



**UNIDAD XOCHIMILCO
DIVISION DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA
SERVICIO SOCIAL**

**SALUD MATERNO-INFANTIL, ANÁLISIS DE LAS ESTRATEGIAS Y
ACCIONES DE SALUD CONFORME A LA NORMATIVIDAD
VIGENTE PARA LA REDUCCION DE LA MUERTE MATERNA EN
EL TRIENIO 2016-2018 EN LA JURISDICCION SANITARIA No. IX,
OCOSINGO, CHIAPAS.**

MPSS: Ramos Vázquez, Eder David

ASESOR INTERNO: Heredia Cuevas, Joel

11 de Septiembre de 2019

INDICE

Prólogo	Pag. 2
Introducción	Pag. 4
Antecedentes de las Estrategias de Salud Materna y Perinatal	Pag. 9
La Salud Materna como Derecho a la Salud, Derechos Humanos	Pag. 19
Marco Jurídico	Pag. 23
Estadísticas y Panorama Epidemiológico de la Salud Materna y Perinatal en México y Chiapas	Pag. 27
Iniciativa Salud Mesoamérica en Chiapas	Pag. 42
Jurisdicción Sanitaria No.IX, Ocosingo Organización, Funcionamiento y Diagnóstico de Salud	Pag. 60
Factores y Determinantes de Salud en la JSIX	Pag. 69
Datos Demográficos	Pag. 82
Datos Relevantes de Atención Médica	Pag. 90
Datos Relevantes de Salud Pública	Pag. 97
Análisis de las Estrategias y Acciones para la Reducción de la Muerte Materna y Perinatal	Pag.103
Conclusión	Pag.117

PROLOGO

El presente trabajo tuvo un retraso de algunos años debido a ideologías de un servidor; que un papel no determina el conocimiento de la persona, ni la calidad, eficiencia y eficacia de un trabajador; pero la realidad es que un título, una cédula, etc., certifican que la persona tiene los conocimientos básicos y la capacidad de ejercer lo que estudié. Así que después de 10 años de haber concluido el servicio social en 2 Jurisdicciones Sanitarias diferentes las cuales fueron la VI Palenque en el C.S.R. 1 N.B. Nuevo Veracruz y en la IX Ocosingo en el C.S.R. 1 N.B. Sacun Cubwitz; y posteriormente de manera inmediata formar parte de la Secretaría de Salud en la Jurisdicción Sanitaria No. IX Ocosingo siendo contratado por el desempeño realizado como pasante y el haber acreditado mi unidad de salud. Con la mismos 10 años de experiencia en los programas de salud, 2 años y medio como responsable de la Casa de Salud de Agua Azul, 1 año y medio en el C.S.R. 1 N.B. Pamal Navil, así como de manera simultánea en esos 4 años formando parte del equipo capacitador de parteras y auxiliares de salud del Departamento de Promoción de la Salud de la JSIX, después de estos años de experiencia clínica con 4 jurisdiccionales diferentes, tuve la oportunidad de realizar durante los últimos 6 años funciones administrativas y gerenciales en la misma JSIX fungiendo como Coordinador de Atención Médica pero con la responsabilidad de la Secretaría Técnica, del Departamento de Abasto y la Jefatura de Enfermería de manera simultánea esto de Septiembre del 2013 a Mayo del 2014, después fui nombrado Coordinador de Enseñanza y Capacitación de Mayo del 2014 a Junio del 2016, fui nombrado Coordinador de Planeación y Desarrollo de Junio del 2016 a Septiembre del 2017; finalmente de septiembre del 2017 a Febrero del presente año estuve al frente de la Secretaria Técnica, lo que me permitió trabajar de cerca y formar parte del equipo de 4 Jefes Jurisdiccionales. Además en estos últimos 6 años participando de manera activa, por las áreas en las que me encontraba, en la Iniciativa Salud Mesoamérica que tiene como objetivo reducir las brechas de inequidad en salud en el 20% de la población más vulnerable, es decir, busca mejorar la salud de mujeres y niños menores de cinco años de las poblaciones más pobres de la región mesoamericana, a través del financiamiento de intervenciones basadas en evidencia beneficiando a los 8 países del corredor Mesoamericano como son Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y Chiapas como estado representando a México, eligiendo en Chiapas a 4 Jurisdicciones Sanitarias y entre ellas la JSIX. Esta experiencia me llevó a recibir una propuesta a finales del año pasado para ser Jefe Jurisdiccional pero por la falta del título, la cédula y una maestría no me fue posible aceptar esta propuesta.

Por estas razones y principalmente por la pasión que un servidor tiene con contribuir a mejorar la salud de la población que más lo necesita, pasión que fue enraizada en la UAM, esta pasión que tenemos los UAMeros, y lo digo, porque los profesionales que hemos formado parte de la JSIX hablando desde los pasantes de servicio social nos hemos caracterizado en su mayoría por ser comprometidos y buscar esas mejoras en salud brindando por lo menos una atención de calidad y con calidez, basta mencionar que actualmente el Director del CESSA de Chilón, un Supervisor Zonal y el Coordinador de Atención Médica son UAMeros; sin olvidar la huella y el trabajo que dejó mi amiga la Dra. Luz María Soto Pizano orgullosamente de la UAM, formando parte de SADEC y posteriormente de la JSIX, a la cual, además de mis padres, hermanos y mi familia chiapaneca, dedico este trabajo.

Este trabajo busca mencionar las estrategias en Salud Materna y Perinatal que están establecidas de manera normativa, cuáles se llevan a cabo, cuáles son realizadas de manera local, y cuales no realizamos en la Jurisdicción Sanitaria No. IX de Ocosingo, hacer un análisis comparativo entre ambas y mencionar a mi consideración aquellos aspectos que pudieran mejorar para realmente hacer eficaz dichas estrategias en la JSIX, para esto realizaré una breve descripción de la Jurisdicción Sanitaria, datos estadísticos importantes y sobre todo el panorama actual de la salud materna y perinatal con énfasis en la problemática mayor de este tema que es, por supuesto, la muerte materna y perinatal. Todo esto con el único fin de mencionar y hacer ver que a pesar de todas las políticas públicas internacionales, nacionales, estatales y locales todavía tenemos mucho camino que recorrer para marcar una verdadera reducción de la muerte materna, esperando que Chiapas deje de ser de los primeros lugares en Muerte Materna y que principalmente en esta región selva se mejore la atención a nuestras embarazadas en todo el proceso materno, desde la etapa preconcepcional hasta la puerperal abarcando todo el círculo de la vida para tener una maternidad segura, ya que como se ha mencionado no se tiene que morir ninguna mujer por un proceso natural, el cual debería ser el más hermoso para la familia. Esto sin mencionar que en todo momento se debería velar por ejercer el derecho a la salud que es inherente de todo ser humano.

Es importante mencionar que este trabajo lo realizó en una etapa de transición importante, desde un cambio de administración nacional con un presidente con muchas promesas y alta expectativa de la gente, dejando atrás y realizando aparentemente en estos primeros meses de gobierno cambios y reestructuraciones fuertes en diferentes dependencias, entre ellas salud iniciando en el sureste mexicano con 8 estados que regresarán al antiguo sistema de centralizar los servicios de salud. Además a nivel estatal y local también hubo cambio de administración siguiendo con el partido político de la presidencia así que deberán tener el mismo objetivo y plan de austeridad, así como la honestidad y compromiso con el que se ha pregonado. Incluso la secretaría de Bienestar a nivel nacional es originaria de Ocosingo por lo que se ha mencionado que esta zona será ampliamente beneficiada, ya que es un territorio que el presidente de la República Mexicana aprecia. Por lo que de manera muy personal espero que la salud sea incluida en estos beneficios y que el cambio que muchos han esperado se lleve a cabo y no sigamos con muchos retrasos que llevan a tener poblaciones con un Índice de Desarrollo Humano deprimente.

INTRODUCCION

Los Sistemas de Salud en el mundo enfrentan el enorme desafío de lograr la cobertura universal, lo que implica desarrollar un conjunto de acciones que garanticen el derecho a la salud. En nuestro país, alcanzar este objetivo representa grandes desafíos, la universalidad de los servicios implica brindar cobertura a todos los mexicanos y homologar los paquetes de intervenciones entre los diferentes segmentos de la población atendida por los diversos prestadores públicos de servicios a nivel nacional, así como asegurar el acceso efectivo a servicios de salud garantizando la calidad y la equidad en la atención, aunque se ha tenido avances significativos que se han visto reflejados en un incremento importante en la esperanza de vida siguen persistiendo retos que superar, en particular con la población que vive en condiciones de vulnerabilidad.

La Organización Mundial de la Salud refiere que un sistema de salud funciona adecuadamente si da respuesta a las necesidades y expectativas de la población con base en el cumplimiento de los siguientes objetivos (WHO 2010): mejorar la salud de la población; reducir las inequidades en salud; proveer acceso efectivo con calidad y mejorar la eficiencia en el uso de los recursos.

Como lo expresó Ricardo Juan García Cavazos, Director General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en su artículo “La salud materna y perinatal en México, Intervenciones efectivas en línea de vida para mejorar la salud materna y perinatal” en el 2015. México es un país de grandes contrastes e interculturalidad, integrado por 33 entidades federativas y 121 millones de habitantes, de los que 62 millones son mujeres (51.2%) y 59 millones hombres (48.8%) donde cerca de 65 millones se encuentran en edad reproductiva. No cabe duda que México comparte con otros países la aspiración a que todas las mujeres, niñas y niños, las y los adolescentes, cuenten con condiciones no sólo para sobrevivir, sino para prosperar y hacer efectivo su derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud.

Uno de los temas más sensibles en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en México ha sido el cuidar y mejorar la salud de las madres y su crianza, en especial en grupos en situación de desventaja social. Durante muchos años la salud materna y perinatal ha ocupado un lugar prioritario en el sistema de salud mexicano desde sus orígenes y, aun así, existen necesidades no satisfechas de prevención y atención. Cada día fallecen mujeres mexicanas que se encuentran cursando un embarazo, lo cual con el conocimiento actual puede en la mayoría de los casos, controlarse y prevenirse. Esto sin mencionar que muchas de las madres, así como los recién nacidos, quedan con secuelas de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio que determinan discapacidad, disminución de su potencial de desarrollo y la reducción de años de vida futura. La salud materno-paterno-infantil, constituye un trinomio de interacción y complementación, entre los individuos y su entorno, cuyo objetivo es básico en el desarrollo del curso de la vida, es donde descansa la reproducción biológica y

social del ser humano, condición esencial del desarrollo de las familias y un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza.

Ha sido ampliamente documentado que los problemas de salud constituyen uno de los principales factores que conducen a las familias al empobrecimiento o las mantienen en esa condición. En el caso de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, sus efectos son devastadores, debido a que la madre juega un papel estratégico en la reproducción social, por lo que su ausencia temporal o permanente disminuye o elimina sus contribuciones económicas, sociales y afectivas al hogar y a la sociedad, a la vez que la supervivencia y la educación de sus hijos se ven seriamente amenazadas, además la mortalidad materna está vinculada también con la violación a diversos derechos humanos de las mujeres y en especial de los derechos sexuales y reproductivos. La salud infantil, por su parte, representa un activo fundamental porque incide en buena medida en las capacidades y recursos iniciales de las nuevas generaciones de mexicanos, con implicaciones tanto en las trayectorias de vida de los individuos, como en el potencial de desarrollo de la propia sociedad. Es particularmente desde la pregestación como la aportación integral y programada de los gametos sanos culmina en un embarazo y un recién nacido sano, donde se fundamenta buena parte de la salud futura de calidad de toda persona.¹ Es decir que este puede ser considerado el pilar fundamental para que tengamos mexicanos con óptimas condiciones de salud y así mejorar el desarrollo de nuestro país.

Es así que las instituciones públicas de Salud trabajan hoy en día para que mujeres y hombres dispongan de mejores opciones, acceso a servicios de salud con perspectiva de género, interculturalidad y respeto a los derechos humanos, creando la necesidad de una respuesta integral y articulada para reducir los factores de riesgo a través de la promoción de estilos de vida saludables que implican el cambio conductual de la población.

Como se menciona en el documento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, “estamos frente a un cambio de época: la opción de continuar con los mismos patrones ya no es viable, lo que hace necesario transformar el paradigma de desarrollo actual en uno que nos lleve por la vía del desarrollo sostenible, inclusivo y con visión de largo plazo. Este cambio de paradigma es necesario en el caso de América Latina y el Caribe, que no es la región más pobre del mundo, pero sí la más desigual. Si bien la desigualdad existe en todo el mundo, constituye una especial limitación para alcanzar el potencial de la región. Las brechas que se enfrentan son estructurales: escasa productividad y una infraestructura deficiente, segregación y rezagos en la calidad de los servicios de educación y salud, persistentes brechas de género y desigualdades territoriales y con respecto a las minorías y un impacto desproporcionado del cambio climático en los eslabones más pobres de la sociedad. Para lograr el desarrollo sostenible es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos a cualquier edad”.

¹ Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018. Programa Sectorial de Salud. Primera Edición. 2014.

Para incrementar el desarrollo humano es necesario asegurar el derecho a la salud para todos y todas. Chiapas es una entidad federativa con alto índice de dispersión poblacional, que condiciona su panorama epidemiológico con diversos factores determinantes y daños a la salud; para hacer frente a lo anterior, es indispensable contar con servicios de salud eficientes y de calidad para toda la población, que además es una demanda legítima de toda sociedad.

Según el Conapo, Chiapas es la segunda entidad con el más alto grado de marginación a nivel nacional, indicador que hace referencia a educación, servicios básicos, vivienda, empleo y dispersión comunitaria.²

La pobreza medida por el Coneval, ubicó en 2010 a 78.4% de la población de Chiapas en situación de pobreza y 32.8% en pobreza extrema. Entre 2008 y 2010 se redujeron las carencias sociales en educación, acceso a servicios de salud y seguridad social, a la calidad de la vivienda y sus servicios básicos, pero aumentó la carencia de acceso a la alimentación de 26.2 a 30.3%, asociado a que los ingresos de la población no alcanzan para cubrir el costo de la canasta básica alimentaria. Así, la población en pobreza alimentaria ha incrementado de 46.99% en 2005 a 50.89% en 2010, que hoy en día se considera a la población con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo.

En cuanto a servicios de salud, la población derechohabiente pasó de 20.1% en 2005 a 56.8% en 2010, siendo el Seguro Popular el de mayor crecimiento en este periodo, al pasar de una cobertura de 22.6 a 65.7% de atención. En 2011, se contabilizaron 77 unidades médicas de consulta externa y 14 de hospitalización en el régimen seguridad social, en tanto que para asistencia social fueron 1,231 unidades de consulta externa y 41 hospitales. Con los 5,893 médicos del sector salud, se tiene un promedio de 1.2 médicos por cada 1,000 habitantes.

Es importante señalar que en México la MM ha disminuido de forma paulatina pasando de 88.7 muertes maternas por cada 100 mil nacidos en 1990 a 43 en 2011, con la persistencia de brechas: por ejemplo, para el 2012, las mujeres que vivían en los 100 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) del país tenían casi cinco veces más el riesgo de fallecer durante la maternidad que el resto. Si consideramos las brechas entre mujeres no indígenas e indígenas, la diferencia del riesgo de morir es de tres veces más y, en el caso de las que viven en municipios con muy alto grado de marginalidad en relación con otro de muy bajo grado, esta diferencia es de más de cuatro veces.³

² Plan Estatal de Desarrollo, Chiapas 2013-2018. Gobierno del Estado. Secretaría de Planeación, Gestión Pública y Programa de Gobierno. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Mayo de 2013.

³ Estimaciones propias a partir de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), Sistema Estadístico y Epidemiológico de las Defunciones (SEED), SSA; Muertes maternas 2012 y Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC), SSA, 2012.

Como se puede ver, esta problemática ha estado latente y ha sido oficialmente abordada desde la década de los cuarenta con el nacimiento del derecho social, en el año 2000 con la Declaración de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, que es donde se le ha puesto especial atención a esta dramática problemática, se ha estado en permanente observación ante el compromiso de reducir la mortalidad materna de 88.7 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos que se presentaban en 1990 a 22.3 para el año 2015, lo cual fue muy distante para México no logrando lo esperado, incluso para Chiapas que fue beneficiada con la Iniciativa Salud Mesoamérica .

Del mismo modo la salud de la mujer es un tema de salud pública de alta prioridad para el estado; en cuanto a la mortalidad materna, su reducción es un reto en salud pública, ya que es un indicador de desigualdad social e inequidad el cual esta aparejado también a la problemática de violación a diversos derechos humanos como el derecho a la vida y a la seguridad personal, a fundar y a tener una vida en familia, al cuidado de la salud y a beneficiarse del progreso científico, a la igualdad y a la no discriminación y en especial de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Chiapas está ubicado entre los estados que mayor número de defunciones maternas aportan anualmente a la estadística nacional; en 2006, el estado ocupaba el 1er lugar nacional en razón de muerte materna, para el 2015 ocupa el 4º lugar, pero desafortunadamente en 2016, 2017 y 2018 ocupó el 1er lugar en razón de muerte materna.⁴

En ese sentido la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que el 95% de la muerte materna es prevenible con el conocimiento existente, si la mujer recibe oportunamente atención digna y de calidad, pues esta problemática es expresión de la inequidad y desigualdad y de la falta de empoderamiento de las mujeres.⁵

La Muerte Materna se encuentra en una lista de 48 causas de muerte que potencialmente se podrían evitar y por eso desde el 2003, el gobierno federal, a través de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), se propuso la mejora de los sistemas de información relacionados con las defunciones maternas. Para ello, se diseñó una metodología para la estimación del subregistro y mal registro de las muertes maternas utilizando el método Reproductive Age Mortality Survey (RAMOS, por su acrónimo en inglés), esta es una de las estrategias diseñadas para reconocer el subregistro de la MM a través de la identificación de defunciones de mujeres en edad de concebir (entre 15 y 49 años) para localizar las muertes ocurridas por causas maternas; pero ahora con una modificación, la cual consiste en que en vez de aplicarlo de manera universal, es decir, llevar a cabo una autopsia verbal a las familias de todas las mujeres fallecidas en edad reproductiva en un periodo determinado, sólo se realiza una búsqueda intencionada de aquéllas que han fallecido por alguna de las 46 principales causas de muerte seleccionadas (SSA, 2010), para reconocer si la causa de la muerte estuvo relacionada con el embarazo,

⁴ Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud. Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica. Muerte Materna. Información hasta la semana epidemiológica 52 de 2015, 2016, 2017 y 2018.

⁵ Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Salud reproductiva y maternidad saludable. Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos, Washington, DC, 2013, fecha de consulta 2 de julio de 2015, en: <http://www.paho.org/salud-mujeres-ninos/wp-content/uploads/2013/09/SRMS-derechos-y-legislacion.pdf>

parto o postparto para identificar cuáles fueron estas causas y los factores que contribuyeron al deceso prematuro, así como la trayectoria que se siguió en la búsqueda de atención antes de morir.

Luego entonces, atendiendo a lo anterior la mortalidad materna pone de manifiesto la violación de un conjunto de derechos de la mujer, da cuenta de una cadena de vulneraciones de principios básicos como el derecho a la vida y el acceso de información de calidad, y al máximo nivel posible de salud.

Es así como resulta imprescindible **determinar la discrepancia que tiene lo establecido de manera normativa y las recomendaciones de los diferentes reglamentos que atienden la salud materna y perinatal con lo que realmente se realiza de manera operativa en las unidades de salud de la Secretaría de Salud en una región** como lo son las localidades de cobertura de la Jurisdicción Sanitaria No. IX. Esto para poder entender el por qué a pesar de ser una prioridad en salud, Chiapas sigue teniendo un número importante de muertes maternas que lo llevan a tener la mayor razón de muerte materna en el país. ¿Es una atención médica deficiente o de mala calidad?, ¿Son otros factores como los geográficos, demográficos, etc., los que impiden la reducción de la muerte materna? ¿Cuál puede ser la diferencia con los demás estados de la república que han podido bajar su razón de muerte materna?, ¿Acaso están mal enfocadas las políticas públicas en salud? O simplemente ¿Es una cuestión de actitud y compromisos por parte del personal de salud? Esperamos que al final de este documento hayamos encontrado una posible respuesta.

Para determinar esta discrepancia mencionaremos los antecedentes de las estrategias que se han establecido para la reducción de la Muerte Materna, desde la salud materna como parte de los derechos humanos, el marco normativo que sustenta las diferentes estrategias; las estadísticas y el panorama epidemiológico en México y Chiapas con respecto a la MM, el cómo estas estadísticas no tan satisfactorias hicieron que los ojos a nivel internacional voltearan a México y determinaran que se necesitaba un apoyo para alcanzar los ODM implementando la Iniciativa Salud Mesoamérica en Chiapas, desmenuzaremos la Jurisdicción Sanitaria IX y al final realizaremos un análisis para determinar si de manera operativa se realiza lo establecido en la normatividad, el impacto que se tiene en la reducción de la muerte materna si es que la hay y sino que factores son los más cruciales en la región y en la población de cobertura.

ANTECEDENTES DE LAS ESTRATEGIAS DE SALUD MATERNA Y PERINATAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Mortalidad materna como la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.⁶

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) define a la muerte materna de una mujer embarazada por cualquier causa o bien durante los siguientes 42 días a la conclusión del embarazo.⁷

Por su parte, la NOM-035-SSA3-2012 define la defunción materna acorde a lo establecido por la OMS para definir a la mortalidad materna, tal y como se observa enseguida:

“3.28 Defunción materna.- Muerte de una mujer mientras está embarazada, durante el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o por su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.”

Roberto Uribe Elías⁸ hace algunas puntualizaciones relacionadas con la definición del término muerte materna, para quien no es un concepto rígido, sino por el contrario es utilizado acorde al contexto bajo el cual se desarrolla, de ahí que indica que la definición dada por la OMS, obliga a distinguir entre muerte materna directa e indirecta, señalando lo siguiente:

- “Muerte Obstétrica Directa es aquella resultante de complicaciones del embarazo, cualquiera que sea su momentum (embarazo, parto y puerperio), de las intervenciones motivadas por el mismo, omisiones, tratamientos incorrectos o derivada de una cadena de eventos o resultado de cualquiera de los anteriores antes mencionados.

⁶ Observatorio de Mortalidad Materna en México, Definiciones, Dirección en Internet: <http://www.omm.org.mx/index.php/defs.html>. fecha de consulta 26 de junio de 2015.

⁷ Secretaría de Salud. El Convenio General de Colaboración para la Atención de la Emergencia Obstétrica, Un Camino hacia la Universalización de los Servicios de Salud. Primera edición 2012. México

⁸ Uribe Elías, Roberto, Mortalidad Materna, Op. Cit.

- Muerte Obstétrica Indirecta es la resultante de una enfermedad o patología preexistente, o que su desarrollo durante el embarazo, cuyo origen no tiene relación directa con el embarazo, pero cuya evolución pueda ser agravada por los efectos fisiológicos del embarazo”.

Así mismo en el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, se estableció a modo de que pueda dar cumplimiento a sus compromisos, lo que deberá entenderse por emergencia obstétrica:

“En la atención del embarazo, parto y puerperio se entiende como emergencia obstétrica al estado nosológico que pone en peligro la vida de la mujer durante la etapa grávida puerperal y/o al producto de la concepción que requiere de atención médica y/o quirúrgica inmediata por personal médico calificado, adscrito a hospitales con capacidad resolutive suficiente para realizar este tipo de intervenciones.”

En México, el problema de Mortalidad Materna se ha abordado desde hace muchos años y desde múltiples perspectivas, con enfoques que han evolucionado con el tiempo. Esta problemática, fue abordada por primera vez a nivel internacional dándole la importancia que se merecía, a través de la Conferencia Internacional de la Maternidad sin Riesgos (Nairobi, 1987) cuando fue lanzada a nivel mundial la Iniciativa del mismo nombre.

Entre el 3 y 14 de Junio de 1992, firmado por 178 países se estableció la Agenda 21 o Programa 21, el cual abordó los problemas más apremiantes de la actualidad y trató de preparar al mundo para los desafíos del siglo XXI. En el caso de las mujeres, entre otras se estableció proporcionar incentivos concretos para inducir a las mujeres de todas las edades a asistir a escuelas y a cursos de educación de adultos y a no abandonarlos prematuramente, incluidos los cursos de educación sanitaria y los de capacitación en materia de atención primaria de la salud, higienización de los hogares y protección de la salud materna.

En 1993 México se unió a la 1ra. Conferencia Nacional sobre Maternidad sin Riesgos, lo que permitió que representantes de diversos sectores elaboraran la “Declaración de México para una Maternidad sin Riesgos” y crearon el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México (CPMSR) con el fin de impulsar su puesta en marcha.

En 1995 en la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, la cual cuenta con diversos objetivos y estrategias, entre ellos el correspondiente a la mujer y la salud, respecto al cual en su párrafo 97 se reconoce:

- Que las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto se encuentran entre las principales causas de mortalidad y morbilidad de las mujeres en edad reproductiva, en los países en desarrollo y también en aquellos que se encuentran con una economía en transición.
- Que la mayoría de las muertes, lesiones y problemas de salud se pueden evitar mejorando el acceso a servicios adecuados de atención de la salud, incluidos los métodos de planificación de la familia eficaces y sin riesgos y la atención obstétrica de emergencia, reconociendo el derecho de la mujer y del hombre a la información y al acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia, así como a otros métodos lícitos que decidan adoptar para el control de la fecundidad, y al acceso a servicios adecuados de atención de la salud que permitan que el embarazo y el parto transcurran en condiciones de seguridad y ofrezcan a las parejas las mayores posibilidades de tener un hijo sano.

Por esto se estableció el Objetivo estratégico C.1. Fomentar el acceso de la mujer durante toda su vida a servicios de atención de la salud y a información y servicios conexos adecuados, de bajo costo y de buena calidad. Y para lograr este objetivo se establecieron diversas medidas entre las cuales se señala en el párrafo 106, que se refiere a las medidas que han de adoptar los gobiernos en colaboración con las organizaciones no gubernamentales y organizaciones de empleadores y trabajadores y con el respaldo de instituciones internacionales, en su inciso:

- i) Fortalecer y reorientar los servicios de salud, en particular la atención primaria de salud, con el fin de dar acceso universal a servicios de salud de calidad para niñas y mujeres y de reducir las enfermedades y la morbilidad derivada de la maternidad y alcanzar a nivel mundial el objetivo convenido de reducir la mortalidad derivada de la maternidad como mínimo en un 50% de los valores de 1990 para el año 2000 y en otro 50% para el año 2015; garantizar que cada sector del sistema de salud ofrezca los servicios necesarios; y tomar las medidas oportunas para que se ofrezcan servicios de salud reproductiva, a través del sistema de atención primaria de salud, a todas las personas en edad de recibirla lo antes posible y no más tarde del año 2015.

En 1995 como resultado de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social celebrada en marzo, se aprueban diversas resoluciones destacando la Declaración de Copenhague sobre Desarrollo Social y el Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social de los que es parte México y en cuyos instrumentos se contemplan algunos puntos sobre mortalidad materna.

En esta Declaración de Copenhague sobre Desarrollo Social se encuentran diez compromisos, el sexto compromiso busca promover y lograr el nivel más alto posible de salud física y mental, y el acceso de todas las personas a la atención primaria de la salud, procurando de modo especial rectificar las desigualdades relacionadas con la situación social sin hacer distinción de raza, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Al respecto contempla en su inciso

- p) para el plano nacional: Tratar de cumplir los objetivos en materia de salud materno-infantil, especialmente la reducción de la mortalidad infantil y materna que estableció la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo y la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

Para dar cumplimiento a lo mandatado en esta Declaración se crea el Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, en cuya acción "C", denominada Atención de las necesidades humanas básicas de todos, a través del párrafo número 36 se prevé la obligación de que los gobiernos cumplan con los compromisos contraídos con respecto a la atención de las necesidades básicas de todos, con la asistencia de la comunidad internacional, de conformidad con el capítulo V del Programa de Acción, incluidos, entre otros, los siguientes:

- d) Para el año 2000, reducir la mortalidad materna a la mitad del nivel que tenía en 1990; y para el año 2015, reducir nuevamente la tasa a la mitad de ese valor.

En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se recomienda a la comunidad internacional una serie de objetivos de población y desarrollo, así como metas cualitativas y cuantitativas que son mutuamente complementarias y de importancia decisiva para esos objetivos, entre los cuales figuran: la reducción de la mortalidad materna junto con el acceso universal a servicios de salud reproductiva, en particular de planificación de la familia y de salud sexual.

En este Programa de Acción, visto desde la perspectiva demográfica, se señala que si bien los países habían tenido logros con respecto a, entre otras problemáticas, la reducción de la mortalidad materna, aún quedaba mucho por hacer. Al respecto, se apunta que uno de los factores que contribuyen a elevar los niveles de mortalidad es la pobreza generalizada que va acompañada entre otros de un acceso limitado a servicios sociales y sanitarios entre los que se incluyen los servicios de salud reproductiva y los de planificación familiar.

Así añade que, una mayor atención a las necesidades de salud reproductiva de las jóvenes adolescentes y las mujeres jóvenes podría reducir notablemente la morbilidad y mortalidad maternas mediante la prevención de los embarazos no deseados y de los abortos posteriores realizados en condiciones deficientes. Por lo que, la maternidad sin riesgo, ha sido aceptada en muchos países como estrategia para reducir la morbilidad y mortalidad maternas. Por lo tanto, uno de los objetivos que se estableció sobre esta problemática fue:

“Promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo a fin de lograr una reducción rápida y sustancial en la morbilidad y mortalidad maternas y reducir las diferencias observadas entre los países en desarrollo y los desarrollados, y dentro de los países. Sobre la base de un esfuerzo decidido por mejorar la salud y el bienestar de la mujer, reducir considerablemente el número de muertes y la morbilidad causados por abortos realizados en malas condiciones.”

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son el resultado del acuerdo conocido como la Declaración del Milenio, signado en septiembre del 2000 por 189 dirigentes del mundo. Estos ODM buscaban atender las necesidades humanas más apremiantes y los derechos fundamentales que todos los seres humanos deberían disfrutar, y están conformados por ocho indicadores, integrados cada uno de ellos por diversas metas; y en el caso de México algunas metas incorporadas a partir de 2005, a las cuales se les denominó Metas Más allá del Milenio (MMM), de las cuales se observa que con relación al tema que se desarrolla no fueron contempladas este tipo de metas. El objetivo 5 que implicaba mejorar la salud materna, de acuerdo con lo establecido por la ONU, tenía las siguientes metas:

- 5.A. Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes;
- 5.B. Lograr para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

De cada una de estas metas se desprenden diversos indicadores que quedan plasmados en una Lista Oficial de Indicadores de la ONU, de los cuales para efectos de este trabajo interesan los que derivan de la meta 5.A, que son los siguientes:

- 5.1 Tasa de mortalidad materna,
- 5.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado.

Sin embargo, es necesario aclarar que México reformuló algunos de estos indicadores de acuerdo a su contexto, quedando el indicador 5.1 de la siguiente forma:

- 5.1. Razón de mortalidad materna (defunciones por cada 100 mil nacidos vivos), cuya institución responsable para dar seguimiento es la Secretaría de Salud.

El 1º de noviembre de 2004 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el “Acuerdo por el que se establece la aplicación obligatoria en las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud, de los componentes del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida y de la Vigilancia Epidemiológica Activa de las defunciones Maternas”. Para efectos de este trabajo no lo veremos a fondo pues nos interesa el actual Programa de Acción Específico.

A partir del 2007, en México se pusieron en marcha políticas públicas encaminadas a priorizar el acceso a los servicios de salud materna. Es posible que el detonante haya sido el Comité Promotor por una Maternidad Voluntaria y Segura que fomentó en el 2008 el acceso universal a la atención obstétrica, que dio como resultado la instauración del Programa Embarazo Saludable,⁹ que ha consistido en afiliar de forma prioritaria a todas las mujeres embarazadas y sus familias al Seguro Popular de Salud (SPS). Previo al 2007 se estableció el Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE), modelo de gestión encaminado a transferir recursos financieros desde la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS), de la Secretaría de Salud (SSA), a los servicios estatales de salud (SESA) destinados a los 32 Programas de Acción Específicos (PAE) a través de la firma de un acuerdo. En el caso del Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida (PAEAPV), estas transferencias diferenciadas tenían como finalidad disminuir las brechas en las razones de mortalidad materna (RMM) entre los estados y promover acciones focalizadas en entidades prioritarias.

En el 2009 fue implementada la Estrategia para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México, la cual fue elaborada tomando como base el modelo de atención basado en las tres demoras, también conocido como el “camino para la supervivencia a la muerte materna” se identificaron tres acciones prioritarias a seguir:

- Planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva;
- Atención calificada durante e inmediatamente después del embarazo, y
- Atención obstétrica de emergencia cuando existan complicaciones que pongan en riesgo la vida.

Estas acciones las señala el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) como los tres pilares básicos que contribuirán a la reducción de la muerte materna en México.

Con el objeto de lograr la reducción de la razón de mortalidad materna en México, desprendidos de los diversos instrumentos internacionales, del propio marco jurídico, de los planes y programas para el sector salud, se establecieron diversos organismos e instituciones tanto gubernamentales como no gubernamentales creadas exprofeso para tal fin, destacando entre ellos los dos siguientes:

Comités de Prevención para la Muerte Materna

Comité Ciudadano de mortalidad materna en México.

⁹ Resultados de la Primera Reunión Técnica de Promoción a la Salud Materna: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/reuniones-tecnicas/primer-reunion-tecnica>.

Junto con la Estrategia para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México, el 25 de mayo de 2009, de conformidad con el artículo 27, fracción III, de la Ley General de Salud y los artículos 71 al 75, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) firmaron el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica (Convenio General). El convenio establece el compromiso de implementar un mecanismo de coordinación entre las instituciones públicas de salud a través de las unidades hospitalarias, que implica garantizar la admisión y la atención de las pacientes con base en la capacidad resolutive o bien la referencia oportuna, sin condicionar la atención a la afiliación a toda mujer que presente una emergencia obstétrica sin que lo impidan las condiciones de derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento, y sin que ello signifique o esté condicionado por un desembolso monetario de parte de la paciente. Este proyecto supuestamente “facilita” a las pacientes la atención médica, lo que conlleva el aprovechamiento de tiempo valioso para la vida y la salud de la propia paciente y su hijo, al mismo tiempo que incide en la reducción del índice de muerte materna.

Es importante señalar que a través del CGCIAEO se determina que en caso de no contar con la capacidad resolutive, esa unidad médica es responsable de trasladarla con sus propios medios a otra unidad con capacidad resolutive para que sea atendida la paciente con emergencia obstétrica, también sin costo.

Los principales compromisos que se establecieron en el CGCIAEO son:

- a) Prestar atención expedita a las mujeres en edad gestacional que presenten una emergencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades médicas con capacidad para la atención de emergencias obstétricas, sin tomar en consideración su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.
- b) Atender al recién nacido en la unidad médica receptora.
- c) Establecer mecanismos ágiles de ingreso, referencia y contrarreferencia.
- d) Impulsar modificaciones al marco jurídico para dar cumplimiento al CGCIAEO.
- e) Adecuar los procedimientos internos para informar al personal médico y administrativo sobre el cumplimiento del CGCIAEO.
- f) Establecer el procedimiento interno para el ingreso y atención de las pacientes en las unidades médicas resolutive de emergencias obstétricas.
- g) Conformar una comisión para coordinar las acciones para la operación del CGCIAEO.
- h) Llevar un control de las pacientes ingresadas, los servicios otorgados y en su caso, los traslados.

En el 2011 se implementó el Módulo de Muertes Maternas en la Plataforma del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), una herramienta muy importante para la alerta

temprana que permite identificar riesgos a la salud materna y no solo alerta por defunción, así mismo facilita la coordinación interinstitucional, el análisis y difusión para toma de decisiones. Este mismo año se reactivó el CGCIAEO y con apoyo de las tres Instituciones, se creó el Sistema para el Registro de las Emergencias Obstétricas (SREO) de uso obligatorio para la contraprestación de los servicios derivados del Convenio General

Mediante Acuerdo Secretarial, el 28 de diciembre del 2012 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Acuerdo secretarial propuesto por el Consejo de Salubridad General por el cual se da a conocer el Manual de Procedimientos para la Búsqueda Intencionada y Reclasificación de Muertes Maternas, por lo que su ejecución es ahora de observancia obligatoria en todo el país, de la misma forma.

El 30 de agosto de 2013, se publicó en el DOF, el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (PROIGUALDAD), en este Programa se incorpora el Objetivo 4. Fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar; que en su estrategia 4.2 contempla Impulsar el acceso de las mujeres a los servicios de cuidado a la salud en todo el ciclo de vida y explícitamente incluye la línea de acción 4.2.8 Reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad. Este mismo 2013 se realizan acciones desarrolladas en el ámbito comunitario para favorecer la salud de las Mujeres con el fin de impulsar el enfoque intercultural de salud de la mujer, en el diseño y operación de sus programas y acciones dirigidas a beneficiar principalmente a población indígena. En este contexto, para facilitar el acceso a la información a población hablante de lengua indígena que le permita cuidar su salud durante la gestación, para prevenir el cáncer de la mujer y de su salud sexual y reproductiva, se tradujeron en este mismo año, 15 materiales de difusión de los programas de Salud Materna y Perinatal, Cáncer de la Mujer y Salud Sexual y Reproductiva a 13 variantes lingüísticas y se establecieron más de 100 posadas para embarazadas y sus familias, se elaboraron planes de seguridad y se impulsó el acompañamiento de embarazadas por madrinas y padrinos comunitarios que de manera voluntaria proporcionaron apoyo durante el embarazo, el parto y el puerperio.

En este mismo año se implementó la Estrategia de capacitación con derechos humanos y perspectiva de género a las y los prestadores de servicios de salud; y, en 2014, en coordinación los Programas de Violencia contra la Mujer y de Equidad de Género, se han estado realizando capacitaciones al personal de salud encargado de la atención de las mujeres embarazadas para el respeto de los derechos humanos y la igualdad de género, para brindar una atención respetuosa durante el embarazo, parto y puerperio y garantizar un trato digno.

La vinculación transversal con los programas del CNEGSR fortalece las acciones y suma esfuerzos para el cumplimiento de las metas, así la coordinación con los Programas de Planificación Familiar y Anticoncepción, Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, Igualdad de Género, Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, así como con otros programas transversales de enlace de la Secretaría de Salud es necesaria para lograr progresos reales y perdurables y es parte de la suma de esfuerzos coordinados para lograr avances en acelerar la reducción de la morbilidad materna y perinatal y mejorar la salud materna y perinatal

Quedarse lejos de cumplir con la meta de reducir la Tasa de Mortalidad Materna en un 75%, según los ODM, no es el mayor reto que enfrenta México en esta materia, sino el subregistro de muertes maternas que nunca fueron documentadas mediante un certificado de defunción. ¿Qué quiere decir esto? Que las muertes maternas no registradas no cuentan para las cifras oficiales, lo cual probablemente implica que estuvimos más lejos de cumplir con el quinto ODM de lo que creemos.¹⁰ Es por esto que se debió revalorar las acciones y modificar algunas legislaciones y dar mayor prioridad este tema por lo que se continuo con más estrategias.

El 25 de septiembre del 2015, en seguimiento a los ODM los países miembros de la ONU adoptaron un conjunto de objetivos globales para erradicar la pobreza, proteger al planeta y asegurar la prosperidad para todos como parte de una nueva agenda de los Objetivos del Desarrollo Sostenible 2016-2030. Cada uno de los 17 objetivos tiene metas específicas que deben alcanzarse en los próximos 15 años, donde el objetivo 3 es el de Salud y Bienestar. Para alcanzar estas metas, todo el mundo tiene que hacer su parte: los gobiernos, el sector privado, la sociedad civil y las mismas personas para llevar estilos de vida saludable.

A finales de este mismo año y en paralelo a los ODS se estableció también la Estrategia Mundial para la salud de la Mujer, la Niñez y la adolescencia 2016-2030, que tiene como objetivo lograr el más alto nivel de salud para todas la mujeres, los niños y adolescentes transformar el futuro y garantizar que cada recién nacido, la madre y el niño no sólo sobreviva, sino que prospere.

En noviembre del 2015 se publicó el decreto por el que se adicionan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, de la Ley del Seguro Social y de la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, por ejemplo en su:

Artículo 64 Bis 1. Los servicios de salud a que hace referencia el artículo 34 de la presente Ley, prestarán atención expedita a las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades con

¹⁰ Gómez-Morín Escalante, Lorenzo y Furszyfer, Jonathan, Reducir la mortalidad materna una prioridad para México, en Animal Político, Noticia del 26 de febrero del 2015.

capacidad para la atención de urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.

En 2015, el gobierno mexicano lanzó la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente (ENAPEA) dirigida por un grupo interinstitucional, del cual forma parte UNICEF desde 2016. Desde UNICEF, en el marco de la ENAPEA se ha buscado armonizar las acciones del Grupo Interinstitucional para la Prevención del Embarazo Adolescente (GIPEA) con la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, a través de la participación en tres subgrupos:

- a) Erradicación del embarazo en niñas y adolescentes menores de 15 años.
- b) Atención a Grupos Estatales de Prevención del Embarazo en Adolescentes (GEPEA).
- c) Indicadores para Monitoreo y Evaluación de la ENAPEA.

Por último el 7 de abril de 2016 se emitió, en el Diario Oficial la actualización de la “Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida”. Misma que más adelante desmenuzaremos a fondo para poder establecer lo que esta normado y lo que realmente se realiza de manera operativa y así tratar de identificar ¿cuál es el o los principales factores que dificultan la reducción de la muerte materna en la región selva lacandona que comprende la población de cobertura de la JSIX? Aunque en el transcurso de este trabajo ya hemos identificado varios importantes.

LA SALUD MATERNA COMO DERECHO A LA SALUD, DERECHOS HUMANOS

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), apunta que los derechos sociales junto con los derechos económicos y culturales son “los derechos humanos relacionados con el lugar de trabajo, la seguridad social, la vida en familia, la participación en la vida cultural y el acceso a la vivienda, la alimentación, el agua, la atención de la salud y la educación”.¹¹ Por lo tanto, tenemos que la atención a la salud es reconocida como un derecho humano e identificado como el derecho a la salud, que mal ejercido puede llegar a atentar contra la vida de las personas.

En ese sentido Rebecca Cook, citada por Gladys Acosta Vargas, establece una clasificación de derechos humanos afectados por la mortalidad materna:¹²

- a) El derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal: estos derechos son violados cuando se produce la muerte evitable, pero también cuando el riesgo de morir se incrementa y se convierte en un hecho constante.
- b) El derecho a fundar una familia y a tener una vida en familia: la mortalidad materna impide que la vida familiar se desarrolle y pone en riesgo a otros miembros de la familia.
- c) El derecho al cuidado de la salud y a beneficiarse del progreso científico: el desarrollo técnico prueba que aunque existen los medios para salvar vidas maternas, la negligencia del personal especializado y la desinformación de las mujeres son los principales factores de riesgo.
- d) Los derechos relacionados con la igualdad y con la no discriminación: el estatus social disminuido de las mujeres impulsa la mortalidad materna debido a que no acceden a la educación, a que los servicios y las propias comunidades no les reconocen la importancia que merecen y a la coexistencia de varios modos de discriminación, como la racial-étnica y la de la pobreza, que se expresan con mayor fuerza cuando se trata de mujeres muy jóvenes.

¹¹ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Preguntas frecuentes sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Folleto informativo Nº 33, Derechos Humanos, Ginebra, Marzo del 2009, Dirección en Internet: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS33_sp.pdf. fecha de consulta 25 de mayo de 2015.

¹² Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, UNICEF, Mortalidad Materna: Un problema de Salud Pública y Derechos Humanos, Buenos Aires, Argentina, 2003, Dirección en Internet: http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_mortalidadmaterna.pdf. Fecha de consulta 26 de junio de 2015.

El derecho a la salud, incluye el derecho a acceder a las instalaciones, los bienes y los servicios relacionados con la salud, a condiciones laborales y ambientales saludables y a la protección contra las enfermedades epidémicas, así como los derechos pertinentes a la salud sexual y reproductiva. La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) señala que la salud sexual y reproductiva es el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva y que uno de los puntos principales es la prevención de la mortalidad materna a través del apoyo para programas y modelos de prevención de morbilidad y mortalidad materna. Sobre el tema enfatiza con relación a los derechos sexuales y de procreación que:

La salud sexual y de la reproducción constituye un derecho de hombres y mujeres. Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, a disponer de la información y los medios para ello; y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones, ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

- 1) Derecho a la salud sexual y de la reproducción: como componente de la salud general, a lo largo de todo el ciclo vital de las personas.
- 2) Derecho a adoptar decisiones con respecto a la procreación: incluidos la elección voluntaria de cónyuge, la formación de una familia y la determinación del número, el momento de nacer y el espaciamiento de los propios hijos; y el derecho de tener acceso a la información y los medios necesarios para ejercer una opción voluntaria.
- 3) Derecho a condiciones de igualdad y equidad de hombres y mujeres: a fin de posibilitar que las personas efectúen opciones libres y con conocimiento de causa en todas las esferas de la vida, libres de discriminación por motivos de género.
- 4) Derecho a la seguridad sexual y de la reproducción: incluido el derecho a estar libres de violencia y coacción sexuales y el derecho a la vida privada.¹³

LA MUERTE MATERNA COMO VIOLACION A LOS DERECHOS HUMANOS¹⁴

¹³ UNFPA México, Salud sexual y reproductiva, Dirección en Internet: <http://www.unfpa.org.mx/salud%20sexual%20y%20reproductiva.php>. Fecha de consulta 26 de junio de 2015.

La articulación entre el enfoque de Derechos Humanos (DH) y la muerte materna como una violación fundamental a los derechos básicos de las mujeres, es un enfoque reciente, innovador y con un gran potencial para promover, defender y garantizar la salud materna y los derechos reproductivos de todas las mujeres en México.

Los argumentos que a continuación se presentan contribuyen a fortalecer las acciones para dar respuesta a un problema de salud pública, así como a un acto de justicia social que tiene una enorme relevancia para México. Mismos argumentos que en mi opinión personal debería tener presente en todo momento el personal de salud.

Primer argumento. La muerte materna es una violación a los DH de las mujeres porque es evitable en la gran mayoría de los casos. Son muertes innecesarias, por lo que, al ocurrir, se viola el derecho a la vida de las mujeres. Las muertes evitables son aquellas defunciones que ocurrieron de manera “prematura” e innecesaria, de acuerdo con el nivel de tecnología médica disponible y el conocimiento clínico alcanzado.

Las mujeres que fallecen por una muerte materna con frecuencia han sufrido una o múltiples formas de exclusión o discriminación social sobre la base del género, la clase, la condición de ruralidad y la etnicidad/raza; incluyendo el acceso, utilización y calidad de los servicios de salud disponibles. En México se calcula que hasta 84% de las muertes maternas son prevenibles o evitables.

Segundo argumento. La muerte materna es una violación a los DH de las mujeres porque no ocurriría si los Estados-naciones garantizaran el pleno disfrute del derecho a la salud para las mujeres que viven la maternidad, con un acceso pleno a una atención al embarazo, parto y puerperio con personal calificado y un acceso oportuno e irrestricto a una atención obstétrica de emergencia (AOE) con calidad. La muerte materna es una violación flagrante al derecho a la salud que tienen todas las mujeres. El problema no es sólo tener acceso a servicios de salud, sino acceder a servicios obstétricos de manera oportuna, que tengan calidad y presenten capacidad resolutoria en casos de emergencia.

Tercer argumento. La muerte materna es una violación a los DH de las mujeres porque afecta de manera desproporcionada a las mujeres pobres, de minorías étnicas o raciales, de clases sociales bajas, que viven en zonas rurales aisladas o en zonas urbanas marginadas. Por lo tanto, la muerte materna de estos grupos sociales de mujeres es una flagrante violación al principio del derecho a la no discriminación y al principio de la universalidad y equidad en el derecho al acceso a servicios de salud oportunos y de calidad.

A este respecto, se constata que en México las mujeres hablantes de lenguas indígenas enfrentan una sobrecarga desproporcionada de muertes maternas con respecto a su tamaño poblacional.

¹⁴ Sesia, Paola, Schiavon Ermani, Raffaella, Por qué la muerte materna constituye una violación a los Derechos Humanos de las mujeres, en La Voz de la Coalición, 25 de junio de 2013.

Cuarto argumento. La muerte materna es una violación a los DH de las mujeres porque muchas veces está relacionada con situaciones de falta de respeto a la dignidad de las mujeres y a sus derechos por parte de las instituciones de salud, dándose situaciones comunes de maltrato, abusos, falta de sensibilidad, menosprecio o desprecio hacia lenguas y culturas distintas a la sociedad mayoritaria, un trato discriminatorio hacia las mujeres pobres, adolescentes, indígenas y/o de clase social baja, un manejo deshumanizado del parto hospitalario y/o situaciones de negligencia o incompetencia en la atención médica recibida. Estos elementos apuntan a la violación al principio del derecho a la no discriminación y del acceso universal y equitativo a servicios de salud de calidad.

Quinto argumento. La muerte materna es una violación a los DH de las mujeres por no haber tenido pleno acceso a la información adecuada y oportuna sobre anticoncepción, o acceso a la más amplia gama de métodos anticonceptivos y en especial, al aborto seguro y legal, para poder evitar embarazos no deseados. Esto implica la violación a múltiples derechos reproductivos como son el derecho fundamental de las mujeres y sus parejas a decidir el número e intervalo de las y los hijos; el derecho a acceder a servicios de salud reproductiva integrales, y el derecho a la información en salud sexual y reproductiva.

Sexto argumento. La muerte materna es una violación a los derechos de las mujeres por ser a veces consecuencia de relaciones sexuales no deseadas; porque no fue respetada su autonomía de decisión en cuanto a sus vidas sexuales y reproductivas; porque no estaban empoderadas en sus familias, con sus maridos, en sus trabajos, en sus comunidades; porque estaban desprotegidas de la violencia; porque enfrentan desigualdades en las esferas políticas y sociales; porque fueron educadas para interiorizar su subordinación, obediencia y minusvalía.

Así, los DH fundamentales de las mujeres son a menudo vulnerados debido a la inequidad y violencia de género que todavía prevalece en amplios sectores de la sociedad mexicana.

Roberto Castro Pérez, de la Universidad de Toronto, investigador de la Universidad Nacional Autónoma de México y miembro del Sistema Nacional de Investigadores, así como de la Academia Mexicana de Ciencias, afirmó que reducir el problema a calidad de la atención es invisibilizar la cuestión de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, pues existen formas de abuso que no siempre son delitos ni negligencia médica.

La posibilidad de una verdadera transformación del autoritarismo médico, dijo, no depende solamente de programas de sensibilización, sino de una transformación de las relaciones de poder dentro del campo médico y establecer de manera normativa y con un contexto legal la violencia

obstétrica la cual puede ser las bases para crear políticas eficaces para la reducción de la mortalidad materna.

MARCO JURIDICO

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

En su artículo 4o establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la propia Constitución.

Por su parte el artículo 2o aunque más focalizado, señala en su Apartado B que la Federación, los Estados y los Municipios, para promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria, establecerán las instituciones y determinarán las políticas necesarias para garantizar la vigencia de los derechos de los indígenas y el desarrollo integral de sus pueblos y comunidades, las cuales deberán ser diseñadas y operadas conjuntamente con ellos.

En ese sentido determina que para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades, tienen la obligación de VIII. Establecer políticas sociales para proteger a los migrantes de los pueblos indígenas, tanto en el territorio nacional como en el extranjero, mediante acciones para [...] mejorar las condiciones de salud de las mujeres...

LEY GENERAL DE SALUD

Reglamenta el derecho a la protección de la salud que establece el artículo 4o de la Constitución; es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social. En este sentido, la Ley General de Salud establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Esta Ley define dos criterios de acceso a los servicios de salud:

- Ser derechohabiente de alguna institución de seguridad social o del Sistema de Protección Social en Salud,
- Pertener a la población general no derechohabiente de dichos servicios.

Por su parte, el artículo 51 señala las características del servicio de salud que tienen derecho a obtener, los usuarios del mismo:

- Prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea;
- A recibir atención profesional y éticamente responsable y,
- Trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

En cuanto a las áreas de salubridad que se cubren, la Ley en comento en su artículo 30 determina que es materia de salubridad general, entre otras: la atención materno-infantil. Además, este tipo de atención queda incluida dentro del paquete de servicios básicos de salud (art. 27) dirigidos a toda la población. Mencionando que los servicios de salud materno-infantil se prestarán en establecimientos públicos de salud, regidos por criterios de universalidad y gratuidad fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios (artículo 35).

De ahí que cuenta con un capítulo específico denominado Atención Materno-Infantil, que contempla y alberga las disposiciones bajo las cuales se prestará la atención materna y dentro del cual se plasma a través del artículo 62 que, en los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de que se conozca, sistematice y evalúe el problema y se adopten las medidas conducentes, por esto como se observará más adelante, el Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018 (PAE), busca a través de sus líneas de acción fortalecer e impulsar los Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA.

El 07 de Abril del 2016 se publicó en el DOF la modificación de la NOM-007-SSA2-1993 y el PROY-NOM-007-SSA2-2010, debido a que la ciencia médica, a nivel nacional e internacional, ha desarrollado importantes avances en materia de investigación científica que permiten establecer mejores prácticas médicas, servicios para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención de la persona recién nacida, especialmente, en cuanto a los cuidados

prenatales, atención oportuna y de calidad durante el parto y la atención que requiere la persona recién nacida en los primeros 28 días de vida, a fin de que se logren establecer alternativas para un mejor desarrollo en salud durante la línea de vida de la madre y de sus hijas e hijos. Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida.

En esta nueva norma se incorporan aspectos relevantes enfocados a la salud materna y a la prevención de la morbimortalidad materna y perinatal, mediante intervenciones previas a que una mujer decida embarazarse, así como durante su embarazo, parto y puerperio y establecer el manejo del autocuidado como una acción de corresponsabilidad para enlazar con el personal de salud, por lo que adquiere importancia el mejorar la calidad de la atención prenatal desde el periodo preconcepcional, es decir, que se realice una valoración correcta del riesgo reproductivo en mujeres con enfermedades concomitantes y en adolescentes; promover la planificación familiar, la detección temprana de diabetes gestacional mediante la realización de tamiz de glucosa, con base en la evidencia científica, sabiendo que su diagnóstico y tratamiento oportunos impactarán en la salud materno-fetal y mejorará además el pronóstico de la mujer una vez finalizado su embarazo.

En ese mismo sentido, se busca impedir la transmisión perinatal de sífilis y VIH, mediante su detección y tratamiento oportunos. Se promueve además, la adecuada nutrición, la prescripción de hierro y ácido fólico, y multivitamínicos, así como, evitar el uso y abuso de sustancias tóxicas y adictivas para prevenir bajo peso y daños en el feto.

Así mismo, se enfatiza sobre las ventajas de la lactancia materna y el espaciamiento de los embarazos a través de la adopción de un método anticonceptivo posparto, con pleno respeto a la decisión de la mujer. Se busca en definitiva que la mujer y su pareja, se corresponsabilicen junto con la institución que provee el servicio y su personal, en el cuidado de su salud.

En este mismo sentido, se afirma que el derecho universal a la salud sexual y reproductiva, la opción libre e informada, el respeto a la integridad física y el derecho a no sufrir discriminación ni coerción en todos los asuntos relacionados con la vida sexual y reproductiva de las personas, y a su vez recibir un trato digno y respetuoso bajo los derechos humanos y la perspectiva de género, llevando un embarazo más seguro y protegido. Es decir, respeta los derechos reproductivos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva.

Las intervenciones que se desarrollan para alcanzar la maternidad segura son: planificación familiar, atención preconcepcional, prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados obstétricos esenciales.

Al mejorar la consulta pregestacional y prenatal, se contribuirá a la identificación oportuna de posibles riesgos en una fase temprana y por lo tanto establecer medidas preventivas, o bien, el tratamiento correspondiente con mínimas secuelas y evolución satisfactoria.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención, entre los que destacan, el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas generalizadas que llevadas a cabo en forma rutinaria y sin indicaciones generan riesgos innecesarios. Por lo tanto, las acciones incluidas en esta Norma, tienden a favorecer el desarrollo fisiológico de cada una de las etapas del embarazo y a prevenir la aparición de complicaciones.

En caso de una complicación no diagnosticada de manera oportuna y que ésta evolucione a una forma severa, se establece, al igual que en otras normas internacionales vigentes, que la atención de urgencias obstétricas es una prioridad todos los días del año y que el personal de salud debe informar con oportunidad a la mujer embarazada y a sus familiares desde la primera consulta prenatal, y refiriéndola a los establecimientos para la atención médica de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud que atienden urgencias obstétricas, sea o no derechohabiente de alguna de ellas.

Considerando el incremento de maltrato reportado en estudios nacionales e internacionales hacia la mujer en todas sus formas, y en razón al estado vulnerabilidad que se presenta durante el embarazo, esta debe ser identificada y atendida con oportunidad.

Otros factores de riesgo que pueden incidir en el incremento de la mortalidad materna es la violencia que, en sus diferentes formas, tiene efectos negativos en la salud emocional y física de la mujer embarazada y complicaciones graves en su salud sexual y reproductiva.

La violencia sexual y la violencia a la mujer pueden ocasionar embarazos no deseados, problemas ginecológicos, abortos provocados e infecciones de transmisión sexual, entre ellas, la infección por sífilis y/o VIH. La violencia o maltrato hacia la mujer durante el embarazo aumenta la probabilidad de sufrir abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer, para lo cual es necesario realizar acciones de prevención primaria de la violencia familiar y de género, así

como canalizar a servicios especializados a las mujeres que la viven, sobre todo si se encuentran en etapa gestacional.

Por lo mencionado, es necesario efectuar cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados, a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera esta Norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención en salud y señalar pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal.

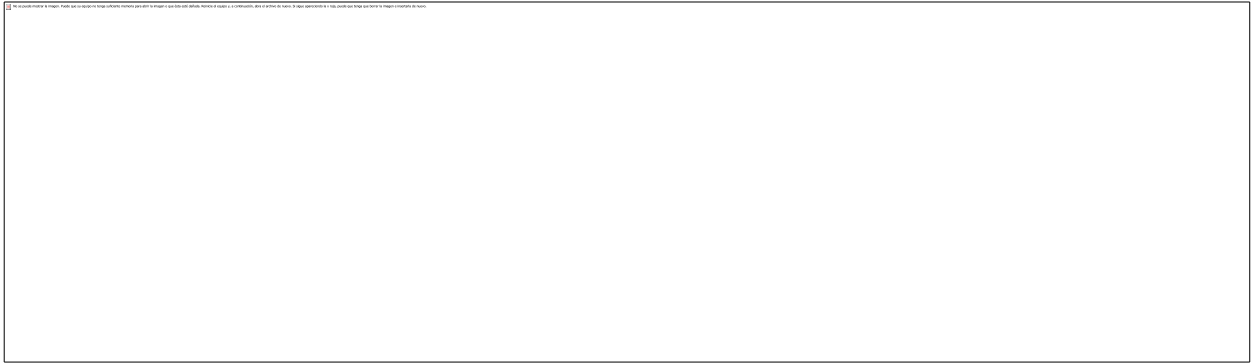
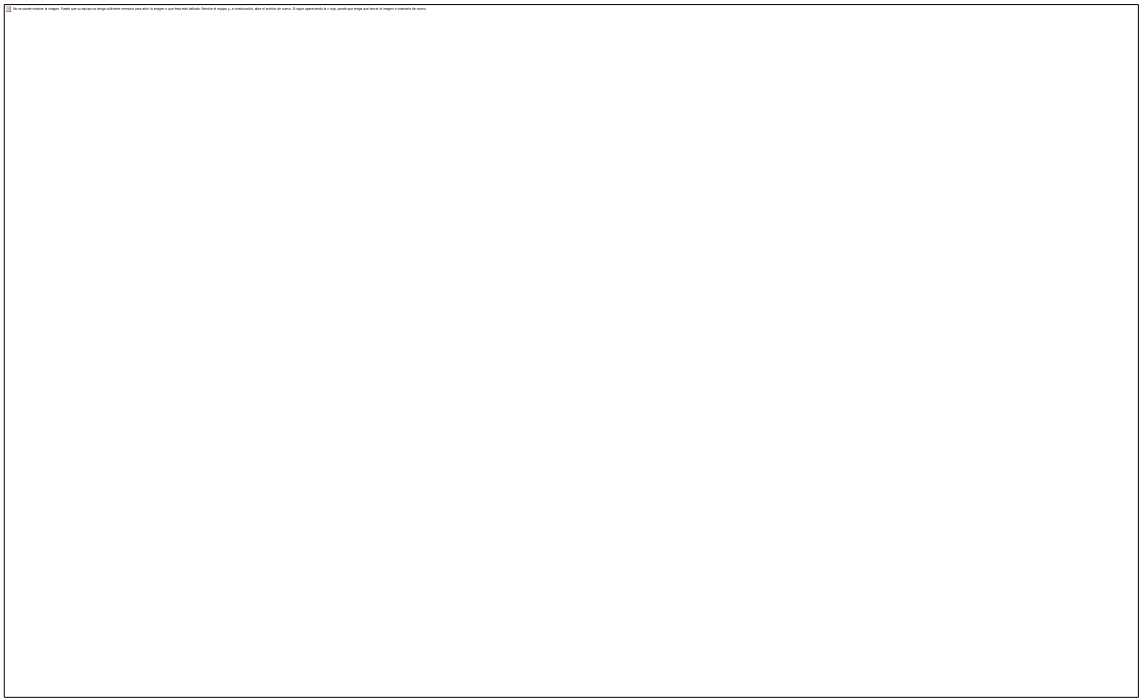
Los aspectos más específicos de lo que se debe hacer en la atención materna y perinatal la veremos de manera detallada más adelante al realizar la comparación de lo establecido en esta norma y lo que en realidad se realiza a nivel estatal y de manera específica en la JSIX.

ESTADISTICAS Y PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DE LA SALUD MATERNA Y PERINATAL EN MEXICO Y CHIAPAS

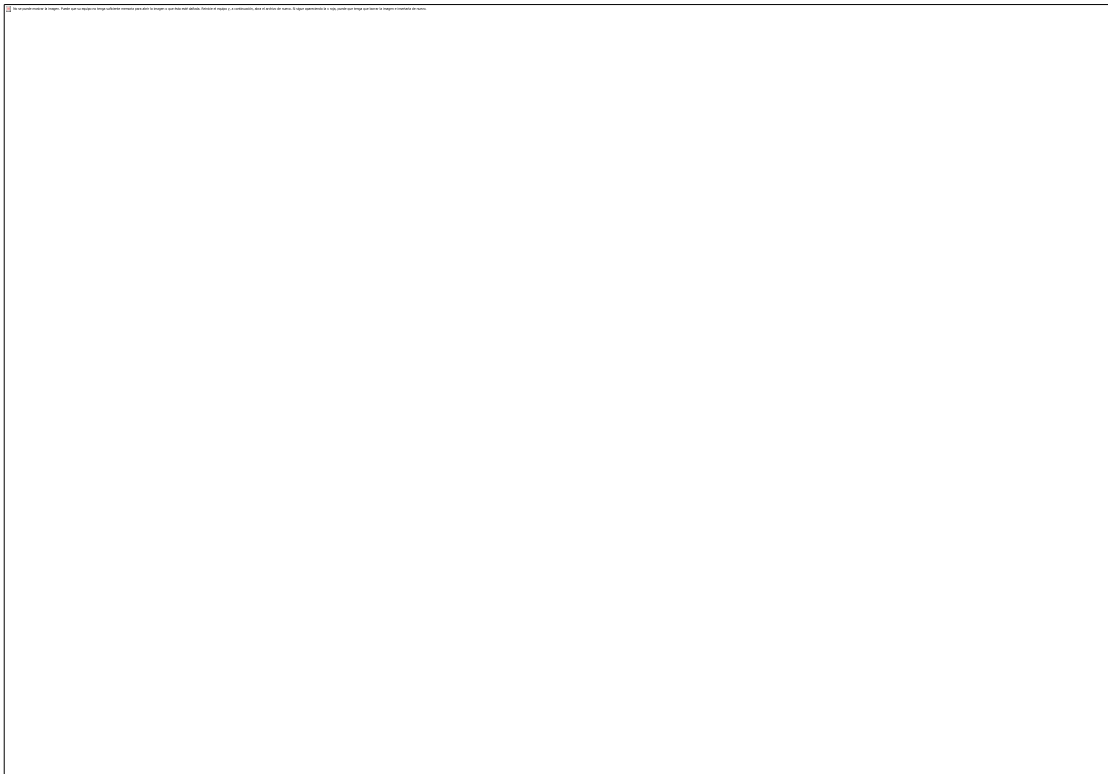
La disminución de la mortalidad materna se considera hoy día una prioridad internacional (Freedman et al., 2007: 1383-1391). En la cumbre del Milenio (2000) se instó a la comunidad internacional a reducir la MM 75% para el año 2015, lo que significaría para México bajar la razón de muerte materna a menos de 23 por cada 100 mil nacidos vivos registrados. La declaración del milenio propone dos indicadores para el monitoreo del progreso en la atención de la salud materna: la razón de muerte materna y el porcentaje de partos atendidos por personal profesionalizado,¹⁵ para nosotros en la Secretaría de Salud partos institucionales.

En México las muertes maternas por complicaciones del embarazo, parto o puerperio pasaron de 2 mil 156 en 1990 a 971 en 2011, lo cual implica que se redujo en un 51.1%, al pasar de 88.7 a 43.0 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. Lo que representa un avance de 68.8% con respecto a la meta comprometida en los ODM. En el siguiente cuadro se puede observar la evolución de la mortalidad materna en México a partir de 1990 y hasta el 2013.

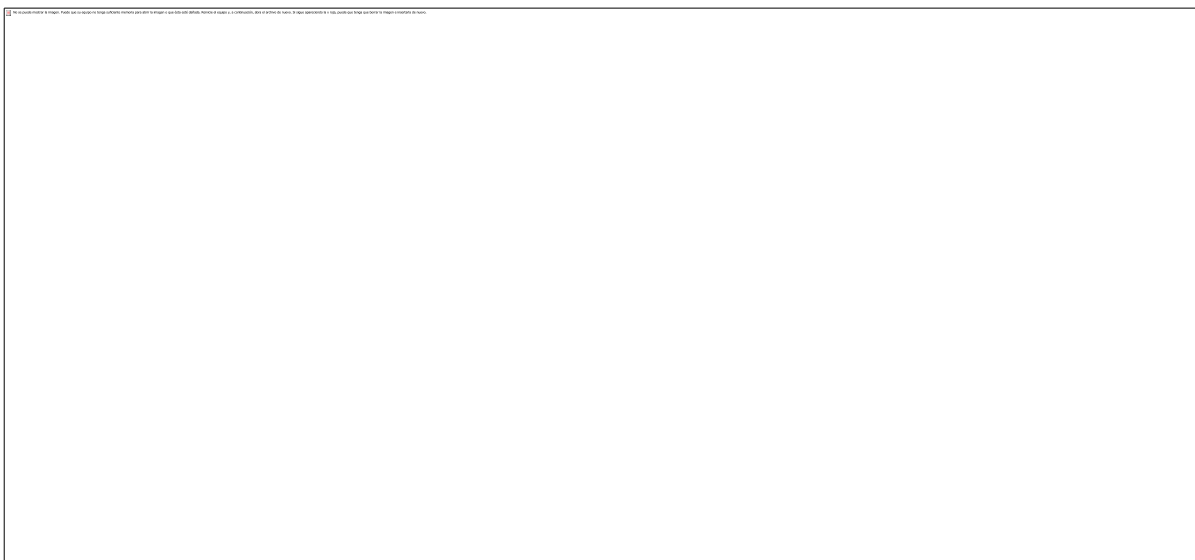
¹⁵ Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Salud reproductiva y maternidad saludable. Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos, Washington, DC, 2013, fecha de consulta 2 de julio de 2015, en: <http://www.paho.org/salud-mujeres-ninos/wp-content/uploads/2013/09/SRMS-derechos-y-legislacion.pdf>.



Como podemos ver en este cuadro el número de defunciones maternas evitables se redujo en los periodos 2002-2006 y 2007-2011, pasando de 5 257 a 4 046 defunciones, respectivamente, las cuales representan 83.9 y 75.1% de defunciones maternas para cada periodo.

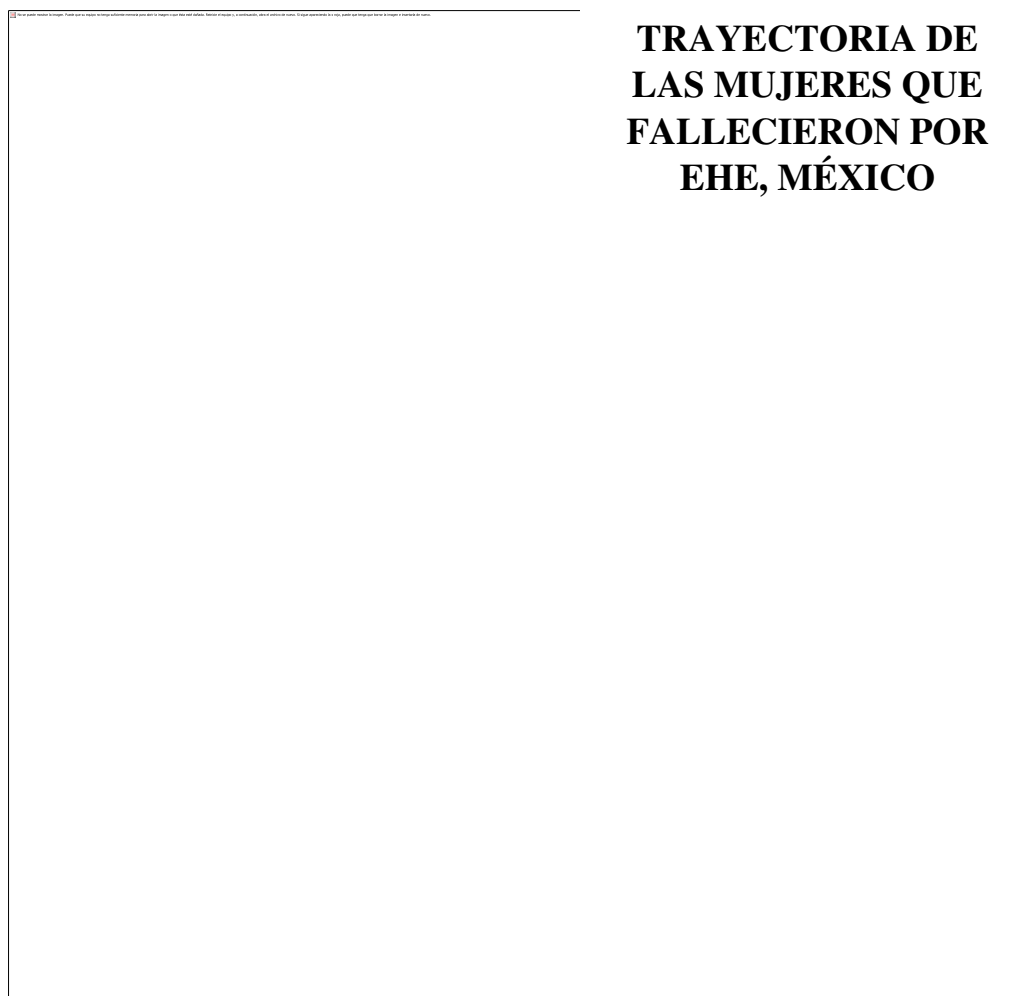


Con las 2 gráficas anteriores podemos observar que al comparar las Tasas de MM Evitables se obtiene que las entidades con menores tasas en ambos periodos son Nuevo León, Colima, Sinaloa y Coahuila, pues oscilaron entre 0.7 y 1.6 y entre 0.9 y 1.3 muertes maternas evitables en los periodos analizados. En comparación, las que obtuvieron las tasas más elevadas en ambos periodos son Guerrero, Oaxaca y Chiapas, pues se encuentran entre 6.82 y 5.5 muertes maternas para el primer periodo y entre 5.0 y 4.2 para el periodo más reciente.



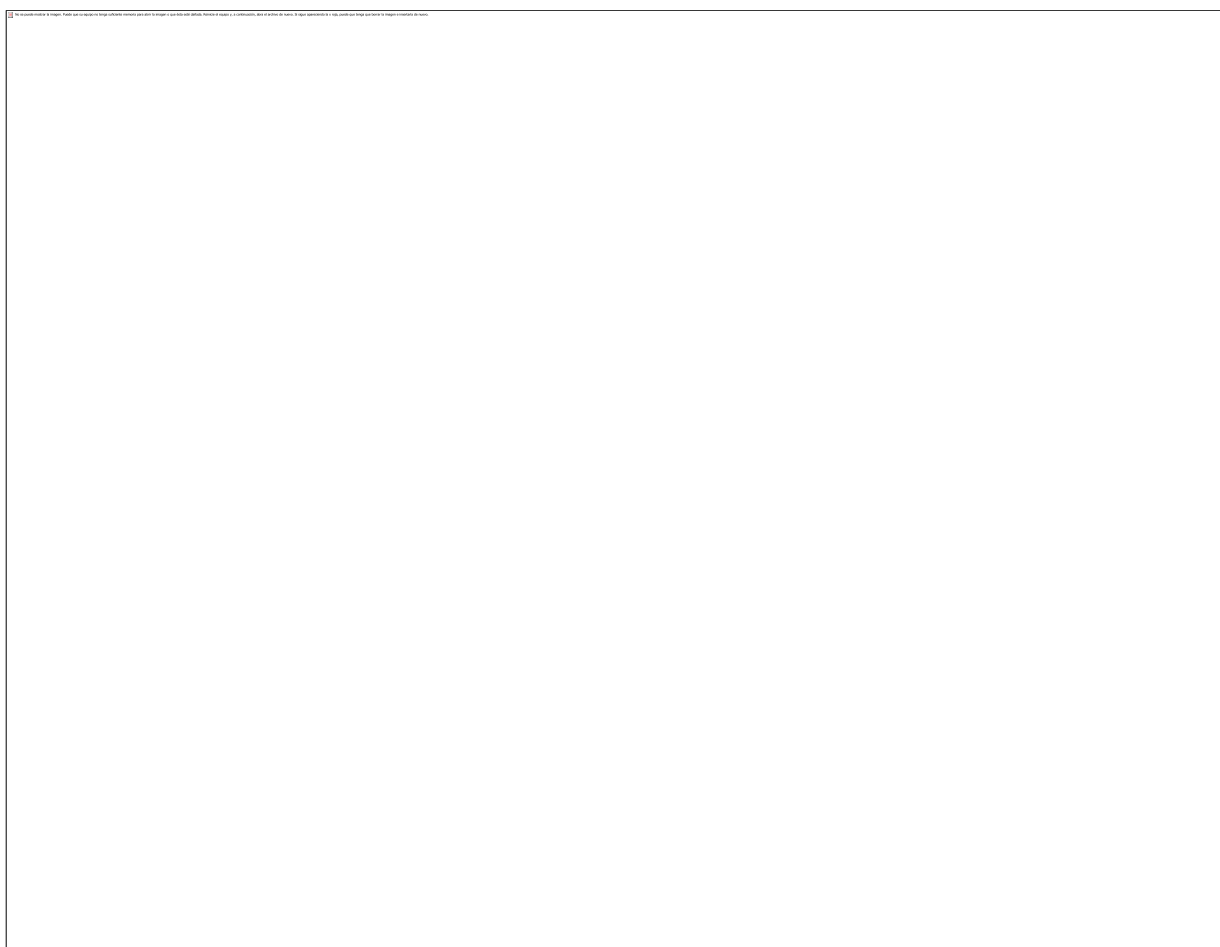
En el cuadro anterior se establece la distribución relativa (en porcentaje) de defunciones maternas según causas específicas e institución o tipo de afiliación, México, 2010. Como podemos observar el mayor porcentaje corresponde a las pacientes afiliadas al Seguro Popular, próximo a desaparecer, lo que deja para análisis si este porcentaje corresponde a que cobertura la mayor parte de la población o si realmente como menciona la nueva administración federal no sirvió de nada y no brindaba la mejor atención a la población. Ya que le siguiente porcentaje alto son las mujeres que no contaban con ninguna afiliación.

Sobre las cifras arrojadas en la evaluación de la política de desarrollo social, el CONEVAL explica que, las pacientes con Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE), además de tener el índice más alto de mortalidad, son el ejemplo de las consecuencias de las largas trayectorias que las pacientes con emergencias obstétricas realizan. De las 248 mujeres que murieron de EHE (25 por ciento de la muestra), 121 fallecieron en la primera unidad de salud a la que asistieron; de las 127 que llegaron a la segunda, fallecieron 93; y de las 34 que llegaron a la tercera o siguientes unidades de atención médica, murieron las 34. Esto evidencia que mientras más larga es la trayectoria que emprende la paciente con EHE entre unidades médicas para su atención, más probabilidades tiene de morir. Lo anterior se explica con la siguiente figura:

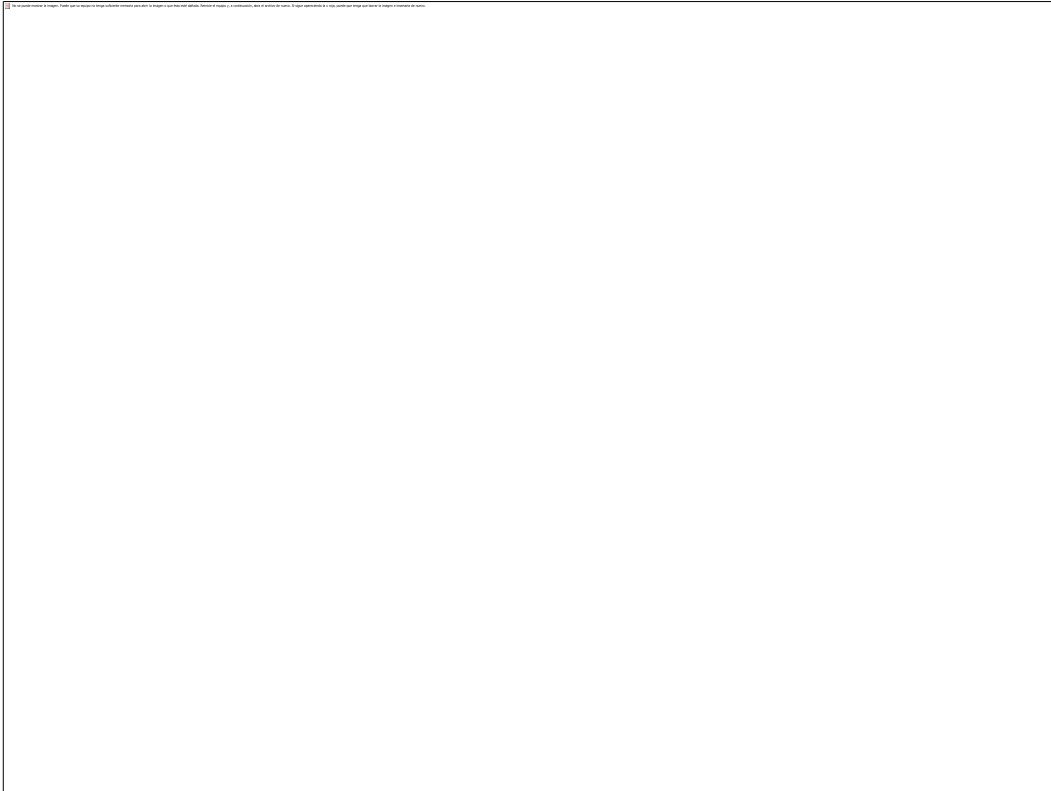


Ahora bien, de acuerdo con los indicadores establecidos por los ODM, retomados por el Plan Nacional de Desarrollo y los Programas en materia de Salud que buscan darle cumplimiento, se observa que, la meta establecida para reducir la muerte materna al 2015 es de 22.5 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, y según datos de la propia Secretaría de Salud la razón de mortalidad materna (defunciones por cada 100 mil nacidos vivos) a 2013 es de 38.2 muertes.

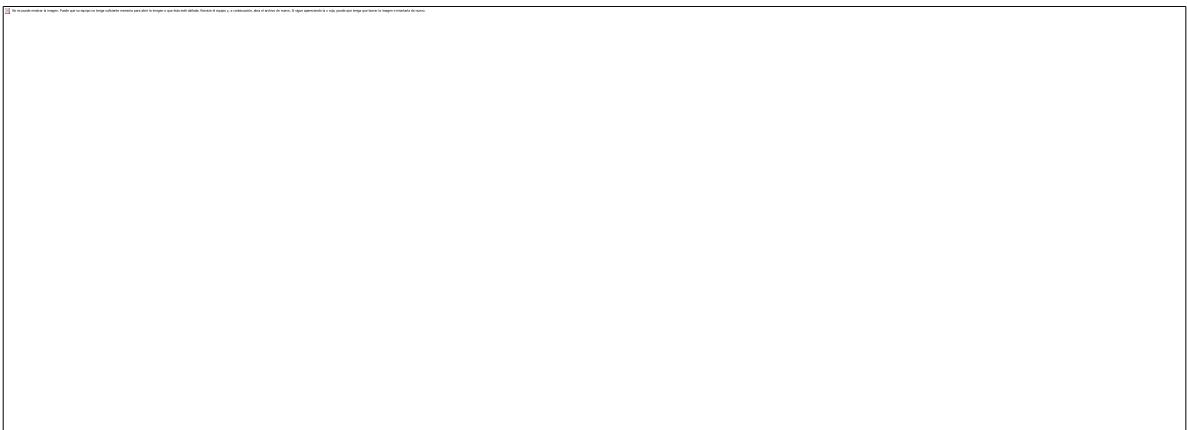
Es así que se puede observar en este análisis del 2013 de los 17 países latinoamericanos para 1990 México ocupó el 10º lugar con una tasa de 73.8 muertes y para el 2013 ocupó el lugar 14 con una tasa de 54, pero aún por debajo del promedio es decir el 10º en relación con el porcentaje de reducción, por lo que a pesar de esta reducción no fue suficiente para lograr las metas de los ODM.



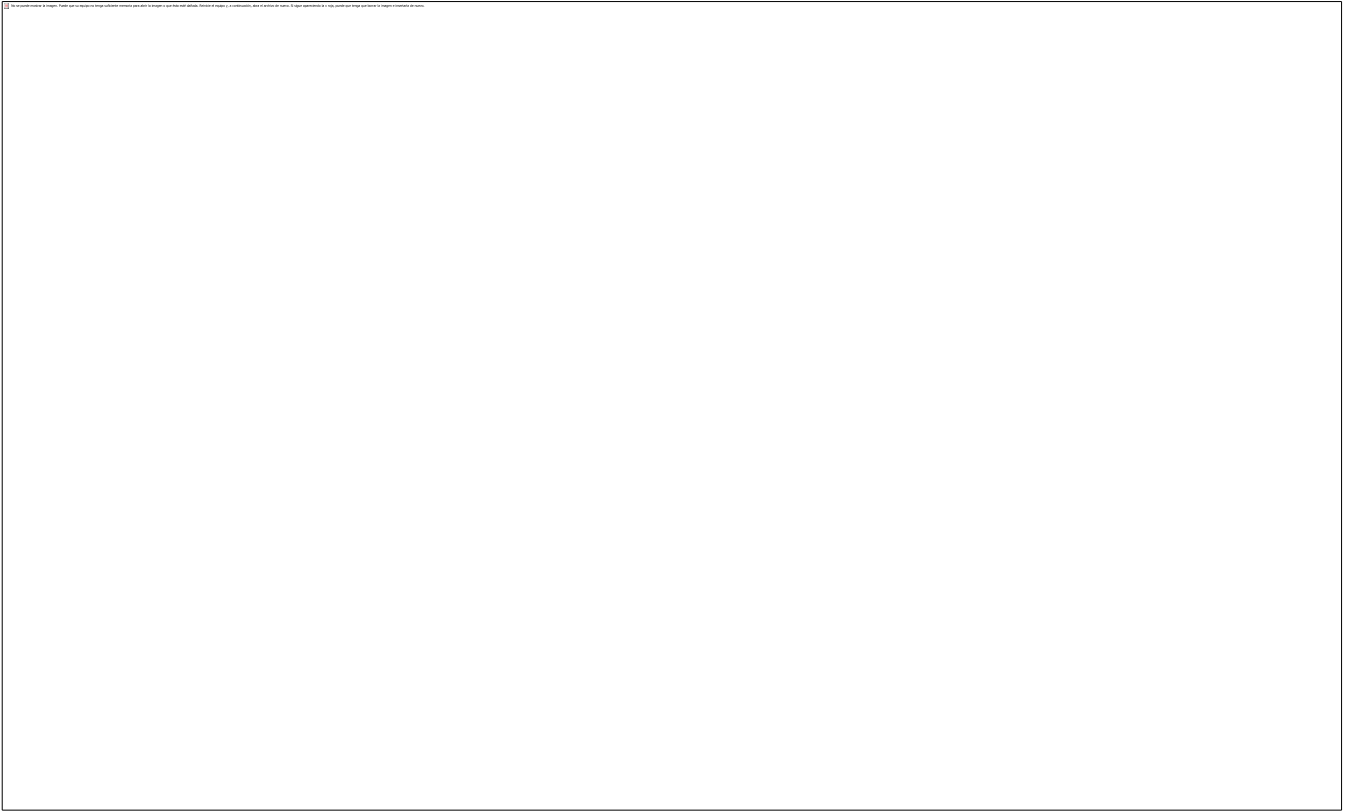
En la siguiente gráfica podemos observar como debimos tener una reducción de 20.0 puntos de razón de mortalidad materna, es decir, 6.6 puntos anuales de 2013 contra 2015 para lograr el cumplimiento de los ODM, toda vez que al 2012, la razón de mortalidad materna registrada es de 42.3 y la meta determinada en los ODM para el 2015 fue de 22.3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, lo cual como ya sabemos no se alcanzó.



De acuerdo con el Informe de Avances 2013 sobre los ODM en México, las causas de muerte materna y el número de las mismas son:



En la gráfica a continuación se presenta el número de defunciones y la razón de mortalidad materna de 1930 al 2016, y podemos darnos cuenta que a través de los años la tendencia a la baja es constante pero desafortunadamente la RMM no ha tenido una reducción mayor, algo está pasando que a pesar de las estrategias a nivel internacional, federal y estatal no se han obtenido los resultados ideales.

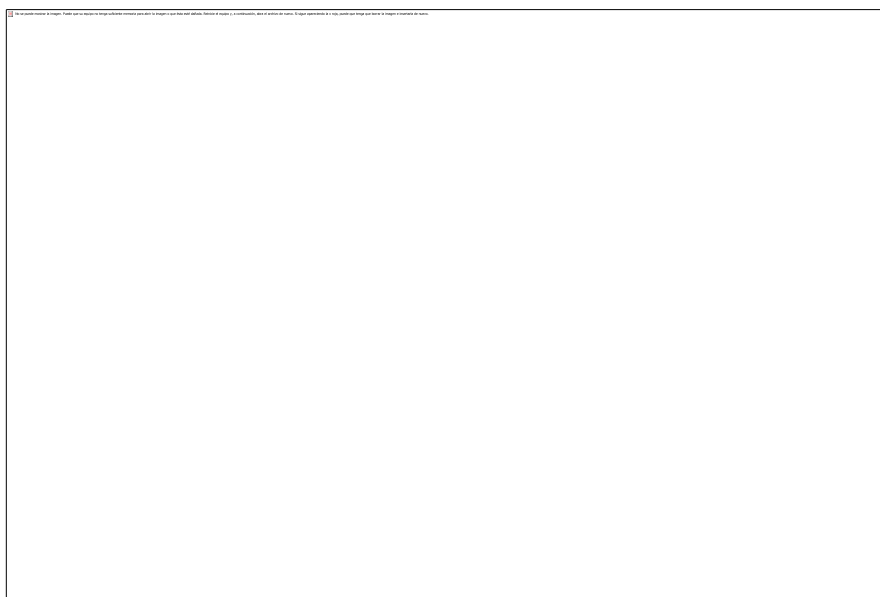


Así mismo podemos observar las defunciones por institución de ocurrencia del 2010 al 2018:



Fuente: Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud. Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica. Muerte Materna. Información hasta la semana epidemiológica 52 de 2018.

Como podemos notar en este mapa, la problemática con respecto a la mortalidad materna en esta región en el período 1998 al 2002 no difiere mucho de la actual, nos marca un índice alto de mortalidad materna con un porcentaje importante de población hablante de alguna lengua indígena, así que veremos más adelante si este índice ha bajado o continúa siendo alto en la región con datos estadísticos de la Jurisdicción Sanitaria No. IX, y de continuar así será importante identificar cuáles son las principales determinantes que inciden directamente en la mortalidad materna y si hablar una lengua indígena pudiera ser crucial en la atención materna. Se trata de una región única en México, pues allí se asienta el mayor número de indígenas por kilómetro cuadrado. Además de que la situación geográfica, cultural, política, etc., forman mayores obstáculos para alcanzar la reducción de la mortalidad que todos esperamos.



FUENTE: Mortalidad materna en Los Altos de Chiapas. Validación de un indicador alternativo para identificar el subregistro de muerte materna en algunas regiones indígenas ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS Y URBANOS, vol. 24, núm. 1 (70), 2009, 119-149

En el Informe Anual, México 2017 de la UNICEF se menciona que México es el país con la tasa de embarazos adolescentes más alta entre los países de la OCDE debido a que 2 de cada 5 adolescentes con niveles educativos muy bajos (sin educación o que han terminado sólo la educación primaria), habían tenido un nacido vivo o estaban embarazadas en 2015.¹⁶ Coahuila, Chihuahua y Durango son los tres estados con mayor porcentaje de adolescentes embarazadas en el país;¹⁷ y 48.5% de los embarazos de las adolescentes no fueron deseados o planeados.¹⁸

¹⁶ Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México, 2018, Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 – Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final. Ciudad de México, México.

¹⁷ INEGI. Natalidad. Porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes por entidad federativa, 2000 a 2014.

¹⁸ INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014.

Del mismo modo se identificó que el 23.6% de las mujeres en México se han casado o viven en unión conyugal antes de cumplir los 18 años de edad.¹¹ Chiapas (44.82%), Guerrero (42.41%) y Oaxaca (39.17%) Son los tres estados de la República Mexicana con mayor porcentaje de matrimonio infantil en México.¹³ Aproximadamente 15% de las mujeres jóvenes entre 15 y 19 años está casada actualmente y esta proporción se relaciona estrechamente con el nivel de educación alcanzado.¹⁹

Es por esto que dando seguimiento a las estrategias de los ODM y debido a que la salud materna y perinatal no ha dejado de ser una prioridad a nivel internacional; dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible los cuales en su Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, establecieron como metas en la parte de salud materna y perinatal lo siguiente:

- 3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
- 3.2 De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1,000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos
- 3.7 De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

Así como en su Objetivo 5. Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas, en sus metas

- 5.1 Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo,
- 5.3 Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina,
- 5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

En este contexto México cuenta con Políticas Públicas en las cuales están establecidos aspectos con relación a la salud materna y perinatal. Actualmente estamos en un proceso de transición y debemos esperar los planes de la nueva administración para saber que estrategias continuaran y

¹⁹ Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. 2016. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015.

cuales se fortalecerán o cambiarán, solo mencionaremos las que estuvieron vigentes hasta este 2018, y las cuales retoman las principales estrategias nacionales e internacionales en Mortalidad Materna.

- Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018
- Plan Estatal de Desarrollo 2013-2018
- Programa Sectorial De Salud (PROSESA) 2013-2018

Y mencionaremos con más detalle el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal, el cual plantea de forma puntual los objetivos, estrategias y líneas de acción para obtener una óptima salud materna y perinatal, además de ser el eje rector de los programas de salud de la mujer a nivel estatal y jurisdiccional.

PROGRAMA DE ACCIÓN ESPECÍFICO SALUD MATERNA Y PERINATAL 2013-2018

En el Plan del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), se alinean objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa, a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la administración pública federal para materializar el derecho a la protección de la salud.

En los Programas de Acción Específico se incluyeron acciones efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre ellas, lactancia materna, vacunación, planificación familiar, educación sexual y reproductiva con énfasis en adolescentes, que contribuyen a un mejor desarrollo de las personas, familias y la comunidad, así como a obtener mejores niveles de calidad de vida de las nuevas generaciones de nuestro país. Además se menciona que la nutrición es uno de los ejes fundamentales de la salud humana, que debe de atenderse en especial cuando se busca el embarazo o se está en él. Numerosos estudios han determinado que la nutrición subóptima, genera altos riesgos para la madre y el niño o la niña, siendo motivo de gran atención internacional para evitar complicaciones maternas y/o neonatales, parto pretérmino, prematuridad, muerte perinatal, defectos congénitos y otras. Hay que aceptar que nuestros estilos de vida, actividad física, salud mental, hábitos adecuados, y más, en relación a la nutrición no son los mejores, siendo uno de los principales determinantes de la salud. Por lo cual el PAE de Salud Materna y Perinatal con esta perspectiva incluye un eje de atención a la nutrición.

El objetivo principal del Programa es: "...que las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos en el curso de la vida, particularmente los relacionados a la salud materna y perinatal, y promover el derecho a la salud de toda persona desde antes del nacimiento, con énfasis en el

desarrollo del recién nacido sano y la prevención de defectos al nacimiento, ya sean congénitos y/o genéticos”.

El PAE de Salud Materna y Perinatal, prioriza la generación de intervenciones efectivas durante la línea de vida de la mujer y del hombre, ha sido diseñado para contribuir, apoyar y acompañar a las mujeres para ampliar las capacidades y oportunidades de cursar el embarazo sano, el parto respetuoso y el puerperio seguro, y para que sus hijos nazcan y se desarrollen con salud, con pleno respeto a la diversidad cultural y al ejercicio de sus derechos, apoyando su proyecto de vida.

En el mismo PAE se indica que lo anterior se cumplirá mediante acciones aplicadas desde la etapa pregestacional, durante la atención prenatal, del parto y el puerperio, con énfasis en una atención integral, preventiva y efectiva para garantizar el acceso y calidad de la atención, con perspectiva de género, interculturalidad y derechos humanos; respetando la decisión de cada mujer y hombre como pareja, sobre cómo quiere ser atendido sobre todo en el periodo de expulsión [parto], de acuerdo a las diferentes corrientes culturales, para que se tenga una atención de calidad, calidez y de respeto a sus derechos humanos y sexuales, contemplando en su Objetivo 1. Propiciar el acceso universal de mujeres y hombres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos.

VISION 2030

Visión 2030 es un proyecto de país de largo alcance, expedido durante el gobierno del entonces Presidente de la República Felipe de Jesús Calderón Hinojosa, el cual tenía como propósito identificar objetivos compartidos para el futuro del país y ofrecer una metodología para evaluar los avances en el logro de esos objetivos. Este proyecto fue estructurado bajo cinco ejes rectores:

- 1) Estado de Derecho y Seguridad
- 2) Economía Competitiva y Generadora de Empleos
- 3) Igualdad de Oportunidades
- 4) Sustentabilidad Ambiental
- 5) Democracia Efectiva y Política Exterior Responsable

Dentro del tercer eje rector denominado Igualdad de Oportunidades se contempla como prioridad en materia de salud la reducción de la mortalidad materna, tomando como dato referente que a la expedición del documento se presentaban 60 muertes de mujeres por cada 100 mil nacimientos vivos y teniendo como objetivo o meta tras mejorar las condiciones de salud, que para 2030 no haya más de 10 defunciones de mujeres por cada 100 mil nacimientos vivos (Meta 19).

Claro que sería necesario identificar bajo que líneas de acción y con qué estrategias se pretende causar el impacto necesario para conseguir la reducción de la muerte materna esperada, ya que como hemos observado en las diferentes estadísticas. Estamos distantes de alcanzarlo.

Otras estrategias que se han implementado para la salud materna y perinatal son:

- La Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO), para que todas las mujeres con un evento obstétrico (parto, aborto o cesárea) adopten un método anticonceptivo temporal o permanente antes de su egreso hospitalario o bien dentro de los 40 días posteriores a la atención del evento obstétrico; y
- El seguimiento de los casos de muertes maternas a través de los Comités Estatales de Estudio de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal y las supervisiones del equipo de fuerza de tarea, estudiando de cada caso de muerte materna, que es fundamental para identificar fallas u omisiones en los procesos de atención desde la etapa pregestacional, hasta puerperio tardío y retroalimentar a las unidades de atención para la mejora de la calidad, y poder generar políticas públicas de atención materna por entidad federativa.

Ahora bien para entrar de lleno al análisis de lo que realmente se realiza operativamente en las unidades operativas de la JSIX con respecto a la normatividad vigente es necesario, además de tener en cuenta las estadísticas presentadas en este documento, debemos tener las cifras más relevantes de la Mortalidad materna mediante el comparativo de la Muerte Materna en el 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018.²⁰

2015

- La Razón de Mortalidad Materna (RMM) calculada es de 31.7 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, representa una reducción de 15.0 puntos porcentuales respecto de lo registrado a la misma fecha del 2014.
- Las principales causas de defunción son: Hemorragia obstétrica (22.3%), Enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio (20.6%), y Aborto (7.9%).
- Los Estados que notifican mayor número de defunciones son: Estado de México (94), Distrito Federal (53), Chiapas (47), Puebla (49) y Veracruz (40).
- Los grupos de edad con mayor RMM es el de 50 a 54 años.

²⁰ Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud. Dirección General de Epidemiología. Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica. Información hasta la Semana epidemiológica 52 del 2016, 2017 y 2018 respectivamente.

2016

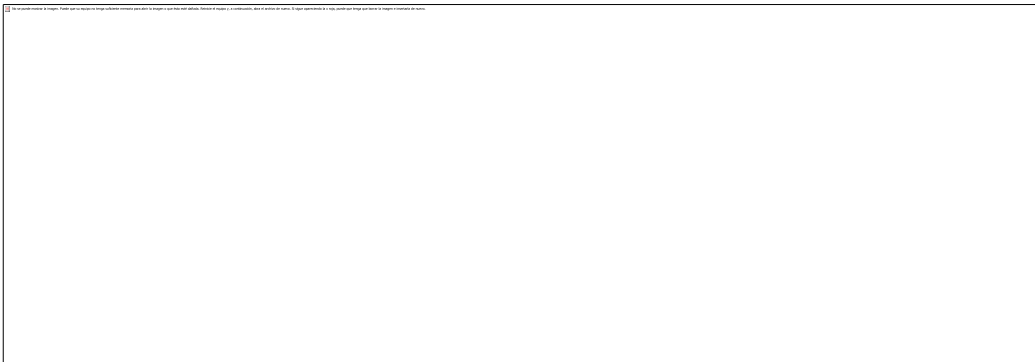
- La Razón de Mortalidad Materna (RMM) calculada es de 34.4 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, representa una reducción de 16.5 puntos porcentuales respecto de lo registrado a la misma fecha del año pasado.
- Las principales causas de defunción son: Enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio (26.6%), Hemorragia obstétrica (22.6%) y Aborto (6.3%).
- Los Estados que notifican mayor número de defunciones son: Estado de México (112), Chiapas (58), Puebla (45), Veracruz (40) y Guanajuato (38).
- Los grupos de edad con mayor RMM es el de 45 a 49 años.

2017

- La Razón de Mortalidad Materna (RMM) calculada es de 32.0 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, representa una reducción de 9.4 puntos porcentuales respecto de lo registrado a la misma fecha del año pasado.
- Las principales causas de defunción son: Hemorragia obstétrica (24.0%), Enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio (21.9%), y Aborto (7.1%).
- Los Estados que notifican mayor número de defunciones son: Estado de México (81), Chiapas (68), Veracruz (44), Ciudad de México (41) y Guanajuato (39).
- Los grupos de edad con mayor RMM es el de 50 a 54 años.

2018

- La Razón de Mortalidad Materna (RMM) calculada es de 30.2 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, representa una reducción de 11 puntos porcentuales respecto de lo registrado a la misma fecha del año pasado.
- Las principales causas de defunción son: Hemorragia obstétrica (23.2%), Enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio (21.7%), y Aborto (8.7%).
- Los Estados que notifican mayor número de defunciones son: Chiapas (77), Estado de México (73), Veracruz (38), Jalisco (36), y Oaxaca (31).
- Los grupos de edad con mayor RMM es el de 50 a 54 años.



Aunque esta última tabla obtenida de la misma Dirección General de Epidemiología difiere de los datos anteriormente mencionados, es importante mencionar que la RMM en México va disminuyendo pero en Chiapas el número de MM sigue en incremento año con año.

--	--

--

Fuente: Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud. Dirección General de Epidemiología. Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica. Información hasta la Semana epidemiológica 52 del 2018.

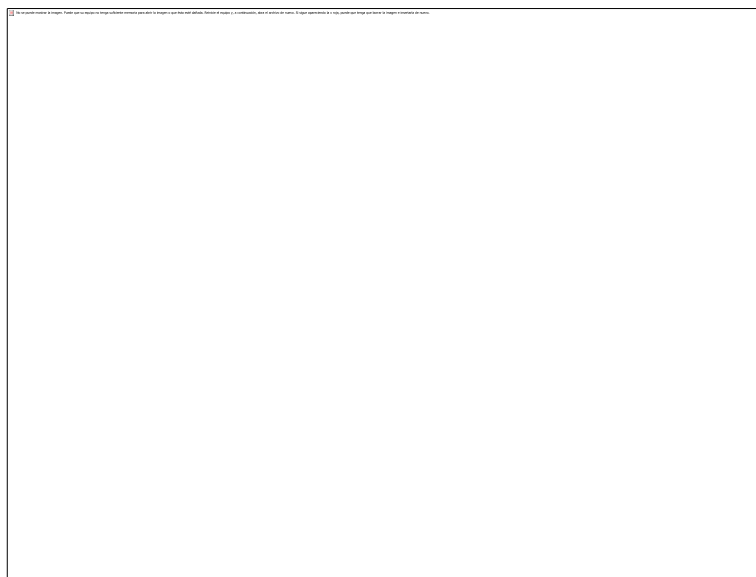
Fuente: Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud. Dirección General de Epidemiología. Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica. Información hasta la Semana epidemiológica 52 del 2018.

Como se muestra en los cuadros anteriores para el 2015 Chiapas ocupaba el 3er lugar en MM, para el 2016 y 2017 era el 2º lugar solo por debajo del Estado de México pero para este 2018 ocupamos el 1er lugar superando por 5 defunciones al Estado de México quedando con 77 MM, con una RMM de 69.9, 39.7 por arriba de la media nacional. ¿Qué está pasando en Chiapas con la MM? Y que están haciendo, los demás estados que si están reduciendo de manera significativa sus cifras de mortalidad materna.

INICIATIVA SALUD MESOAMERICA EN CHIAPAS

Este proyecto tiene como objetivo acelerar el logro de resultados en mejorar el acceso, la utilización, y la calidad de los servicios de salud materno-infantil y de nutrición, para así contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil en los municipios más pobres del estado.

El 30 de Julio del 2012 se suscribió el Primer Convenio Marco de Financiamiento No Reembolsable de Fondo Mesoamericano de Salud de Donación entre el estado de Chiapas y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) para la ejecución del Programa de Salud Mesoamérica 2015. Los cooperantes y el BID aportan el 50% del capital, mientras el otro 50% lo aporta cada país. Si el país cumple con las metas negociadas, recibe un premio equivalente al 50% de su contribución original. Los gobiernos pueden invertir este dinero libremente en el sector de la salud en sus países.



Fue llamada Iniciativa Salud Mesoamérica 2015, porque tenía como objetivo ayudar a los países del corredor mesoamericano a alcanzar los ODM, que busca mejorar la salud de mujeres y niños menores de cinco años de las poblaciones más pobres de la región mesoamericana, a través del financiamiento de intervenciones basadas en evidencia correspondientes a las áreas de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, incluyendo servicios de inmunizaciones, nutrición, fortalecimiento de sistemas de información y capacitación de recursos humanos para la prestación de dichas intervenciones. Pero como era de esperarse, no se cumplió el objetivo y para este 2019 solo se han cumplido 2 de las 3 etapas por lo que ahora solo la llamaremos Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM). Esperando que con esta nueva administración se concluya la 3ª etapa.

Es una asociación público privada innovadora entre la Fundación Bill & Melinda Gates (BMGF), el Instituto Carlos Slim de la Salud (ICSS), la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y los países de la región mesoamericana: Belice, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, México en el estado de Chiapas y Panamá.

La iniciativa buscó abordar los siguientes problemas:

- La baja cobertura y calidad de intervenciones basadas en evidencia en comunidades extremadamente pobres;
- Inequitativo gasto público en salud;
- Políticas de salud poco óptimas, no necesariamente basadas en buenas prácticas y evidencia;
- Rendición de cuentas e incentivos limitados para ampliar la cobertura y mejorar la calidad dentro del sistema de salud;
- Existencia de brechas de conocimientos en áreas prioritarias;
- Cooperación regional débil en la provisión de bienes públicos con altas externalidades positivas en el sector salud;

En este proceso y para el logro del objetivo anteriormente se apoyó a los gobiernos mesoamericanos en las siguientes líneas de acción:

- Aumento de la oferta, calidad y utilización de los servicios básicos de salud para la población objetivo (hogares pobres);
- Creación de un compromiso político y financiero para cerrar la brecha de equidad en la población objetivo;
- Aumento de la disponibilidad y uso de evidencias para la formulación de políticas a favor de los pobres;

La definición de los municipios elegibles para la ISM en Chiapas se llevó a cabo aplicando la siguiente metodología:

1. Tomando como base el criterio utilizado por el gobierno del estado, el IDH y la lista de los 28 municipios ya priorizados como los de menor desarrollo humano (M28).
2. Análisis de robustez del IDH respecto a otros indicadores alternativos.
3. Ordenamiento de los municipios con bajos niveles de IDH.
4. Selección de las áreas prioritarias de SM2015 en Chiapas sobre la base del ordenamiento resultante y criterios de planificación territoriales (por ejemplo, jurisdicciones sanitarias y sus redes de servicios).

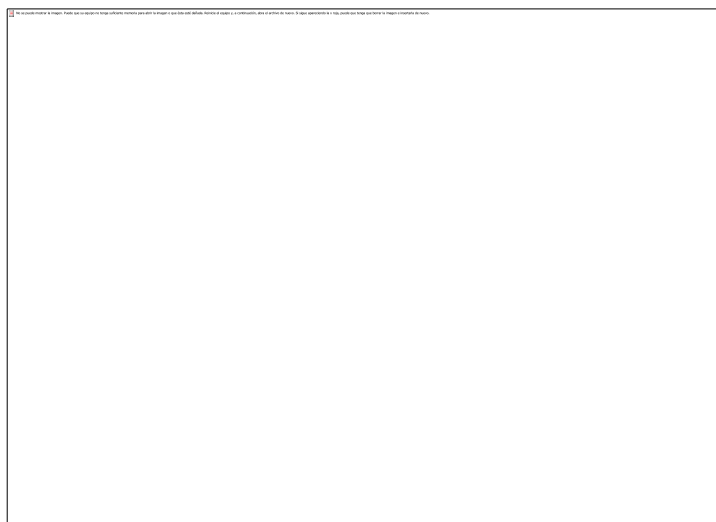
Con los criterios y la metodología aplicada, la ISM eligió 30 municipios, dentro de 4 Jurisdicciones Sanitarias para ser beneficiados con dicha intervención quedando de la siguiente manera:

- JSII, San Cristóbal de las Casas, con 17 municipios.
- JSV, Pichucalco, con 6 municipios.
- JSVI, Palenque con 5 municipios
- JSIX, Ocosingo con 2. Que son Sitalá y Chilón.

Para poder alcanzar las metas que se establecieron se implementó una estrategia llamada Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales CONE y Planificación Familiar, la cual busca la Maternidad Segura²¹ a través de 4 pilares fundamentales:

- Planificación Familiar. Para asegurar que las mujeres y parejas dispongan de información y servicios para planificar tiempo, número y distanciamiento de los embarazos.
- Atención Prenatal. Asegurar detección oportuna y tratamiento adecuado de posibles complicaciones del embarazo.
- Atención de Parto Limpio y Seguro. Garantizar que personas que atiende parto tenga competencias (conocimientos y habilidades), insumos necesarios para realizarlo en forma limpia y segura para madre y bebé.
- Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales. Garantizar los cuidados básicos que requieren los embarazos-recién nacidos con riesgo y sus complicaciones (disponibles).

Teniendo como bases la Participación Comunitaria, la Estrategia de Comunicación y Acción Comunitaria en Salud (ECACS), así como la Atención Primaria con Interculturalidad, Equidad de Género y Derechos Humanos.

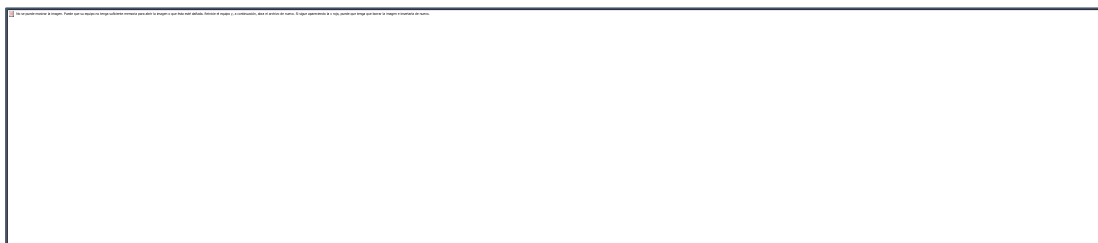


Esta Maternidad Segura busca incidir de manera directa en evitar las 3 demoras de Maine, para reducir los tiempos de atención de las emergencias obstétricas y por consiguiente aumentar la sobrevivencia de estas pacientes. Por ejemplo, el recibir atención antes de las 2 hrs primeras horas aumenta en un 80% la sobrevivencia en una hemorragia obstétrica.

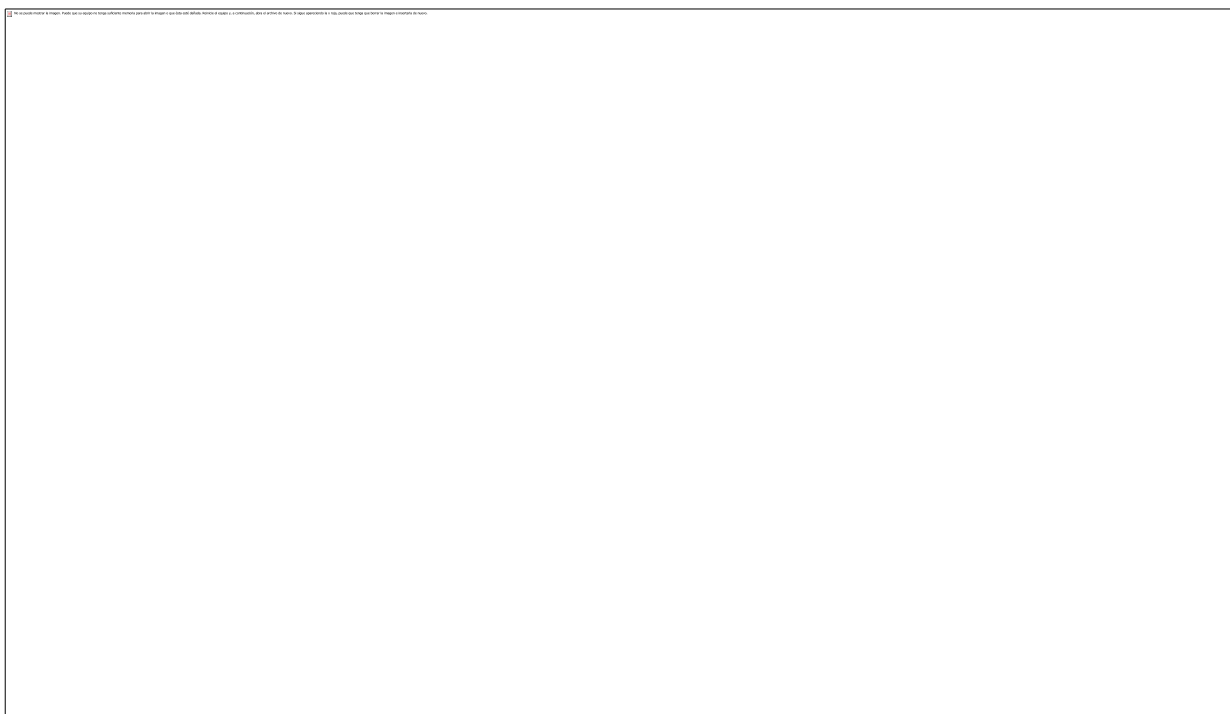
²¹ "Maternidad Segura. Paquete Madre/Bebé. Implementando la Maternidad Segura en los Países". Texto Original en Inglés, traducción al español marzo 2000. Salud Materna y Programa de Maternidad Segura, División de la Salud de la Familia, OMS. División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de la Familia y Población, OPS.

La estrategia contiene 3 ejes transversales para su ejecución:

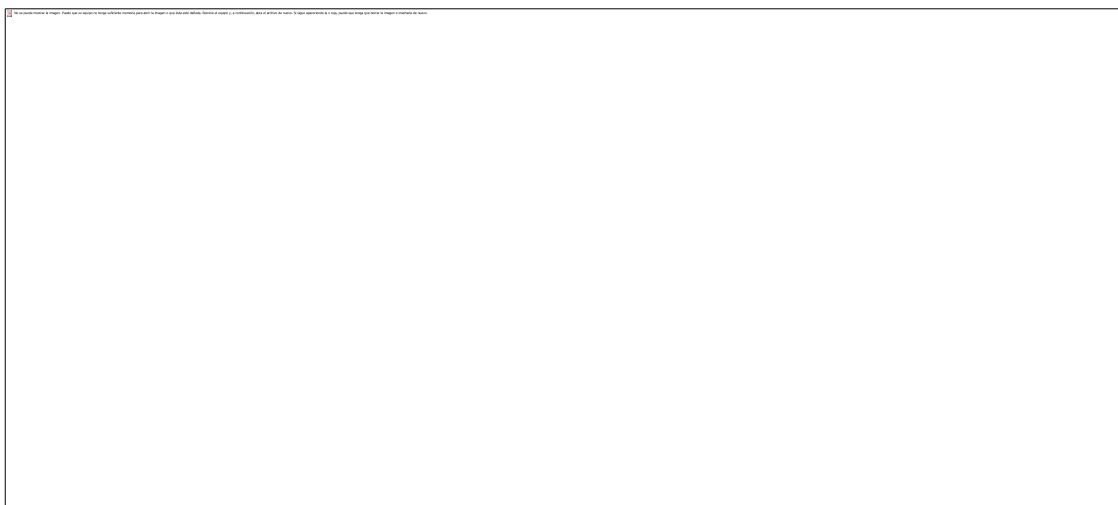
- Continuo de la atención. En el cual se establece brindar una atención durante todo el ciclo de vida desde la etapa preconcepcional hasta el puerperio y la atención al recién nacido, considerando que nuevamente la usuaria estará en etapa preconcepcional y se deberán continuar las estrategias de planificación familiar.



- Gestión integral de la calidad. Esto implica que una gestión efectiva e integral de la calidad comienza y se fundamenta en un conjunto de “normas”, las que no sólo obedecen a criterios de eficiencia y seguridad técnica del proveedor sino que deben considerar e idealmente sobrepasar las expectativas de la población usuaria.
- Enfoque sistémico. En cual se considera la atención materno – neonatal como un sistema que comprende desde la oferta de los servicios, hasta la demanda de los usuarios, estableciendo la estrategia CONE como la herramienta para brindar una atención esencial en todo el ciclo de vida, buscando en todo momento la mejora continua de la calidad a través de una atención con base en normas, lineamientos, etc.



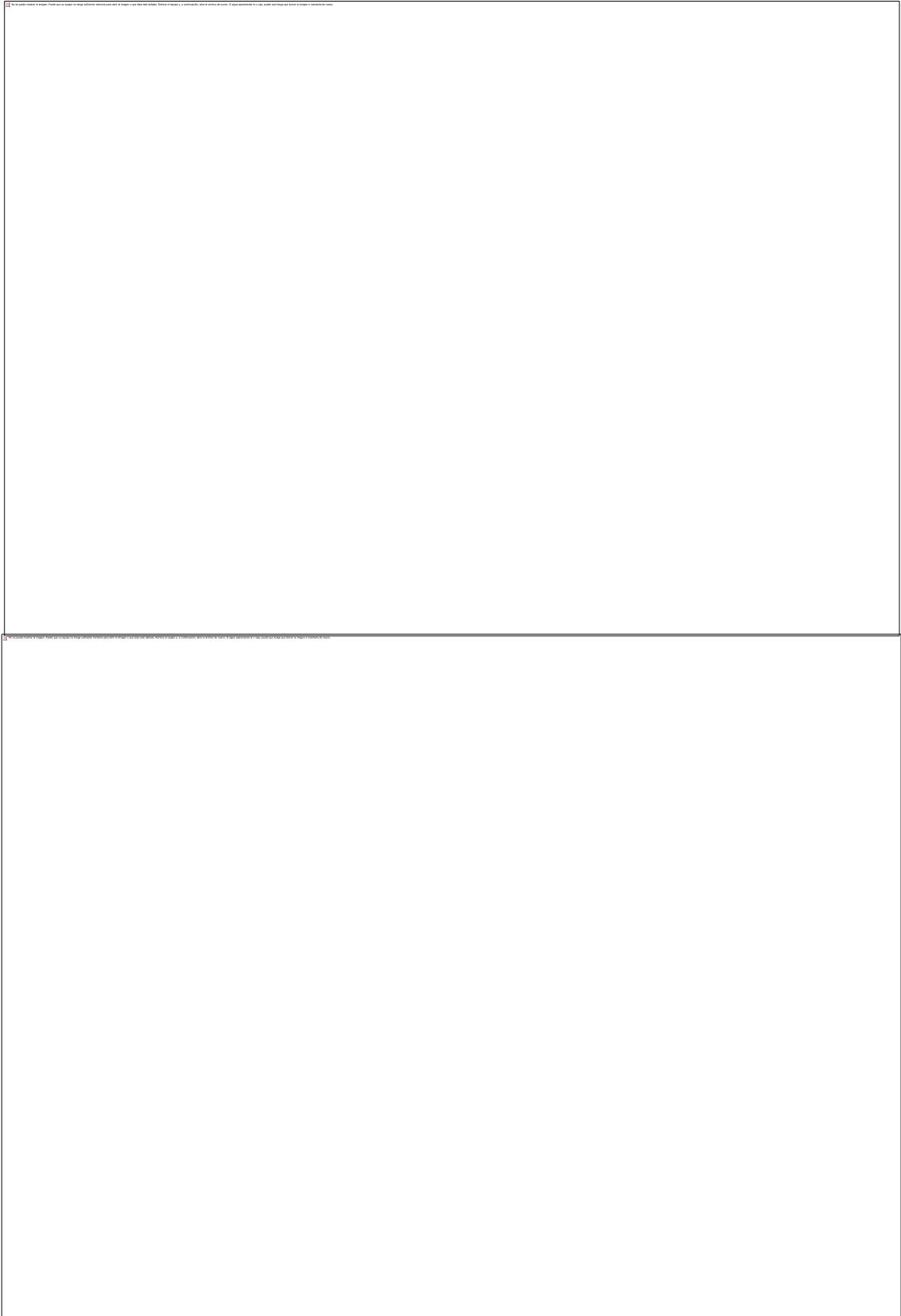
Para la ejecución de la estrategia se tienen 3 componentes los cuales son:

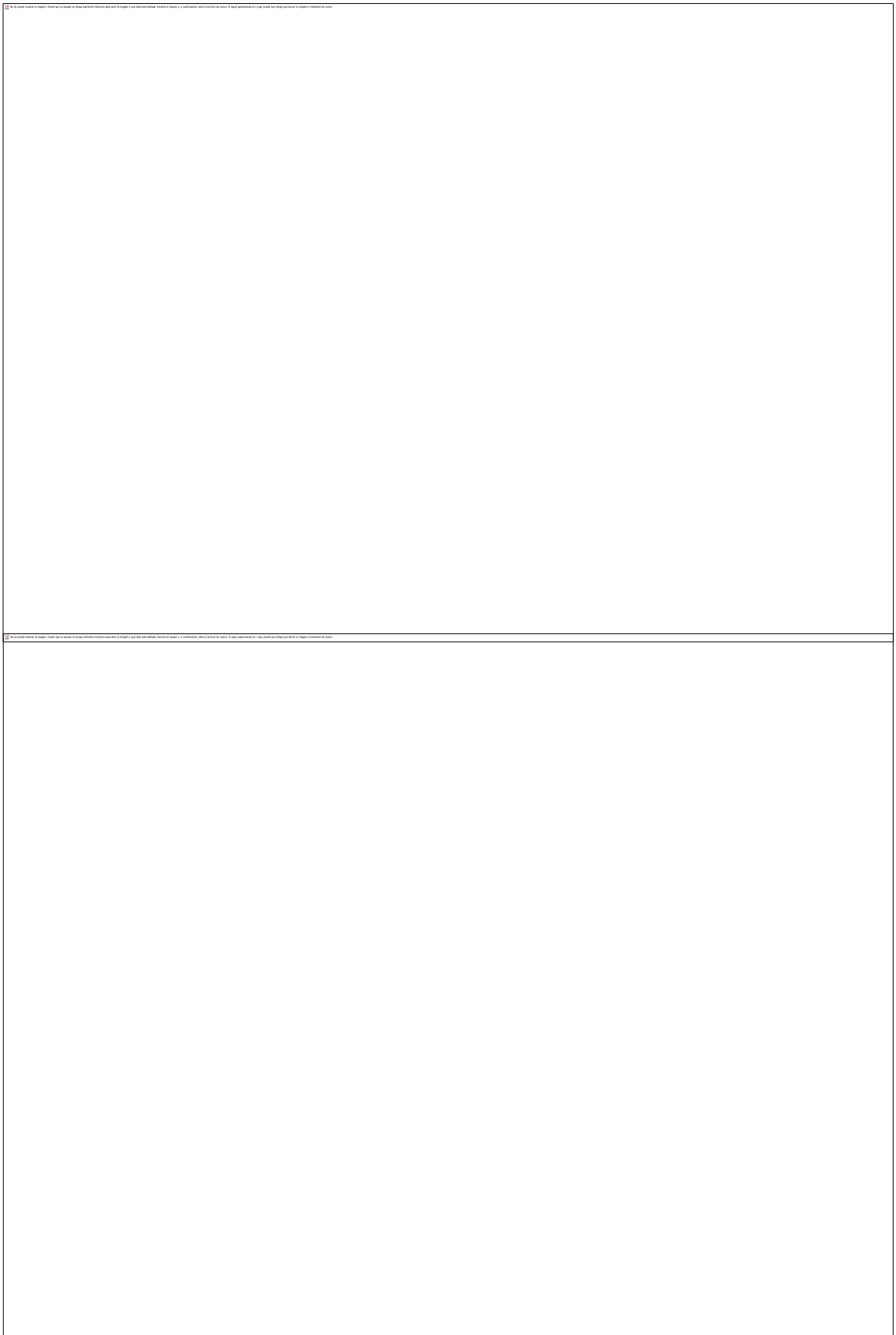


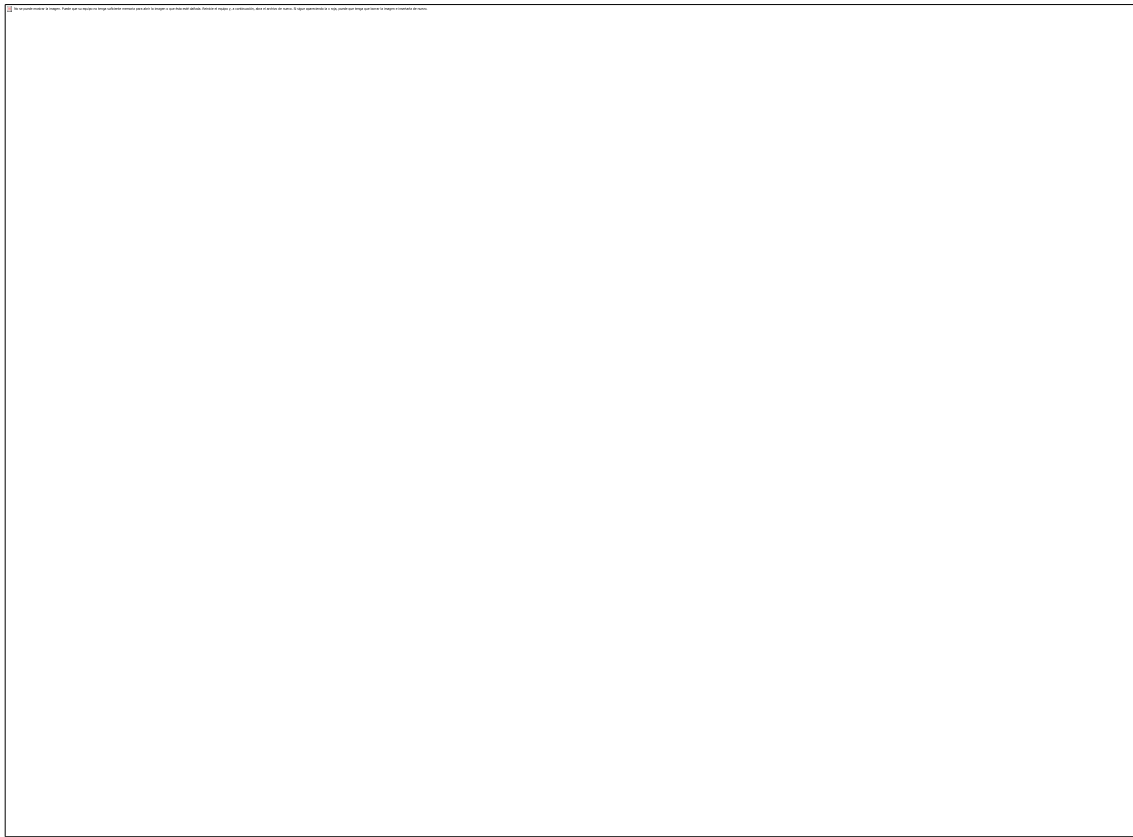
En el componente de Atención establece las siguientes líneas de acción para conseguir los objetivos:

- Censo de embarazadas actualizado de manera permanente.
- Comunicación para cambios de comportamiento, con el fin de cambiar el comportamiento del personal de salud y la población.
- Plan de parto individual y Plan de Seguridad
- Casas Maternas
- Semanas Nacionales de Salud
- Parto con Pertinencia Cultural. Parto Digno y humanizado.
- Trabajo con parteras
- Vigilancia de la mortalidad materna

La cartera de servicios para brindar la atención mínima necesaria en cada etapa del continuo de la atención es la siguiente:





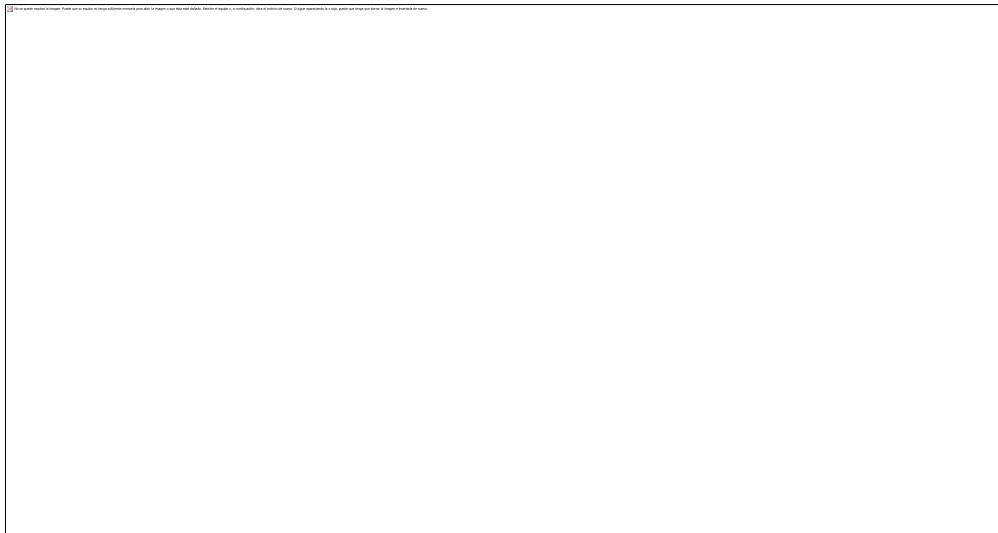


En el componente de Provisión se establece que los servicios estarán a cargo de un conjunto de proveedores de servicios, organizados y articulados en redes integradas de servicios de salud por niveles de atención ambulatorios y hospitalarios integrados a través de un sistema de referencia y contrarreferencia.

Las redes así conformadas garantizan el acceso, la oportunidad, la continuidad, la complementariedad y la integralidad de la atención, así como el cumplimiento de las metas e impacto en salud, con criterios de costo efectividad y sostenibilidad.

Para la estrategia CONE estas redes se organizaron 3 niveles de atención de complejidad y capacidad resolutive crecientes con fuerte base comunitaria hasta los hospitales. Los 2 últimos funcionan las 24 horas del día, todos los días del año.

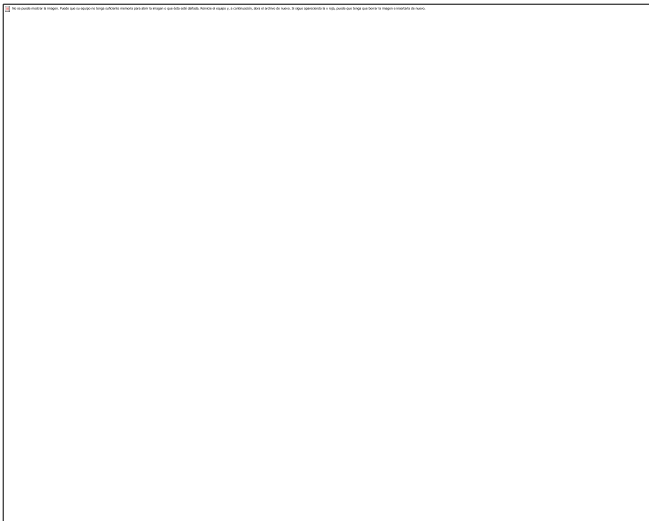
- CONE Ambulatorio (con expresión comunitaria e institucional)
- CONE Básico
- CONE Completo



La conformación de las Redes CONEs se organizarán de la siguiente manera:

- **Microredes.** Están constituidas por un centro de salud, como el servicio de salud céntrico cuya característica fundamental es que cuente con médico y que sirve de referencia para las casas de salud, unidades médicas móviles y caravanas de salud.
- **Mesored básica.** Está constituida por los servicios de salud que atienden partos, como los Centros de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) y los Hospitales Básicos de la Comunidad con las respectivas microredes que, de acuerdo a los flujos de población acceden a ellos.
- **Macrored integrada CONE.** Está constituida por Hospitales de la Mujer, Hospitales Generales y Hospital Regional de Alta Especialidad, con las respectivas mesoredes básicas que, de acuerdo a los flujos de población, acceden a ellos.





Con respecto al componente de Gestión se pretende que la estrategia aplique en todo momento el ciclo de la mejora continua de la calidad y de planeación para poder evaluar el impacto y la eficacia de la misma, es decir que sea una gestión estratégica de servicios de salud.

Si no se mide lo que se hace, no se puede controlar, y si no se puede controlar, no se puede dirigir, y si no se puede dirigir no se puede mejorar.

Al principio de la Iniciativa para la JSIX estaban contempladas 63 unidades de 1er Nivel y el HBC de Ocosingo pero debido a la problemática del programa FAM, antes caravanas, desde nivel federal con la falta de presupuesto para el sostenimiento del programa hizo que se tomará la decisión de no continuar con estas unidades quedando solo 43 unidades y el HBC.

Con respecto al acceso y uso a servicios, la línea de base de la SM2015 (2012) mostró que existen barreras a la demanda. Por ejemplo, hay 52,7% de demanda insatisfecha por métodos de planificación familiar (PF); apenas el 47% de las embarazadas completaron 5 o más controles prenatales; solo 3 de cada 10 embarazadas tuvieron parto institucional, y un control posnatal hasta 7 días posteriores al parto por personal calificado. Casi el 100% de los partos comunitarios fueron atendidos por parteras; de los partos institucionales, 7 de cada 10 llegaron a un establecimiento médico por razón de emergencia. Respecto a la salud infantil, 56% de los niños que se enfermaron fueron a un centro de salud. Apenas 48,9% de los niños con diarrea recibieron Sales de Rehidratación Oral (SRO), y solo el 15% recibió micronutrientes.

Referente a la calidad de los servicios, “la encuesta mostró que muchos establecimientos de salud que atienden partos no cuentan con disponibilidad de personal médico calificado en todos los turnos. Como resultado, varios establecimientos que deberían atender partos sin complicaciones, se ven obligados a referir pacientes a los hospitales generando congestión y dificultando la atención a emergencias obstétricas. Además, 100% de los hospitales y 88% de los centros ambulatorios presentaron desabasto de uno o más insumos y/o medicamentos esenciales. Como consecuencia, solo el 1,8% de los controles prenatales y 0% del manejo de las complicaciones obstétricas y neonatales se manejaron de acuerdo a la norma”²².

²² Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015, Segunda Operación Individual (ME-G1004). Documento del Banco Interamericano de Desarrollo. 2015

Como nos mencionaron en múltiples ocasiones lo asesores internacionales del Management Sciences for Health (MSH), consultora asignada por el BID, durante el inicio del proyecto y en un diplomado que llevamos varios integrantes de la JSIX; de los 8 países beneficiados con la ISM, México es el país que cuenta con la mejor normatividad, lineamiento y documentos técnicos para la atención materno infantil del menor de 5 años, mencionando como ejemplos las normas oficiales y las Guías de Práctica Clínica; tal es el caso que se ocuparon de ejemplo para modificar, actualizar, o crear la normativa para los otros países. Desafortunadamente nosotros mismo no aplicamos, cumplimos y en ocasiones ni conocemos dicha normatividad. Así mismo nos comentaban que esta iniciativa solo pondría orden al desorden con el que se ejecutan operativamente las diferentes estrategias en salud.

Para poder medir el impacto y los resultados de esta estrategia se establecieron Indicadores para desembolso del tramo de desempeño en las 3 etapas del proyecto, los cuales son los siguientes:

1ª Operación. Indicadores del tramo de desempeño a los 18 meses

Para mejorar el acceso, la primera operación incluyó intervenciones que garanticen la disponibilidad de recursos humanos, instrumentos y procesos técnicos-clínicos para la entrega de servicios, y de insumos. Los avances en la implementación de las intervenciones facilitarían el logro de metas de la segunda operación aquí planteada:

- Se estimó la brecha de métodos en PF, vacunas, medicamentos, y equipos en los 323 establecimientos de salud de la zona focalizada,
- Compra para cerrar las brechas en abasto; y
- Se realizó un diagnóstico y se elaboró una estrategia de fortalecimiento de la cadena logística.
- Para promover un mayor uso de servicios obstétricos y neonatales, se diseñó e inició un piloto de incentivos monetarios a mujeres embarazadas y parteras.
- Además se adaptó a la nueva Estrategia de Atención Integral a la Nutrición (ESIAN) a la población indígena local para reducir los niveles de anemia en mujeres y niños.

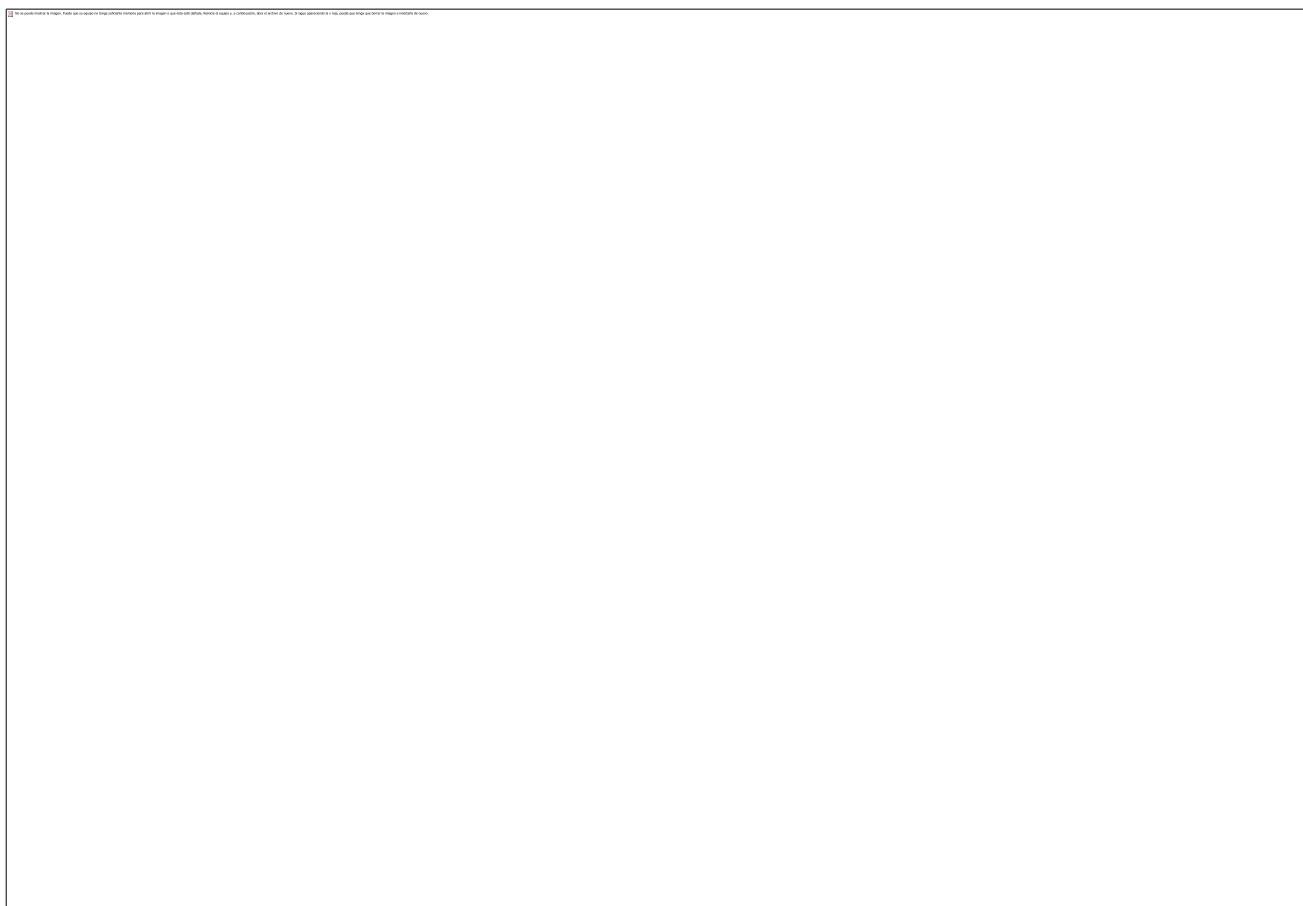
Para mejorar la calidad de los servicios, durante la primera operación se desarrollaron las estrategias de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE), y de PF (incluyendo las guías de consejería), ambas con pertinencia cultural. Esas son estrategias operativas que han demostrado alta efectividad en la reducción de la mortalidad materna y neonatal. Ambas reorganizan la prestación de servicios para garantizar una atención integral de calidad a mujeres, desde el periodo de preconcepción hasta el puerperio, y a niños, desde el nacimiento hasta los dos años de edad. Además, en la primera operación:

- Se contrataron ginecólogos a los hospitales centrales, parteras profesionales, enfermeras y otros recursos humanos para fortalecer la atención permanente; sin tener en este rubro datos concretos del personal que se contrató, y por lo menos a la JSIX no llegó ningún personal, hasta donde sabemos se fortaleció el Hospital de la Mujer en San Cristóbal de las Casas.
- Se cerraron brechas en abasto de insumos específicos; con la adquisición 85,876 medicamentos salvavidas; 5,124 equipos para la atención de PF y servicios obstétricos; 1,166 equipos para la red de fríos para los 323 establecimientos de salud de la intervención.²³
- Desarrollo de competencias en 1,800 médicos y enfermeras de las unidades de salud en las estrategias implementadas. Con capacitación de 810 prestadores en temas como PF, vacunación, nutrición, calidad y abasto;
- Adquisición de 8,000 equipos médicos menores para el fortalecimiento de la atención materno-infantil en los servicios de salud. Estos equipos fueron entregados a todas las unidades de salud, desafortunadamente algunos de mala calidad y que en poco tiempo resultaron inservibles; y en ocasiones no coincidía con la marca y modelo en la factura por lo que en estos casos se regresó el equipamiento, en ocasiones se reemplazó y en otros solo comentaban que el Instituto de Salud lo iba a checar.
- Se desarrolló una estrategia de aseguramiento de la calidad y un programa de desarrollo de competencias formando 100 facilitadores y 25 equipos de mejora continua que, implementarán y monitorearán a través estándares e indicadores la aplicación correcta de las buenas prácticas clínica establecida en la norma y la gestión de los servicios.
- Diseño e implementación del “Plan de Parto Seguro” y el “Esquema de Incentivos para el Transporte de Embarazadas” con lo que se logró aumentar el parto institucional en 27 puntos porcentuales.¹⁹

²³ Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015, Segunda Operación Individual (ME-G1004). Documento del Banco Interamericano de Desarrollo. 2015

- Distribución de equipo antropométrico a unidades de salud.
- Y otros correspondientes a la Red de Frío y la salud del menor de 5 años que para este trabajo son irrelevantes.

Al final de la primera operación, Chiapas obtuvo una puntuación de 0.25 de 1.00 posible en el Marco de Desempeño, lo que no fue suficiente para recibir el desembolso del tramo de desempeño de los 18 meses. Por lo que se realizó el Plan de mejora del desempeño, mismo que fue implementado entre septiembre de 2014 y mayo de 2015. Chiapas alcanzó una puntuación de 1.00 en la re-mediación del Marco de Desempeño de 18 meses, alcanzando las metas de todos los indicadores como se muestra en el cuadro I. En 4 de 6 indicadores que fueron medidos nuevamente Chiapas alcanzó el 100 por ciento. Es decir, pasamos en una segunda oportunidad, lo que retraso los tiempos de la ISM, además no con los mejores resultados a comparación de los demás países, como siempre pasamos de “panzazo”.



Fuente: Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015, Segunda Operación Individual (ME-G1004). Documento del Banco Interamericano de Desarrollo. 2015

Para la 2ª Etapa se establecieron 3 Componente para cumplir los indicadores de esta etapa:

1. Fortalecimiento de la oferta y de la demanda de servicios de salud para la mujer en edad fértil (preconcepción, embarazo, parto y puerperio) y el neonato.

- Desde la perspectiva de la oferta, se financiaría:
 - ✓ La implementación de las estrategias de CONE, PF y de aseguramiento de la calidad iniciadas en la primera operación;
 - ✓ Intervenciones en atención prenatal, incluyendo la implementación del Plan de Parto con pertinencia cultural; la distribución oportuna de pruebas rápidas; la incorporación de censos para la identificación de embarazadas, puérperas, niños y parteras en las comunidades;
 - ✓ Intervenciones en parto seguro, incluyendo la revisión y puesta en marcha de un currículo para parteras, con un enfoque hacia promoción y prevención; y
 - ✓ La implementación de una estrategia integral de mejora de la calidad en los servicios hospitalarios.
- Desde la perspectiva de la demanda, se financiaría:
 - ✓ La promoción de Casas Maternas vinculadas a los establecimientos que atienden parto;
 - ✓ La adecuación intercultural de los establecimientos de salud.
 - ✓ Dependiendo de los resultados del piloto, también podría expandir el esquema de incentivos a mujeres y parteras. En la JSIX se implementó el incentivo para las embarazadas y el de kit puerperal.

2. Fortalecimiento de la oferta y demanda de servicios de salud y nutrición para niños de 29 días a 5 años. Este componente financiaría desde la perspectiva de la oferta.

3. Fortalecimiento de los sistemas de apoyo y estrategias transversales a la salud materno-infantil. Este componente financiaría:

- El fortalecimiento del ciclo logístico para la disponibilidad permanente de insumos, medicamentos, equipos, incluyendo el plan de mejora para la estimación, adquisición, almacenamiento, distribución, control de insumos, equipos y medicamentos;
- El funcionamiento de equipos de mejora de la calidad de servicios, que monitoreen estándares e indicadores en la práctica clínica;
- Piloto para probar distintas modalidades de contratación y/o compra de servicios de especialistas para zonas apartadas, ya que varias unidades de salud que deberían atender partos, actualmente no lo hacen por falta del recurso humano especializado; este piloto no se aplicó a la JSIX.
- La implementación de las estrategias mencionadas a través de un programa de desarrollo de competencias integrales;
- La implementación de la estrategia de gestión de la información que incluye, el uso del tablero de control, salas situacionales y mecanismos de toma de decisiones en todos los niveles; y
- El diseño de la reestructuración institucional del ISECH.

2ª Operación. Indicadores del tramo de desempeño a los 36 meses

En línea con los objetivos de SM2015, el componente financiaría también acciones de dialogo de políticas, aprendizaje y comunicación para apoyar a el ISECH en acelerar el logro de metas. Adicionalmente, para la ejecución de la primera operación fue necesario que las distintas áreas del ISECH, organizadas en programas y estructuras verticales, se coordinaran de forma más sistémica.

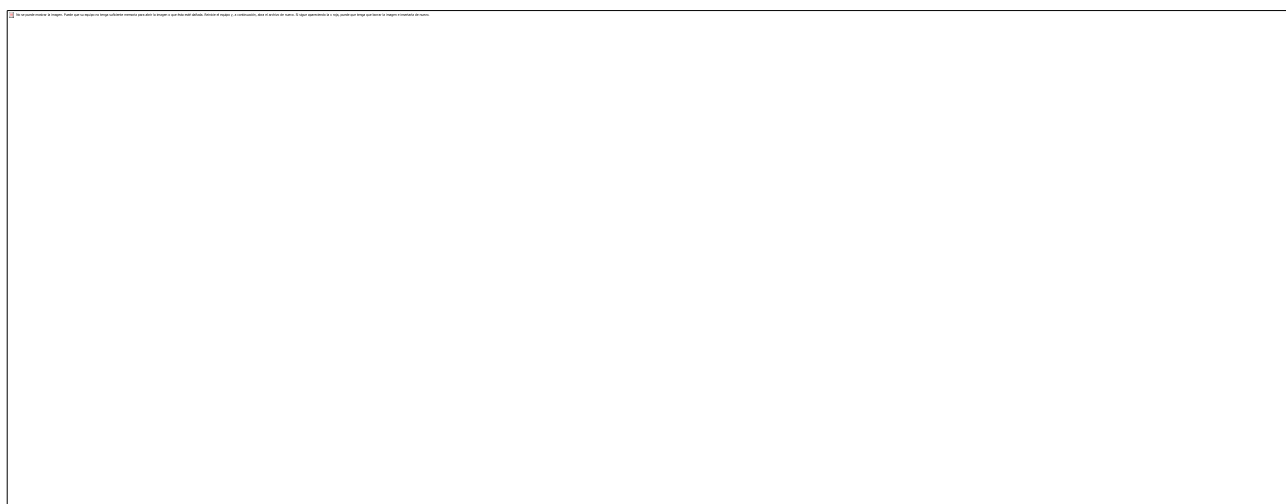
La estructura actual del instituto dificulta la coordinación necesaria para proveer servicios oportunos de alta calidad. Por lo tanto, el ISECH solicitó a la SM2015, que la segunda operación pueda apoyar una reestructuración institucional funcional que apoyaremos para facilitar la planificación y el seguimiento de las actividades. Algo que he venido comentando, en ocasiones el 1er obstáculo para cumplir las estrategias de salud es la mala organización del ISECH.

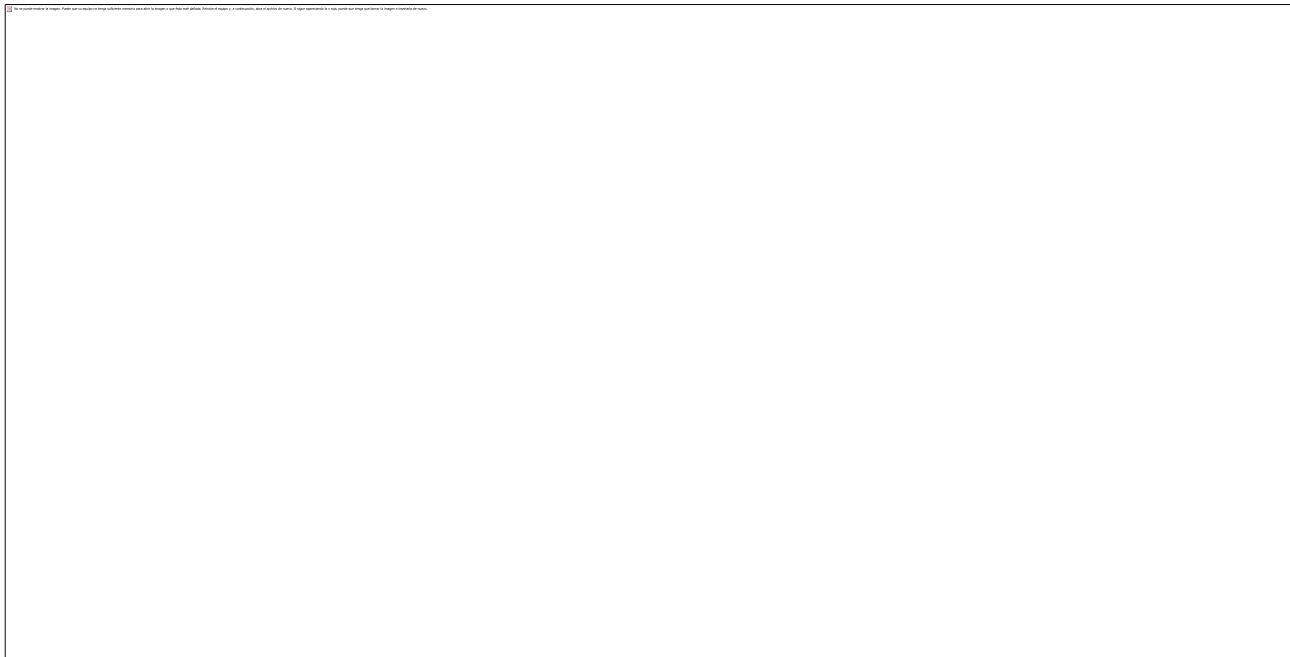
Para esta 2ª Etapa se implementaron los planes locales los cuales buscaban diferentes líneas de acción para alcanzar cumplir los indicadores. Una de esta líneas de acción que, a título personal, considero de las más efectivas fue la conformación de las **Plataformas Comunitarias** las cuales tienen como propósito ampliar la cobertura y aumentar la demanda de los servicios de salud materno-infantil a través de la participación voluntaria de diversos actores sociales a nivel comunitario en la oferta de una cartera de servicios de promoción de la salud relacionada con la planificación familiar, el control prenatal, la atención del parto y el puerperio y, la atención al neonato y al niño menor de 5 años.

Esta estrategia busca integrar al mayor número de voluntarios que coadyuven esfuerzos para mejorar la salud de sus comunidades, incluyendo desde el componente comunitario con el que ya contamos y está capacitado como lo son auxiliares de salud, comités de salud y parteras tradicionales; actores sociales como agentes auxiliares municipales, líderes religiosos, maestros, comisariados ejidales, líderes de organizaciones, etc.; y toda persona que tengan el interés en temas de salud. Todos ellos de manera coordinada y en estrecha relación con el personal de salud, es decir, en este caso involucrar a todos en la Salud materna y perinatal, aunque esta estrategia puede ser para diferentes temas de salud. Como ejemplo en la JSIX se ocuparon estas Plataformas Comunitarias para acciones de las enfermedades transmitidas por vector (dengue y paludismo).

3ª Operación. Indicadores del tramo de desempeño a los 54 meses

Debido al retraso en la 1ª operación, la conclusión de la 2ª Operación se realizó en septiembre del 2018; aunado al cambio político con una nueva administración federal, todavía no sabemos oficialmente si se ejecutará y cuando iniciará la 3ª operación.





A través de estos 6 años en los que la ISM estuvo en nuestra JSIX, de cumplir con 2 de las 3 etapas que estaban proyectadas, y de la participación activa que un servidor tuvo en todo el procesos por los diferentes cargos que tuve, puedo decir con seguridad que si modifíco demasiado la manera de ver, entender y aplicar las estrategias en salud materna y perinatal en la mayoría del personal de la JSIX. Pero a pesar de lo que mencione anteriormente y de productos realmente efectivos como la Plataforma Comunitaria, creo que seguimos muy lejos de alcanzar de manera óptima ejecutar la normatividad vigente para brindar una atención oportuna y de calidad, lo cual incidiría en la reducción de la MM.

Debido a que más adelante, en el análisis que haré, mencionaré las aportaciones de la ISM a la JSIX, no abundaremos más en este tema. Solo mencionaremos los logros que de manera oficial alcanzó dicha estrategia.

Del 28 de febrero al 01 de marzo, se llevó a cabo en la ciudad de Washington, D.C., la conferencia

“Obteniendo Resultados en Salud y Desarrollo”, organizada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Centro de Desarrollo Global (CDG), para revisar y exponer las lecciones aprendidas de la ISM y cómo sus experiencias pueden nutrir e informar a otros programas en el cuidado de la salud a futuro.²⁴

²⁴ Se presentan valiosos resultados de la Iniciativa Salud Mesoamérica en Washington, D.C. <http://fundacioncarlosslim.org/se-presentan-valiosos-resultados-la-iniciativa-salud-mesoamerica-en-washington-d-c/>. Fecha de consulta 19 de febrero. 2019.

Actualmente está dando inicio la tercera y última fase de la Iniciativa, con la participación de los cinco países que han tenido el mejor desempeño: Honduras, Nicaragua, El Salvador, Belice y Panamá. Estos países son los que han logrado mayor impacto y eficiencia en el uso de los recursos y éxito en la implementación del proyecto. El avance y evolución de estos indicadores ha sido verificado de manera independiente por el prestigioso Instituto de Evaluación y Métricas de la Salud (IHME) de la Universidad de Washington, Estados Unidos.

El estado de Chiapas en México ha sido uno de los lugares que se ha beneficiado de la ISM. Parte de ello, ha sido el equipamiento de más de 300 unidades de salud inmersas en la iniciativa, con modernos equipos que ayudan a la adecuada atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como de los niños recién nacidos, incluyendo la atención de sus complicaciones. Dichos equipos fueron estrictamente supervisados para que llegaran a sus destinos, lo desafortunado fue que algunos no fueron de la mejor calidad y no se contempló su sustitución.

Según la evaluación del IHME²⁵, el promedio de mujeres que recibían las cuatro consultas prenatales era de 94.3 % a nivel estatal. Sin embargo, en el grupo más pobre, la cifra apenas llegaba a la mitad, con un 52.8 %. En 2018, el 61.8 por ciento de las mujeres más pobres de Chiapas ya logra acceder a estos servicios; después de las dos primeras etapas de la Iniciativa, el parto institucional en Chiapas subió seis puntos porcentuales, pasando del 34.7 por ciento a más del 40 por ciento.²⁶ La atención postparto con calidad a las mujeres se ha situado en 2018 en prácticamente el 50 por ciento de los casos. En 2013, casi ninguna mujer recibía esta atención debido a múltiples circunstancias como como la falta de personal en las unidades, mal seguimiento de las pacientes, etc. El mayor aumento se produjo en el uso de medicamentos tras el parto para evitar hemorragias en mujeres, como la oxitocina, que se elevó en veinticinco puntos, de 72.4 por ciento a 97.3 por ciento.

El proyecto tuvo un presupuesto total de 8,404,190 dólares y benefició a 143,000 niños menores de cinco años y 270,000 mujeres en edad fértil en treinta municipios de San Cristóbal de las Casas, Palenque, Ocosingo y Pichucalco. El cumplimiento de los indicadores por parte del Estado de Chiapas permitirá que la Secretaría de Salud del estado reciba un premio de 1.1 millones de dólares por parte de los integrantes de la Iniciativa para invertir en aquellos proyectos de salud pública prioritarios.²⁶

²⁵ <http://ghdx.healthdata.org/series/salud-mesoamerica%C3%A9rica-iniciativa-smi>

²⁶ Mejora la salud de mujeres y niños más desfavorecidos de Centroamérica y México gracias al modelo Iniciativa Salud Mesoamérica. Publicado el 13 de noviembre de 2018 a las 9:00 am. <http://fundacioncarlosslim.org/mejora-la-salud-mujeres-ninos-desfavorecidos-centroamerica-mexico-gracias-al-modelo-iniciativa-salud-mesoamerica/>

JURISDICCION SANITARIA No. IX, OCOSINGO

ORGANIZACION, FUNCIONAMIENTO Y

DIAGNOSTICO DE SALUD

La Jurisdicción Sanitaria No. IX de Ocosingo, tiene como misión mejorar el nivel de salud de la población abierta promoviendo y otorgando servicios integrales, oportunos, con calidad y equidad; administrados en forma honesta y transparente, equitativa y eficiente mediante la regulación y coordinación del Sistema Local de Salud y la plena participación social para impulsar el desarrollo del pueblo chiapaneco con justicia, que conlleve oportunidades de avance profesional a los prestadores y a la participación ciudadana; con la visión de ser un organismo público que ofrezca un sistema de salud integrado y universal, que garantice el acceso a servicios de salud a toda la población, el cual se centre en las personas, la familia y la comunidad; que sea afectivo, seguro, eficiente, sensible, enfocado en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y atento a las necesidades de grupos vulnerables.²⁷

Ocupa territorialmente desde su creación en 1996, cuatro municipios de responsabilidad en el Estado de Chiapas, Altamirano, Chilón, Sitalá y Ocosingo (este último en corresponsabilidad con la Jurisdicción Sanitaria No. VI), En 1997 el equipo técnico-administrativo que conformaba en ese entonces la jurisdicción se instala en su propio edificio el cual ocupa hasta el día de hoy, este equipo de trabajo continúa priorizando las estrategias para los diferentes programas en salud con temas prioritarios como la salud materna y perinatal.

ANTECEDENTES²⁸

Antes de la llegada de los conquistadores españoles, Ocosingo fue un pueblo tzeltal importante ya que en él concentraron sus actividades los primeros misioneros que visitaron la Región, según refiere Juan de Villa Gutiérrez Sotomayor. A mediados del siglo XVI, numerosos pueblos selváticos fueron trasladados a Ocosingo por Fray Pedro de Lorenzo; en 1564, la gente de Pochutla se trasladó a Ocosingo, formando un barrio independiente. Durante la segunda mitad del siglo XVI, la actual cabecera del Municipio se desarrolló rápidamente y el 27 de julio de 1829 se le concedió el rango de Villa; el 13 de diciembre de 1878, fue elevado a cabecera del Departamento de Chilón; el 13 de abril de 1918, el general Alberto Pineda sitió a la entonces Villa de Ocosingo; y el 31 de julio de 1979, se le concedió la categoría de ciudad. Ocosingo es una voz náhuatl que significa: “Lugar del señor negro”. El

²⁷ Manual de Organización Tipo Jurisdicción Sanitaria. Instituto de Salud del Estado de Chiapas. Tuxtla Gutiérrez, Chiapas 2017.

²⁸ Diagnóstico Situacional de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. IX. Ocosingo, Chiapas. Instituto de Salud del Estado de Chiapas. 2018

escudo que identifica al municipio de Ocosingo, representa los niveles de sierra con los que cuenta, la iglesia de San Jacinto de Polonia en la cabecera municipal, las diversas zonas arqueológicas, la producción de maíz, café y ganado bovino así como sus ríos y lagos existentes.

Debido a los acontecimientos sociales y políticos que se presentaron durante el año de 1994, surgió como una necesidad imperante en esta región selva, la conformación de una estructura organizacional en salud independiente de la ya existente ubicada en el Municipio de Palenque. Fue entonces que en febrero del 1996 se nombra como Jefe Jurisdiccional al Dr. Ángel Francisco Betanzos Reyes, iniciando así los trabajos de regionalización de las áreas de responsabilidad y el reclutamiento de personal, teniendo como sede las oficinas del entonces DIF Regional de Ocosingo. En cumplimiento a los compromisos que enmarcaron el nuevo federalismo y en presencia del entonces C. Julio Cesar Ruiz Ferro, Gobernador del Estado y del Dr. Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud, en diciembre de 1996 se constituyó la descentralización de los Servicios de Salud en el Estado de Chiapas, debido a ello y en consecuencia, el Dr. Betanzos es relevado durante los primeros meses de 1997 por el Dr. Víctor Manuel Jara Astorga, sin embargo 3 meses después es sustituido por el Dr. James Gómez Montes, ocupando las instalaciones del entonces Juzgado Mixto de Ocosingo, siendo hasta octubre de 1997 que se continúan las actividades en salud, pero ya en las actuales oficinas administrativas de la Jurisdicción Sanitaria No. IX. Uno de los principales actores y además muy recordado por el personal de salud y las autoridades de las diferentes localidades como buen Jefe Jurisdiccional es el Dr. Salvador Ruíz Vivo, el cual siendo parte fundamental en la consolidación de la funcionalidad de esta JSIX.

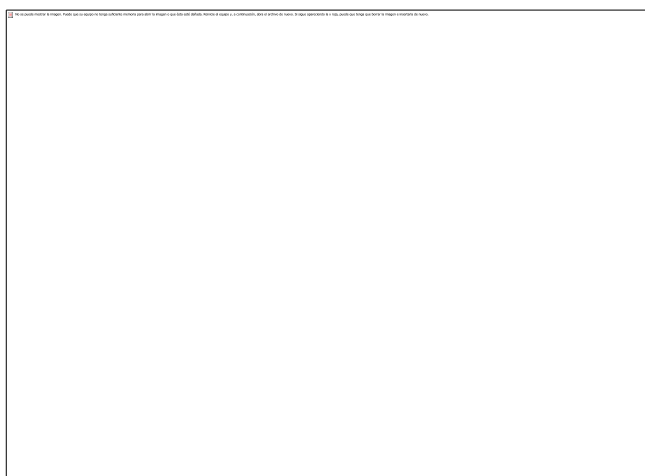


Una vez consolidada la estructura organizacional a nivel estatal quedando con 10 jurisdicciones sanitarias en todo el estado se continúan las acciones en salud durante las cuales se abatieron eventualidades epidemiológicas de importancia tales como cólera, paludismo, dengue, etc., teniendo desde entonces como a la fecha la prioridad en la salud materna y perinatal. Por su ubicación geográfica la cabecera municipal de Ocosingo fue elegida como la sede de la Jurisdicción Sanitaria No. IX, el extenso territorio de esta jurisdicción está conformado por cuatro municipios que son Altamirano, Chilón, Sitalá, y parte del territorio de Ocosingo el cual se comparte con la

Jurisdicción VI con sede en Palenque. Actualmente el Dr. Gabriel Augusto León Jiménez desempeña el cargo de jefe de la Jurisdicción Sanitaria No. IX, desde el 01 de agosto del año 2018.

CONFORMACIÓN Y COBERTURA

Por su localización Ocosingo es un municipio que representa desde siempre una importancia estratégica en lo político, económico, social y cultural, constancia de este último aspecto, es la cantidad de habitantes considerados como indígenas y que a la fecha seguimos contando con la presencia de la cultura y pueblos mayas, dentro de los cuales se ubican a los choles, lacandones, tzotziles, tzeltales y tojolabales; además de ser un municipio prioritario para la actual administración federal y estatal con futuros proyectos para mejorar el Índice de Desarrollo Humano de este municipio, Sitalá, Chilón y Altamirano.



Del total de la población de 419,871 habitantes, según la proyección de CONAPO-DGIS 2019²⁹ en los 4 municipios de responsabilidad jurisdiccional, 206,815 habitantes son atendidos por la SSA a través de la JSIX hasta este 2019 según el Diagnóstico de Salud 2018, esto es el 49.26%; más aquella población que en estos momentos no se incluye por situaciones laborales con los Coordinadores Comunitarios en Salud (CoCS) los cuales no están reportando información, siendo 25 microregiones, por lo que probablemente alcanzaríamos el 60% de cobertura de la población

que es atendida por la JSIX. La población restante están bajo la responsabilidad del IMSS en su régimen de Prospera y algunos no cuentan con cobertura de atención debido a lo disperso de las localidades; además de aquella población aún en resistencia pertenecientes al EZLN los cuales no permiten ser censados y rechazan los servicios de salud por lo que esto representa un pequeño sesgo en la información, esta población recibe atención médica por parte de Organizaciones No Gubernamentales (ONG's), las cuales en algunos aspectos se puede trabajar en conjunto pero en otros por respeto a las comunidades en resistencia no apoyan con el flujo de información. Afortunadamente cada día hay más localidades solicitando ser atendidas por algún servicio de salud.

De las 1,741 comunidades establecidas como área de responsabilidad de la JSIX, éstas mantienen en esta región selva características particulares muy similares tales como su marginalidad, una difícil situación económica, comunidades rurales predominantemente indígenas, con difícil acceso y en ocasiones inaccesibles, con población que por su situación económica no solo carecen de los medios para comprar insumos médicos en caso de que así lo requieran, si no que apenas les alcanza para su alimentación cotidiana, por lo que es frecuente encontrar sobre todo en su población infantil, menores con un alto grado de desnutrición, parasitosis, infecciones respiratorias y diarreas agudas y sobre todo un gran porcentaje de mujeres con embarazos de alto riesgo.

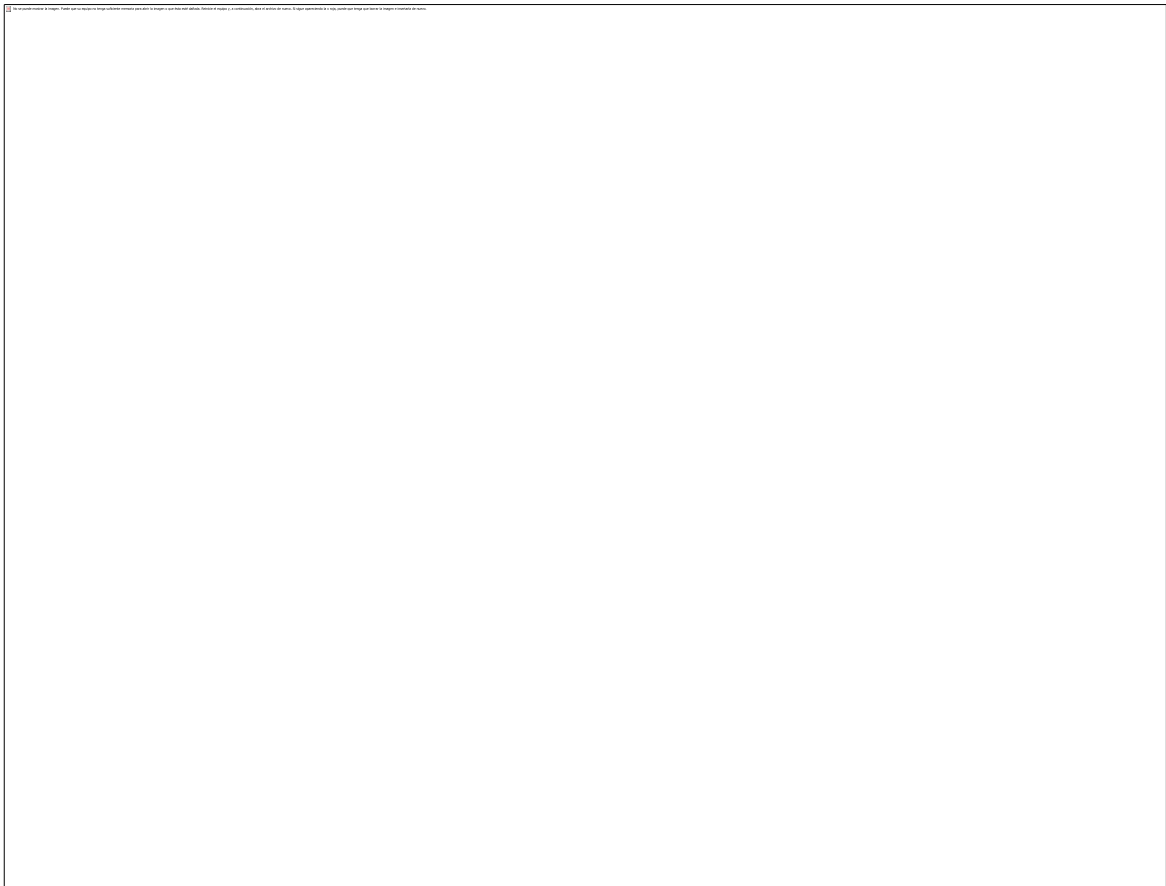
²⁹ Proyección de Población CONAPO-DGIS, según censo de Población 2010. Instituto de Salud del Estado de Chiapas. 2019

Recordando que un Núcleo Básico es la unidad básica funcional de la atención médica conformado por 1 médico general, 1 enfermera de clínica y 1 enfermera de campo para atender a 3,000 habitantes o 500 familias,³⁰ mencionaremos capacidad instalada de la JSIX la cual actualmente atiende 126 microrregiones operativas de 1er Nivel de Atención activas, de las cuales 29 son Casas de Salud (incluyendo 4 brigadas aéreas), 55 Centros de Salud Rurales con un Núcleo Básico, 1 Centro de Salud Rural con 2 núcleos básicos, 1 Centro de Salud Urbano, 1 Centro de Salud con Hospitalización, 2 CESSA's, 4 Unidades Médicas Móviles y 33 Unidades del Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica, antes Caravanas, de estas últimas siendo 27 Tipo 0 contando con 1 médico general, 1 enfermera de clínica y 1 promotor de salud, 3 Tipo 1 conformado por el mismo personal que la tipo 0 pero con un consultorio móvil y 3 Tipo 3 las cuales incluye la atención por 1 médico general, 1 enfermera de clínica, 1 cirujano dentista y 1 promotor de salud en un vehículo con consultorio de medicina general y uno odontológico y que supuestamente debería brindar atención de telemedicina. Además de 1 Clínica de la Mujer y 1 Hospital Básico Comunitario los cuales se ubican en la cabecera Municipal de Ocosingo. El HBC representando hoy en día la unidad de referencia de las unidades operativas de 1er nivel de atención; logrando así un mejor cumplimiento con la atención oportuna y de calidad a toda la población. Cabe mencionar que existen 2 obras inconclusas, las cuales son el C.S.M. Insurgente Picote y un Centro de Vacunología. Nuestras unidades están distribuidas por municipio de la siguiente manera:



El mapeo de estas unidades es la siguiente:

³⁰ Modelos de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas de la Secretaría de Salud. Primera edición. Secretaría de Salud, México. 2010.

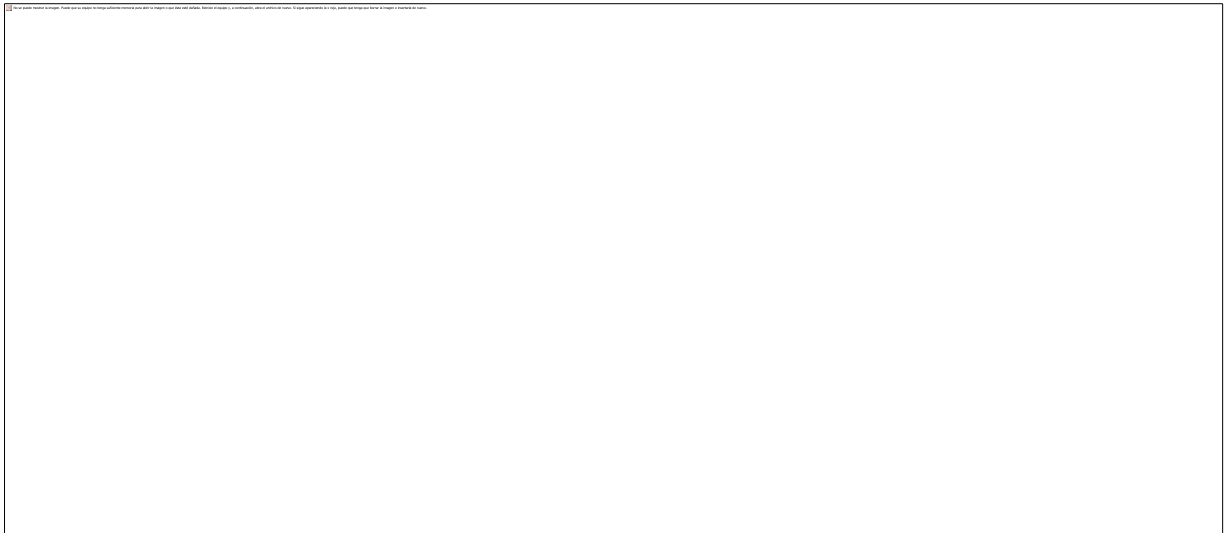


Centros de Salud
Casas de Salud



Brigadas Aéreas
Unidades Móviles y Caravanas

Nuestra estructura organizacional está compuesta por diferentes programas de salud agrupados en 6 Coordinaciones de Salud. Quedando de la siguiente manera:³¹



³¹ Organigrama Oficial de la JSIX 2017 con Visto. Bueno. del Instituto de Salud del Estado de Chiapas, con base en los Lineamientos de Jurisdicciones Sanitarias y el Manual de Organización Tipo Jurisdicción Sanitaria 2016. Vigente 2018

RECURSO HUMANO



Este es el personal total activo con el que cuenta la JSIX actualmente, es importante mencionar que con respecto a los pasantes de servicio social están incluidos los de ambas promociones y es un número variable cada 6 meses. Es importante mencionar que desde el 2015, no ha habido contrataciones de personal sobre todo de enfermería y médico, de hecho, los contratados en el 2014 y algunos que se llegaron a contratar de manera esporádica en el 2015 están en una situación complicada porque el estado ha argumentado que no hay techo presupuestal para estos contratos. Esta falta de personal ha generado un impacto importante en la JSIX porque se han realizado movimientos de personal como cambios de adscripción, comisiones temporales, movimientos de carácter sindical, etc., sin reposición de recurso por lo que ha generado que actualmente tengamos 25 unidades de 1er nivel de atención con personal incompleto y 8 han permanecido completamente cerradas. Así mismo el HBC de Ocosingo y unidades en las cuales se realiza atención de partos como el C.S.R. de Bachajón, C.S.H. San Quintín, el CESSA de Chilón y Sitalá presentan una plantilla por debajo de lo mínimo necesario, lo cual lleva a

tener guardias sin personal completo lo que afecta de manera directa la atención materna y perinatal.

A finales del 2018 el panorama de las unidades de salud con respecto al Recurso Humano es el siguiente:

De las 126 unidades de 1er Nivel de Atención activas en JSIX, 33 corresponden al programa Fortalecimiento a la Atención Médica (FAM), antes caravanas, de las cuales la Subdirección del programa a nivel estatal es la responsable directa del recurso humano. Es importante mencionar que hace 3 años eran 35 caravanas, pero desaparecieron 2 por falta de productividad según la DGPLADES

no dejando de manera clara los argumentos inmediata a la población sin cobertura de atención, posteriormente las localidades mediante la microregionalización fueron cubiertas por unidades cercanas, aunque para la población no es tan fácil el acceso debido a los caminos. Actualmente de las 33 unidades activas, hay 8 que en primera instancia quería dar de baja la DGPLADES argumentando baja productividad y costo-beneficio, por lo que el Instituto de Salud del Estado decidió incluirlas en un programa de Unidades Médicas Móviles (Atención sobre Ruedas) el cual se pretende implementar para este 2019, es así que por el momento estas unidades no cuentan personal médico ni de enfermería, ya que la federación dio de baja a dicho personal y tendrá el estado que absorber este presupuesto una vez que se active el proyecto antes mencionado.

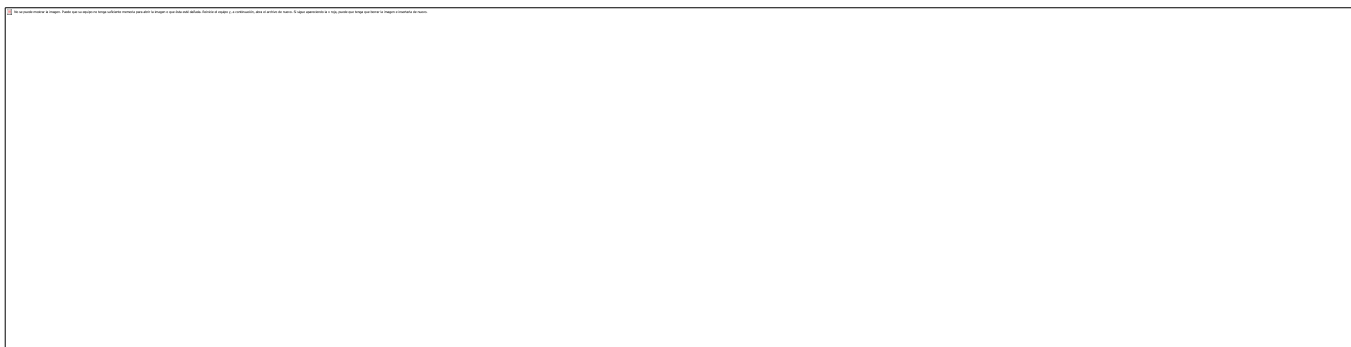
Con respecto a los 55 Centros de Salud de 1 Núcleo Básico y nuestras 4 Unidades Médicas Móviles, 24 unidades tienen personal completo (por lo menos 1 médico y 1 enfermera), aunque la normatividad marca que el personal ideal para 1 Núcleo Básico debería ser 1 personal médico y 2 de enfermería; 5 unidades solo con personal médico; 20 unidades solo con personal de enfermería; 2 unidades solo con personal técnico en atención primaria a la salud COCS (Coordinador Comunitario en Salud); y 8 unidades sin personal.

Con respecto a nuestras 25 casas de salud y 4 brigadas aéreas, 3 cuentan con personal médico y de enfermería (brigadas aéreas), 6 casas con personal de enfermería, 19 casas de salud con personal técnico en atención primaria a la salud COCS. Es importante recordar que en este tipo de unidades no está considerado médico ni personal de enfermería solo personal promotor de la salud.

Es por esto que para cubrir la necesidad mínima de personal en estas unidades se requiere un total de 30 médicos y 16 enfermeras. Así mismo contamos con 5 unidades con más de un núcleo básico y en las cuales también se tiene una necesidad para contar solo con el personal mínimo necesario siendo el status el siguiente:

--

Y la necesidad para cubrir los diferentes turnos y las áreas de estas unidades son las siguientes:



Como se puede observar la necesidad real de personal es de 43 médicos, 32 de enfermería, 2 de trabajo social, 1 de psicología, 3 de nutrición, 3 químicos, 2 radiólogos, 2 de odontología, 4 ultrasonografistas y 7 administrativos, esto para poder brindar una atención esencial, garantizando un servicio de calidad a la población, y otorgando una atención oportuna a las embarazadas desde la etapa preconcepcional hasta el puerperio e incluso en las emergencias obstétricas en el total de nuestras unidades.

Es importante mencionar que desde hace 2 años se han establecido diferentes estrategias para fortalecer con personal a los diferentes programas en la JSIX con el único fin de mejorar las metas e indicadores de todos los programas reestructurando y eficientizando al personal que ya se encontraba en ese edificio, tratando en todo momento de no descubrir ninguna otra unidad más; esto ha permitido fortalecer el Departamento de Salud de la Mujer mejorando la respuesta a las emergencias obstétricas dando un seguimiento más estrecho, del mismo modo ha mejorado el trabajo con parteras, prueba de ello es la implementación del parto humanizado en Sitalá y su capacitación en las demás unidades donde se atienden partos. Así mismo se han realizado intervenciones multidisciplinarias en las unidades carentes de personal a fin de no descuidar a la población de esas microrregiones con los Equipos de Supervisión Zonal, han estado cubiertas de manera permanente con las brigadas de vacunación, evitar en todo momento posibles conflictos sociales a nivel local y estatal, y cumpliendo con los compromisos a nivel estatal con respecto a los procesos de acreditación y reacreditación de algunas unidades médicas, además de cubrir con personal lo más posible a las unidades inmersas en la Iniciativa Salud Mesoamérica.

A nivel del HBC también hay una carencia importante de personal, desde administrativos a médicos especialistas, desafortunadamente la tipología de la unidad y la decisión de que el cuerpo de gobierno, director y administrador, sean nombrados por el Secretario de Salud ha repercutido en la mala relación entre la JSIX y el HBC, por lo que a pesar de que normativamente está bajo la

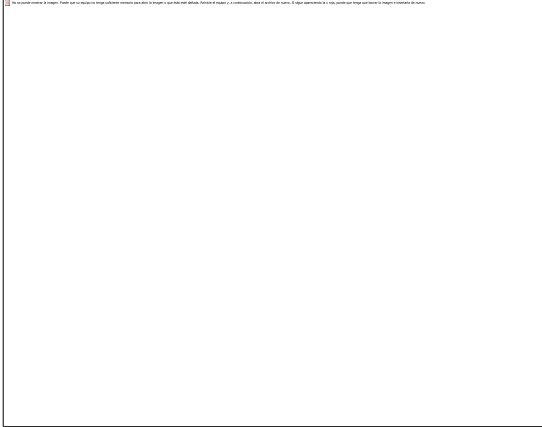
responsabilidad de la JSIX, el HBC se ha manejado en muchos aspectos de manera independiente, generando que hasta el momento no contemos con un diagnóstico situacional real de la unidad y no sepamos la necesidad real de personal, insumos, infraestructura y equipamiento médico.

Es por esto que un servidor considera este aspecto como alarmante ya que, si no existe una interrelación, una unión y coordinación de esfuerzos entre el 1er y 2º Nivel de Atención, será casi imposible tener una respuesta de calidad ante las emergencias obstétricas, teniendo como resultado complicaciones para los pacientes, hablando del binomio, y finalizando en algunos casos con muertes maternas y perinatales.

Aunque se ha tratado de aprovechar al máximo el personal con el que contamos y tratar de cumplir en la medida de las posibilidades con los programas prioritarios incluyendo la salud materna y perinatal no tendremos un impacto en la reducción de la MM sino se completa la plantilla de personal en todas las unidades ya que no podremos brindar una atención oportuna y reducir ese retraso en la atención de las embarazadas, las emergencias obstétricas y la atención y seguimiento del puerperio y del recién nacido por lo que esta falta de personal es un factor importante en muerte materna y perinatal de la región. Y esta problemática debería ser prioridad para el Instituto de Salud y el Gobierno del Estado, así mismo el sindicato (SNTSSA, Sección 50) no debería tener injerencia en la toma de decisiones con respecto a los movimientos y contrataciones del personal.

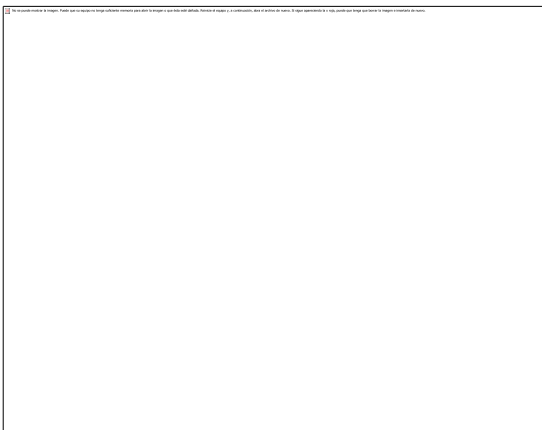
FACTORES Y DETERMINANTES DE SALUD EN LA JSIX

FACTORES GEOGRAFICOS



CLIMA

Los climas existentes en los municipios de la zona son: Am(f) cálido húmedo con abundantes lluvias en verano, que abarca el 61.11%; Aw0(w) cálido subhúmedo con lluvias en verano, el 12.71%; Af(m) cálido húmedo con lluvias todo el año, el 12.16%; (A)C(m)(w) semicálido húmedo con lluvias abundantes en verano, el 11.88% y (A)C(w1)(w) semicálido subhúmedo con lluvias en verano.

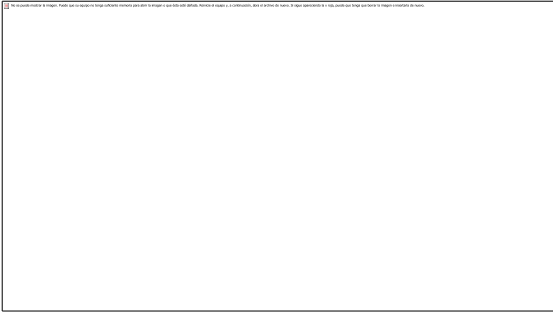


AREAS NATURALES PROTEGIDAS

Montes Azules (Reserva Integral de la Biosfera), la cual se localiza en el extremo oriental del estado (Montañas de Oriente) del Estado, en la Selva Lacandona, Municipios de Ocosingo y Las Margaritas, (10°50'00" N 91°30'00" O), con una superficie de 331 200 hectáreas, delimitada al Norte por los ríos Usumacinta y Tulijá; al este por los ríos Usumacinta y Salinas; al sur con Guatemala; y al oeste por los Altos de Chiapas y la cuenta del Tulijá. Decretada como reserva por el gobierno de México en 1978.

Dentro de una topografía accidentada, la reserva comprende en su extensión ecosistemas tropicales, terrestres y dulceacuícolas, representativos de Mesoamérica: en la Selva Lacandona se encuentra selva alta tropical perennifolia, considerada como una de las más ricas y complejas comunidades vegetales del mundo. Montes Azules forma parte de la región hidrológica más grande del país, denominada Grijalva-Usumacinta. Existe una enorme diversidad de especies de flora y fauna endémicas, estimándose que es hábitat para el 20% de la biodiversidad de México.

GEOGRAFIA



Con relación a la superficie Estatal (74,415 Km²), la JSIX con sede en la cabecera municipal de Ocosingo es la tercera con mayor extensión territorial, el territorio jurisdiccional está compuesto por cuatro municipios, Altamirano con 954.69 Km², Chilón con 1,678.69 Km², Ocosingo con 9,488.23 Km², y Sitalá con 105.33 Km², lo que hace un total de 12,226.94 Km², con una densidad poblacional promedio de 32 hab/Km², de esta forma la Jurisdicción Sanitaria No. IX ocupa el 16.46% del territorio

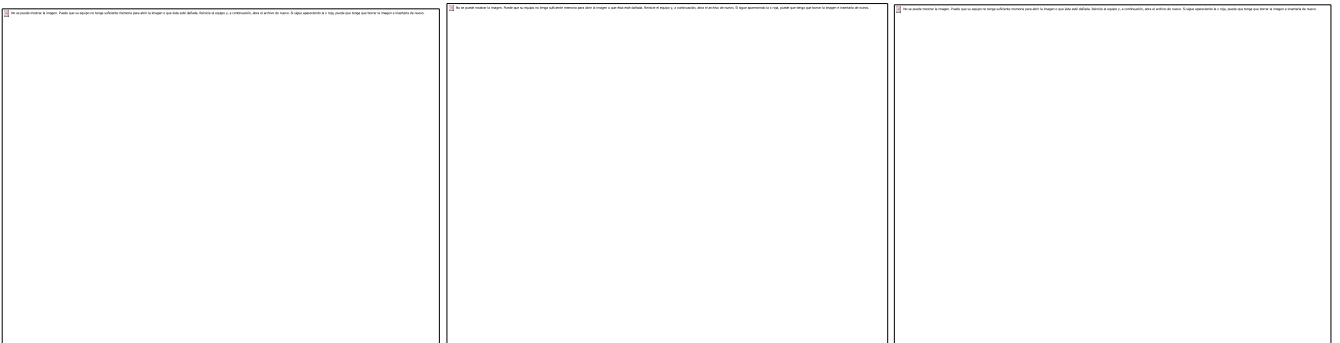
Chiapaneco, solo por debajo de las jurisdicciones de Comitán y Tuxtla Gutiérrez.

Las coordenadas de la cabecera municipal son: 16° 54' 26" de latitud norte y 92° 05' 46" de longitud oeste; La altura del relieve varía entre los 100 mts. Y los 1,900 mts. Sobre el nivel del mar, lo que da como consecuencia una cantidad variable de climas y vegetación.

OROGRAFIA

Los municipios forman parte de la región fisiográfica Montañas de Oriente. El 52.49% de la superficie se conforma por lomerío con llanuras; el 31.03% por sierra alta plegada con cañadas donde se asienta la cabecera Jurisdiccional; el 10.15% por sierra baja; el 4.42% por sierra alta de laderas tendidas y el 1.08% por sierra alta escarpada compleja.

La corteza terrestre de esta región está formada principalmente por rocas sedimentarias, entre estas las de tipo calizas que abarca el 61.72%, lutita el 25.92% y limolita con el 8.34%.



HIDROGRAFIA

La red hidrológica es densa, y está integrada básicamente por los ríos: Usumacinta, Lacantún, Jataté, Tzendales, Perlas y Lacanjá entre otros. Por otra parte, los municipios son rico en lagos como El Miramar, Ocotal, Lacanjá, Anaite, Orizaba, Maroma, Suspiro, Ojos Azules entre otros.

Estos determinantes naturales hacen un estado con una biodiversidad impresionante que genera ser uno de los estados con mayor atracción turística por los extranjeros y amantes de la naturaleza; pero esta misma diversidad y aspectos geográficos generan dificultades importante para la accesibilidad a las localidades y a los servicios de salud, y en el caso de las emergencias obstétricas el tiempo de atención es un factor crucial, es por esto que considero que la región debería considerarse con acciones específicas para esta geografía.

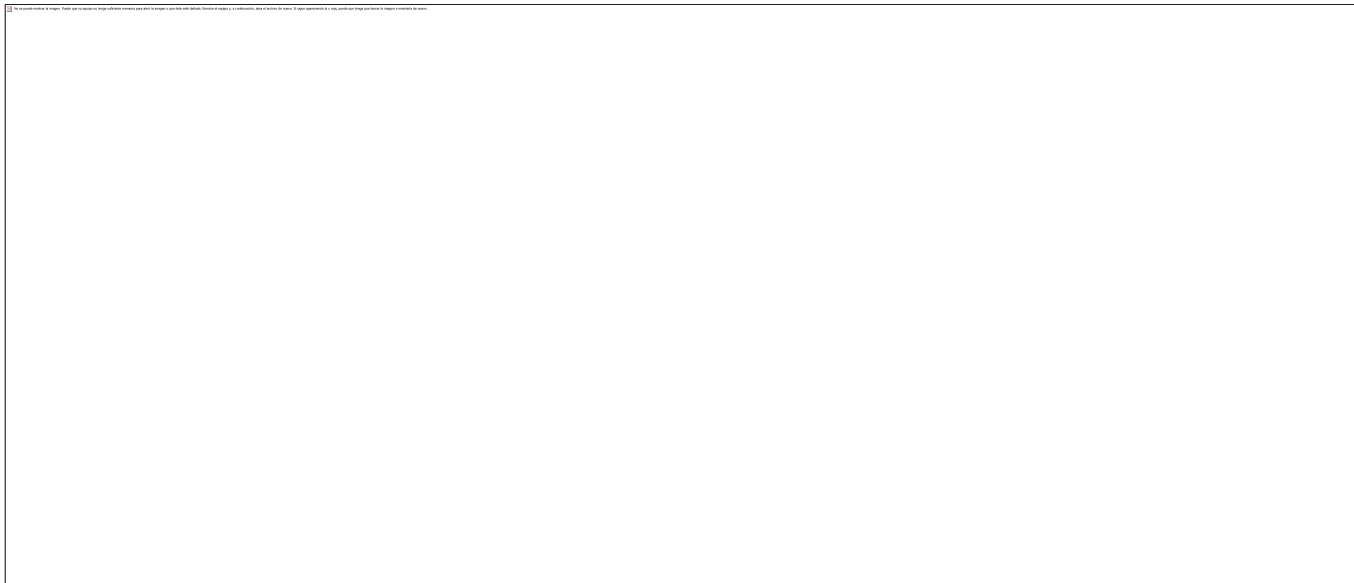
DETERMINANTES SOCIALES³²

ESCOLARIDAD

Recordando que la educación constituye una herramienta muy eficaz para combatir la pobreza y la desigualdad, así como para mejorar los niveles de salud y bienestar social. Y como se puede observar en el cuadro A , que a excepción de la población menor de 3 años, en las edades siguientes deberían tener algún grado escolar, y solo el 56.8 % de ellos reciben instrucción escolar, el 14.7 % si saben leer y escribir pero no recibieron instrucción escolar (alfabetas) y aún se presenta un 20.8% de la población sin saber leer o escribir (analfabeta), lo cual es un porcentaje importante ya que el analfabetismo limita el pleno desarrollo de las personas y su participación en la sociedad con afectaciones en el entorno familiar, restringiendo al acceso a los beneficios del desarrollo y obstaculizando el goce de otros derechos humanos como el de la salud, por tal motivo es un indicador a retomar para intentar por el lado educativo el incremento del IDH. De importancia también resulta el intentar que los estudiantes a nivel preparatoria y profesional concluyan y continúen su preparación, ya que los porcentajes bajo observados en la tabla y comparados con el analfabetismo son aún un reto para incrementar una mejora en el nivel de vida de la población. Determinando así un estilo de vida saludable, una mejor conciencia de la salud y la enfermedad, y principalmente la búsqueda del bienestar del binomio por parte de la embarazada y el padre, esta misma situación a veces genera un retraso importante en la toma de decisiones ante una emergencia obstétrica siendo la 2ª demora de Maine que más adelante veremos.

³² Diagnóstico Situacional de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. IX. Ocosingo, Chiapas. Instituto de Salud del Estado de Chiapas. 2018

Cuadro A



Fuente: Diagnóstico Situacional de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. IX. Ocosingo, Chiapas. Instituto de Salud del Estado de Chiapas. 2018

ACTIVIDAD LABORAL

Basados en los Microdiagnósticos Familiares de cada una de las Microrregiones de esta Jurisdicción Sanitaria, se puede tener un panorama de las principales actividades laborales de la población de responsabilidad. En el caso de los hombres la principal actividad continúa siendo la agricultura con 20.3% de la población, aunque esto y comparándolo con años anteriores continúa disminuyendo por ejemplo en el 2017 era el 21.1%, esto porque muchos varones ya no cosechan debido a que los apoyos por parte de programas de desarrollo e inclusión social son suficientes para la subsistencia de estas familias en condiciones precarias olvidando que dichos programas son de apoyo a las actividades que ya realizan. En el caso de las mujeres el 22.7% se dedican al hogar siendo la actividad más común para este género en la población de esta región. Del total de la población económicamente activa el 77.1% son hombres y el 22.9% de las mujeres son activas de manera económica en empleos menores, principalmente en familias sin la figura masculina o en apoyo al esposo. Es relevante mencionar el aumento de la mujer en la vida productiva ya que es un factor que influye en buscar una mejor calidad de vida, tener la solvencia económica para gastos médicos y mejores condiciones de vida en general que impactan en la salud materna y perinatal; pero todavía estamos lejos de evitar los casos en los que es necesario acudir a otra unidad para la atención de alguna emergencia y por la falta de recurso económico, ya sea porque no tienen dinero o porque el esposo controla el dinero, se tiene un retraso en la toma de decisiones y el traslado, afectando directamente la demora en la atención convirtiéndose en factor crucial en la muerte materna y perinatal.

Cuadro B.

--

Fuente: Diagnóstico Situacional de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. IX. Ocosingo, Chiapas. Instituto de Salud del Estado de Chiapas. 2018.

TIPO DE VIVIENDA

Cuadro C.

Fuente: Diagnóstico Situacional de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. IX. Ocosingo, Chiapas. Instituto de Salud del Estado de Chiapas. 2018

En el caso de la vivienda la mayoría (88.1%) cuenta con vivienda propia, aunque en condiciones muy precarias debido a que la mayoría de nuestra población de cobertura es de bajos recursos e indígena. En el Cuadro C. podemos observar que todavía tenemos un rezago importante con respecto a la dignificación de la vivienda para mejorar las condiciones de vida de nuestra población, mejorar el saneamiento básico y el bienestar social. En la tabla podemos observar que el 32.7 % de las viviendas aún tienen piso de tierra, y un 0.7% de las viviendas cuentan con techo de tela; la gran mayoría que es por arriba del 60% tienen casa con madera y techo de lámina siendo estos rubros importantes ya que contar con una vivienda digna que garantice los principios básicos de seguridad y comodidad serán un factor de mejora a la salud de sus habitantes, y sobre todo de las embarazadas y los recién nacidos los cuales deben estar en condiciones que disminuyan el riesgo de infecciones.

PODER ADQUISITIVO

Cuadro D.

--

Fuente: Diagnóstico Situacional de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. IX. Ocosingo, Chiapas. Instituto de Salud del Estado de Chiapas. 2018

El cuadro D deja al descubierto la grave dificultad a la que se enfrentan las familias para poder adquirir solvencia económica y así atender tan siquiera las necesidades básicas de una familia con un promedio de 5 integrantes, el 86.1% de ellas apenas acceden durante el día a un salario mínimo, el cual hasta el 2018 fue de \$88.36. esta situación confirma o justifica el por qué es necesario el desarrollo de programas de apoyo e inclusión social como el de Solidaridad, Progresá, Oportunidades, Prospera y ahora probablemente con un nuevo nombre designado por la Secretaría de Bienestar, no omitiendo mencionar que las familias deben considerarlo como apoyo para la mejora de sus condiciones de vida y no como única fuente de ingreso dejando de hacer otras actividades productivas; y en el caso de la salud de la mujer evitar que se vea a los menores como una fuente de ingreso, lo que conllevará a una mejor planificación familiar y a menos multigestas.

POBREZA

El diagnóstico situacional 2018 también refleja que el 69.1% de nuestra población de responsabilidad se encuentra en condiciones de pobreza extrema, esto con respecto a sus ingresos mensuales. Dicha condición está relacionada con el alto grado de marginación y que 2 de nuestros municipios se encuentran ubicados dentro de los municipios con Menor Índice de Desarrollo Humano y en los cuales se necesitan reforzar los programas de desarrollo e inclusión social y las acciones en materia de salud; esto definitivamente influirá en la salud materna y perinatal, ya que es un aspecto para considerar en la clasificación de riesgo en el embarazo y en la salud del menor de 5 años.

Cuadro E.

El diagnóstico situacional 2018 también refleja que el 69.1% de nuestra población de responsabilidad se encuentra en condiciones de pobreza extrema, esto con respecto a sus ingresos mensuales. Dicha condición está relacionada con el alto grado de marginación y que 2 de nuestros municipios se encuentran ubicados dentro de los municipios con Menor Índice de Desarrollo Humano y en los cuales se necesitan reforzar los programas de desarrollo e inclusión social y las acciones en materia de salud; esto definitivamente influirá en la salud materna y perinatal, ya que es un aspecto para considerar en la clasificación de riesgo en el embarazo y en la salud del menor de 5 años.	
--	--

Fuente: Diagnóstico Situacional de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. IX. Ocosingo, Chiapas. Instituto de Salud del Estado de Chiapas. 2018

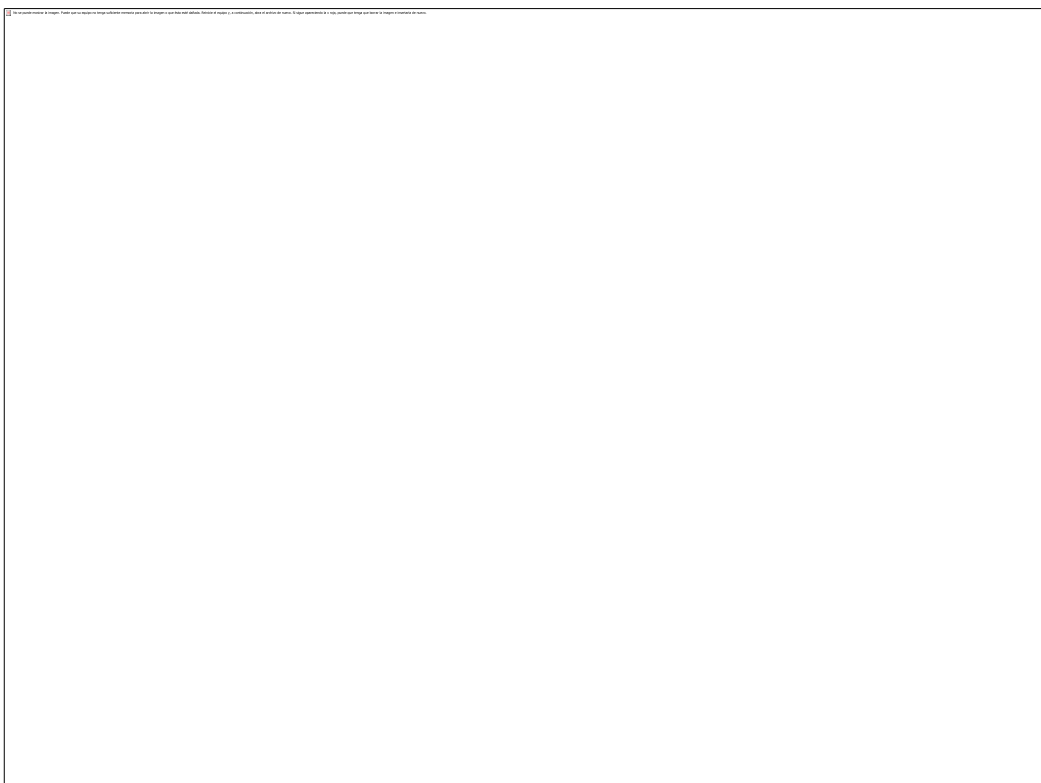
El diagnóstico situacional 2018 también refleja que el 69.1% de nuestra población de responsabilidad se encuentra en condiciones de pobreza extrema, esto con respecto a sus ingresos mensuales. Dicha condición está relacionada con el alto grado de marginación y que 2 de nuestros municipios se encuentran ubicados dentro de los municipios con Menor Índice de Desarrollo Humano y en los cuales se necesitan reforzar los programas de desarrollo e inclusión social y las acciones en materia de salud; esto definitivamente influirá en la salud materna y perinatal, ya que es un aspecto para considerar en la clasificación de riesgo en el embarazo y en la salud del menor de 5 años.	
--	--

Como podemos observar la situación que refleja el concentrado de nuestras microrregiones concuerda con el panorama estatal en el cual podemos notar que ha sido una constante a través de los años el alto porcentaje de población con ingreso laboral inferior al costo de la canasta alimentaria. Y más preocupante es ver que en estos 2 últimos trimestres este porcentaje vuelve a repuntar en cuestión negativa. Así mismo en la tabla siguiente estamos 30 puntos porcentuales por arriba de la media nacional, y esto afecta sin lugar a dudas el aspecto de salud y mayormente el de la salud materna y perinatal.



Además en esta región esta condición de pobreza se refleja como un obstáculo para la atención de la paciente embarazada y más en las emergencias obstétricas, debido a que sin recursos económicos es muy difícil salir de las localidades que en su mayoría no cuentan con transportes constantes y se tiene que pagar viajes especiales con un mayor costo; así como en ocasiones es un factor para la referencia de las pacientes a otras unidades de mayor resolución ya que les genera un costo adicional a los familiares estar en otra ciudad como lo son San Cristóbal de las Casas, Comitán, Tuxtla Gutiérrez o Villahermosa dejando como resultado muchas altas voluntarias de las cuales no se tiene un registro. Esto sin mencionar las consecuencias directas de la pobreza como lo son la malnutrición, abandono infantil, migración, matrimonios infantiles, etc. los cuales afectan la salud de las mujeres.

La situación es compartida con los otros 2 estados con mayor rezago social Guerrero y Oaxaca, por lo que es un factor de vital importancia al considerar las estrategias para la prevención de la mortalidad materna. Con un estado y una región con mayor desarrollo y mejor poder adquisitivo mejorará de manera significativa la salud materna y la perinatal.



REZAGO SOCIAL (CONEVAL)

Cuadro F

A large, empty rectangular box with a thin black border, located below the caption 'Cuadro F'. It appears to be a placeholder for a table or chart.

Fuente: Índice de Rezago Social 2015, Presentación de Resultados. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. 2014

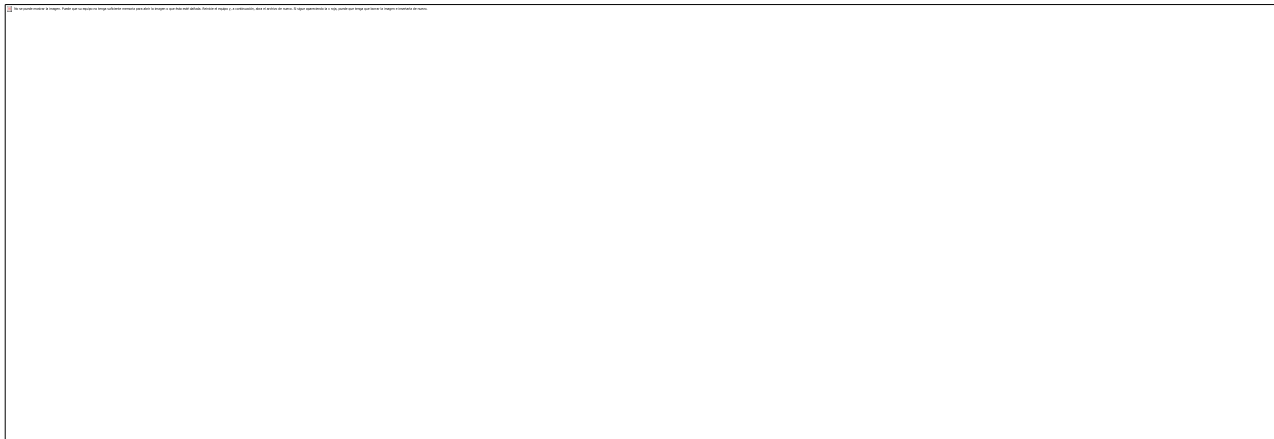
Aunque la información del CONEVAL todavía es del 2015, esta misma es considerada para el 2019 por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), es así como en el cuadro F podemos ver que Chilón y Sitalá se encuentran dentro de los municipios con Rezago Social importante (>IDH) y clasificado en Muy Alto; por lo cual es importante priorizar y realizar las estrategias y acciones en salud con mayor efectividad en estos 2 municipios con el único fin de sumar acciones que permitan minimizar los daños a la salud en esta población y así intentar mejorar las condiciones de salud, inclusión social y derechohabencia de nuestra población de responsabilidad. Es por esta razón que la Iniciativa Salud Mesoamérica incluyó a Chilón y Sitalá dentro de los 30 municipios en los cuales se llevaron las acciones para mejorar la salud materna y perinatal. Pero ¿realmente se mejoró la salud materna y perinatal en estos 2 municipios?, ¿Si hubo una disminución de la mortalidad materna? Eso lo veremos más adelante.

Y con base en el Instrumento Normativo para la Formulación del Anteproyecto de Presupuesto de Egresos de Hacienda del Estado 2019 se consideran a los 4 municipios cobertura de la JSIX con muy alto grado de marginación tal y como lo muestra el siguiente cuadro:

Fuente: Capítulo XXVI. Estadística de población. Instrumento Normativo para la Formulación del Anteproyecto de Presupuesto de Egresos de Hacienda del Estado 2019.

INDICE DE DESARROLLO HUMANO (CONEVAL)

Cuadro G.

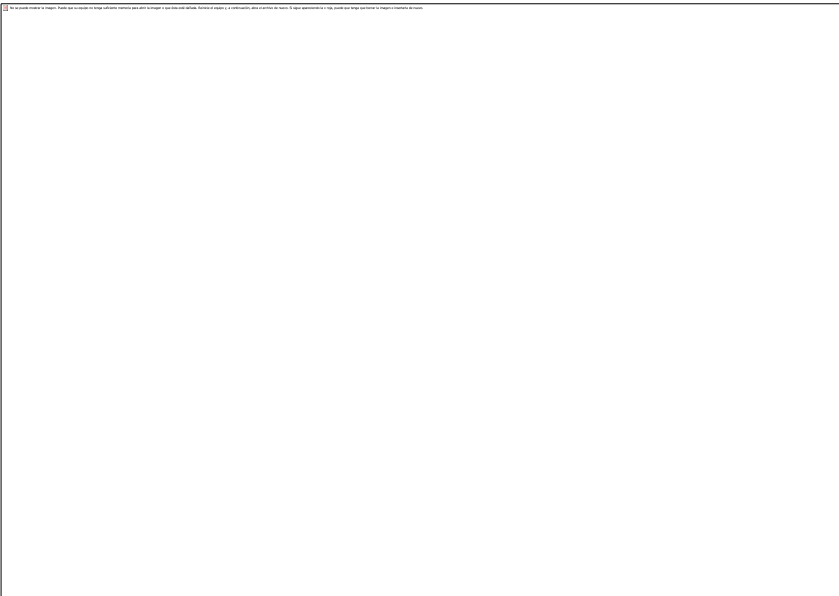


Fuente: Índice de Desarrollo Humano Municipal en México: nueva metodología. PNUD 2014

Como podemos observar en el Cuadro G, los municipios de Chilón y Sitalá se encuentran dentro de los municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH), el cual como ya sabemos lo calcula la Oficina de Investigación en Desarrollo Humano (OIDH) del PNUD, tomando en cuenta 3 dimensiones básicas para el desarrollo: 1) el índice de Educación, 2) el Índice de Ingreso y 3) el Índice de Salud; por lo que además de estar dentro de los municipios beneficiados por la Iniciativa Salud Mesoamérica fueron beneficiados en su momento con la estrategia pública de la Cruzada contra el Hambre. Con estas estrategias y las acciones en salud por parte de la Secretaría de Salud, se intenta impactar y mejorar las condiciones de Salud y minimizar el rezago socioeconómico de nuestra población de cobertura, así como dejar los primeros lugares en mortalidad materna. Es importante mencionar que en los 4 municipios de cobertura el Índice en Salud es el que mejor calificación tiene por lo que suponemos que las estrategias en salud han impactado de manera positiva. Ahora no podemos dejar de observar que la educación y el ingreso económico familiar afectan directamente a la salud de la población por lo que, de no mejorar estos índices, será muy difícil alcanzar el puntaje de 1 en salud.

MUNICIPIOS CON DIFÍCIL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

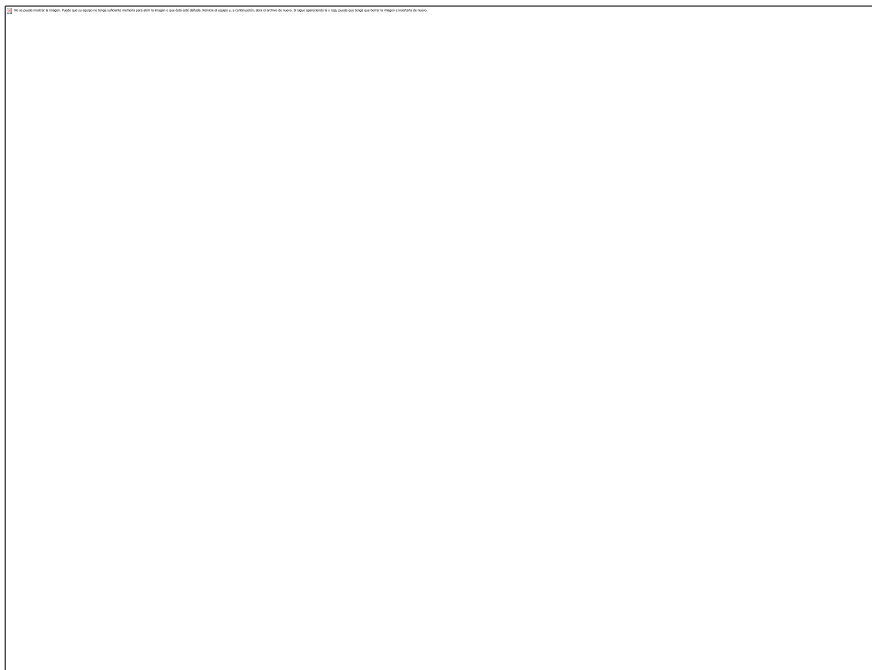
Basados en el cálculo del porcentaje de la población con carencia por acceso de los servicios de salud obtenidos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), las estimaciones del Coneval y los datos de INEGI 2017; Chiapas se encuentra con un porcentaje de 85% de accesibilidad a los servicios de salud siendo de los Estados con difícil accesibilidad. Como se muestra en la gráfica.



Además debido a la geografía propia de la región y la precaria red de vías de comunicación (carreteras y caminos) hacen que en esta JSIX los 4 municipios sean considerados como de difícil acceso, prueba de ello es que somos la Jurisdicción Sanitaria con mayor número de unidades del programa de Fortalecimiento a la Atención Médica (F.A.M.) a nivel Estatal, las cuales son asignadas a los municipios de difícil acceso; y con 4 brigadas en zona de vuelo, donde solo se llega por avioneta tipo cessna, siempre y cuando el clima lo

permita, a las Microrregiones de Amador Hernández, Candelaria, Benito Juárez Miramar y Guanal en el Municipio de Ocosingo, haciendo de estas unidades las de mayor complejidad para brindar una atención continua, además del personal incompleto como habíamos comentado anteriormente.

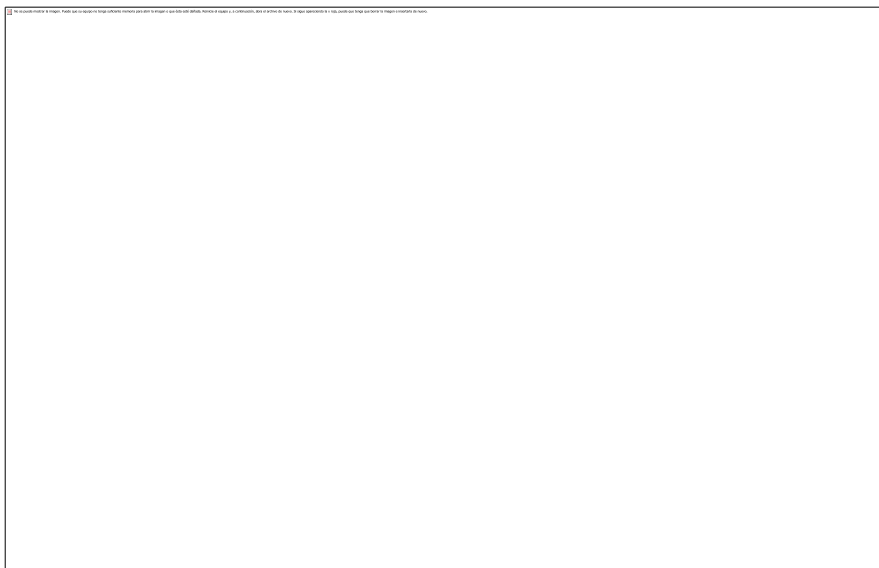
ESPERANZA DE VIDA 2016



La esperanza de vida es el promedio de años que espera vivir una persona al momento de su nacimiento sobre la base de las tasas de mortalidad por edad para un año determinado. Actualmente según el INEGI la estimación basada en México Demográfico, Breviario 1988; Estimaciones de Población de México 1990-2010 y las Proyecciones de Población de México 2010-2050 de la CONAPO (Consejo Nacional de Población), Chiapas se ubica con una esperanza de vida de 73.0 años, la más baja del país; siendo en hombres quien menos vivirían

con 69.9 años y para la mujer aumenta la expectativa de vida a 75.9 años, esto no es más que el reflejo de la suma de necesidades y el resto de indicadores bajos en materia de desarrollo social, aspecto que impacta de manera importante sobre la salud y expectativa de vida de esta población. Por lo que, de

tener embarazos exitosos, tendríamos recién nacidos sanos, los cuales podrían enfrentar de mejor manera la vida y los factores externos para así elevar en consecuencia la esperanza de vida.



Con estos mismos datos de proyección de población por entidad federativa 2010-2030 de la CONAPO podemos notar que el panorama no es alentador para nuestro estado. Por tal motivo es necesario implementar acciones que permitan llevar una adecuada atención preconcepcional que nos permita planificar las familias, así tener usuarias que busquen de manera inmediata un control prenatal de calidad, que nos lleve a una atención de parto con bajos riesgos, para obtener una persona

recién nacida en las mejores condiciones y priorizar una adecuada salud durante los 5 primeros años de vida; todo esto impactará de manera directa en la esperanza de vida de la población.

PROYECCION DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD



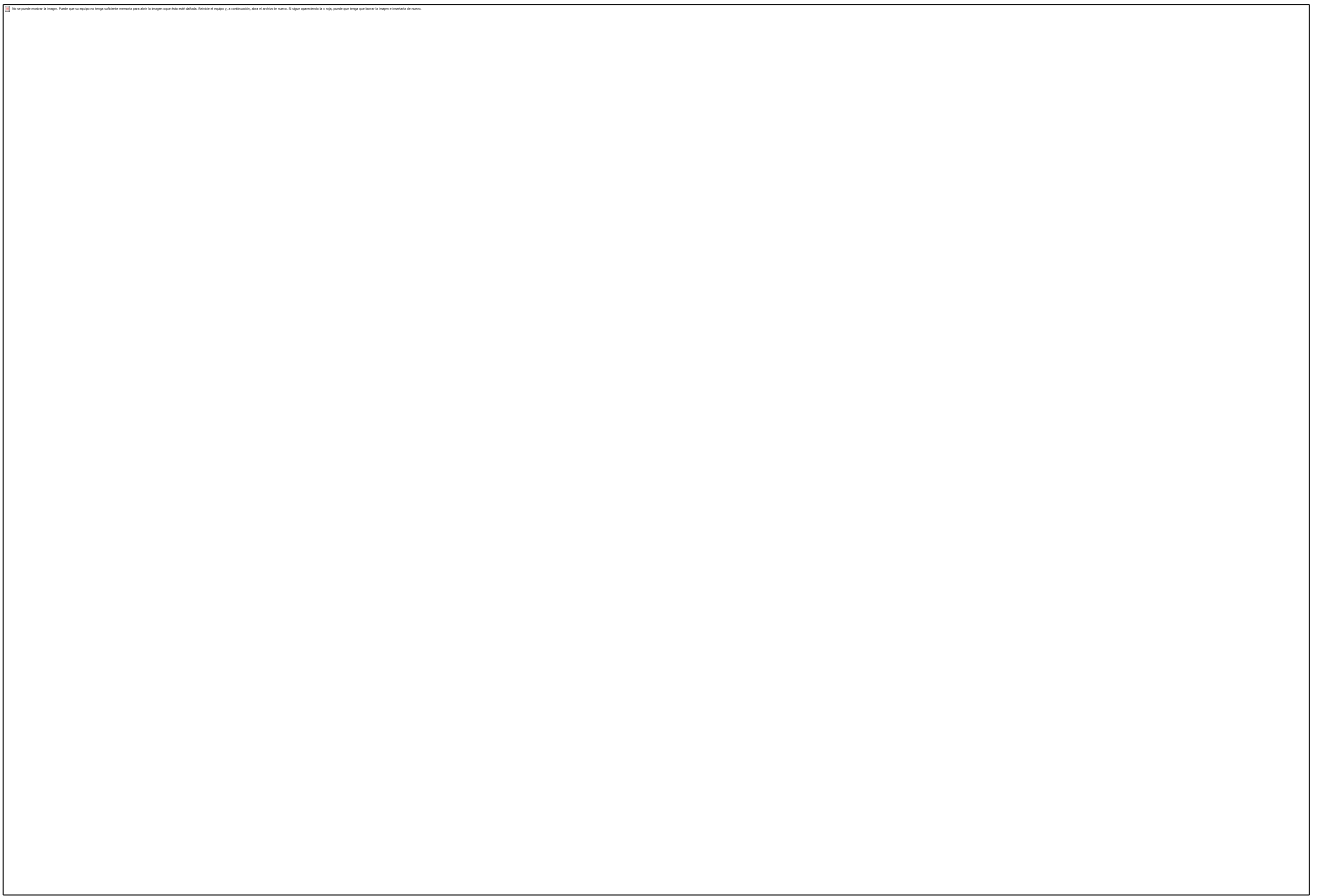
La tasa global de fecundidad (TGF) es el número promedio de hijas e hijos que nacerán de una mujer, de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo a las tasas de fecundidad por edad de un determinado periodo de estudio (normalmente de un año determinado) y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período

fértil. Es así como observando la tabla de la izquierda, Chipas tiene una tasa del 2.35 actualmente y aunque la tendencia es a la baja seguimos teniendo un alto índice de multigestas, otro de los factores para poder clasificar a los embarazos de riesgo.

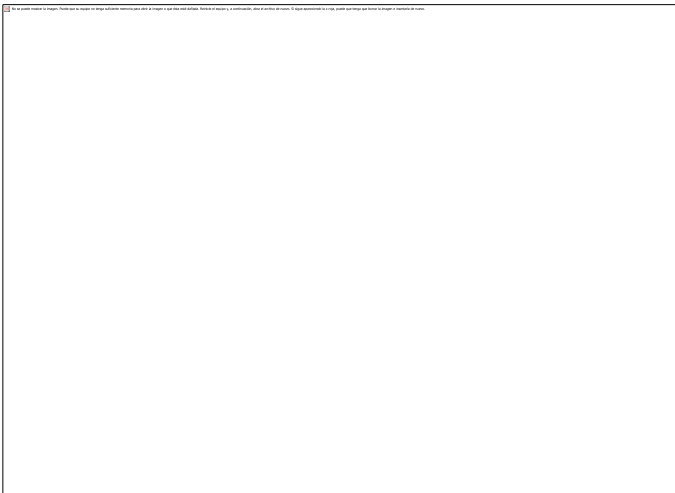
Todos los cuadros sin mención de la fuente son obtenidos del Diagnóstico de Salud 2018 el cual es el concentrado del diagnóstico de salud de todas las unidades operativas, es decir, hipotéticamente es un panorama real de los factores y determinantes que vive la población de cobertura de la JSIX los cuales influyen de manera directa en la salud materna y perinatal, así como en la respuesta a las emergencias obstétricas, por lo que ya tenemos un ligero panorama del por qué no se ha reducido la muerte materna en la zona, ahora bien con este trabajo trataremos de identificar si las estrategias de salud se están llevando a cabo y si se realizan de manera normativa o bien si son deficientes y terminan sumándose a los factores y determinantes para no reducir la muerte mater y perinatal.

Es decir, trataremos de establecer si no se ha podido reducir la muerte materna por falta de normatividad en cuestión de salud materna, o si es por la falta de cumplimiento de las mismas, o si las estrategias de salud a nivel federal y/o estatal no son las más adecuadas para cumplir con la normatividad, o si todo está bien pero las condiciones y determinantes de la región hacen imposibles esta reducción, o por ultimo si encontramos algún otro factor que sea determinante para no cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las metas a nivel mundial y nacional con respecto a la mortalidad materna y perinatal.

DATOS DEMOGRAFICOS



PIRAMIDES POBLACIONALES



--	--

PROYECCION DE POBLACION POR JURISDICCION SANITARIA

2018

--

2019

--

Como podemos observar la JSIX es la 7ª Jurisdicción en orden de población de atención, aunque esta proyección difiere con la población real de atención la cual se obtiene de los Diagnósticos de Salud Microregional de las 126 unidades médicas; así que con las unidades cerradas por falta de personal y con la falta de información de las unidades atendidas por COCS tenemos una población menor en cobertura real.

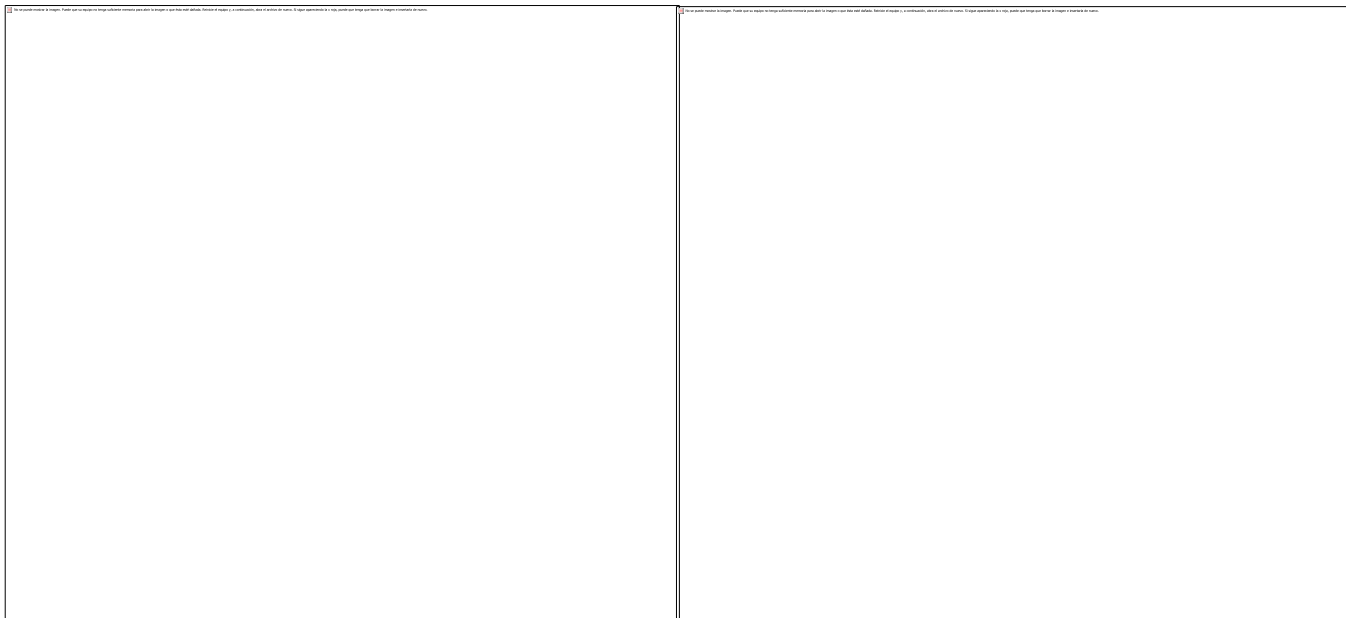
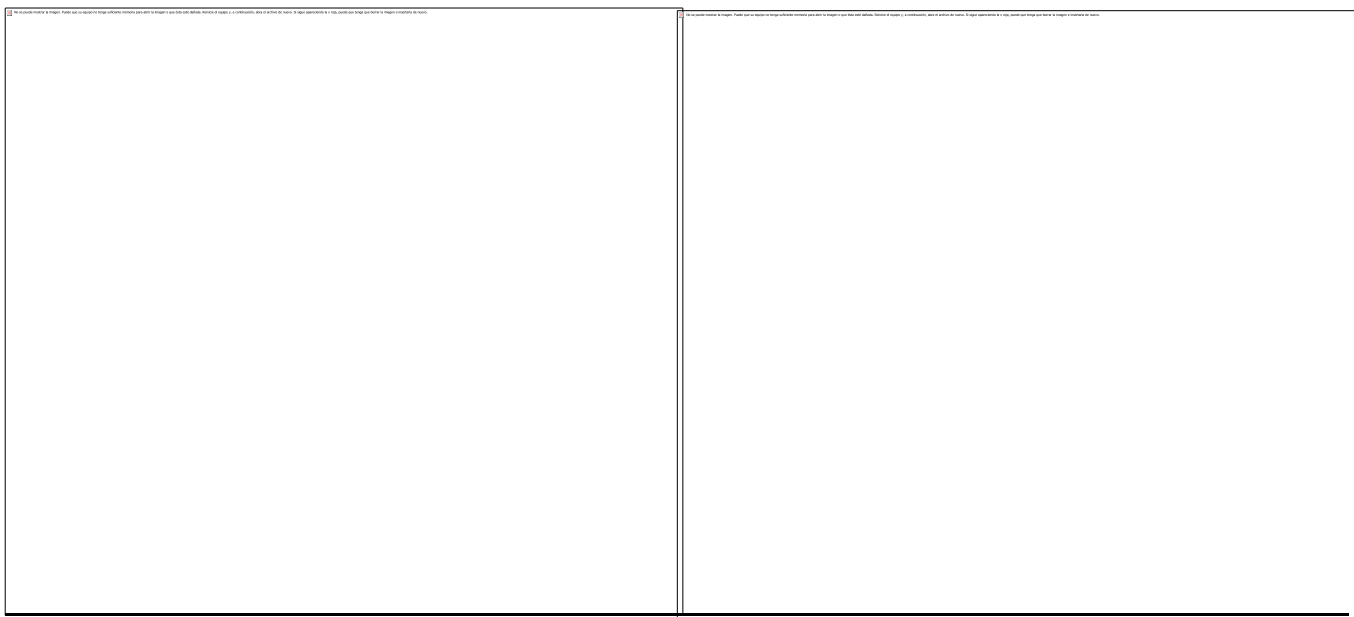
PROYECCION DE POBLACION DE LA JSIX POR TIPO DE SEXO Y DERECHOHABIENCIA

2018

2019

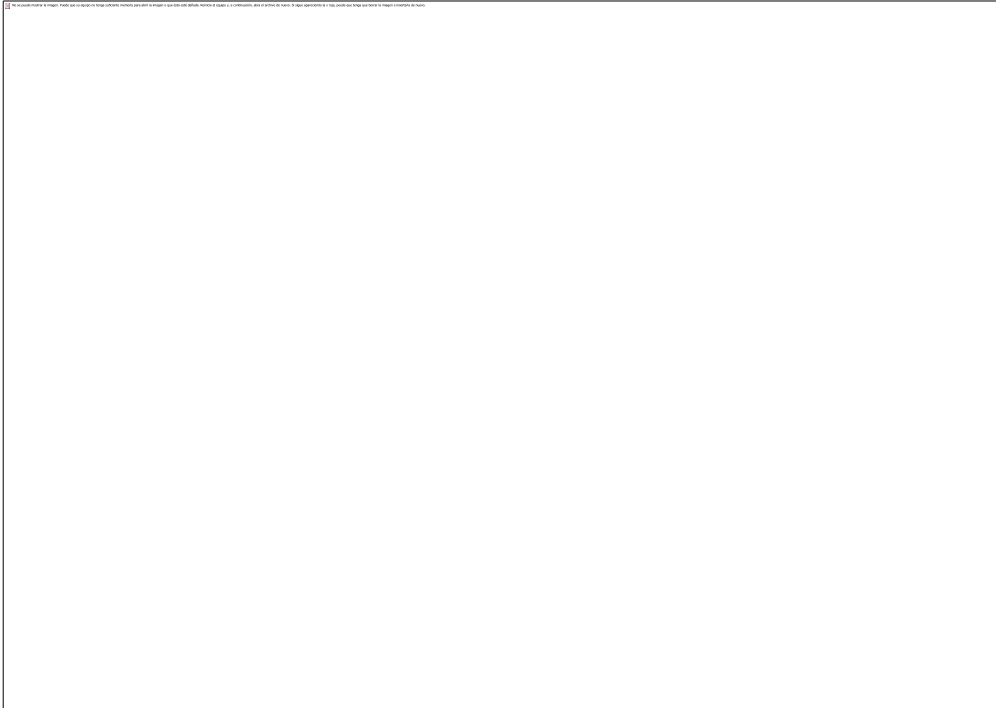
Como podemos observar a nivel jurisdiccional solo el 12% de la población tiene derechohabencia y en el caso de Chilón solo el 6%; esto le da la razón al actual presidente de la república el cual afirma que el Seguro Popular no fue lo que se había planteado y la gran mayoría de población continúa desprotegida sin acceso a los servicios de salud. Esperemos que la nueva política y el nuevo sistema de seguridad social garanticen el acceso a los servicios de salud a toda la población.

PIRAMIDE POBLACIONAL POR MUNICIPIO CON BASE EN LA PROYECCION CONAPO 2019



PIRAMIDE POBLACIONAL CON BASE EN LA PROYECCION CONAPO 2019

Tabla 1.



PIRAMIDE POBLACIONAL CON BASE EN EL DIAGNOSTICO DE SALUD 2018 DE LA JSIX³³

Tabla 2.



³³ Diagnóstico Situacional de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. IX. Ocosingo, Chiapas. Instituto de Salud del Estado de Chiapas. 2018

PROYECCION CONAPO VS Dx DE SALUD 2018 DE LA JSIX

Tabla 3. PROYECCION CONAPO 2019
2018

--

Tabla 4. DIAGNOSTICO DE SALUD JURISDICCIONAL

--

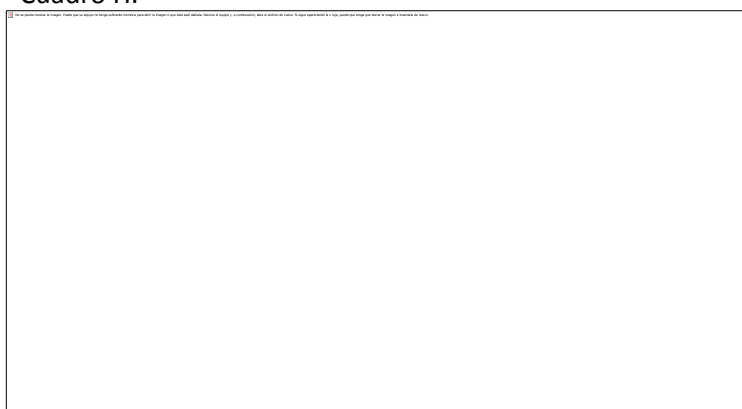
Como podemos observar en las tablas 1 y 2 que presenta la población por edades y el comparativo general de la proyección CONAPO y la población que reciben atención por parte de las unidades de salud con personal en la JSIX a través de los Diagnósticos de Salud podemos darnos cuenta que solo tenemos una cobertura del 49.26% de la población proyectada, esto es un dato de relevancia para considerarse en la planeación de metas y de presupuesto; lo cual impacta de manera directa en la salud materna y perinatal. Además tenemos aproximadamente 50,700 mujeres en edad fértil, en las cuales debemos enfocar las estrategias y acciones en salud para una maternidad saludable; además tenemos 50,808 adolescentes (hombres y mujeres) en los cuales podemos impactar con promoción a la salud, estilos de vida saludable y una adecuada planificación familiar priorizando la etapa preconcepcional, es decir, tenemos una amplia ventana de oportunidad con este segmento de la población; lo cual servirá para reducir los embarazos adolescentes y no deseado disminuyendo un gran factor de riesgo en el embarazo.

Además lo más importante sería darnos cuenta que en el supuesto que brindáramos una atención prenatal de calidad solo lo haríamos en menos de la mitad de las posibles embarazadas pues atendemos en nuestras unidades al 46.71% de las mujeres en edad fértil proyectadas por CONAPO; por lo que no garantizamos una atención oportuna.

DENSIDAD POBLACIONAL

Como se muestra en el Cuadro H, a pesar de que el municipio de Ocosingo es el municipio con mayor extensión territorial, es el que tiene la menor densidad poblacional, en cambio Sitalá que es el municipio con la menor extensión territorial tiene la mayor densidad poblacional, es decir que tenemos otro factor que debe ser considerado al establecer las diferentes estrategias en salud ya que puede ser un factor por el que dicho municipio continúa con el mayor rezago socioeconómico de la Jurisdicción Sanitaria No. IX y en el cual tenemos situaciones prioritarias en salud como las IRAS, EDAS, las enfermedades transmitidas por vector y las emergencias obstétricas.

Cuadro H.



Fuente: Diagnóstico Situacional de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. IX. Ocosingo, Chiapas. Instituto de Salud del Estado de Chiapas. 2018

PORCENTAJE DE POBLACION INDIGENA



México se reconoce como un país multiétnico y pluricultural, sustentado en sus pueblos originarios y en un profundo y generoso mestizaje; en el caso de la JSIX como se podrá observar en el cuadro de arriba, el 84.33% de nuestra población de cobertura es indígena y además con un predominio en lengua tzeltal lo cual dificulta la interrelación del personal de salud con la población, siendo de mayor obstáculo en la atención de las urgencias; por lo que es de suma importancia sensibilizar al personal en los servicios de salud con interculturalidad; además de esto se debería establecer que la atención debe ser en su lengua para poder afirmar que otorgamos un servicio de calidad, es decir, normar que el personal de salud hable la lengua originaria principalmente en el 1er contacto ya que es un derecho de la población ser atendida en su propia lengua.

El inicio sería hablar el mismo idioma pero además el personal de salud deberá adquirir las herramientas necesarias para entender la complementariedad entre dos sistemas de salud (institucional y tradicional), es decir conocer y entender la cosmovisión que tiene la población ante la enfermedad con el objeto de hacerle frente y mejorar la salud de la población indígena reconociendo la diversidad cultural, las relaciones equitativas, el respeto a las diferencias y el enriquecimiento mutuo para mejorar. Por lo que la estrategia del uso de intérpretes debe ser solo el comienzo, porque esto no puede llamarse interculturalidad, no hay una interacción. Un claro ejemplo del posible mal enfoque de estas estrategias son los letreros en tzeltal, ya que la mayoría de la población que no habla nada de español no sabe leer.

En el caso específico de la salud materna y perinatal este es un aspecto relevante ya que la gran mayoría de las embarazadas son atendidas por parteras, las cuales desafortunadamente durante muchos años fueron olvidadas, mal vistas y se estigmatizaron como las culpables de las complicaciones e incluso de la muerte de muchas embarazadas. Hoy en día con la política en salud que busca servicios de salud con pertinencia cultural, la cual también es una prioridad de la actual administración a nivel federal, ha permitido reducir la brecha entre el personal de salud y las parteras tradicionales prueba de ello, y como se especificará más adelante, la JSIX ha sido una de las pioneras a nivel estatal en implementar en algunas unidades el parto humanizado con pertinencia cultural, con el objetivo que a corto plazo esté implementado en todas las unidades de atención de parto, incluso nuestro personal fungan como capacitadores a nivel estatal de esta estrategia. Es cierto que en muchos lados es solo un discurso político y que aún hay personal que discrimina y denigra el trabajo del personal comunitario, y que falta mucho para llegar al ideal pero por lo menos en la JSIX si se está trabajando para reducir esta brecha y que en un tiempo no muy lejano este personal comunitario sea totalmente activo en nuestras unidades.

DATOS RELEVANTES DE ATENCION MEDICA

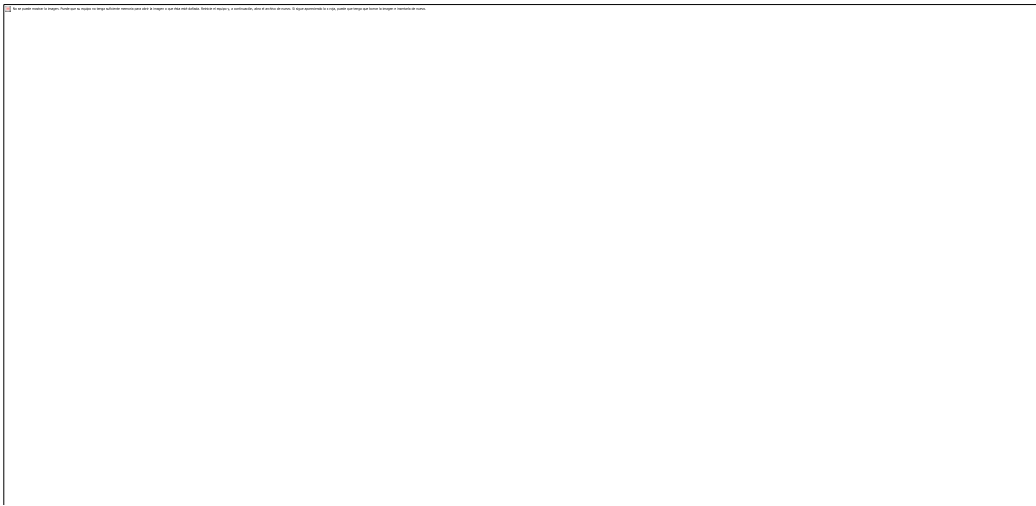
INFORMACION GENERAL 2006 A 2017 DE CHIAPAS



The image shows a large, empty rectangular frame, likely representing a table or chart that was not rendered or is a placeholder. The frame has a thin black border and is positioned below the section header.

Un dato que podemos resaltar es que los partos atendidos en 1er nivel no han aumentado, inclusive a partir del 2013 fueron menos atenciones que en el 2006, pero hemos tenido un incremento importante de partos atendidos en 2º nivel. Un análisis que pudiéramos hacer a futuro es cuántos de estos han sido por referencia oportuna, cuántos por alguna emergencia o complicación obstétrica o cuántos por que la embarazada desea la atención en un mejor nivel de atención. Así mismo en el 2017 tenemos menos atenciones en casi todos los rubros y esto puede deberse al subregistro y los problemas que ha presentado la implementación del nuevos Sistema de Información SINBA.

CONSULTAS GENERALES 2007 A 2017 EN CHIAPAS



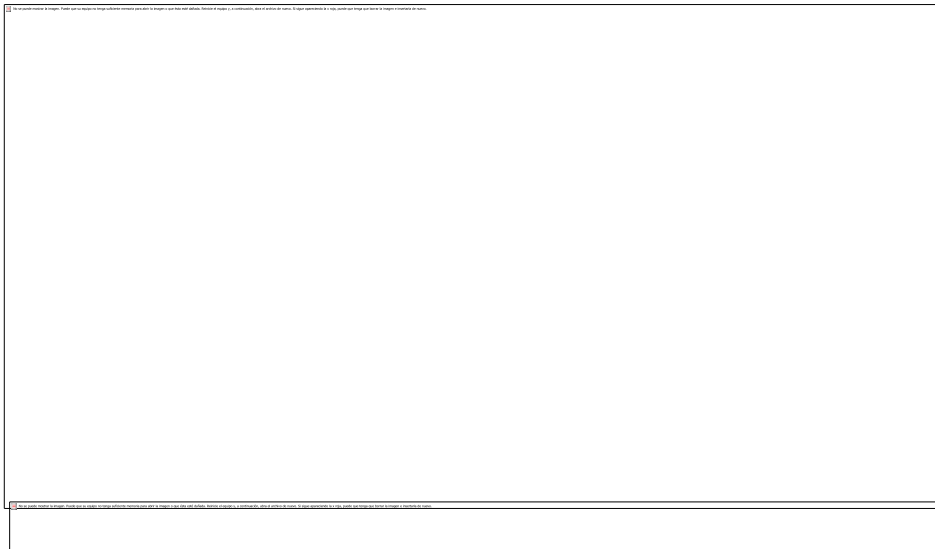
ATENCIÓN OBSTETRICA DE 2007 A 2017 EN CHIAPAS



Como podemos observar se tiene un promedio por arriba del 33% de las Cesáreas en relación al total de atenciones obstétricas en todos los años. Esto es más del doble de lo recomendado por la OMS la cual desde 1985 considera que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10 y 15%³⁴

CONSULTAS A EMBARAZADAS 2007 A 2017 EN CHIAPAS

³⁴ Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. WHO/RHR/15.02. HRP, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Organización Mundial de la Salud 2015



En este cuadro es importante mencionar que probablemente la consulta que reflejan los sistemas de salud para el 2017 presente un subregistro debido a la implementación del nuevo sistema de información SINBA, esperemos que lo realizado en el 2018 pueda brindar la información para determinar si realmente hay una baja en la consulta a embarazadas.

MOTIVOS DE CONSULTA GENERAL DE LA JSIX, PRIMER NIVEL DE ATENCION.

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA GENERAL POR MUNICIPIO 2017



Fuente: SIS-SINBA

Este cuadro y el siguiente presentan las principales causas de consulta general por municipio en el 2017 y el siguiente cuadro la realizada para el 2018, esto con la clasificación establecida en el SIS-SINBA; y cómo podemos observar, en el 2017 el 37.58 % del total de las consultas de 1ra vez y subsecuentes corresponden a sanos y para el 2018 corresponde al 39.74 % del total, en este rubro se contempla la consulta a todo paciente sano que acude a su visita semestral como prevención de enfermedades y revisión médica siguiendo los lineamientos del extinto programa de inclusión social PROSPERA, además de las consultas a embarazadas de primera vez y subsecuentes que no presentan embarazos patológicos. De este porcentaje presentaremos las consultas a embarazadas.

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA GENERAL POR MUNICIPIO 2018

Fuente: SIS-SINBA

PRODUCTIVIDAD DIARIA DE LOS RECURSOS

La Productividad se obtuvo con base en el indicador de productividad determinado por la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED) de la Secretaría de Salud, el cual se obtuvo de la consulta total de las unidades, entre los 12 meses del año para sacar el promedio mensual; posteriormente se dividió entre 20 días hábiles promedio, para obtener la productividad diaria; y para finalizar se dividió entre el número de unidades por tipología que reportan información.

PRODUCTIVIDAD POR TIPO DE UNIDAD 2017

--

(*) Es el número a considerar para el cálculo de productividad, ya que el resto de unidades en esta tipología no reportaron información durante el 2017, por una situación laboral de los COCS.

(**) U.M.M. Unidad Médica Móvil

(***) F.A.M. Fortalecimiento a la Atención Médica

PRODUCTIVIDAD POR TIPO DE UNIDAD 2018

--

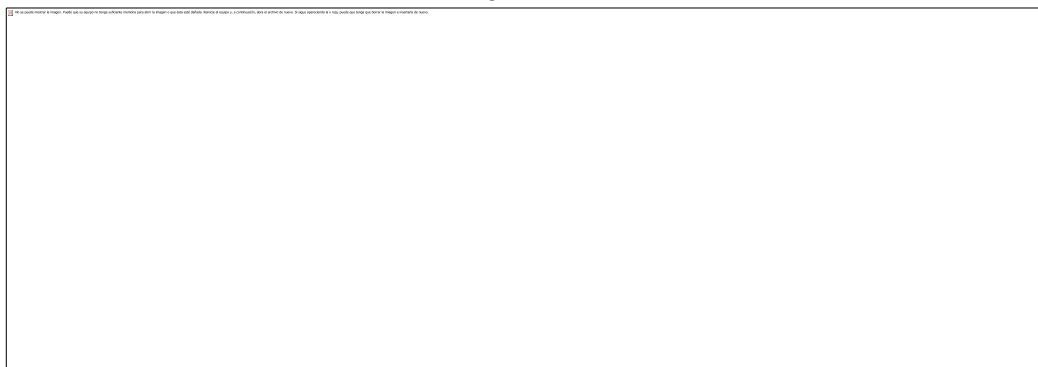
Durante el 2017 el sistema estadístico reflejo 308,731 consultas totales, y para el 2018 hubo 38,968 consultas menos que en el 2017; cabe mencionar que durante los meses de noviembre y diciembre del 2018 hubo una asamblea permanente por parte sindical afectando los sistemas de información en salud. A pesar de este sesgo de 2 meses con información incompleta la productividad diaria por unidad continua siendo muy baja, lo que representa un costo muy alto sobre todo si lo comparamos con la inversión que se realiza para la implementación de una consulta. Las unidades que incrementaron su productividad son las que tienen más de 1 Núcleo Básico, las demás unidades siguen con el promedio aproximado del año pasado. No obstante el esfuerzo realizado por cierto número del personal, en promedio a nivel jurisdiccional continuamos con una productividad baja en comparación con la cantidad que señala el indicador para consulta diaria.

Uno de los objetivos a trabajar por parte de la Coordinación de Atención Médica, será incrementar esta productividad priorizando la permanencia del recurso en las unidades y retomando la supervisión por parte de los ahora Equipos Zonales de Supervisión, causando un impacto positivo en todos los programas y de mayor forma en la salud materna y perinatal. No debemos dejar de

mencionar que esto dependerá en mucho de los vehículos y la asignación presupuestaria para la compra de combustible necesario para realizar estas actividades.

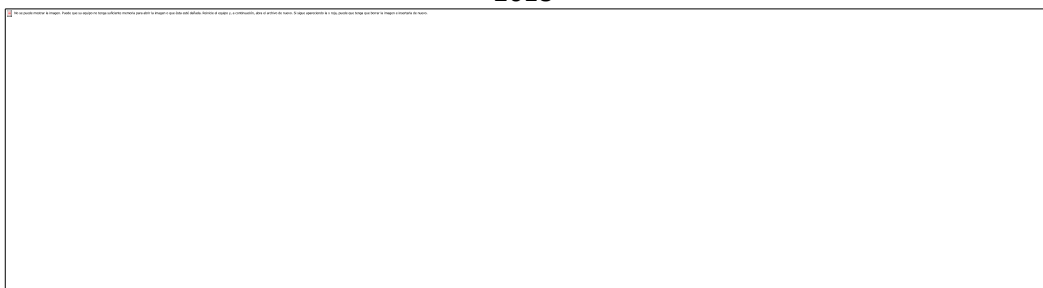
REFERENCIAS Y CONTRAREFERENCIAS

2017



Fuente: SIS-SINBA

2018



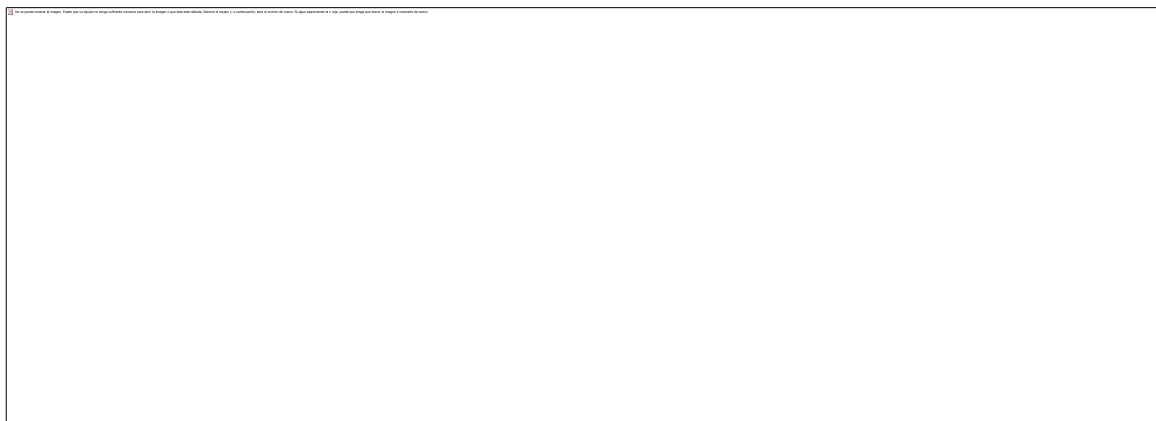
Fuente: SIS-SINBA

En las diferentes supervisiones y en los procesos de acreditación se ha mencionado los bajos números en los pacientes contrareferidos; esto a pesar de que se cuenta a nivel nacional con lineamientos para la referencia y contrareferencia de pacientes pero por los datos reflejados, es cuestionable el sistema que actualmente se emplea para contrareferir la condición o seguimiento de las patologías de los pacientes que son referidos a otros niveles.

No obstante que durante el 2018 la Coordinación de Atención Médica, con su Departamento de Trabajo Social implemento estrategias pertinentes para mejorar este sistema y el trabajo entre el 1er Nivel de Atención y nuestra unidad de referencia que es el HBC, para el seguimiento de los pacientes contrareferidos no se ha logrado permear la actividad, prueba de ello es el 4.06% de contra referencias realizadas con relación al total de pacientes referidos; Insistimos que se buscaran otro tipo de actividades o estrategias que permitan avanzar y consolidar este sistema. ¿Esto afectará a la embarazada?, a mi opinión esto habla del mal seguimiento de los pacientes de manera ambulatoria,

por lo que pudiera ser un factor de riesgo para las complicaciones en embarazadas de alto riesgo, las pacientes puérperas y los recién nacidos.

CONSULTA POR ESPECIALIDAD DEL HOSPITAL BASICO COMUNITARIO 2018



Fuente: SIS, SAEH

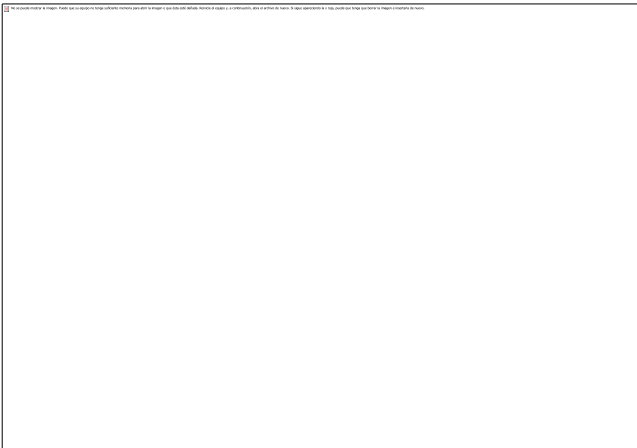
En los meses de noviembre y diciembre se presentan en con baja productividad debido a que en dichos meses el hospital entro en paro de labores, por tal motivo no se reportó información en el SIS en los meses mencionados.

El recuadro anterior de consulta para especialidad denota una baja productividad no obstante los dos meses en los cuales no hubo reporte, de manera general y con el total 2018 logrado por especialistas, la productividad diaria de consulta es de 10 entre las 4 especialidades, esto es 2.5 consultas para cada una de ellas, esta situación es ciertamente preocupante, y es de interés jurisdiccional acordar con el cuerpo directivo del hospital, se implementen estrategias que permitan incrementar o reportar la consulta que estos especialistas brindan al interior del H.B.C de Ocosingo.

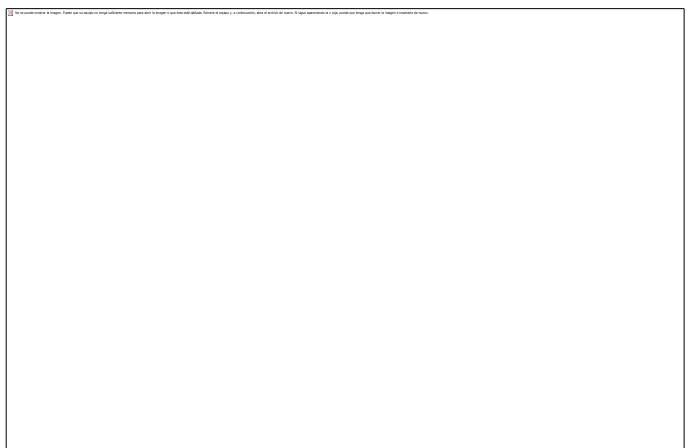
DATOS RELEVANTES DE SALUD PUBLICA

MORBILIDAD DE LA JURISDICCION SANITARIA IX

PRINCIPALES CAUSAS 2017



PRINCIPALES CAUSAS 2018

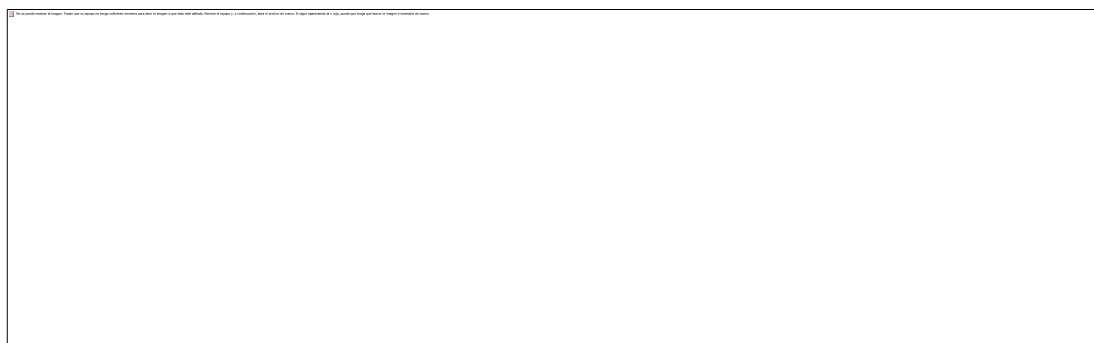


Fuente: SUAVE 2017 y 2018.

Congruente con las principales causas de morbilidad, las enfermedades transmisibles es la primera causa de consulta externa y como se observa en las tablas de morbilidad, las Infecciones Respiratorias Agudas son la principal causa en casi todas las etapas de la vida. Además es importante

remarcar que gran número de consultas corresponden al seguimiento de las diferentes estrategias en salud las cuales son consulta a enfermedades crónico degenerativas, planificación familiar, control nutricional y consulta a sanos por parte del seguimiento de los beneficiarios del programa Prospera, consultas de salud bucal y una de las causas más importantes de consulta externa es el seguimiento del control prenatal que es una de las acciones más efectivas para tratar de reducir la mortalidad materna.

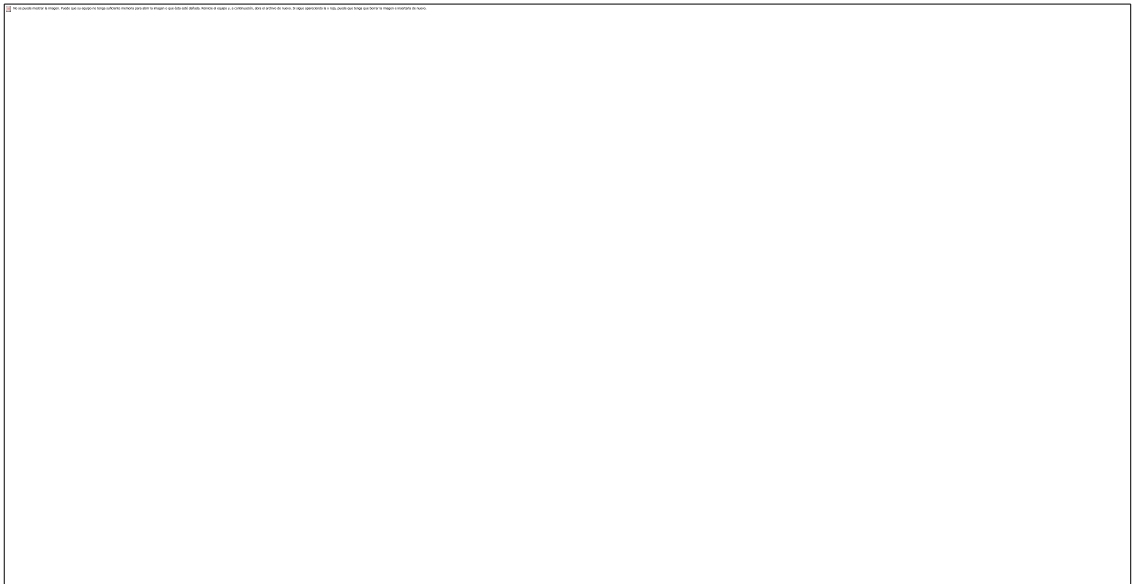
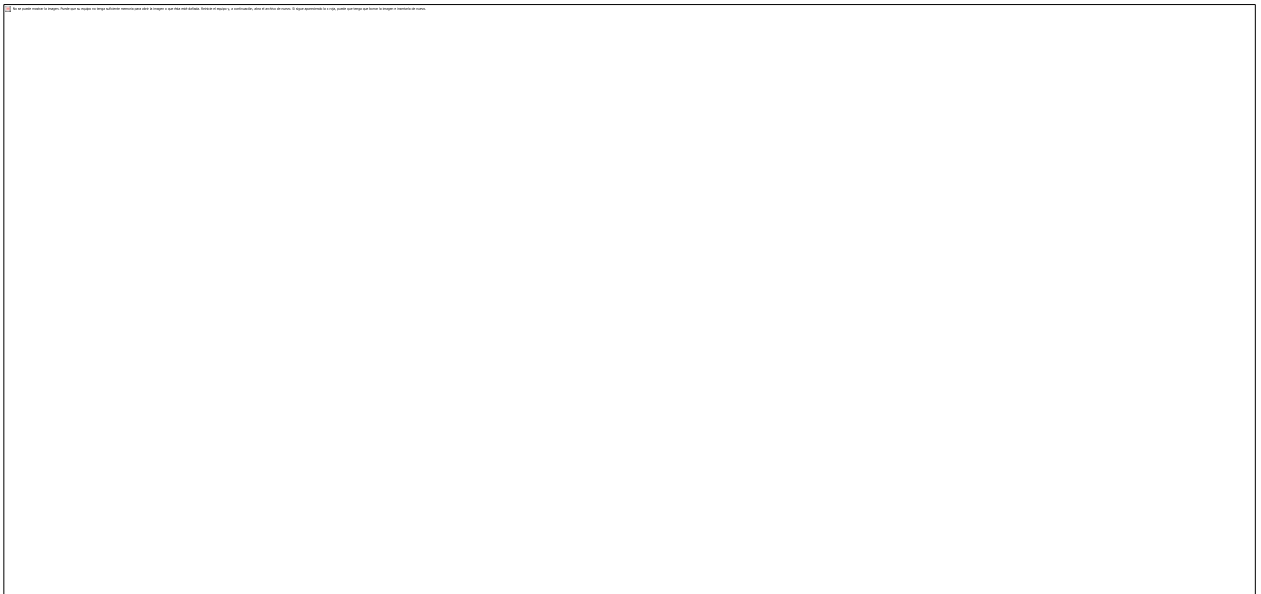
MORBILIDAD DEL HOSPITAL BASICO COMUNITARIO 2018



Fuente: SIS, SAEH

Como se puede observar, afecciones de la salud materna y perinatal se encuentran entre las 10 principales causas de morbilidad de nuestra unidad de referencia. Así que aunado a la falta de personal que se mencionó, la deficiencia en el sistema de referencia y contra referencia, la deficiente relación entre la JSIX y el HBC, etc., podríamos establecer que esta problemática sería sin indiscutiblemente una de las causas por las que no se ha podido reducir de manera considerable la muerte perinatal en la región.

MORTALIDAD DE LA JURISDICCION SANITARIA IX



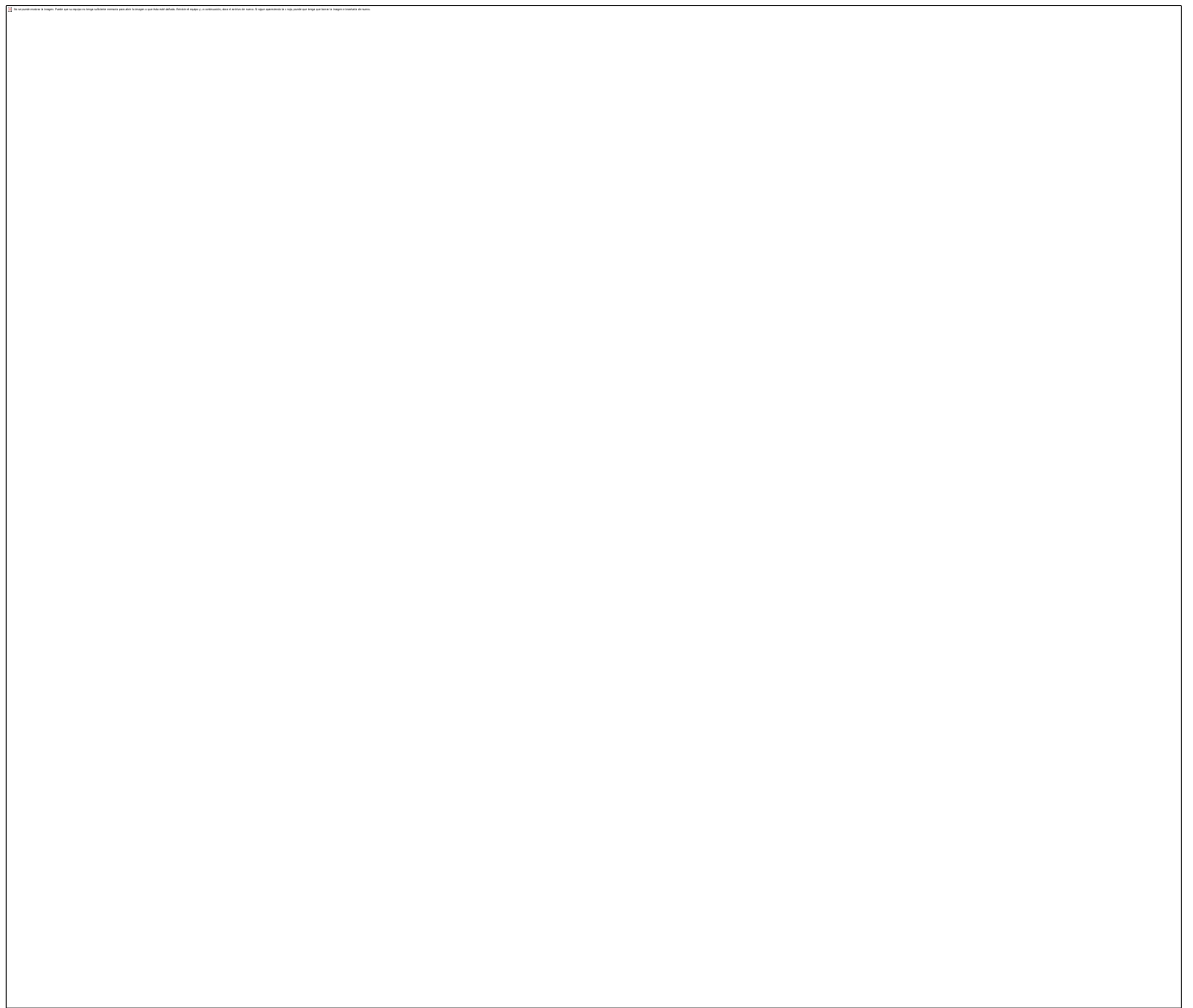
Como se muestra en los cuadros anteriores, obtenido del SEED y REMO, dentro de las 10 principales causas de mortalidad en la JSIX se encuentran las muertes neonatales y en las cuales se incluyen las complicaciones del embarazo como hemorragias y las septicemias. De igual forma no debemos olvidar que el mal llenado de los certificados de defunción, la mala clasificación y determinación de los diagnósticos que se establecen como causas de defunción hacen que no se tenga realmente claro el panorama de la muerte materna y en ocasiones permite que haya un subregistro de las mismas.

MORTALIDAD MATERNA DE LA JURISDICCION SANITARIA IX

Fuente: SEED y REMO

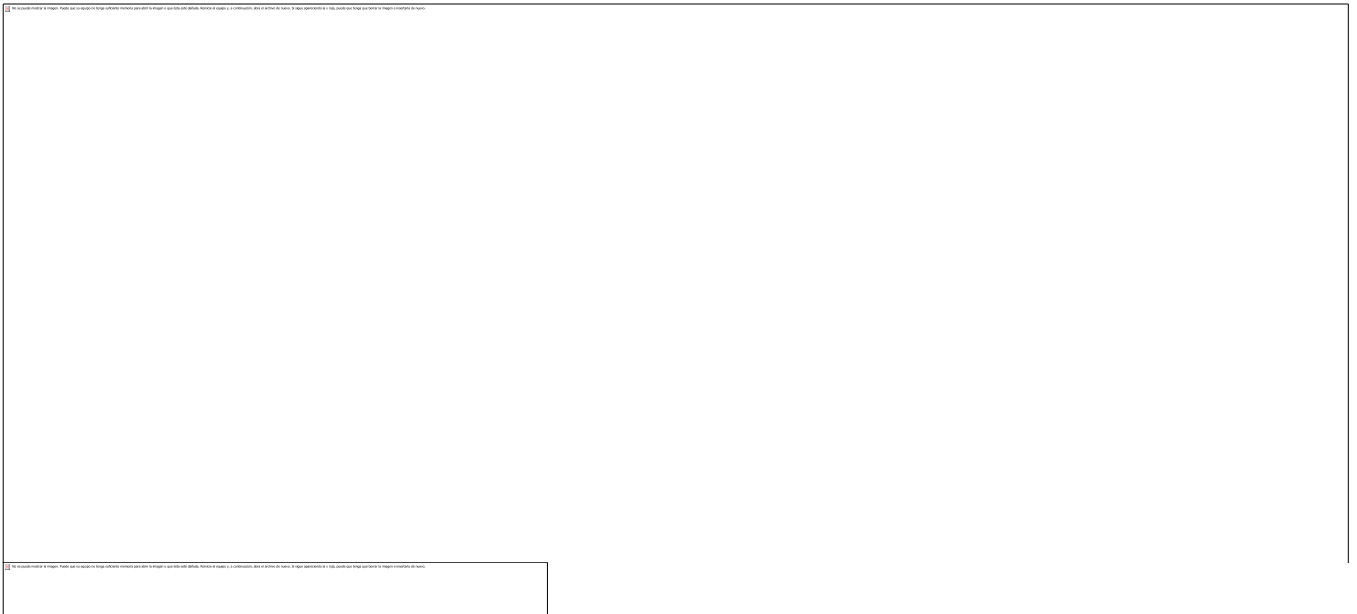
Fuente: SEED y REMO

Como se observa en el 2017 hubo 3 muertes maternas más, a pesar de las estrategias que se han implementado a nivel estatal y jurisdiccional. El análisis de la mortalidad nos permite determinar el rumbo que deben tener nuestras estrategias en salud, y es un indicador de impacto, es decir, nos permite valorar si son efectivas las estrategias que están ejecutándose, para hacer frente a aquellas causas que pueden ser prevenibles con acciones básicas en salud las cuales generaran un impacto social importante; por ello debemos fortalecer la atención oportuna, de calidad técnica y humana para facilitar a toda nuestra población la accesibilidad a los servicios de salud. Ahora bien para este 2018 hubo una muerte materna menos, ninguna localidad repitió en estos 3 años pero es evidente que Chilón y Ocosingo son municipios repetidores por lo que debemos realizar un análisis más a fondo por las causas y así determinar qué diferencias hay con los municipios de Altamirano y Sitalá.



Estos datos nos dan una **RMM para el 2017 de 153.3 y para el 2018 de 141.8 muertes por cada 100,000 habitantes**, por lo que la JSIX se encuentra de 4 a 5 veces por arriba de la media nacional; es por esto que es de suma importancia determinar que pasa en la región que a pesar de las estrategias no se ha tenido un impacto real en la RMM. ***¿En qué seguimos fallando?, ¿Qué no hemos hecho?*** o aún más grave ***¿No nos hemos dado cuenta cuál es el verdadero factor determinante en las Muertes Maternas de la región?***

PANORAMA EPIDEMIOLOGICO DE LA JSIX



ANALISIS DE LAS ESTRATEGIAS Y ACCIONES PARA LA REDUCCION DE LA MUERTE MATERNA Y PERINATAL

El Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene como objetivos, de acuerdo a la Ley General de Salud, proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones **preventivas**; contribuir al desarrollo demográfico armónico del país; colaborar al bienestar social de la población; dar impulso al **desarrollo de la familia** y de la comunidad, así como a la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez; apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida; impulsar un sistema racional de administración y desarrollo de los recursos humanos para mejorar la salud; coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionadas con la salud y con el uso de los servicios que se presente para su protección y promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud de la población.

Así, el SNS, pretende ser un sistema integral; financiado predominantemente con recursos públicos, pero con participación privada; regido por la Secretaría de Salud; sustentable; centrado en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; con un modelo de atención flexible y diseñado a partir de la **transición epidemiológica** y demográfica por la que atraviese el país, y con fuertes vínculos intersectoriales. Basado en 5 objetivos que son:

- Mejorar las condiciones de salud de la población;
- Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones **focalizadas** en grupos vulnerables y comunidades marginadas;
- Prestar servicios de salud con calidad y seguridad;
- Evitar el empobrecimiento de la población por motivos de salud, y
- Garantizar que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país.

Es por esto que México trabaja fuertemente en avanzar y mejorar la salud de la mujer, de las y los niños recién nacidos y adolescentes, y acelerar la reducción de la morbilidad y mortalidad, con la absoluta decisión de lograr metas congruentes con una realidad de país, apoyando a los grupos en situación de vulnerabilidad como la población indígena, con discapacidad y urbano-marginada. En el país existen situaciones diferenciales de dispersión poblacional, acceso a servicios de salud y condiciones de pobreza, que determinan una calidad heterogénea en el registro de las estadísticas vitales, entre ellas las de defunción. Es por ello que la morbilidad y mortalidad materna e infantil hoy por hoy, son prioridades a nivel mundial y nacional, debido a que es el **indicador más sensible de las condiciones de desigualdad prevalecientes**.

La muerte materna tiene hondas repercusiones familiares, sociales y económicas. La mayor parte de las veces la MM está condicionada por la interrelación de factores educativos, económicos y culturales, así como la disponibilidad y calidad de los servicios de salud, pero, ¿Soló serán estos aspectos los determinantes para que la tasa y razón de MM sea mayor en Chiapas?, ¿Qué importancia tiene la atención prenatal oportuna para la prevención de la MM?, ¿Por qué otros estados han disminuido la cantidad de MM y Chiapas las ha aumentado?

De acuerdo al Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2014, y con la Evaluación estratégica sobre mortalidad materna en México 2010, ambos documentos emitidos por el CONEVAL, en dicha evaluación se destacaba que:

“La afiliación a servicios de salud se había incrementado considerablemente en los últimos años, pero dicho incremento no significó un crecimiento de la calidad en el servicio, como lo muestran los datos sobre mortalidad materna y atención en los servicios de salud; por lo tanto, es relevante considerarlo todavía como un reto.”

Un claro ejemplo de que no hemos superado este reto es la probable ineficiencia del Seguro Popular el cual buscaba brindar cobertura a toda la población que no contaba en su momento con afiliación, y así poder brindar atención de calidad y mejorar la accesibilidad a los servicios de salud pero al parecer “no era ni seguro ni popular”, como lo mencionó el actual presidente de la República Mexicana.

Asimismo emite diversas recomendaciones para cada uno de los sectores que evalúa, que deberán tener atención especial por parte del Ejecutivo, Estados y Municipios, y de las cuales en materia de salud y concretamente con relación a la mortalidad materna, apuntó que:

- Cumplir la Meta del Milenio respecto a la mortalidad materna debería ser una **prioridad del Estado**. Por ello, debe ampliarse la **cobertura de los servicios de atención obstétrica** e impulsar estrategias de **identificación temprana y atención oportuna de las emergencias** en esta área, sobre todo en las zonas interétnicas, donde se localiza una alta proporción de la mortalidad materna.
- Con referencia al punto anterior, se recomienda implementar y fortalecer estrategias para la eliminación real de las barreras al acceso a los servicios de salud, por ejemplo, las relativas a transporte y comunicación en zonas marginadas.
- Es necesario mejorar sustantivamente la calidad de los servicios de salud y educación, que incluyan un monitoreo adecuado del embarazo para combatir la anemia y la desnutrición entre las madres, que también es un problema importante;...

Además a pesar de que a través del Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE), en casi todas las entidades hubo una reducción del número de fallecimientos maternos evitables y de sus tasas de muerte materna, todavía ésta disminución no ha sido homogénea en todo el país. Como pudimos observar anteriormente Chiapas sigue con cifras en aumento a diferencia de los demás estado del país.

Es decir que llevamos años con recomendaciones prácticas, que no requieren mayores gastos ni infraestructura, las cuales aún no se aplican de manera operativa en todo el país, ahora bien, es indiscutible que las estrategias actuales han funcionado de alguna manera ya que otros estados han presentado reducciones importantes en su RMM, ¿Qué está pasando en Chiapas que a pesar de estas estrategias y la asistencia de la ISM, que ha logrado resultados exitosos en otros países, no hemos reducido las MM?, al contrario siguen con una tendencia a la alta. Más adelante estableceremos que realizamos con base en la normatividad vigente y veremos si podemos identificar algún otro factor negativo determinante.

CHIAPAS, ALGUNOS ASPECTOS A CONSIDERAR CON RESPECTO AL RESTO DEL PAIS

Un claro ejemplo de la discrepancia de los resultados nacionales con la situación de Chiapas es el Informe Anual, México 2017 de la UNICEF,³⁵ donde se menciona que el 99% de las mujeres con un nacido vivo recibió atención prenatal, principalmente de parte de personal médico y tuvo al menos cuatro consultas de control, en los últimos dos años. El 88% de las embarazadas recibieron consejería pre- o post-natal sobre anticoncepción, pero solo 49% recibió consejería pre- o post-natal sobre salud mental y depresión. El 98% de los nacimientos fueron atendidos por personal calificado y se atendieron en una unidad médica. Además de que durante la primera semana después del parto, las mujeres recibieron información:

- 48% sobre infecciones en la primera semana post-parto.
- 42% sobre pre-eclampsia o eclampsia.
- 36% sobre hemorragias.
- 27% sobre trombosis o coágulos.

Como vemos esto desafortunadamente no refleja la verdadera situación que vive la salud materna y perinatal, menos en la zona sureste del país y en particular no refleja la situación que vive las comunidades de la región selva lacandona en las que brinda atención la JSIX. Esta discrepancia la podemos hacer más clara mencionando que en el 2017 solo 29.18% recibió atención en el primer

35

Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. 2016. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015; Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México.

trimestre de embarazo y aunque en el 2018 subió a 34.69% aún continuamos por debajo del 50% ideal para poder decir que realizamos una atención oportuna.

Por otra parte, en alianza UNICEF con la Secretaría Ejecutiva del SIPINNA y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), desarrollaron un Manual de actividades de orientación entre adolescentes para prevenir el embarazo, que servirá de guía para más 2,665 adolescentes voluntarios en todo el país y quienes se han comprometido en promoverlo activamente en sus entornos. Esto ya que como lo menciona la UNICEF, México es el país con la tasa de embarazos adolescentes más alta entre los países de la OCDE, pero ahora ¿Por qué en esta zona no fue una prioridad estos manuales? Si sabemos que en Chiapas, como lo vimos anteriormente, es el estado con mayor porcentaje de matrimonio infantil en México.

Además en este Informe Anual, también se menciona que unieron esfuerzos con ONU Mujeres y UNFPA para incluir el tema del matrimonio infantil y las uniones tempranas en la implementación de la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo Adolescente, con la intención de vincular esta estrategia al Programa Global de Matrimonio Infantil. El matrimonio y las uniones tempranas despojan a las niñas y a las adolescentes de su infancia. Son una práctica nociva y una forma de violencia que vulnera sus derechos y les afecta en su salud, educación, integridad e incrementa la discriminación y la violencia contra ellas; ya que entre las consecuencias directas se tienen el abandono escolar, embarazo prematuro, mayor morbilidad y mortalidad materna, transmisión intergeneracional de la pobreza y limitaciones en las oportunidades a lo largo de sus vidas.

La salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, así como la prevención del embarazo adolescente ha sido desde varios años atrás un tema prioritario para la JSIX, implementando diversas estrategias y actividades con este grupo; y como se mostró en las cifras, en Chiapas el matrimonio infantil, la cosmovisión de las relaciones de pareja, los usos y costumbres de nuestra población describen una situación particular que requiere, además de estrategias diferentes, medir el impacto real de las mismas.

Como hemos podido observar en este documento la mortalidad materna es multifactorial, de hecho los organismos de vigilancia de la muerte materna no han podido coincidir, por ejemplo:

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo ve como factores:

- La edad a la que las mujeres empiezan a tener hijos o dejan de tenerlos;
- El intervalo entre los nacimientos;
- El número total de embarazos a lo largo de la vida, y

- Las circunstancias socioculturales y económicas en que viven las mujeres son factores que influyen en la mortalidad materna.³⁶

La organización, “Servicios Internacionales de Asesoría sobre el Embarazo”, coincide con el factor edad, sin embargo, indica que la mortalidad materna también se relaciona con:

- La etnicidad: ser indígenas aumenta el riesgo de Muerte Materna;
- El nivel de la educación formal: 8.7 % de las mujeres fallecidas NO tuvieron acceso a la educación a nivel nacional, y en Estados como Chihuahua, Chiapas, Guerrero, Puebla, Oaxaca, Michoacán, Hidalgo, Veracruz y Morelos, este porcentaje oscila entre 10 y 25 %.
- La seguridad social: casi una de cada tres mujeres no contaba con seguridad social, mientras que alrededor del 40 % estaba afiliada al Sistema Nacional de Protección Social en Salud.³⁷

De acuerdo con el CONEVAL otros factores que se identifican como determinantes en la mortalidad materna son:

- Las largas trayectorias que llevan a cabo las mujeres para la atención de la emergencia obstétrica.³⁸

También señala que las demoras documentadas por el sector salud y los organismos no gubernamentales son:

- Rechazo de las mujeres;
- Postergación de su ingreso a la unidad;
- Tardanza entre la indicación médica y el tratamiento;
- Incumplimiento de las normas para la atención de la urgencia obstétrica;
- Desconocimiento de los signos de alarma y su oportuna atención, el retraso entre la urgencia y la cirugía;
- Retraso en el traslado del área de urgencias a la de terapia intensiva, y ausencia de puestos de sangrado y, por tanto, dilación entre el requerimiento y la ministración.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud, señala que:

³⁶ Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Dirección en Internet: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf. fecha de consulta 27 de mayo de 2015.

³⁷ Ipas México, La muerte materna: una violación a los derechos humanos de las mujeres, Op. Cit.

³⁸ Ipas México, La muerte materna: una violación a los derechos humanos de las mujeres, Op. Cit.

- La falta de acceso equitativo y oportuno a servicios de calidad es la causa de fondo de la mortalidad materna.³⁹

El Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), quien señala que:

- "El incremento del índice de cesáreas más allá del límite de sus beneficios, agrega morbilidad y costo, y se transforma de solución, en problema."

Y como es importante recordar el porcentaje de cesáreas ideal según la OMS es de 10 a 15 % de las atenciones obstétricas y en Chiapas hasta el 2017 tenemos un promedio de 33%.

La Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM), identificó en el caso particular de Chiapas factores como⁴⁰:

- Grandes distancias entre las comunidades y los hospitales, por la dispersión geográfica y la falta de caminos transitables.
- Problemas económicos de la población para el traslado de pacientes.
- Barreras de orden religioso o por adscripción Zapatista.
- Indiferencia o desconfianza de la población hacia el personal de salud y los servicios médicos institucionales en general.
- Barreras culturales asociadas con la toma de decisiones familiares que obstaculizan el traslado de mujeres con complicaciones del parto.
- Barreras relacionadas con las lenguas indígenas y el analfabetismo de las mujeres.
- Barrera por el requisito de referencia de una unidad médica para que las mujeres con urgencias obstétricas que buscan atención inmediata sin pasar a los centros de salud o estar inscritas en el Seguro Popular sean admitidas a los hospitales.

Es de destacar que a pesar de todos estos factores, existe uno que resulta determinante para que todas las acciones que establezcan los gobiernos en cualquiera de sus órdenes se cumplan, y éste es, la voluntad política para enfrentar el problema, la cual puede resultar un obstáculo cuando no existe la disposición necesaria para llevar a cabo las transformaciones estructurales e institucionales que se requieren para combatir el problema.⁴¹

Es importante reconocer la importancia de la atención prenatal, pero no puede ser un servicio sujeto a la demanda espontánea de atención por parte de las mujeres, se deben buscar estrategias de búsqueda intencionada con el fin de priorizar el derecho a la salud; además no debe ser indiferente a

³⁹ Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Salud reproductiva y maternidad saludable. Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos, Op. Cit.

⁴⁰ Manual de Operaciones SM2015. Instituto de Salud del Estado de Chiapas. 2012

⁴¹ Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Gobierno Federal, Salud, Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México, Pág. 11, Dirección en Internet: http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/info_public/estrategia_integral.pdf. Fecha de consulta 29 de junio de 2015

lo que ocurra durante el parto y el puerperio, sin olvidar la etapa preconcepcional, como lo tendría en consideración la ISM, la atención debe priorizarse en todo el ciclo de la vida.

Las principales causas de muertes maternas (hemorragia, hipertensión y sepsis), neonatales (asfixia, prematuridad y trauma al nacimiento), e infantiles (infecciones respiratorias y enfermedades intestinales) son evitables con un adecuado acceso y uso de servicios de calidad. Es por esto que se realizó un comparativo de lo plasmado en la normatividad, principalmente la NOM-007-SSA2-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, y el Plan de Acción Específico en Salud de la Mujer identificando lo que realmente se realiza en las unidades de la JSIX de manera constante o de manera parcial y principalmente lo que **no** realizamos y con base en este comparativo tratar de encontrar algún factor principal que no nos permita reducir la muerte materna en la región.

ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LAS ESTRATEGIAS MATERNO-INFANTIL EN LA JSIX, CON BASE EN LA NORMATIVIDAD

El comparativo que se realizó se presenta de manera detallada en el Anexo A de este trabajo, por lo tanto para este análisis vamos a presentar de manera muy puntual los aspectos más relevantes y en cual podemos establecer que con respecto a la NOM y al PAES en la JSIX realizamos:

De manera permanente, constante y completa:

- Talleres de promoción a la salud y estilos de vida saludable con énfasis en salud reproductiva sana, planificación familiar y embarazo, parto y puerperio saludables, así como la lactancia materna a través del Departamento de Promoción a la Salud Jurisdiccional y del extinto programa PROSPERA.
- Elaboración de historia clínica y carnet perinatal de todas nuestras pacientes embarazadas a su ingreso a control prenatal.
- Exploración física completa en todas las consultas prenatales.
- Orientación para un embarazo, parto y puerperio sanos.
- Orientación sobre los signos y síntomas de alarma e identificación de posibles complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.
- Aplicación de toxoide antitetánico a todas nuestras embarazadas en control prenatal.
- Orientación sobre el APEO durante el embarazo.
- Seguimiento estrecho al puerperio inmediato

De manera parcial:

- Capacitación e inclusión del personal comunitario (auxiliares de salud y parteras tradicionales principalmente) en acciones y estrategias de salud para la salud materna y perinatal.
- Control prenatal a nuestras mujeres embarazadas con un promedio de 4 a 5 consultas, iniciando preferentemente en las primeras semanas de gestación.
- Seguimiento y adecuado llenado del expediente clínico de todas nuestras consultas subsecuentes del control prenatal.
- Detección y análisis para establecer de manera adecuada el riesgo obstétrico.
- Otorgamiento de ácido fólico y micronutrientes a todas las embarazadas en el primer trimestre del embarazo.
- Tamizaje temprano de enfermedades concomitantes a través de la aplicación de pruebas rápidas para DM, VIH, Sífilis e Infección de Vías Urinarias.
- Interpretación de la somatometría, exploración física, laboratorios y estudios de gabinete para establecer el adecuado diagnóstico y detectar oportunamente embarazos de alto riesgo.
- Manejo de los diagnósticos patológicos que se pudieran presentar siguiendo las recomendaciones establecidas en las guías de práctica clínica.
- Referencia oportuna de los embarazos de alto riesgo a un nivel mayor de resolución.
- Establecimiento de un plan de seguridad y plan de parto seguro.
- Atención oportuna de los abortos.
- Atención oportuna a la atención de parto de embarazadas normoevolutivas, y en los casos que la paciente lo indique de forma humanizada.
- Atención de parto por personal calificado y capacitado en las unidades de salud.
- Realización del partograma a toda mujer embarazada que se ingresa para atención de parto.
- Referencia oportuna de las emergencias obstétricas a un nivel mayor cuando la unidad (Hospital Básico Comunitario) no tiene la capacidad resolutive.
- Atención de parto en segundo nivel a través de los especialistas necesarios.
- Seguimiento estrecho del puerperio mediano y tardío, así como la detección oportuna de posibles complicaciones.

Y con mayor preocupación lo que no realizamos, casi no realizamos o que no contamos con lo necesario para realizarlo:

- Personal de salud en todas nuestras unidades que hablen la lengua originaria de nuestras localidades de cobertura, en este caso tzeltal, es importante mencionar que ni siquiera contamos con un intérprete en todos los turnos del Hospital Básico Comunitario de Ocosingo y en las unidades donde se atienden partos.
- No se realiza una visita o asesoría preconcepcional a las mujeres en edad fértil, ni siquiera a las que están en probabilidad de embarazarse por su estado civil.
- En muy pocas pacientes se prescribe el ácido fólico en la etapa preconcepcional.
- No se ingresa a control prenatal por lo menos al 50% de las embarazadas en el 1er trimestre del embarazo.
- No se realizan en todas las pacientes del control estudios de laboratorio y ultrasonidos.
- En muy pocas pacientes se realiza el ultrasonido en cada trimestre de gestación que marca la NOM.

- En menos de 10 unidades se cuenta con el personal para una valoración estomatológica a todas nuestras embarazadas.
- Son contadas las embarazadas a las cuales se les proporcionan las 8 consultas ideales para un control prenatal de calidad.
- Por la falta de personal especialista (ginecólogos) no se realiza la valoración en segundo nivel de toda embarazada con 41 SDG.
- Identificación de datos de violencia contra la embarazada por los proveedores de salud.
- Integración de un equipo de respuesta inmediata para las emergencias obstétricas, principalmente por la falta de personal en todos los turnos de las unidades de atención de parto.
- No se garantiza el “CERO” rechazo de toda paciente embarazada que requiera los servicios de salud de emergencia, ya que no podemos garantizar al personal las 24 hrs del día los 365 días del año.

Como podemos visualizar aún tenemos muchas deficiencias en la ejecución de todas las estrategias de salud que están normadas para una atención oportuna y de calidad a toda mujer embarazada. Pero además debemos realizar un análisis más a fondo para tener realmente un panorama de la atención a la población de la región, a la población de la JSIX, y eso lo realizaremos con la información vertida en este documento.

Primero que nada debemos tomar el aspecto de “cobertura de atención”, es decir como vimos en la proyección de CONAPO, para la JSIX se tiene proyectada una población de 419,871 habitantes pero en realidad con base en los Diagnósticos de Salud (que es la información “real” de atención) **solo cubrimos el 49.26%** que son 206,815 habitantes, es decir más de la mitad de la población de estos 4 municipios debería estar cubierta por el IMSS o el ISSSTE, lo cual no es así ya que son menos las unidades del IMSS en esta zona, y la población que atiende el ISSSTE es mínima; es decir, que de los 351,711 habitantes sin derechohabiencia que contempla la CONAPO presentada en cuadros anteriores un gran porcentaje no tiene ninguna cobertura de atención, no tiene acceso a ese derecho de salud. ¿Por qué no tenemos una fuente de información real que arroje esas cifras? Ya que las mujeres en edad fértil de ese grupo desprotegido son potencialmente una cifra más en la Muerte Materna.

Ahora bien, como pudimos observar en cuadros previos un factor para esa baja cobertura es la falta de personal, ya que tenemos unidades con personal incompleto y otras cerradas completamente por la falta del mismo. Es decir, si tuviéramos nuestras 127 unidades con el personal de salud necesario probablemente alcanzaríamos un 60% de cobertura. ¿Por qué si esto es tan visible, no es una prioridad para el Estado cubrir en su totalidad las unidades? ¿Por qué en ocasiones el sindicato realiza cambios de personal sin medir el impacto que esto puede causar a la población?

Si bien fue una promesa de campaña del actual presidente, que fue refrendada al tomar la presidencia, mencionó que se realizaría un cambio sustancial al sistema de salud, creando el Instituto del Bienestar con el fin de garantizar la cobertura de atención a toda la población, con personal en todas las unidades de salud así como el abasto de medicamentos; y que hasta la fecha de conclusión de este trabajo, ya se ven las intenciones de que así sea; ahora lo que deberíamos hacer es ver si estas primeras acciones impactan en la reducción de padecimientos y principalmente en la reducción de la Muerte Materna. También debemos esperar que esta acción sea permanente, que no al paso de los años se vuelvan a desproteger las unidades.

Posterior a darnos cuenta que realmente nuestra cobertura es baja y que mucha población de la región no tiene acceso a los servicios, y la falta de personal; lo siguiente a analizar sería la permanencia, ya que en aquellas unidades activas y que tienen personal, no podemos garantizar, por lo menos en las unidades de 1er nivel, atención los 365 días del año, es más ni siquiera el promedio de 20 días hábiles (con horario de lunes a viernes según la Dirección General de Evaluación del Desempeño), esto por los días perdidos para realizar los procesos administrativos como entrega de información semanal (SUIVE) o mensual (SIS), además de los días para recibir algún insumo como medicamentos, biológicos, etc; lo cual estaría reduciendo de 20 días promedio a 15 días aproximadamente por mes; menos 2 períodos vacacionales de 10 días, días de descanso obligatorios por ley, días otorgados no oficiales, días de reunión sindical y días que se piden permiso, menos el tiempo de traslado a las unidades (ya que algunos lo toman como tiempo laboral), realmente, ¿cuántos días tiene presencia y permanencia el personal en las unidades? Será por esta falta de permanencia que al evaluar la productividad en las unidades de 1 núcleo básico el promedio para este 2018 fue de 7 a 8 consultas por día, lo cual está por debajo de las 12 a 24 consultas que marca el estándar de la DGED; esto sin entrar en más detalles como el preguntarse si esta productividad es real, si no hay un subregistro, etc.

Esta falta de permanencia claro que impacta directamente en la detección y manejo oportuno de las complicaciones y emergencias que pudiera tener una embarazada; y si le sumamos las dificultades con las vías de comunicación para su traslado a alguna unidad de salud con personal, la falta de plan de seguridad y de parto seguro, y la saturación de los servicios de salud de 2º nivel y la falta de personal; ¿Qué pronóstico tendrá una paciente con hemorragia obstétrica? **¿Cómo pretendemos reducir la 2ª demora de Maine con esta permanencia?**

Ya tenemos en contra, la baja cobertura de atención, unidades de salud cerradas o con recurso humano incompleto, y la baja productividad debida probablemente a la deficiente permanencia del personal en las unidades en salud. Ahora sería importante mencionar que debido a los pocos días efectivos de las unidades de salud, se tengan una saturación en la implementación y cumplimiento de las estrategias de los diferentes programas de salud lo que pudiera resultar en un descuido en programas prioritarios como la salud materna y perinatal, esto refiriéndome a que no cuenten con el tiempo para hacer la búsqueda intencionada de embarazadas en el 1er trimestre del embarazo derivando en una identificación tardía de embarazos de alto riesgo.

Ahora bien, una parte importante para decir que las estrategias implementadas son exitosas y se llevan de manera adecuada es la supervisión, verificación o monitoreo, misma que forma parte del ciclo de Deming, por lo que debemos mencionar que en la JSIX año con año disminuyó las salidas de los Equipos de Supervisión Zonal, solo durante el 2017 se realizaron unas solventadas por la ISM en las unidades que estaban inmersas en la iniciativa; en las demás unidades no se realizaron por falta de vehículos y de combustible.

Entonces, ¿Cómo podemos tener la certeza que en las unidades que se realiza la atención de calidad?, si no se revisan expedientes, si no se monitorea al personal otorgando la atención, ¿Cómo constatar en las unidades la falta de insumos y medicamentos que reporta el personal?; y sobre todo ¿cómo podemos garantizar que el personal tenga la permanencia en esos pocos días que deba estar en la unidad? Esto afecta directamente en evaluar el éxito de las estrategias, no podemos determinar de manera más exacta ese factor determinante que influye en la mortalidad materna de la región si no tenemos un panorama real de todas nuestras unidades; y eso solo se logra con el monitoreo estrecho. ¿Por qué para el estado no es una prioridad estas supervisiones? ¿Por qué a pesar de que la ISM si lo tuviera como prioridad para ver la eficacia de sus acciones, el estado no continuó con esa prioridad? ¿Cómo podemos decir si las estrategias funcionan si no las monitoreamos?

Si a lo anterior le sumamos lo que comparamos y no realizamos o casi no realizamos ya sea por falta de insumos o por alguna otra razón tenemos realmente un panorama sombrío para nuestras embarazadas. En este rubro es importante resaltar que nunca podremos hablar de calidad en la atención si no contamos con personal que hable la lengua originaria, en este caso tzeltal y tzotzil ya que no podremos tener una adecuada semiología, además de afectar la interacción médico-paciente, y este sería un pequeño paso para iniciar los servicios de salud con pertinencia cultural. Lo preocupante es que estamos lejos de esto, ya que como mencionamos no contamos ni siquiera con interpretes en las unidades de atención de parto.

Del mismo modo el no contar con recursos disponibles para poder realizar, a toda paciente embarazada, laboratoriales y ultrasonidos como lo marca la norma impacta directamente en la calidad del control prenatal, la detección oportuna de riesgos y posibles complicaciones en el embarazo y la prevención de las emergencias obstétricas, poniendo un panorama nada favorable para reducir la MM en la región. Además este tema es complejo porque implica infraestructura, equipamiento, insumos y personal específico, así que es otro punto que probablemente no se resuelva a corto plazo.

Con respecto a la atención en el segundo nivel, el cual está saturado por un 1er nivel deficiente y mal estructurado, mencionaremos que la falta de personal es vital para el adecuado funcionamiento y poder ofertar servicios de calidad; y en el caso de la salud materna y perinatal la falta de especialistas

impiden garantizar el “CERO” rechazo y la implementación de los equipo de respuesta inmediata para las emergencia obstétricas, es más, en algunas ocasiones ni contando con los especialistas en el turno se puede garantizar la atención oportuna debido a la saturación y la infraestructura de una tipología de nivel menor a la necesaria en la región. Así que si no podemos ser resolutivos con las emergencias obstétricas estaremos también lejos de cumplir con la norma y que toda paciente de 41 SDG reciba una valoración de segundo nivel, cuestión que por supuesto impacta en la MM.

JSIX ANALISIS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL ULTIMO TRIENIO

Ya con este panorama sombrío y lejos de impactar positivamente en la reducción de la MM, además tendríamos ahora que desmenuzar las acciones que realizamos parcialmente para tener un panorama preciso de nuestras deficiencias. Dejaremos este análisis para otro trabajo subsecuente.

Por último para este trabajo revisaremos detalles específicos de las MM de los últimos 3 años. Empezaremos mencionando que de las 7 Muertes Maternas del 2016, 4 fueron del municipio de Chilón y 3 de Ocosingo; las 7 fueron en área de responsabilidad de la JSIX; 4 en sede y 3 en áreas de influencia, 4 de unidades fijas y 3 de unidades FAM (caravanas); 5 de estas unidades con personal completo y 2 solo con personal de enfermería; 4 como causa de muerte la hemorragia, 2 por EHIE y 1 por choque séptico.

Para el 2017 de las 10 MM, 5 fueron del municipio de Chilón, 4 de Ocosingo y 1 de Altamirano; 8 fueron en área de responsabilidad de la JSIX y 2 en el área del IMSS; de las 8 que nos corresponden 2 en sede y 6 en áreas de influencia; 5 en unidades fijas (1 en casas de salud) y 3 en unidades FAM (caravanas); 5 con personal completo y 3 unidades que no tenían personal en ese entonces; 5 como causa de muerte la hemorragia secundarias a problemas placentarios y 3 por EHIE, de las 2 que le corresponden al IMSS 1 por causa indirecta y 1 por EHIE.

Para el 2018 de las 9 MM, 5 fueron del municipio de Ocosingo y 4 de Chilón, 4 en área de responsabilidad de la JSIX, 3 en área del IMSS y 2 en localidades sin cobertura de atención; de las 4 que nos corresponden 2 fueron en sede y 2 en área de influencia; 2 en unidades fijas, 1 en UMM y 1 en unidad FAM (caravana); las 4 en unidades con personal completo; de las 4 defunciones de nuestra responsabilidad, 2 tuvieron como causa sepsis por problemas placentarios, 1 por causa indirecta y 1 sin certificado, de las 3 defunciones de área de responsabilidad del IMSS, 1 por sepsis y 2 por hemorragia; de las 2 defunciones ocurridas en localidades sin cobertura 1 fue por hemorragia y 1 por sepsis

Como podemos observar en estos 3 años de las 26 muertes maternas solo 2 fueron en localidades sin cobertura de atención, 5 en área de responsabilidad del IMSS y 19 en localidades de nuestra responsabilidad es decir el 73.08% de las MM, 8 en sede y 11 en áreas de influencia; y de estas en solo 3 no teníamos personal, en 2 con personal de enfermería 1 con personal COCs y lo más preocupante es que en 13 teníamos personal completo.

Después de ver esto es aún más sombrío el panorama para las mujeres de nuestra cobertura, aún estamos **más alejados de hacer bien las cosas y de realmente impactar en la reducción de la muerte materna** ya que se están muriendo las embarazadas en unidades que cuentan con personal, ¿Qué está pasando realmente? o ¿Es por fallas en 2º nivel de atención?, ¿Cuántas estaban en control prenatal? y de esas ¿Cuántas recibieron por lo menos 5 consultas?, ¿Cuántas pudieron prevenirse? o ¿En cuántas pudieron detectarse complicaciones a través de la atención oportuna o de un control prenatal de calidad?, en fin un sinfín de preguntas podemos hacernos con estos datos; desafortunadamente estos datos específicos no son públicos, no se publican los eslabones críticos, y no podemos determinar bien cuáles fueron las determinantes en estas defunciones.

Lo importante es que tenemos muchos aspectos que mejorar si de verdad queremos reducir la MM en la región, debe ser un trabajo multidisciplinario, intersectorial y que de verdad nuestro gobierno por lo menos local y estatal le dé la prioridad que el tema amerita. Del mismo modo, todas las estrategias deben realizarse bajo el ciclo de Deming o de mejora continua de la calidad para que realmente tengamos un impacto positivo.

“No existen embarazadas sin riesgo”, es una premisa que se debe de tener presente en todo momento, con el propósito de enfatizar el riesgo que corren las mujeres por daños a la salud no solo biológicos sino también socioeconómicos ya que el embarazo no se considera un estado patológico sino fisiológico y como hemos visto durante este trabajo las complicaciones del embarazo, y por consiguiente la muerte materna, son prevenibles.

Como la promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen el eje fundamental de la salud pública, por ello, son componentes esenciales del modelo de atención a la salud en México. Un elemento sustantivo de la promoción de la salud es su carácter **anticipatorio**, el cual busca atender, no a la enfermedad directamente, sino a los determinantes sociales de la salud. Se trata de crear y fortalecer determinantes positivos y delimitar o eliminar los negativos. Agregaría que es pilar fundamental para la concientización de la población en el autocuidado, crear a través de la población una educación en salud buscando en todo momento el bienestar propio; para que en el caso de la salud materna, las mujeres planifiquen su familia y su vida reproductiva, y en el caso de las parejas el hombre también participe activamente desde la etapa preconcepcional hasta los cuidados

del recién nacido; priorizando en todo momento el bienestar del binomio. Dicho de otra manera también la población participaría en la accesibilidad a los servicios de salud, ejercería su derecho a la salud, demandando y evaluando en todo momento servicios de atención de calidad, haciendo una prioridad política.

Es así como podemos determinar, a partir de los cuadros comparativos anteriores, que dentro de la Norma Oficial y el Plan de Acción Específico **se encuentran todos los aspectos mínimos necesarios** para brindar una atención de calidad a las embarazadas, así como la identificación oportuna de los factores de riesgo y los signos y síntomas de posibles complicaciones. Por tal motivo podemos concluir que de manera teórica y normativa deberíamos tener un impacto importante en la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal, pero que aún tenemos mucho camino que recorrer de manera operativa. Así mismo podemos observar que dentro de la JSIX con la asesoría de la ISM se ha tratado de cumplir con la normatividad pero aún falta mejorar **muchos** aspectos deficientes, además de fortalecer los que ya realizamos y garantizar su continuidad y permanencia para generar impactos a largo plazo. Es decir, evaluar si realmente se cumple en las unidades de salud lo que esta normado, si los sistemas de información en salud están nutridos con información real e inclusive evaluar si realmente se brinda la atención a la embarazada.

Por si fuera poco los aspectos negativos que analizamos desde hace aproximadamente 3-4 años hemos tenido recortes presupuestales en diferentes programas de salud los cuales repercuten en la operatividad de la JSIX. ¿Cambiarán las prioridades para este nuevo gobierno?

CONCLUSION

PUNTOS QUE PUDIERAMOS CONSIDERAR

De parte institucional y a nivel federal debería generarse el compromiso de establecer políticas públicas que hagan que los gobiernos estatales y municipales participen de manera activa en las actividades de promoción a la salud, así como su participación en la ejecución de todas las estrategias de salud, principalmente las materno infantil, porque como lo mencionamos en líneas atrás, la muerte materna repercute en todas las esferas de la sociedad, además de que una persona que nazca en las condiciones óptimas de salud será una persona que contribuya al desarrollo de su localidad. Esto pudiera ser bajo una normatividad que obligue a que los planes de desarrollo estatales y municipales tengan un apartado exclusivo de salud con la participación de las diferentes instituciones de gobierno y de salud, encabezadas por los Institutos de Salud y las Jurisdicciones Sanitarias, además de otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales interesadas en los temas de salud para establecer las prioridades con base en los panoramas epidemiológicos de la región, en los cuales como ya sabemos, tendrían como una de sus prioridades la salud materna y perinatal. Como inicio podemos tomar los trabajos realizados actualmente por las Redes Municipales, Regionales y Estatales en Salud, las cuales son en la actualidad las estrategias más cercanas al trabajo colaborativo entre instituciones para coadyuvar en los trabajos de salud para la población.

Es por esto que es imperativo diseñar modelos de atención integral en los que se reconozcan los factores que limitan el acceso de las mujeres a una atención médica oportuna, de calidad y con trato digno, y si está en nuestras posibilidades con calidez; pero además que se garantice un compromiso y seguimiento por parte de los sistemas de salud, es decir, estos modelos deben estar en constante evaluación para medir el impacto a fin de ser modificados para mejoras en los resultados.

Estos mismos modelo deberán acompañarse de actividades complementarias como un programa intensivo de capacitación a parteras, a las embarazadas, a la pareja y los familiares y a diferentes actores sociales que puedan coadyuvar esfuerzos y contribuir evitar la 1ª y 2ª demora de Maine, es decir, capacitaciones que brinden las herramientas a todos estos personajes para identificar de forma oportuna los signos y síntomas de alarma durante todo el proceso materno para una toma de decisiones consciente e inmediata a fin de preservar en todo momento la vida del binomio; y si es posible buscar a largo plazo que el componente comunitario (auxiliares de salud y parteras) tengan los conocimientos para el manejo inmediato e inicial de las principales emergencias obstétricas priorizando en todo momento la referencia oportuna. Es decir hacer una sinergia entre la población y el personal de salud.

Así mismo a nivel institucional se debe realizar una administración transparente de todos los recursos y presupuestos de los diferentes programas de salud para evitar a toda costa desabasto de medicamentos e insumos, desvío de recursos, falta de personal, infraestructuras deficientes, etc; dando prioridad al cumplimiento puntual de las metas establecidas a nivel nacional, servicios de salud de calidad y atención oportuna con un enfoque integral brindada con lo mínimo necesario de manera garantizada. Y todo esto contribuirá a evitar la 3ª demora de Maine. Sin olvidar mencionar que se deberá verificar en todo momento el cumplimiento de todas las estrategias de manera operativa para garantizar la veracidad de los datos que alimentan los sistemas de información en salud.

Estableciendo Estrategias de Supervisión que por lo menos busquen:

- Identificar Recursos Humanos que garanticen la atención a las pacientes embarazadas, a través de la calidad de los servicios y consultas otorgadas, además de la permanencia en las unidades de salud.
- Corroborar la existencia de equipo, mobiliario e instrumental para la adecuada atención de pacientes embarazadas
- Verificar el abasto de los medicamentos que garanticen la atención de esta población (cajas rosa y guindas) así como los protocolos y manejos de atención de la urgencia obstétrica.
- Revisar la red de servicios de los hospitales estabilizadores, como los resolutivos.
- Desarrollar planes de mejora en cada una de las unidades a corto, mediano y largo plazo para participar activamente en la calidad de los servicios.

Además, de manera personal creo que es imperativo tener directivos que tengan las capacidades de establecer planes de acción a corto, mediano y largo plazo, y no solo emergentes o de contención, es decir, sin un buen líder es difícil ejecutar de manera operativa la normatividad vigente. Un aspecto a considerar es que la visión generalizada con que se documenta la política pública en salud puede tener importantes limitaciones al aplicarse a espacios socioculturales y económicos particulares por lo que tener directivos capaces genera que estas estrategias evolucionen y se puedan focalizar y ejecutar aún con determinantes en contra, por que como concluimos anteriormente la MM es multifactorial porque no podemos generar una fórmula de atención que aplique para todas las embarazadas y en el caso de nuestra región ya tenemos determinantes negativas fuera de nuestro alcance. Es decir, si no tenemos líderes capaces es muy difícil generar un impacto importante, olvidar los puestos políticos o por compadrazgo y que sean de acuerdo a las capacidades técnico-administrativas.

Para establecer un Plan de Trabajo o de Acción realmente eficaz es importante tener en cuenta en todo momento las recomendaciones del 51º Consejo Directivo, en su 63ª Sesión del Comité Regional de la OPS,⁴² donde se sugiere:

- Considerar la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y el llamamiento del Secretario General de las Naciones Unidas en el 2010 a favor de la ejecución de un plan que contribuya a la reducción de la mortalidad materna;
- Adoptar políticas, estrategias, planes y programas nacionales que aumenten el acceso de las mujeres a servicios de salud de calidad adaptados a sus necesidades con adecuación intercultural, incluidos especialmente los programas de promoción y prevención basados en la atención primaria de salud, atendidos por personal calificado, que integren la atención pregestacional (incluida la planificación familiar), del embarazo, del parto y del puerperio (incluida la prevención y el tratamiento de la infección por el VIH), y que contemplen además la gratuidad de todos esos servicios para las poblaciones más vulnerables;
- Promover un diálogo entre instituciones del sector público, privado y la sociedad civil, a fin de priorizar la vida de las mujeres como una cuestión de derechos y de desarrollo humano;
- Promover el empoderamiento de las mujeres y la participación y corresponsabilidad del hombre en la salud sexual y reproductiva;
- Adoptar una política de recursos humanos en términos de contratación, capacitación y retención que brinde respuesta a las necesidades de las mujeres y los recién nacidos;
- Fortalecer la capacidad de generar información e investigación sobre salud sexual y reproductiva, mortalidad materna y morbilidad materna grave para el desarrollo de estrategias basadas en las evidencias que permitan el seguimiento y la evaluación de sus resultados, acorde con las recomendaciones de la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños;
- Poner en marcha procesos de revisión y análisis internos del Plan de acción, para su ejecución en el contexto nacional;
- Abogar por presupuestos públicos específicos, donde sea aplicable, en función de resultados estratégicos tendientes a mejorar la cobertura y la calidad de atención a las mujeres y niños;
- Promover el desarrollo de programas de protección social para mujeres y niños.

Es decir que los planes no solo se queden en eso, sino que de verdad se ejecuten, se evalúen, se mejoren y se modifiquen siempre buscando la mejora continua, es decir, que todo sea con base en ciclo de planeación. Y que realmente tengamos indicadores de evaluación e impacto bien definidos con respecto a la salud materna y perinatal, no solo jugar con las cifras y productividad al beneficio del Instituto de Salud, sino que los sistemas de información en salud arrojen indicadores que cualquier organismo pueda ocupar para medir la eficacia y efectividad de las estrategias de salud.

42

51º Consejo Directivo. 63ª Sesión del Comité Regional. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Octava reunión, 29 de septiembre del 2011. Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2011.

No podemos dejar de mencionar que en el proyecto del Plan Nacional de Salud 2019 – 2024, por parte del Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela, Secretario de Salud se establece como Objetivo General:

- Hacer efectivo el artículo 4º constitucional a toda la población.

Y como Objetivos Específicos:

- Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos.
- Federalizar los sistemas estatales de Salud (Chiapas, está incluido en la primera etapa).
- Implementar el modelo de APS-I.
- Reorganizar la regulación sanitaria.
- Fortalecer la industria farmacéutica nacional e investigación innovadora.

Identificando como problemáticas actuales, las mismas que ya identificamos en este trabajo y entre las cuales se encuentran la corrupción, tráfico de influencias, instalaciones abandonadas, sobrecarga de los servicios, falta de personal, falta de medicamentos e insumos básicos, tiempos de espera prolongados y una atención deshumanizada. Además de que el Seguro Popular no ha sido la mejor estrategia para la cobertura de la atención. La Política de Servicios de Salud y Medicamentos Gratuitos sustituye al Seguro Popular y requiere una reforma de la Ley General de Salud.

Por lo que el propósito de la nueva administración es: Que todos los mexicanos, independientemente de su condición laboral o socioeconómica tengan acceso a los servicios integrales de salud con una reforma integral de la Ley General de Salud quitando todas las referencias a la distribución de responsabilidades entre la federación y los estados en materia de salud. Manteniendo la obligación del Gobierno Federal de transferir la parte proporcional actual del presupuesto a los estados y compensarlos por la pérdida de cuotas recuperación, a través de la transferencia a los estados de bienes y servicios en especie incluyendo plazas; y la vigilancia y fiscalización para el uso transparente y eficiente de los recursos transferidos para combatir la corrupción.

Se establecerá un modelo de Atención Primaria de Salud Integral (APS -I) para la prevención, detección y tratamiento. Con una evaluación sistemática en el cumplimiento de la nueva política verificando:

- Accesibilidad
- Calidad
- Oportunidad
- Integralidad
- Impacto

Esperemos que no sea una utopía y que no tenga el fin que las anteriores políticas públicas que son impecables en teoría pero deficientes en la práctica. Este es el momento, este es el punto en el que nuestro sistema de salud colapsado puede encontrar un cambio que vaya con un cambio en todos los aspectos en salud; pero también nosotros como sociedad debemos contribuir con este cambio. **El sistema de salud a nivel nacional nos necesita, el sureste mexicano, Chiapas y esta región zona selva necesitan un cambio**, las embarazadas y la población en general merecen nuestro compromiso. Pero un compromiso de verdad, que se realice este cambio con orden y bien pensado, porque no podemos guiarnos o trabajar con políticas como las presentadas en el Plan Nacional de Desarrollo de este nuevo gobierno, dejemos los discursos de campaña y las promesas utópicas, que se haga un cambio sustancial y efectivo.

Ahora bien, a título personal puedo decir que también parte del problema es la formación de los profesionales de la salud ya que he sido testigo del poco compromiso con la sociedad, han dejado de ser carreras humanistas y se ha comercializado la salud, en ocasiones ya se ven como clientes a los pacientes cuando ahora deberían ser usuarios. Estas nuevas generaciones tienen deficiencias en los conocimientos, en la práctica pero lo más importante tienen deficiencia en el trato digno; no buscan hacer un cambio en nuestra sociedad, no buscan el bienestar de la población desafortunadamente buscan la cuestión económica, la comodidad, lo superficial, buscan el bienestar egoísta; son pocas las instituciones que tiene la habilidad de crear en sus estudiantes una conciencia social de progreso y además humanista.

Es un orgullo haber sido egresado de la UAM ya que he visto que la gran mayoría, sino es que la totalidad de los compañeros, que han estado en esta región han demostrado este compromiso con la sociedad, han estado en las unidades más alejadas, desprotegidas, a las mal llamadas, zonas de castigo, a esas en las cuales el personal no quiere ir. Así mismo es triste ver como algunos chiapanecos discriminan, rechazan y hasta denigran a esas comunidades que tanto los necesitan.

Esto lo menciono ya que impacta de manera directa en la salud materna y perinatal, si el personal no es humanista y no tiene un compromiso con la sociedad y la salud, no realizará nunca un trabajo de calidad, es por esto que tenemos localidades donde el personal tiene muchas inasistencias en sus unidades, hay maltrato y una mala calidad en la atención, no dan seguimiento puntual a los programas prioritarios, hay falsedad de datos, negligencias y malas praxis. Esto desafortunadamente no cuenta con datos o cifras que reflejen o evidencien estas deficiencias; como lo he mencionado a lo largo de este trabajo, no se supervisa, no se evalúa y no se garantiza la calidad de la atención. Claro que también hay personal con un alto compromiso y que buscan a pesar de las deficiencias realizar la atención de la mejor manera buscando en todo momento la calidad de los servicios, desafortunadamente este personal en muy raras ocasiones es reconocido, pocas veces se les motiva a

seguir mejorando su desempeño, y aunque no debería ser así, pero en ocasiones se debería incentivar para que continúe con esa actitud. Se debe aprovechar este personal y replicar las acciones que les han permitido tener localidades sanas, embarazos, partos y puerperios exitosos; debemos impulsar lo bueno y desechar lo malo.

Por esta falta de motivación al personal que realiza bien su trabajo y las diferentes carencias que actualmente vive nuestro sistema de salud han propiciado un impacto negativo en muchas estrategias de salud incluida la materno-infantil. Ojala más adelante contemos con algún indicador, dato o herramienta que nos permita evaluar realmente el desempeño del personal y poder descartarlo como factor de riesgo para la muerte materna.

Mientras el tiempo sigue avanzando y observamos si realmente habrá una 4ª Transformación debemos continuar y mejorar aspectos que hemos podido identificar que son eficaces en la reducción de la morbi-mortalidad materno-perinatal como lo son:

- ✓ Captación oportuna de embarazadas y puérperas.
- ✓ Adecuado control prenatal y del puerperio en base a la normatividad.
- ✓ Clasificación oportuna de riesgos obstétricos.
- ✓ Capacitación al personal operativo y a las embarazadas de los signos y síntomas de alarma
- ✓ Fortalecimiento de la Plataforma Comunitaria, mediante la concientización.
- ✓ Fortalecimiento de la Red de Referencia y Contra referencia.
- ✓ Monitoreo de localidades de alto riesgo o repetidoras de morbi-mortalidad materna
- ✓ Contribuir a establecer los conceptos básicos para comunicación de riesgos y generar cambios conductuales en la población (estilos de vida saludable).
- ✓ Fortalecer las casa maternas mejorando la interacción entre parteras tradicionales y personal interinstitucional (red de notificación).
- ✓ Control prenatal y de puerperio al 100%.
- ✓ Fortalecimiento del Plan de Seguridad y de Parto Seguro.
- ✓ Contrarrestar la demanda insatisfecha de los métodos de planificación familiar mejorando la orientación y consejería.
- ✓ Valoración ginecológica (interconsultas) oportuna a las embarazadas de Riesgo.
- ✓ Además de mejorar la capacidad resolutoria de las unidades de mayor nivel de atención garantizando la atención oportuna, con calidad y calidez.

Esperando que en breve tengamos estrategias sectoriales con acciones transversales que permitan el involucramiento de diferentes instituciones y dependencias, a fin de lograr una atención integral, multidisciplinaria y con pertinencia cultural.

“Si todo lo que se tenía que hacer se hubiera hecho, dichas defunciones se hubieran prevenido o retrasado”, Por último y como conclusión diré que en la región, en la JSIX estamos muy lejos de tener un impacto en la reducción de la MM pero que estamos justo en el momento ideal de modificar y cambiar este sombrío panorama; espero que en un futuro no muy lejano el próximo pasante que realice un trabajo parecido pueda realizar un comparativo resaltando las mejoras que se han realizado o que se implementaron para una reducción de muerte materna significativa y que la frase que puse ahora cambie por algo que diga “Debido a que todos los actores en la atención realizan lo que tienen que hacer, esta posible defunción se previno y concluyó con un embarazo exitoso”.

Y a ti que brindaste tu tiempo para leer trabajo te haya servido para conocer el contexto actual de Chiapas, que te haya despertado el interés para ser parte activa de la transformación de los servicios de salud desde la trincheras donde te encuentres y porque no, buscar darle continuidad a este mismo trabajo.

Fin.