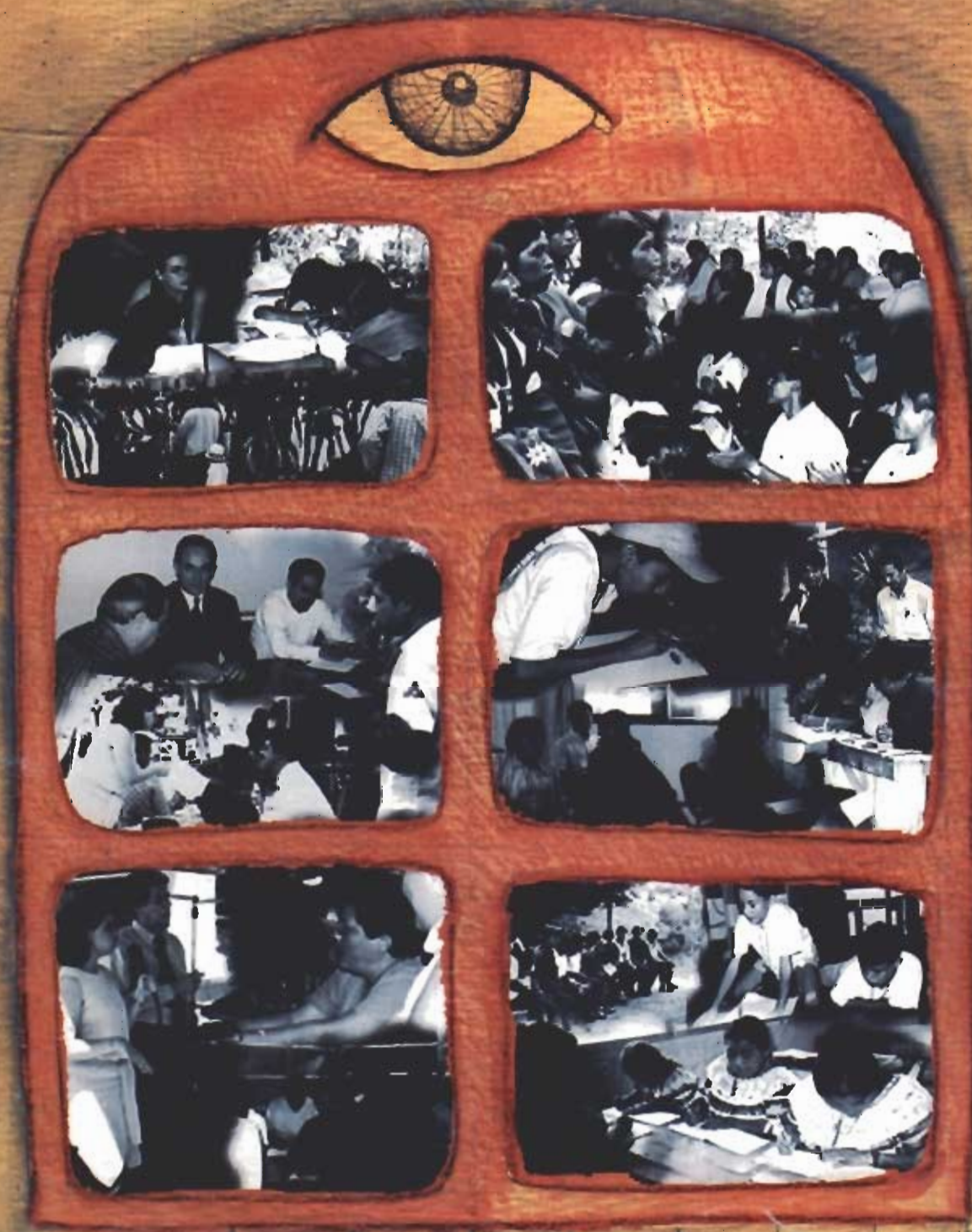


POBLACIONES

Revista del Consejo Estatal de Población Tuxtla Gutiérrez, Chiapas Marzo 2003, Año 1, Num.1



C O N T E N I D O

Hacia una atención integral de la salud reproductiva

Dr. Rafael Toledo Martínez

4



¡Apostemos por los jóvenes!:

La experiencia de Pronatura Chiapas A.C. en el trabajo con jóvenes de la selva «El Ocote», Chiapas.

Dr. Roberto Hernández Ugalde

10



Mujeres: De frente a la muerte materna. 28

Experiencia comunitaria en la zona Fronteriza de Chiapas

Mtro. Rolando Tinoco Ojanguren



Conjunción de voluntades: Proyecto Estatal de Cooperación UNFPA-COESPO

Lic. Salvador Ruiz García

34

Maternidad voluntaria y sin riesgos en los Altos de Chiapas

Dra. Graciela Freyermuth Enciso

42



Miscelánea 47

52

Educación y género:

Se hace camino al andar.

Lic. Enriqueta Burelo Melgar

8



La muerte materna en Chiapas:

Un diagnóstico desde las estadísticas vitales

Mtra. Ma. de Jesús Ávila Sánchez

Mtro. José Alfredo Jauregui Díaz

14



La violencia hacia las mujeres, un problema de salud

Lic. Guadalupe Cárdenas Zitle

Dra. Carolina Rodríguez Lara

31



Método de Bialfabetización:

Un instrumento para una mejor salud reproductiva

Mtro. Rigoberto Zúñiga Flores

38

44

Tiempo de vivir en la radio

Lic. Susana Barrios González



Ganadores del Concurso Nacional Infantil y Juvenil 2002

«Un mundo sin pobreza»

MUJERES: DE FRENTE a la muerte materna

Experiencia comunitaria en la zona Fronteriza de Chiapas

Rolando Tinoco Ojanguren

La muerte materna es un problema muy complejo. En él están presentes los elementos constitutivos de la inequidad: la pobreza; la marginación; el género; la condición étnica; la ausencia o mala calidad de los servicios estatales de salud; la educación deficiente; la alta desnutrición y la violencia doméstica. También está presente la percepción social de que el embarazo y el parto, tanto en su atención y resultado, son de estricta responsabilidad individual o, a lo mucho, de la pareja. Pero en la región Fronteriza de Chiapas esos elementos se agudizan debido a los años de exclusión y falta de inversión pública en materia de salud.

En este contexto, se parte del supuesto de que en esta región los servicios de salud ya están presentes y cuentan con los recursos necesarios para dar una atención profesional a las mujeres embarazadas, pero que esa atención no es oportuna ni de calidad.

También se considera que la sociedad en su conjunto debería de asumir la corresponsabilidad de apoyar los esfuerzos para que todos los embarazos sean atendidos profesionalmente con calidad y calidez. Por ello, enfrentar la muerte materna requiere de la suma de esfuerzos y capacidades, así como la articulación de acciones para impactar en las políticas públicas que sobre salud reproductiva lleva a cabo el sistema formal de salud.

Como en la mayoría de los países en desarrollo, la mortalidad materna es un grave problema en México y en Chiapas. En la región Fronteriza del Estado, la razón de mortalidad materna para 1999 fue de 57 muertes por cada 10,000 nacidos vivos¹. Este valor

representa casi el doble de lo reportado para el mismo periodo a escala nacional. Como se puede ver, aún sin considerar el subregistro del evento, la magnitud del problema es evidente. En una revisión de 5 años - de 1994 a 2000 - a los eventos de mortalidad materna por causas obstétricas registrados por el Programa de Salud Reproductiva de la

Jurisdicción Sanitaria III, se identificaron las características definitorias de la población que enfrenta la muerte por esta causa, encontrando que la mayoría de los 62 casos se ubicaban entre los 15 y 34 años; que más de la mitad no tenía escolaridad y el resto sólo tenía primaria; que 9 de cada 10 mujeres estaban casadas o en unión libre estable; que todas fueron referidas como amas de casa; que sólo tres tenían seguridad social; que ocho fallecieron en su residencia habitual, mientras que las demás en Unidades Médicas públicas y privadas (80%); y que

nueve no recibieron atención médica, según el certificado de la defunción. Así, podemos distinguir como causas de defunción las siguientes:

- Hemorragia por parto.
- Sepsis puerperal importante.
- Anormalidad dinámica del trabajo de parto.
- Retención de la placenta o de las membranas, sin hemorragia.
- Presentación y posición anormales del feto.
- Mola hidratiforme.
- Desproporción céfalo pélvica.
- Embarazo en las trompas de falopio.
- Trabajo de parto prolongado.
- Placenta previa.



¹ Archivo de epidemiología estatal 1999. Secretaría de Salud

Por otro lado, dentro de la región también se identificaron los municipios con las tasas más altas de mortalidad materna, los cuales coinciden con los más altos índices de marginación². La información ausente en este estudio es aquella que se refiere a algunas de las características importantes de esa población. Por ejemplo, no sabemos si la mortalidad materna se presenta más en comunidades indígenas que en ladinas, cuál es el nivel socioeconómico—en términos de actividad productiva e ingresos— de la familia de donde provenía la mujer (información disponible en trabajo social); además de la descripción del proceso en su conjunto (autopsia verbal) y la ubicación geográfica específica para definir la cobertura y acceso a servicios formales de salud.

Las experiencias comunitarias en el tema.

En esta región se han desarrollado muchos proyectos de base comunitaria relacionados a la formación de recursos humanos para la atención de problemas de salud. Muchas Ong's hemos emprendido estrategias de capacitación de promotores rurales y de parteras empíricas para hacer frente a la ausencia estructural de servicios oficiales de salud. Sin embargo, estos esfuerzos, si bien han sido y siguen siendo necesarios e importantes, se han caracterizado por un bajo nivel de cobertura, poca evaluación y muy poca articulación con otros esfuerzos, sobre todo gubernamentales.

Aún así, hoy por hoy se sigue percibiendo como necesaria la capacitación de las parteras para hacer frente al problema de las complicaciones del embarazo y a la muerte materna y perinatal. La mayoría de estos programas son conducidos por médicos y médicas, por lo que prevalece la necesidad de que las "otras"—parteras— sean capacitadas en el modelo hegemónico de salud y con la noción de riesgo reproductivo. Y aunque se reconocen muchos méritos del trabajo comunitario, la no disminución de las tasas de mortalidad refleja que quizás los esfuerzos han sido insuficientes. Por otra parte, existe evidencia suficiente de que todos los embarazos y partos que ocurren en la región, los que presentan complicaciones, no son fácilmente predecibles. Es por ello que los esfuerzos deben ser integrales y dirigidos hacia garantizar atención profesional a todas las mujeres embarazadas de la región.



² Salvaterra-Izaba R, Nazar-Beutelpacher A, Halperin-Frisch D, Farias-Campero P. Perfil Epidemiológico y Grados de Marginación del Estado de Chiapas, era Sur, México. 1.

Los servicios formales de salud y la mortalidad materna.

Actualmente, la Jurisdicción Sanitaria III atiende a un total aproximado de 256 mil personas (50% del total de la población de la región) distribuidas en 590 comunidades de más de 300 habitantes, por lo tanto cubre el 57% del total de comunidades de ese tamaño en la zona. En esta Jurisdicción trabajan 84 Técnicos en Atención Primaria para la Salud (TAPS) divididos en dos programas: 1)El Programa Cañadas, que cubre 60 comunidades y 2)El Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), que cubre 120 comunidades. La posibilidad de trabajar con la Jurisdicción permitiría un proyecto de alcance considerable en términos de comunidades y número de población que se atiende, ya que, aproximadamente, se beneficiará de forma directa a un total de 89,600 mujeres en edad reproductiva.

Estrategias de atención.

En el primer nivel de atención, los procesos de trabajo comunitario incluyen la capacitación a parteras empíricas, pero en los últimos 10 años se ha hecho énfasis en su papel dentro de los programas de planificación familiar mas que en su papel como recursos para la salud de las madres. Ningún programa se ha enfocado directamente en estrategias de prevención de la muerte materna, a tal grado que la Secretaría de Salud no participa en el Comité Estatal por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos, y no ha integrado a la capacitación la declaración hecha desde hace décadas.

En el segundo nivel de atención (un hospital regional de 90 camas censables), se atendieron en el año 2000 un total de 8,108 pacientes, de los cuales 5,932 (73%) fueron mujeres. De estas usuarias el 56% fueron por actos obstétricos y el porcentaje restante por actos ginecológicos y abortos. En la consulta externa se otorgaron 16,972 consultas, de las cuales 2,087 (12%) fueron para control prenatal. En esta institución existe la percepción de que las mujeres de las comunidades rurales, con complicaciones del embarazo, llegan para la atención obstétrica cuando ya es demasiado tarde, es decir, cuando los médicos ya no pueden salvar sus vidas. Sus muertes dentro de las paredes del hospital contribuyen a aumentar las tasas de mortalidad que la institución tiene

obligación de reportar. Por la carencia de recursos humanos especializados, el Hospital ha seleccionado y capacitado a médicos generales en procesos de atención obstétrica. Este personal nunca ha sido evaluado ni su capacitación incluyó específicamente el desarrollo de conocimiento y habilidades para atender a partos complicados o de alto riesgo.

Con base en lo anterior, se identificó la necesidad de conformar el Comité Regional por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos. La labor del Comité será la de construir un amplio consenso social e institucional para incorporar y fortalecer la noción de que la maternidad segura es un valor colectivo y por lo tanto una responsabilidad social y no individual, y diseñar actividades para disminuir la mortalidad materna. El Comité Regional esta conformado actualmente por dos organizaciones no gubernamentales (el Centro de Investigaciones en Salud de Comitán, A.C. y Promoción de Servicios Comunitarios, A.C.); cuatro instituciones oficiales de salud (Jurisdicción Sanitaria III, IMSS, ISSSTE, Hospital General) y una institución académica (El Colegio de la Frontera Sur).

La Primera actividad importante del Comité fue la realización del *Foro Estatal por una maternidad voluntaria y segura para todas las mujeres de Chiapas*, celebrado en Comitán. A este evento acudieron mas de 150 personas de todo el Estado, quienes trabajan para abatir la muerte de las mujeres por complicaciones asociadas a la maternidad. Asimismo, durante esta reunión se instaló el Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos de la región Fronteriza de Chiapas, siendo el primer Comité regional que se instala a nivel nacional, dando así un paso más en la lucha por erradicar la muerte de las mujeres chiapanecas.

El Maestro en Ciencias Rolando Tinoco Ojanguren es investigador del Colegio de la Frontera Sur y Director del Centro de Investigaciones en Salud de Comitán, A.C.