a nulificar cada uno de estos factores. Se profundizará más adelante a este respecto en el apartado que corresponde al Fortalecimiento de las Redes Interinstitucionales y Sociales con el Sector Salud para coadyuvar en la disminución de la mortalidad materna en la Huasteca y Otomí Tepehua.

Pasemos ahora a considerar los datos arrojados en cada unas de las jurisdicciones en las que se trabajó, para ello se presentan los datos desde 2004 para identificar si hubo alguna tendencia numérica en el indicador o bien algún cambio ante la intervención

La Huasteca Hidalguense abarca la porción noreste del territorio, y se trabajó en ocho municipios que son Atlapexco, Huautla, Huazalingo, Huejutla de Reyes, Jaltocán, San Felipe Orizatlán, Xochiatipan y Yahualica. En todos estos lugares, la población indígena es mayoritaria, representando aproximadamente el 85% del total de habitantes de la zona.

De la zona Otomí Tepehua los municipios en los que se trabajó fueron Tenango de Doria, Agua Blanca de Iturbide, San Bartolo Tutotepec y Huehuetla.

El Valle del Mezquital conforma una macrorregión, compuesta por 27 municipios, en los cuales se trabajó con personal de salud de la SSA, IMSS E ISSSTE de esta región: Actopan, Nicolás Flores, Tecozautla, Tasquillo, Ixmiquilpan, Cardonal, Huichapan, Santiago de Anaya, Chilcuautla, Mixquiahuala, Francisco I. Madero, San Salvador, Tetepango, El Arenal y San Agustín Tlaxiaca. Se trabajó con personal del IMSS, ISSSTE y Secretaria Salud

Hacia el Valle del Mezquital, de entre los municipios con los que se trabajó, en unas cuantas comunidades los datos señalan que aún hay parteras tradicionales, sin embargo, aunque si bien hay población bilingüe e indígena, son escasas tanto en las jurisdicciones correspondientes a Ixmiquilpan como Actopan. La participación de este personaje cambia considerablemente en la zona Otomí- Tepehua y en la Huasteca en donde particularmente en esta última hay un considerable número de parteras actualmente no solo se tiene identificadas por el sector salud sino que además también son capacitadas y certificadas. El papel de la partera en muchas comunidades ha sido transformado, pues si bien algunas de ellas atienden partos, muchas se han convertido en vigilantes y gestoras de las embarazadas, y parturientas para tener atención del personal médico; son un personaje central e importante en el monitoreo de las mujeres en edad fértil y acompañantes de las mismas a las unidades de salud, particularmente a las unidades del primer nivel de atención.

Muchas comunidades cuentan con centros de salud, o bien hay presencia de primer nivel de atención del IMSS y del ISSSTE aunque en menor cantidad. Hay problemas para desplazarse hacia algunos centros de salud debido a las distancias o acceso en los caminos. Respecto al segundo nivel de atención prácticamente en el caso de los hospitales que corresponden la SSA no están las plantillas completas en lo que compete a salud materna y perinatal, por diferentes razones, entre ellas ciertamente por falta de plazas, sin embargo, también debido a que no hay especialistas que las tomen aún cuando escasamente la plaza exista pues refiere el personal de salud que los salarios asignados a dichas plazas no son atractivos para los especialistas.

Recientemente el IMSS y el ISSSTE han estado recibiendo a mujeres embarazadas en situaciones de emergencia ante una complicación, esto tanto en la Jurisdicción de Ixmiquilpan como en la de Actopan, jurisdicciones en las que se observó escasa e inclusive nula comunicación con segundo nivel de atención pues únicamente se tenía a través del nivel estatal, de tal manera que al haber tan escasa comunicación directa entre el personal de la jurisdicción y el segundo nivel de atención, esta se triangulaba. A partir del trabajo llevado a cabo en ambas zonas, ambas jurisdicciones establecieron comunicación con algunos de los directivos de hospitales agendando reuniones de carácter solidario y resolutivo tanto intra como interinstitucionalmente. Un planteamiento y acuerdo concreto fue por ejemplo el de darle uso al censo de mujeres embarazadas, en el segundo nivel de atención, de tal manera que los hospitales conozcan la cantidad de mujeres que parirán así como las potenciales fechas de parto

El que los hospitales cuenten con el censo de embarazadas y hagan uso de éste, permite que ante alguna emergencia haya un traslado directo a la unidad en donde puede ser atendida la mujer, pues personal de los hospitales mencionaban que con

antelación avisarían a la jurisdicción o la unidades de salud de donde reciben con mayor frecuencia usuarias, si están en condiciones o no de recibir con oportunidad a alguna mujer, de tal manera que no se detuviera la usuaria y su familiar en una unidad en la que se perdiera un tiempo valioso para su atención.

En las tres jurisdicciones fundamentalmente, se trabajó con personal de primer nivel de atención. Para el caso del ISSSTE, aunque fue poca la asistencia de personal de esa institución se tuvieron resultados favorables, la promoción en la comunidad quizás por estructura es algo que a la vista no se observe con facilidad; para el caso del IMSS, los supervisores de zona participaron proactivamente estando pendientes de cada espacio de asistencia para incluir a su personal, en cada una de las fases y por supuesto en las tres áreas geográficas de trabajo los resultados que entregaron fueron sorprendentes. Líderes entre sus compañeros y personal a su cargo y personas de autoridad moral, solidarios con sus colaboradores, mostraron ser un equipo flexible y abiertos a la inclusión y apoyos interinstitucionales tanto en el Valle del Mezquital como en la Huasteca y Otomí-Tepehua.

En segundo nivel de atención poco a poco han estado dando solución a la atención de mujeres embarazadas en situaciones de emergencia obstétrica. Recientemente de haberse dado a conocer del decreto presidencial de atender a toda mujer embarazada en situación de urgencia independientemente de ser derechohabiente o no, en la Otomí-Tepehua y en la Huasteca en realidad durante el año pasado no sucedía, actualmente se tiene una mejor respuesta, tanto en estas zonas como en el Valle del Mezquital aunque ha sido un trabajo complejo, pues no basta decretar sino educar, no solo al personal de salud sino a la misma población usuaria de los servicios.

En estas tres jurisdicciones es común encontrar familiar de los migrantes, las mismas que acuden para recibir el dinero que éstos envían. Es al final del año cuando gran cantidad de migrantes regresan para celebrar en sus comunidades las fiestas. En las calles de los centros urbanos se observan numerosos automóviles con placas de Estados Unidos que los migrantes traen con ellos. La migración es un fenómeno social que tiene implicaciones también en mortalidad materna y en los estilos de vida de muchas mujeres. Hay localidades en las que las mujeres se reportan con estados civil de casadas, sin embargo, en el mejor de los casos recibirán algún apoyo económico que sus esposos envíen desde los Estados Unidos, pues existen mujeres que solteras o casadas se embarazan, el compañero se va al extranjero y ellas se hacen cargo de sí mismas, del embarazo y el futuro bebé. Estando en la lejanía de la pareja, también hay embarazos y son escondidos, se complican... pues hay un temor del rompimiento de los cánones sociales. Al regreso de las parejas (cuando regresan con ellas) se reanudan entre varias actividades al interior de la pareja entre ellas la sexual y los riesgos de contagios pueden ser altos especialmente si no hay un ejercicio del cuidado de la salud sexual tanto para mujeres como para hombres.

Hacia el Valle del Mezquital el uso de la lengua constituye uno de los principales referentes de identidad, tanto al interior como al exterior de los grupos. Para el caso de los hñahñus del Valle del Mezquital, la lengua se encuentra en una situación de

marginalidad, sobre todo entre las generaciones de jóvenes, quienes no quieren o no saben hablarla. Sin embargo, en las unidades domésticas y en las reuniones comunitarias aún es utilizada como el medio de comunicación entre los adultos. En la zona Otomí Tepehua, la partera juega un papel importante como traductora de las usuarias, lo mismo que las auxiliares de salud, el personal médico de varias maneras aprende la lengua para comunicarse en la lengua nativa de las usuarias. Para la zona Huasteca puede decirse que aproximadamente entre el 75 y 85% del personal de salud de primer nivel de atención habla náhuatl, y aun cuando hay variaciones en la lengua el personal de salud se comunica dentro del consultorio en la lengua de las usuarias, cuando el personal de salud no maneja la lengua dentro de la consulta genera poca disposición de la comunidad a participar en trabajos comunitarios de salud e inclusive para seguir las recomendaciones médicas.

La lengua también es utilizada como un símbolo de resistencia, es la manera en que marcan la diferencia entre ellos y los otros. El hñahñu el náhuatl, y el otomí aún son idiomas que se hablan entre los habitantes correspondiente a cada zona, hay una clara percepción de la pérdida de su uso entre las recientes generaciones.

Respecto a los hábitos alimentarios están siendo modificados por ejemplo por la entrada de remesas que elevan el poder adquisitivo. El consumo de comida enlatada e instantánea es cada vez más común en los hogares de las tres zonas, lo que ha traído como consecuencia que se empiecen a presentar enfermedades asociadas trastornos alimenticios, problemas de hipertensión y diabetes. La manera de preparar los alimentos y los implementos también se han modificado. En el sector salud, particularmente en el IMSS se trabaja con talleres permanentes para promover la preparación y la ingesta de alimentos nutritivos y propios de la región. Particularmente en la zona otomí Tepehua y en la Huasteca, el fogón de piso ha sido sustituido en varias casas por la estufa; sin embargo, en muchas de ellas se puede encontrar el fogón de pie, utilizado principalmente para la cocción de los frijoles y las tortillas. Ello se debe en parte al alto costo del gas y su difícil transportación a las comunidades, por lo que las señoras no tienen otra opción más que utilizar la leña que recolectan del cerro, para lo cual invierten su propia fuerza de trabajo. Todas estas formas de vida tiene que ver con las actividades que una mujer este embarazada o no deba realizar. En la Otomí Tepehua se reporto el caso de una mujer que presento señales de alarma, el esposo le dijo que se le pasaría y que continuara con la recolección y carga de leña. La señora continuó con las actividades rutinarias, su salud empeoró considerablemente en los siguientes días no asistió para atenderse médicamente, no recibió visita ni apoyo de algún familiar, se complicó su salud y falleció. Es una tarea ardua para el personal de salud la que tiene a su cargo en algunas localidades, sin embargo aún con todo ello, en varios poblados se puede hacer trabajo comunitario que implique a la pareja y a los familiares de la mujer embarazada.

APARTADO 3

FASE I Y FASE II

Estas dos fases se caracterizaron por ser trabajo dentro del aula con personal de salud de la SSA, IMSS e ISSSTE.

Se trabajo con tres regiones, fundamentalmente con primer nivel atención. Fue poco el personal que participó de segundo nivel de atención debido a varias situaciones:

Plantillas incompletas

Convocatoria directa al personal de último momento por parte de diferentes áreas de los servicios de salud

Falta de comunicación funcional entres nivel estatal, jurisdiccional y niveles hospitalarios.

Se observó que en la conformación de cada grupo, al iniciar el trabajo, con una serie de reglas y lineamientos de funcionamiento claros y creados por el mismo grupo al inicio de cada taller, fue importante pues, desde ese momento es que ya se invitaba al personal a participar proactivamente, no hay imposiciones, la manera de plantear este primer acercamiento con y entre los grupos es fundamental, especialmente con los grupos o personas que no han sido reconocidas por los esfuerzos y/o logros obtenidos a lo largo de su vida laboral en la institución. Convocar con antelación a cada participante tiene que ver con un trato digno y de respeto, y cuando esto es así se tiene una mejor respuesta de la gente desde el inicio. Este detalle tan grande tiene impacto en el proceso grupal especialmente el primer día de trabajo.

Definitivamente hubo diferencias marcadas en los procesos grupales, y estilos de afrontamiento al interior de las sesiones de estas dos fases. Los participantes de la Huasteca debatían, cuestionaban, confrontaban enérgicamente, personalidades fuertes, muy similares fueron los procesos en la Otomí-Tepehua. Por su parte hacia el Valle del Mezquital las personas aunque participaron, los procesamientos de información y experiencias se llevaban considerablemente menos tiempo y con mucha facilidad se sumaban en la inmediatez a hacer propuestas resolutivas. En general se percibía en esta región que los participantes generaban alta contención interpersonal, sin embargo, hacia el final de cada taller los resultados fueron muy similares, es decir actitudes propositivas, participación activa y socialización de compromisos consigo mismos, con sus familias, compañeros y usuarias.

El desempeño del personal en sus actividades cotidianas tiene que ver necesariamente con las condiciones de trabajo, resultados obtenidos y el reconocimiento o no de logrados, esfuerzos realizados y cumplimiento de metas.

A continuación se presentan las gráficas obtenidas en las tres zonas con todos los grupos de trabajo en las que se puede observar que el *sentir orgullo o no* de pertenecer a su institución, hay similitudes entre la Huasteca, Otomí-Tepehua y Actopan, sine embargo en Ixmiquilpan se elevó hasta un 19 % de personal que refirió no sentir orgullo de pertenecer laboralmente a su institución y no varía mucho entre una región y otra (gráfica I).

En relación al grado de satisfacción laboral que siente el personal de salud entrevistado y que participó en los dos proyectos se observa que hay menor satisfacción en Ixmiquilpan. En donde se presentó mayor porcentaje de satisfacción laboral fue en la Otomí-Tepehua, en esta zona las condiciones de vida personal para quienes trabajan en esta región frecuentemente son complejas, varios profesionales viven sin sus familias, viajan periódicamente para visitar a sus parejas, hijos, padres y los traslados son complicados y tiempos largos de recorridos. Llama la atención que en esta zona el orgullo de pertenece a la institución fue el más alto.

En satisfacción laboral, Ixmiquilpan presentó niveles de satisfacción baja en un 35% seguida de Actopan con el 25% y la Otomí y la Huasteca con un 13% y 14% respectivamente. En satisfacción alta la otomí encabeza el porcentaje mayor con un 41% le sigue la Huasteca con 34%, Actopan 32% e Ixmiquilpan con 19%. En satisfacción media, el mayor porcentaje correspondió a la Huasteca con el 52% (gráfica II).

En relación al porcentaje de niveles de estrés que manifestaron los participantes de cada una de las regiones, los resultados fueron los siguientes: Se registró en Ixmiquilpan el mayor porcentaje de alto nivel de estrés y el más bajo se obtuvo comparativamente en la Otomí Tepehua (gráfica III).

Es estrés laboral cuya incidencia entre la población activa es cada vez mayor, si no se atiende, puede generar un agotamiento mental, físico y emocional, que con el tiempo trasciende a su vida personal provocándole una situación de precario equilibrio psicológico. En esto consiste el Síndrome de Burnout, es una patología severa, relativamente reciente, que está relacionada con el ámbito laboral y el estilo de vida que se lleva. Es un trastorno emocional provocado por el trabajo y conlleva graves consecuencias físicas y psicológicas cuando el fenómeno se somatiza. La ansiedad o la depresión y dan origen a numerosas bajas laborales y actitudes negativas, falta o decaimiento de fuerzas caracterizado por apatía, fatiga física o ausencia de iniciativa. A veces se puede experimentar astenia y agitación al mismo tiempo (tics nerviosos, temblor de manos); palpitaciones; taquicardia y pinchazos en el pecho; aumento de la tensión arterial; dolores musculares, sobre todo en la zona lumbar; cefaleas; problemas digestivos; trastornos del sueño e inapetencia sexual.

Estos síntomas terminan invadiendo la vida social y familiar del afectado, que opta por aislarse y quedarse solo. En algunos de los grupos hubo personas que manifestaban parte de estas características y fueron vistas por sí mismos como importantes fuentes desencadenantes de estrés en su mundo laboral, el cual está relacionado con una

disminución en la calidad y en la productividad de su desempeño profesional, tanto a nivel individual como organizacional.

El problema surge cuando los horarios no les permiten solucionar todo lo que quieren o que habían idealizado la profesión y la realidad no se parece en nada a lo que había imaginado que era. Los bajos sueldos, los escasos incentivos profesionales o la pérdida de prestigio social son también factores que propician la aparición del Burnout.

Algunos participantes manifestaron de diferentes maneras presentar agotamiento emocional: situación en la que los trabajadores perciben que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito emocional y afectivo. Situación de agotamiento de la energía o de los recursos emocionales propios, despersonalización: desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo y, en general, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo; y, baja realización personal en el trabajo: tendencia a evaluarse negativamente, de manera especial en relación a la habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse profesionalmente con las personas a las que atienden.

Todo esto del estrés laboral, síndrome de Burnout finalmente se relaciona con el desempeño que la persona tiene en sus actividades laborales. El estado de satisfacción laboral y el reconocimiento a las acciones logradas y a los esfuerzos realizados son elementos que con frecuencia no se consideran pero que fungen un papel importante al momento de brindar atención a otras personas. La actitud es tan importante como el conocimiento técnico. Particularmente el grupo de Ixmiquilpan y en el de Actopan si bien en más del 80% de los participantes sienten orgullo de pertenecer a la institución para la cual trabajan, también es cierto que muestran niveles de satisfacción baja.

A partir de los resultados de satisfacción laboral, estrés y orgullo o no por pertenecer a su institución, se sugiere 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 poder hacerlo. Cuando hay insatisfacción laboral se pierde el binomio: se sabe qué hacer pero no se ve la posibilidad de hacerlo.

Agotamiento emocional y necesidades fisiológicas: es importante que cada prestador de servicios independientemente de su jerarquía, nivel de atención y función, ponga atención a las señales de su cuerpo, a las necesidades primarias, básicas no solo para atender a otros sino por el cuidado de la salud personal que ello implica.

Despersonalización y necesidades de seguridad y pertenencia: Valorar el grado en que cada uno reconoce actitudes de distanciamiento. Revisando el desarrollo de actitudes negativas hacia los receptores del servicio prestado, y el estado de salud en las relaciones interpersonales.

Necesidades de status y autorrealización: validando contextualmente los sentimientos, identificando la autoeficacia y realización personal en el trabajo.

Es importante fortalecer al personal comunitario y de promoción de procesos de salud, considerando sus estados físicos, emocionales, conductuales e interpersonales, pues en la medida en que el personal esté fortalecido para ayudar a otros, la calidad y calidez de su trabajo será de niveles más óptimos.

El sentirse usado, menoscabado o exhausto debido a las excesivas demandas de energía, fuerza o recursos personales, crea además intensas repercusiones en la persona y en su medio familiar. Estados de fatiga o frustración son el resultado de la devoción a una causa, estilo de vida, o relación que fracasó en producir la recompensa esperada. La progresiva pérdida de la motivación, de la energía y el propósito que experimentan muchos profesionales que trabajan ayudando a otras personas son el resultado de sus condiciones de trabajo. El síndrome de agotamiento, es el último paso en la progresión de múltiples intentos fracasados de manejar y disminuir una variedad de situaciones laborales disfuncionales.

El encuentro entre el profesional y el paciente es, un encuentro entre un ser doliente, que busca desesperadamente ayuda, y un ser humano con capacidad técnica, que está en disposición de prestarle ayuda. Como profesionales de la salud debemos tener en cuenta la importancia del manejo tanto de nuestras habilidades y conocimientos científico técnicos, como de nuestra faceta como seres humanos, sensibles y receptivos. El uso de las habilidades comunicacionales hace que el profesional opere y optimice el encuentro con sus usuarias.

Puede afirmarse que la comunicación es una herramienta básica para la práctica asistencial. Utilizamos las habilidades comunicacionales para adaptar los conocimientos sanitarios a las características y contexto de cada paciente. Se convierte así la comunicación en herramienta determinante para obtener resultados asistenciales.

Hoy día sabemos que el tipo y la calidad de comunicación que establecen profesionales y pacientes influye en los productos asistenciales tales como el grado de satisfacción de los pacientes, en su comprensión de los problemas de salud, en su adherencia terapéutica y en resultados de salud, tales como la valoración del estado general, el alivio de, los síntomas, menor preocupación por la enfermedad entre otros.

Se sugiere en la relación con las usuarias robustecer el trabajo cotidiano no solo en la transmisión de información con las usuarias, considerar las siguientes premisas a partir de lo revisado en cada uno de los grupos:

- Manejar adecuadamente la comunicación no verbal.
- Averiguar qué sabe el paciente.
- Averiguar qué quiere saber.
- Utilizar frases cortas y verificar que va comprendiendo la información.
- Evitar discusiones sobre medidas diagnósticas o terapéuticas utilizadas.
- Utilizar, cuando se pueda, términos positivos. Evitar los tecnicismos respetando el lenguaje simbólico que utilice el paciente o la familia.
- Dejar abierta una puerta a la esperanza.

- Manejar la incertidumbre. No dar plazos exactos.
- Identificar y potenciar los recursos familiares y personales.
- Favorecer la expresión de los sentimientos.

Otro punto fundamental y sumamente importante en el cuidado y promoción de la salud es la corresponsabilidad de la usuaria y de la familia o de las personas con las que cohabita para la conservación de la salud, identificación de signos de alarma que favorezcan la prevención de muertes maternas

La comunicación es la herramienta básica para ayudar a los profesionales sanitarios en todos los procesos de atención a los pacientes y sus familias. No se trata de conocer la enfermedad y la cura, sino de trascender este paradigma; es necesario conocer a los usuarios de los servicios de salud y a su familia; escucharle y comprenderle respetando sus decisiones y valores son pasos previos para empezar a ayudarlo, en un modelo de atención donde la paciente es cada vez más participe de las decisiones a tomar sobre su salud y enfermedad. Hay un vínculo que se establece en la relación interpersonal con las usuarias y que no se reconoce explícitamente Y cabe preguntarse y a qué hora o en qué momento se puede hacer esto si, por ejemplo, en el caso de la consulta los tiempos apenas alcanzan para hacer apenas lo indispensable. Durante estas dos fases, los participantes se referían de manera muy despersonalizada de varios casos, hablando de la embarazada complicada, de la diabética, de la parturienta, de la hipertensa; para la Fase IV el personal de salud da reporte de sus actividades y hablan de los nombres de las personas usuarias de sus servicios, de sus familias, pero especialmente hacen un reconocimiento de las circunstancias de vida de cada una de ellas, hablan no de la enfermedad sino de la persona a la que atienden, dan testimonio de su transformación no solo al interior de la consulta, y del trabajo comunitario, hacen un reconocimiento y concientización de su vocación, más que del trabajo. Estos testimonios pueden ser consultados en las carpetas de informes que corresponden a cada fase y que se localizan en el área documental del IHM.

Se observó que ambas fases implican sesiones que llevan conocimiento técnico, sin embargo, lo novedoso de esta estrategia es la sensibilización y modelaje del trabajo que se hace. Es importante saber transmitir, pero sobre todo saber escuchar; estando atentos a las claves verbales y no verbales que nos permitan descubrir las verdaderas necesidades de las usuarias y sus familias. El trabajo y la comunicación efectiva desde los distintos grupos interdisciplinarios que participaron en estas fases, son pilares para el trabajo exitoso de esta estrategia. Así mismo es fundamental seguir contando con la identificación de distribución de insumos básicos, para las actividades cotidianas de quienes laboran directamente con la comunidad.

En todos los grupos se observó disposición para aprender, y aplicar lo revisado en los talleres. Frecuentemente en las retroalimentaciones se hacía referencia a este punto aprende y aplicar y, en ese sentido se rebasaron las expectativas de los participantes en las dos fases.

La puntualidad y asistencia de los integrantes fue continua durante todas las sesiones. En la Huasteca los patrones de puntualidad no eran los mismos. Hubo personas que llegaban el primer día considerablemente tarde, hasta de 30 o 40 min, considerando las distancias de recorrido. Las condiciones de traslados son muy complicadas en la Otomí, sin embargo, los grupos fueron en general puntuales en esta zona desde el principio. En general algunas desavenencias de puntualidad sucedían el primer día de trabajo con cada grupo sin embargo en las tres regiones una vez iniciado el trabajo no hubo problema a este respecto. De entre los participantes de los grupos hubo permanencia y continuidad presencial.

Se siguió el eje de contenido de acuerdo a las cartas descriptivas detalladas para la primera etapa de la estrategia. En cada sesión 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, esta fue una constante en las tres zonas y con todos los grupos.

Se observó respecto al procedimiento que los participantes:

- Revisaron con sensibilidad y reflexivamente los lineamientos técnicamente básicos
 - Identificaron las características necesarias y básicas del perfil del facilitador en promoción de la salud.
 - Se hizo contacto con emociones profundas, los compañeros compartieron su sentir respecto a experiencias que no se habían dado la oportunidad de platicar con otra persona. A este respecto en el Valle del Mezquital compartía sus experiencias respetuosamente. En la Huasteca y Otomí–Tepehua los ejercicios vivenciales los trabajaron fuertemente y se requería un trabajo de mayor contención y solo en un ambiente de apoyo y acompañamiento psicológico por parte de cada participante fue que tuvo lugar este tipo de procesos lo que permitió en cada zona que los participantes identificaran y vivenciaron las 3 actitudes básicas así como importancia en las relaciones interpersonales y la concientización de una actitud propositiva para con sus compañeros de trabajo y con las usuarias de los servicios de salud.
 - Elaboraron compromisos para concretizar en acciones dentro de su campo de laboral (y personal) y estos compromisos de ninguna manera fueron impuestos.
 - Reconocieron la sensibilización de los sentidos, la atención integral como uno de los elementos sustantivos promotores de la escucha activa y la retroalimentación efectiva en la práctica cotidiana en la prevención de la morbilidad materna.
 - Al interior de cada grupo, los participantes elaboraron compromisos a los que fueron organizados en cronograma real y de acuerdo a la agenda de cada participante en periodos y fechas precisas. Esta es una estrategia que funciona, no hay imposición ni se les obliga a empalmar agendas, de tal manera que a los equipos de trabajo de personal gerencial y operativo se les solicitó establecer compromisos de acuerdo a sus áreas de trabajo y cronograma laboral.

- Para la planeación de seguimiento en las sesiones con usuarias se contó con la participación activa de personal Estatal y Jurisdiccional con mucha disposición al trabajo proyectado.
- Se observó para el caso de Ixmiquilpan que es importante el contacto y comunicación particularmente entre el personal estatal y el personal jurisdiccional. Hay canales de comunicación abierta entre el equipo jurisdiccional que participó, lo que facilita sobremedida el trabajo al interior del equipo, sin embargo, el trabajo con algunos de los coordinadores municipales es importante que se fortalezca. Se observó disposición y prontitud en la respuesta dada por el personal de la jurisdicción para el trabajo de planeación de la Fase III, trabajo al que se sumaron dos coordinadores municipales de salud y un supervisor regional del IMSS OPO.
- En un ambiente de respeto cada asistente participó como persona antes que como institución. Se observó que no se generaron grupos de alianzas competitivas. Particularmente en Ixmiquilpan prevalecían juntos algunos equipos de trabajo aunque cabe desatacar que la cohesión que hay es considerablemente alta y en ese sentido favorable para las acciones laborales.
- Al término de cada taller se observó que los participantes identificaron y adquirieron con fundamento humanista y científico los conocimientos, las habilidades elementales y actitudes básicas para facilitar y promover la sensibilización-capacitación a profesionales y paraprofesionales del área de la salud que participan activamente en la toma de decisiones, en la operación, logística y atención de trato directo con la comunidad para el cuidado de la salud materna.

Lograr la madurez en el proceso grupal de cada taller fue parte del equipo facilitador en turno constituido operativamente por personajes del Instituto Hidalguense de las Mujeres, del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la SSA quienes pudieron estos últimos entrar en contacto directo con el personal jurisdiccional y conocer situaciones concretas de varias unidades de 1º y 2º nivel de atención. Es importante tanto en Actopan como en Ixmiquilpan el seguimiento puntal y apoyo que ha estado durante esta etapa brindando el nivel estatal.

Sin lugar a dudas en cada uno de los niveles de gobierno de salud, hay varios programas que deben implementarse para beneficio de cada comunidad; atender alertas sanitarias y cada programa es importante, y desde el combate a la mortalidad materna los programas y paquetes sanitarios favorecen indiscutiblemente la prevención de mortalidad materna por causas indirectas. Es importante seguir contribuyendo desde el nivel estatal con la presencia y conocimiento técnico de equipos de trabajo integrados, pues la fragmentación entre estos o la comunicación disfuncional pueden ser obstáculos para la obtención de resultados efectivos en pro no solo de la disminución de la muerte materna y perinatal sino en detrimento de otros paquetes y programas. El personal que directamente estuvo participando en esta primera fase, lo hizo desde la convicción y entusiasmo, aun cuando se observó que dejaron de contar con apoyos administrativos-logísticos para su permanencia en el curso-taller, sin embargo, cabe mencionar que se contó con su puntualidad y proactividad al interior del taller.

En tres momentos diferentes del curso taller se trabajó con la autoevaluación de cada participante, un primer momento fue al inicio, a través de la ficha de valoración, que se entregó al inicio de la primera sesión. Se identificó en las tres zonas de trabajo, no poseían el conocimiento técnicos básicos respecto temas técnicos de cuidados básicos para la salud de la mujer embarazada, y particularmente durante el puerperio.

En la Fase I el segundo momento de autoevaluación fue través de una técnica grupal y de trabajo en corrillos. Se plantean preguntas de contenido técnico en relación a procesos de facilitación y a elementos de carácter médico para el cuidado de la salud maternas. El tercer momento fue prácticamente al cierre del taller, de manera individual cada participante evalúa para sí mismo el nivel de conocimiento adquirido notando las diferencias en sus respuestas entre un antes y un después del curso-taller.

Los participantes de cada grupo elaboraron y socializaron sus compromisos a través de acciones concretas a llevar a cabo. En un ambiente de tolerancia y respeto se trabajo desde –comunicación funcional y los mismos participantes se dieron búsqueda espontanea para hacer equipos de trabajo en el aterrizaje de compromisos a los que se les dio seguimiento en las fase III y IV.

APARTADO 4

FASE III Y IV

A lo largo de las sesiones dentro del aula y del trabajo de campo que se llevó a cabo en las tres zonas: Otomí Tepehua, Huasteca y Valle del Mezquital, se observó que es importante la permanente capacitación, ejercicio y supervisión de acciones técnicas para diagnóstico, detección, y tratamiento oportuno de enfermedades que ponen en riesgo la vida de las mujeres y del producto, durante el embarazo, parto y puerperio.

Es básico que el personal de salud maneje los factores de riesgo; la mujer debe recibir cuidados especiales durante la gestación, atención oportuna en el traslado y el parto así como cuidados durante el puerperio, todo embarazo implica algún tipo de riesgo y una emergencia finalmente se puede presentar. La salud de la mujer se puede complicar y, esto es más probable cuando no se han identificado los factores de riesgo y/o no se hace caso a los mensajes de alarma del cuerpo. En las tres zonas en las que se trabajo se identificó que hay personal técnicamente preparado, sin embargo, también es cierto que hay personal, que requiere ser concientizado respecto a los factores de riesgo y señales de alarma. Se anexa al presente documento una conferencia en la que minuciosamente se plantean las acciones necesarias para un buen control prenatal, la cual fue expuesta en sesiones de sensibilización al personal de salud durante la fase III por el Dr. López Téllez quien labora en CS Tepatepec jurisdicción Actopan.

Presentar números de una u otra localidad no refleja de ninguna manera que las formas y circunstancias por las que se presentan las muertes maternas sean las mismas. La única constante es que bajo cualquier circunstancia o causa que se diagnostique la muerte de una mujer durante el EPP, las más de las veces tienen que ver con una injusticia social en el ejercicio de los derechos de las mujeres y la falta de una valoración de estas como personas.

La mayoría de muertes maternas son mujeres casadas y en unión libre: mueren más las que tienen pareja que las solteras de acuerdo a lo recabado en los gráficos de Actopan, no así en el Valle del Mezquital o en la Otomí Tepehua, sin embargo, es importante señalar que para las tres zonas, en el caso de estado civil, es finalmente un dato que poco nos dice pues hay varones que se casan, sin embargo muchos de ellos migran a los Estados Unidos, las mujeres quedan solas, en varias localidades un porcentaje elevado son jefas de familia, tienen años de estar sin pareja aunque sean casadas y asumen la manutención de su familia. Lo mismo suele pasar con la unión libre. En las tres zonas hay muchos varones que emigran, algunos de ellos vuelven periódicamente, las mujeres mantienen relaciones con ellos y procrean hijos. El fenómeno de la migración alcanza sus propias repercusiones en salud materna, sexual y reproductiva.

Se observa que la incorporación de los hombres a un proceso de sensibilización y capacitación es indispensable, es difícil que los varones participen, sin embargo, es necesario buscar estrategias que permitan la convocatoria y el trabajo asertivo con población masculina. En cada comunidad en la que se trabajó, una vez que se identifican las problemáticas y se buscan espacios y tiempos accesibles a los varones, el resultado ha sido más que favorable. Y se cuenta con la participación de los varones cuando se trabaja con ellos desde la horizontalidad y se les promueve la conciencia en el cuidado de la salud de las mujeres. Hubo localidades en las tres zonas que la participación de los varones no se dejó esperar, los testimonios y registros pueden revisarse en los informes de trabajo de seguimiento que se llevó a cabo con cada una de las tres jurisdicciones.

En el caso de políticas de salud en términos globales, vale la pena preguntar cuántos programas de salud dirigidos a los hombres existen, por ejemplo, una campaña por "una paternidad sin riesgos" o por un reconocimiento de sus necesidades corporales, que contribuyan a un acercamiento de la población masculina con respecto a sus cuerpos, con las experiencias sexuales y reproductivas derivadas de los mismos, así como de la relación con otros cuerpos, como los de las mujeres, con quienes se reproducen en el caso de relaciones heterosexuales.

Elementos que dan pie al ámbito de las políticas públicas que repercuten en el entorno de la salud reproductiva es la educación de los comportamientos reproductivos.

Por citar un ejemplo, en La Magdalena, localidad de Actopan, la convocatoria del personal del centro de salud, llevó a la reunión a un número importante de mujeres embarazadas y puérperas, se reunieron en dos sesiones, una matutina y otra vespertina a más de 200 mujeres; el planteamiento del personal de salud para las asistentes, una vez que se les dio la sesión educativa, fue que se trabajara también con varones, una de las estrategias fue invitarlos a hacer faena, sin embargo, la experta comentó que le parecía difícil que los varones acudieran entre semana, y las mismas mujeres sugirieron que se les convocara en domingo y que ellas se comprometían también a invitarlos y a acompañarlos. Toda esta movilización también implicaba un esfuerzo del personal de salud para asistir un domingo a trabajar, estuvieron muy dispuestos dado que, palabras de ellos mismos ello finalmente implicaba corresponsabilizar a los varones de la comunidad en el cuidado y salud de las mujeres y porque no, también de ellos mismos.

La depresión es otra causal que incide en la mortalidad materna. En uno de los casos comentados en la Otomí Tepehua, el esposo migrante se fue, posterior a la partida la señora se embaraza, el marido niega la paternidad, y la señora entra en un cuadro depresivo que derivó en auto-agresión durante el parto, la mujer falleció aunque el bebé logró sobrevivir. El temor a la censura social conlleva el ocultamiento del embarazo y por lo tanto la falta de atención y seguimiento.

La planificación familiar y la prevención de enfermedades de transmisión sexual es uno de los eslabones más débiles, las y los jóvenes conocen los métodos sin embargo, "se confían", uno de los puntos rojos que se identifican es la falta de sensibilización del

personal educativo y de salud que debido a prejuicios arcaicos niegan preservativos o atención.

La atención a adolescentes embarazadas se brinda aunque vayan solas (Otomí Tepehua), sin embargo, se les solicita que vayan acompañadas de alguien. Es necesario dotar al personal de salud de un marco jurídico que garantice el acercamiento del médico con certidumbre de obligaciones y derechos como personal de salud, que permita garantizar el ejercicio del derecho a la salud. En la Otomí Tepehua se llegan a tener experiencias del personal de salud respecto trata de personas, abuso sexual y embarazo de niñas y adolescentes. La trata de personas en algunos poblados se maneja como convenios entre familias, los padres casan a las niñas con hombres que le llevan 35 o 40 años de edad, como pareja estas personas no prestan atención al embarazo de las mujeres ni les interesa que éstas reciban atención médica alguna. Una situación compleja para el personal de salud, sin embargo, precisamente en estos casos juega un papel muy importante la autoridad local a través del municipio, los DIF e indiscutiblemente la participación de las instancias municipales. Estas son situaciones difíciles para que el personal de salud tenga un acercamiento libre y seguro para el cuidado de las mujeres y lo más lamentable es que hay consecuencias en la morbimortalidad de las mujeres ante este tipo de injusticias sociales.

Cabe mencionar que hay poblados, varios de ellos, en donde los índices de alcoholismo saltan a la vista sin necesidad de revisar alguna estadística oficial, y con todo ello aún el trabajo con los varones funciona, concientizar a los varones no es una labor que corresponda a una sola persona o institución, se necesita la suma de voluntades para implicar a varios actores e instituciones claves. El trabajo con los varones no se hace de un día para otro, sin embargo, aún siendo una labor compleja se tiene resultados en tiempos breves, tan breves que el personal de salud ha quedado sorprendido. Un varón se convierte en modelo de otro, si un varón acompañó a su esposa a la unidad de salud, la probabilidad de que otros acompañen será mayor. Varios hombres no se implican en el cuidado de las mujeres durante el EPP por muchos factores y algunos de ellos son: subvaloración de la salud de la mujer; desconocimiento de los signos y señales de alarma, qué preguntarle a la mujer quehacer preventivamente en lo que a ellos compete para que no haya una complicación, falta de actitud propositiva en el ejercicio de su corresponsabilidad como pareja. Cómo generar de nuevos modelos en el ejercicio de la masculinidad, la ruptura del modelo hegemónico implica la negativa a la violencia y al ejercicio de poder desigual, es necesario trabajar con los varones para implicarlos en la prevención de la morbimortalidad en lo que a ellos como pareja compete. Este es un trabajo de corte comunitario que no compete exclusivamente al personal de salud.

Respecto a la participación de los varones en el cuidado de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio se observó que se trabajó fuertemente, de manera explícita y novedosa con los varones en varias comunidades, en este sentido la labor de sensibilización fue importante, a largo plazo, la participación activa y responsable de los varones como pareja de una mujer embarazada deberá tener una implicación en política pública

Respecto al trabajo que se requiere con padres y maestros con respecto a sexualidad y ejercicio de los derechos, es fundamental; la negativa de directivos a la información y capacitación por temor a la reacción de la Secretaría de Educación o de Salud y a las familias es una de las razones principales para esta negativa.

Los tabúes son limitantes importantes pues se considera que algunos métodos de planificación están mitificados: en algunas comunidades se considera que el DIU es símbolo de prostitución mientras que la ligadura de trompas implica que se es decente. Lo anterior tiene que ver con una asociación de los métodos temporales con la capacidad reproductiva de las mujeres y con el deseo, sin embargo, la esterilización permanente implica la mutilación de la femineidad.

Los niveles de pobreza se contraponen al desarrollo de las casas habitación donde las construcciones son grandes y construidas en poco tiempo sin que lo anterior implique un cambio en los roles femeninos, aunque la calidad de vivienda mejora sin embargo, la posición de las mujeres no varía.

Una embarazada refiere que su suegra le dijo que si deja que un médico la revisaba se convertía en una loca y que ella no quería tener problemas con su esposo, su primer parto lo tuvo sola en el monte, la psicóloga de presidencia platicó con la mujer y la familia, se descubrió que la suegra la incitaba a recibir atención médica pero que la mujer era la que se negaba por un asunto de creencias introyectadas. Finalmente la mujer accedió a la asistencia médica, recibió el apoyo de la suegra y del esposo.

De qué manera se acercó la psicóloga a la mujer, que incidió en el cambio de actitud de la misma, la empatía que se logró provocó una reacción favorable, el respeto a las costumbres es una cosa y otra es convertirse en un replicador de patrones conductuales que favorecen la morbimortalidad.

¿Qué le toca hacer a la comunidad para evitar que las mujeres se compliquen en su salud y tengan secuelas o finalmente mueran? Para el caso mencionado se requiere de una labor que sale del consultorio y que sin apoyos de la comunidad, las autoridades locales y líderes comunitarios difícilmente el personal de salud puede llevar a cabo.

Para 2009, una de las causas que se identifican dentro de los eslabones críticos es el deficiente trabajo comunitario y la ausencia de redes sociales en las tres regiones.

Se observan actualmente cambios favorables en los indicadores, respecto al trabajo comunitario, interinstitucional y corresponsabilidad de autoridades municipales. Esto debido al trabajo puntual de los que se llevó a cabo en la Huasteca y en la Otomí Tepehua y que además se convirtió en modelo para la región del Valle del Mezquital.

En las gráficas de que se incluyen en anexos puede observarse que finalmente hay elementos para ir rompiendo una serie de mitos respecto a lo que compete mortalidad materna, por ejemplo, se ha creído que las muertes maternas se presentan en con mayor incidencia días festivos y/o fines de semana, no hay un patrón definido pues,

para el caso de Ixmiquilpan, por ejemplo en 2009 la frecuencia de muertes fue mayor en día jueves seguido del día martes, para el 2010 la única muerte que se presentó fue en sábado (gráfica 7).

Otro mito es en relación a los meses y las explicaciones que se dan al respecto, para el caso de la Actopan para marzo, julio y octubre no hubo muertes maternas durante un periodo de 5 años (gráfica 20); para el caso de Ixmiquilpan durante 2009 los meses en los que se presentó ocurrencia de mortalidad fueron agosto a noviembre; en diciembre no hubo muerte maternas, así como prácticamente tampoco durante el primer trimestre de 2009 y 2010 lo que se puede observar en la gráfica 6. En esta misma gráfica se nota que durante 2010 hubo una muerte en julio y, cero muertes durante todo el segundo semestre. Puede decirse que durante el segundo semestre no hubiera más muertes debido a la aplicación de la Estrategia de Intervención Educativa del CNEGySR. Otras gráficas que dan cuenta de también en del éxito de la estrategia son la no. 1, 3, 4, 5, 7, 12, 25, 26; tablas no.1,9, 10, 16 cabe mencionar que en estas gráficas se incluyen las muertes directas e indirectas, sin embargo, puede mencionarse que en la Otomí-Tepehua, si se hace un comparativo entre 2008 y 2010, encontraremos que en este último año hubo un decremento en las muertes directas, aunque ello no se refleje en los gráficos.

Respecto al lugar de defunción (tabla 5 y 14 y gráficas 5, 30, 32) exponen que los porcentajes mayores que corresponden a instalaciones hospitalarias, lo que no quiere decir que la responsabilidad recaiga exclusivamente en los hospitales, todo esto tiene que ver sí con el hospital, pero también con una serie de eslabones en los que se laxa la calidad en la atención, el traslado, plantillas incompletas, falta de insumos, retardo en el traslado para recibir atención oportuna, desconocimiento de las señales de alarma, falta de sensibilización y concientización de la importancia de los cuidados durante el embarazo, parto y puerperio, inhabilitación de redes sociales, falta de participación activa de la pareja y la familia de la mujer embarazada... en Actopan se muestra de acuerdo a los registros que todos los partos de las mujeres que fallecieron fueron atendidos en unidades de salud, no basta con que lleguen a la unidad, sino en qué condiciones y en qué momento crucial de su salud es el ingreso a las unidades hospitalarias (tabla 4)

El número de consultas y el promedio de estas para mujeres embarazadas se incrementó, lo que se puede observar en las gráficas 22 y 23 que corresponden a la zona de Actopan, así mismo se incrementó la oportunidad de atención durante el embarazo, parto y puerperio (gráfica 24). Los esfuerzos que se hicieron apuntaron lo propuesto en cada uno de los objetivos del trabajo en cada región.

En conclusión, durante la Fase III y IV

- El personal de salud realizó una serie de campañas educativas hacia la población blanco sobre un adecuado control prenatal.
- El personal jurisdiccional y coordinadores municipales de salud fortalecieron activamente la participación y corresponsabilidad comunitaria y autoridades

locales para que participaran de manera activa en la toma de decisiones y acciones concreta para evitar muertes maternas.

- Se generó en las usuarias y en sus familiares una cultura de identificación de signos de alarma en el embarazo, parto y puerperio.
- Se inicio un trabajo de promover una conciencia educativa en los adolescentes de secundaria y bachillerato sobre salud reproductiva, la utilización de métodos de planificación familiar e identificación de signos de alarma del embarazo parto y puerperio.
- Se inició concretamente mantener activo permanente y actualizado el club del embarazo en varias unidades, pues se hablaba del pero no era una realidad, de tal manera que actualmente se fortalecieron las actividades que se realizan dentro de estos, para que las mujeres adopten estilos de vida que les permitan un embarazo, parto y puerperio saludable con el apoyo de su pareja o familia.
- Se fortaleció directa y de manera más funcional la comunicación, coordinación y seguimiento a la certificación de parteras para un adecuado control y seguimiento de la mujer embarazada.
- Se brinda con mayor frecuencia una atención oportuna, eficaz y trato digno a la mujer embarazada.
- Se logró activar y fortalecer la red social para favorecer el traslado y apoyo a las embarazadas de los municipios, a través de la capacitación a cada uno de los actores que conforman la red, aun cuando no se trabajo de manera focalizada sobre redes sociales
- Se instaló la figura de las Madrinas Obstétricas.
- Se logro tener apoyo de autoridades municipales para la pinta de bardas, pega de carteles, mantas alusivas a signos de alarma Preeclampsia-Eclampsia y material educativo
- Se diseñaron talleres técnicos por parte de nivel estatal para el personal de salud
- Se llevaron a cabo capacitaciones bajo la modalidad de taller desde nivel con el personal de salud operativo de primer nivel y segundo nivel por los propios compañeros que asistieron a los talleres por iniciativa propia
- Se realizaron asambleas y acuerdos concretos con regidores, delegados, comités de salud, auxiliares de salud y demás personal voluntario de las comunidades para crear y fortalecer la red de apoyo social para el traslado de embarazadas.
- Se llevaron a cabo reuniones tutoriales con presidentes municipales
- Además de las acciones realizadas, se hicieron cronogramas de trabajo independientes a la calendarización y acciones comprometidas como resultado proactivo y personal de cada participante
- Cambio de actitud en el personal de salud, ante una mujer embarazada.
- Acciones de búsqueda intencionada y por lo tanto actualización real del censo de mujeres embarazadas independientemente de ser derechohabiente.
- Cambio de estilo de vida en algunas mujeres embarazadas.
- Reconocimiento oportuno de signos de alarma de preeclampsia- eclampsia.
- Concientización en los adolescentes para disminuir embarazos no deseados en adolescentes.
- Se fortaleció la participación oportuna del voluntariado en salud, los conocimientos y colaboración y eficaz y oportuna de auxiliares, promotoras, y vocales de salud.
- Incremento en la consulta de control prenatal en el primer trimestre del embarazo.

- Disminución de la morbilidad materna.
- Se generaron movimiento de indicadores en consultas prenatales
- La actitud del personal fue positiva propositiva y muy activa su participación al interior del aula así como en sus lugares de trabajo.
- Los logros obtenidos con la intervención requieren seguimiento, continuidad, supervisión de otra manera no se garantiza por sí sola la permanencia de las acciones ya activadas. Los resultados se pueden multiplicar favorablemente con el apoyo de todos los que participan, en ocasiones hay quehaceres que son competencia exclusiva de algún personaje de salud en particular, sin embargo son más las acciones que sí se pueden hacer y de las cuales no necesariamente están escritas: una enfermera de un centro de salud fue quien concertó la cita con uno de los presidentes municipales, y agendó reunión con la participación de su coordinador municipal y personal de la jurisdicción; Un médico habló con algunas directoras de kínder y de primarias, mientras que personal jurisdiccional por su cuenta tuvo reunión con niveles gerenciales de la SEP la suma de este esfuerzo no tiene precedentes, fue la suma de voluntades para trabajar con diferentes equipos, finalmente aun no estando en los equipos de trabajo formamos parte de una comunidad
- La intervención educativa sirvió para actualizar a los médicos enfermeras y personal de salud, que estén actualizados de lo que es la preeclampsia eclampsia y temas de morbilidad materna para que de manera oportuna los puedan identificar en unidades de primer nivel de atención y de manera más focalizada, puedan referirlos a un segundo nivel de atención
- Sirvió para sensibilizar a las mujeres embarazadas y a sus parejas, familiares, y a la población en general así como a las autoridades locales y municipales sobre la importancia y llevar un control prenatal adecuado en la identificación oportuna de las señales de alarma.
- Se cumplió con la meta que corresponde al número de mujeres embarazadas en control prenatal durante el primer trimestre (estos datos fueron obtenidos a través de entrevistas con personal jurisdiccional de cada región)
- Que acudan las mujeres embarazadas a su consulta de primera vez durante el primer trimestre de embarazo, por ejemplo en la Huasteca, de 2500 consultas programadas se atendieron 4300 en 2010 únicamente de primera vez aumento el número de consultadas de primera vez en embarazadas en un 174% y de este porcentaje corresponde una gran parte al primer trimestre de mujeres gestantes.
- Sirvió para empoderar a las mujeres embarazadas ya sus parejas para recibir el apoyo ante cualquier situación que se presentara durante el embarazo teniendo presencia ya de las redes sociales en la comunidad, los centros de salud y en las presidencias municipales, jurisdicción y hospitales.
- La estrategia funciono para estimular la captación temprana de la gestante, llevar un control prenatal adecuado, clasificar el riesgo obstétrico y promover un sistema de referencia y contrarreferencia eficiente.
- Se convocó a MPSS para capacitación relacionada a paquete 3 donde se refuerza el tema de atención del embarazo parto y puerperio, sistema de referencia.
- Se realiza reunión con coordinadores municipales, subdirectores de Hospital Regional de cada zona y jefe del servicio de Urgencias donde se tomaron acuerdos de importancia y acciones concretas de beneficio a las usuarias como la referencia

de pacientes embarazadas desde las 28 SDG, ya que las agendas están saturadas de 3 a 4 semanas.

- Realizar referencias completas y oportunas, con diagnósticos adecuados, mencionar laboratorios y resultados de VIH y VDRL y orientación a las pacientes.
- Se focaliza el análisis de censos de embarazadas, expediente clínico, tarjeteros y referencias de embarazadas, así como seguimientos
- Se actualizo inventario de recursos didácticos (televisión, DVD) por municipio.
- Se redistribuye material de difusión con la finalidad de que todas las unidades cuenten con los mismos.
- Se reactivan las redes sociales, se actualizan directorios.
- Se maneja mayor contenido de talleres y sesiones educativas con el material audiovisual “Hazle caso a las señales de tu cuerpo” en las unidades de salud y a la población en general, con énfasis en club del embarazo.
- En capacitación a procuradoras de la salud para izamiento de bandera blanca se destacan temas relacionados con el embarazo y se incluye también el material audiovisual.
- En ferias de la salud se retoman temas relacionados con embarazo, y se presenta el video “hazle caso a las señales de tu cuerpo”.
- Se realizan socio dramas relacionados con embarazo parto y puerperio.
- Se realiza coordinación para referencia oportuna de manera constante con otras instancias como IMSS, ISSSTE, DIF.
- Constante comunicación: Unidades de salud – Jurisdicción – Hospital para la atención urgente de pacientes embarazadas, y se da seguimiento a la atención.
- En las cuatro jurisdicciones, hubo coordinación con la radiodifusora y televisora local, en donde solicitaron espacios para entrevistas y spots promocionales.
- Se solicitó a líderes religiosos de varios centros de culto que durante sus mensajes dominicales difundieran la importancia de acudir a la consulta prenatal.
- Hubo fortalecimiento del trabajo intra e interinstitucional: personal jurisdiccional, coordinador municipal, personal de salud de la unidad, caravanas.
- Implementación de técnicas didáctica de sensibilización necesariamente implicando a los varones, concientizando a la pareja en la importancia del cuidado afectivo de la diada gestacional, este trabajo contribuye a la participación responsable del varón perimiendo con el cuidado de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, pero además se construye también una paternidad responsable, compartida.
- Participación activa de los varones en el cuidado de la mujer embarazada y durante el puerperio es una necesidad y debiera ser un derecho que no ha sido reconocida dentro de la política pública, en este sentido los varones carecen de derechos laborales que favorezcan el cuidado de las mujeres durante el embarazo el parto y el puerperio
- Habilidades del manejo de grupo en acción, los participantes potencializaron recursos personales y profesionales antes no explorados como lo es el manejo de grupo de una manera constructivista y humanista.
- Periódico mural como una de las herramientas importantes del trabajo comunitario, con imágenes y en su lengua, con formas atractivas y entendibles para las usuarias. Materiales que son gestionados del DIF, regidores, y genere de la misma comunidad.

- Trabajando con hombres y mujeres para prevenir la mortalidad materna y promover el cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Este es una labor que necesariamente requiere de todo el respaldo de los equipos de trabajo de los diferentes niveles jerárquicos y de diferentes instituciones como lo son presidente del comité de salud, personal de coordinación, de caravana y del Instituto Hidalguense de las Mujeres
- Implementación de técnicas didácticas de auxiliares de salud, médicos de base y pasantes, enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogos, odontólogos, promotoras, vocales de salud, y personal voluntariado de la comunidad
- Embarazadas, puérperas y promotoras de salud en sesión educativa
- Los croquis patográfico, la actualización del padrón de promotoras facilitan sobremanera el trabajo de prevención y atención a los usuarios y durante estas dos etapas se reportaron actualización de esta información.
- Se promovió la inquietud e interés de la pareja por saber más de los cuidados para su esposa
- Establecimiento y activación de las redes sociales y promoción de los equipos de trabajo, integrando elementos innovadores
- Aprovechando técnicas y materiales e implementándolos en la sesión educativa
- Sensibilización y capacitación a mujeres embarazadas y auxiliares de salud con sesiones educativas
- El personal de salud capacitando a la población respecto los factores que probabilizan la morbimortalidad materna
- Personal de salud explicando datos de alarma y plan de seguridad
- Implementación de técnicas didácticas del personal de la unidad
- Retroalimentación al equipo de trabajo
- Participación activa de Nivel Estatal e Instituto Hidalguense de las Mujeres
- Capacitación a personal de salud de todos los turnos y delegados municipales en algunas unidades de salud de 1er. nivel de atención
- Promoción del club del embarazo y control prenatal
- Reunión de acuerdos con supervisores de zona de secundarias generales y telesecundarias, escuela normal, comité de salud, coordinador municipal de salud, personal de la unidad, estatal, jurisdiccional y del Instituto Hidalguense de las Mujeres
- Equipo de trabajo: personal jurisdiccional, presidenta del DIF, abogada del municipio, Director de Secundaria, Coordinación Municipal de Salud, personal de salud de la unidad y
- Regidoras

Cabe hacer mención de los registros de las fases anteriores a las preguntas de qué aprendieron del taller al que asistieron, se encuentran testimonios de los participantes en donde se menciona el rescate de sí mismos como personal de salud y en especial como personas, lo importante que es reconocerse humanos para tratar a otros humanamente brindando un trato digno y respetuoso, ciertamente faltan insumos, plantillas, espacios, sin embargo hay responsabilidades que competen a cada quien y lo que sí depende directamente de cada persona es alcanzar a mirar en cada usuaria a

una mujer que tiene toda una cosmogonía, sistemas de creencias y que atraviesa por un periodo de cuidados especiales.

Todos estos resultados pueden observarse directamente en cada uno de los apartados de las carpetas de informe que corresponden a la Fase III y IV que se tienen el área documental del HIM así como en las de las fases anteriores, las cuales contienen algunos de los testimonios del personal de salud pues se hizo muestreo para la convocatoria de un porcentaje de los participantes en la sesión de seguimiento de compromisos.

Haciendo un análisis de los compromisos hechos por los participantes las metas fueron rebasadas considerablemente, de hecho se observaron cambios los indicadores, de estos cambios es necesario hacer un análisis por jurisdicción. Un elemento que fortaleció sobremanera el trabajo tanto de 1º como 2º nivel de atención fue la labor de carácter comunitario que se vio activado y fortalecido en ambas jurisdicciones. En la de Actopan fue puntual el trabajo que se inicio con el sector educativo en todos los niveles jerárquicos con acuerdos y acciones que se iniciaron solo a una semana de haber concluido la primera fase. Para el caso de Ixmiquilpan se observó un desempeño excepcional por parte de los niveles operativos quienes laboran muy de cerca bajo la conducción de los coordinadores municipales.

La respuesta de la comunidad ha sido muy positiva, la participación de los adolescentes; el mismo personal de salud se ha sorprendido de la óptima respuesta de los varones en comunidades en donde la participación de los hombres no era favorable y se observo que la metodología de trabajo con la comunidad tiene alto impacto cuando se tiene como sustento de esta, un acercamiento horizontal con estos, la invitación antes que la amenaza, la concientización, más que la información seborreica y sin sentido, El personal de salud reconoció aprender que en el quehacer comunitario se pueden generar cambios importantes a partir de la corresponsabilidad, que su papel como educadores en la salud es fundamental, que no basta con dar a conocer, ni informar tampoco obligar sino concientizar a las usuarias y sus familiares para que ejerzan el derecho a la salud corresponsablemente.

Es importante que se activen las redes sociales, se empezó a hacer de alguna manera en el Valle del Mezquital. Ese es un trabajo que requiere de seguimiento y apoyo continuo particularmente de los coordinadores municipales, del personal de la jurisdicción y del personal estatal.

Se sugiere establecer y fortalecer los vínculos de comunicación funcional entre el nivel estatal y el jurisdiccional, pues se observa poca organización entre estos niveles, no se trata únicamente de solicitar y dar información sino de usarla y tener un seguimiento claro de ella, lo que permite gerenciar de manera más óptima cada uno de los programas y por lo tanto derivar beneficios a las usuarias.

Los logros obtenidos con la intervención requieren seguimiento, continuidad, supervisión de otra manera no se garantiza por sí sola la permanencia de las acciones ya activadas.

Los resultados se pueden multiplicar favorablemente con el apoyo de todos los que participan, en ocasiones hay quehaceres que son competencia exclusiva de algún personaje de salud en particular, sin embargo son más las acciones que sí se pueden hacer y de las cuales no necesariamente están escritas: una enfermera de un centro de salud fue quien concertó la cita con uno de los presidentes municipales, y agendó reunión con la participación de su coordinador municipal y personal de la jurisdicción; Un médico habló con algunas directoras de kínder y de primarias, mientras que personal jurisdiccional por su cuenta tuvo reunión con niveles gerenciales de la SEP la suma de este esfuerzo no tiene precedentes, fue la suma de voluntades para trabajar con diferentes equipos, finalmente aun no estando en los equipos de trabajo formamos parte de una comunidad

La intervención educativa sirvió para actualizar a los médicos enfermeras y personal de salud, que estén actualizados de lo que es la preeclampsia eclampsia y temas de morbilidad materna para que de manera oportuna los puedan identificar en unidades de primer nivel de atención y de manera más focalizada, puedan referirlos a un segundo nivel de atención

Sirvió para sensibilizar a las mujeres embarazadas y a sus parejas, familiares, y a la población en general así como a las autoridades locales y municipales sobre la importancia y llevar un control prenatal adecuado en la identificación oportuna de las señales de alarma.

Se cumplió con la meta que corresponde al número de mujeres embarazadas en control prenatal durante el primer trimestre (estos datos fueron obtenidos a través de entrevistas con personal jurisdiccional de cada región)

Que acudan las mujeres embarazadas a su consulta de primera vez durante el primer trimestre de embarazo, por ejemplo en la Huasteca, de 2500 consultas programadas se atendieron 4300 en 2010 únicamente de primera vez aumento el número de consultadas de primera vez en embarazadas en un 174% y de este porcentaje corresponde una gran parte al primer trimestre de mujeres gestantes.

Sirvió para empoderar a las mujeres embarazadas ya sus parejas para recibir el apoyo ante cualquier situación que se presentara durante el embarazo teniendo presencia ya de las redes sociales en la comunidad, los centros de salud y en las presidencias municipales, jurisdicción y hospitales.

La estrategia funcionó para estimular la captación temprana de la gestante, llevar un control prenatal adecuado, clasificar el riesgo obstétrico y promover un sistema de referencia y contrarreferencia eficiente.

APARTADO 5

FORTALECIMIENTO DE LAS REDES INTERINSTITUCIONALES Y SOCIALES CON EL SECTOR SALUD PARA COADYUVAR EN LA DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LA HUASTECA Y OTOMÍ TEPEHUA.

El Objetivo desde esta estrategia de intervención se cumplió al favorecer la instalación y el fortalecimiento de las redes interinstitucionales y sociales en la zona Otomí-Tepehua y en la zona Huasteca para mejorar la atención a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio a través de la participación activa en acciones concretas de diferentes actores comunitarios locales y personal de salud.

Se impulsó el compromiso y participación de los profesionales de salud, de autoridades, actores y agentes comunitarios y municipales con la salud materna y perinatal, promoviendo la utilización oportuna de los servicios y apoyo en el traslado de embarazadas y de recién nacidos a las unidades de salud, así como gestión para instalar y poner en marcha 3 posadas AME.

Durante la Etapa 1 el objetivo planteado que fue el de fortalecer las redes interinstitucionales y sociales con el sector salud para coadyuvar en la disminución de la mortalidad materna en la Huasteca y la Otomí-Tepehua, se cumplió, y es un trabajo que requiere seguimiento puntual por parte de los supervisores de zona, del nivel jurisdiccional y de los coordinadores municipales y entre ellos fortalecerse para continuar con el trabajo en cada municipio y con diferentes actores de la comunidad.

Se dio cumplimiento al objetivo de la Etapa 2 que fue el de dar seguimiento de acciones acompañamiento activo en reuniones ejecutivas inter e intrainstitucionales.

Indiscutiblemente en la Etapa 3 el cumplimiento del objetivo se vio rebasado pues además de generar la planeación, impulsar promover y acompañar el trabajo de campo con 1er nivel de atención, se llevaron a cabo rutas de trabajo con usuarias de

manera paralela lo que ayudo a que en esta etapa lejos de se llevaran a cabo 16 sesiones educativas, se realizaron solo durante dos semanas más de 27 sesiones con usuarias y personal de salud. En el 2009 sucedió algo similar, lo que puede decirse es que además de las sesiones educativas que se llevaron a cabo también hubo supervisión y acompañamiento de esta actividad por parte de los coordinadores municipales, del personal jurisdiccional e inclusive del nivel estatal y generaron sus propias rutas. El acompañamiento y supervisión entre el personal de salud no puede ser a distancia, por internet, fax, vía telefónica, mensajería o simplemente por valija; es necesario que sea presencial, pues además de verificar y apoyar el trabajo operativo directamente de los colaboradores y compañeros, se convierte en un espacio de retroalimentación en el amplio sentido de la palabra, lo que permite también el reconocimiento al personal de salud y voluntariado por los esfuerzos realizados y los logros obtenidos.

En la Etapa 4 también se dio cumplimiento al objetivo aún y cuando hubo complicaciones operativas por cuestiones estatales sindicales, el apoyo del personal de salud y su disposición fue más que propositiva, de tal manera que se pudo brindar orientación y revisar especificaciones metodológicas de acciones sustantivas del trabajo de campo que los niveles operativos llevaron a cabo.

Para la planeación y operación técnica de los talleres dirigidos tanto al personal de salud como en las sesiones ejecutivas de trabajo que estos mismos tuvieron con autoridades municipales, se tomó en cuenta el modelo de determinantes de la mortalidad materna, conocido como el Modelo de de las Tres Demoras (3-Ds) que permitió identificar diversas barreras que enfrentan las mujeres embarazadas para acceder a servicios con capacidad resolutive una vez que aparecen signos y síntomas de complicaciones.

Estos tres tipos de demora se relacionan con el proceso que caracteriza la problemática que enfrentan las mujeres de la zona Huasteca y Otomí-Tepehua ante emergencias obstétricas. La primera demora se puede presentar en la decisión de buscar atención, la segunda, en lograr el traslado al establecimiento de salud y, por último, la tercera demora que se presenta para ingresar al establecimiento y recibir realmente atención una vez que se ha llegado a la unidad médica.

En cada taller con el personal de salud y con autoridades y líderes comunitarios se trabajaron acciones orientadas a promover la planeación y preparación del parto durante la atención prenatal, que incluye recomendaciones sobre el lugar para la atención del parto, el transporte a utilizar, la referencia a la unidad médica --previo contacto entre niveles de atención--, la búsqueda de donantes de sangre (en los casos que se requiere) y la estrategia a seguir ante posibles complicaciones obstétricas o neonatales. Sin embargo, se hizo necesaria toda una capacidad efectiva de resolución tanto para los niveles de atención como para las usuarias, de allí la importancia y rol de la comunidad como actor protagónico como demandante e impulsor de la instalación y el fortalecimiento de las redes sociales.

A través de la apropiación del personal de salud de esta serie de acciones se buscó contribuir a reducir los temores que inhiben el uso de los servicios como son la percepción de lejanía, elevado costo en el traslado y/o percepción de mala calidad y desconfianza hacia los mismos. Sin duda el trabajo que se ha desempeñado en la zona Huasteca y en la Otomí Tepehua han sido muestra de un compromiso contundente por parte del nivel jurisdiccional.

Dentro del modelo de las tres demoras, la segunda prominentemente alude a las limitaciones en la accesibilidad de las instalaciones de salud apropiadas para la atención de urgencias obstétricas. Sobre este aspecto, se estuvo trabajando particularmente con el personal de salud en relación a la promoción de acciones que faciliten el acceso a los hospitales y unidades médicas resolutivas mediante el establecimiento de vehículos institucionales para este fin, o bien a través de la movilización de recursos de las presidencias municipales, organizaciones de la sociedad civil y de las propias comunidades, con el propósito de apoyar el traslado de urgencias obstétricas y neonatales.

Otro aspecto que incide en la segunda demora tiene que ver con la organización de los distintos niveles de atención y su funcionamiento en redes de servicios interconectadas.

Acudir a más de un establecimiento en el proceso de búsqueda de atención es sumamente frecuente, perdiéndose tiempo valioso en el traslado de uno a otro, por lo en los talleres se fomentan lineamientos orientados a fortalecer las acciones del primer nivel de atención en el manejo de complicaciones obstétricas a la vez que promueve medidas que incrementen la efectividad del sistema de referencias-contrarreferencia. Y dentro de estas acciones se aborda puntualmente la dificultad en el traslado, en los desplazamientos de las mujeres tanto de su casa como al centro de salud y de este mismo, hacia el segundo nivel de atención. Tanto en la zona Huasteca como en la zona Otomí Tepehua, se reconoce que en las comunidades alejadas o aisladas, las mujeres que experimentan complicaciones difícilmente logran trasladarse oportunamente al hospital por lo que en estos casos se hace necesaria la promoción del establecimiento de Posadas de Asistencia a la Mujer Embarazada, a donde puedan ser canalizadas para la atención del parto las mujeres de dichas comunidades, así como toda aquella que lo requiera por su estado de salud.

Desde el modelo de las tres demoras, por último, la tercera demora se relaciona con la oportunidad y calidad de la atención que brindan los servicios médicos y, particularmente los hospitales, que son los que cuentan con mayor capacidad resolutiva de emergencias obstétricas y neonatales. Desde este lugar la intervención resolutiva compete a los diferentes niveles jerárquicos en salud y desde este lugar se contó con una respuesta contundente al llamado de la participación activa del nivel federal, de la presencia intermitente de nivel estatal y evidentemente la gerencia y acción continua del nivel jurisdiccional.

Se analizaron al interior de los grupos de trabajo experiencia vividas y se llevó a cabo trabajo de sensibilización respecto a que mortalidad materna se presenta por muchas

razones, incluyendo el mito sustentado por varias familias y comunidades en las que consideran que los malestares del embarazo son normales, desconociendo las señales de alarma y las redes de apoyo de las que se pueden generar para prevenir la mortalidad materna. Desde este planteamiento los participantes del sector salud compartieron que continúan trabajando con las sesiones educativas de tal manera que no se trata solo de informar, y/o de convencer, sino crear conciencia de que cualquier embarazo, parto o puerperio se puede complicar, y por lo tanto de la importancia de reconocer las señales de peligro por parte de las mujeres, su pareja (cuando existe y cohabita con ella) y la familia, de tal forma que se esté atent@ a las señales del cuerpo, se acuda con oportunidad a la atención médica y se tenga un traslado oportuno.

Un planteamiento concreto en las zonas Otomí Tepehua y en la Huasteca es que aún dando cumplimiento a la concientización de las mujeres y sus familiares lo cierto es que con frecuencia la mujer y su familia no cuentan con recursos humanos y financieros para tener acceso a un transporte o un alojamiento fuera de su localidad, frecuentemente no tienen con quién o dónde dejar a sus otros hijos para poder ir a la unidad de salud a su consulta prenatal, a la atención de su parto o a la consulta durante la cuarentena. En estas zonas hay localidades en las que la mujer requiere de un permiso de su esposo, de su madre o de su suegra para ir a la unidad de salud ya sea de 1º o 2º nivel.

Para solucionar estas dificultades y contribuir a evitar la muerte de mujeres y de recién nacidos, el trabajo que se llevó a cabo dentro del taller fue intra e interinstitucional, para que el mismo personal de salud especialmente para que el personal jurisdiccional, coordinadores municipales de salud y personal supervisor de zonal, fomenten las acciones propuestas con los miembros de la comunidad, las autoridades locales, del municipio, del estado y de la federación para crear y hacer funcionar redes de apoyo social vinculadas al aseguramiento del acceso oportuno de las mujeres a los servicios de salud.

Se comprometieron los integrantes de cada grupo a generar las redes de apoyo social que se constituyan a partir de los lazos que establezcan entre los parientes, vecinos/as o amigos/as y brinden explícitamente a las mujeres apoyo emocional y material durante el embarazo, el parto y el puerperio. Estas redes se integraron por: amigos/as la familia y pareja de la embarazada, los comités de salud, las autoridades municipales, las asociaciones, organizaciones civiles que trabajan en la comunidad y que tengan dentro del entorno social reconocimiento y autoridad social reconocida.

El personal de salud se comprometió y dio cumplimiento de las estrategias revisadas y aprendidas, estableciendo así cadenas en donde cada personaje es un eslabón de acuerdo al papel que representa dentro de su comunidad y pueda proporcionar apoyo en una situación de emergencia o de una necesidad en especial. Esta tarea ciertamente es compleja de allí que el rol de Nivel Federal y Estatal se hizo necesario como actor gerencial y de apoyo para la gestoría y acompañante puntual en reuniones ejecutivas con las autoridades locales y en el ejercicio de los recursos financieros que el nivel federal ofreció a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva desde la Dirección de Desarrollo Comunitario como

resultado de las valiosas acciones operadas durante 2010 y 2011. El apropiamiento de las acciones para el fortalecimiento de las redes interinstitucionales finalmente se debe hacer presente operativamente en cada comunidad, en cada municipio, y este trabajo puede ser liderado por la jurisdicción, sin embargo, no es un trabajo que competa exclusivamente a este equipo de trabajo. Es fundamental destacar que el trabajo efectivo interinstitucional es una forma de trabajo indispensable para el establecimiento de las redes sociales.

El trabajo que se generó con el personal de salud estuvo centrado las siguientes acciones:

Sesiones educativas a las mujeres embarazadas y sus familiares
Sesiones educativas a varones
Plan de seguridad de la mujer embarazada
Madrina obstétrica
Club de embarazada
Transmisión de mensajes a través del perifoneo o la radio local
Elaboración de periódicos murales
Pintas de bardas
Realización de desfiles escolares por alumnos y maestros
Ferias de información en la comunidad
Reunión con regidores por coordinación municipal y comités de salud
Participación en festividades locales

Por detallar una de las acciones con las que se trabajó, se encuentra la del Plan de Seguridad, que consistió en utilizar directamente la guía para el personal de salud. El trabajo realizado fue acogido y se expresó al interior de los grupos que esta es una acción que da respuesta a las necesidades de fortalecer la atención oportuna para las embarazadas, parturientas y puérperas. A continuación se detalla:

En nuestro país, más de mil mujeres pierden la vida cada año por causas asociadas al proceso obstétrico que podrían evitarse a través de la detección temprana y el manejo oportuno de complicaciones.

Un número importante de mujeres que fallecieron en los últimos años, fueron identificadas durante el control prenatal como embarazadas de bajo riesgo o sin riesgo y, la mayoría de ellas perdió la vida durante el trabajo de parto, el parto mismo o dentro de las primeras 24 horas posteriores al parto.

Para abatir la mortalidad materna, la atención prenatal y el enfoque de riesgo no son suficientes; es necesario garantizar el acceso de todas las mujeres a la atención de emergencias obstétricas (AEO) ya que, aunque no es posible predecir con certeza cuántas mujeres se van a complicar durante el embarazo, parto y puerperio, se estima que aproximadamente 2 de cada 10 mujeres que se embarazan requerirán Atención de Emergencias Obstétricas.

Para ello, además de fortalecer la capacidad resolutive de hospitales y centros de salud y de asegurar la disponibilidad de medios de traslado, es necesario que el personal de salud se cerciore que las mujeres, sus parejas y sus familiares, cuenten con un plan de seguridad que les permita responder de manera inmediata y eficaz ante una complicación o emergencia. Es importante tener presente que la elaboración de un plan de seguridad para la atención del parto y de la urgencia obstétrica, implica el desarrollo de habilidades en las personas para visualizar diversos escenarios futuros, anticipar posibles problemas y ensayar soluciones factibles.

La muerte materna y las discapacidades provocadas por la maternidad, parecen no dimensionarse como una probabilidad ya que el embarazo se considera una condición "común o normal", no obstante las cifras y los conocimientos existentes en torno al tema; se tiende a ignorar los peligros, a restar importancia a las señales de alarma y a retrasar la demanda de atención médica.

A menudo, las creencias o ideas arraigadas entre la población, dificultan la percepción de vulnerabilidad, amenaza o peligro; impiden la percepción de un sentido de urgencia y en consecuencia, limitan la adopción de medidas de protección y seguridad.

El folleto plan de seguridad es un instrumento de apoyo para que médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, promotores, auxiliares de salud, etc., a través de entrevistas y/o sesiones grupales, orienten la percepción de las mujeres, sus parejas, familiares y de la población en general hacia la complicación obstétrica; "hagan sentir" la necesidad y responsabilidad de anticipar circunstancias adversas y promuevan una actitud de alerta (no de alarma) que se concrete en un plan de acción para reducir la probabilidad de daños a la salud ante una posible urgencia obstétrica.

El objetivo fue ayudar a las embarazadas, sus parejas y/o familiares a elaborar un Plan de Seguridad que favoreciera una actuación oportuna ante una potencial complicación o urgencia obstétrica.

Los materiales utilizados son de muy bajo costo y ayudan sobremanera a la corresponsabilidad y toma de conciencia de las mismas mujeres y de sus familiares:

- Folleto plan de seguridad.
- Material de apoyo (impreso y audiovisual) sobre señales de alarma
- Directorio y/o mapa de unidades de la red de atención
- Información sobre sistemas de transporte comunitario e institucional existentes.

Las recomendaciones generales durante la entrevista que el personal de salud hizo fueron:

- Generar una atmósfera de confianza y aceptación. Manifestar su respeto por las creencias y costumbres de las personas. No mostrar apuro y expresar su disposición a ayudar.
- Mencionar y resaltar los beneficios potenciales, las oportunidades y los efectos positivos de estar preparados para cualquier situación de emergencia.
- Reflexionar junto con la persona y ayudar a responder las preguntas del folleto.
- Incluir otras preguntas que le ayuden a ampliar la información respecto a la circunstancia específica de esa embarazada.
- Plantear situaciones hipotéticas para que la embarazada considere opciones. Ejemplo: ¿Y si el día de tu parto, la persona que te va a llevar al hospital se enferma, quién más te puede llevar? Si estás muy mareada o tienes un dolor muy fuerte no te vas a poder levantar, ni vas a poder gritar, ¿cómo vas a pedir ayuda? ...
- Brinde la oportunidad a la persona de hacer preguntas.
- Explorar los sentimientos de la persona respecto a los posibles peligros.
- Permitirle que exprese con la mayor libertad posible sus preocupaciones. La incertidumbre genera ansiedad. No restar importancia a los sentimientos de la persona ni trivialice la situación bromeando.
- Explorar junto con la persona las alternativas posibles;
- Hacer sugerencias para resolver situaciones imprevistas.
- Ayudarla a identificar a las personas que pueden acudir en su ayuda en caso de necesitar apoyo y compañía. (Su vecina, su amiga, su pareja, su hijo, etc.)
- Proporcionar información sobre los medios de transporte disponibles, a quién y cómo debe solicitarlos (transporte comunitario, ambulancias institucionales)
- Precisar a qué Centro de Salud o a qué Hospital debe acudir. Proporcionar el nombre del personal de salud que la puede atender. Repasar las distancia y el tiempo de recorrido desde su localidad hasta el centro de salud o al hospital.
- Subrayar que en caso de que presente sangrado, convulsiones, trabajo de parto prolongado o retención de placenta, debe ir directamente al hospital no al centro de salud.
- Enfatizar las acciones que la persona puede realizar más que en las que puedan estar fuera de su control.
- Promover que para cada circunstancia adversa, se elabore un Plan A, Plan B y hasta Plan C o los que sean necesarios de acuerdo a la persona.
- Recordar que estar preparado contribuye a reducir el temor, disminuye la angustia y la sensación de amenaza; maximiza la percepción de dominio y brinda sustento emocional y motivacional.
- Sugerir a las personas que realicen el recorrido a la unidad de salud en la que atenderán el parto, así como al hospital al que tendría que acudir en caso de emergencia. En la medida de lo posible organizar a un grupo de embarazadas y acompañelas en el recorrido.
- Finalmente, en cada consulta de control prenatal, repasar con cada embarazada su plan de seguridad.
- La pareja, la familia y los conocidos de la mujer embarazada son muy importantes para ayudarla si ella tiene siente varios signos de alarma en su cuerpo.

La operación de estos talleres sirvió para desde los niveles operativos del sector salud desde las diferentes instituciones impulsar fortalecer es establecimiento de las redes sociales, y fueron la apropiación de las acciones trabajadas y el empoderamiento de que la responsabilidad compete también a otros sectores e instituciones que obligadamente deben ejercer la corresponsabilidad en el cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, no bastando solo la disminución de la mortalidad materna sino promover garantías de que en caso de alguna complicación, las mujeres y los recién nacidos no solo salven su vida sino que no queden con secuelas que les implique un detrimento en su calidad de vida.

El personal de salud ha estado capacitando a las usuarias y sus familiares para que consideren el uso de la red social y para ello es importante que esté establecida y se mantenga. Así pues es que el papel de los coordinadores municipales es importante, sin embargo, el impacto que cada uno de ellos pueda tener con las autoridades municipales se facilitará sobremano toda vez que haya explícitamente y de forma activa la participación de los servicios de salud de nivel jurisdiccional y estatal.

Tanto en la zona Huasteca como en la Otomí –Tepehua se identificó que ha habido continuidad en el trabajo comunitario concretamente respecto a las sesiones educativas y se han empezado a fortalecer los clubes de las mujeres embarazadas.

El proceso grupal se facilitó con los ejercicios vivenciales llevados a cabo, pues cada uno de ellos con el objetivo de sensibilizar y en especial de concientizar respecto a la importancia de las redes sociales.

Una de las acciones que se trabajaron fuertemente al interior del taller fue la de la figuras de las madrinas y padrinos comunitarios.

La madrina o padrino obstétrico es una persona hombre o mujer que de manera voluntaria está dispuesta a acompañar y dar seguimiento al cuidado de la salud de una mujer (ahijada) durante su embarazo hasta el término del puerperio. Con esta estrategia se logró:

- Que las mujeres embarazadas especialmente las que viven en zonas de bajo IDH a sea rurales o indígenas, acudan a los Servicios de Salud para que sean atendidas durante todo el embarazo y hasta la cuarentena por el personal de salud.
- Acompañar y dar seguimiento a través de visitas domiciliarias a las embarazadas, parturientas y puérperas durante las consultas médicas y en caso de urgencias obstétricas.
- Dar a conocer las señales que ponen en peligro la vida de la mujer y de su bebé durante el embarazo parto y puerperio, así como el directorio de las unidades médicas a las cuales puede acudir en caso de presentarse alguna urgencia obstétrica, a través de la elaboración del Plan de Seguridad.
- Las madrinas y padrinos tengan información sobre las redes de apoyo social y de atención médica; es decir, conocieron cuál es el hospital con capacidad resolutoria para dar respuesta a una emergencia obstétrica, cuáles son los centros de salud

que pueden atender partos normales, y quiénes son las personas de la comunidad a las que pueden acudir si necesita trasladar a su ahijada.

- Se puntualizó que para ser madrina o padrino se necesita:
- Ser hombre o mujer adultos
- Aceptar de manera voluntaria el cargo de madrina o padrino
- De preferencia ser bilingüe si la embarazada o puérpera hablan una lengua diferente al castellano.
- En caso de no saber leer ni escribir, contar con una persona que le apoye con esa tarea.

Los asistentes conocieron que para elegir a las madrinas y padrinos, el personal de salud de la unidad médica con el apoyo de las autoridades municipales y el Comité de Salud convoca a una asamblea comunitaria en la que se da a conocer la importancia de contar con la participación de la comunidad a través de personas que estén acompañando y dando seguimiento al estado de salud de las embarazadas, parturientas y puérperas.

Finalmente se invita a la población a participar de manera voluntaria como madrina o padrino de una o varias embarazadas.

Con base en el censo actualizado de embarazadas, las personas que aceptan participar como madrinas o padrinos, eligen a una o varias ahijadas o bien las embarazadas eligen a sus madrinas o padrinos.

De esta forma y con sus propios estilos, en las localidades se capacitó a las madrinas y padrinos para que identifiquen las señales de peligro durante el embarazo, parto y puerperio, conocieran cómo funciona la red de apoyo social y de salud, cómo se trabaja con el plan de seguridad y cuáles son los métodos anticonceptivos que se pueden usar después del parto.

Se destacó que quienes apoyan la labor de las madrinas y padrinos son el personal de salud, a través del seguimiento mensual de la asistencia y atención de las ahijadas; y del las autoridades locales y del municipio con el apoyo de los traslados cuando así lo requiera las ahijadas.

Para la operación de la estrategia de las madrinas obstetras se contó con insumos obtenidos de nivel federal de la Dirección de Desarrollo Comunitario del CNEGySR contando así con insumos para la implementación de la operación de las madrinas obstétricas: casacas y morrales. Todo ello permitió con mayor facilidad trabajar con poco más de 500 madrinas y padrinos.

Así como hubo respuestas de nivel federal debido al compromiso y resultados observados en los niveles operativos y jurisdiccionales, se fueron sumando apoyos, y uno de ellos fue finalmente la gestión que hizo nivel federal para otorgar a través del estado \$1,700,000.00 pesos para equipamiento de Posadas AME.

Para contar con este recurso se requirió del interés y compromisos de los presidentes municipales y sus equipos de trabajo. De tal manera ha logrado en la Zona Otomí Tepehua la gestión para equipar dos posadas AME, habilitar una posada en San Bartolo y construir otra en Huehuetla, y en lo que corresponde a la Huasteca se gestionó para la construcción de Posada AME en Huejutla. Las posadas estarán ubicadas dando cumplimiento al requisito de estar ubicadas estratégicamente, se logró que las tres posadas estén ubicadas no solo cercas del 2º nivel de atención sino que estarán contiguas a este dentro del mismo terreno del hospital respectivo.

Toda esto fue resultado del trabajo llevado a cabo no en una sino en varias reuniones con autoridades municipales, haciendo incluso vistas tutoriales a los presidentes para contar con su apoyo para la construcción de la posada. Solo con la suma de esfuerzo ha sido posible este trabajo: donaciones de terrenos y espacios de la misma SSA, recurso financiero del CNEGySR, contribución de los presidentes municipales para la construcción de la Posada, la coordinación y asesoría del nivel jurisdiccional, el contacto con el nivel estatal, la participación interinstitucional y la participación activa de la comunidad a través del comité de salud y personas voluntarias como las madrinas y padrinos obstetras.

Se trabajo intensamente para el fortalecimiento de redes sociales, se hizo búsqueda intencionada de embarazadas, actividad que no solo debe ser llevada a cabo por el personal de salud. En la Otomí Tepehua se trabajo con adolescentes escolarizados, se les capacitó sobre prevención de mortalidad materna y el personal de salud los organizó para que llevaran a cabo la búsqueda intencionada, en Huehuetla esta actividad no se llevó más de dos horas, pero además la ventaja es que se trabaja oportunamente con los adolescentes, pues en entrevistas que se hicieron al muestreo, los adolescentes puntualizaban técnicamente los riesgos de un embarazo en la adolescencia y las implicaciones financieras y emocionales de todo ello.

Como resultado del trabajo en estas zonas, también se generaron proyectos profesionales en relación a la disminución de la mortalidad materna y todos ellos implican la participación de las autoridades municipales. Esto es un logro pues se impulsó la proactividad de los equipos de trabajo de varias unidades de salud y se fortaleció la comunicación funcional entre diversos grupos de trabajo.

El trabajo no fue sencillo pero de ninguna manera fue imposible. Cada uno de los objetivos planteados no solo fue cumplido sino rebasado. Falta mucho por hacer, sin embargo, se tuvieron avances importantes que tiene que ver finalmente tienen implicación en la transversalidad de la perspectiva de género en salud reproductiva, y los resultados obtenidos tienen implicaciones en los asuntos de justicia social, y en la concientización de la corresponsabilidad desde los ámbitos privados que, dan competencia y su razón de ser lo público.

Es necesario seguir propulsando actores comunitarios institucionales y de la población en general, pues se observó que al ser orientados, involucrados voluntariamente e incentivados por los productos del mismo quehacer, son agentes de cambio que

revitalizan y animan a la colectividad, poniendo en acción recursos y potenciales antes no ejecutados, con capacidades latentes de iniciativa y promoviendo la solidaridad y especialmente la corresponsabilidad de la misma comunidad en el cuidado de la salud materna y perinatal. Este es el caso concretamente de las auxiliares de salud, de las promotoras voluntarias y de las vocales de salud y parteras.

El trabajo comunitario que se llevó a cabo particularmente en la zona Otomí Tepehua y en la Huasteca, por el personal de salud impone necesaria y claramente una concientización, movilización y politización no partidista de los grupos y población a los cuales se dirigen las acciones de prevención. El que los preescolares, los niños y niñas de educación básica, los adolescentes y jóvenes de educación media y superior salgan a las calles de manera organizada a manifestar grupalmente que no debe haber más muertes maternas; el que se sumen a las acciones psicopedagógicas como educadores de sus iguales, de sus familias y de la comunidad, el que se generen reuniones con el cabildo y autoridades municipales para acordar apoyos para el traslado de las mujeres durante el embarazo, el parto y la cuarentena; el que se realicen convenios de colaboración impulsados por líderes comunitarios... todo ello es la búsqueda de justicia social abanderada no por un partido político sino por los derechos de las mujeres para tener una mejor calidad de vida, trabajar en pro de la prevención de la mortalidad materna, tangencia el trabajo de morbilidad, lo que necesariamente implica la diferencia no solo entre la vida y la muerte de las mujeres sino en su calidad de vida de estas y de sus familias.

Hubo desarrollo comunitario dado que se promovieron y movilizaron los recursos humanos, mediante procesos educativos que promovieron las potencialidades latentes para lograr el autodesarrollo. Se hizo trabajo de sensibilización personalizado y grupalmente con los presidentes municipales y algunos de sus colaboradores. En cada región esta actividad se hizo a partir de las posibilidades y agendas tanto de las autoridades municipales como de las jurisdiccionales. Fue trabajo que una vez iniciado, fue imprescindible dar seguimiento puntual a cada una de las acciones y pendientes agendados; no bastaba con hacer oficios, acuerdos o reuniones, fue necesaria la supervisión puntual de cada acción, acuerdo, y pendiente, de tal manera que se pudieron concretizar dos financiamientos,

Quienes proponen intervenciones como las que hemos descrito, a menudo dan por sentada la existencia de buenos servicios de administración, personal adiestrado, equipo, materiales, fondos, y programas gubernamentales y no gubernamentales de cooperación y apoyo. Es necesario advertir, en relación con esto, que no debe esperarse que un programa de salud materna funcione eficazmente si se concentra exclusivamente en la comunidad de usuarios, en los servicios de atención de salud o en la cooperación entre sectores. Solamente se logra un rendimiento verdaderamente bueno cuando la actividad se lleva a cabo en estos tres "niveles".

Es necesario, además, que cada programa de atención de salud materna se adapte a la población atendida. El programa debe moldearse a las tasas de fecundidad y a los patrones reproductivos, a la densidad poblacional; al ambiente físico, social y cultural; a

intervenciones financieras factibles y adecuadas; a las evaluaciones de eficacia en función de los costos; y a un enfoque realista de las limitaciones financieras y administrativas.

La realización de intervenciones en el área de la atención de salud materna con el apoyo de la comunidad y de las autoridades podría reducir enormemente la mortalidad entre las mujeres embarazadas de las tres zonas trabajadas. Las actitudes fatalistas no salvarán la vida de las embarazadas, pero sí la salvarán programas activos de atención materna destinados a enfrentar y reducir los peligros existentes.

La estrategia trabajada hizo énfasis no solo en seguimiento a las mujeres durante el embarazo; sino la promoción de que la mujer misma y sus familiares identifiquen los signos de alarma, que la mujer cuente con un plan de seguridad y el respaldo de una red social y asista a un club de embarazadas, (estas acciones podían incluso reportarse pero no existían o estaban sumamente languidecidas y no arrojaban los resultados y beneficios de atención a la mujer); la concientización de recibir atención oportuna durante el parto generando así un plan de seguridad contando con la corresponsabilidad conciente de la pareja y/o algún familiar; un monitoreo continuo hasta la conclusión de la cuarentena.

Se promovió el alojamiento para las mujeres de las embarazadas y puérperas durante su atención con la expansión de espacios de casas AME. En realidad y la concreción por primera vez se estableció y activó la "Red Social" para proveer de un auténtico apoyo a la mujer embarazada durante el parto y el puerperio y se incorporó un enfoque de riesgo a todo embarazo

Se sugiere continuar en contacto directo con el personal de las jurisdicciones sanitarias en este caso particularmente con la jurisdicción de Actopan y de Ixmiquilpan y generar explícitamente trabajo focalizado al fortalecimiento de redes interinstitucionales y sociales.

Aprovechar la disposición incondicional que se tuvo del personal operativo y supervisores regionales de IMSS OPO tanto de la zona de Actopan, de Ixmiquilpan como de la Otomí-Tepehua y la Huasteca.

Seguir generando sinergia de trabajo con el personal operativo de las tres regiones, hacia el Valle del Mezquital en los grupos de trabajo hubo poca polémica y escasas confrontaciones, fue personal que prioritariamente acentuó sus posibilidades de acción más que las debilidades institucionales. Se caracterizaron por planteamientos propositivos y propuestas concretas de acciones de beneficio a las usuarias y a la comunidad. Sin embargo requieren también de reconocimiento y supervisión permanente.

Dar seguimiento al intercambio interinstitucional, pues en el grupo de Actopan se planteó insertar en la operación en club de la embarazada en las instalaciones del IMSS OPO en el primer nivel de atención con el apoyo directamente de personal de la

secretaría de varios centros de salud y que ya tiene en marcha el club de la embarazada.

Poner atención en la forma en cómo están considerados algunos hospitales, pues en el caso del Hospital regional de Ixmiquilpan oficialmente se tenía información en nivel estatal de que contaba con banco de sangre y plantillas completas, sin embargo, en la concreción, no hay banco de sangre y en ocasiones no hay respuesta a las emergencias obstétricas como se pudiera esperar, dada la falta de personal especializado (aún cuando están las plazas disponibles para algunos especialistas)

En las cuatro jurisdicciones se cuenta con personal capacitado y propositivo que se sumó a la planeación y resolución inmediata a problemas logísticos presentados y proponiendo lugares de trabajo para la tercera fase. De tal manera que la ruta para las sesiones educativas para las usuarias quedo prácticamente planeada desde esta primera fase.

Para el Valle del Mezquital es importante mencionar que las condiciones de vida de esta población distan sobremanera de otros municipios de Hidalgo, si bien en estas áreas lamentablemente se ha presentado mortalidad materna lo cierto es que aunque no en todas, sí en varias de estas comunidades se cuenta con acceso a los caminos o condiciones climáticas con menos frecuencia estropean los caminos o dificultan el traslado. Otra ventaja que hay en las comunidades que atiende el personal de salud es que la población a la que prestan sus servicios, en su mayoría habla castellano, lo que facilita el trabajo del personal tanto de primero como segundo nivel de atención.

En esta misma zona, aunque ha habido esfuerzos del personal de salud para sensibilizar a las autoridades locales respecto a los apoyos para el establecimiento de las redes sociales para el cuidado de la salud de las mujeres embarazadas parturientas y puérperas, los esfuerzos han estado desarticulados y con poco impacto. Con las redes que se empiezan a tejer interinstitucionalmente es necesario que se coordine el trabajo y las acciones, esta es una labor que en mucho puede ser favorecida por el nivel estatal o de otra manera muy concreta y directamente por la jurisdicción se podrá tener mayor impacto ante esfuerzos coordinados y unidos de las instituciones de salud.

APARTADO 6

ACCIONES AFIRMATIVAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

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 efectivamente 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. Generar apaga fuegos como comúnmente se les llama a aquellas formas de salir del paso, políticas del ahorita, se necesitan instrumentos que realmente contribuyan al desarrollo humano y social. 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 de los proyectos trabajados se promovió:

Incorporar la perspectiva de género en todas las políticas y los programas que afecten a la salud de la mujer y hacer participar a ésta en la planificación, la ejecución y la vigilancia de dichas políticas y programas y en la prestación de servicios de salud a la mujer.

Sensibilizar a los/las trabajadores/as de la salud sobre cuestiones relacionadas con el género de manera que puedan detectar y tratar las consecuencias que tiene para la salud la violencia basada en el género.

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 peligros 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.

No solo se informa sino que se concientiza a las usuarias de evitar los agentes oxióticos y los remedios tradicionales. A las parteras tradicionales menudo se les enseña a usar agentes oxióticos para contener hemorragias. En los programas de adiestramiento se hace hincapié en que las nuestra parteras deben usar estos fármacos solamente en este tipo de emergencia y no simplemente para acelerar un parto normal. El mismo concepto se aplica al uso de hierbas y otros remedios tradicionales.

Si bien los dos modelos de intervención aplicados son apropiados para mejorar la prestación de servicios de salud, cabe recordar que la salud materna no depende del sector de la salud exclusivamente y que hay que tener presente la necesidad de mejorar otras condiciones sociales y económicas, como el ingreso, la escolaridad, la vivienda, el saneamiento y la nutrición. Las acciones de intervenciones específicas que se pueden llevar a cabo en la comunidad y en el primer nivel de atención, así como de intervenciones destinadas a reducir la morbilidad materna se describen a en las carpetas de la fase III y IV, tanto de 2009, como del 2010.

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.

De este tipo de análisis se espera evidenciar los resultados de carácter cualitativo considerando que a partir de los resultados que se arrojen se contribuye a generar acciones que fortalezcan las políticas públicas en torno al cuidado de la salud materna y perinatal y se coteje en un periodo a corto plazo el ejercicio de experiencias y esfuerzos de los diferentes niveles de atención. De esta manera se genera también un seguimiento longitudinal del trabajo realizado. Se considera el reconocimiento al esfuerzo y a los resultados obtenidos exitosamente.

Los dos proyectos aplicados, nutren el quehacer obligado y necesario para el apoyo de las regiones indígenas y como hipótesis es posible desvanecer una serie de mitos que desde las instituciones de nuestra sociedad se perpetúan ante la falta precisamente de este tipo de análisis

Se encontró funcionalidad aplicativa del ejercicio de los dos proyectos llevados a cabo en las tres regiones en las que habitan mujeres embarazadas con escasos recursos

económicos, indígenas con una cultura donde aún prevalecen los mitos y tabúes que son asociados durante el embarazo, parto y puerperio, y desconocen los principales signos y síntomas de un embarazo de riesgo.

El comparativo orienta 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

La aplicación del trabajo en las tres regiones, 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 ello 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 medios de comunicación masivos, eventos 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 morbimortalidad materno infantil.
- Facilitar a los adolescentes información pues existen programas, sin embargo, se hace necesario un seguimiento puntual y trabajo continuo respecto a las acciones concretas de Promoción de la Salud.
- Trabajar de adolescente a adolescente bajo la modalidad de talleres tutorados por adultos en los que se aborden contenidos temáticos a profundidad. Esto se puede llevar a cabo en las cuatro zonas: Valle del Mezquital, Otomí Tepehua, Huasteca,
- 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: aquella 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 reeducación 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, comprometiéndolo 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.
- Los modelos de intervención utilizados, ayudan a suprimir la discriminación contra la mujer y es preciso seguir aplicando los 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 las intervenciones de conocimiento técnico científico y humanístico para la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como para 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.

Para que se cumpla con la función del cuidado de la salud materna y perinatal, se requiere trabajar con principios y lineamientos de tipo ético, técnico y político que definen la manera de actuar frente a la salud. Dichos principios deben orientar a los diferentes actores sociales al momento de tomar decisiones, promoviendo la coordinación y sinergia. Desde esta forma de trabajo dan ejemplo las posadas AME, como en Campeche en donde cinco posadas operan con apoyo del DIF Estatal.

En Nayarit se estableció un Patronato Estatal de cuidado a la salud materna y perinatal que opera estas Posadas. En Tabasco tienen el apoyo del DIF. En Yucatán se han sumado esfuerzos con el programa IMSS Oportunidades para abrir una Posada AME.

Para Hidalgo en la zona Huasteca y Otomí Tepehua, derivado del trabajo que se llevó a cabo, se recibió apoyo de nivel federal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva para continuar trabajando con segundo nivel de atención, esta labor fue importante debido a que los servicios de salud asumieron una actitud proactiva para solicitar apoyos financieros, y recursos humanos de diferentes áreas, tanto intra como interinstitucionalmente, de tal manera que al ver los resultados obtenidos de las dos estrategias ya operadas (Modelo Educativo de Intervención del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva así como del trabajo Interinstitucional para el Fortalecimiento de las Redes Sociales) poco a poco se fueron apropiando de estas, lo que pudo ser observado dado el seguimiento de continuidad de dos años de trabajo en la Otomí –Tepehua y en la Huasteca)

En este sentido fue importante el proyecto de redes interinstitucionales y sociales con el reconocimiento y factibilidad de por lo menos tres posadas AME en la Otomí-Tepehua y la Huasteca.

Las redes sociales fueron un gran apoyo para toda mujer embarazada quienes no conocían realmente este tipo de apoyo, sin embargo, es imprescindible ir dando continuidad año con año para fortalecer las redes de apoyo social ya que las autoridades, funcionarios cambian periódicamente.

Las redes sociales han permitido mantener una comunicación directa entre las unidades de salud, jurisdicción y hospital de 2º nivel para brindar una atención rápida de las pacientes que presentan alguna complicación en el embarazo disminuyendo con ello tiempos perdidos en la atención, lo que ha favorecido disminuir la muerte materna así como también buscar y encontrar atención de otros centros hospitalarios de 2º nivel de atención como ha sido en el caso de la Huasteca que derivan pacientes a Pachuca, Tampico, Tamaulipas y Ciudad Valles de San Luis Potosí.

Por otro lado desde lo comunitario, la instauración de de figura de la madrina obstetra, estrategia que favorece sobremano el cuidado de mujer embarazada y puérpera y que genera una corresponsabilidad social en su cuidado, de tal manera que se detecten tempranamente complicaciones que pudieran presentarse. Esta acción favorece la disminución de indicadores en muertes por causas directas.

Las muertes maternas directa e indirecta tienden a empatarse, lo que significa mejoría en la previsibilidad. Debe informarse suficiente, sencilla y oportunamente a la paciente acerca de los signos de alarma.

Un elemento central en estas propuestas fue la coordinación interinstitucional e intersectorial, que contribuye a dimensionar el problema de la mortalidad materna desde una visión integral y a partir de su impacto e implicación social.

Es necesario reconocer y validar operativamente que toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene derecho:

- A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

- A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Las intervenciones del sector salud para la detección oportuna, diagnóstico, referencia y atención a la mujer durante el embarazo, el parto y la cuarentena requiere de todo un trabajo de continuidad y seguimiento por parte de las áreas con carácter intersectorial tanto en la zona Huasteca, la Otomí Tepehua como la del Valle del Mezquital.

El esfuerzo que se hace para el cuidado de la salud materna es una necesidad, derecho de las mujeres y un asunto de justicia social que debe realizarse cotidianamente. Es necesario continuar con las acciones que están dando resultado y generando empoderamiento de la comunidad y corresponsabilidad en el cuidado su salud.

Es necesario aprovechar las oportunidades, ofrecer una buena atención prenatal no consiste únicamente en ocuparse de las complicaciones del embarazo. Las mujeres conforman el grupo más numeroso de usuarios de atención sanitaria que acuden de buen grado por iniciativa propia a los centros de salud para obtener asistencia. Esto ofrece enormes posibilidades para utilizar la atención prenatal como plataforma para programas centrados en la nutrición, el VIH/SIDA, las infecciones de transmisión sexual, la malaria, la tuberculosis, etc. Por ahora, esta y otras oportunidades no se han explotado lo suficiente. Durante la prestación de atención prenatal hay tres oportunidades importantes que no deben desaprovecharse.

En primer lugar, las consultas prenatales brindan la oportunidad de promover modos de vida sanos que mejoren los resultados sanitarios a largo plazo para la madre y el bebé, y probablemente también para la familia. La promoción de la planificación familiar, el ejemplo más destacado de lo que es posible hacer en esta esfera, puede repercutir positivamente en el uso de anticonceptivos después del parto.

La atención prenatal ofrece la oportunidad de establecer un plan de parto. Ello permite, además de planificar el parto, informar a las mujeres y sus familias sobre los posibles imprevistos. La preparación para el parto propiamente dicha incluye determinar el lugar

en que se desea dar a luz, decidir a quién se prefiere como asistente de partería y a quién como compañero de parto, y averiguar la situación del centro asistencial apropiado más cercano. También implica obtener los fondos necesarios para los gastos relacionados con el parto y los gastos de emergencia, encontrar un medio de transporte para acudir al centro sanitario cuando éste sea el escenario previsto para el parto, e identificar a donantes de sangre compatibles para casos de urgencia. La planificación del parto se viene utilizando en muchos países desarrollados desde hace más de una década con efectos beneficiosos) y también se ha introducido con éxito en países en desarrollo, aunque por ahora de forma limitada.

En este sentido los apoyos de las presidencias municipales cobran importancia como parte de la política pública, pues es un apoyo que en las comunidades se solicita pareciera como un favor, se requiere de trabajo sensibilizador, inversión de recursos humanos para trabajar con las autoridades, tiempo que vale la pena invertir por los resultados que se obtienen, sin embargo son recursos que en la actualidad tendrían que estar etiquetados. Así mismo, ya la estrategia de la puesta en marcha de las posadas AME han arrojado resultados de beneficio para las usuarias y sus familias, es tiempo de que esta acción comunitaria forme parte de la agenda en política pública de nuestro país.

La mejoría en los indicadores de mortalidad se traduce en mejoras esenciales en la calidad de vida de la población, al tener más y mejores accesos y servicios de atención médica (preventiva, consultiva, hospitalaria y quirúrgica), la población (y sobre todo la femenina) experimenta vivir más años y en mejores condiciones.

De conformidad con las políticas internacionales, la salud es un derecho humano básico y esencial para el desarrollo económico y social cuya promoción y protección comprometen la acción colectiva, tanto del Estado como del sector privado y las comunidades.

El trabajo llevado a cabo en las cuatro jurisdicciones constituye un espacio que por su propia naturaleza reúne elementos biológicos, sociales y culturales, económicos y políticos tanto de individuos como de colectividades, pero su dominio concierne no solo a los servidores públicos sino a la población y a su entorno. Por su perspectiva amplia y su capacidad de integración multidisciplinaria, ofrecer acciones concretas y funcionales.

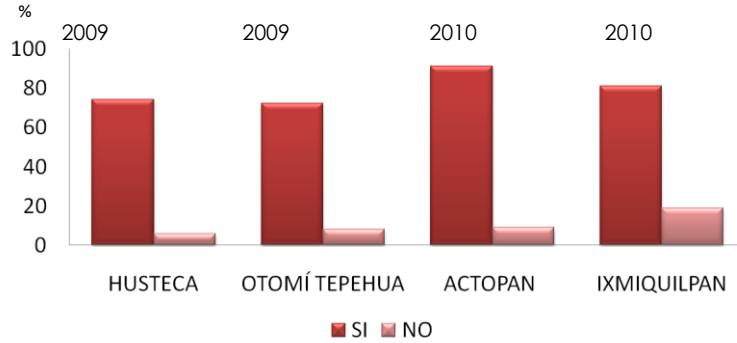
La gestión de la salud no se limita a la responsabilidad del Estado en materia de servicios médicos; su ámbito de influencia comprende también el papel que juegan otras agencias estatales, las organizaciones privadas y los individuos en relación con aquellos determinantes de la salud que están bajo su respectiva influencia.

Los resultados obtenidos en todo el trabajo realizado durante 2009 y 2010 pueden observarse en las siguientes gráficas y tablas

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- Álvarez, Juan L; Jurgenson, Gayou. (2003) *Cómo Hacer Investigación Cualitativa. Fundamentos y Metodología*. Editorial Paidós Educador. México- D. F.
- Campbell O. y Graham W.J. (2006) *Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works* *The Lancet*, Volume 368, Issue 9543, Pages 1284 - 1299,
- CIE-10 Capítulo XV: Embarazo, parto y puerperio
- Conferencia de tecnicismos. Material inédita Dr. Mauricio López Téllez. C.S. Tepatepec 2009.
- Coordinación Nacional de P y P SUSALUD 2006. *Lineamientos para el informe y análisis de muertes maternas y perinatales*
- <http://www.sumimedical.com/GuiasClinicas/Guia%20para%20 analisis%20de%20casos%20de%20Mortalidad%20Materna%20-%20Perinatal%20SUSALUD.pdf> Consulta: 13/12/2006
- Informe sobre la salud en el mundo 2005 Organización Mundial de la Salud Ediciones de la OMS, Ginebra, Suiza
- Lillo, N. Rosello, E. 2004. *Manual para el trabajo social comunitario* Narcea S.A. de Ediciones. Madrid, España.
- Martínez, Miguel. 2006 *Comportamiento Humano. Nuevos Métodos de Investigación*. Editorial Trillas. México- D. F.
- Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
- Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007.
- Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos <http://www.insgenar.org.ar/observatorio/buenas.shtml>
- Otomíes del Valle del Mezquital. *Pueblos indígenas del México Contemporáneo*. Moreno B.; Garret M.G. Ríos y Fierro U. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas <http://www.cdi.gob.mx>
- Proportion of births attended by a skilled health worker – 2008 updates. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, 2008.
- Tracking progress in maternal, newborn and child survival. The 2008 report. Nueva York, UNICEF, 2007.
- Salud pública México 2004. V.46 n.1 Cuernavaca ene./feb.
- Taylor y Bogdan. 2003. *Cómo realizar investigación cualitativa*. Paidós. México.

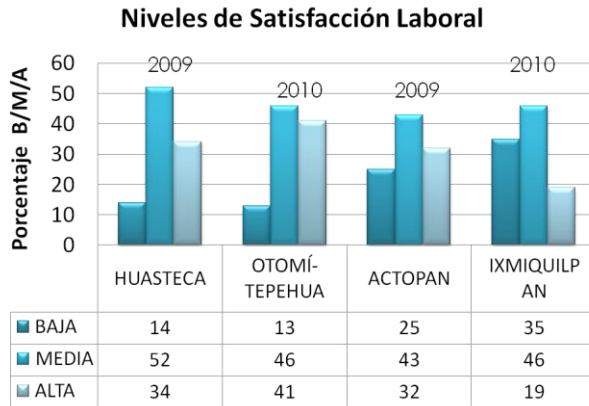
Resultados en porcentaje del personal participante y encuestado de cada zona geográfica que siente o no, orgullo de pertenecer a su institución



Fuente: Directa

Gráfica I

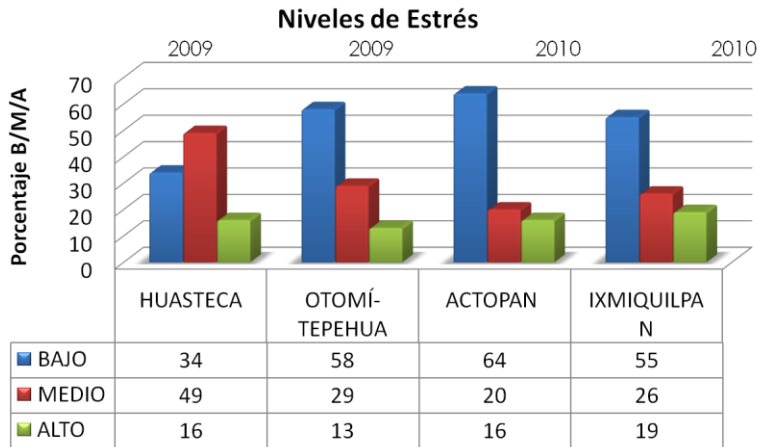
Resultados en porcentaje del personal participante y encuestado con niveles de satisfacción laboral de cada zona geográfica



Fuente: Directa

Gráfica II

Resultados en porcentaje de los niveles de estrés del personal participante y encuestado de cada zona geográfica



Fuente: Directa

Gráfica III

ANÁLISIS DE PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO EN MORTALIDAD MATERNA

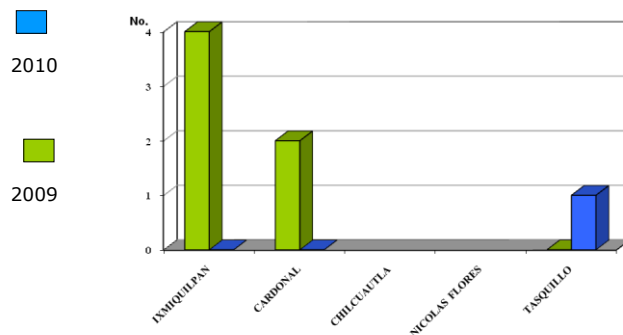
JURISDICCIÓN SANITARIA No. VI

IXMIQUILPAN, HIDALGO

2009 – 2010

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA JURISDICCIÓN IXMIQUILPAN

Registro de Muertes Maternas por año y municipio



Fuente: Censo de muertes maternas. Subdirección de Epidemiología

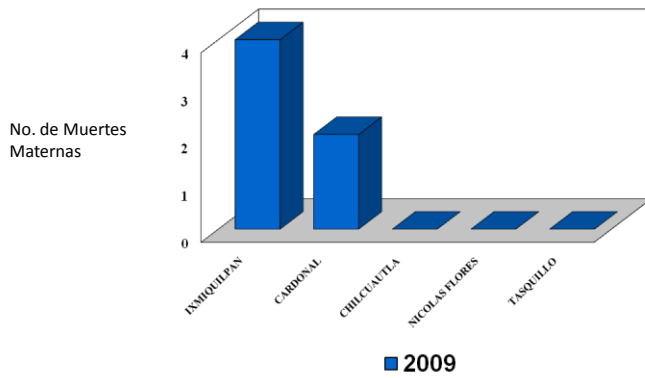
Nota: No se incluyen pacientes foráneas

Gráfica 1

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN IXMIQUILPAN

Registro Muertes Maternas Municipios 2009



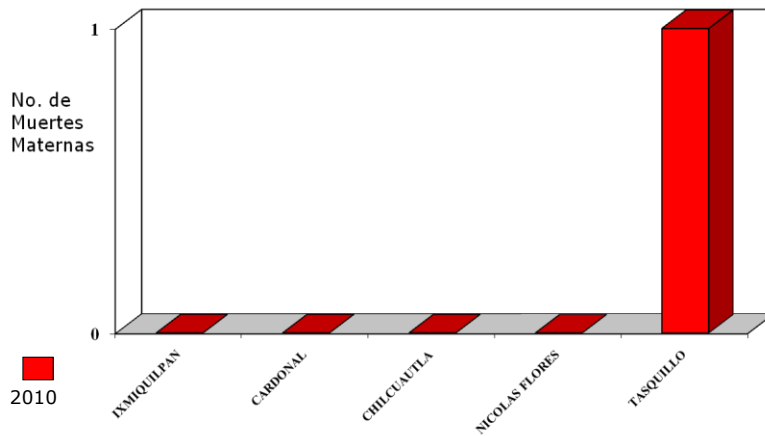
■ 2009 **Fuente:** Censo de muertes maternas. Subdirección de Epidemiología

Gráfica 2

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN IXMIQUILPAN

Registro Muertes Maternas Municipios 2010

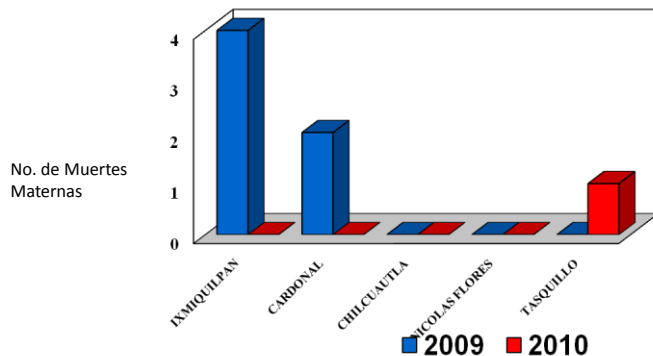


■ 2010 **Fuente:** Censo de muertes maternas. Subdirección de Epidemiología

Gráfica 3

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA JURISDICCIÓN IXMIQUILPAN

Municipios Repetidores 2009-2010



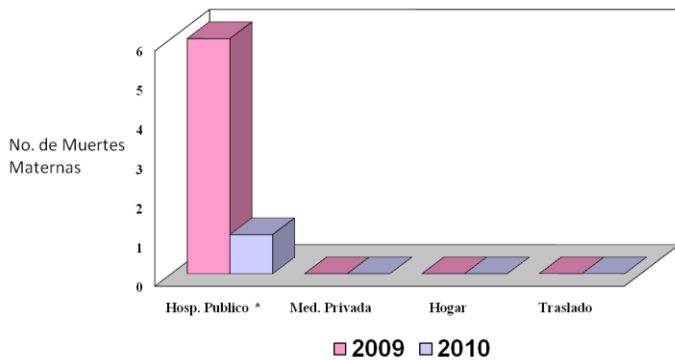
Fuente: Censo de muertes maternas. Subdirección de Epidemiología

Nota: No se incluyen pacientes foráneas

Gráfica 4

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA JURISDICCIÓN IXMIQUILPAN

Lugar de Defunción 2009 - 2010



4 Hospital Gral. Pachuca.

1 IMSS Ordinario Tula

2 Hospital Regional del Valle del Mezquital

Fuente: Censo de muertes maternas. Subdirección de Epidemiología

Gráfica 5

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN IXMIQUILPAN
Diagnóstico 2009 - 2010

Causas basicas			
2009		2010	
Diagnóstico	Número de casos	Diagnóstico	Número de casos
Choque hipovolémico	1	Choque hipovolémico	1
Síndrome de Hellp	2	Síndrome de Hellp	
Neumonía Atípica	1	Neumonía Atípica	
Insuficiencia Respiratoria Por Virus Influenza A H1 N1	1	Insuficiencia Respiratoria Por Virus Influenza A H1 N1	
Insuficiencia Renal Aguda	1	Insuficiencia Renal Aguda	
TOTAL	6	TOTAL	1

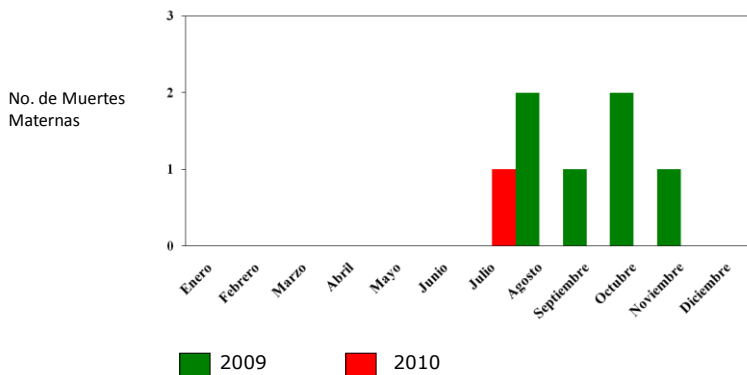
Fuente: Censo de muertes maternas. Subdirección de Epidemiología

Tabla 1

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN IXMIQUILPAN

Ocurrencia por mes 2009 - 2010



Fuente: Censo de muertes maternas. Subdirección de Epidemiología

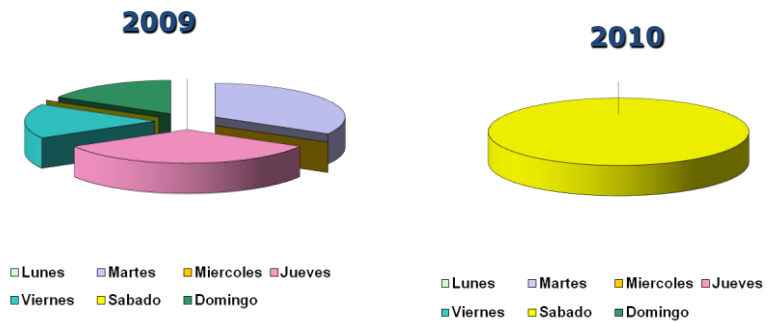
Nota: No se incluyen pacientes foráneas

Gráfica 6

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN IXMIQUILPAN

Ocurrencia por día de semana



Fuente: Censo de muertes maternas. Subdirección de Epidemiología

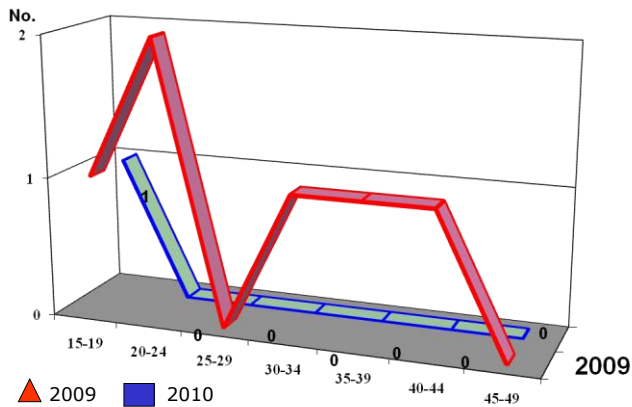
Nota: No se incluyen pacientes foráneas

Gráfica 7

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN IXMIQUILPAN

Muertes maternas por edad de la mujer 2009 - 2010



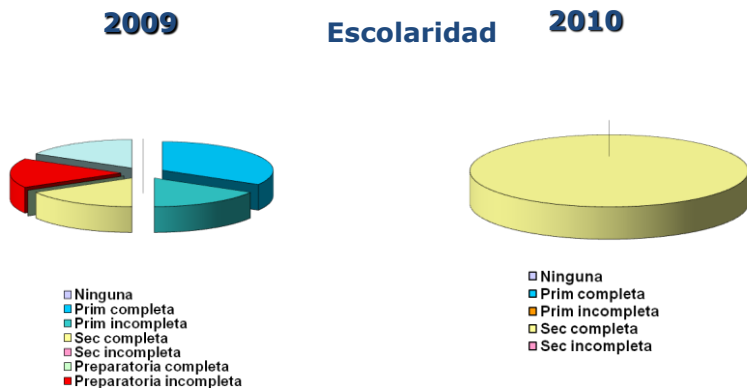
Fuente: Censo de muertes maternas. Subdirección de Epidemiología

Nota: No se incluyen pacientes foráneas

Gráfica 8

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN IXMIQUILPAN



Fuente: Censo de muertes maternas. Subdirección de Epidemiología

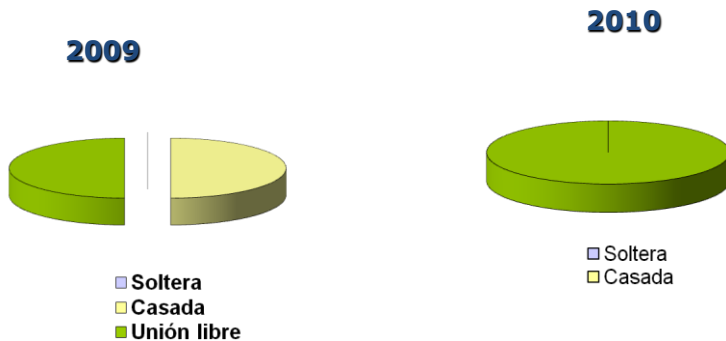
Nota: No se incluyen pacientes foráneas

Gráfica 9

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN IXMIQUILPAN

Estado Civil



Fuente: Censo de muertes maternas. Subdirección de Epidemiología

Nota: No se incluyen pacientes foráneas

Gráfica 10

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN IXMIQUILPAN



Fuente: Censo de muertes maternas. Subdirección de Epidemiología

Nota: No se incluyen pacientes foráneas

Gráfica 11

**ANÁLISIS DE PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO EN
MORTALIDAD MATERNA**

JURISDICCIÓN SANITARIA No. VII

ACTOPAN, HIDALGO

2006 – 2010

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN ACTOPAN



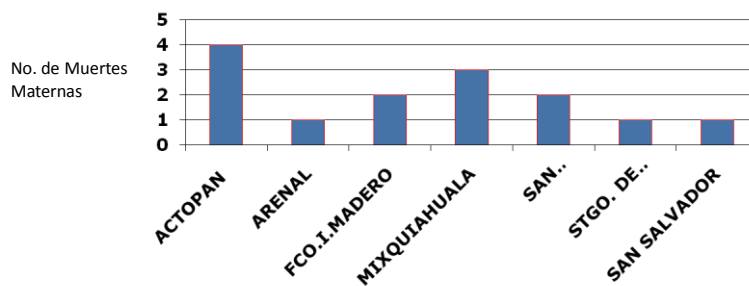
Fuente: Certificado de Defunción y Autopsia Verbal. Programa de Atención a la Salud de la Mujer. Jurisdicción Actopan

Gráfica 12

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCION ACTOPAN

Lugar de residencia de la mujeres que murieron durante 2006-2010



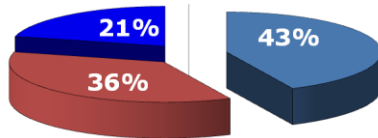
Fuente: Certificado de Defunción y Autopsia Verbal. Programa de Atención a la Salud de la Mujer. Jurisdicción Actopan

Gráfica 13

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA JURISDICCIÓN ACTOPAN

Estado civil de las mujeres que murieron durante
2006-2010

■ SOLTERA ■ CASADA ■ U.LIBRE ■

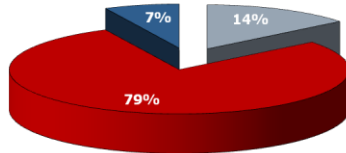


Fuente: Certificado de Defunción y Autopsia Verbal. Programa de Atención a la Salud de la Mujer. Jurisdicción Actopan

Gráfica 14

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA JURISDICCIÓN ACTOPAN

ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES QUE MURIERON DURANTE 2006-2010



■ PRIMARIA ■ SECUNDARIA ■ BACHILLERATO

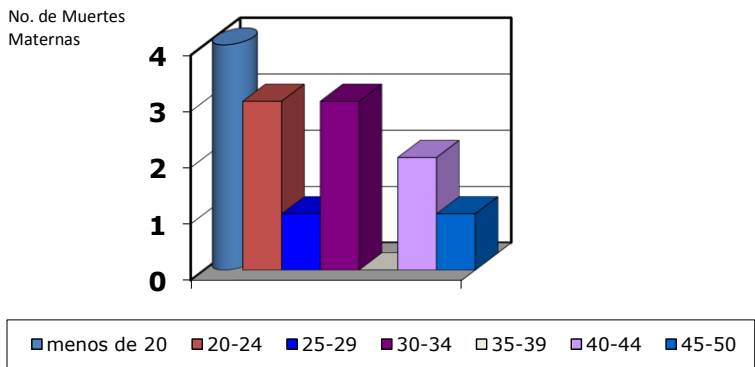
Fuente: Certificado de Defunción y Autopsia Verbal. Programa de Atención a la Salud de la Mujer. Jurisdicción Actopan

Gráfica 15

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN ACTOPAN

EDAD DE LAS MUJERES QUE MURIERON DURANTE 2006-2010



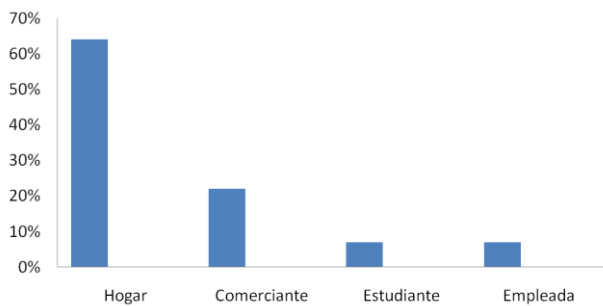
Fuente: Certificado de Defunción y Autopsia Verbal. Programa de Atención a la Salud de la Mujer. Jurisdicción Actopan

Gráfica 16

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN ACTOPAN

OCUPACIÓN

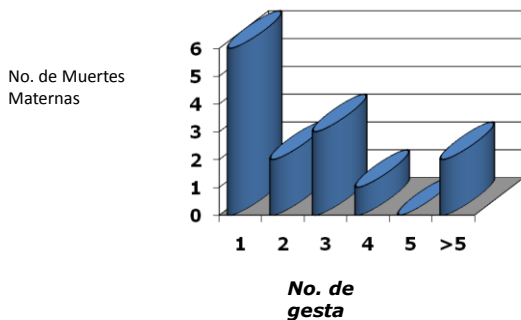


Fuente: Certificado de Defunción y Autopsia Verbal. Programa de Atención a la Salud de la Mujer. Jurisdicción Actopan

Gráfica 17

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA
 JURISDICCIÓN ACTOPAN

NÚMERO DE GESTAS DE LAS MUJERES QUE FALLECIERON DURANTE 2006-2010



Fuente: Certificado de Defunción y Autopsia Verbal. Programa de Atención a la Salud de la Mujer. Jurisdicción Actopan

Gráfica 13

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN ACTOPAN

SEMANAS DE GESTACION

>20	20-24	25-29	30-34	35-39	40y +	DESCONOCIDO
1	1	2	4	3	0	3

Tabla 2

NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES DE LAS MUJERES QUE MURIERON DURANTE 2006-2010

1-2	3-5	6-7	DESCONOCIDO
14%	36%	21%	29%

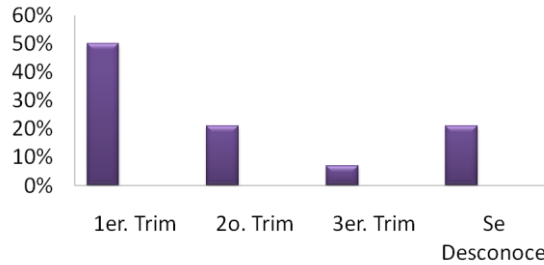
Fuente: Certificado de Defunción y Autopsia Verbal. Programa de Atención a la Salud de la Mujer. Jurisdicción Actopan

Tabla 3

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN ACTOPAN

Porcentaje de mujeres en el trimestre que iniciaron control prenatal 2006-2010



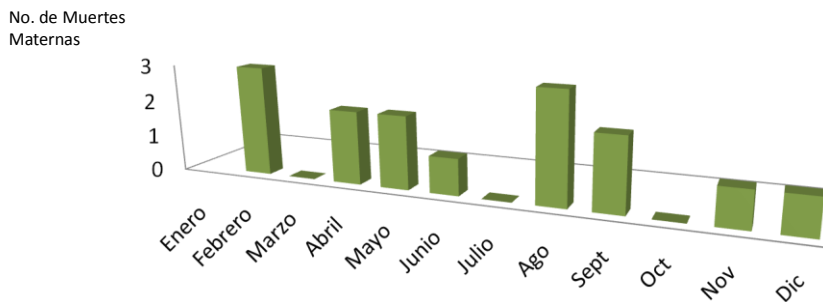
Fuente: Certificado de Defunción y Autopsia Verbal. Programa de Atención a la Salud de la Mujer. Jurisdicción Actopan

Gráfica 19

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA MES DE LA DEFUNCIÓN

JURISDICCIÓN ACTOPAN
2006 2010

Registro de muerte materna 2006-2010

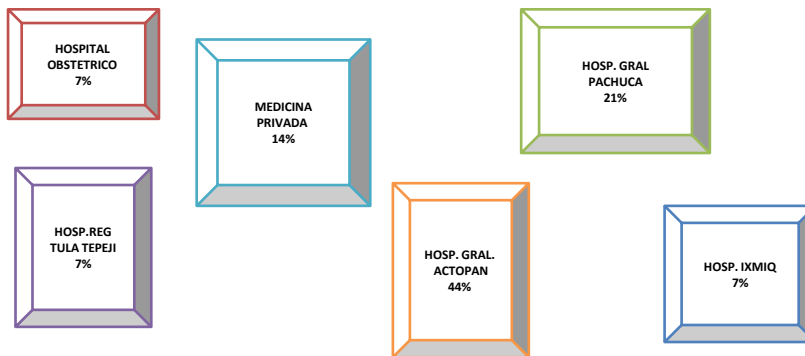


Fuente: Certificado de Defunción. Programa de Atención a la Salud de la Mujer. Jurisdicción Actopan

Gráfica 20

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA JURISDICCIÓN ACTOPAN

Sitio de Atención del Parto



Fuente: Certificado de Defunción y Autopsia Verbal. Programa de Atención a la Salud de la Mujer. Jurisdicción Actopan

Tabla 4

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN ACTOPAN

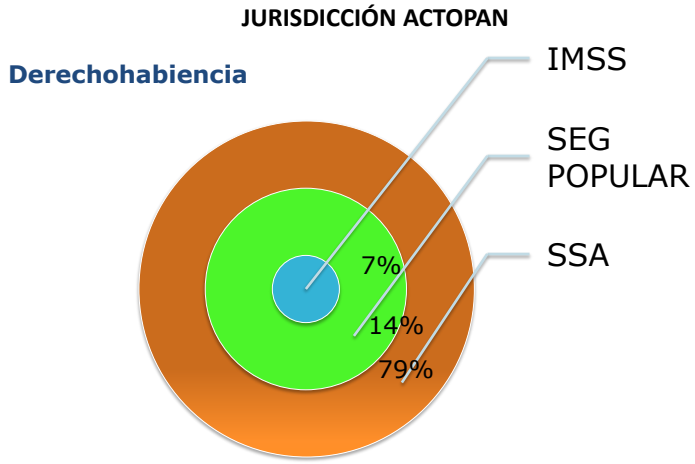
Sitio de la defunción

HOSP. GENERAL PACHUCA	TRASLADO	HOSP REG. TULA-TEPEJI	HOSP. GENERAL ACTOPAN	HOSP. REG IXMIQUILPAN
60%	7%	7%	21%	5%

Fuente: Certificado de Defunción y Autopsia Verbal. Programa de Atención a la Salud de la Mujer. Jurisdicción Actopan

Tabla 5

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA



Fuente: Certificado de Defunción y Autopsia Verbal. Programa de Atención a la Salud de la Mujer. Jurisdicción Actopan

Gráfica 21

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN ACTOPAN

Causas de muerte según CIE 10 :

DIAGNOSTICO	2006	2007	2008	2009	2010
EDEMA, PROTEINURIA, Y TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO	0	2	1	0	0
SEPSIS PUERPERAL	1	0	1	1	0
HEMORRAGIA OBSTETRICA	2	1	2	0	0
ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO QUE COMPLICAN EL EMB, PARTO Y PUERPERIO	0	0	0	1	1
POLITRAUMATISMO	1	0	0	0	0
TOTAL	4	3	4	2	1

Fuente: CIE 2010

Tabla 6

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN ACTOPAN

Tasa de muerte materna por año 2006-2010

JURISDICCIONAL	2006 TASA	2007 TASA	2008 TASA	2009 TASA	2010 TASA
TASA	10	7.7	10.4	5.3	4.6

TASA X10000NVR

Fuente: Certificado de Defunción y Autopsia Verbal. Programa de Atención a la Salud de la Mujer. Jurisdicción Actopan

Tabla 7

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN ACTOPAN

Tasa de letalidad materna por año 2006-2010

DIAGNOSTICO	2006 TASA	2007 TASA	2008 TASA	2009 TASA	2010 TASA
EDEMA, PROTEINURIA, Y TRANSTORNOS HIPERTENSIVOS DEL EMBARAZO	0	2.2	10	0	0
SEPSIS PUERPERAL	***	20	100	8	0
HEMORRAGIA OBSTETRICA	25	0	9.5	0	0
ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO QUE COMPLICAN EL EMB, PARTO Y PUERPERIO	0	0	0	100	100
POLITRAUMATISMO	2.5	0	0	0	0

Fuente: CIE 2010

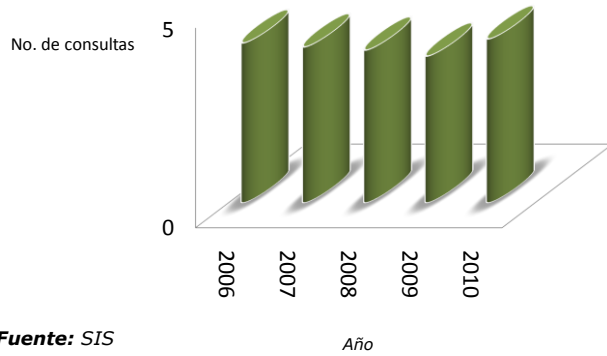
TASA X100 REPORTES DE MORBILIDAD

Tabla 8

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN ACTOPAN

Número de consultas por embarazada 2006-2010

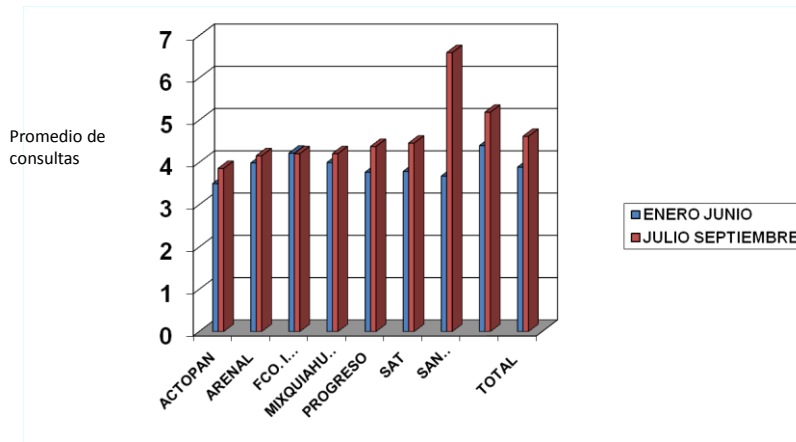


Gráfica 22

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN ACTOPAN

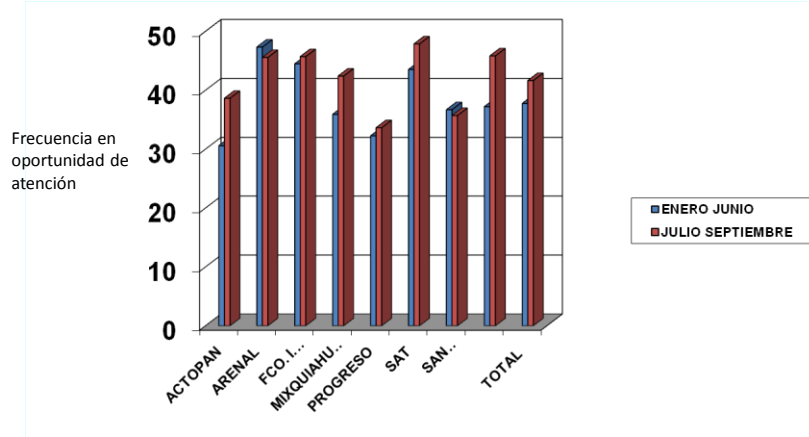
Promedio de consultas a embarazadas



Gráfica 23

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA JURISDICCIÓN ACTOPAN

Oportunidad de atención durante el embarazo, parto y puerperio



Fuente: SIS 2010

Gráfica 24

ANÁLISIS DE PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO EN MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN SANITARIA No. X

ÁREA HUASTECA, HIDALGO

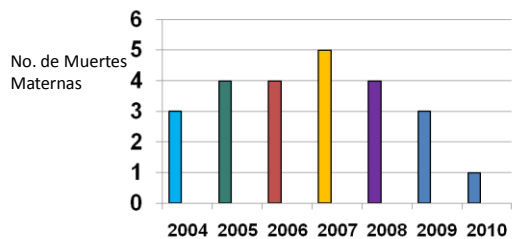
2004 – 2010

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN HUEJUTLA

Gráfica 25

Defunciones Materna 2004-2010



Año	Defunciones
2004	3
2005	4
2006	4
2007	4
2008	4
2009	3
2010	1
TOTAL	23

Fuente: Certificado de Defunción y Autopsia Verbal. Jurisdicción Huejutla Departamento de Salud Reproductiva.

Tabla 9

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN HUEJUTLA

Defunciones Materna por municipio y año

MUNICIPIO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL
HUEJUTLA	2	1	2	3	3	1	1	13
ORIZATLAN	1	1	1	0	0	1	0	4
HUAUTLA	0	0	0	0	0	1	0	1
XOCHIATIPAN	0	2	0	0	0	0	0	2
YAHUALICA	0	0	1	1	0	0	0	2
JALTOCAN	0	0	0	0	1	0	0	1
	3	4	4	4	4	3	1	23

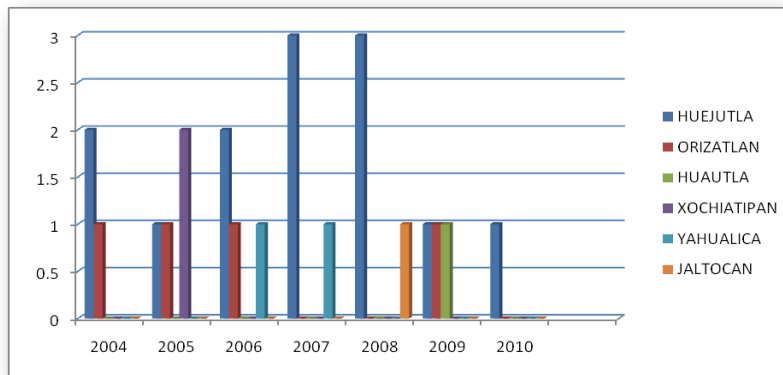
Fuente: Certificado de Defunción y Autopsia Verbal. Jurisdicción Huejutla Departamento de Salud Reproductiva.

Tabla 10

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN HUEJUTLA

Por Municipio Huasteco



Fuente: Certificado de Defunción y Autopsia Verbal. Jurisdicción Huejutla Departamento de Salud Reproductiva.

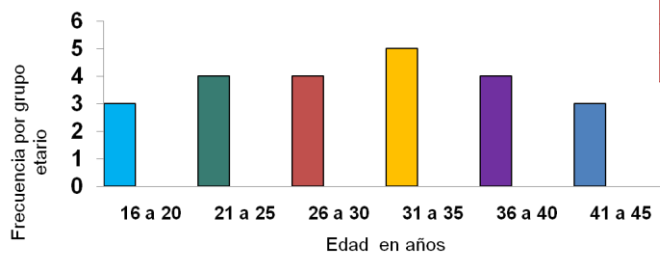
Gráfica 26

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN HUEJUTLA

Gráfica 27

Por grupo etario 2004-2010



Edad	Núm.	%
16 a 20	3	13
21 a 25	4	17
26 a 30	4	17
31 a 35	5	23
36 a 40	4	17
41 a 45	3	13
Total	23	100

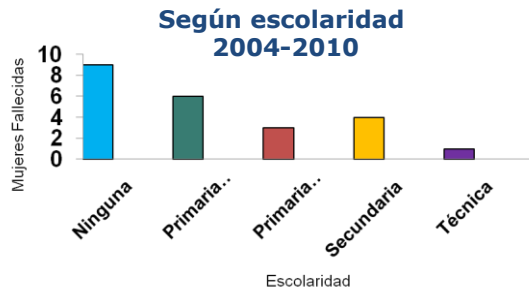
Tabla 11

Fuente: Certificado de Defunción y Autopsia Verbal. Jurisdicción Huejutla Departamento de Salud Reproductiva.

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN HUEJUTLA

Gráfica 28



Escolaridad	Núm.	%
Ninguna	9	39.1
Primaria incompleta	6	26
Primaria completa	3	13
Secundaria	4	17.4
Técnica	1	4.3
Total	23	100

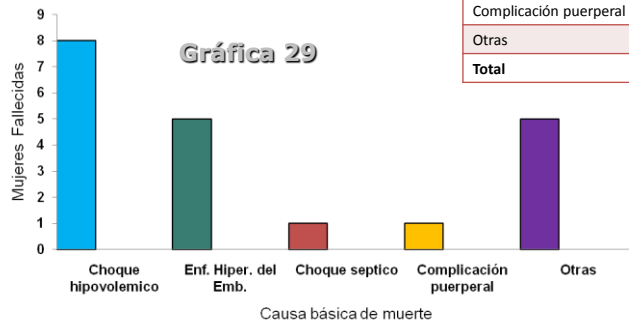
Tabla 12

Fuente: Certificado de Defunción y Autopsia Verbal. Jurisdicción Huejutla Departamento de Salud Reproductiva.

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN HUEJUTLA

Por causa básica 2004-2010



Causa básica	Núm.	%
Choque hipovolémico	8	35
Enf. Hipertensiva del Embarazo	5	22
Choque séptico	1	4
Complicación puerperal	2	9
Otras	7	30
Total	23	100

Tabla 13

Fuente: Certificado de Defunción y Autopsia Verbal. Jurisdicción Huejutla Departamento de Salud Reproductiva.

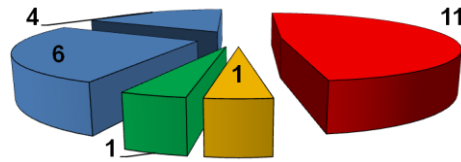
ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN HUEJUTLA

Lugar de Defunción	Núm. m.	%
Hospital Tampico Tamaulipas	11	48
Hospital Regional de Huejutla	1	4
Hospital Regional de Pachuca	1	4
Hogar	6	26
Otros	4	18
Total	23	100

Tabla 14

Por lugar de Defunción 2004-2010



Gráfica 30

Fuente: Certificado de Defunción y Autopsia Verbal. Jurisdicción Huejutla Departamento de Salud Reproductiva.

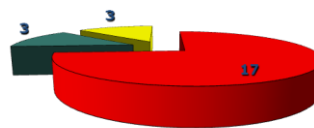
ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN HUEJUTLA

Según área de responsabilidad 2004-2010

Área	Núm.	%
SSH	17	74
IMSS OP	3	13
SEGURO POPULAR	3	13
Total	23	100

Tabla 15



Gráfica 30

Fuente: Certificado de Defunción y Autopsia Verbal. Jurisdicción Huejutla Departamento de Salud Reproductiva.

ANÁLISIS DE PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO

JURISDICCIÓN SANITARIA No. XIII

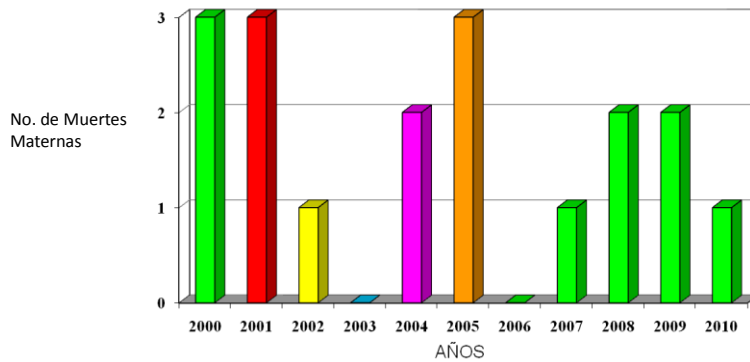
ÁREA OTOMÍ - TEPEHUA, HIDALGO

2009- 2010

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN OTOMÍ - TEPEHUA

Defunciones Maternas Anuales 2000 – 2010



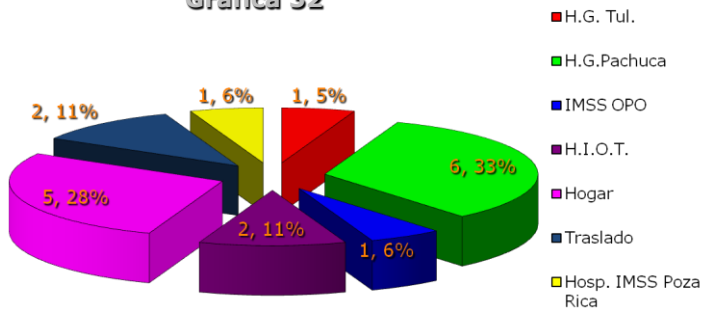
Fuente: Certificados de Defunción y Sistema Epidemiológico de Embarazadas y Defunción SEED. Jurisdicción Otomí-Tepehua. Departamento Atención Integral a la Mujer.

Gráfica 31

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA JURISDICCIÓN OTOMÍ - TEPEHUA

**Defunciones Maternas anuales 2000 – 2010
Distribución según lugar de ocurrencia**

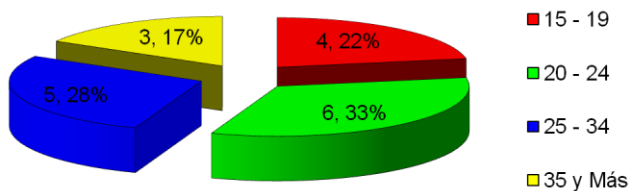
Gráfica 32



Fuente: Certificados de Defunción y Sistema Epidemiológico de Embarazadas y Defunción SEED. Jurisdicción Otomí-Tepehua. Departamento Atención Integral a la Mujer.

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA JURISDICCIÓN OTOMÍ - TEPEHUA

**Defunciones Maternas anuales 2000 – 2010
Distribución por grupo de edad**



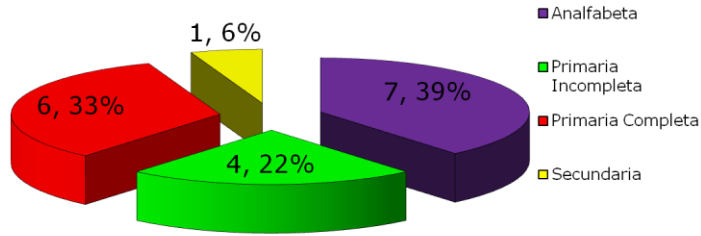
Fuente: Certificados de Defunción y Sistema Epidemiológico de Embarazadas y Defunción SEED. Jurisdicción Otomí-Tepehua. Departamento Atención Integral a la Mujer.

Gráfica 33

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN OTOMÍ - TEPEHUA

Defunciones Maternas anuales 2000 – 2010
Distribución según escolaridad



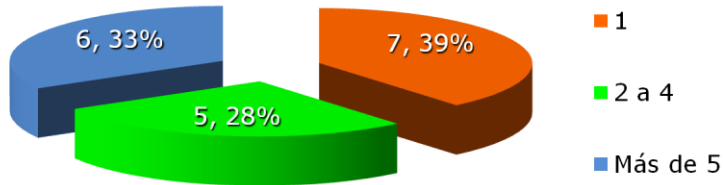
Fuente: Certificados de Defunción y Sistema Epidemiológico de Embarazadas y Defunción SEED. Jurisdicción Otomí-Tepehua. Departamento Atención Integral a la Mujer.

Gráfica 34

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN OTOMÍ - TEPEHUA

Defunciones Maternas anuales 2000 - 2010
Distribución según número de gestas



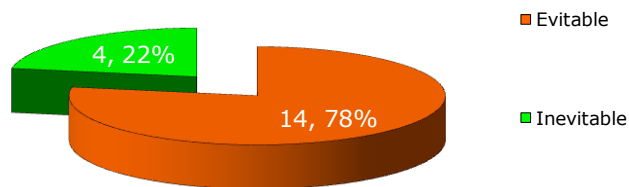
Fuente: Historias clínicas

Gráfica 35

ANÁLISIS DE MORTALIDAD MATERNA

JURISDICCIÓN OTOMÍ - TEPEHUA

Defunciones Maternas anuales 2000 – 2010
Distribución según dictamen final



Fuente: Reuniones de Dictaminación

Gráfica 36

Muertes maternas por año, municipio y localidad correspondientes a la Jurisdicción Otomí-Tepehua

AÑO	Municipios				TOTAL
	AGUA BLANCA	HUEHUETLA	SAN BARTOLO	TENANGO	
1995	0	1	0	0	1
1996	1	2	0	0	3
1997	0	1	0	1	2
1998	0	0	0	0	0
1999	0	1	1	2	4
2000	0	1 (UMR SAN LORENZO ACHIOTEPEC)	1 (UMR XUCHITLAN-IMSS)	1 (SANTA MONICA-IMSS)	3
2001	0	2 (PLAN DEL RECREO, HUEHUETLA)	1	0	3
2002	1 (EL XUCHITL)	0	0	0	1
2003	0	0	0	0	0
2004	0	1 (LINDA VISTA 1-SSA)	1 (PALO GORDO)	0	2
2005	0	2 (SAN ANTONIO Y SAN GREGORIO)	1 (PIE DEL CERRO)	0	3
2006	0	0	0	0	0
2007	0	0	1 (EL CANJOY)	0	1
2008		2 (JUNTAS CHICAS Y SAN AMBROSIO)			2
2009		1 (SAN ESTEBAN IMSS)	1 COL INDUSTRIAL(SSA)		2
2010		1 (JUNTAS CHICAS)			1
TOTAL	2	15	7	4	28

Tabla 16

Elaboración del Plan de Seguridad con cada embarazada

Embarazo saludable... para vivir mejor

Si necesitas apoyo de transporte o cualquier otro tipo de ayuda, puedes contactarte con:

Miembros del Comité Local de Salud:

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

Encargados en la Presidencia Municipal:

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

Personal de la Jurisdicción Sanitaria:

Nombre: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____

Nombre: _____

Embarazo saludable... para vivir mejor

Plan de seguridad
Embarazo, parto y cesareanema

Nombre: _____

REGISTRO DE EMBARAZADA

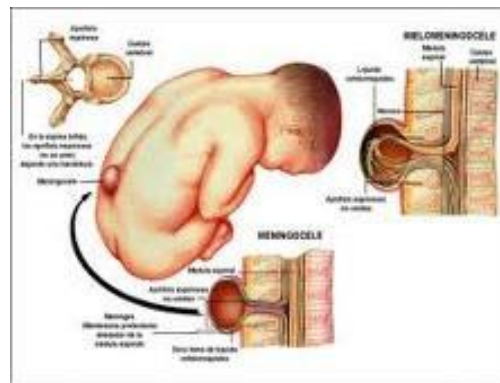
FOLIO: _____

Embarazo saludable... para vivir mejor

SALUD

En la promoción de la salud y cuidados de la mujer embarazada se debe concientizar al personal de salud y a las usuarias y sus familiares de:

- El ácido fólico es una vitamina B que ayuda a proteger al bebé desde el momento que lo concibes contra defectos de nacimiento
- ¿Cuándo tomarlo?
- Antes y durante el embarazo
- ¿CUANTO?
 - 0.4 mg
- ¿Por qué?
- Previene defectos
- Congénitos



Ácido Fólico en la alimentación

- El ácido fólico se encuentra en los siguientes alimentos:
- Cereales fortificados
- Lentejas
- Espárrago
- Espinaca
- Frijoles o habichuelas negras
- Cacahuates

- Jugo de naranja
- Pan y pastas enriquecidos
- Lechuga romana
- Brócoli
- Situaciones especiales

Es importante la promoción para la ingesta de ácido fólico



Mujeres en edad fértil, embarazadas y lactantes consuman ácido fólico

Personas mayores

Fumadores

Alcohólicos

Enfermedades

Ante la ingesta de medicamentos

Acciones Necesarias para un Control Prenatal

• FACTORES DE RIESGO

- Trabajo de parto prolongado
- Trabajo de parto precipitado
- Multiparidad
- Uso inadecuado de oxitocina
- Macrosomía fetal
- Polihidramnios
- Embarazo múltiple
- Mal empleo de la anestesia general
- Empleo inadecuado de útero inhibidores
- Antecedentes de hemorragia posparto
- Miomatosis uterina de medianos a grandes elementos
- Amnioititis
- Embolia de líquido amniótico
- Ayuno prolongad

FACTORES DE RIESGO

- Talla materna baja
- Falta de control prenatal
- Edad
- Difícil acceso a servicios de salud
- Violencia
- Enfermedades concomitantes

- Antecedentes de hemorragia y enf. Hipertensiva

Objetivos

- Disminución de la morbimortalidad materna y perinatal.
- Garantizar un embarazo no complicado y el nacimiento de un recién nacido vivo y sin complicaciones.
- Identificación y tratamiento especial de la paciente de alto riesgo.
- Reducir el riesgo de mortalidad y morbilidad materna e intervenciones innecesarias en el embarazo
- Disminuir los riesgos de salud antes de embarazos subsecuentes y más allá de los años fecundos.
- Promover el desarrollo de habilidades para la crianza de niños.
- Reducir el riesgo de nacimientos pretérmino, anomalías congénitas

La primera consulta es muy importante pues a partir del primer contacto con la gestante se aplicará el criterio de riesgo obstétrico. Toda mujer requiere cuidados especiales y se deben identificar con oportunidad los factores de riesgo que presenta la usuaria.

Se requiere necesariamente de un Sistema de vigilancia periódica, sistemática y primordialmente clínica del estado grávido, con el apoyo de los recursos del laboratorio y gabinete.

Primera consulta

- Exploración física minuciosa.
- Determinar la edad gestacional
- Establecer un plan de cuidados para el resto del embarazo
- Establecer una buena comunicación entre el médico y la paciente
- Respetar la intimidad de la gestante
- El registro de datos debe ser claro y legible, (fecha, hora).

Historia clínica

- Ficha de identificación:
- Nombre, edad, ocupación, estado civil, domicilio.
- Edad: 18 a 35 años
- (>40 malformaciones)
- Ocupación: hogar, empleada, obrera, profesionista, etc.
- Estado civil: casada, divorciada, soltera, unión libre.

Antecedentes heredofamiliares

- Diabetes mellitus.
- Hipertensión arterial sistémica.
- Malformaciones de carácter hereditario.
- Todas las patologías que afectan a la mujer embarazada.
- Cónyuge
- Edad
- Ocupación.
- Estado de salud
- Alcoholismo
- Toxicomanías

Antecedentes personales no patológicos

- Lugar de residencia, hábitos higienico-dietéticos, vivienda, zoonosis, religión, escolaridad, grupo y rh, inmunizaciones, deporte

Antecedentes personales patológicos

- Enfermedades propias de la infancia,
- Cirugías. (apendicetomía, qx de ovario/útero, cérvix.

- Patologías: diabetes, nefropatía, cardiopatía, hipertensión, fiebre reumática, tuberculosis, epilepsia, obesidad, anemias, enfermedades de transmisión sexual, alergias,
- Fracturas de pelvis:
- Transfusiones.
- Toxicomanías

Antecedentes gineco-obstétricos

- Edad de inicio de la menarca.
- Regularidad o irregularidad de la menstruación.
- Alteraciones menstruales.
- Inicio de vida sexual activa,
- Número de parejas sexuales.
- Uso de métodos anticonceptivos.

Antecedentes gineco obstetricos

- Número de gestas, su evolución de cada uno, y término de cada uno
- Complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio.
- Edad del primer embarazo.
- Edad del último embarazo.
- Lactancia.
- Detección de cáncer cervicouterino

Antecedentes gineco obstetricos

- Embarazos molares
- Embarazos múltiples
- Parto pretérmino
- Amenaza de aborto
- Enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo.
- Poli u oligohidramnios
- Presentación anómalas.
- Cesárea: indicación, urgencia o programada.

Antecedentes gineco obstetricos

- Fecha de última menstruación (tipo I o tipo II).
- Fecha probable de parto.
- Interrogatorio
- ¿La paciente está embarazada?
- Fecha de última menstruación: fijar el primer día, si ocurrió en la fecha que correspondía, duración.

- Si la última menstruación fue de características normales.
- Se establece la fecha probable de parto
- Regla de Nagele (fem + 7 días – 3 meses).

Interrogatorio por aparatos y sistemas

- Aparato respiratorio.
- Aparato cardiovascular.
- Aparato digestivo.
- Sistema genitourinario.
- Sistema nervioso.
- Sistema musculoesquelético
- Piel y faneras.

Inspección general

- Actitud, facies, conformación, edad aparente, integridad física, movimientos voluntarios e involuntarios, marcha, etc.

Inspección regional

- Cabeza y cara: pelo, ojos, oídos, nariz, cavidad oral.
- Cuello: glándula tiroides, vasos yugulares, salientes ganglionares, etc.

Inspección regional

- Tórax.
- Glándulas mamarias.
- Abdomen.
- Genitales externos.
- Extremidades superiores/inferiores.

Palpación, percusión, auscultación

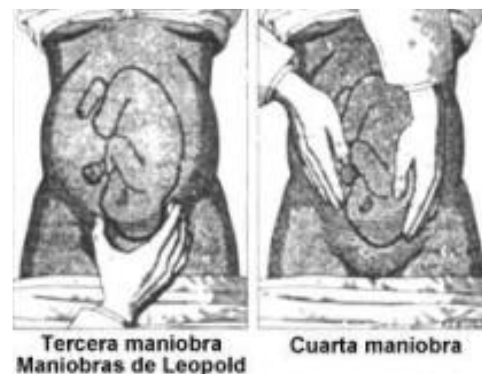
- Cabeza y cara.
- Cuello.
- Tórax.
- Glándula mamaria,
- Abdomen.
- Genitales externos
- Extremidades inferiores.

Palpación superficial

- Temperatura de piel
- Reflejos
- Dolor

Palpación profunda

- Altura del útero
- Contenido: Maniobras de Leopold



Auscultación de frecuencia cardíaca fetal

- Estetoscopio de Pinard: después de las 18-20 semanas
- Doppler: de 10 a 13 semanas
- Fcf normal: 120 a 160 latidos por minuto.

Exploración genital

Tacto vaginal:

- Durante las primeras semanas con fines diagnósticos
- En presencia de sangrado, salida de líquido, dolor obstétrico.
- Pelvimetría después de 38 semanas

- Estudios de laboratorio y gabinete.
- Biometría hemática
- Examen general de orina
- Grupo sanguíneo y rh
- Reacción serológica para sífilis
- Glucosa en sangre
- Tamiz de glucosa (> 24 sdg).
- V i h
- Ultrasonido obstetrico.
- Citología cervical exfoliativa.

Atención prenatal:

Seguimiento periódico de la mujer embarazada

- Prevención
- Detección
- Control

Requisitos básicos para la atención prenatal

Oportuna:

Antes de la 12a. Semana de gestación

Periódica

- Proporcionar por lo menos 5 consultas
- 1er trimestre
- 2do entre la semana 22 y 24 de gestación
- 3ro. Entre la semana 27 y 29 de gestación
- 4to. Entre la semana 33 y 35 de gestación
- 5to. En la semana 38 de gestación.

Semaforización de riesgo reproductivo y obstétrico.

Historia reproductiva:

- Edad: < 19 años = 1
 - 20-30 años= 0
 - 21-35 años= 1
 - 36 años o >=2
- Estado civil:
 - soltera = 1
 - unión estable = 0

- Numero de parto:
 - = 1
 - 1 – 3 = 0
 - > 4 = 2
- Dos o más abortos = 1
- Historia de infertilidad = 1
- Hemorragia postparto o legrado manual = 1
- Hijo > 4 Kg. = 1
- Hijo < 2.5 hrs. = 1
- Enfermedad hipertensiva =2
- Cesárea previa = 2
- Parto distócico = 2
- Subtotal

Embarazo actual:

- Hemorragias:
 - < 20 semanas = 1
 - > 20 semanas = 3
- Anemia < 10 gr = 1
- Postmadurez = 1
- Hipertensión = 2
- Rup. De mem. = 2
- Polidramnios =2
- Rciu =3
- Embarazo múltiple = 3
- Mala presentación = 3

- Isoinunización rh= 3
- Puerperio patológico=3
- Violencia familiar, sexual
- Y/ o contra la mujer = 1
- Subtotal
- Trastornos médicos o quirúrgicos asociados:
- Cirugía ginecológica = 1
- Enfermedad renal crónica = 1
- Diabetes gestacional (a) =
- Diabetes mayor o clase (b) = 3
- Enfermedad cardiaca= 3
- Otros trastornos médicos importantes
- (puntuación de 1-3 en función de la severidad)
- Subtotal
- **Embarazo de bajo riesgo.**
- Puntaje de 0-2 puntos.
- Atención en primer nivel.
- Valorar interconsulta con go.
- **Embarazo de mediano riesgo.**
- Puntaje de 3 – 6 puntos.
- Atención en el 2º. Nivel.
- Valoración por go.
- **Embarazo de alto riesgo**
- Puntaje = ó > 7 puntos.
- Enviar a hospital general
- Envío a go.
- Puntaje total
- Médico

- Vómitos continuos o intensos
- Desmayos o mareos
- Sangrado transvaginal
- Sintomatología urinaria
- Dolor abdominal
- Edema de piernas, manos, cara.
- Fiebre.
- Palidez o cansancio.
- Disminución de la motilidad fetal.
- Dolor tipo obstétrico.

Exámenes clínicos de rutina en cada visita

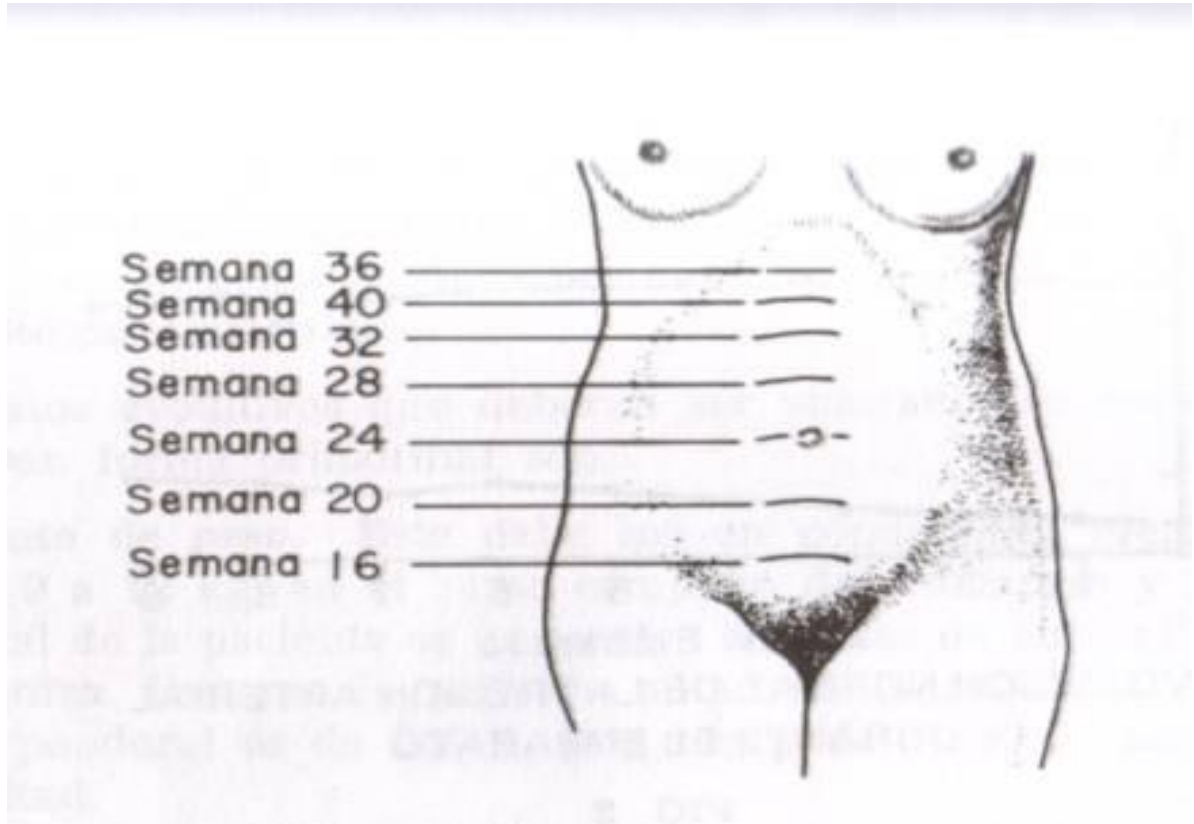
- Peso
- Tensión arterial
- Altura uterina
- Auscultación fetal
- Evaluación de la situación y presentación fetal
- Evaluación del estado general
- Revisión de la dieta y las prescripciones
- Examen vaginal (optativo). Obligado en el 3er. Trimestre.

Vigilancia prenatal en el embarazo de alto riesgo

Datos de alarma durante el embarazo

Síntomas tales como:

Altura
Uterina



Frecuencia de las visitas

- Hasta las 30 semanas: 1 vez por mes
- De las 30 a las 36 semanas: quincenal
- De las 37 a las 40 semanas: semanal
- A partir de las 40 semanas: 2 veces/ semanas.

Exámenes de gabinete

Ultrasonido obstétrico (pélvico o transvaginal).

- Entre las semanas 8-12 semanas
- Entre la 12 y las 15 semanas
- Entre la 20 y 22 semanas
- Entre la 34 y 36 semanas

Peso y alimentación

- Aumento total de 10 a 11 kg
- Sólo se duplican los requerimientos de hierro, ácido fólico, vitamina d y calcio
- Es importante ingerir de 2 a 2.5 litros de líquidos en 24 hrs.
- Patrón de ganancia de peso semanal:
- 0 a 10 semanas: 65 grs.
- 10 a 20 semanas: 335 grs.
- 20 a 30 semanas: 450 grs.
- 30 a 40 semanas: 335 grs.
- Colegio americano de obstetricia y ginecología:
- El aumento de peso es lineal durante el primer trimestre, y es de 1 kg, por mes.
- Aumento total de 10 a 11 kg

Requerimientos nutricionales comunes

- Proteínas 80g/ día (origen animal)
- Grasa 80-90 g/día
- Calcio 1.5 g/día
- Hierro 30-60 mg/día (síntesis de hb).
- Vitaminas (a- 5000 ui) y minerales
- Ac. Fólico 5 mg/día
- Restricción de sal

Dieta

- Evitar periodos largos de ayuno y tomar abundantes líquidos...
- Se restringirán moderadamente: los fritos, los salados, las féculas excesivas.

Higiene

- Baño diario
- Aseo bucal después de cada comida y si es necesaria la asistencia dental no existe contraindicación para la anestesia local

Ejercicio

- Marcha diaria, 1 hora diario y mejor si es al aire libre
- Natación
- Ejercicios de respiración
- Relajación muscular
- Sueño mínimo de 8 hrs

Viajes

- Se impiden en presencia de complicaciones.
- Uso del cinturón de seguridad debe colocarse en la cadera, entre el abdomen y la pelvis.
- Viajes en avión hasta las 35 sdg.
- Realizar con prendas que no se ajusten demasiado al cuerpo
- Zapatos de tacón bajo preferentemente zapato de piso
- Uso de medias de compresión si son indicadas

Otros cuidados

- Cuidado de mamas y abdomen
- Uso de medicamentos.
- Evitar alcohol/tabaco.
- Trabajo: suspender actividades antes de 30 días

Actividad sexual

- Restricción del coito hasta las 36-37 semanas del embarazo.
- Restricción o supresión en casos con antecedentes obstétricos:
- Riesgo de aborto
- Infecciones vaginales
- Cuello dehiscente
- Placenta previa

Vacunas

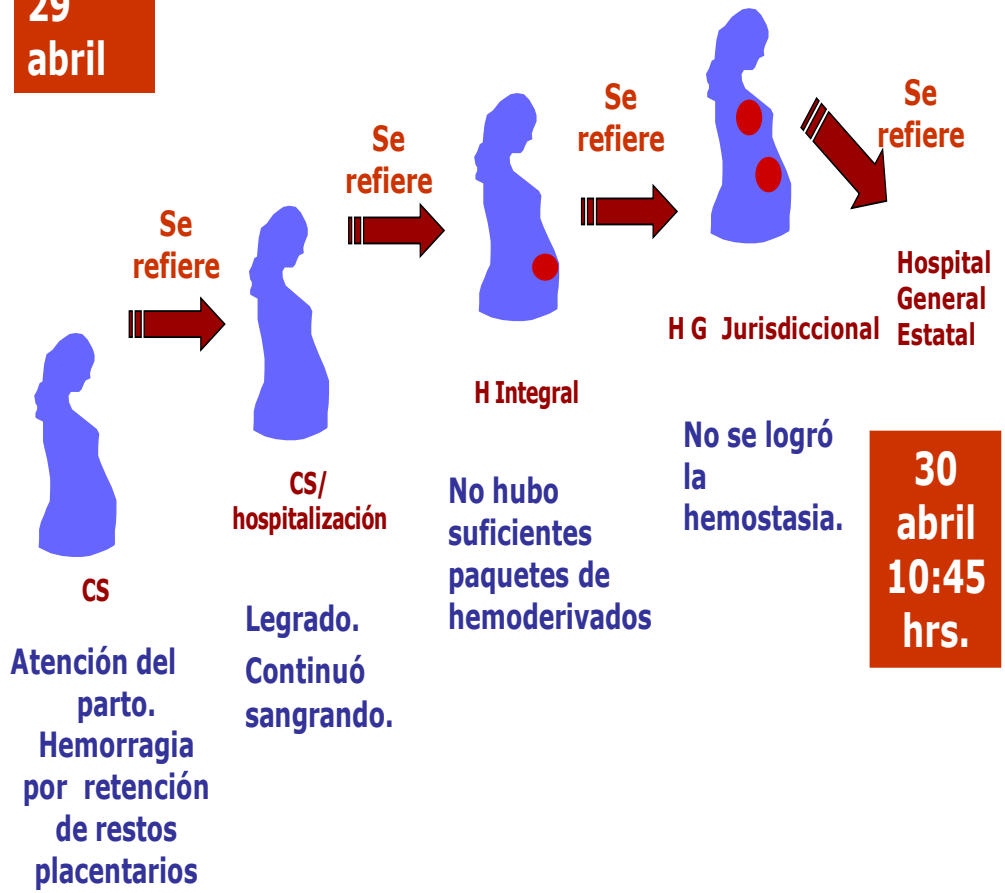
- En lo que respecta al esquema de inmunizaciones, se debe establecer previamente reacciones adversas y alergias a sus componentes.
- Las vacunas de virus vivos deben evitarse durante el embarazo, por la posibilidad de efectos deletéreos en el feto.
- Vacuna contra la poliomielitis.
- Vacuna: toxoide diftérico y tetánico (recomendado por el colegio americano de ginecología y obstetricia).
- Vacuna contra la hepatitis b.
- Se recomienda las inmunoglobulinas a las embarazadas expuestas a sarampión, hepatitis a, hepatitis b, tétanos, varicela o rabia.

Drogas

- Marihuana: se conocen poco sobre los efectos en el feto.
- Cocaína: es la más daño ocasiona al feto y madre (hipertensión, iam, y cerebral, hemorragia intracraneana, convulsiones, y muerte súbita).
- Feto: defectos cardiacos, anormalidades del snc, malformaciones genitourinarios, gastrointestinales, aborto espontaneo, rciu, rpm, dppn, parto pretérmino, óbito, hemorragia intraventricular.
- Tabaquismo: aumenta el riesgo de bajo peso al nacimiento, incrementa el riesgo de muerte, dppni.
- Alcohol: restricción en el crecimiento, dismorfia facial (microcefalia/micro oftalmia), deficiencia del snv. Sx de supresión alcohólica.

L. R.
34 años; Gesta 11,
5 consultas prenatales

29
abril



Fuente: CNEGySR Dirección de Desarrollo Comunitario 2009

**D.M.A.D.
28 años; Gesta 4,
6 consultas
prenatales**

**10.
dic.**



CSU

**Se detecta
proteinuria sin
hipertensión.
36 semanas de
gestación,**

**Se
refiere**



**Hospital
General**

**12. dic.
12 hrs.**



**Hospital
General**

**Recibida en consulta
externa de Obstetricia. Cita
8 de diciembre**

**Acude a cita. Se le ordenan
EGO, QS, BH, Grupo
sanguíneo y Rh. No se
registra presión arterial
Convulsiona en su casa**

**Ingresa a urgencias. se remite a
Terapia Intensiva. Exámenes
de laboratorio, no se indica
EGO.**

**Se controlan crisis convulsivas,
cesárea por SFA.
Sangrado masivo. Fallece**

**12 dic.
18:00**

Fuente: CNEGySR Dirección de Desarrollo Comunitario 2009

E.B.V., 29 años, Gesta 3
No acudió a control prenatal

17 feb
9:00
hrs.



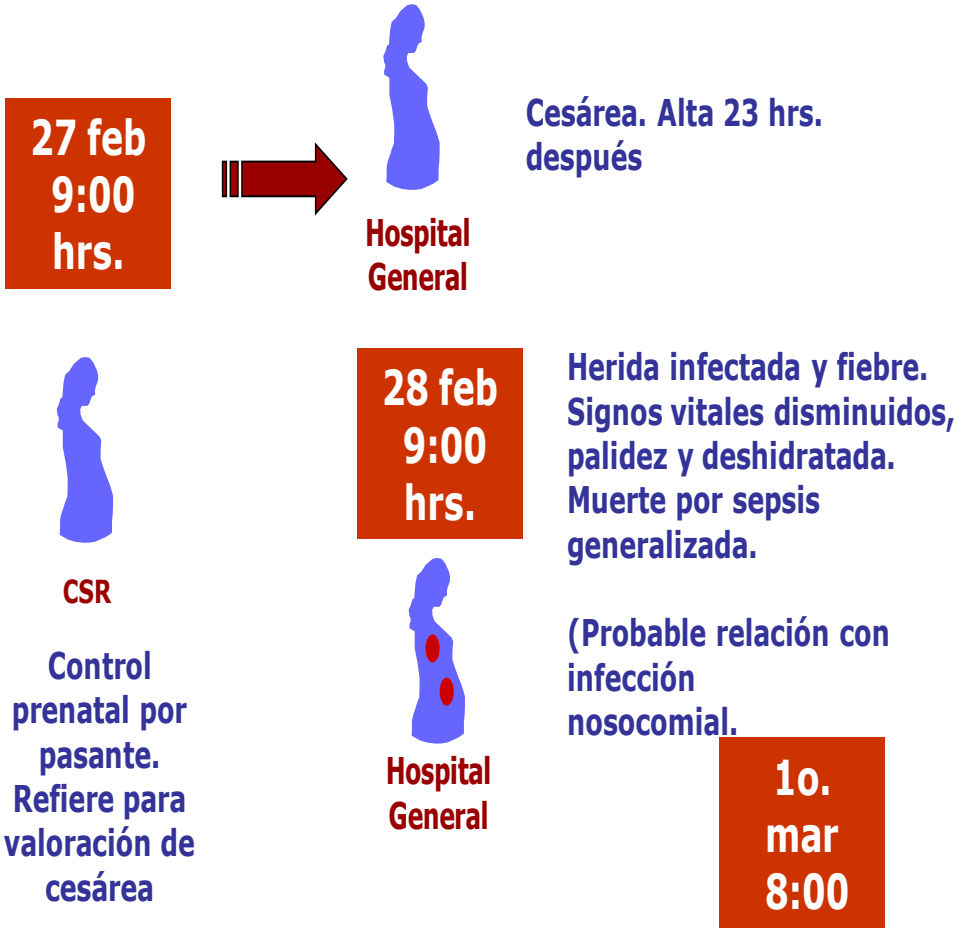
Hospital
General

19 feb
20:00
hrs.

- Dolor en bajo vientre, fiebre, sangrado trasvaginal, palidez de tegumentos.
- Signos vitales básicos deprimidos, sangrado trasvaginal y vientre en madera.
- Se hace laparotomía exploradora, observando útero perforado y lesiones en duodeno.
- Sangrado abundante en peritoneo, así como líquido seropurulento. Se administraron antibióticos en grandes dosis sin respuesta favorable.
- La evolución se complica y la paciente continua con fiebre, ataque al estado general.
- Alteraciones hidroelectrolíticas y fallece dos días después.
- Causas: deciduodenitis, urosepsis y sepsis generalizada.

**Se desconoce el lugar en donde
fue se realizaron las maniobras**

**P.N., 17 años, Gesta 1;
6 consultas prenatales.
Madre soltera, vivía sola.**



Fuente: CNEGySR Dirección de Desarrollo Comunitario 2009

27 años, Gesta 4,
7 consultas prenatales

