

25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia

Graciela Freyermuth Coordinadora

25 años de
**buenas prácticas para disminuir
la mortalidad materna en México.**
Experiencias de organizaciones
de la sociedad civil y la academia

618.0972

V156V

25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia / María Graciela Freyermuth Enciso, Coordinadora; Observatorio de Mortalidad Materna en México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2015

320 pp: fotografías (color), tablas, 17 x 24.5 cm
Incluye referencias bibliográficas

1. Madres mortalidad – México. 2. Salud materna – México-Chiapas. 3. Salud materna – México-Guerrero. 4. Salud materna – México-Oaxaca. 5. Salud materna – México-Veracruz. 6. Salud Pública – México. 7. Salud Pública – Planeación. 8. Parteras – Guerrero. 9. Parteras – Oaxaca. 10. Salud reproductiva – México. I. Freyermuth Enciso, Graciela, Coord., Rev. Ed. II. Argüello Avendaño, Hilda, Rev. Ed.

La presente publicación cuenta con una lectura de pertinencia avalada por el Comité Editorial del CIESAS, que garantiza su calidad y pertinencia. El responsable técnico de esta publicación fue María Graciela Freyermuth Enciso.

Primera edición: julio, 2015

Coordinación: María Graciela Freyermuth Enciso

Revisión editorial: María Graciela Freyermuth Enciso,
Hilda Eugenia Argüello Avendaño, Angélica Antonio Monroy

Corrección de estilo: Laura Elena Martínez Basurto,
Yenny María del Pilar Enríquez Domínguez

Formación: Erika Alejandra Dávalos Camarena

Elaboración de gráficos: Julieta Abeyta Torres

Diseño: Miguel Venegas Geffroy

Observatorio de Mortalidad Materna en México
Casa Chata, Hidalgo y Matamoros s/n,
Col. Tlalpan, Deleg. Tlalpan, México, D.F., C.P. 14000
Tel. (01-55) 5487 7100 ext. 1606
observatoriomuertematerna@gmail.com

25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia by Observatorio de Mortalidad Materna en México / CIESAS is licensed under a Licencia de Creative Commons
ISBN: 978-607-96775-4-1

Reconocimiento-CompartirIgual 2.5 México
Observatorio de Mortalidad Materna en México
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social



Los derechos de propiedad intelectual sobre los textos que se reproducen en este volumen pertenecen a sus autores.

Impreso en México / Printed in Mexico

25 años de buenas prácticas para disminuir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia

Graciela Freyermuth Coordinadora



Comité Promotor
por una
Maternidad Segura
en México



observatorio
de mortalidad
materna
en México



Agradecimientos

Este libro no hubiera sido posible sin el interés de las 31 autoras y autores que compartieron sus experiencias en salud materna, así como sus archivos fotográficos. Merecen mención especial Laura Elena Martínez Basurto, que en una primera etapa compiló y revisó los primeros borradores y mantuvo contacto estrecho con las y los autores; Claudia Morales, que hizo una segunda revisión a los borradores, e Hilda Argüello Avendaño, que junto conmigo ha leído las diversas versiones de este proyecto; Alejandra García, que realizó la iconografía en la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; y la Lic. Maura Tapia Velázquez, de la Dirección de Acervos y de la Fototeca “Nacho López”, que hizo posible el uso de fotografías de ese archivo. Asimismo, agradecemos las aportaciones de material fotográfico de sus colecciones particulares a Cecilia Monroy Cuevas, Efraín Ascencio Cedillo, Gabriela Torres Freyermuth y Juan Carlos Martínez Pérez. A Yenny María del Pilar Enríquez Domínguez, que realizó la corrección de estilo del documento final y al Dr. Gabriel Torres López, que revisó la última versión de este libro. A Erika Alejandra Dávalos Camarena, Angélica Antonio Monroy y Julieta Abeyta Torres, quienes coordinados por Miguel Venegas Geffroy se encargaron del diseño, la formación y el cuidado de la edición.

Asimismo, este libro no hubiera sido posible sin la Fundación MacArthur, no sólo por otorgar el financiamiento para su realización sino por el apoyo dado a lo largo de más de 20 años a gran parte de los proyectos que integran este volumen.

Graciela Freyermuth Enciso

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, julio de 2015

Índice

Agradecimientos	5
Presentación	13
Introducción general	17
<i>Graciela Freyermuth Enciso</i>	
1 Participación ciudadana	25
<i>Daniela Díaz Echeverría</i>	
1.1 Comité Promotor por una Maternidad Segura en México	29
<i>Silvia María Loggia, Paola Sesia, Raffaella Schiavon Ermani</i>	
1.2 Reuniones técnicas para la promoción de la salud materna en Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz	37
<i>Paola Sesia</i>	
1.3 La Coalición por la Salud de las Mujeres	44
<i>Daniela Díaz Echeverría</i>	
1.4 El Observatorio de Mortalidad Materna en México	49
<i>Graciela Freyermuth Enciso</i>	
1.5 Comité por una Maternidad Segura y la Salud de las Mujeres en Guerrero	54
<i>Susana Oviedo Bautista, Lizeth Nayeli Rodríguez Flores</i>	
2 Monitoreo de políticas públicas, programas y servicios	63
<i>Graciela Freyermuth Enciso</i>	
2.1 Monitoreos a presupuestos y políticas públicas en salud reproductiva en Guerrero: una estrategia de contraloría social	69
<i>Lina Rosa Berrío Palomo, Daniela Díaz Echeverría</i>	

2.2	Monitoreo de políticas públicas, programas y servicios. Primer nivel de atención: Chiapas y Oaxaca	75
	<i>Paola Sesia, Matthias Sachse Aguilera</i>	
2.3	Monitoreo sistemático de los servicios de salud materna del segundo nivel de atención en Chiapas	81
	<i>Graciela Freyermuth Enciso</i>	
2.4	Modelo de monitoreo de políticas públicas aplicado al Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados	88
	<i>Hilda Eugenia Argüello Avendaño</i>	
2.5	Experiencias de monitoreo al Convenio de Atención de Emergencias Obstétricas (CAEO)	93
	<i>María Guadalupe Ramírez Rojas, Graciela Freyermuth Enciso</i>	
2.6	Análisis de presupuestos en salud	101
	<i>Daniela Díaz Echeverría</i>	
3	Enfoque intercultural aplicado a la salud materna. Herramientas culturalmente apropiadas	109
	<i>Paola Sesia</i>	
3.1	Radionovela <i>Tiempo de vivir</i>	116
	<i>Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C. (ACASAC), Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Unidad Sureste</i>	
3.2	Campaña radiofónica y por perifoneo <i>Todas y todos en alerta por una maternidad segura</i>	124
	<i>Paola Sesia</i>	
3.3	Caja de herramientas: estrategia de información, educación y comunicación para enfrentar las muertes maternas en Chiapas	131
	<i>Imelda Martínez Hernández, Rolando Tinoco Ojanguren</i>	
3.4	Diversidad cultural y servicios de salud. Una experiencia en la formación de personal de salud institucional en Chiapas	143
	<i>Rolando Tinoco Ojanguren, Angélica Evangelista García, Imelda Martínez Hernández</i>	
3.5	El teatro guiñol en la promoción intercultural de la salud materna en Chalchihuitán, Chiapas	151
	<i>Janette Corzo Hernández</i>	
3.6	Campaña radiofónica <i>Una mujer embarazada vale mucho más que dos. ¡Cuidate! ¡Infórmate!</i>	158
	<i>Hilda Eugenia Argüello Avendaño</i>	
4	Fortalecimiento de actores estratégicos	163
	<i>Graciela Freyermuth Enciso</i>	

4.1	Casas de la Mujer Indígena: una estrategia efectiva de articulación para la promoción y atención de la salud materna en zonas indígenas	166
	<i>Lina Rosa Berrío Palomo</i>	
4.2	Escuela de Promoción Comunitaria Indígena “Nellys Palomo Sánchez”: un espacio de formación de mujeres indígenas para la promoción de la salud materna	175
	<i>Ruth Álvarez García</i>	
4.3	Modelo de intervención en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes indígenas. Una propuesta de incidencia en la política pública	183
	<i>Sebastiana Vázquez Gómez</i>	
4.4	Modelo de atención para adolescentes rurales	191
	<i>Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A. C. (Mexfam)</i>	
4.5	Periodistas a favor de la salud de las mujeres	196
	<i>Lourdes Godínez Leal, Anayeli García Martínez</i>	
5 La partería profesional		203
	<i>Graciela Freyermuth Enciso, Hilda Eugenia Argüello Avendaño</i>	
5.1	CASA: escuela de partería profesional	210
	<i>Nadine Goodman, María Eugenia Torres</i>	
5.2	Escuela de Partería Profesional del Estado de Guerrero	216
	<i>Mari Cruz Coronado Saldierna</i>	
5.3	Mujeres Aliadas, A. C.	220
	<i>Ondine Rosenthal Sievers</i>	
5.4	Centro de Iniciación a la Partería en Oaxaca, de la organización Nueve Lunas	225
	<i>María Cristina Galante Di Pace</i>	
6 Incidencia política en la mejora de la salud de las mujeres a través del discurso de los derechos humanos. Casos paradigmáticos		233
	<i>Graciela Freyermuth Enciso</i>	
6.1	Irene Cruz Zúñiga. Justiciabilidad y reparación de daños en violaciones al derecho a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos	238
	<i>Jaqueline Sáenz Andujo, Daniela Ramírez Camacho</i>	
6.2	Tres escenarios de muerte materna a lo largo de tres decenios en Chiapas	245
	<i>Graciela Freyermuth Enciso</i>	
6.3	Muerte materna: exigencia de justicia frente al Estado omiso	252
	<i>Regina Tamés Noriega</i>	

6.4	Guía técnica de derechos humanos para la prevención de la morbi-mortalidad materna: su importancia como herramienta de incidencia política	259
	<i>Silvia María Loggia, Paola Sesia, Raffaella Schiavon Ermani</i>	
7	Sistemas de información en salud	267
	<i>Graciela Freyermuth Enciso</i>	
7.1	Indicadores y Numeralia del Observatorio de Mortalidad Materna en México	271
	<i>Graciela Freyermuth Enciso, Marisol Luna Contreras, José Alberto Muños Hernández</i>	
7.2	El Subsistema de Información sobre Nacimientos. Estudio de caso en la región Altos Tsotsil-Tseltal de Chiapas	276
	<i>Graciela Freyermuth Enciso</i>	
7.3	Herramientas para el mejoramiento de la calidad de información relacionada con la salud sexual y reproductiva de las mujeres	282
	<i>Erika Troncoso, Adriana Lozano</i>	
	Epílogo	289
	Bibliografía	293
	Índice de autores	309
	Siglas y acrónimos	313

Presentación

El tamaño, alcance y capacidad de la sociedad civil en todo el mundo han crecido sustantivamente en los últimos 25 años, y en México no es la excepción. En este contexto, las organizaciones de la sociedad civil (osc) y las instituciones académicas (la academia) han ganado protagonismo como actores sociales estratégicos.

Las osc también se han convertido en importantes canales de prestación de servicios sociales y de ejecución de programas, y han influido de manera notoria en la formulación de políticas públicas para el desarrollo, así como en la vigilancia de su adecuada implementación.

Desde 1994, primeramente como objetivo del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en El Cairo, Egipto, y posteriormente, en el año 2000, como compromiso del Milenio; la salud materna, en lo general, y la reducción de la muerte materna, en lo particular, han ocupado un lugar prioritario en la agenda internacional para el desarrollo.

Desde entonces, muchos han sido los esfuerzos realizados en pro del derecho de las mujeres a gozar de una maternidad libremente elegida, segura y gozosa. En México, los programas gubernamentales en la materia, invariablemente se han nutrido de las evidencias y lecciones aprendidas de las intervenciones impulsadas por las osc y la academia.

Innovación, impulso, compromiso, generación de evidencia son algunos de los atributos que caracterizan el trabajo que la sociedad

civil ha realizado por más de dos décadas en materia de derechos sexuales y reproductivos. En este sentido, el contenido de esta valiosa publicación —titulada *25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia*— es un fiel reflejo del protagonismo de este sector de la sociedad.

A lo largo de sus capítulos y secciones es posible identificar gran variedad de buenas prácticas de diversa naturaleza, entre ellas: 1) buenas prácticas en materia de creación de instituciones, como el hoy denominado Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, que a lo largo de sus 22 años de existencia es ejemplo no sólo de pluralidad e intersectorialidad, sino también de sostenibilidad; 2) buenas prácticas en materia de mecanismos de vigilancia ciudadana, como el Observatorio de Mortalidad Materna en México, que en poco tiempo se ha ganado el reconocimiento social y técnico como espacio propositivo de seguimiento y análisis de la mortalidad materna en el país; y 3) buenas prácticas en materia de estrategias operativas para acelerar la reducción de las muertes maternas, como las de participación ciudadana, de incidencia política, de abordajes interculturales o de fortalecimiento de las capacidades de actores locales.

Al introducirse en este libro, las y los lectores identificarán el valor que para la reducción de la muerte materna tienen la participación comunitaria, la incidencia política, la vigilancia social, la interdisciplinariedad, los enfoques de género e interculturalidad, así como la perspectiva de derechos humanos. Asimismo, conocerán que la sistematización de intervenciones, la generación de evidencias, el fortalecimiento de capacidades y el intercambio de experiencias son modalidades de cooperación que ayudan a acelerar el logro de resultados.

Para la cooperación internacional en México es fundamental contar con aliados estratégicos que, junto con los organismos gubernamentales, ayuden a alcanzar los objetivos nacionales en un marco de respeto a los derechos humanos. Para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en México y la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) ha sido motivo de orgullo y enriquecimiento institucional el haber acompañado, durante las últimas dos décadas, a las OSC y a la academia en muchas de las iniciativas que, a la postre, se describen en este texto como buenas prácticas para la reducción de la muerte materna.

Vaya entonces nuestro gran reconocimiento a las y los autores de este libro, no sólo por la sistematización y compilación de buenas prácticas, sino también por las valiosas aportaciones que han hecho al país en materia de diseño, implementación y vigilancia de políticas públicas relacionadas con los derechos de las mujeres.

¡Enhorabuena por estos 25 años de construir historia!

Dr. Javier Domínguez del Olmo
Oficial Nacional de Programas del
UNFPA, México

Dra. Amalia Elisa Ayala Montoya
Asesora en Salud Familiar
y Comunitaria de la
OPS-OMS, México



Introducción general

Graciela Freyermuth Enciso

La participación de la sociedad civil en la mejora de la salud materna y reproductiva en México

En las últimas décadas del siglo xx, y lo que va del siglo xxi, hemos visto una transformación del país que no podría haber sido posible sin la participación de los y las ciudadanas. Transformación que no siempre transita por un camino llano, sino en el que se presentan tropiezos que pueden producir retrocesos en los logros alcanzados.

La irrupción de los grupos feministas, las organizaciones de la sociedad civil y la academia no podía haber sido posible sin un movimiento global en el que agencias internacionales como la Fundación Ford y la Fundación MacArthur, así como las agencias de las Naciones Unidas: el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y, en América, la Organización Panamericana de la Salud promovieran la voz de las mujeres de manera individual, o a través de la inclusión de los diversos grupos organizados del país, en favor de los derechos humanos de las mujeres en todo el mundo. Esto fue evidente en las reuniones regionales preparatorias y en la iv Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en El Cairo, en 1994, así como en la iv Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Pekín, en 1995. Su participación fue fundamental en los resultados de ambas conferencias e hizo posible la construcción de una red importante de

organizaciones que ha contribuido, desde entonces, a la mejora de la salud sexual y reproductiva en México.

Es así que desde los años noventa la presencia de estas organizaciones en el seguimiento de los acuerdos de El Cairo y de Pekín ha permitido la promoción de los derechos reproductivos y la incidencia en políticas públicas; sus contribuciones con buenas prácticas se han llevado a cabo de múltiples maneras y una parte de ellas está documentada en este libro.

Aunque México difícilmente logrará la meta propuesta en el Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio: presentar una razón de mortalidad materna (RMM) de 22 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, ya que la cifra preliminar en 2014 es de 893 muertes maternas (MM), más del doble a las que debíamos llegar en 2015 (400 MM).

El indicador de RMM sigue considerado como una de las metas del Post 2015 en el Objetivo 3: se pretende que para el 2030 todos los países hayan reducido la RMM al menos a 70 por cada 100 mil nacidos vivos. En 2013 ninguna entidad federativa en México tenía una RMM de 70, el estado con la RMM más elevada fue Campeche con 65.4 y 11 fallecimientos en el mismo año, lo que no quiere decir que en México no existan desigualdades importantes entre mexicanas.

En 2015, al cierre de esta etapa de las Metas del Milenio, nos interesa identificar las buenas prácticas desarrolladas en nuestro país por las organizaciones de la sociedad civil y la academia; entre cuyas aportaciones podemos destacar: la construcción de una interlocución entre organizaciones no gubernamentales, gubernamentales y la academia para la generación de propuestas y recomendaciones para mejorar el diseño, la normatividad y el desempeño institucional; la visibilización de la muerte materna como una problemática en sectores sociales excluidos o marginados, así como la canalización de demandas y necesidades en la política oficial; la generación de información independiente que cuestiona y complementa los datos oficiales; el posicionamiento del enfoque de equidad de género, interculturalidad y derechos en la agenda de la política pública; la formación de grupos técnicos especializados para el manejo y análisis de información disponible y el monitoreo de la política pública; la traducción de temas y problemas complejos en un lenguaje accesible para la ciudadanía; la creación, implementación y socialización de nuevas estrategias de incidencia, abogacía y contraloría social; y el establecimiento de un diálogo y colaboraciones entre socie-

dad civil y Sector Salud para mejorar las políticas y los programas (Sesia, Freyermuth, 2013).

Particularmente, no podemos negar el papel protagónico que ha tenido el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM), que surge en 1993 estableciendo la primera instancia interinstitucional y multisectorial para promover la salud materna y evitar la muerte materna mediante la confluencia de gobierno, academia y sociedad civil. La interrelación entre la sociedad y quienes delinear las políticas públicas, así como los operadores de los programas, para compartir de manera horizontal las experiencias en materia de políticas públicas se convirtió en una modalidad que se ha ido institucionalizando a través de los consejos consultivos o los comités interinstitucionales en casi todas las instancias del gobierno federal, sin embargo, su implementación en los ámbitos estatales es muy incipiente, por no decir ausente.

En la primera década del siglo XXI, el CPMSM traza propuestas de política pública e inicia el monitoreo de servicios de salud materna. Es decir, además de seguir cumpliendo un papel de interlocución con las instancias gubernamentales, transforma su participación de manera permanente incluyendo no sólo la vigilancia del poder y la labor de los gobiernos, sino la incidencia en procesos de toma de decisiones públicas que afectan y conciernen a la salud materna. Un ejemplo de esta incidencia es la atención universal de las embarazadas a partir de la instauración del programa de afiliación Embarazo Saludable.

Este tipo de experiencias llevó a conformar este volumen e identificar otras 31 buenas prácticas que giran alrededor de las acciones que las organizaciones de la sociedad civil y la academia han realizado a lo largo de dos décadas. Las presentamos organizadas en siete grandes apartados:

Participación ciudadana. A partir de la Declaración de Alma-Ata, en 1978, se establecen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención de la salud, derechos que en México se encuentran consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; mediante la participación de las y los usuarios de los servicios de salud en el diseño y evaluación de la prestación de servicios, y en la atención e incorporación de recomendaciones de la sociedad civil en las mejoras a las acciones y estrategias en la atención. Este apartado hace un recorrido por

diferentes tipos organizacionales cuyo quehacer fundamental ha sido la incidencia política y la mejora del desempeño de los servicios de salud, razón por la que se centra en la interlocución de la sociedad civil con las instituciones del Estado.

Monitoreo de políticas públicas, programas y servicios. Un aspecto fundamental para la disminución de la MM es la atención de las urgencias obstétricas, ocasionadas, en su mayoría, por padecimientos que pueden ser tratados de manera oportuna. Este cambio de paradigma, que se dio en México hasta la primera década del siglo XXI, llevó a la necesidad de dar seguimiento, por parte de la academia y las organizaciones de la sociedad civil, al funcionamiento de los servicios de salud y reconocer los límites y posibilidades que han tenido en la resolución de complicaciones maternas. En este apartado se da cuenta de cuatro experiencias de monitoreo de políticas públicas, desde la asignación de los presupuestos hasta el desempeño de los servicios de salud.

Enfoque intercultural aplicado a la salud materna. Herramientas culturalmente apropiadas. La adopción del enfoque intercultural en salud materna es indispensable para lograr que el sistema de salud en México sea efectivo, de mejor calidad, más justo, respetuoso y menos discriminatorio, y es crucial para que se garanticen y respeten los derechos de las mujeres y jóvenes indígenas. En esta sección se da cuenta de las experiencias que la sociedad civil se ha planteado para desarrollar una interculturalidad positiva, de los programas de radio que permiten difundir en un lenguaje competente culturalmente aquellos aspectos esenciales para evitar la MM, de la formación de prestadores(as) de servicios y del teatro guiñol que posibilita nuevas formas de comunicación.

Fortalecimiento de actores estratégicos. Para difundir los derechos sexuales y reproductivos, así como la salud sexual y reproductiva de mujeres indígenas, de hombres y mujeres jóvenes en áreas rurales, se han formado promotoras y promotores comunitarios, se han establecido relaciones con actores estratégicos, como periodistas, y se ha vinculado a la salud materna con aquellos aspectos de inequidad que favorecen una muerte prematura: la violencia familiar. La diversificación de los actores que incluyen en su discurso la maternidad segura y su involucramiento para realizar acciones ha permitido mejorar las condiciones de sobrevivencia de las mujeres a partir del empoderamiento personal y colectivo.



▲ *Mujer con un bebé.*
D.R. © Carla Torres /
Fototeca Nacho
López / CDI,
No. Inv. 45010,
octubre, 1991, Santa
María de Ocotán,
Mezquital, Durango.

La partería profesional. Existe evidencia histórica de que la asistencia al parto por parteras profesionales ha disminuido la MM, y los casos de Chile y Uruguay dan cuenta de ello en América Latina. Desde fines de la década de los noventa, las recomendaciones internacionales se han encaminado hacia la atención del parto por personal sanitario calificado como elemento central de cualquier política o programa destinado a la reducción de la MM. En este apartado se ilustran las expe-

riencias en México para fortalecer la partería profesional, luego de su exclusión en el panorama sanitario desde la década de los setenta.

Incidencia política en la mejora de la salud de las mujeres a través del discurso de los derechos humanos. Casos paradigmáticos. El estudio y seguimiento de casos paradigmáticos ha sido una buena práctica realizada por la sociedad civil para promover la mejora en la prestación de los servicios de salud y lograr cambios en las acciones del gobierno. A lo largo de las últimas tres décadas, activistas de organizaciones en pro de la salud materna han documentado y dado seguimiento a casos de muertes maternas. Pero no ha sido sino hasta los últimos



años que se han producido cambios en las estructuras administrativas y de gobierno que han posibilitado a su vez cambios sustantivos a través del discurso de los derechos humanos. La visión de derechos humanos provee un enfoque poderoso de intervención en tanto que apela a los valores de justicia social y equidad para proteger a ciudadanas y ciudadanos de muertes tempranas y evitables: visibilizando la voz de las personas más desfavorecidas, asegurando que la corrupción sea mínima durante el proceso de toma de decisiones y promoviendo acciones de rendición de cuentas y transparencia, enfocándose en las necesidades presentes y futuras de la sociedad.

Sistemas de información en salud. Coordinar un sistema de información en un Sistema Nacional de Salud segmentado y fragmentado es un reto enorme. México ha mejorado la difusión de las estadísticas en salud y la transparencia en los resultados de la prestación de servicios, aunque no se puede considerar que prevalezcan los mismos niveles de confiabilidad de registros en las 32 entidades federativas. En el país existen situaciones diferenciales de dispersión poblacional y condiciones de pobreza, como el acceso y la calidad de los servicios de salud, particularmente en su organización, y la calidad profesional no sólo de los prestadores sino de los recursos dedicados al sistema de registro, que determinan la documentación heterogénea en el registro de estadísticas vitales, inclusive de la defunción. Fortalecer los sistemas de información a fin de reconocer las brechas existentes y los aspectos problemáticos en ellos ha sido interés tanto de la academia como de los organismos no gubernamentales, y ha privilegiado el seguimiento de las cifras de manera oportuna y accesible para la población no especializada. En este apartado se da cuenta de ello en esta materia.

En 2015 se presentan dos desafíos que ponen en riesgo lo logrado: por un lado, se encuentran en vilo modificaciones sustanciales a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la cual, hasta ahora, había permitido la vigilancia ciudadana a las acciones de gobierno, particularmente en el tema de salud; por otro lado, el recorte presupuestal en salud de 10 mil millones de pesos en 2015 deteriorará las condiciones en que serán atendidas las mujeres en todo el país.

Por todo ello, este volumen tiene como objetivo visibilizar la participación de la sociedad civil organizada y su contribución en la construcción de la política y la rendición de cuentas en los programas de salud materna y reproductiva en México durante las últimas décadas.



1 Participación ciudadana

Daniela Díaz Echeverría

La Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, Alma-Ata, del año 1978, manifiesta: “El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud”. Dicho principio democrático es impulsor para la articulación de diferentes tipos organizativos, desde colectivos indígenas, urbanos, comunitarios rurales, colectivos locales hasta otros de alcance nacional; lo anterior, desde las modalidades de resistencia y reivindicaciones de autonomías hasta la interlocución con las instituciones del Estado.

Ciertamente el abanico de cruces de perspectivas y planteamientos conforme a las demandas y propuestas es una característica de las dinámicas de las organizaciones enfocadas a la promoción de los derechos humanos de las mujeres, en general, y a los derechos reproductivos y al derecho a la salud, en particular.

A la par de las reflexiones y los procesos de las organizaciones, los organismos de las Naciones Unidas, los programas de acción de las conferencias internacionales, y los documentos vinculantes de convenciones y pactos internacionales ubican la participación como un elemento fundamental para la aplicación real de los derechos humanos de las mujeres en el campo de la salud.

De igual manera, México tiene un marco jurídico nacional que sustenta el derecho a la participación, fortalecido por la reforma a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de junio de 2011,

donde los derechos humanos están consagrados y contemplan el deber expreso de las autoridades de generar todas las condiciones para el desarrollo pleno de la participación y la ciudadanía.

La participación y la agenda de salud materna en México

Es importante retomar como hito la Conferencia de Alma-Ata, pues a partir de ésta se explicita la participación como un componente fundamental para abordar la salud materna. Principio retomado, articulado y profundizado a lo largo del tiempo en diversas conferencias internacionales de gran relevancia sobre derechos sexuales, derechos reproductivos, derecho a la salud e igualdad de género.

Un momento que reposiciona la participación es el lanzamiento mundial de la Iniciativa de Maternidad sin Riesgos en 1987, campaña global lanzada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNICEF y UNFPA, por sus siglas en inglés, respectivamente), el Banco Mundial, Family Care International, la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF, por sus siglas en inglés), entre otros actores del ámbito internacional. En el caso de nuestro país derivó en la conformación del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM) en 1993, red integrada por organizaciones e instituciones primordialmente del Sector Salud y que durante sus 24 años de existencia se ha replicado en diversos estados del país. El CPMSM ha permitido reconfigurar la participación creando un espacio para el diálogo entre sociedad civil y los gobiernos federal y estatal y, de igual manera, propiciando la puesta en común de conocimientos y agendas de incidencia, allanando el camino para identificar coincidencias temáticas en salud materna e impulsarlas conjuntamente en la política pública.

En general, en México la participación tiene un perfil institucional; es decir, el campo de actuación y de interrelación entre los sectores se enmarca en los lineamientos jurídicos normativos, a fin de modificar el cuerpo regulatorio y programático del Estado mexicano para proveer salud materna.

La participación se desenvuelve en una dinámica y movimiento constantes, y en tal tesitura en marzo de 2011 se puso en marcha el

◀ *Marcha del silencio*. Juan Carlos Martínez Pérez, 21 de diciembre, 2012, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM), red intersectorial e interinstitucional que tiene como objetivo específico generar evidencia para incidir en la política pública en salud materna a nivel federal, así como encargarse de su gestión con los gobiernos estatales, a través de la investigación y el monitoreo de políticas públicas. El OMM conformó una sólida estructura de análisis y seguimiento de la gestión de estrategias y compromisos del gobierno en salud materna, así como de los mecanismos de asignación de presupuesto para tal fin.

En las entidades federativas se han constituido observatorios de mortalidad materna y comités por una maternidad segura, espacios colectivos que establecen una interlocución directa con funcionarios sanitarios, incluso en los ámbitos más locales, emitiendo recomendaciones y pugnando por su aceptación por parte de las autoridades en pro de mejorar la atención en salud materna.

▼ *Día de la resistencia indígena, campesina, negra y popular para conmemorar los 521 años de resistencia de los pueblos de América.* Juan Carlos Martínez Pérez, 12 de octubre, 2013.

La diferencia entre el deber ser y la realidad

Dos elementos fundamentales de la participación —retomados en diversos documentos internacionales y que para México son obligatorios conforme al Artículo 1º Constitucional— son la inclusión de las y los



usuarios en el diseño y evaluación de la prestación de servicios de salud, y la incorporación de las recomendaciones de la sociedad civil en las mejoras a las acciones y estrategias en la atención en salud. No obstante, tales obligaciones, en el primer caso, han sido incumplidas reiteradamente y, en el segundo, su incorporación ha sido inconstante e incompleta.

Al Estado mexicano le falta mucho por avanzar en el entendimiento e implementación cabal de una rendición de cuentas que incluya la participación como uno de sus pivotes. Las prácticas políticas, democráticas y de igualdad no dejan de estar exentas de tensiones, avances y retrocesos. Un claro ejemplo es la relación entre política pública en salud materna y las poblaciones indígenas.

Existe una agenda pendiente del reconocimiento pleno al derecho a la participación de los pueblos indígenas —a partir de sus saberes de medicina tradicional— en la salud materna. Constantes han sido los desacuerdos entre las instituciones de salud y las y los actores comunitarios responsables de la salud de una mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio. Por ejemplo, el aparato público ocupa las tierras, denosta tanto el uso de las plantas medicinales como el de las prácticas tradicionales pre y postparto, y desconoce la autoridad comunitaria en salud de las y los actores locales.

El derecho a la participación y a la consulta son garantías establecidas en los Artículos 1° y 2° de la Constitución, y su contenido determina que las decisiones de los pueblos indígenas son materia obligada para el Estado mexicano, principio de frágil aplicación en el quehacer del aparato público en salud en general y en salud materna en particular.

La participación es un eje fundamental del manifiesto de que todos somos México. Por eso, y pese a tensiones como las descritas, coexisten los encuentros, diálogos y acuerdos entre las organizaciones indígenas pero no con el Sector Salud. En tal tesitura, la participación se desarrolla en un dinamismo continuo, complejo y con diferentes aristas.

En síntesis, la argumentación de fortalecer la participación como un eje central en el quehacer de lo público es porque la salud materna se desprende de experiencias de vida, individuales y colectivas, que en gran medida dependen de una serie de condiciones que deben estar garantizadas por el Estado.

1.1 Comité Promotor por una Maternidad Segura en México

Silvia María Loggia

Paola Sesia

Raffaella Schiavon Ermani

Antecedentes

México se suma a la Iniciativa por una Maternidad Segura en 1993 con la creación del Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México (CPMRM) y la realización de la Primera Conferencia Nacional sobre Maternidad sin Riesgos. Esta Conferencia fue un parteaguas porque por primera vez se reunieron legisladores, partidos políticos, profesionales de la salud de instituciones públicas y privadas, representantes de organizaciones de mujeres, comunicadores sociales, investigadores y organismos internacionales para dialogar sobre las dimensiones, causas y consecuencias de la morbilidad materna; y se establecieron compromisos y acciones colectivas para la disminución de la mortalidad materna (MM) en la primera Declaración de México por una Maternidad sin Riesgos (Elu, 1999). Desde entonces, el CPMRM suma 24 años ininterrumpidos de trabajo en promoción de la salud materna.

El CPMRM fue presidido de 1993 a 2007 por la Dra. María del Carmen Elu, de 2008 a 2011 por la Dra. Graciela Freyermuth y de 2012 a la fecha por la Dra. Raffaella Schiavon. Estos periodos marcan claramente tres etapas donde, sin abandonar las acciones y prioridades anteriores, se construyen y/o fortalecen nuevas visiones, prioridades y/o estrategias.

La Dra. Elu construyó las primeras iniciativas e involucró a diferentes actores a nivel federal y en las entidades federativas, tanto del Sector Salud como de otros sectores públicos; pero también involucró a la socie-



▲ *Mujer cargando una bebé.* D.R. © Juan Francisco Urrusti / Fototeca Nacho López / CDI, No. Inv. 24052, 1984, Tzucacab, Yucatán.

dad civil. Bajo su gestión se impulsaron acciones innovadoras para reconocer la problemática de morbilidad materna como multifactorial y como una prioridad de salud pública y equidad de género. Las acciones de promoción y de interlocución con el Sector Salud fueron sustantivas.

La Dra. Freyermuth consolidó al CPMRM como un espacio de análisis y seguimiento de la política pública en la reducción de la morbilidad y muerte materna (MM), en la identificación de indicadores y en la medición de avances en el abatimiento de la MM desde la sociedad civil. Este proceso culminó con la creación del Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM) como grupo de trabajo del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM), que en 2011 cambia su nombre y constituye un marco de referencia nacional e internacional en la generación de información y evidencia. Además, se incidió en la política pública en salud materna a nivel nacional y en los estados prioritarios, en alianza con los comités estatales respectivos.

Por su parte, la Dra. Schiavon ha impulsado la mejora de la calidad de la atención institucional y el enfoque de derechos humanos aplicado a la salud materna; ha promovido la articulación de políticas públicas y la coordinación interinstitucional que garanticen el derecho a la salud, a la vida, a la no discriminación, a la equidad de género y a la autonomía reproductiva, bajo los principios de la universalidad y equidad en el acceso a servicios de salud oportunos y de calidad para las mujeres. Ha enfatizado en la maternidad como una libre elección, la prevención del embarazo temprano y el acceso a la información y a servicios de salud reproductiva que garanticen la posibilidad de decidir el número e intervalo de hijas(os).

El CPMSM tiene presencia y trascendencia en algunos estados prioritarios para la reducción de la muerte materna, donde se fundaron comités estatales: Veracruz en 1994, Oaxaca y Guerrero en 1995, Chiapas en 1998, y Jalisco en 2013; además de la participación de grupos de trabajo en otras entidades federativas. Los comités estatales constituyen un marco de referencia e interlocución en el ámbito local, al participar activamente en grupos de trabajo, desarrollando y presentando resultados de monitoreo, llevando a cabo conferencias de prensa y campañas de comunicación, realizando denuncias públicas y asesorando e incidiendo en políticas públicas en salud materna.

Objetivos

- Promover la maternidad informada, libremente decidida, sin violencia y gozosa, así como el acceso universal a atención de salud respetuosa y de calidad, para y con mujeres en situación de vulnerabilidad, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos (DSR).
- Ser referente estratégico en el diseño de atención a la salud materna, no sólo considerando los determinantes sociales y la diversidad sociocultural de las mujeres en México, sino promoviendo innovaciones y estrategias en salud materna basadas en evidencia científica y desde la perspectiva de derechos humanos, e incidiendo de manera eficaz en políticas públicas a niveles municipal, estatal y nacional.

Desarrollo

El CPMSM funciona a través de un Secretariado Técnico, un Consejo Directivo y el Pleno de Asociados integrado mínimamente por representantes de los cinco comités estatales, asociados de los estados de San Luis Potosí, Zacatecas, Aguascalientes, Morelos y Querétaro, así como por las organizaciones que componen la Coalición por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal y el Secretariado Técnico del OMM. También han participado por momentos representantes del Sector Salud federal y de los estados participantes, organismos multilaterales de las Naciones Unidas, como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); asimismo, la organización regional Family Care International (CFI, 2006), el sector académico y otros organismos financiadores.

El Secretariado Técnico es elegido a través de una propuesta elaborada por el Consejo Directivo, presentada y aprobada por el Pleno de Asociados. Actualmente, el Secretariado Técnico tiene una duración de dos años, renovable por un segundo periodo. El Consejo Directivo se compone por tres o cuatro personas, representantes del sector académico, de organizaciones de la sociedad civil y de organismos multilaterales.

Desde sus inicios, el CPMSM ha sido una instancia plural, multidisciplinaria, intersectorial y con integrantes tanto del ámbito federal como estatal, lo cual propicia el intercambio de puntos de vista y experiencias; la difusión de información, estrategias, evidencias y acciones innovadoras y actualizadas; el diálogo respetuoso y constructivo entre participantes; así como la construcción de una puesta común a favor de la disminución de la morbilidad materna y en pro de la salud de las mujeres durante la maternidad.

El Comité ha funcionado durante 94 reuniones ordinarias y cinco técnicas, desde su creación. A lo largo de estas dos décadas la dinámica de funcionamiento se ha modificado conforme a los cambios de orientaciones de cada administración federal, la composición del Pleno de Asociados, las prioridades asumidas por cada Secretariado Técnico y los financiamientos disponibles.

Actualmente, el trabajo del CPMSM tiende a organizarse más en grupos técnicos de trabajo y menos en reuniones periódicas, aun cuando

éstas siguen cumpliendo un papel importante en la planeación periódica del CPMSM y de los comités estatales. En este proceso, los objetivos del Comité se han modificado respondiendo no sólo a las necesidades del fortalecimiento de la salud materna en el tiempo, sino a la transformación de los contextos nacional y subnacionales, así como de la agenda global. Finalmente, se ha dado un proceso de profesionalización del CPMSM con capacidades técnicas fortalecidas de los grupos de trabajo (Sesia, 2013).

El CPMSM ha recibido apoyo y financiamiento de la Fundación MacArthur, UNFPA, OPS, Population Council y FCI; también ha obtenido financiamientos mediante convocatorias públicas del gobierno y de instancias específicas del Sistema Nacional de Salud.

▼ *Mujer con un bebé.*

D.R. © Miguel Bracho
/ Fototeca Nacho
López / CDI,
No. Inv. 37805,
septiembre, 1980,
Santa María Acapulco,
Santa Catarina,
San Luis Potosí.

Resultados

En sus inicios, el Comité contribuyó con investigaciones sobre los factores socioculturales y socioeconómicos asociados con la muerte materna, las desigualdades sociales, las inequidades de género y la violen-



cia contra mujeres embarazadas, como elementos coadyuvantes en la muerte durante la maternidad. Participó en la promoción de la metodología RAMOS modificada¹ y en la inclusión de la condición de “embarazo” en el acta de defunción para disminuir el subregistro de la muerte materna; promovió la identificación de las demoras que conducen a la muerte materna y enfatizó la relevancia de la participación comunitaria y de la promoción social. Asimismo, organizó concursos nacionales para premiar acciones exitosas en la prevención de la muerte materna y ferias para sensibilizar a la población sobre los cuidados durante el embarazo, la atención del parto, la planificación familiar y el acceso a servicios de salud materna. Promovió los puestos de salud para mujeres embarazadas con el objetivo de orientar, prevenir y/o canalizar las complicaciones maternas. En este proceso las Declaraciones por una Maternidad sin Riesgo permitieron alinear prioridades para mejorar la calidad de la atención y reducir la muerte materna (Elu, 1999; Santos, 2005).

En la segunda etapa se dieron las condiciones para incidir exitosamente en las estrategias y acciones de gobierno. Las reuniones técnicas posibilitaron ejercicios de contraloría social y evaluación de los servicios de salud materna por parte de los comités estatales, así como de rendición de cuentas y transparencia de los Servicios Estatales de Salud. Ante el interés del CPMSM por asegurar el acceso universal a la atención obstétrica se cabildeó durante la Segunda Reunión Técnica (2009) la instauración del Programa Embarazo Saludable facilitando así la afiliación de mujeres embarazadas al Seguro Popular y comprometiéndose a la exención de pago por evento obstétrico. Ante la propuesta del Comité de acompañar a todas las mujeres afiliadas a Oportunidades durante el embarazo, parto y postparto, se creó el Programa Madrinas Obstétricas, así como un Plan de Seguridad Integral para el embarazo, parto y puerperio adoptado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR) de la Secretaría de Salud (SSA). Ante la promoción de la partería profesional para mejorar la calidad de la atención, se inició la inclusión de esta profesión en los servi-

¹ Siglas en inglés de Reproductive Age Mortality Survey con una modificación: en vez de aplicar el método 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, ha realizado una búsqueda intencionada de mujeres que han fallecido por 46 causas de muerte.



▲ *Marcha de evangélicos de Mitzitón.* Efraín Ascencio Cedillo, 1 de octubre, 2010, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

cios de hospitales básicos de algunos estados. Finalmente, la instalación del OMM (2011) ha posibilitado la creación de un espacio institucionalizado para la rendición de cuentas y la transparencia frente a las políticas de salud materna (Freyermuth, 2013).

La coyuntura del cambio de administración presidencial en 2012 abrió un espacio de incidencia importante para el CPMSM en su tercera etapa, con sus aportaciones durante los foros de consulta para la elaboración del Plan Nacional de Desarrollo (PND 2013-2018), el Programa Sectorial de Salud (PROESA) y los Programas de Acción Específicos del CNE-cysr. El CPMSM ha participado en la revisión de la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, así como en la reciente actualización de la Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo, misma que incluye las últimas evidencias científicas y promueve una atención humanizada, intercultural y segura (CENETEC, 2015).

En conjunto con la Coalición por la Salud de las Mujeres, el CPMSM y el OMM han fomentado la difusión en los medios de comunicación de una cultura del reconocimiento de los derechos de las mujeres y de la vulnerabilidad que enfrentan las mujeres indígenas y las adolescentes en el acceso a servicios de salud materna y de salud sexual y reproductiva en el país. En conjunto con el OMM, el CPMSM ha organizado o participado en eventos mediáticos para hacer llamados a la acción ante la violación de derechos humanos de mujeres en situación de parto y muerte materna, y ha visibilizado las insuficiencias que presenta el Sistema Nacional de Salud en la materia. Estos llamados a la acción han recibido la atención de la SSA a nivel federal, así como de los estados involucrados.

El CPMSM ha participado en múltiples conferencias internacionales y globales donde se gestan y promueven nuevos enfoques en salud materna, como el de derechos humanos. También ha elaborado y difundido materiales para el diseño de políticas públicas y estrategias basadas en evidencia para mejorar la calidad de la atención; ha adoptado el enfoque de interculturalidad y el de derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, parto, postparto y postaborto; ha realizado, sistematizado y socializado investigaciones que han permitido generar evidencias dirigidas a la acción y visibilizando temas emergentes como el del embarazo en adolescentes menores de 15 años, la modificación del perfil epidemiológico de las muertes maternas a raíz del incremento de causas obstétricas indirectas, la creciente epidemia de cesáreas y la necesidad de impulsar una atención respetuosa y desmedicalizada del parto normal, basadas en la mejor evidencia disponible y a partir de las mejores prácticas.

Finalmente, como reconocimiento a su rol técnico y de abogada, el CPMSM, junto con el OMM, son los únicos representantes de la sociedad civil oficialmente convocados por el Comité de Arranque Parejo en la Vida, ahora de Salud Materna y Perinatal, máximo órgano rector de las políticas en salud materna de la SSA.

1.2 Reuniones técnicas para la promoción de la salud materna en Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz

Paola Sesia

Objetivo general

Intercambiar y promover enfoques, experiencias, conocimientos, estrategias y acciones basadas en evidencias científicas, técnicas o sociales que sean relevantes, urgentes, necesarias y exitosas entre autoridades del Sector Salud a nivel federal y de los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz, representantes de organismos de la sociedad civil y académicos, para mejorar la respuesta clínica, salubrista y social ante la salud materna.

Objetivos específicos

- Conocer y reconocer la relevancia de diversas experiencias que han contribuido a mejorar la atención de la salud materna, disminuyendo la morbilidad y mortalidad materna (MM).
- Promover una colaboración efectiva y oportuna en el Sector Salud a niveles federal y estatal entre organismos no gubernamentales e instituciones académicas.
- Difundir y promover en los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz programas, proyectos y acciones exitosas en salud materna y en la reducción de la morbilidad y MM, originadas en México o en otros países de América Latina.

- Analizar y adecuar o adoptar las experiencias exitosas y útiles de los ámbitos nacional y latinoamericano, a los contextos interculturales y de rezago (social, salubrista y médico) de los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz.
- Contribuir al diseño, implementación y monitoreo de políticas públicas en salud materna, así como a la prevención y reducción de la MM, desde perspectivas de equidad de género, interculturalidad y derechos humanos y con la participación activa de la sociedad civil y la academia.
- Construir acuerdos en pro de una agenda para la disminución de la MM y dar seguimiento al cumplimiento de las Metas del Milenio en los cuatro estados.

Desarrollo

Las reuniones técnicas se realizaron en convocatoria conjunta con el CNEGYSR de la Secretaría de Salud (SSA), todas tuvieron un formato similar y en dos de ellas se contó con la presencia de participantes nacionales e internacionales en conferencias magistrales, paneles de presentación, mesas de trabajo por tema y estado y sesiones plenarias para reportar y firmar acuerdos. El número de participantes osciló entre 70 y 85 representantes del Sector Salud de los cuatro estados y del nivel federal, de la coordinación de los CPMS estatales y nacional, así como representantes de organizaciones de la sociedad civil, la academia y otras instituciones interesadas a niveles estatal y federal. Se contó, por ejemplo, con dos avales de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) de la SSA en la primera, segunda y cuarta reuniones, y del CNEGYSR en la segunda y quinta reuniones.

Se seleccionó como tema prioritario el parto humanizado (Segunda Reunión), la atención a emergencias obstétricas (Tercera Reunión, 2010), los financiamientos y el análisis de presupuestos en salud materna (Cuarta Reunión, 2011), y la calidad de la atención e interculturalidad en el primer nivel (Quinta Reunión, 2012); también participaron los Servicios Estatales de Salud (SESA) de los cuatro estados y, en el caso de Oaxaca, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)-Régimen Ordinario e IMSS-Oportunidades.

Todas las reuniones tuvieron la participación y apoyo técnico del

CIESAS, en sus unidades regionales Pacífico Sur (Oaxaca) y Sureste (Chiapas). La Primera Reunión tuvo el soporte metodológico y de contenidos de la oficina del Fondo de Población de las Naciones Unidas en América Latina (UNFPA, por sus siglas en inglés); la Segunda, Tercera y Cuarta reuniones recibieron la colaboración técnica, financiera y operativa de Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C. (ACASAC) de Chiapas; en la Quinta Reunión se contó con la participación y el apoyo técnico y financiero de IPAS-México. El financiamiento para este proyecto provino principalmente de la Fundación MacArthur; pero, también, se contó con financiamientos adicionales del CNEGYSR, la Organización Panamericana de la Salud y el UNFPA.

En las cinco reuniones se presentaron panorámicas de la MM y de las acciones implementadas por estado, un análisis situacional, así como estrategias e intervenciones planteadas y ejecutadas en salud materna para la prevención y disminución de la morbilidad y MM a nivel federal; asimismo, el monitoreo de redes de servicio por los CPMS estatales y presentaciones sobre temas prioritarios como la Atención de la Emergencia Obstétrica (AEO) en Nicaragua, el parto humanizado en hospitales en Brasil o el parto intercultural en Ecuador, la mejoría del desempe-

TABLA I. REUNIONES TÉCNICAS REALIZADAS

ESTADOS PARTICIPANTES	LUGAR	FECHA	ORGANIZADORES	CO-CONVOCANTES
Primera: Chiapas, Guerrero y Oaxaca	Oaxaca, Oaxaca	Febrero, 2008	Comité Promotor por una Maternidad Segura (CPMS) Oaxaca	Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM)/Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR)/Servicios de Salud de Oaxaca (SSO)
Segunda: Chiapas, Guerrero y Oaxaca	San Cristóbal de Las Casas, Chiapas	Febrero, 2009	CPMSM/Comité Promotor por una Maternidad Voluntaria y Segura (CPMVS) Chiapas	CNEGYSR/Instituto de Salud de Chiapas
Tercera: Chiapas, Guerrero y Oaxaca	Acapulco, Guerrero	Marzo, 2010	CPMSM/CPMS-Guerrero	CNEGYSR/Secretaría de Salud de Guerrero
Cuarta: Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz	Veracruz, Veracruz	Junio/julio, 2011	CPMSM/CPMS-Veracruz	CNEGYSR/Secretaría de Salud de Veracruz
Quinta: Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz	Oaxaca, Oaxaca	Septiembre, 2012	CPMSM/CPMS-Oaxaca	CNEGYSR/SSO

ño y calidad de la atención de servicios de salud materna de primer y segundo niveles con la adecuación intercultural de los servicios en Ayacucho, Perú; así como múltiples estrategias de capacitación en la AEO en México y Guatemala, el papel nodal del financiamiento público, la transparencia y rendición de cuentas en salud materna y reproductiva en México y la importancia de adoptar un enfoque basado en la interculturalidad, equidad de género y los derechos humanos para mejorar la calidad clínica y humana de los servicios de salud materna en el país.

En las mesas de discusión se analizaron estos temas y se hicieron propuestas que, de aprobarse, se traducirían en acuerdos que en general tendrían un componente global que se aplicaría en los cuatro estados y en el CNEGYSR a nivel federal; además de un componente específico para cada estado que fuera acorde con su realidad, problemas y ventanas de oportunidad. Los avances de estos acuerdos se revisaban en la siguiente reunión. El CPMSM y los comités estatales daban seguimiento, asesoría y apoyo y/o ejecutaban acciones en conjunto con el Sector Salud de cada estado a lo largo del año, entre una reunión y otra, y evaluaban los avances de cada acuerdo mediante la interlocución de los comités estatales con sus respectivos SESA.



Resultados

El primer logro significativo de estas reuniones fue conjuntar de manera periódica a representantes de los SESA con representantes federales, de la sociedad civil y la academia para elaborar estrategias, propuestas y recomendaciones que finalmente serían suscritas como acuerdos o compromisos entre los organismos participantes. En el contexto de una democracia participativa, incipiente y todavía endeble en México, sobre todo en los espacios subnacionales, la creación de un ámbito donde la sociedad civil pudiera incidir en la agenda de la política pública es un logro que comprende y, al mismo tiempo, trasciende el campo de la salud materna. Las reuniones han permitido afianzar el papel de los comités estatales como interlocutores reconocidos desde la sociedad civil por parte de los SESA.

El segundo logro fue establecer un mecanismo periódico que diera seguimiento a los acuerdos a lo largo del año, mediante el cual los SESA pudieran reportar a los comités los avances y establecer nuevos compromisos o reiterar la vigencia de compromisos anteriores. Este mecanismo vincula a los SESA al proporcionar información acerca de sus acciones y empodera a los comités al solicitar esta información y dar seguimiento a las acciones de los SESA en salud materna.

El tercer logro fue la decisión consensuada en Chiapas, Guerrero y Oaxaca para monitorear, por parte de los comités estatales y el CPMSM, la red de servicios de salud materna (24 horas, 365 días al año) en cada uno de esos estados, lo que permitió revisar la situación real de operatividad de sus redes, de manera objetiva y neutral. Esta observación reveló, por ejemplo, la necesidad de:

- reorganizar y reforzar las redes de servicios;
- completar la plantilla laboral y homologar códigos por nivel de atención;
- incrementar la capacidad resolutoria de los hospitales de segundo nivel de atención;
- contar con transporte de manera oportuna;
- mejorar la calidad técnica y la competencia cultural de los prestadores de servicios de salud de primer y segundo niveles, para la AEO, y
- desarrollar y fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas.

La información se reportó en el seno de las reuniones con los respectivos SESA y se utiliza en las mesas de discusión para la toma de acuerdos, constituyendo, además, una línea basal importante para la evaluación periódica. El monitoreo se ha llevado a cabo en más de una ocasión y, en la actualidad, se sigue realizando por algunos de los comités. Además es una tarea que, de manera sistemática, rigurosa, y más allá de los cuatro estados, lleva a cabo el Observatorio de Mortalidad Materna en México, un grupo de trabajo del CPMSM que se constituyó como tal desde 2011.

El cuarto logro fue haber puesto en el debate con los SESA otros temas relevantes, como el parto humanizado o la calidad de la atención y las capacitaciones en emergencia obstétrica, con ejemplos concretos sobre cómo otros estados o países latinoamericanos han podido enfrentar problemáticas similares con buenos resultados. En contextos estatales las oportunidades de intercambiar experiencias y conocer de viva voz estrategias exitosas son muy limitadas. Abrir este espacio es importante tanto para los SESA como para los comités estatales porque permite a estos últimos poner en la mesa de discusión y toma de acuerdos otros temas/problemáticas/enfoques que, de otra manera, no se incluirían. De ese modo, el CPMS-Oaxaca con sus SESA, por ejemplo, decidió impulsar la realización de proyectos piloto en parto humanizado dentro de las estructuras de los SSO, e implementar estrategias de información, difusión y sensibilización sobre este tema.

El quinto logro tiene que ver con que estas reuniones permitieron a los comités estatales, en colaboración con el CPMSM, plantear estrategias colectivas conjuntas, por ejemplo, evidenciando la necesidad de promover con mayor énfasis el esquema de afiliación al Programa Embarazo Saludable (2014) y así continuar pugnando por un acceso efectivo, universal y gratuito a la atención materna y sus complicaciones. Esto, a raíz de los resultados presentados en las reuniones sobre el monitoreo de redes de servicios.

El último logro fue la incidencia en política pública a nivel federal, como resultado de iniciativas surgidas en el transcurso de las reuniones. En 2008, por ejemplo, a petición de los participantes, se suscribió una carta solicitando al presidente de la República establecer mecanismos para garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito a la atención obstétrica en Chiapas, Guerrero y Oaxaca. El gobierno federal respondió a esta petición estableciendo en mayo de 2008 un nuevo esquema



▲ *Parteras.*
Escuela de Promoción
Comunitaria Indígena
“Nellys Palomo
Sánchez”, 1 de
febrero, 2012,
Guerrero.

de afiliación al Seguro Popular: el Programa Embarazo Saludable, que permite el acceso a los servicios de salud a mujeres de escasos recursos. Un segundo ejemplo fue la solicitud de la SPPS del gobierno federal a la Secretaría Técnica del CPMSM en la Segunda Reunión para elaborar una nueva estrategia federal que acelere la disminución de la MM, estrategia que ha regido la política pública federal en salud materna desde 2009 a la fecha. Finalmente, otro ejemplo fue el compromiso asumido por el CNEGYSR en 2009-2010 para incluir a un especialista en parto humanizado dentro del grupo de especialistas que estaban en proceso de revisar y actualizar la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

1.3 La Coalición por la Salud de las Mujeres

Daniela Díaz Echeverría

Antecedentes

En mayo de 2007 se conforma la Coalición por la Salud de las Mujeres,² colectivo cuyo fin inmediato es fortalecer la política pública en salud sexual y reproductiva (SSR) a través de la asignación de recursos financieros e insumos en el Presupuesto de Egresos de la Federación.

Objetivo

La Coalición por la Salud de las Mujeres tiene como objetivo asegurar que los programas en SSR cuenten con recursos específicos y etiquetados, a fin de contribuir a la igualdad de género. Éste es un objetivo a largo plazo que requiere de procesos permanentes de incidencia, de tal suerte que los paradigmas que enmarcan a la Coalición son la igualdad de género y los derechos humanos de las mujeres, en general, y, en particular, los derechos sexuales reproductivos (DSR).

Una innovación desarrollada por la Coalición es incluir en su pers-

² Actualmente integrada por Balance, Comité por una Maternidad Segura en México, Comunicación e Información de la Mujer (CIMAC), Consorcio para el Diálogo Parlamentario y la Equidad, Fundar —Centro de Análisis e Investigación, A. C.—, Ipas México, Kinal Antzetik D. F., Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A. C. (Mexfam), Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM), Salud Integral para la Mujer (SIPAM).

pectiva la unión de los DSR con el derecho a la salud, propuesta metodológica que implica conocer y adentrarse en el significado de éstos, así como se contemplan en la normatividad del sistema de salud mexicano y de la obligatoriedad en su cumplimiento, a partir de las modificaciones establecidas en el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Desarrollo

La horizontalidad y el análisis técnico: herramientas de la Coalición

La Coalición, con base en principios de horizontalidad, conforma prácticas de argumentación y discusión sobre los asuntos que le competen, con el fin de llegar a consensos. De igual manera, opta por no manejar recursos financieros.

La metodología utilizada es, en primer lugar, identificar los intereses en común entre las organizaciones que integran a la Coalición: la política pública (planeación) y el presupuesto que se le asigna (programación); en segundo lugar, la articulación efectiva entre ambos componentes y sus dinámicas de gestión desde los ámbitos federal, estatal y

▼ *Mujer cargando a un bebé.* D.R. © Agustín Estrada / Fototeca Nacho López / CDI, No. Inv. 52200, marzo, 1987, Tenejapa, Chiapas.



local (abordaje efectuado mediante monitoreos que se llevan a cabo mediante proyectos específicos de las organizaciones de la Coalición); y, por último, con la información recopilada y puesta en común del colectivo, sistematizar las propuestas que se presentan ante tomadores de decisión y, en diferentes ocasiones, ante redes u otros colectivos interesados en los temas que la Coalición promueve.

Los temas de interés de la Coalición obligan a tener interlocución con el Poder Ejecutivo, expresado en la Secretaría de Salud (ssa), y con el Poder Legislativo, particularmente con la Comisión de Igualdad, así como con las comisiones de Salud, de Presupuesto y Cuenta Pública, y de Vigilancia de la Auditoría Superior de la Federación de la Honorable Cámara de Diputados.

Como indican Berrío y Lozano (2015), la Coalición ha desarrollado un importante trabajo de incidencia no sólo para el diseño de políticas y asignación presupuestal, sino para el seguimiento de presupuestos federales sobre SSR, particularmente realizados por Fundar. Una de las demandas más importantes fue la etiquetación de recursos, acción afirmativa que logró plasmarse en el Anexo de Erogaciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres del Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación, desde 2008 hasta el aprobado en 2015. Este mecanismo presupuestario se generó en el marco del trabajo efectuado en la Mesa Interinstitucional de Presupuestos hacia la Igualdad de Género por la Comisión de Equidad y Género, el Instituto Nacional de las Mujeres, las Secretarías de Hacienda y Crédito Público, la ssa, de Desarrollo Social y la Función Pública, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), el Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG) y la Coalición por la Salud de las Mujeres. La Coalición fue el único actor de la sociedad civil.

Resultados

La Mesa Interinstitucional se encuentra operando desde 2014, sin estar exenta de dificultades, gracias a la incorporación de las propuestas de las diversas organizaciones que la constituyen, y al haber logrado modificaciones significativas en la estructura de la orientación del gasto etiquetado en el Anexo de Igualdad. A pesar de los disensos, en 2012 el Anexo se fortaleció con su incorporación a la Ley Federal de Presupuesto y Res-

ponsabilidad Hacendaria. Ello es resultado de la concurrencia, año tras año, de la Coalición, de diferentes organizaciones, legisladoras y académicas conocedoras de presupuestos de género, a fin de consolidar la institucionalización de la etiquetación del gasto mediante un marco jurídico que la reconociera.

Este ha sido uno de los logros de mayor trascendencia obtenido por la Coalición, al actuar como portadora de un interés general (Márquez, A., 2014:107). El Anexo es un mecanismo que además de instrumentar la asignación de recursos a la agenda de equidad de género, en general, y a la de SSR, en particular, permite el monitoreo de esos recursos en el espacio federal de la gestión.

La etiquetación y el seguimiento al presupuesto son dos herramientas básicas para elaborar y presentar propuestas de asignación de recursos. Haciendo uso de éstas, la Coalición lleva a cabo propuestas y recomendaciones dirigidas a la ampliación o modificación de la agenda en política pública para la atención de la salud sexual y reproductiva. Entre las propuestas de mayor éxito se encuentran la contratación de personal de salud comunitario —promotoras(es) y traductoras de lenguas indígenas— y de parteras profesionales; así como la adquisición de pruebas para detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en mujeres embarazadas y el traspaso de presupuesto e insumos al programa de SSR para adolescentes.

De igual manera, se demandó la asignación de presupuesto para la atención en salud materna y para emergencias obstétricas, y el fortalecimiento de programas de anticoncepción; se prestó especial interés a estos temas en población adolescente, jóvenes y mujeres indígenas. En este último caso se introdujeron demandas orientadas a la calidad de la atención y a su pertinencia cultural, lo que contemplaba el respeto por los actores y saberes tradicionales, así como la necesidad de contar con recursos para la atención en zonas indígenas (Berrío, Lozano, 2015). Lo anterior ha tenido como marco la igualdad de género y los derechos humanos de las mujeres, con un soporte técnico producido por la Coalición, lo cual posibilita una gestión adecuada.

Estos son algunos de los ejemplos de orientación del gasto con su incorporación en el diseño de la política pública federal y de las entidades federativas, y responden básicamente al objetivo de institucionalizar el presupuesto etiquetado para SSR en la planeación y programación nacionales.

El reto de no ser rebasados por las circunstancias

En resumen, son tres los mayores retos para la continuidad asertiva del colectivo. El primer reto consiste en ser persistentes en sus dinámicas organizativas que se caracterizan por la toma de decisiones democráticas (Márquez, A., 2014) y lograr la continuidad en la interlocución con los poderes ejecutivos y legislativos. De tal suerte, que tanto el ejecutivo como el legislativo sigan tomando en cuenta las propuestas en pro de garantizar el derecho a la salud de las mujeres. Éste es un gran desafío tanto para la Coalición como para otros grupos organizados y, significa, repensar estrategias nuevas, reconfigurándolas a la luz de contextos autoritarios.

El segundo es más bien un obstáculo respecto a la responsabilidad de los funcionarios públicos en la gestión de recursos (etiquetados o no) utilizados en la atención en la SSR. Berrío y Lozano lo exponen con claridad:

[...] una suerte de dinámicas que distan de un esquema ideal o sosegado en la planeación, diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas, entre éstas los intereses políticos particulares; los conocimientos y desconocimientos de los funcionarios públicos; los límites de los tiempos y formatos de participación social en el momento de toma de decisiones; y la escisión o distancia entre las definiciones formales y el ejercicio práctico de las mismas en niveles regionales y locales (Berrío, Lozano, 2015:53).

El tercero es un impedimento que deriva de las resistencias constantes del Poder Legislativo y Ejecutivo federales y estatales, para fortalecer el sistema de rendición de cuentas mediante la transparencia de toda la información, la evaluación de la planeación de la política pública y la ejecución presupuestaria. En suma, para la Coalición es materia obligada responder a la probidad del ejercicio de la función pública, haciendo suyos los lineamientos de participación contenidos en los documentos internacionales vinculatorios con el Artículo 1° de la Constitución.

1.4 El Observatorio de Mortalidad Materna en México

Graciela Freyermuth Enciso

Antecedentes

Un observatorio o veeduría ciudadana es un instrumento importante de la sociedad civil para la interlocución con el Estado y los gobiernos locales, cuyo objetivo es incidir en la mejora de sus servicios y utilización de recursos en el cumplimiento de sus obligaciones. Hay varios tipos de observatorios: a) una organización de la sociedad civil se constituye como observadora, b) un grupo de organizaciones de la sociedad civil se unen con un mismo objetivo de observancia, y c) un grupo de organizaciones de la sociedad civil (nacional, internacional y gubernamental) se unen con un mismo fin.

El Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM) surgió en 2010 a fin de promover el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) número 5, a través del cual el gobierno mexicano se comprometió a disminuir la razón de mortalidad materna (RMM) a 22 MM por 100 mil nacidos vivos para el año 2015, tomando como referencia 89 en 1990. En 2010, a 20 años solamente, México había disminuido en 50% la MM, porcentaje que debía haber sido alcanzado en el año 2000. Por ello, se planteó el seguimiento de indicadores, el monitoreo de políticas públicas estratégicas y la difusión de estos resultados, uno de cuyos principales propósitos es movilizar la voluntad política de actores significativos en ámbitos gubernamentales y no gubernamentales, en las esferas federal y estatal, para avanzar no sólo en la transparencia y ren-



▲ *Mujer cargando un bebé.* D.R. © Lorenzo Armendáriz García / Fototeca Nacho López / CDI, No. Inv. 15403, octubre, 1987, Tziscaco, La Trinitaria, Chiapas.

dición de cuentas vinculadas con la salud materna sino en la relación entre gobierno y sociedad civil, a través de reuniones con organizaciones civiles, ciudadanía y funcionarios(as) locales.

Desde su inicio, el OMM se concibió como un espacio multisectorial y multidisciplinario, al contar con la participación de la academia, organizaciones de la sociedad civil, a través del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM), organizaciones internacionales, que incluyen algunas agencias de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), y funcionarios de gobierno de instancias estratégicas para el tema.

El trabajo del OMM se basa en principios éticos básicos: autonomía, promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género, respeto a la diversidad y a la diferencia, a las acciones positivas en poblaciones indígenas fomentando el respeto a sus tradiciones y costumbres y asegurando, asimismo, una atención digna y oportuna. La transparencia y la rendición de cuentas son ejes fundamentales.

Objetivo

El objetivo del OMM es contribuir a la toma de decisiones para mejorar no sólo el acceso a los servicios de salud, sino su calidad durante la atención del parto y la urgencia obstétrica. Para ello, se plantea dar seguimiento tanto a las políticas públicas del gobierno federal sobre salud materna para contribuir a su cumplimiento, como a las actividades de los diferentes integrantes del Sector Salud, a fin de que éstas se lleven a cabo con transparencia y rendición de cuentas, y promoviendo la relación entre gobierno y sociedad civil a través de reuniones locales con organizaciones civiles, ciudadanía y funcionarios.

Desarrollo y resultados

El OMM, cumpliendo su propósito de movilizar la voluntad política de actores significativos en los ámbitos gubernamental y no gubernamental, en las esferas federal y estatal, ha establecido un Secretariado Técnico con responsables de cada uno de sus grupos de trabajo:

El OMM en cuatro años (2011-2014) ha creado un *Sistema de Indicadores y Análisis Estadístico* mediante el cual es posible analizar, evaluar, monitorear y vigilar sistemáticamente la MM en México. Asimismo, ha promovido los mecanismos necesarios para garantizar el acceso a información confiable, oportuna y periódica, que haga posible su uso para el análisis, realizando convenios con las dos direcciones que generan la información oficial sobre este problema: la Dirección General de Epidemiología y la Dirección General de Información en Salud, ambas adscritas a la Secretaría de Salud. El OMM ha generado información relacionada con las muertes maternas en México que permite reconocer las debilidades del sistema de salud, las brechas en salud materna y el exceso de muertes maternas evitables. Para tal fin, realiza un monitoreo de indicadores tradicionales de MM y también da seguimiento a los indicadores propuestos en el *Plan para acelerar la reducción de la mortalidad y de la morbilidad materna grave*, promovido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Asimismo, el OMM promueve la transparencia mediante el seguimiento y difusión de mapas de las muertes maternas que ocurren de manera semanal en el país. De esta manera, se da un seguimiento estre-

cho a este fenómeno, de manera acumulada a lo largo del año y por semana epidemiológica.

El *Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación de Políticas Públicas* tiene dos objetivos en su seguimiento de políticas públicas: crear modelos de monitoreo replicables por otros observatorios y establecer el seguimiento de operación de estas políticas, así como realizar recomendaciones que puedan ser utilizadas a corto plazo.

El *Grupo de Trabajo de Monitoreo de Políticas Públicas* da seguimiento a la alineación de políticas, convenios, decretos y leyes nacionales en relación con estrategias, programas e intervenciones puntuales, que recientemente se han impulsado para atender la MM, identificando actores significativos y sus responsabilidades en cada uno de los niveles de gobierno; recolecta, sistematiza y analiza datos como productos de un monitoreo y vigilancia sistemática de intervenciones, producción de servicios, etiquetación y ejecución de presupuestos, a fin de mejorar la salud materna; elabora recomendaciones de políticas públicas que contribuyan a la reducción de la MM, fundamentadas en las perspectivas de derechos humanos, interculturalidad y equidad de género.

Se han privilegiado aquellas políticas que se considera aportan estrategias importantes para disminuir la MM, ya sea porque están encaminadas a asegurar una atención universal o porque su estructura hace posible la transparencia y rendición de cuentas. La buena práctica en esta actividad es que realizan resúmenes ejecutivos utilizados para la devolución de los resultados. Estos resúmenes cuentan con recomendaciones que permiten la mejora en el desempeño de los programas.

Con base en esta experiencia, ha diseñado un modelo de monitoreo de bajo costo que permite a la ciudadanía interesada en el seguimiento de políticas públicas contar con instrumentos que le posibilite su seguimiento y evaluación del desempeño.

La *Estrategia de Difusión y Comunicación* divulga información clave, resultado de la aplicación del Sistema de Indicadores y del Monitoreo de Políticas Públicas, y emite recomendaciones que contribuyan a la reducción de la MM, fundamentadas en las perspectivas de derechos humanos, interculturalidad y género; promueve la comunicación permanente con las y los actores estratégicos y con la ciudadanía en general; propicia canales de comunicación para la difusión y participación de usuarias de servicios de salud, a fin de asegurar ese derecho y la exigibilidad de la prestación del mismo; promueve un sentido de ur-

gencia que genera el compromiso ciudadano y las movilizaciones ciudadana y gubernamental para contribuir a la reducción de la MM, a través de diversos medios, tales como las redes sociales (correo electrónico, páginas web, Twitter y Facebook). Por último, cuenta con un sistema para el seguimiento y rendición de cuentas de los grupos de trabajo constituido por un Consejo Coordinador.

El funcionamiento del OMM, desde estas perspectivas, ha sido posible por un trabajo previo del CPMSM y la confluencia de varios elementos:

- a) la trayectoria de incidencia política y especialidad técnica que han mostrado las organizaciones que han conformado al Comité desde 1993;
- b) la instauración de las reuniones técnicas como espacios de interlocución y establecimiento de acuerdos;
- c) la inclusión de mandos de alto nivel en estas reuniones técnicas, y su interés en la mejora del desempeño de los servicios de salud;
- d) el interés de dar cumplimiento al ODM5,
- e) la participación en el OMM del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) y de la OPS; agencias del Sistema de las Naciones Unidas.

El OMM ha contribuido a la instauración de espacios institucionalizados que han posibilitado la rendición de cuentas y la transparencia.

1.5 Comité por una Maternidad Segura y la Salud de las Mujeres en Guerrero

Susana Oviedo Bautista

Lizeth Nayeli Rodríguez Flores

Antecedentes

La mortalidad materna y la salud de las mujeres en Guerrero

Guerrero se localiza al sur de México, representa 3.2% del territorio nacional y 80% de su orografía es montañosa; tiene 3 388 768 habitantes (51.4% son mujeres), 42% de su población vive en zonas rurales con niveles de marginación alto y muy alto; 14% de la población mayor de cinco años habla alguna lengua indígena,³ de este grupo, 89.5% vive en situación de pobreza multidimensional y, por ello, su Índice de Desarrollo Humano está entre los más bajos del país, con 0.673 puntos (INEGI, 2013; PNUD, 2014).

La salud y la vida de las mujeres se ve vulnerada, y el cáncer cervicouterino está entre las cinco principales causas de mortalidad en las mujeres de 15 a 59 años de edad, con una tasa de 13.5 por cada 100 mil mujeres de 25 años y más, mientras que la nacional fue de 12.3 (INMUJERES, Sistema de tarjetas estatales: Guerrero, 2012). Con relación a la salud reproductiva, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009) señala que en Guerrero los niveles más altos de mujeres que nunca usaron un método anticonceptivo está entre quienes no

³ Los principales grupos étnicos son nahuas, mixtecos (na savi), tlapanecos (me'pha) y amuzgos (ñom daa).

tienen escolaridad (42.2%), viven en áreas rurales (30.4%) y hablan alguna lengua indígena (40.5%); en cobertura anticonceptiva la población indígena apenas llegó a 58.3%, en quienes no son hablantes de alguna lengua indígena fue de 73.5% (Villagómez, Valencia, 2011:38-45), y la demanda insatisfecha de anticonceptivos en adolescentes fue de 30.8% (la nacional fue de 24.6%). En la última década, Guerrero encabezó los últimos lugares de mortalidad materna (MM): de 1998 a 2007 fallecieron 800 mujeres (Coalición por la Salud de las Mujeres, 2008) y de 2008 a 2013 fueron 351 (OMM, 2013; INFOMEX, 2013); durante estos dos periodos el promedio anual de defunciones maternas fue de 72. Para 2015 la meta de reducir la razón de mortalidad materna (RMM) a 75% no se cumplirá, de 1990 a 2012 había un avance nacional de 52.3% y para Guerrero fue de 19.5% (ONU, 2000).⁴

Los indicadores mencionados ubican a Guerrero como el estado con condiciones “más desfavorables en materia de salud reproductiva”, lo que significa un reflejo de los bajos niveles de desarrollo humano y agudización de la discriminación de género y violencia hacia las mujeres rurales, pobres, indígenas y jóvenes. Tanto Freyermuth y Sesia (2009) como Karam *et al.* (2007) señalan que esas condiciones reproducen la pobreza y manifiestan las inequidades estructurales del acceso desigual en el ejercicio de los derechos humanos.

Objetivo

El Comité por una Maternidad Segura y la Salud de las Mujeres en Guerrero (CMSYSM-Gro) tiene como objetivo incidir en las políticas públicas a partir de propuestas y de la exigibilidad de derechos para mejorar la salud de las mujeres y el funcionamiento de los programas de gobierno. Su estructura se conforma de un secretariado técnico: un enlace con la Secretaría de Salud (SSA) de Guerrero, una asesora y un enlace con el CPMSM. La asamblea general es la máxima autoridad y su trabajo se desarrolla en los ejes de promoción y difusión, investigación e incidencia política, organización y fortalecimiento institucional.

⁴ En 2000, México firmó ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el Núm. 5 es sobre salud materna.

Desarrollo

Los inicios del Comité Guerrero

A partir de 1993, México adoptó la iniciativa internacional “Maternidad sin Riesgos”,⁵ a raíz de esta decisión se creó el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México (CPMRM) y se impulsaron comités en los estados con mayor índice de MM. En 1995 se realizó la Primera Conferencia sobre Maternidad sin Riesgos en Guerrero, celebrada en Acapulco, donde nació el Comité por una Maternidad sin Riesgos en Guerrero (CMSR-Gro).

El Comité estuvo integrado por diversas instituciones, organizaciones sociales y sindicatos.⁶ En esa primera ocasión fue elegido como representante el Dr. Ascencio Villegas Arrizón,⁷ que fungió como secretario técnico de 1996 a 1997. Durante su periodo se promovió los puestos de atención a las mujeres embarazadas, se propició la realización de investigaciones sobre cómo impacta la violencia intrafamiliar en el desarrollo del embarazo y se publicó el libro *Maternidad sin riesgo en Guerrero*.⁸ De 1997 a 2001 el CMSR-Gro fue representado por Emma Cerón Díaz, entonces integrante del Colectivo Nosotras, y en ese periodo se realizaron dos ferias de la salud en Chilpancingo, donde se presentaron exposiciones, conferencias, un festival de rock⁹ y exámenes de ultrasonido y de laboratorio, entre otros servicios. El propósito era crear conciencia para la protección de la salud de las embarazadas.

⁵ Iniciativa lanzada en 1987 durante la “Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgos”, en Nairobi, Kenia.

⁶ En un principio lo integraron la Secretaría de Salud de Guerrero, la Secretaría de Asuntos Indígenas, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina Armada de México; así como las organizaciones Grupo RETO y Movimiento de Solidaridad contra la Violencia Sexual en Guerrero; posteriormente, se incorporaron la Asociación Nacional Indígena Plural por la Autonomía, la Coordinadora Guerrerense de Mujeres Indígenas, el Comité de Defensa Popular, las Mujeres Guerrerenses por la Democracia y el Colectivo Nosotras, el Sindicato de Trabajadores Técnicos Administrativos y de Intendencia al Servicio de la Universidad Autónoma de Guerrero y el Sindicato de Trabajadores Académicos.

⁷ Docente e investigador del Centro de Investigaciones de Enfermedades Tropicales y Rector de la Universidad Autónoma de Guerrero de 2011 a 2013, periodo en que dio gran impulso al Comité actual.

⁸ Con un financiamiento de \$12,600.00.

⁹ En entrevista, Emma Cerón expresó que el CPMSM hizo dos emisiones de cinco mil pesos en dos años, y otros recursos que se destinaron para actividades muy específicas, como la compra de un fax.



▲ *Mujer con bebé y niña.* D.R. © Graciela Iturbide / Fototeca Nacho López / CDI, No. Inv. 26804, junio, 1980, San Martín Soyaltepec, Oaxaca.

Durante casi siete años el Comité estatal dejó de funcionar; sin embargo, de 2002 a 2008 las organizaciones integrantes del CPMSM realizaron foros y estudios donde participaron organizaciones de mujeres indígenas de Guerrero. En 2002 se realizó el estudio *213 voces contra la muerte materna* (Espinosa, 2003) y, como resultado, en 2004 se creó la “Casa de Salud de la Mujer Indígena ‘Manos Unidas’, A. C.” en Ometepepec, Guerrero; asimismo, en mayo de 2005, en San Luis Acatlán se celebró el Foro Nacional “Prevención de las Muertes Maternas en México: ¿Y las Mujeres Indígenas?” (Flores-Hernández *et al.*, 2012);¹⁰ en septiembre de 2008, en Chilpancingo se realizó el Foro Nacional “Por los

¹⁰ Dentro de los acuerdos, la Secretaría de la Mujer institucionalizó en 2007 el Programa para el Fortalecimiento de Capacidades de la Red Social para la Disminución de la Muerte Materna en Guerrero, donde participaron cuatro organizaciones de mujeres indígenas y la SSA.

Derechos Sexuales y Reproductivos y la Vida de las Mujeres en Guerrero”. A partir de entonces, diversas organizaciones de mujeres sostuvieron reuniones para reactivar y analizar la situación del CMSR-Gro; como resultado, se modificó el nombre por el de Comité por una Maternidad Segura y la Salud de las Mujeres en Guerrero (CMSYSM-Gro). De igual forma, el 28 de mayo de 2009, en el auditorio de la rectoría de la Universidad Autónoma de Guerrero, 23 organizaciones tomaron protesta. Desde entonces, la estructura del Comité, representada por una secretaria técnica, cambió por la de un secretariado que incluye a tres personas con trayectoria, con adherencia a organizaciones de la sociedad civil. El primer comité era interinstitucional y actualmente está integrado por organizaciones de la sociedad civil y por académicas(os).

Mecanismos de incidencia política

Por la diversidad de actores sociales que lo integran, el CMSYSM-GRO ha ampliado sus estrategias y mecanismos de incidencia política para la atención de la salud de las mujeres, particularmente de la salud materna, desde un enfoque de interculturalidad, género y DDHH. Por periodos destacan las siguientes estrategias:

- **2008-2012.** Firma de acuerdos para la atención y acceso a la salud materna durante las cinco Reuniones Técnicas impulsadas por el CPMSM¹¹ y realizadas en Oaxaca (2008 y 2012), Chiapas (2009), Guerrero (2010) y Veracruz (2011).
- **2010-2011.** Impulso a la campaña estatal “Nunca más una muerte materna en Guerrero”,¹² que incluyó: lanzamiento público, distribución de promocionales en comunidades, foro de análisis “Difusión de acciones para la reducción de la mortalidad materna en Guerrero”, foro informativo para el cierre de la campaña con la asistencia de titulares de la SSA y la Secretaría

¹¹ En 2010 se presentó un trabajo de monitoreo en centros de salud —Comunidad Raíz Zobia (CRZ) y la Universidad Campesina del Sur—; en 2011, de monitoreo a servicios de atención obstétrica (CRZ) y partería tradicional (CIET); en 2012, de estrategias impulsadas por las organizaciones en Guerrero.

¹² Propuesta diseñada por la CRZ como mecanismo para visibilizar y reactivar el Comité, financiada por las organizaciones, y en la que se gestionaron \$ 73,000.00 en la SSA-Gro para artículos promocionales.

de la Mujer (SEMUIER) en Guerrero, entre otros funcionarios, y presentación de las memorias del foro de análisis.

- **2011-2012.** Reuniones técnicas jurisdiccionales de promoción a la salud materna y seguimiento a los acuerdos de las Reuniones Técnicas realizadas en Ometepec, Chilapa, Atoyac y Acapulco; y una reunión de trabajo realizada en Chilpancingo con la titular de la SEMUIER y directores de área de la SSA y del Seguro Popular en Guerrero.
- **2013.** Reuniones internas de evaluación y planeación estratégica del CMSYSM-Gro y rueda de prensa en el marco del Día de Acción por la Salud de las Mujeres.
- **2014.** Se incorporó en la agenda del Comité el Derecho a Decidir, a propuesta de la Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México (DDESER-Gro) y la Comunidad Raíz Zubia (CRZ); en mayo se hizo un pronunciamiento a favor de la iniciativa que el gobernador envió al congreso local, que incluía ampliar las causales para la interrupción voluntaria del embarazo para garantizar el derecho a la salud y la vida de las mujeres.

Resultados

La firma de acuerdos en las Reuniones Técnicas y jurisdiccionales ha posibilitado acciones y cambios en los programas gubernamentales mediante la negociación con instancias de los gobiernos municipal, estatal y federal. Algunos de los logros son:

- Participación de diez organizaciones en temas relacionados al Derecho a la Salud de las Mujeres.
- Creación del Observatorio Ciudadano por el Derecho a la Salud de las Mujeres en Guerrero.
- Articulación entre diversas organizaciones sociales, que ha permitido tener no sólo un mayor impacto de las acciones impulsadas, sino contar con un reglamento interno y una estructura de trabajo para su funcionamiento.
- Sensibilización a mujeres rurales y funcionarios públicos estatales sobre la problemática de la MM y la necesidad de estable-



▲ *Homenaje a los esfuerzos de mujeres que luchan por la igualdad y la justicia.* Efraín Ascencio Cedillo, 8 de marzo, 2008, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

cer mecanismos para un trabajo coordinado, particularmente con la SSA y SEMUJER.

- Colocación en el ámbito político del tema de MM a través de la campaña “Nunca más una muerte materna”. A inicios del periodo de gobierno en 2011, la SSA de Guerrero utilizó el lema “Ni una muerte materna más” y se incrementó el presupuesto público en salud reproductiva.
- Publicación de las memorias del foro “Difusión de acciones para la reducción de la mortalidad materna” a través de la Universidad Autónoma de Guerrero.
- Creación de espacios de diálogo con instituciones para conocer programas y estrategias que impulsan el abatimiento de la muerte materna.
- Contratación, por parte de la SEMUJER, a partir de 2012, de ocho

intérpretes indígenas en cinco hospitales, propuestas por organizaciones de la sociedad civil.

- Reconocimiento del cmsysM-Gro en los medios de comunicación e instancias de gobierno.

Principales retos

- Analizar y sistematizar la trayectoria del cmsysM-Gro para construir una estrategia de fortalecimiento y acceso a financiamiento para desarrollar su plan de trabajo.
- Monitorear y dar seguimiento puntual a los acuerdos que se han firmado en las reuniones técnicas impulsadas por el comité nacional.
- Incidir en las políticas públicas para que se etiqueten de manera permanente recursos para las figuras de intérpretes y gestoras para la salud de las mujeres, así como para el trabajo de las parteras comunitarias.
- Hacer investigaciones que arrojen nuevos datos en materia de salud.
- Promover una atención intercultural a la salud materna que considere las inequidades sociales.
- Impulsar conjuntamente campañas informativas y de autocuidado.
- Exigir transparencia gubernamental, acceso a la información pública y rendición de cuentas.

Los retos son mayúsculos y superarlos depende de la voluntad política de las y los funcionarios en turno; además: “en la práctica social y política [...] hasta hoy continúan siendo los hombres los que tienen el poder de las decisiones, la voz y la representación. Esto es la expresión de la patriarcalización y colonización de las comunidades” (Paredes, 2014: 91), por lo que los resultados en ocasiones no son progresivos; sin embargo, estamos convencidas de que el trabajo colectivo necesita ser constante, articulado, profesional y responder a la problemática y demandas de la ciudadanía.



2 Monitoreo de políticas públicas, programas y servicios

Graciela Freyermuth Enciso

En la década de los noventa en el siglo xx, o inclusive antes, se reconoció que un aspecto fundamental para la disminución de la mortalidad materna (MM) era la atención oportuna de las urgencias obstétricas, casi todas ellas por causas evitables. Se consideran evitables en la medida que, como señala la Organización Mundial de la Salud, las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones son muy conocidas: las hemorragias graves deben ser atendidas por personal calificado en menos de dos horas y la inyección de oxitocina aplicada inmediatamente después del parto reduce el riesgo de hemorragia. Es decir, que con profesionales sanitarios entrenados, servicios médicos adecuados e insumos necesarios (por ejemplo, sangre), las mujeres no deberían morir por esta causa. Las infecciones tras el parto pueden evitarse con un tratamiento oportuno para infecciones de transmisión sexual, evitando partos prolongados, con buena higiene y, sobre todo, brindando un tratamiento correcto como respuesta a los signos tempranos de infección; asimismo, la preeclampsia debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de la aparición de convulsiones (eclampsia) u otras complicaciones potencialmente mortales. La administración de fármacos, como el sulfato de magnesio, a pacientes con preeclampsia puede reducir el riesgo de que sufran eclampsia. Es así que las causas de muerte denominadas directas son consideradas prevenibles (OMS, 2014). Por ello, ha sido fundamental avanzar en el conocimiento del funcionamiento de los servicios de salud y reconocer los límites y posi-

bilidades que han tenido en la resolución de estas complicaciones maternas.

Introducimos en la evaluación de servicios como parte de la academia y la sociedad civil organizada no ha sido tarea fácil. La evaluación externa de los programas del gobierno federal en México apenas inició en los años noventa, y se estableció como obligatoria para programas federales con reglas de operación (ROP) en el Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), a partir del año 2000. La evaluación prosigue a la descentralización y focalización del gasto como una estrategia para abatir la pobreza extrema. En 1997, con el Programa Progresá, se inicia una evaluación de impacto de tipo experimental y a partir de ésta, en el año 2000, se institucionaliza la práctica y se establece como obligatoria, como se mencionó antes, para aquellos programas con ROP.

En el PEF se establece, para el ejercicio fiscal 1999, la obligatoriedad de implementar el monitoreo y evaluación en la gestión del gobierno federal, y el Decreto del PEF 2000 mantiene los mecanismos periódicos de seguimiento y evaluación para subsidios y transferencias. A partir de 2001, aunque el esquema de evaluación externa permanece, se acentúa su autonomía, se introducen elementos que brindan claridad a la evaluación y se intenta retroalimentar la información generada en documentos. Además, el PEF establece que los sujetos a evaluación serán aquellos programas con ROP, los cuales son seleccionados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, institución que también define el contenido de las ROP en cada ejercicio fiscal con la intervención del Poder Legislativo. Otro elemento que se introduce a partir de 2001 es la utilidad de la información generada a través de evaluaciones, puesto que se solicita que los resultados de éstas sean enviados a la Comisión de Presupuesto y Cuenta Pública de la Cámara de Diputados, para ser considerados en el proceso de análisis y aprobación del PEF en el siguiente ejercicio fiscal.

A partir de 2007 el gobierno federal reforma la Administración Pública Federal impulsando: a) una gestión por resultados, b) la evaluación objetiva del desempeño de programas, c) la mejora en la aplicación de recursos públicos, y d) la rendición de cuentas. A través del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) las evaluaciones se han diversificado y se han establecido lineamientos para el seguimiento de mejoras.



▲ *Mujeres amamantando bebés.* D.R. © Lorenzo Armendáriz García / Fototeca Nacho López / CDI, No. Inv. 106666, 1994, Chiapas.

Es importante señalar que en el Sector Salud, año con año, se han incrementado el número de programas con ROP. De la Secretaría de Salud (SSA), los programas con ROP o programas presupuestarios en 2015 son: SSA, U 009, Vigilancia Epidemiológica; SSA, S 202, Calidad en la Atención Médica; SSA, U 005, Seguro Popular; SSA, S 201, Seguro Médico Siglo XXI; SSA, U 007, Reducción de la Mortalidad Materna y Calidad en la Atención Obstétrica; SSA, E 036, Reducción de Enfermedades Prevenibles por Vacunación; SSA, U 012, Programa de Apoyo para Fortalecer la Calidad en los Servicios de Salud; SSA, S 037, Programa Comunidades Saludables; SSA, E 025, Prevención y Atención contra las Adicciones; SSA, U 008, Prevención y Control de Sobrepeso; SSA, E 023, Prestación de Servicios en los Diferentes Niveles de Atención a la Salud; SSA, E 022, Investigación y Desarrollo Tecnológico en Salud; SSA, U 006, Fortalecimiento de las Redes de Servicios de Salud; SSA, E 10, Formación y

Desarrollo Profesional de Recursos Humanos Especializados para la Salud; SSA, E 20, Dignificación, Conservación y Mantenimiento de la Infraestructura y Equipamiento en Salud; SSA, s 200, Unidades Médicas Móviles antes Caravanas de la Salud; SSA, E 019, Capacitación Técnica y Gerencial de Recursos Humanos para la Salud.¹

El resto de programas de salud que no cuenta con ROP no está obligado a llevar a cabo evaluaciones externas. Sin embargo, algunas direcciones o centros contratan investigadores externos para evaluar alguno de sus programas o para su certificación, como es el caso de Arranque Parejo en la Vida (APV), que fue evaluado a instancias del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR) de la SSA, y por el Instituto Nacional de Salud Pública en 2006. En esta investigación se evaluó tanto la calidad del servicio como el funcionamiento de las redes de servicios en aquellas jurisdicciones sanitarias que habían presentado mayor número de muertes maternas o que habían logrado acciones exitosas en el corto plazo. Al final del sexenio 2000-2006 también se realizó una certificación internacional con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), analizando seis redes de servicios en jurisdicciones donde APV había sido exitoso (SSA, UNFPA, OPS, 2007).

En 1993, como resultado del trabajo de las organizaciones de la sociedad civil se estableció el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México (CPMRM),² además de comités estatales en Chiapas, Oaxaca, Guerrero, San Luis Potosí, Querétaro y Morelos, convirtiéndose en un importante interlocutor con la SSA. Estos comités han estado funcionando a lo largo de dos décadas.

A partir del año 2000 el gobierno federal mostró particular preocupación por la disminución de la MM al convertirla en una prioridad. De ahí que, entre 2000 y 2006, se impulsaran programas y estrategias encaminadas a reducirla: en 2002 el Programa APV (SSA, 2002); en el sexenio 2006-2012 se estableció el Acuerdo del H. Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social 126, orientado a la atención de mujeres con

¹ El Coneval cuenta con un catálogo completo de aquellos programas sujetos a evaluación en: <http://www.coneval.gob.mx/Evaluacion/IPFE/Paginas/historico.aspx>; consultado el 1 de mayo de 2015.

² El CPMRM surge en 1993 como una iniciativa multidisciplinaria e interinstitucional liderada por la sociedad civil.

urgencias obstétricas, beneficiarias del IMSS-Oportunidades (IMSS-o) en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) régimen ordinario; el Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE), desde 2007, estipula que la SSA a nivel federal establece un mecanismo presupuestario que se firma anualmente entre ésta y las estatales, con fondos adicionales para actividades específicas. Este interés también se manifestó en algunas entidades federativas, como en 2006-2012 en Chiapas, donde se elevó a rango constitucional el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), entre los que figura el abatimiento de la MM (ODM5).

Sin embargo, la persistencia de altas razones de MM en los estados del sureste mexicano fue el marco para que en 2008 se iniciaran las “Reuniones Técnicas en Promoción de la Salud Materna: Chiapas, Guerrero y Oaxaca” promovidas por el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en Oaxaca y el CNECYSR, incorporándose desde 2011 el estado de Veracruz a esta iniciativa. Estas reuniones técnicas han tenido como objetivo intercambiar y promover enfoques, experiencias, conocimientos, estrategias y acciones basadas en evidencias científicas, técnicas o sociales que sean relevantes, urgentes, necesarias y exitosas,

▼ *Mujer con bebé.*
D.R. © Miguel Bracho
/ Fototeca Nacho
López / CDI,
No. Inv. 27444,
octubre, 1979, San
José Independencia,
Oaxaca.



entre autoridades federales del Sector Salud de los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Veracruz y representantes de organismos de la sociedad civil y académicos, para mejorar la respuesta clínica, salubrista y social hacia la salud materna.

Como resultado de la Primera Reunión Técnica en Oaxaca surge la iniciativa “Embarazo Saludable”. Desde 2008 este programa establece que toda mujer con diagnóstico de embarazo debe ser afiliada al Seguro Popular, disminuyendo así los costos de bolsillo.

Las reuniones técnicas permitieron el establecimiento de monitoreos sistemáticos de la operación de unidades médicas de salud por parte de la academia y la sociedad civil. En 2009 se hizo público el “Convenio General de Colaboración Interinstitucional entre la SSA, el ISSSTE³ y el IMSS para la atención de las emergencias obstétricas”, que estipula que a partir de mayo de 2009 toda mujer que presente una emergencia obstétrica debe ser atendida en cualquier unidad médica de las instituciones mencionadas, sin discriminación por razón del estado de afiliación en salud.

En 2011 se estableció el OMM, que desde entonces ha promovido ejercicios de monitoreo de políticas públicas que se consideran estratégicas, ejercicios que son experiencias de contraloría social cuyo objetivo es la mejora del desempeño en la prestación del servicio. La organización ciudadana ha sentado las bases para la puesta en marcha de mecanismos de contraloría social a fin de contribuir a la eficacia y eficiencia de los servicios de salud, particularmente los de salud materna, y la academia ha asegurado la calidad técnica de estas investigaciones.

³ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

2.1 Monitoreos a presupuestos y políticas públicas en salud reproductiva en Guerrero: una estrategia de contraloría social

Lina Rosa Berrío Palomo

Daniela Díaz Echeverría

Antecedentes

La contraloría social es una poderosa herramienta de participación social y control ciudadano ante las acciones gubernamentales que impactan la vida de las personas. Es también una apuesta por la democratización y un elemento toral para la rendición de cuentas por parte de los gobernantes (Freyermuth y Sesia, 2013).

Un mecanismo para su desarrollo es el seguimiento de los presupuestos para a la política social, siendo el de salud uno de los más importantes en las finanzas públicas. En un esquema federalizado y descentralizado, como el que rige al Sector Salud en México, el seguimiento desde la ciudadanía al ciclo de las políticas públicas —en particular al del presupuesto— es más complejo por los fuertes niveles de agregación presupuestal existentes y los insuficientes mecanismos formales de transparencia y rendición de cuentas. Si bien las funciones de rectoría y financiamiento de los servicios de salud son de la federación, ésta transfiere recursos y responsabilidades de ejecución de los programas a las entidades federativas.

Objetivo

Dar seguimiento a los programas y acciones en salud, así como a los recursos destinados para ello, mediante el rastreo de la ruta de asigna-

ción, la ejecución de presupuestos y su relación con los resultados en salud, en este caso la salud materna, en una estructura que involucre los niveles federal, estatal y local.

Desarrollo

En ese contexto, el monitoreo a los presupuestos y programas en salud materna en Guerrero, realizado por tres organizaciones de la sociedad civil desde 2011 (Balance, Fundar y Kinal Antzetik D. F.), constituye una contribución para el seguimiento presupuestal en tres niveles de la gestión gubernamental y para la identificación del modo en que éste impacta en los resultados en salud materna. Para hacerlo, se efectuó un análisis de las asignaciones presupuestarias a salud materna a nivel federal y de las transferencias realizadas mediante el Acuerdo para el Fortalecimiento de Acciones en Salud Pública en los Estados (AFASPE); asimismo, se llevó a cabo un monitoreo en el estado de Guerrero y, a nivel local, en una región específica de dicha entidad (Jurisdicción Sanitaria 06, Costa Chica), a fin de contrastar la asignación presupuestal, el funcionamiento del programa y las redes de servicios de salud materna.

▼ Efraín Ascencio Cedillo, 12 de diciembre, 2014, andador San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.



Como parte del monitoreo se construyeron *la ruta de toma de decisiones presupuestales y la ruta de rendición de cuentas*. Esto es fundamental para comprender de qué manera se toman las decisiones de distribución presupuestal en cada nivel, los mecanismos de transferencia de recursos, los tiempos de radicación de éstos en la entidad, en la secretaría de salud estatal, y los periodos de ejecución del recurso por parte de los programas y en cada una de las jurisdicciones. Igualmente permite conocer la ruta de comprobación y rendición de cuentas, así como los posibles mecanismos existentes para rendir cuentas a la ciudadanía, transparentar y hacer accesible la información a la población en general.

Metodológicamente se optó por una estrategia que combina análisis de gabinete y trabajo de campo, utilizando fuentes oficiales de presupuesto y salud obtenidas mediante solicitudes de acceso a la información por el sistema INFOMEX,⁴ así como monitoreos en campo de los servicios de salud de la Costa Chica y de la Región de la Montaña de Guerrero, mediante entrevistas periódicas con tomadores de decisiones estatales y locales, personal de salud, organizaciones sociales y usuarias de los servicios.

Desde 2011, el eje central de análisis ha sido el presupuesto asignado a la entidad federativa por medio del Ramo 12 (Salud), específicamente a través del Seguro Popular y AFASPE. Inicialmente se realizó el seguimiento para salud materna y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en mujeres embarazadas; y, posteriormente, desde 2014, se incorporó un análisis de presupuesto asignado a salud sexual y reproductiva (SSR) en jóvenes y adolescentes, así como el de métodos anticonceptivos y planificación familiar (PF).

Las principales fuentes de información son el Presupuesto de Egresos de la Federación de cada año —especialmente el Anexo de Igualdad de Género—, los informes trimestrales de ejecución del gasto que deben ser presentados por cada institución, los informes de la Auditoría Superior de la Federación, los informes periódicos del Seguro Popular —disponibles en su página oficial—, la Cuenta Pública, los convenios AFASPE firmados anualmente con cada entidad federativa (incluyendo

⁴ Sistema electrónico creado por el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI), con financiamiento del Banco Mundial, que facilita y mejora los procesos, tareas y avances en la gestión de solicitudes de información; brinda atención a aquellos organismos, entidades y dependencias que se hayan incorporado al sistema, para recibir y contestar eficientemente las solicitudes de información.

las modificaciones a los mismos) —los cuales están disponibles en la página de la Secretaría de Salud (ssa) federal, aunque no en todas las estatales— y la distribución de los recursos contenidos en la plataforma SIAFFASPE⁵ a los cuales sólo pudimos tener acceso después de interponer un recurso de revisión ante el IFAI.

El trabajo se inscribe en la línea *Participación social en salud*, conjuntando conocimientos específicos y trabajo en alianzas entre organizaciones cuyo principal ámbito de acción es el nivel federal, como Fundar, Balance y Kinal Antzetik D. F., con organizaciones locales como Kinal Guerrero y Casa de la Mujer Indígena Nellys Palomo, que son estratégicas para el seguimiento de los servicios en tanto que están directamente vinculadas con las usuarias y los servicios de SSR.

Resultados

Algunos de los resultados y hallazgos derivados del monitoreo son:

- Un incremento sostenido en los recursos financieros asignados a salud materna en Guerrero, aunque ello no impactó suficientemente en los indicadores de mortalidad materna (MM) de la entidad, cuya razón continuaba en 2013 (OMM, 2015)⁶ más de 20 puntos por arriba de la nacional y sigue ocupando uno de los primeros lugares en fallecimientos por causas obstétricas.
- Un modelo de asignación presupuestal tan agregado provoca gran dificultad para rastrear los presupuestos que se asignan a las acciones de salud materna. Aunque los mecanismos de acceso a la información se han fortalecido a partir del 2002, con la aprobación de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, ésta requiere fortalecerse en dos ámbitos particulares: el de la transparencia y la rendición de cuentas.
- La política pública ha colocado un fuerte énfasis en promover acciones y estrategias para reducir la MM, incluyendo mayor asignación de recursos a entidades prioritarias como Guerrero;

⁵ Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas.

⁶ En 2013 la RMM nacional fue de 38.2, mientras que la de Guerrero fue 59.4.



▲ *Médico auscultando a una bebé.* D.R. Sin autor © Fototeca Nacho López, CDI, No. Inv. 68505, 7 de septiembre, 1982, Región Mazahua, México.

sin embargo, no es claro cómo opera y se refleja en los presupuestos, pues hay un divorcio o, al menos, rutas paralelas entre las decisiones presupuestales y las decisiones en salud. De este modo, aunque hay un fuerte incremento en los presupuestos transferidos a la entidad, la mayor parte de ellos es administrado directamente por el Seguro Popular y no por los responsables de los programas, quienes básicamente toman decisiones sobre el recurso transferido mediante el AFASPE, que es muchísimo más pequeño en comparación con el del Seguro Popular. En este sentido, es positivo que los responsables del programa tomen las definiciones sobre el recurso etiquetado en el AFASPE, aunque su peso es mínimo respecto a la gran bolsa financiera que significa el Seguro Popular.

- El AFASPE ha sido de suma importancia para fortalecer acciones específicas en los programas y la *salud materna* concentrando la mayor cantidad de recursos asignados en los programas del

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR); sin embargo, al compararlo con el presupuesto total en salud asignado a la entidad no alcanza el 2 por ciento.

- Es válido afirmar que la SSA federal y los Servicios Estatales de Salud (SESA) han ido evaluando que el esquema de financiamiento de grandes totales es una dificultad para la gestión de su política en salud y MM, que deriva en la necesidad de etiquetar mayores cantidades de gasto, pues claramente el establecido en el AFASPE es insuficiente.

Aprendizajes y retos

- Para conocer la gestión tanto del presupuesto como de la política pública en salud reproductiva, en general, y en salud materna, en particular, es básico investigarla en los tradicionales tres niveles de gestión de los servicios de salud: federal, estatal y jurisdiccional.
- El trabajo de colaboración entre organizaciones con diferentes conocimientos, fortalece tanto la investigación como las acciones de incidencia.
- Un aprendizaje sustantivo es que los hallazgos del monitoreo son la fuente de la incidencia, y que ésta se potencia sustancialmente al llevarse a cabo en colectivos enfocados en temas de presupuesto para la salud reproductiva y materna.
- Algunos de los principales retos son la ampliación de espacios institucionales para la participación social y la rendición de cuentas en materia de presupuestos y programas en salud materna, así como lograr un mayor nivel de desagregación presupuestal en la asignación.
- Garantizar el acceso a la plataforma del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas (SIAFFASPE) permitirá un mayor y puntual seguimiento de la distribución del gasto en salud materna.

2.2 Monitoreo de políticas públicas, programas y servicios. Primer nivel de atención: Chiapas y Oaxaca

Paola Sesia

Matthias Sachse Aguilera

Antecedentes

En 2011, en colaboración con el Comité Promotor por una Maternidad Segura de Oaxaca, y en 2011 y 2013, en colaboración con el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM), se realizó el monitoreo del primer nivel de atención (PNA) prenatal y obstétrica del recién nacido y durante el puerperio, en Oaxaca y Chiapas, respectivamente. La iniciativa quería obtener un diagnóstico actualizado y confiable sobre la situación de la salud materna institucional en centros de salud (CS) ubicados en poblaciones rurales, pertenecientes a sus Servicios Estatales de Salud (SESA), así como generar información sobre las prácticas de atención al parto sin complicaciones, que reciben las mujeres rurales de Chiapas y Oaxaca dentro del sistema de salud formal.

La relevancia de esta información es múltiple. En primer lugar porque hay pocos datos sobre las condiciones y calidad de la atención en el PNA en México, incluyendo la atención del parto normal. El diagnóstico brinda una radiografía de la situación de los SESA, al momento del levantamiento de datos, identificando importantes áreas de oportunidad para fortalecer los servicios y mejorar la calidad de la prestación clínica.

En segundo lugar, Chiapas y Oaxaca están entre los estados con indicadores más desfavorables en México tanto socioeconómicamente como en materia de salud materna. Las poblaciones indígenas tienen

una presencia notable, principalmente a nivel rural; sin embargo, tienen menor acceso a todo tipo de servicios, incluyendo los de salud, y presentan los perfiles sociodemográficos, socioeconómicos y epidemiológicos más diferenciados y desfavorables que el resto de la población. La información recabada a nivel rural proporciona una panorámica más clara y precisa sobre las condiciones de los SESA que atienden a estas poblaciones, ya que generalmente es ahí donde se reproduce y profundiza la desigualdad en comparación con el medio urbano y/o con otros estados.

Evidenciar estas carencias y deficiencias es indispensable para tomar decisiones que permitan una distribución más equitativa y oportuna de los recursos disponibles. Considerando que la atención materna es la principal modalidad de atención otorgada por los SESA, los resultados del diagnóstico detectan fallas en el sistema de salud con relevancia para todo el sistema de prestación de servicios, más allá de la atención durante la maternidad.

En tercer lugar, la perspectiva del monitoreo —enfoques de derechos aplicados a la salud y evidencia científica en prácticas de atención— ejemplifica cómo poder aplicar ambos enfoques en el análisis

▼ *Mujer con bebé.*
D.R. © Miguel
Bracho / Fototeca
Nacho López / CDI,
No. Inv. 27355,
octubre, 1979, San
José Independencia,
Oaxaca.



situacional de la salud materna institucional, aportando un marco teórico-metodológico oportuno y relevante para el trabajo de contraloría social, en un momento en que en México se está impulsando la agenda de derechos humanos en salud materna y la promoción de una atención materna de calidad y buen trato hacia las mujeres.

En cuarto lugar, el diagnóstico adopta una mirada metodológica de múltiples actores y engloba la información proporcionada por personal médico de los CS, la observación directa de investigadores externos y los puntos de vista y experiencias de usuarias de esos servicios. Una mirada que permite complementar la información recabada, incluyendo la visión de las mujeres sobre la atención que recibieron durante su último parto. Esta perspectiva múltiple permite cotejar la información de acuerdo con quien la provee y obtener datos muy valiosos de mujeres sobre la atención obstétrica recibida, no sólo en el PNA sino también en hospitales públicos donde la mayoría de ellas terminó atendiendo durante su parto.

Objetivos

- Verificar el cumplimiento del acceso universal, gratuito y oportuno a servicios de salud prenatal y obstétrica para toda mujer y en todo momento en los CS del PNA.
- Identificar el nivel de cumplimiento de los lineamientos, manuales, normas, recomendaciones o instrumentos jurídicos pertinentes para la atención en salud materna.
- Verificar la infraestructura, recursos humanos y materiales con que cuentan los CS del PNA, incluyendo el equipamiento y abastecimiento de medicamentos e insumos para atención del embarazo, parto y puerperio (EPP).

Desarrollo

Para la adopción de un enfoque desde la medicina basado en evidencia, se utilizaron las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996; WHO, 1985) sobre atención del parto, además de normas y lineamientos técnicos mexicanos en la materia, entre ellos la NOM-007-

1993 (Secretaría de Salud, 1995), que permitieron identificar prácticas de atención obstétrica durante el parto sin complicaciones, recomendadas por resultar benéficas, así como aquéllas que no tendrían que ser rutinarias o que tendrían que eliminarse por considerarse innecesarias o hasta dañinas para la salud y el bienestar de la mujer o el recién nacido.

También se utilizó el marco conceptual de derechos humanos aplicado a la salud (CODESC, 2000), en particular la salud materna (CPMSM, 2014; Sesia, 2013), que actualmente es promovido activamente por las Naciones Unidas (CODH, 2012). Este marco guió el diseño de monitoreo y definió las dimensiones de la atención a incluirse: disponibilidad, accesibilidad, universalidad, asequibilidad, pertinencia cultural y calidad; dimensiones cruciales para cumplir con el derecho de toda mujer a la atención en salud materna de calidad, disponible, accesible, gratuita, oportuna, culturalmente pertinente y siempre respetando sus necesidades fisiológicas y psicológicas.

Finalmente, se utilizaron normas, lineamientos, manuales y guías para identificar en qué consiste la atención del EPP de acuerdo con la normatividad mexicana y para construir un Índice de Calidad de la Salud Materna. Esta normatividad resultó indispensable para definir lo que los cs deberían de ofrecer en infraestructura, equipo, insumos, medicamentos y recursos humanos.

El diagnóstico se enfocó en la atención que recibieron las mujeres que viven en zonas rurales, en muchos casos en situaciones de vulnerabilidad extrema. Se seleccionaron 34 cs en Chiapas y 62 en Oaxaca donde, a diferencia de Chiapas, se calculó una muestra probabilística a nivel estatal. En Chiapas, por indicaciones del Instituto de Salud de este estado, se excluyeron 30 municipios con muy bajo nivel de desarrollo por estar intervenidos por la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015.⁷ Los cs seleccionados corresponden aproximadamente a un 17% en Chiapas (34/97) y un 20% en Oaxaca (62/307) de los cs pertenecientes a los SESA, ubicados en poblaciones menores a 3 mil habitantes. La información se recopiló con responsables de los cs rurales y con una muestra aleatoria

⁷ La Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 constituye una asociación público-privada entre la Fundación Gates, el Instituto Carlos Slim de la Salud, el Gobierno de España y el Banco Interamericano de Desarrollo para reducir las brechas de equidad en salud que enfrentan las poblaciones en extrema pobreza, conforme a las prioridades establecidas por los países de la región. La Iniciativa está concebida para un periodo de cinco años, el cual concluye en 2015.

de mujeres incluidas en los censos de embarazadas de los cs, que habían recibido atención prenatal en los 12 meses anteriores al estudio.

En ambos casos el diagnóstico contó con el apoyo de los SESA para el acceso a los servicios de salud, manteniendo la neutralidad de los investigadores de campo, dado que éstos no fueron personal institucional. Los resultados se presentaron ante autoridades estatales de los SESA para su difusión y uso en el sistema de salud y las recomendaciones.

Resultados

Los resultados en Chiapas y Oaxaca fueron similares, puesto que permitieron identificar problemáticas comunes a ambos SESA: la mayoría de cs tiene disponibilidad y accesibilidad limitada porque no brinda atención durante turnos nocturnos y fines de semana, no presentan información al público sobre horarios de atención, el personal en muchos casos no tiene información para detectar y estabilizar emergencias obstétricas (EO), tienen carencias importantes de radio y/o teléfono o transporte que impiden el funcionamiento apropiado y oportuno de redes de atención de EO, hay desabasto en medicamentos e insumos para la atención del parto y de EO, y la falta de recursos humanos es un problema sistémico tanto en turnos nocturnos como en fines de semana (Sachse *et al.*, 2013, Sachse, 2014).

En la mayoría de cs se refirió contar con infraestructura básica para atención del parto eutócico, aunque muy pocos cs lo atiende por lo que la mayoría de mujeres acude a hospitales; en Chiapas, sin embargo, se encontró que 25% de las mujeres se atiende en su hogar. Las carencias muestran el abandono o virtual desmantelamiento del PNA durante el parto, mientras que cumple en gran parte con su función en la atención prenatal de acuerdo con las normas. Durante el puerperio, la mayoría de cs cita a control puerperal, pero las mujeres no acuden y cuando lo hacen es casi siempre para el cuidado de sus bebés y no para el de ellas mismas.

La atención en la mayoría de cs es gratuita, e incluso así las mujeres —casi todas afiliadas al Seguro Popular en ambos estados— gastan en exámenes de laboratorio y/o ultrasonido y transporte. Prácticamente en ningún cs se realiza abordaje intercultural. La atención del parto se hace casi siempre en hospitales del segundo nivel de atención, gene-

rando gastos indirectos para las usuarias y sobresaturando establecimientos que deberían atender principalmente a mujeres con alguna complicación. Se encontraron muy altos porcentajes de cesáreas (entre 45% y 48%) en la atención del último parto de mujeres que habían sido atendidas en hospitales públicos en ambos estados.

En la atención obstétrica es común que se limiten prácticas que la evidencia científica ha comprobado que son benéficas —como el acompañamiento durante el trabajo de parto (que fue restringido sobre todo en Oaxaca), la adopción de la posición que más acomode a la mujer al momento de dar a luz y la entrega inmediata del recién nacido a la madre—, mientras que se utilizan rutinariamente prácticas —como la episiotomía— que tendrían que limitarse o se realizan maniobras innecesarias, dolorosas y hasta dañinas —como la revisión de la cavidad uterina (que en la mayoría de casos se llevan a cabo sin anestesia/analgesia)— o la maniobra de Kristeller, en Chiapas (Sachse *et al.*, 2012).

Los tiempos de espera para pasar a consulta resultaron adecuados para la mayoría de usuarias de acuerdo con lineamientos del Programa SICALIDAD, y la mayoría de mujeres se sintió satisfecha con la atención recibida, lo cual —considerando algunas carencias en la atención encontradas en el diagnóstico— hace evidente el desconocimiento de sus derechos como personas y usuarias.

Con base en estándares de calidad establecidos por el estudio, se concluyó que el PNA es oportuna durante el embarazo, pero no durante el parto o puerperio, donde su contribución a la atención obstétrica es mínima. Tanto en cs como en hospitales es urgente capacitar al personal médico en obstetricia basada en evidencia científica y en un enfoque de derechos aplicados a la salud. Al igual que lo reportado por otros estudios (Sesia *et al.*, 2013), en todos los casos se necesita reforzar la infraestructura, equipo, insumos, medicamentos y recursos humanos para dar atención obstétrica accesible, oportuna, gratuita y de calidad.

2.3 Monitoreo sistemático de los servicios de salud materna del segundo nivel de atención en Chiapas

Graciela Freyermuth Enciso

Antecedentes

Desde 2000, con la alternancia en el gobierno de Chiapas, se estableció una alianza entre la sociedad civil y la academia con los servicios estatales de salud (SESA), como ejemplo de nuevas formas de gobierno. Las acciones de monitoreo de los servicios de salud desde la academia, y en particular del Comité Promotor por una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas, son resultado de años de trabajo encaminado a construir una interacción entre gobiernos y sociedad. La gobernanza es factible en un marco de relaciones entre Estado y sociedad, donde se conciba, legitime y garantice la participación y control social de la política pública —incluyendo su monitoreo y evaluación—, lo cual implica que el espacio “público” no se considere territorio exclusivo de actuación del Estado, sino también de la sociedad civil. Antecedentes importantes de esta evaluación son los monitoreos realizados en 2003 y 2006, que permitieron generar una metodología que fue replicada a nivel nacional en 2010 (CIESAS-INMUJERES, 2012) para el seguimiento de los siete programas de atención a las mujeres.

Objetivo general

Realizar un análisis sistemático —mediante trabajo de campo y de gabinete— de la operación de un número de paquetes de intervención

—en este caso del Programa de Acción Específico 2007-2010 Arranque Parejo en la Vida (PAE APV)⁸— en los hospitales de Chiapas, que funcionan 24 horas 365 días al año, con la finalidad de describir y analizar las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades del sistema, y a fin de garantizar que los bienes y servicios establecidos en la normatividad se produzcan con eficacia en los diferentes subsistemas de atención.

Objetivos específicos

Describir y analizar la producción (disponibilidad) de paquetes de servicios construidos y establecidos en el PAE APV en hospitales comunitarios y generales que operan las 24 horas los 365 días del año, por parte del Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH); así como validar un sistema de monitoreo⁹ y seguimiento para la mejora progresiva en la implementación eficiente del PAE APV.

Desarrollo

Se partió de la hipótesis de que —dado que el presupuesto actual estatal en salud es 3 126 veces¹⁰ mayor que hace 15 años y considerando que desde la creación del Seguro Popular, en 2004, se ha realizado una cuantiosa inversión en Chiapas en infraestructura y financiamiento del ISECH,

⁸ Los Programas de Acción Específicos son los instrumentos rectores en diversos problemas de salud, que se elaboran de manera consensuada, basados en las mejores prácticas y en la evidencia científica disponible, con el objetivo de plantear estrategias para la solución de los problemas de salud nacionales, así como trazar la dirección que todas las instituciones y niveles de gobierno habrán de seguir para avanzar de manera conjunta y armónica en los principales retos que enfrenta el Sistema Nacional de Salud.

⁹ Se entiende por “sistema de monitoreo de procesos” aquellos procedimientos internos de generación y circulación de información acerca de la realización de procesos y sus problemas, así como de toma de decisiones sobre los mismos, para mejorar el desempeño del programa. Este modelo fue utilizado en un monitoreo de programas dirigidos a mujeres en 2010.

¹⁰ Con la descentralización de los servicios estatales en 1998, el presupuesto en salud se ha incrementado a través del Ramo 33 (Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud o FASSA). En 1998 fue de 655 mil pesos, y el gasto total en salud fue de 2.06 millones de pesos (De la Torre, 2006); en 2012 Chiapas obtuvo por el FASSA 2 910 millones de pesos (PEF, 2012) y por el Seguro Popular 3 533.3 millones de pesos (SSA, 2013), dando un total 6 443.16 millones.



▲ Pareja zinacanteca.
Cecilia Monroy
Cuevas, 2010,
San Cristóbal de
Las Casas, Chiapas.

y dadas las características de los hospitales evaluados (nosocomios preparados para otorgar atención 24 horas 365 días al año) el desempeño de estos hospitales (en lo que se refiere a la atención materno-infantil) sería de bueno a adecuado; es decir, con un índice mayor a .70.

La metodología propuesta permite evaluar, a partir del cálculo de un índice, unidades con características diferentes. Para ello, se hizo un seguimiento de algunos componentes de calidad del desempeño de paquetes de intervención seleccionados. Se define como intervención a las acciones médicas o no médicas que pueden ser únicas o en paquete,¹¹ por ejemplo, un tratamiento con fármacos o exhibir información en un póster son intervenciones únicas. Sin embargo, nuestro interés fue conformar el paquete de intervenciones que hace posible la producción del servicio y su transferencia adecuada.

¹¹ 1) Mobiliario, 2) Instrumental y equipo para atención de urgencias, 3) Insumos y/o materiales, 4) Fármacos/vacunas, 5) Conocimientos técnicos, 6) Servicios competentes, 7) Recursos humanos, 8) Otros recursos, 9) Infraestructura y 10) Continuidad en el servicio.

Hay intervenciones que son necesarias pero no suficientes y otras que son necesarias y suficientes. Por ejemplo, que la población conozca un programa es importante para la producción de servicios, pero es necesario que se aplique todo un paquete de intervenciones dirigidas a la prevención o restitución de la salud. La producción de servicios precisa cierto número y tipo de recursos humanos con determinadas habilidades técnicas, de equipo diagnóstico y de laboratorio, de fármacos e infraestructura. Partiendo de estas premisas se conformaron paquetes de intervención tomando en cuenta los procesos sustantivos y, posteriormente, se les dio un orden de prioridad. El paquete de intervenciones, para que se considerara como sustantivo, se justificó a la luz de los PAE, como normas oficiales mexicanas y como guías técnicas que se incluyeron en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, que es de observancia obligatoria para el Sector Salud. Los contenidos de los reactivos del cuestionario, listas de cotejo y guías de observación se fundamentan en estos documentos normativos nacionales. Se construyeron seis paquetes de intervención: atención prenatal (componente influenza, sífilis y VIH-sida), del parto, de la urgencia obstétrica, de la salud perinatal, de capacitación y para asegurar la accesibilidad a los servicios de salud.

Se trata de un estudio observacional, transversal, descriptivo y prospectivo que se desarrolló en cuatro fases: estudio de gabinete, trabajo de campo, sistematización de la información y redacción de resultados. La investigación se realizó de finales de 2011 a principios de 2012 y se centró en establecimientos que proporcionan atención 24 horas 365 días al año —hospitales básicos comunitarios (HBC) y hospitales generales (HG)—, cuyo listado fue proporcionado por la Dirección de Salud de la Mujer del ISECH, y se consideró todo el universo de establecimientos. En total se incluyeron 30 hospitales: 16 HBC y 14 HG.

Para evaluar los diferentes paquetes de intervenciones se utilizaron índices entre 0 y 1. Cada índice representa una calificación relativizada con respecto al total de *intervenciones* evaluadas por paquete, y el número de intervenciones fue variable según las intervenciones definidas para cada paquete. El índice se calcula como el cociente de la suma de puntos acumulados (o puntaje acumulado) por una unidad médica, dividido entre el número de *intervenciones* evaluadas en esa unidad médica. Se estimaron los índices en los HBC y HG de los siguientes paquetes: accesibilidad, atención del parto, capacitación, atención prena-

tal (VIH-sida, sífilis e influenza), atención al recién nacido, atención de la urgencia obstétrica, e índices generales por cada hospital. Asimismo, se obtuvo el índice global para los dos tipos de hospital monitoreados (HBC y HG). Para ello, se realizó una “semaforización” señalando como desempeño bueno los índices de más de .85, como desempeño adecuado aquellos ubicados entre .70 y .84, con desempeño mediano los que tienen valores de más de .50 y hasta .69, y desempeño bajo o que requiere atención urgente los menores de .50. La semaforización considerada está alineada con los rangos que incluye el Coneval en su valoración del desempeño de programas sociales (Coneval, s/f).

Resultados

Se estimaron los índices para nueve paquetes de intervención que evalúan el desempeño de procesos estratégicos en salud materna, un índice global para los dos tipos de hospital e índices generales de desempeño

PAQUETES DE INTERVENCIÓN ATENCIÓN MATERNA Y PERINATAL	HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO		HOSPITAL GENERAL	
	ESTIMACIÓN	TAMAÑO DE LA POBLACIÓN	ESTIMACIÓN	TAMAÑO DE LA POBLACIÓN
Atención prenatal	.79	16	.79	11
VIH	.58	16	.62	11
Sífilis	.74	16	.83	11
Influenza		16	.45	11
Atención del parto	.76	16	.77	11
Atención del recién nacido	.59	16	.69	11
Atención de la urgencia obstétrica	.71	16	.73	12
Accesibilidad para la población	.54	16	.77	14
Capacitación	.60	16	.80	12
Global	.69	16	.75	14

Fuente: Freyermuth, G., a partir de la encuesta realizada en 2012.

por cada hospital. Los resultados arrojan que el desempeño de los HBC fue mediano y adecuado en el caso de los HG, y que se presentaron diferencias entre los dos tipos. Es mejor la calidad del servicio en los HG que en los HBC. Los procesos e insumos de atención prenatal, del parto y de la urgencia obstétrica tuvieron un desempeño adecuado, pero no así los paquetes del VIH, atención del recién nacido y accesibilidad, que obtuvieron índices de desempeño mediano. La accesibilidad para la población y la capacitación mostraron diferencias significativas entre estos dos tipos de hospitales, presentando un desempeño más bajo en los HBC.

El índice en los HBC monitoreados es de .82 (Villa Corzo y Tila) a .50 (Ostuacán). Por tipo de población a la que atienden —municipios indígenas con 45% y más hablantes de lengua indígena (HLI) *versus* municipios con baja proporción de HLI— no encontramos diferencias en la prestación de servicios de los HBC. El índice para los HBC que proporcionan atención a HLI es de .70. En el caso de los HBC ubicados en municipios con escasa población HLI fue de .66. El desempeño fue de mediano a adecuado en la semaforización elegida.

El rango de desempeño de los HG fue desde .68 (Arriaga) con desempeño mediano, hasta .89 (HG de Comitán) con buen desempeño. En los dos hospitales con mejor desempeño (HG de Comitán y el de Las

▼ Efraín Ascencio
Cedillo, 12 de
diciembre, 2010.



Culturas en San Cristóbal de Las Casas) no se aplicaron los paquetes de atención prenatal, del parto, de la urgencia obstétrica y del recién nacido, a pesar de que en ambos fallecen mujeres con complicaciones obstétricas porque, según señalaron, son hospitales generales que no otorgan este tipo de atención. Se incluyeron en el estudio según la lista que proporcionó el ISECH. Los HG tuvieron desempeño adecuado, pero todos están ubicados en enclaves mestizos. Los municipios que cuentan con mayor población de HLI son San Cristóbal de Las Casas y Palenque con 28 y 18% respectivamente. De ese modo, el acceso a los servicios de mayor calidad (HG) es más limitado para la población indígena.

Es necesario promover el fortalecimiento de los HBC que están enclavados en las regiones más marginadas del estado, pues a partir de su mejor desempeño se podrán disminuir brechas existentes, en la sobrevivencia de mujeres chiapanecas con complicaciones maternas, ya que la estabilización y atención primaria estarían a cargo de estos hospitales básicos.

La accesibilidad es más difícil en el caso de los HBC, que son fundamentales para la canalización de mujeres con complicaciones graves. La disponibilidad de transporte y comunicación para canalización desde los HBC es menor frente a la existente en los HG. Es necesario promover que los órdenes de gobierno municipales utilicen los ramos presupuestales para rehabilitar caminos y adquirir ambulancias para transportar a las mujeres que lo requieran.

Es importante señalar que este tipo de monitoreos evalúa solamente la presencia de insumos y conocimientos médicos, es decir, aspectos estructurales; pero no la satisfacción de las usuarias, el trato culturalmente competente ni los resultados de la atención. Sin embargo, proporciona un índice de fácil manejo que puede ser utilizado para la mejora del desempeño.

2.4 Modelo de monitoreo de políticas públicas aplicado al Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados

Hilda Eugenia Argüello Avendaño

Antecedentes

El Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados (AFASPE) del Programa de Acción Específico¹² Arranque Parejo en la Vida (PAE APV), ahora denominado Salud Materna y Perinatal (SMP), etiqueta recursos para acciones específicas de prevención y promoción a la salud, establece compromisos por parte de las entidades federativas a través del cumplimiento de metas y es publicado por la Secretaría de Salud (SSA). Por lo anterior, es un instrumento útil para las acciones de contraloría social.

El AFASPE, por tratarse de un modelo de administración pública de reciente instalación (2008), que establece acuerdos anuales entre federación y entidades federativas y favorece la transparencia y rendición de cuentas, fue considerado por el OMM como idóneo para su seguimiento.

El AFASPE transfiere recursos financieros e insumos desde la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (SPPS) de la SSA a los Servicios Estatales de Salud (SESA), destinados a 32 PAE a través de la

¹² A partir de 2013 la denominación cambió y ahora APV es Salud Materna y Perinatal (SMP), es la principal política pública dirigida a mejorar la salud materna y a disminuir la mortalidad materna en México. Los programas de acción se elaboran con todas las instituciones que integran el sistema de salud en México, por lo que son documentos rectores que están basados en las mejores prácticas y suelen tener la duración del gobierno federal en turno. El PAE APV estuvo diseñado para el periodo 2007-2012, aunque en 2013 aún estuvo vigente. El actual PAE SMP 2013-2018 se publicó en 2014.

firma de un Acuerdo Marco, del que deriva el Convenio AFASPE. Estos recursos son transferidos de la federación a la Secretaría de Finanzas (SEFINA) o Secretaría de Hacienda estatal, que luego transferirá a los SESA.

Se realizaron monitoreos al PAE APV entre 2012-2014 en 12 entidades federativas: Colima, Guerrero, Oaxaca, Tlaxcala y Veracruz, en 2012; Chiapas, Querétaro, San Luis Potosí y Sonora, en 2013; y Guerrero, Querétaro, San Luis Potosí, Oaxaca, Veracruz y Zacatecas, en 2014. En los estados de Guerrero, Oaxaca y Veracruz se ha realizado en dos ocasiones.

Objetivos

Describir y analizar los mecanismos que se utilizan en el AFASPE para definir el monto de los recursos, el cumplimiento de lo establecido en este instrumento por las partes que lo signan, y las dificultades para su operación. Proponer un modelo de monitoreo de bajo costo que permita a las y los interesados en el seguimiento de políticas públicas contar con instrumentos para la evaluación del desempeño.

Metodología

El grupo de trabajo del monitoreo de políticas públicas del OMM propuso colegiadamente un modelo metodológico para el monitoreo del AFASPE, con una ruta crítica: planeación, transferencia (participación de la SEFINA y la SSA), ejercicio de recursos, transparencia y rendición de cuentas. A partir de lo aprendido a través del monitoreo de 2012, el modelo se ha retroalimentado y actualizado elaborándose en 2013 una Guía General (OMM, 2013), que sintetiza en cinco llaves las etapas para realizar el monitoreo de cualquier programa, política o iniciativa (Tabla 1) y se acompaña de un documento extenso denominado Manual Operativo (OMM, 2014), que detalla los pasos a seguir en cada una de ellas.

Desarrollo

Para el seguimiento del AFASPE se aplicó el Modelo de Monitoreo de Políticas Públicas (MMPP) que consta de tres fases con cinco llaves. En la

TABLA 1. MODELO DE MONITOREO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

PRIMERA LLAVE	SEGUNDA LLAVE	TERCERA LLAVE	CUARTA LLAVE	QUINTA LLAVE
Definir la política, programa o iniciativa a monitorear	Documentar la política, programa o iniciativa y el problema que atiende	Realizar trabajo de campo o archivo	Sistematizar, analizar y elaborar informes	Incidir en la política pública

Fuente: OMM, 2013, Guía General del Modelo de Monitoreo de Políticas Públicas.

primera se realizó el trabajo de gabinete o de documentación, basado en la revisión de la iniciativa: descripción, temporalidad, presupuesto, prestación de servicios, metas, indicadores y sistema de evaluación (llaves 1 y 2). En la segunda fase se llevó a cabo el trabajo de campo mediante la gestión y realización de entrevistas breves y temáticas semi-estructuradas dirigidas a actores clave, para las que se contó con una guía específica, que dependía de su cargo y responsabilidad; la información se sistematizaba y analizaba, y al final se elaboraba un informe con recomendaciones así como un resumen ejecutivo o síntesis política (llaves 3 y 4). La tercera fase, de incidencia política, contempló la devolución de resultados y recomendaciones a los tomadores de decisiones con la finalidad de lograr acuerdos para la mejora de los procesos. Finalmente, se difundieron los resultados a través de una conferencia de prensa, de la página web del OMM y de las redes sociales (llave 5).

El primer ejercicio de monitoreo lo realizó una investigadora del secretariado técnico del OMM (AFASPE, 2011). Para los siguientes monitoreos se abrió una convocatoria pública dirigida a los integrantes del Observatorio con el fin no sólo de poner a prueba el Modelo con personas que no tenían experiencia en el monitoreo de políticas públicas, sino de fomentar el empoderamiento de la sociedad civil organizada a través de su capacitación en la utilización de este tipo de herramienta metodológica.

Resultados

El monitoreo del AFASPE 2011 mostró que los SESA tenían dificultades para conocer cuándo habían llegado los recursos a la entidad (a la SEFI-

NA) y los montos asignados por programas. Ésta fue un área que se recomendó mejorar y que fue resuelta desde la federación incluyendo en la plataforma SIAFFASPE¹³ una notificación inmediata a los responsables de programa. Asimismo, se detectó que la falta de coordinación de las áreas de salud pública, administración y atención médica constituía un obstáculo para el ejercicio de los recursos, así como para la mejora y simplificación de los procesos administrativos en los SESA. En algunas entidades, como Querétaro y Sonora, se designó un enlace para optimizar la comunicación entre estas áreas.

Otro elemento que dificultaba la aplicación del Acuerdo era la movilidad de los funcionarios de los SESA y la necesidad de contar con una capacitación continua del funcionamiento del AFASPE.

La falta de transparencia de este Acuerdo por parte de los SESA ha sido otro hallazgo del monitoreo, ya que el Convenio AFASPE no se publica en su órgano de difusión oficial dentro de los 15 días hábiles posteriores a su formalización. La publicación en su página web fue una recomendación del OMM que no se cumplió en las entidades monitoreadas en 2011 y 2012, a excepción de San Luis Potosí. De igual manera, la publicación de los avances de las metas comprometidas y los resultados financieros es otra recomendación hecha por el OMM y que no ha logrado su cumplimiento.

Toda esta información se encuentra disponible en la plataforma SIAFFASPE, cuyo acceso es limitado a cierto personal de salud estatal y federal. Se ha solicitado a la SPPS el acceso a los resultados de esta plataforma a fin de realizar un monitoreo más expedito; sin embargo, no se ha tenido una respuesta favorable al respecto. Una de las debilidades del Acuerdo es que para algunas metas no existen indicadores o

¹³ La plataforma SIAFFASPE es un sistema de administración de información en línea para el registro de datos de los 32 PAE en materia de salud pública de los 32 SESA, que permite alinear los objetivos, metas, indicadores y acciones con el presupuesto en sus diversas fuentes de financiamiento (Ramo 12, Ramo 33 y Anexo 4). En él se registra el calendario de metas y ministraciones (fechas establecidas en el Convenio y fechas en las que se realizan las transferencias y su notificación a los SESA). Fue diseñado como una herramienta de planeación y de evaluación del cumplimiento de los objetivos, metas y acciones, así como del ejercicio transparente de los recursos y rendición de cuentas. Se propone entregar puntualmente los recursos federales a los SESA, brindar asesoría técnica para el desarrollo de los programas, supervisar la aplicación de los recursos federales y evaluar el cumplimiento de objetivos y metas. Esta plataforma informática también permite identificar el gasto por programa, estrategia, línea de acción, actividad, acción específica, intervenciones en salud, fuente de financiamiento, partida presupuestal, bien o servicio, cantidad y precio unitario.

fuentes que permitan su verificación, es así que el cumplimiento de los compromisos se convierte en un acto de fe. También se ha identificado la necesidad de que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR) de la SSA establezca un calendario para la entrega de los insumos que forman parte del Convenio, a fin de que las entidades federativas puedan realizar una planeación adecuada.

El monitoreo del AFASPE 2013, se centró en verificar el cumplimiento de una de las cuatro metas comprometidas en el Convenio y del ejercicio de los recursos.

Uno de los principales resultados que el OMM quiere lograr —y en el que se ha avanzado— es la apertura de funcionarios de la SSA y de los SESA, de los niveles federal y estatal involucrados en el AFASPE, al escrutinio de la sociedad civil y de la academia; así como realizar acciones de mejora a partir de estas evaluaciones. La cultura de transparencia y rendición de cuentas no forma parte de las prácticas de las y los funcionarios públicos en México, a pesar de contar, desde hace más de una década, con una legislación¹⁴ y mecanismos para que la ciudadanía tenga acceso a la información.

En los monitoreos de 2013 y 2014, el modelo propuesto se ha aplicado en éste y otros programas y ha mostrado que puede ser utilizado por personas sin experiencia en el seguimiento de políticas públicas y contraloría social.

La contraloría social a través del monitoreo de un programa, política o iniciativa permite documentar procesos, detectar fortalezas, debilidades y proponer medidas para su mejora; permite conocer su implementación a través de las y los interlocutores clave involucrados directamente en ello y ofrece la ventaja de establecer un diálogo con tomadores de decisiones, pactar compromisos para su mejor funcionamiento, dar seguimiento a los acuerdos y difundir los resultados de la investigación.

¹⁴ Desde 2002, en México se cuenta con la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, la cual dio lugar a la creación del Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI).

2.5 Experiencias de monitoreo al Convenio de Atención de Emergencias Obstétricas (CAEO)

*María Guadalupe Ramírez Rojas
Graciela Freyermuth Enciso*

En 2009 México inició una experiencia pionera en materia de atención de emergencias obstétricas (AEO) con la firma del CAEO (OMM, 2012a), cuyo objetivo es coadyuvar a reducir la mortalidad materna (MM) estableciendo la atención de cualquier mujer que solicite AEO de manera expedita, gratuita e inmediata, sin importar su afiliación. El OMM decidió que ésta era una política pública idónea para ser monitoreada, ya que este convenio permitiría el acceso universal a la atención materna, reivindicación promovida por las organizaciones de la sociedad civil, y que sería la primera experiencia de portabilidad por parte de las usuarias para poder acceder a cualquiera de las tres instituciones públicas más importantes del país. Hasta la fecha se han realizado tres estudios: 2011, 2012-2013 y 2014-2015 (en proceso) cuyos objetivos han ido ampliando el ámbito de funcionamiento del Convenio.

Objetivo del primer monitoreo (julio-agosto de 2011)

Describir y analizar el funcionamiento y operación del CAEO, identificando aciertos y limitaciones, a partir del análisis de los hospitales receptores de urgencias obstétricas.

Desarrollo

En 2011 se realizó un estudio exploratorio sobre el funcionamiento y operación del CAEO en cuatro entidades federativas de México: Oaxaca (OMM, 2012b), Chiapas (OMM, 2012c), Distrito Federal (OMM, 2012d) y Tabasco (OMM, 2012e). Se visitaron establecimientos considerados como resolutivos para la AEO de cada institución participante (IMSS, ISSSTE y SSA),¹⁵ siendo 16 establecimientos en total. Se entrevistaron actores clave —proveedores de servicios de salud en AEO y mujeres usuarias beneficiadas por el CAEO—, y los temas indagados giraron alrededor de la operación del CAEO (OMM, 2012f). Se aplicaron seis instrumentos —directivos, jefe de ginecoobstetricia, jefe de finanzas, encargado de la captura del Sistema de Registro de Emergencias Obstétricas (SREO), construcción de la red, personal vinculado a la admisión—. Se hicieron entrevistas tanto a personal de alta dirección o directivos a nivel central del IMSS, ISSSTE, SSA y Centro Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR) —seis actores clave—, como a mujeres beneficiadas por el Convenio (cuatro en Oaxaca, Tabasco y Chiapas), y a mujeres en edad fértil no usuarias del Convenio (11 en Oaxaca y Distrito Federal).

Resultados

- La cooperación interinstitucional entre IMSS, ISSSTE y SSA es limitada o inexistente.
- La mayoría de mujeres atendidas a través del CAEO habían acudido de manera espontánea al hospital más cercano, en respuesta a una emergencia obstétrica sin conocer previamente la existencia del CAEO.
- Algunos hospitales identificados como resolutivos carecían de recursos, insumos e infraestructura (tenían una resolutividad limitada ante la AEO). Cabe mencionar que al término del monitoreo, la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES) de la SSA redefinió el listado de establecimientos participantes en el CAEO por nivel de resolutividad¹⁶ ante la AEO.

¹⁵ IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social, ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, SSA: Secretaría de Salud.

¹⁶ 1) Alta, dispone de equipo médico las 24 horas los 365 días del año y de las es-



▲ Escuela de Partería
Profesional del
estado de Guerrero,
1 de febrero, 2012,
Metlatonoc, Guerrero.

Por lo anterior, el OMM emitió como principales recomendaciones la creación de una red de AEO interinstitucional que incorporara a los tres niveles de atención, así como la creación de un padrón único de beneficiarias(os) del Sector Salud. Se identificó el cobro de transporte de ambulancia ante EO, por lo que se sugirió el reforzamiento de la

pecialidades médicas: gineco-obstétrica, anestesiología, pediatría, medicina interna, medicina crítica y cirugía general, además de personal de enfermería general y especialista. Respecto a la infraestructura cuenta con unidad toco-quirúrgica, sala de expulsión, quirófano, recuperación, reanimación neonatal, área de conero patológico, hospitalización para obstetricia, laboratorio, puesto de sangrado o servicio de transfusión, unidad de cuidados intensivos del adulto, unidad de cuidados intensivos neonatales, servicio de imagenología, cuarto de máquinas y planta de energía. Cuenta además con el equipo médico, instrumental, insumos y medicamentos necesarios para la AEO, también dispone de vehículos para traslado. 2) Media, se diferencia de la alta en que no dispone de especialidad en medicina crítica ni de unidades de cuidados intensivos del adulto y neonatales; puede o no disponer de cuarto de máquinas. 3) Básica, son aquellas unidades médicas hospitalarias que no cubren los requisitos de resolutivez Alta o Media, pero otorgan atención de estabilización a pacientes obstétricas y se localizan a más de una hora de camino de los establecimientos que disponen de mayor resolutivez.

atención gratuita de la EO. El OMM, también consideró importante que las unidades que participen en el CAEO estén acreditadas y que se valore la inclusión de mayor número de establecimientos e instituciones como es el caso del IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de Marina-Armada de México (SEMAR) y la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA).

Al considerarse esta información estratégica para la toma de decisiones, al término del primer monitoreo se realizaron ejercicios de devolución de resultados con las instituciones participantes y se desarrollaron mesas de trabajo a nivel estatal, encabezadas por los secretarios de salud de las entidades en donde se desarrolló el monitoreo, delegados estatales del IMSS, ISSSTE, Servicios Estatales de Salud e IMSS-O; se convocaron, asimismo, reuniones con autoridades a nivel central de las instituciones participantes, incluyendo al CNEGYSR de la SSA y a la DGPLADES.

La devolución de resultados derivó en los siguientes acuerdos: para las instituciones participantes se establecieron puntos de mejora para optimizar la AEO en sus entidades y para el OMM la realización de un segundo monitoreo en redes seleccionadas por las autoridades y consideradas como funcionales para la AEO.

▼ *Mujer cargando un bebé.* D.R. © Ramón Jiménez / Fototeca Nacho López / CDI, No. Inv. 30340, 3 de noviembre, 1977, Ayahualulco, Chilapa de Álvarez, Guerrero.



Objetivo del segundo monitoreo (diciembre de 2012-febrero de 2013)

Describir y analizar el cumplimiento de lineamientos establecidos en el CAEO a través de la operación de redes de servicios de salud.

Desarrollo

En 2012 el OMM desarrolló un segundo monitoreo al CAEO, orientado a la descripción y análisis del cumplimiento de los lineamientos establecidos por el CAEO para la atención de las mujeres. A partir de las redes seleccionadas por las autoridades de salud, el estudio se centró en el análisis de casos en las siguientes redes de servicios: en la región Los Altos Tsotsil-Tseltal de Chiapas (diez establecimientos), zona sur del Distrito Federal (12 establecimientos), zona de Miahuatlán y Puertos en Oaxaca (siete establecimientos) y región de La Chontalpa en Tabasco (siete establecimientos). En este segundo monitoreo se añadió el estado de Chihuahua porque la DGPLADES reportó mayor incidencia de casos atendidos por el CAEO, por lo que se seleccionó la región Chihuahua-Ciudad Cuauhtémoc-San Juanito (nueve establecimientos). El monitoreo comprendió 46 establecimientos en total.

Se consideraron como informantes clave al personal directivo del área médica y al personal operativo en las áreas que atienden mujeres con EO (incluyendo personal médico, de enfermería y otros servicios de apoyo). Los temas de indagación incluyeron: 1) Operación de las redes de servicios, 2) Aplicación de los lineamientos que subyacen al Convenio, 3) Preguntas trazadoras para evaluar conocimientos sobre la AEO básica entre personal médico encargado de los servicios de urgencias, 4) Disponibilidad de adecuaciones interculturales en los establecimientos para la AEO (en virtud de que el estudio comprendió regiones donde habita población indígena).

Resultados

- Existe desconocimiento sobre el CAEO entre la población usuaria y los proveedores de servicios de salud.



▲ *Mujer con un bebé.* D.R. © Maya Goded / Fototeca Nacho López / CDI, No. Inv. 56751, ca. 1991, Santo Domingo Armenta, Oaxaca.

- La mayoría de AEO se otorga a mujeres que acuden espontáneamente a los servicios de urgencias médicas, mientras que las referencias de mujeres con EO son realizadas de manera excepcional entre las instituciones.
- La colaboración entre instituciones es limitada, la mayoría de referencias se realiza a establecimientos pertenecientes a la propia institución que las realiza, retrasando la oportunidad de la atención en muchos casos.
- Persiste el cobro de gasolina a mujeres trasladadas por EO a través de ambulancias municipales en Chiapas y Oaxaca.
- SEMAR, SEDENA, PEMEX continuaban sin participar en el Convenio. El IMSS-O se incorporó al CAEO con dos establecimientos, al término del monitoreo.
- No existen redes interinstitucionales de AEO que favorecieran el correcto funcionamiento y operación del Convenio.
- No todos los establecimientos del IMSS, ISSSTE y SSA que cum-

plen con características de resolutiveidad participan en el CAEO (solamente participan 463 establecimientos en la AEO a nivel nacional).

El OMM considera fundamental que las instituciones participantes del CAEO favorezcan mejoras en los procesos de gestión de la AEO, la prestación de servicios e identificación y establecimiento de redes interinstitucionales como elementos indispensables para lograr la correcta operación del CAEO y su pleno efecto en la reducción de la MM.

El OMM realizó la devolución de resultados ante secretarios de salud y representantes estatales y a nivel central del IMSS, IMSS-O, ISSSTE, SSA, CNEGYSR, DGPLADES y de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, así como ante la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, donde presentó las siguientes recomendaciones:

- 1) Difundir información sobre los beneficios que provee el Convenio entre mujeres usuarias y población en general.
- 2) Realizar capacitación continua a proveedores de servicios de salud para conocer y aplicar el Convenio con un enfoque de colaboración interinstitucional.
- 3) Conformar redes interinstitucionales de AEO para la correcta operación del Convenio.
- 4) Ampliar la cobertura de instituciones participantes en el Convenio: SEMAR, SEDENA, PEMEX.
- 5) Incorporar al CAEO establecimientos que cumplan con características de hospitales resolutivos y que no están considerados.
- 6) Asegurar que los establecimientos resolutivos cuenten con recursos humanos, insumos, equipos e infraestructura suficientes para la AEO.
- 7) Vigilar y cumplir con la gratuidad de la AEO otorgada a mujeres beneficiadas por el Convenio.

El OMM ha tenido la oportunidad de presentar la experiencia de los dos monitoreos al CAEO en la Cámara de Diputados, en diversos foros, congresos y mesas de trabajo, expresando que un objetivo a mediano plazo sería el acceso universal de la salud reproductiva en su conjunto, no limitándose a la EO. El CAEO es una estrategia pionera que ha permitido reconocer los retos que representa la integración funcional del sis-

tema de salud. El análisis de la experiencia en la operación del CAEO ofrece una oportunidad para identificar los puntos problemáticos que deben ser considerados en la próxima reforma en salud:

- 1) Contar con un padrón universal de la población que incluya las distintas modalidades de afiliación en salud.
- 2) Definir de manera precisa aquellas intervenciones a incluirse, así como su operación antes de la puesta en marcha de los distintos esquemas contemplados, según las prioridades de atención. Esto con el objeto de evitar demoras en la atención, previniendo que esta política se convierta en letra muerta.
- 3) Descripción de los apartados financieros, administrativos e inclusive médicos, con la finalidad de que la puesta en marcha de las estrategias planteadas consigan un verdadero —y no limitado— acceso universal a los servicios de salud.
- 4) Difundir la estrategia entre la población potencialmente usuaria para que sea una política que se aplique y cumpla con su cometido, mejorando la calidad y el acceso oportuno a la atención médica.

A partir del trabajo realizado por el OMM, se acordó con las distintas instituciones la continuidad del monitoreo al CAEO.

2.6 Análisis de presupuestos en salud

Daniela Díaz Echeverría

Antecedentes

Desde el año 2002 Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C., desarrolla una herramienta metodológica para el análisis del presupuesto en la política pública en salud materna en México. Éste es un proyecto institucional que mediante la investigación aplicada, el análisis crítico, la producción de información y la evidencia sustenta propuestas y recomendaciones dirigidas al sector público y, a la par, se pone a disposición de la sociedad civil para el fortalecimiento de capacidades y como insumo para la incidencia política. El fin último es mejorar las condiciones de acceso y goce del derecho a la salud y a los derechos reproductivos de las mujeres.

Objetivo

El objetivo general consiste en mejorar la implementación de las políticas y la provisión de los servicios de salud reproductiva con especial atención en la salud materna.

En México, con un Sector Salud fragmentado, en un contexto de descentralización de funciones y gestión de recursos, en el que los mecanismos de rendición de cuentas públicas y participativas así como de control efectivo desde el centro hacia los estados están sumamente debi-



▲ *Mujer en un mercado cargando a un bebé.* D.R. © Ramón Jiménez / Fototeca Nacho López / CDI, No. Inv. 86037, 27 de junio, 1978, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

litados, resulta prioritario para Fundar fortalecer las acciones de contraloría social. En este caso, las enfocadas al monitoreo del presupuesto asignado a la provisión de servicios en salud reproductiva en general, con la mirada enfocada en la atención de salud materna.

De tal suerte, que se realiza de manera continua un seguimiento al presupuesto, ejercicio e implementación de las políticas o programas relacionados con la atención de la salud materna: Arranque Parejo en la Vida, Seguro Popular, Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica y Embarazo Saludable. En este análisis y monitoreo es materia obligada incorporar al Sistema de Protección Social en Salud, por ser la principal fuente de financiamiento de los servicios estatales de salud (SESA) y haber delineado el modelo de gestión en salud desde 2004 a la fecha.

Con los resultados se pretende impactar en el régimen o estructura presupuestaria contribuyendo a la implementación de mejores decisiones en los procesos de formulación, asignación, ejecución, evaluación y fiscalización del presupuesto para salud reproductiva en los niveles federal y estatal; así como fortalecer los mecanismos de transparencia y

rendición de cuentas para salud reproductiva y salud materna a nivel federal, para así contribuir con la disminución de la discrecionalidad y mejorar la asignación y utilización de los recursos.

Desarrollo

La investigación se ha llevado a cabo a nivel nacional en los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca hasta el año 2010. Desde 2011 solamente a nivel federal y en Guerrero. El criterio por el cual se escogieron tales entidades es que históricamente han registrado las mayores razones de muerte materna (RMM).

La decisión de concentrar el trabajo en Guerrero responde a la ampliación de las temáticas a monitorear. Desde 2013 se incorporaron los programas de acción específicos: Planificación Familiar y Anticoncepción, Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, y Salud Materna y Perinatal.

El equipo de trabajo se ha conformado por cuatro integrantes: una coordinación, que realiza acciones de seguimiento al presupuesto e iniciativas federales y, en su momento, de una contraparte en cada uno de los estados mencionados, integrada actualmente por dos organizaciones y un enlace de Fundar en Guerrero. Este último investiga la compra consolidada de anticonceptivos y la ruta de asignación presupuestaria para el Programa de Salud Materna y Perinatal. La coordinación del proyecto da seguimiento a las rutas presupuestarias y fuentes de financiamiento de los diferentes recursos establecidos en la federación. De igual manera, estudia las rutas de gestión de los programas en salud reproductiva y materna, y establece si existe una alineación entre ambas rutas tanto en los recursos como en la implementación, las cuales finalmente le dan cuerpo a la programación y planeación pública.

Una de las organizaciones que conforman el equipo de trabajo es Kinal Antzetik Distrito Federal, A. C., que monitorea la política pública en salud materna en los SESA-Guerrero, a través de la asignación de presupuesto y el ejercicio del gasto: lleva a cabo trabajo de gabinete y de campo, emite solicitudes de acceso a la información, realiza entrevistas a funcionarios públicos de la entidad y jurisdicciones sanitarias de las regiones de Costa Chica y Montaña, da seguimiento puntual a la implementación de la partería profesional, cuenta con presencia de traductoras

y/o intérpretes de lenguas en las regiones mencionadas y vigila la aplicación en los programas de la perspectiva de interculturalidad.

Balance. Promoción para el Desarrollo y Juventud, A. C. es el otro elemento integrante del equipo que examina, por un lado, la implementación de la política pública en VIH/sida, particularmente en el contexto de salud reproductiva y salud materna en Guerrero, y con la misma metodología —el trabajo de campo se ha desarrollado en Acapulco y Costa Chica—; además analiza la incorporación de la política en VIH/sida en la política pública nacional en salud materna y, por otro lado, la política en salud sexual y reproductiva para adolescentes, puntualmente la ruta del presupuesto existente para su implementación.

Básicamente la investigación consiste en responder a preguntas como las siguientes: ¿Cuánto dinero está llegando a los estados para la atención de la salud reproductiva y materna? ¿Cómo se gasta? ¿Qué acciones se están implementando? ¿Cuál es la ruta de la política pública en salud y mortalidad materna? ¿Qué instancias toman las decisiones en la gestión de la política pública y en el ejercicio de los recursos financieros? ¿Qué impacto tiene en los indicadores? ¿Cómo se evalúa, mide y fiscaliza la gestión pública en salud reproductiva y materna? En resumen, se trata de tener respuestas sobre la existencia o no de un funcionamiento efectivo de la gestión programática y la planeación, lo cual implica que las políticas y programas de salud tendrían que estar alineadas con las herramientas de planeación nacional y, a su vez, verse reflejadas en ejercicios presupuestales orientados al cumplimiento de las metas nacionales.

Cada integrante del equipo tiene como responsabilidad desarrollar trabajo de campo y presentar información que responde de manera general a esas interrogantes, con la libertad de incluir saberes propios de la organización, lo cual enriquece el análisis.

Esta información se utiliza como evidencia para intervenir en la definición del presupuesto en el Poder Ejecutivo Federal y en la Honorable Cámara de Diputados por parte de Fundar, y para que otras organizaciones participen en el diseño de presupuestos y la política pública en salud reproductiva y materna. Fundamentalmente se trabaja en redes como la Coalición por la Salud de las Mujeres, el Observatorio de Mortalidad Materna en México y el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, las dos últimas intersectoriales. Con la construcción de estrategias colaborativas mediante el aprendizaje horizontal y



▲ *Hospital Civil de Oaxaca*. Paola Sesia, Proyecto ALSO, 19 de mayo, 2011.

el intercambio proactivo entre pares se busca fortalecer los procesos de participación e incrementar las capacidades de las organizaciones para conocer e incidir en el presupuesto para la atención en salud reproductiva y materna.

Resultados

Se ha logrado generar información relevante que ha sido utilizada en diversos espacios y por diversos actores para realizar abogacía en el tema de presupuestos, y avanzar en etiquetación del gasto para salud y mortalidad materna, así como en la transparencia en el uso de recursos financieros.

Etiquetar el gasto implica conceptualizar los elementos de la planeación y los programático-presupuestales: programación, estrategias,

líneas de acción, actividades, indicadores, intervenciones y fuentes de financiamiento, un mecanismo que consiste en la creación de programas presupuestarios con sus respectivas claves, que constituyen la mejor manera de conocer la “historia completa” de una asignación presupuestaria tanto para su seguimiento como para su fiscalización; y provee información sobre la unidad responsable del gasto, el programa o actividad donde se realiza y sus características económicas. Cada sección de información está asociada con un número (Benítez, 2014).

Mediante el trabajo de las tres redes se presentan recomendaciones técnicas a las Comisiones de Salud y Vigilancia de la Auditoría Superior de la Federación, a la de Presupuesto y Cuenta Pública e Igualdad de Género en la H. Cámara de Diputados, en la Mesa de Mujeres del Comité de Prevención del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Sida (CONASIDA) y al Poder Ejecutivo; mismas que implementaron tanto la etiquetación a programas presupuestarios como la conformación del decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación del Anexo de Erogaciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres —y su posterior incorporación a la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria que fue publicada en el Diario Oficial de la Federación en

▼ Juan Carlos
Rodríguez / Kinal
Antzetik, D. F.,
2008, Buenavista,
San Luis Acatlán,
Guerrero.



enero de 2012—. Estas recomendaciones se han puesto en marcha mediante convenios marco entre la federación y las entidades federativas, lo que permite evaluar el compromiso real de un gobierno y el cumplimiento de sus obligaciones en materia de servicios en salud reproductiva y materna; analizar si las decisiones presupuestarias se apegan a principios de transparencia y participación; monitorear la eficiencia y efectividad en la gestión de los recursos —revisar sistemáticamente que los recursos se utilicen para lo que fueron asignados—, y estudiar el impacto de las políticas y del presupuesto en grupos poblacionales específicos, por ejemplo: investigar si han habido cambios observables en la calidad de vida de mujeres, jóvenes o pueblos indígenas, como resultado de programas y presupuesto del gobierno (Benítez, 2014).

El reto de que se cumplan los mandatos en derechos humanos y la rendición de cuentas a la ciudadanía en la reforma al Sector Salud

La salud reproductiva, salud materna y mortalidad materna no deben verse como temas aislados, sino como cuestiones que dan cuenta de los problemas del modelo de salud en México. La reforma al sistema de salud es aún limitada en materia de rendición de cuentas a la ciudadanía, es decir, en cuanto a la participación de las o los usuarios en la planeación y evaluación de programas, y en donde los procesos y resultados sean públicos. Existe igualmente una ausencia en la incorporación cabal de elementos sobre derechos reproductivos y el derecho a la salud (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad).

El monitoreo descrito provee evidencia sólida para discutir un modelo de salud nuevo, con el fin de crear un sistema de salud basado en el paradigma de los derechos humanos y asentado en el principio de máxima publicidad, lo cual implica que la transparencia sea pieza fundamental de la gestión, Fundar las denomina “rutas presupuestarias y de toma de decisión”. La investigación evidencia la existencia en la administración pública de plataformas para articular presupuesto con acciones orientadas a implementar derechos reproductivos y de la salud; sin embargo, éstas no son de acceso público.



3 Enfoque intercultural aplicado a la salud materna. Herramientas culturalmente apropiadas¹

Paola Sesia

La adopción del enfoque intercultural en salud materna es indispensable para lograr que el sistema de salud en México sea efectivo, de mejor calidad, más justo, respetuoso y menos discriminatorio. Es crucial para que se garanticen y respeten los derechos de las mujeres indígenas a la hora de atenderse durante el embarazo y parto, de acuerdo con sus preferencias; para recibir atención obstétrica oportuna, respetuosa, culturalmente adecuada, gratuita y de calidad; para participar en la planeación y evaluación de los servicios de salud donde las atienden; para contar con información cultural y lingüísticamente pertinente que les permita identificar complicaciones obstétricas; así como para obtener información sobre dónde pueden atenderse en caso de emergencias y conocer su derecho a una atención médica oportuna y gratuita.

La sociedad civil ha contribuido a la construcción de este enfoque de múltiples maneras, una de las cuales consiste en la elaboración de herramientas apropiadas tanto para la difusión de información —que es esencial para la población multicultural y plurilingüística que conforma el país— como para la sensibilización y capacitación del personal de salud que trabaja en contextos multiculturales.

¹ Este texto es una versión modificada y resumida de la "Introducción" del libro *Salud materna e interculturalidad: visiones contemporáneas desde México y América Latina*, coordinado por Paola Sesia. Parte del texto también fue publicado en el folleto *Interculturalidad y salud materna*, del Comité Promotor por una Maternidad Segura (CPMS-México).

En términos generales, la interculturalidad se refiere a: “cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura” (Albó, 2004: 65). Albó conceptualiza desde una interculturalidad negativa hasta una positiva, pasando por múltiples gradientes intermedios. La interculturalidad negativa se refiere a relaciones interculturales comunes en sociedades neocoloniales, como la mexicana, que llevan a la reducción, asimilación, discriminación y/o exclusión al que es culturalmente distinto; mientras que la positiva implica relaciones interculturales que llevan no sólo a aceptar a quien es culturalmente diverso sino a enriquecerse mutuamente, aprendiendo unos de otros. Por esto, el enfoque intercultural que garantiza salud materna conlleva necesariamente a la interculturalidad positiva.

Sin embargo, hablar de interculturalidad en materia de salud implica mucho más que el reconocimiento de la diferencia cultural, requiere reconocer las relaciones desiguales de poder entre el modelo biomédico hegemónico en la organización de los servicios institucionales de salud en México y los otros modelos médicos ejercidos por sectores subalternos, como son los pueblos indígenas y la medicina tradicional; cuestionar el modelo socio-cultural desde donde se ejerce la medicina biomédica, que desvaloriza sistemáticamente otros saberes médicos; y exigir una profunda democratización del sistema de salud, con participación y empoderamiento de usuarias(os) en la definición de sus necesidades en salud así como en la planeación, organización y evaluación de los servicios.

En México, el desarrollo y aplicación del enfoque de interculturalidad en salud materna es relevante por múltiples razones. En primer lugar, México es un país pluriétnico y multicultural, cuya manifestación más visible es la presencia de entre 10 y 15 millones de personas que hablan lenguas nativas distintas del castellano, viven en hogares indígenas o se identifican como tales (INEGI, 2010; Rubio, 2014), por lo que el enfoque intercultural es un derecho constitucional de las mujeres indígenas y sus familiares que el Estado debe garantizar, respetando y promoviendo los saberes y prácticas etnomédicas en torno al embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, no solamente apoyando y fortaleciendo el trabajo de parteras tradicionales sino transmitiendo sus conocimientos y prácticas a futuras generaciones. Asimismo, es importante sensibilizar oportunamente al personal médico y paramédico que atiende a mujeres indígenas durante la maternidad para que éstas

◀ *Musulmanas en Chiapas*. Efraín Ascencio Cedillo, 24 de julio, 2014, andador San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

reciban un trato digno y respetuoso, adecuando culturalmente los servicios institucionales de salud materna que operan en regiones y comunidades indígenas y promoviendo la plena participación de las mujeres en el diseño y evaluación de políticas, programas y servicios que reciben, entre otras cosas.

En segundo lugar, en México las relaciones interculturales se han caracterizado de facto por ser más bien negativas. La otredad cultural se entrecruza con la desigualdad social, en contextos estructurales profundamente asimétricos que han mantenido a poblaciones indígenas en situación de exclusión, discriminación y pobreza. En la salud materna, esto se refleja en que las mujeres indígenas presentan tasas de morbilidad y razones de mortalidad materna (RMM) significativamente más altas que el resto de las mujeres mexicanas, enfrentan mayores barreras en el acceso a servicios de salud materna oportunos y de calidad, y es muy probable que sufran más situaciones de maltrato y/o discriminación. En este sentido, la adopción del enfoque intercultural, de manera transversal en el sistema de salud, es una necesidad impostergable para reducir de manera importante las múltiples brechas inequitativas que han enfrentado las mujeres indígenas durante la maternidad, en cuanto al acceso a servicios institucionales de salud y a la calidad y oportunidad de la atención obstétrica.

En tercer lugar, este enfoque es parte integral del marco de los derechos humanos aplicados a la salud y de los derechos colectivos de los pueblos indígenas: marcos estipulados en el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre pueblos indígenas y tribales (1989) y en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), donde la Observación Núm. 14 establece que los servicios de salud deben tener accesibilidad cultural (CODESC, 2000). El marco de derechos humanos es vinculante, ya que nuestro país ha firmado y ratificado estos instrumentos que, de acuerdo con la sentencia de la Suprema Corte de Justicia de la Nación de junio de 2011, adquieren nivel constitucional en la materia.

En cuarto lugar, cuando se adopta el enfoque intercultural en conjunto con el marco de derechos humanos en la salud materna, se contribuye a mejorar la calidad de la atención, a disminuir considerablemente el maltrato y la violencia obstétrica, a acercar los servicios de salud a las mujeres y hacer que éstos sean más adecuados y satisfactorios para las usuarias. Considerando el creciente énfasis a nivel mundial acerca

de la necesidad de erradicar el maltrato y la falta de respeto hacia las mujeres² durante la atención del embarazo y parto, y que en México el maltrato, la negación de la atención y la violencia obstétrica son problemáticas seguramente exacerbadas en los servicios públicos de salud que atienden a mujeres pobres, indígenas y/o rurales, es en estos espacios donde más se tendría que avanzar con la adopción de ambos enfoques de manera integral y simultánea.

En México existen lineamientos que contemplan la adopción de un enfoque intercultural en salud materna. La mayoría de estos documentos presenta una definición de interculturalidad básica para comprender la diversidad cultural de la población por parte del personal de salud, en el afán de establecer una mejor comunicación y un mejor trato con las usuarias, incluyendo la resolución de la diferencia de idiomas en la prestación de servicios a través de traductores.³ Algunos lineamientos oficiales abogan, además, por una adecuación cultural de los servicios hospitalarios de salud materna, lo cual se refleja en la promoción del parto vertical⁴ a nivel hospitalario por la Dirección General de Medicina Tradicional de la Secretaría de Salud federal. No obstante, por limitada que sea su visión intercultural, ninguno se aplica realmente en los servicios de salud y, en muchos casos, los prestadores de servicios desconocen su existencia.

Actualmente, el porcentaje de partos que se atiende a nivel institucional es muy alto en el país —96%— (UNICEF, 2014). Sin embargo, a nivel étnico hay mucha mayor diversidad. La Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI, 2008) levantada en ocho

² La Organización Mundial de la Salud lanzó en octubre de 2014 la Declaración “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en establecimientos de salud”, con la participación de la mayoría de las principales organizaciones, programas e instituciones que trabajan a favor de la salud materna en el mundo (OMS, 2014).

³ Por ejemplo, los lineamientos establecidos por el Seguro Popular para certificar a unidades que atienden a población indígena incluyen cinco indicadores: 1) que por lo menos 60% del personal que presta servicios haya recibido capacitación en interculturalidad; 2) que la unidad cuente con personal o mecanismos para la traducción a y desde lenguas indígenas; 3) que se facilite y respete la atención vertical del parto y el acompañamiento de la partera y/o familiar en la sala de expulsión, de acuerdo con la solicitud de las usuarias; 4) que el personal de salud cuente con y conozca los lineamientos de trato intercultural de la Secretaría de Salud federal; y 5) que el personal de salud mantenga respeto frente a conocimientos, conceptos y creencias sobre salud, enfermedad y formas de curarla, de la población indígena.

⁴ Es importante remarcar que el parto vertical no es sinónimo de libre selección de la posición al alumbramiento por parte de la mujer.



▲ *Mujer seri.*
Gabriela Torres
Freyermuth, 28 de
diciembre, 2010,
Bahía Kino, Sonora.

regiones indígenas del país, muestra cómo de 25% a 75% de las mujeres indígenas encuestadas en 2007 se atendieron principalmente con parteras, probablemente por empatía cultural, por considerar el parto como un evento natural, por falta de acceso geográfico a los servicios de salud y/o por los costos económicos de transporte o de la atención institucional.

Las preferencias de las mujeres durante el parto tienden a ser mayormente respetadas por las parteras: tener acceso a líquidos y alimentos durante el trabajo de parto, seleccionar la posición más cómoda al parir, estar acompañadas, mantener puesta la ropa respetando el pudor

y la privacidad, y manejar la placenta de acuerdo con prácticas tradicionales, entre otras razones. En cambio, un parto institucional puede representar lo contrario: las mujeres no deciden, no se pueden mover, se quedan solas y expuestas, y frecuentemente son sometidas a un trato despersonalizado, distante y/o irrespetuoso, así como a prácticas rutinarias innecesarias, dolorosas y hasta iatrogénicas (Walker *et al.*, 2011; Sachse *et al.*, 2013).

Las parteras tradicionales siguen jugando un papel relevante en la atención materna en muchas regiones rurales e indígenas del país. La política oficial hacia ellas ha cambiado a nivel global, pero en el Sector Salud prevalece la opinión de que no vale la pena invertir en su capacitación. Sin embargo, no hay evidencia científica sólida de que estos cursos hayan fracasado, al contrario, una revisión sistemática de la Cochrane reporta que hay evidencia —si bien no conclusiva— de que las parteras tradicionales sí ayudan a disminuir la MM y perinatal (Sibley *et al.*, 2009).

En resumidas cuentas, la interculturalidad implica cuatro ámbitos de acción para mejorar la salud materna y ayudar a reducir la MM de mujeres indígenas:

- 1) El pleno acceso a servicios de salud reproductiva y métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados entre mujeres indígenas (incluyendo adolescentes y jóvenes), contar tanto con personal profesional capacitado en derechos sexuales y reproductivos y sensibilizado en los ámbitos cultural y lingüístico, como con la instalación de servicios de acuerdo con las necesidades reproductivas de las mujeres, aun cuando éstas disten de las visiones predominantes occidentales sobre cuándo y cuántos hijos tener.
- 2) La adecuación cultural y lingüística de servicios de salud materna, humanización de prácticas obstétricas hospitalarias y mejora de la calidad de la atención materna, incluyendo un trato respetuoso y no discriminatorio del personal institucional hacia las usuarias. Esto implica la sensibilización y capacitación del personal en el enfoque intercultural, perspectiva de derechos humanos y equidad de género, además de garantizar su capacitación en competencias técnicas basadas en evidencia científica.

- 3) El reconocimiento de la importancia y valor de la partería tradicional, invirtiendo en capacitación y mejora de la relación colaborativa entre las parteras y el personal de salud en primer y segundo niveles de atención, en lugares donde ellas siguen desempeñando un papel importante en la atención materna. Los cursos de capacitación deben ser dialógicos, horizontales y centrados en el manejo práctico (no teórico) de la atención. Asimismo, es necesario sensibilizar y capacitar al personal de salud sobre el trabajo desempeñado por parteras y la importancia de adoptar un trato respetuoso y colaborativo con ellas.
- 4) La promoción masiva de información en lenguas indígenas con mensajes culturalmente adaptados para que las mujeres y sus familiares conozcan sus derechos reproductivos y en la atención materna —incluyendo emergencias obstétricas—, programas y mecanismos de afiliación para tener acceso en todo momento a una atención obstétrica oportuna y gratuita, información sobre síntomas y señales de peligro asociadas con complicaciones obstétricas para que las mujeres y sus familiares puedan reconocerlas inmediata y adecuadamente. Esta promoción debe privilegiar los medios auditivos y audiovisuales sobre los escritos, considerando la tradición oral de las lenguas indígenas en México, y tiene que priorizar aquellas regiones donde las RMM son más altas, así como donde hay mayores porcentajes de población (sobre todo femenina) monolingüe en idioma indígena.

En el segundo y cuarto punto es donde la sociedad civil organizada ha desarrollado mayormente buenas prácticas, algunas de las cuales se presentan en los siguientes apartados.

3.1 Radionovela *Tiempo de vivir*

*Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C. (ACASAC)
Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en
Antropología Social (CIESAS), Unidad Sureste*

Antecedentes

El proyecto radiofónico entre ACASAC y CIESAS-Sureste data de 1998, con la fundación del Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas (CMVRch), y desde entonces se han producido campañas principalmente en español, tsotsil y tseltal y —en menor número— en las seis principales lenguas indígenas de Chiapas. Los proyectos que se han llevado a cabo a lo largo de estos 18 años son los siguientes: Campaña *Por la vida y contra la muerte materna* —en español y seis lenguas indígenas, con 18 cápsulas—; Campaña *Experiencias exitosas* —en español, dos lenguas indígenas, con 17 cápsulas—; miniserie *Aprendiendo a decidir* —en español y dos lenguas indígenas, con siete capítulos—; *Del dicho al hecho están nuestros derechos* —en español con ocho cápsulas—; *Escucha la voz de tu corazón* —en español, dos lenguas indígenas y con 34 capítulos—; *Violencia y salud materna en contextos multiculturales* —en español y tsotsil, en cuatro módulos—; *Plan de seguridad* —en español y dos lenguas indígenas, en un módulo—; Campaña musical *Por los derechos reproductivos* —en tsotsil, con 12 canciones—; y Campaña *Conozco, aprendo y decido* —en siete capítulos.

La radionovela *Tiempo de vivir* forma parte de esta campaña permanente, encaminada a evitar la muerte materna, en el seno del Comité. El objetivo de esta radionovela es informar a la población, en forma sencilla y amena, sobre los riesgos durante la maternidad y las formas de evitarlos.

Una lección aprendida

Se reconoció que los guiones no podían ser elaborados a partir de la cultura nacional y que, por tanto, las guionistas de la radionovela tendrían que ser escritoras indígenas, lo que permitiría producir una radionovela culturalmente apropiada.

La idea de la radionovela fue resultado de un proyecto de investigación sobre mortalidad materna en Los Altos de Chiapas, realizado por el CIESAS-Sureste. Los guiones fueron elaborados por una organización no gubernamental denominada Fortaleza de la Mujer Maya, A. C. (FOMMA), integrada por mujeres indígenas que se dedican a la producción y realización de obras de teatro. La dirección de la radionovela, por último, estuvo a cargo del personal de ACASAC.

Objetivos

- Transmitir la complejidad de factores que se pueden concatenar para desembocar en una muerte materna.
- Reconocer de qué manera el posicionamiento de las mujeres en las comunidades indígenas limita su acceso a los servicios de salud.
- Transmitir un mensaje positivo de la vida, de tal modo que las mujeres reconozcan que es posible sobrevivir a las complicaciones durante el parto. Por eso, todas las historias tienen un final feliz.

Desarrollo

Las compañeras de FOMMA contaban con las habilidades, destreza y sensibilidad para elaborar los guiones de la radionovela, por tanto, la función se centró en transmitir, a través de una reflexión conjunta, las ideas que se consideraron fundamentales. Para ello, se realizó un seminario de diez sesiones de trabajo, donde expertas en el tema y las coordinadoras del proyecto discutieron temas relacionados con la muerte materna.

En el seminario se proporcionó a las guionistas elementos para la discusión. Los resultados de la primera sesión fueron muy significati-



▲ *Niñas grabando programa de radio.*
 Archivo Proyecto
 CIESAS-Pacífico-Sur /
 UNICEF 2009-2013.

vos, ya que pudimos reconocer cuáles eran las percepciones de cada una de las integrantes del equipo en relación con la muerte materna, las causas a las que se podía atribuir y su importancia. Como partíamos de concepciones distintas, estas sesiones de trabajo nos permitieron —tanto a nosotras como a ellas— configurar un marco común más amplio del cual partir.

La radionovela

La radionovela consta de 20 capítulos divididos en tres series —dos de siete capítulos y una de seis capítulos—, que narran las historias de tres mujeres de distintas generaciones; los hechos se desarrollan en una zona rural e indígena del estado de Chiapas.

La primera serie presenta la historia de Candelaria y Tomás, quienes establecen una relación a partir de su “fuga”; obtienen el perdón familiar y se consolidan como pareja. Candelaria presenta complicaciones durante su segundo embarazo y se ve envuelta en una serie de peripecias a causa de su desconocimiento sobre los riesgos.

La segunda serie trata un caso completamente diferente, donde conoceremos a la familia Martínez, formada por Sebastiana, Pedro y sus seis hijos. Pedro es violento y piensa que su virilidad debe demostrarse teniendo permanentemente embarazada a su mujer, no colabora en las labores del hogar y no muestra interés en la salud de su esposa. Tales actitudes ponen en riesgo la vida de Sebastiana durante el parto.

La tercera serie, que cierra la radionovela, narra la historia de Lorenzo y Micaela, una pareja madura. Micaela sufre complicaciones luego de su último parto, por el deterioro de su salud debido a sus malas condiciones de vida, al elevado número de hijos y al poco espacio entre ellos. Con la ayuda de sus vecinos organizados logra superar la crisis.

En todas las historias se resuelve la complicación gracias a la participación de la pareja, la familia o la comunidad. Esto muestra cómo la solidaridad y la organización permiten la resolución de los problemas de salud.

Transmisión

El 28 de mayo de 2002, un día paradigmático por ser el Día Mundial por la Salud de la Mujer, se realizó un foro y una conferencia de prensa para dar a conocer a los medios de comunicación la producción de la radionovela y sus horarios de transmisión. Posteriormente, se inició la transmisión de la radionovela en ocho radiodifusoras del estado de Chiapas, en tseltal, tsotsil y español.

Evaluación

Se realizó un monitoreo de la transmisión de la radionovela y una evaluación externa a través de tres grupos focales con 26 mujeres cuyas

edades variaban entre los 15 y 45 años: 8 tseltales, 10 tsotsiles y 8 mestizas, hablantes de español.

Las participantes escucharon la radionovela en su totalidad antes de su participación en el grupo focal y la discusión se dio a través de preguntas derivadas del contenido de la radionovela y de sus objetivos. A la mitad de ellas se les hizo una entrevista de diez preguntas antes de escuchar la radionovela y la misma entrevista se les volvió a hacer un mes después de realizado el grupo focal.

Resultados de los grupos focales

Testimonios sobre el interés e impacto afectivo. Los indicadores se desprenden de la preferencia que manifestó la mayoría de participantes por la historia de Candelaria y Tomás. Según lo que expresaron, en ella ven reflejadas sus aspiraciones a una forma de vida donde la relación de pareja sea más igualitaria y basada en el amor y respeto. Tanto las mujeres tsotsiles como las mestizas convinieron en la importancia de difundir más historias donde se muestren hombres como Tomás, pues consideran que:

Así como aprendimos cosas que no teníamos en la cabeza, así los hombres también pueden aprender a cuidar mejor a su mujer, porque yo he escuchado que en comunidades no hay ningún hombre bueno como el Tomás, la mayoría escucha que le lastima a su mujer que acaba de nacer su hijo, les pega el hombre, toma mucho trago y, pues escuchas todo, escuchas todo el tiempo hombres muy malos. No hay muchos hombres como el Tomás, yo creo que en comunidades no hay, no existen [sic] (Mujer joven, desplazada, tsotsil).

Testimonios sobre el impacto educativo. La radionovela permite a las mujeres jóvenes pensar en las responsabilidades que se adquieren y los problemas que surgen en una relación de pareja antes de tomar la decisión de “huirse”,⁵ “juntarse” o casarse:

⁵ Es la manera en la que se denomina localmente al hecho de fugarse con una pareja.

Cuando se casan muy jóvenes, la muchacha no sabe lo que necesita él, no sabe ni siquiera cómo hacer su tortilla, no saben cómo cuidarse y no piensan todavía. Por eso es bueno que oigan la radionovela, para que piensen un poquito, no nada más el peligro de que no nace su bebé, también toda la tristeza que viene después [sic] (Mujer tsotsil migrante, separada).

Proporciona, asimismo, a las mujeres jóvenes información sobre aspectos relacionados con la maternidad, de los cuales, generalmente, sus mayores no les hablan debido a la vergüenza que priva cuando se tratan estos temas.

La mejor manera, pensaría yo, que me contara todo mi mamá, lo que me puede pasar, y si a lo mejor yo tengo un poquito de miedo de pensar si me junto o me caso, y por eso sí estaría mejor que nos platicara, pero la mayoría en las comunidades nunca nos dicen, nunca platican con sus hijas, por eso es bueno esta radionovela [sic] (Joven tseltal, 17 años, soltera).

Da ideas a las mujeres para que cuando estén solas y tengan una emergencia sepan moverse y no se esperen hasta que llegue “el hombre” y lo haga.

Yo creo que es bueno oírla porque la verdad sí te da ideas para que sepas moverte si te estás sintiendo mal, no como Candelaria o Sebastiana, yo pienso que podría irme o pedir a alguien que me lleve, porque yo soy la que está sintiendo el mal, no voy esperar a que mi marido llegue y me lleve o no quiera llevarme. ¿Qué tal si me muero? y, entonces, ¿mis hijos qué? Eso es lo que pienso, yo no sé las demás [sic] (Mujer tseltal, 27 años, unión libre).

Testimonios sobre la posibilidad de análisis de la realidad. Un ejemplo de ello es el hecho de que Sebastiana le haya contado a Rosa que había estado con su esposo después que nació su bebé, sin el temor de que lo fuera a saber todo el pueblo, particularmente el marido, como generalmente sucede cuando a alguna de ellas se le ocurre comentarlo.

[...] por eso para mí también es bonito poder cambiar nuestras costumbres y poder tener amigas, porque hay algunas que te saben aconsejar, pero no

todas tenemos amigas. No es nuestra costumbre tener amigas, no hay tiempo y después lo andan contando todo y es peor [sic] (Mujer tsotsil, migrante, 33 años, unión libre).

Testimonios sobre la identificación de problemas y toma de decisiones.

La mayoría de estas mujeres, al tiempo que depositaba en “el hombre” la responsabilidad de la toma de decisiones, también aportaba razonamientos que descalificaban la reprobación de estos comportamientos negligentes, como, por ejemplo, una mujer tseltal que señaló:

Muchos hombres parece que no les importa el sufrimiento de su mujer, pero no es así, también la verdad es que no tienen dinero y aunque quieran ¿qué pueden hacer si no tienen dinero para llevar a curar a su mujer? [sic] (Mujer tsotsil, 30 años, unión libre).

Riesgos que las mujeres identifican durante el embarazo

Entrevista previa. Las respuestas obtenidas sobre esta pregunta fueron agrupadas en tres categorías. En los *riesgos* incluimos: aborto (8) y debilidad por falta de comida (4); en los *signos*, aspectos como: náuseas, mareos, vómitos, sueño, etcétera; y, en la categoría *hábitos*, un aspecto que llamó nuestra atención: el hecho de que 5% de las participantes reconocieran como un riesgo la ingestión, por parte de mujeres, de bebidas alcohólicas.

Entrevista posterior. En la segunda entrevista se mantuvo la tendencia de integración de los tres rubros generales. Sin embargo, se evidenciaron cambios en las percepciones de siete mujeres, quienes lograron integrar a sus respuestas *riesgos* como: hinchazón de cara y pies, tristeza por violencia física o falta de consideración de la pareja, mientras que las 12 restantes, en el rubro de riesgos, sostuvieron su apreciación inicial.



▲ *Grabando con chicos y chicas.*
Archivo Proyecto
CIESAS-Pacífico-Sur/
UNICEF 2009-2013.

Resultados

A partir de esta experiencia, podemos señalar que las radionovelas pueden tener un impacto positivo en las mujeres sin que necesariamente se consigan cambios definitivos en sus prácticas y representaciones en salud. Sin embargo, una de las lecciones aprendidas es que en la elaboración de los guiones para radio o video educativos deben participar estrechamente personas que pertenecen a la población a la que va dirigida la producción.

3.2 Campaña radiofónica y por perifoneo *Todas y todos en alerta por una maternidad segura*

Paola Sesia

Objetivo general

La campaña radiofónica y por perifoneo *Todas y todos en alerta por una maternidad segura* tiene el objetivo de informar y educar a las mujeres, sus esposos y otros familiares que habitan en regiones rurales e indígenas con elevados porcentajes de monolingüismo en lengua indígena y altas razones de mortalidad materna (RMM) para que, a través de mini historias radiofónicas de ficción, puedan reconocer síntomas y signos de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

Objetivos específicos

Proveer información acerca del Programa Embarazo Saludable y la cartilla de la mujer embarazada; brindar consejos sobre cómo inscribirse al Seguro Popular y cómo elaborar un plan de seguridad; y difundir el derecho al acceso gratuito a servicios públicos de emergencias obstétricas en regiones rurales e indígenas de Oaxaca que presentan altos porcentajes de monolingüismo en lengua indígena y altas RMM.

Asimismo, el programa tiene el fin de apoyar en el cumplimiento al derecho de las comunidades y mujeres indígenas de recibir información sobre los servicios, programas y estrategias en salud en sus propias lenguas.

La campaña es parte de un trabajo de promoción de la salud y prevención de la muerte materna en medios rurales e indígenas, como una herramienta que informa, educa y apoya en la organización familiar y comunitaria a fin de responder adecuada y oportunamente cuando surjan urgencias obstétricas, desde el enfoque de intervención de la Atención de la Emergencia Obstétrica (AEO). También promueve la difusión del derecho a la cobertura en salud para mujeres indígenas y sus familiares.

Desarrollo

Todas y todos en alerta por una maternidad segura es un proyecto de intervención para la difusión de mensajes informativos y educativos mediante una campaña dirigida a la población rural e indígena, enfocada en la promoción de la salud y prevención de la muerte materna. A partir de ésta se pretende brindar información para reconocer síntomas y signos de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio; además de proveer información acerca del Programa Embarazo Saludable, la cartilla de la mujer embarazada y sobre cómo inscribirse al Seguro Popular. De igual forma, se explica en qué consiste el plan de seguridad familiar y comunitario, así como el derecho de las mujeres a recibir una cobertura gratuita para emergencias obstétricas en establecimientos públicos de los Servicios Estatales de Salud (SESA), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), independientemente de cuál sea su afiliación.

Esta campaña es útil para emplearse en talleres educativos, culturalmente adaptados y orientados al reconocimiento de complicaciones obstétricas; en la organización de redes sociales a niveles familiar y comunitario; y para la difusión del derecho a la cobertura gratuita dentro del enfoque de intervención de la AEO.

La producción de la campaña es del CIESAS-Unidad Pacífico Sur y se ha estado promoviendo y realizando con la Iniciativa UNICEF⁶ en Oaxaca, el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSO-Oaxaca), los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO), la Delegación estatal Oaxa-

⁶ Siglas en inglés para el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

ca del Programa IMSS-Oportunidades —actualmente llamado Prospera (IMSS-P)— y la Delegación estatal Oaxaca del Programa federal Oportunidades —ahora Prospera. La primera edición fue financiada por el Fondo Sectorial Salud del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, la segunda y tercera por UNICEF-México y la cuarta por el REPSS-Oaxaca. La campaña contó con el aval del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR) de la Secretaría de Salud (SSA) en sus ediciones primera y segunda.

La campaña se realizó en una primera edición de 17 cápsulas en 2007, en español, dedicadas al reconocimiento de los síntomas y signos más comunes de complicaciones obstétricas, y se distribuyó a niveles local y regional en Oaxaca. En 2008 se tradujo a dos lenguas indígenas de Oaxaca: el mixteco de la Mixteca Baja y el mazateco de la Región Alta. Finalmente se distribuyó en ambas regiones, consideradas de alto rezago social, de muy alta marginación y de bajo Índice de Desarrollo Humano.

En el segundo semestre de 2008 se amplió la campaña a 20 cápsulas, incluyendo la información novedosa en ese momento del Programa Embarazo Saludable y los mecanismos de afiliación al Seguro Popular para toda mujer embarazada, además de asesoramiento sobre cómo hacer un plan de seguridad a niveles familiar y comunitario. Esta segunda edición se hizo en mazateco y mixteco y, nuevamente, se distribuyó a niveles local, regional y estatal en Oaxaca. El CNEGYSR solicitó y recibió ejemplares para su distribución a nivel nacional.

Esta segunda edición se amplió a 20 cápsulas y se reprodujo en 2009 debido a la demanda institucional. Se distribuyó nuevamente en Oaxaca, se dio a conocer a nivel nacional y se utilizó como herramienta en talleres de educación para la salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (PDHO), lo cual significó un salto cualitativo, ya que se desarrolló una metodología específica para su uso por parte del personal capacitador que trabaja en las distintas regiones del estado y con las vocales del mismo programa. Esta metodología se aplicó a nivel piloto dentro de los talleres comunitarios que el personal capacitador daba a vocales y éstas, a su vez, a las mujeres, siendo éste un proyecto piloto aprobado por la Coordinación Nacional del Programa desde el 2010. Se instruyó al personal responsable de capacitación comunitaria del Programa Oportunidades a nivel estatal sobre la misma metodología, mediante una serie de talleres entre 2009 y 2012 financiados por



▲ ACASAC, 2 de diciembre, 2005, Tenejapa, Chiapas.

UNICEF-México, que consistió en utilizar porciones de la campaña en los talleres comunitarios con ejercicios de aplicación de manera participativa y con el apoyo auxiliar de dibujos para identificar complicaciones obstétricas.

Durante 2010-2011 se reeditó la campaña porque se agotaron las ediciones anteriores y la demanda continuaba. Ésta se difundió a nivel municipal con autoridades y personal de salud y con radios comunitarias e indigenistas a niveles estatal y nacional. Más allá de su difusión en radio, se utilizó dentro de la Iniciativa UNICEF en Oaxaca, con las instituciones del Sector Salud en acciones comunitarias y con personal responsable de capacitación comunitaria (RECCO, desde 2011 llamados responsables de Acción-RA) del PDHO en el estado, con la aprobación, en este último caso, de la Coordinación Nacional del Programa Oportunidades-Secretaría de Desarrollo Social.

En 2011 se hizo una tercera edición reduciendo la campaña a 19 cápsulas y se incluyó información acerca de la cobertura gratuita en

establecimientos públicos, independientemente de la afiliación. En una nueva edición, en 2012, se produjeron cinco versiones adicionales en lenguas indígenas, financiadas por UNICEF-México. En 2013 se realizaron nueve versiones más en igual número de lenguas indígenas, de las cuales ocho fueron solicitadas y financiadas por el REPSS-Oaxaca dentro de su Programa de Comunicación Indígena, distribuyendo la totalidad de la campaña (versión en español reeditada y 16 lenguas indígenas) a través del REPSS-Oaxaca, PDHO-Oaxaca, SSO, IMSS e IMSS-O en Oaxaca. Finalmente, en 2014, el REPSS-Oaxaca financió la reedición en español de la campaña para una nueva distribución que contemplaba regiones indígenas prioritarias dentro del Programa de Comunicación Indígena de esta institución.

La campaña fue incluida como una estrategia importante en el libro de la Fundación Hesperian *Health Action for Women and Girls*, que se publicó en diciembre de 2014 en inglés y, posteriormente, fue traducido a varios idiomas.

Las secciones en que se divide la campaña, pensadas para aplicarse en talleres comunitarios, son las siguientes:

- Complicaciones durante el embarazo-preeclampsia y eclampsia.
- Complicaciones durante el embarazo-hemorragia.
- Complicaciones durante el trabajo de parto y parto: uso incorrecto de oxitócicos; ruptura de fuente sin trabajo de parto en más de 12 horas; hemorragia, calentura, ataques.
- Complicaciones durante el alumbramiento y puerperio inmediato-retención de placenta.
- Complicaciones durante el alumbramiento y puerperio inmediato-hemorragia.
- Complicaciones durante el puerperio: calentura e infección.
- Derechos de las mujeres al descanso y a la atención obstétrica.
- Plan de seguridad.

Desde la edición de 2010, el disco compacto de la campaña incluye un folleto explicativo sobre la metodología de utilización en talleres comunitarios.

En 2011 y 2013 se monitoreó la utilización de la campaña en los talleres comunitarios de prevención de muerte materna realizados por el personal capacitador regional del Programa Oportunidades.

Resultados

La campaña “Todas y todos en alerta por una maternidad segura” (2013) ha sido muy bien recibida por el Sector Salud y el PDHO en el estado de Oaxaca (estado que presenta históricamente las RMM más altas del país), y es considerada como una herramienta valiosa en el trabajo comunitario en prevención de la muerte materna. La campaña contribuye a la estrategia impulsada desde 2006 por el Sector Salud que se centra en la detección y atención oportuna de las EO, a fin de prevenir la muerte materna. La población necesita reconocer cuándo surgen complicaciones, cuáles son las más comunes, así como el sentido de urgencia inmediata ante una complicación obstétrica y cuáles son los mecanismos que aseguran una cobertura médica gratuita para mujeres indígenas y rurales que enfrentan una emergencia obstétrica.

TABLA 1. VARIANTES DE LENGUAS INDÍGENAS EN LAS QUE SE HA PRODUCIDO LA CAMPAÑA

LINGUA	VARIANTE LINGÜÍSTICA (INALI)*	MUNICIPIOS DONDE SE HABLA LA VARIANTE (INALI)	AÑO DE PRODUCCIÓN
Español			2007: 1ª ed., 17 cápsulas 2008: 2ª ed., 20 cápsulas 2011: 3ª ed., 19 cápsulas
Mixteco	Mixteco del oeste	Coicoyán de las Flores, San Martín Peras, San Sebastián Tecomaxtlahuaca	2008: 1ª ed., 17 cápsulas 2009: 2ª ed., 20 cápsulas 2011: 3ª ed., 19 cápsulas
Mazateco	Mazateco del centro/ Mazateco de la presa alto	Huautla de Jiménez, Huatepec, Santa María la Asunción, San José Tenango, San José Independencia, Eloxochistlán de Flores Magón, Santa María Chilchotla	2008: 1ª ed., 17 cápsulas 2009: 2ª ed., 20 cápsulas 2011: 3ª ed., 19 cápsulas
Chinanteco	Chinanteco sureste medio	San Juan Petlapa, Santiago Choapan, Santiago Jocotepec	2011
Mixteco	Mixteco de Ixtayutla	Santiago Ixtayutla	2011
Chatino	Chatino occidental alto	San Jacinto Tlacotepec, Santa Cruz Zenzontepec, localidades de Santiago Ixtayutla	2011
Mixe	Mixe bajo	San Lucas Camotlán, Santo Domingo Coatlán, San Juan Mazatlán, San Juan Guichicovi, localidades mixes de: Matías Romero, Santo Domingo Petapa y Santo Domingo Tehuantepec	2011

Continúa en la página 130

TABLA 1. VARIANTES DE LENGUAS INDÍGENAS EN LAS QUE SE HA PRODUCIDO LA CAMPAÑA

LENGUA	VARIANTE LINGÜÍSTICA (INALI)*	MUNICIPIOS DONDE SE HABLA LA VARIANTE (INALI)	AÑO DE PRODUCCIÓN
Zapoteco	Zapoteco de Texmelucan	San Lorenzo Texmelucan	2011
Huave	Ombeayiüts huave del oeste	San Mateo del Mar, localidades huaves de Juchitán de Zaragoza, incluyendo Santa María del Mar	2013
Zapoteco	Zapoteco de la costa noreste	San Juan Ozolotepec, San Marcial Ozolotepec, San Mateo Piña, San Miguel Suchixtepec, San Pedro el Alto, San Sebastián Río Hondo, Santa María Ozolotepec, Santo Domingo Ozolotepec	2013
Triqui	Triqui de San Juan Copala	Localidades triqui de Santiago Juxtlahuaca, incluyendo San Juan Copala	2013
Mixe	Mixe alto del centro	San Pedro y San Pablo Ayutla, Santa María Tlahuitoltepec, Tamazulapan del Espíritu Santo	2013
Chatino	Chatino oriental bajo	San Gabriel Mixtepec, Santa María Temaxcaltepec, Santos Reyes Nopala, localidades de Santa Catarina Juquila	2013
Zapoteco	Zapoteco de la costa central	Candelaria Loxicha, Pluma Hidalgo, San Agustín Loxicha, San Bartolomé Loxicha, Santa María Colotepec, Pochutla, localidades de San Pedro Pochutla, Santa María Huatulco y Santa María Tonameca	2013
Chinanteco	Chinanteco del sureste bajo	San Juan Lalana, San Juan Lelalao y localidades de San Juan Comaltepec	2011
Mixteco	Mixteco del noroeste	San Jerónimo Silacayoapilla, San Miguel Amatitlán, San Simón Zahuatlán, Santos Reyes Yucuná	2013
Chinanteco	Chinanteco central de Valle Nacional	San Juan Bautista Nacional, San José Chiltepec, Santa María Jacatepec, varias localidades de Santiago Jocotepec; Santo Tomás Tejas (Usila) y Arroyo Tinta (Ayotzintepec)	2013

* Instituto Nacional de Lenguas Indígenas.

En 2013 se completó la edición de la campaña en 16 lenguas indígenas y en español. Se han distribuido más de 4 mil ejemplares en español y 200 en cada una de las lenguas indígenas, tanto en el estado de Oaxaca como a nivel nacional.

3.3 Caja de herramientas: estrategia de información, educación y comunicación para enfrentar las muertes maternas en Chiapas

Imelda Martínez Hernández
Rolando Tinoco Ojanguren

Antecedentes

El Centro de Investigaciones en Salud de Comitán, A. C. (CISC) es una organización civil enfocada al desarrollo de proyectos de investigación y acción en temas de salud, género y sociedad en la Región Fronteriza del estado de Chiapas, al sureste de México, y tiene un amplio trabajo en el tema de reducción de muerte materna, que abarca intervenciones con enfoque intercultural para atender las tres áreas de demora en la atención a la salud materna. Entre sus proyectos destacan dos experiencias para apoyar la capacitación de trabajadores de la salud: la primera se refiere a un programa interactivo multimedia llamado “Caja de Herramientas para Enfrentar la Muerte Materna” y la segunda está dirigida a la formulación, implementación y virtualización del “Curso avanzado sobre diversidad cultural y servicios de salud”. Es sobre la primera experiencia que trata este apartado.

Objetivo

El diseño de la estrategia que resultó en la Caja de Herramientas comenzó en 2008. Su objetivo fue desarrollar competencias laborales, reforzar conocimientos y habilidades para la atención de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. El programa interactivo se caracteriza

por tener un formato amigable para facilitar el acceso a la información y está dirigido a profesionales de la salud que laboran en el primer nivel de atención (personal médico, de enfermería y técnicos en salud o promotores) y que tienen acceso limitado a información actualizada y con necesidad de capacitación en temas de atención de la salud materna; también está orientado a estudiantes y/o pasantes de las carreras de medicina y enfermería, quienes en un corto plazo se sumarán a la atención de la población. La herramienta consta de tres grandes apartados:

- Material de consulta con información general sobre la epidemiología de la muerte materna y sus determinantes sociales, control prenatal, parto y puerperio, interculturalidad y derechos sexuales y reproductivos.
- Video testimonial para concientizar a los trabajadores de salud sobre la problemática social de la mortalidad materna, con contenidos específicos sobre factores socioculturales y perspectivas de atención en la salud materna de poblaciones indígenas.
- Curso interactivo de auto enseñanza para la atención de emergencias obstétricas (AEO), para relacionar la teoría con la práctica en el ámbito del primer nivel de atención. Incluye ejercicios de autoevaluación y diagnóstico de casos de emergencias que pueden presentarse durante la atención en el embarazo, parto y/o puerperio.

Los contenidos están fundamentados en las guías de práctica clínica vigentes del catálogo maestro del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC), de la Secretaría de Salud (ssa) y en la normatividad mexicana. La herramienta se puede consultar en línea en el sitio: <http://www.cisc.org.mx/muertematerna/>.

Desarrollo

En cuanto al diseño, se siguió un proceso de consulta y colaboración con expertos de instituciones académicas y gubernamentales de salud, como la Secretaría de Salud local y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS-Programa Oportunidades). Además, se realizó un diagnóstico inicial con estudiantes de las carreras de medicina y enfermería

en Chiapas para identificar los vacíos tanto en el conocimiento teórico como en el práctico. Posteriormente, se hizo una propuesta de contenidos que fue sometida a consenso y adecuaciones a partir de la retroalimentación recibida por actores clave de las instancias de salud locales. Se presentó una primera versión de la herramienta y fue validada con estudiantes de enfermería y médicos internos de pregrado. Actualmente, la Caja de Herramientas está disponible en línea y también puede ser consultada a través de dispositivos electrónicos móviles.

Entre 2009 y 2010 se socializó la herramienta en el estado de Chiapas y se capacitó en AEO a 265 prestadores de servicios de salud del primer nivel de atención y docentes en Chiapas, en colaboración con instituciones de salud del primer y segundo niveles de la región fronteriza. La difusión de la herramienta, en versión DVD, se realizó con pasantes de enfermería a nivel licenciatura y técnico del Instituto de Estudios Superiores de Enfermería en el Estado de Chiapas (IESECH) y la Dirección General del Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP), así como con personal de salud del primer nivel de atención de municipios de la región fronteriza con repetición de muertes maternas, y con médicos y enfermeras de servicios de salud en unidades del Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH).

En 2011 se inició un proyecto de ampliación a escala de experiencias exitosas a otros estados de la República Mexicana con apoyo de la Fundación MacArthur, una de esas experiencias es la Caja de Herramientas. Se identificaron instancias y actores clave y se capacitó a 200 prestadores de servicios de salud del primer nivel de atención y docentes de enfermería de universidades, en AEO y uso de la Caja de Herramientas en Veracruz, Oaxaca y Chiapas entre 2011 y 2012. Además, las facultades de medicina de la UNACH, la Universidad Veracruzana (UV) y la Universidad Autónoma de Guerrero, así como la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el IESECH difunden la Caja de Herramientas entre estudiantes y pasantes que realizan su servicio social.

El proceso de virtualización de la Caja de Herramientas permitió ampliar a escala el uso del material. Se diseñó una página web que administra el acceso a cada uno de los apartados y a la información. Por lo anterior, desde 2011 y hasta octubre de 2014, la herramienta se ha actualizado de forma constante a partir de necesidades identificadas en instancias educativas y de salud.

Actualmente, la Caja de Herramientas ha sido retomada por universidades e instituciones oficiales de salud en diferentes entidades federativas de la República: el IESECH, la ENEO de la UNAM, facultades de medicina de la UNACH, UV Campus Xalapa, Universidad Autónoma de Guerrero, así como por la Dirección General del CONALEP de Chiapas y Oaxaca. De la misma forma, con los Servicios Estatales de Salud (SESA) de Chiapas, Veracruz, Oaxaca y Guerrero, a través del Departamento de Capacitación y Desarrollo, en Guerrero y Veracruz se estableció un convenio de colaboración por escrito para la difusión de la herramienta. En 2012 se diseñó una guía rápida para el uso de la Caja de Herramientas en coordinación con el Departamento de Capacitación y Desarrollo de los SESA de Veracruz, que se distribuyó con la Caja de Herramientas a jefes de enseñanza de las diferentes jurisdicciones sanitarias en el mismo estado.

Resultados

Se realizó la reproducción de 2 mil ejemplares de la Caja de Herramientas y, entre 2009 y 2010 (CISC, 2008, 2011), se distribuyeron 900 en Chiapas; entre 2011 y 2012, se entregaron 750 DVD en instancias de salud y educación en Veracruz, Oaxaca y el Distrito Federal. A partir de 2011 se implementó el llenado de un cuestionario de seguimiento en línea, uno

▼ ACASAC,
3 de octubre, 2006
Tenejapa, Chiapas.



para personal de salud que se capacita con la herramienta y otro para pasantes en servicio social que la utilizan, con la finalidad de documentar la utilización y ventajas que tiene esta herramienta. Las acciones del personal de salud que dio respuesta al cuestionario en línea, después de la capacitación, se centraron en difundir la Caja de Herramientas y utilizar el material para capacitar a personal de servicios de salud o alumnado; de manera general, en ese mismo año se informó y/o capacitó a alrededor de 1 470 personas entre docentes, estudiantes, enfermeras(os), técnicos(as) y médicos(as).

Durante 2012 y 2013 se presentó y difundió la herramienta en nueve universidades, entre ellas, la ENEO, la UV y la Universidad Autónoma de Chiapas, así como en la Secretaría de Salud de los estados de Veracruz, Oaxaca y Guerrero, a través del departamento de enseñanza y capacitación. En 2013 se entregaron físicamente 1 025 herramientas en los cuatro estados, también se difundió la liga para realizar la consulta desde la página con 1 785 prestadores de servicios de salud y pasantes de medicina y enfermería, lo que suma un total de 2 mil 810 beneficiarios (Figura 1).

De acuerdo con la herramienta en línea, hasta octubre de 2014 se hicieron 2 410 visitas al sitio web, con 773 usuarios registrados que regresaban en promedio hasta tres veces, en un rango que fue desde una hasta 25 entradas. Las entidades con más porcentaje de visitas fueron: Distrito Federal, Veracruz, Oaxaca y Chiapas. Desde 2012 se agregó la opción de visita desde dispositivos móviles, que permite consultar los materiales desde teléfonos celulares y tabletas. Alrededor del 15% de las visitas se hace a través de estos dispositivos (Figura 2).

La herramienta fue aceptada y apropiada por la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A. C. (AMFEM) y en 2013 establecieron enlace con la página del CISC para difundir la herramienta desde su página en el apartado "En línea/intranet": <http://www.amfem.edu.mx/intranet/index.php>, desde donde se difunde con los afiliados de escuelas y facultades de medicina de toda la República Mexicana.

La herramienta fue validada técnicamente por el área competente del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la SSA, aprobada por el Comité de Calidad del Campus Virtual de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) e incorporada en la página del Nodo México (<http://mexico.campusvirtualsp.org/>) en el apartado "Recursos educativos". Esta acción se gestionó a través de la Dirección de Capacitación y Educación Médica de la SSA.

1 Difusión

2 Capacitación

3 Acuerdos de colaboración

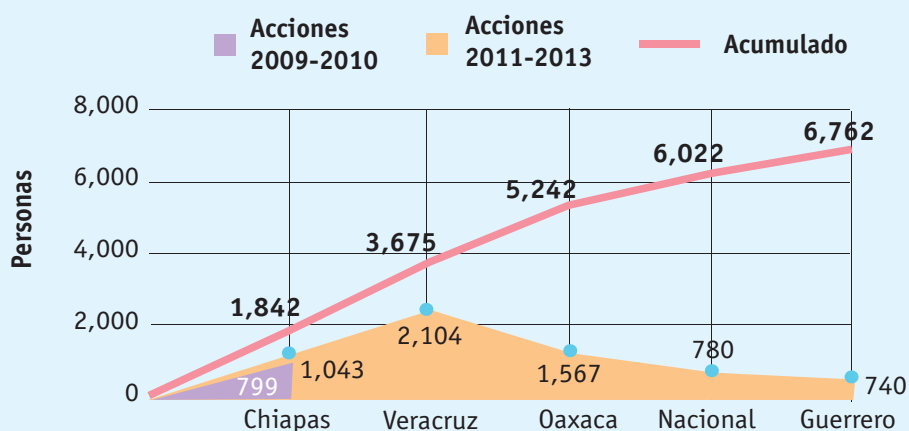


FIGURA 1. ESTRATEGIAS PARA LA AMPLIACIÓN DE ESCALA DE LA CAJA DE HERRAMIENTAS PARA ENFRENTAR LA MUERTE MATERNA. Fuente: Informes de actividades anuales del csc, A. C. Las acciones agrupan lo realizado en las tres estrategias y las personas que participaron.

La ampliación de escala de la Caja de Herramientas para Enfrentar la Muerte Materna rebasó el ámbito nacional a partir de 2013, ya que desde que está disponible en el Campus Virtual de Salud Pública Nodo México aumentó el número usuarios de otros países de Latinoamérica. Hasta 2014 fueron 37 usuarios de cinco países: Estados Unidos, Perú, Guatemala, Argentina y Uruguay.

Los SESA de Veracruz y Guerrero se han apropiado de la herra-



FIGURA 2. ESTADÍSTICAS DE ACCESO EN LÍNEA: ENERO 2012-OCTUBRE 2014. Fuente: Informes semestrales de seguimiento en línea, CISC, A. C.




mienta a través del Departamento de Desarrollo y Capacitación. En Veracruz llevaron a cabo la difusión de la herramienta en línea con equipos zonales, personal operativo y médicos que inician el servicio social durante diferentes procesos de capacitación. Prueba de ello, es que 50% de los usuarios de la herramienta en línea son de los SESA de Veracruz.

En los SESA de Guerrero han incluido el enlace de la herramienta en línea a través de la página del Departamento de Capacitación Médica. Al mismo tiempo reproducen el DVD para distribuirlo sistemáticamente con el personal de salud del primer nivel de atención (Figura 3).

Chiapas



Instituto Superior de Estudios de Enfermería del Estado de Chiapas (ISEEECH)

LEO. Concepción Santos, Responsable de Servicio Social

5		2009	Capacitación a docentes de enfermería	Utilizada en enseñanza de licenciatura de enfermería Reproducción y entrega nivel técnico y licenciatura
90		2010	Distribución con pasantes de servicio social nivel técnico	
377		2011-2013	Distribución con pasantes de servicio social nivel licenciatura	




Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP)

Ing. Jesús Ramírez, Jefe de Proyecto de Formación Técnica

25		2009	Capacitación a docentes de enfermería	Utilizada en enseñanza de enfermería nivel técnico Reproducción y entrega nivel técnico
350		2009-2010	Distribución con pasantes de servicio social nivel técnico	




Universidad Autónoma de Chiapas, Facultad de Medicina (UNACH)

Dr. Pedro Gómez, Coordinador de Internado de Pregrado y Servicio Social

5		2012-2013	Presentación a docentes de medicina	Utilizado en enseñanza de medicina Reproducción y entrega servicio social
108		2013	Formación de estudiantes en los últimos dos semestres	
111		2013	Capacitación a pasantes de medicina en servicio social	

Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH)

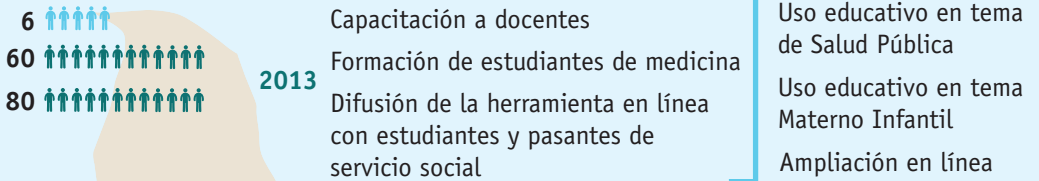
Dr. Sergio Penagos, Jefe del Departamento de Educación en Salud y Desarrollo

265		2010	Capacitación a personal de salud del primer nivel de atención	Utilizado en enseñanza Reproducción y entrega servicio social
74		2011-2013	Capacitación a pasantes de medicina y enfermería de servicio social	
100		2013	Distribución a pasantes de medicina de servicio social	

Veracruz

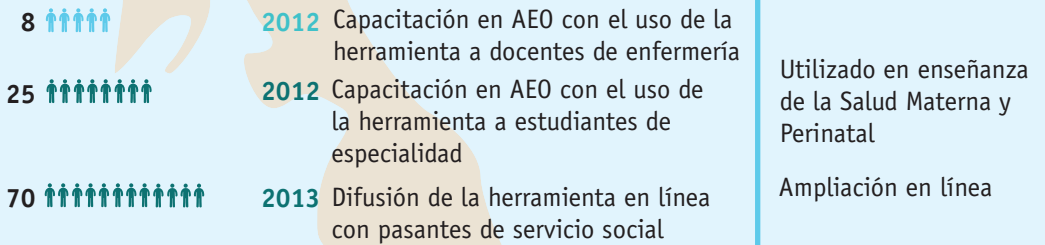
Universidad Veracruzana, Facultad de Medicina (UV)

Mtra. Edith Cañedo García, Coordinadora de Campos Clínicos y Prácticas Comunitarias



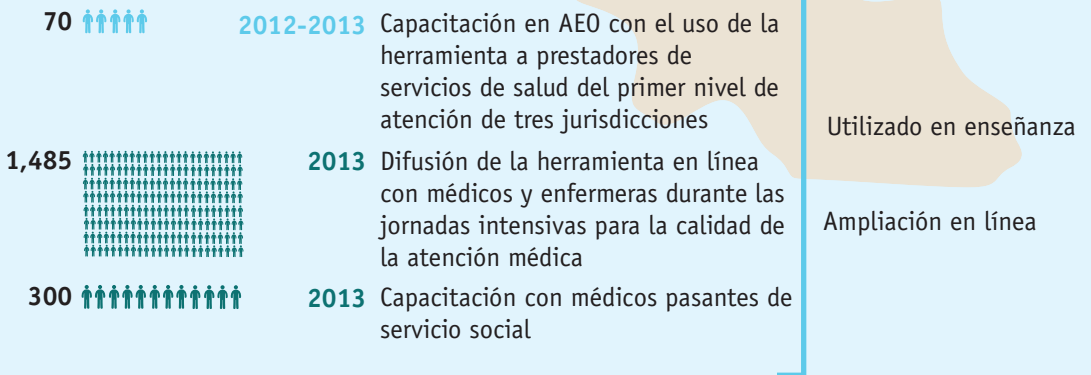
Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería (UV)

Dra. Yolanda Méndez Grajales, Directora de la Facultad de Enfermería



Secretaría de Salud del Estado de Veracruz (SESVER)

Dr. David Meléndez Navarro, Jefe del Departamento de Desarrollo y Capacitación



Oaxaca

Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP)

M. en C. Graciela Acevedo Quevedo, Encargada del Área Académica

22 

2012 Capacitación AEO a docentes de enfermería

90 

2012 Capacitación en cascada AEO a docentes

990 

2012 Capacitación en cascada AEO a estudiantes
Distribución con estudiantes

Utilizada en enseñanza de enfermería nivel técnico

Ampliación escala horizontal

Secretaría de Salud de Oaxaca

Dra. Verónica Cisneros López, Responsable Estatal de Salud Materna

75 

2013 Capacitación en AEO con el uso de la herramienta a prestadores de servicios de salud del primer nivel de atención

400 

2013 Capacitación en cascada AEO con el uso de la herramienta a prestadores de servicios de salud del primer nivel de atención

Utilizado en enseñanza

Ampliación escala horizontal

Guerrero

Universidad Autónoma de Guerrero, Facultad de Medicina (UAG)

Dra. Normayin Wences Calleja, Departamento de Salud Pública

90 

2013 Distribución con estudiantes y pasantes en servicio social de medicina

90 

2014 Difusión de la herramienta en línea con pasantes en servicio social

Ampliación en línea

Secretaría de Salud de Guerrero (SSG)

Dr. Ofelio Ramos Alcocer, Jefe del Departamento de Capacitación y Educación Médica

5 

2012 Distribución con responsables del primer y segundo niveles de atención

50 

Distribución con supervisores y responsables del programa SR PNA

90 

2013 Distribución con pasantes de medicina de servicio social

120 

Distribución con médicos internos de pregrado

Reproducción y entrega desde la institución

200 

Distribución con personal de salud primer nivel de atención

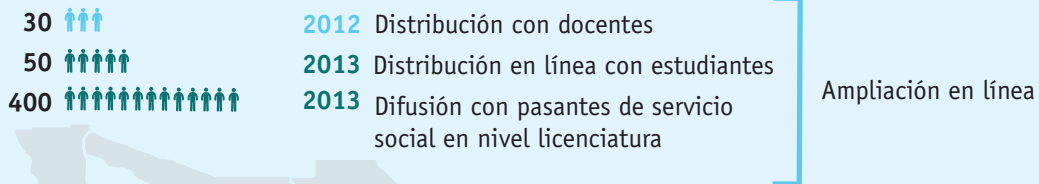
Ampliación en línea

La Subdirección de Educación Médica e Investigación en Salud estableció un enlace hacia la herramienta a través de su página

Nacional

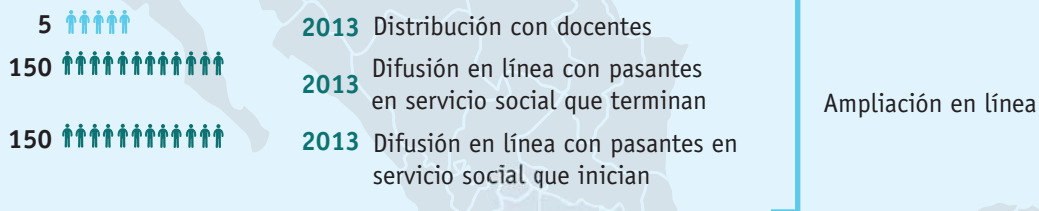
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), UNAM

Mtra. Reyna Hurtado, Coordinadora de Servicio Social y Opciones de Titulación



Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala, UNAM

Mtra. María Luisa Salazar, Coordinadora de Servicio Social



Secretaría de Salud (SSA), Dirección de Calidad y Educación en Salud

Lic. Adriana Castro González, Subdirectora de Gestión de la Capacitación

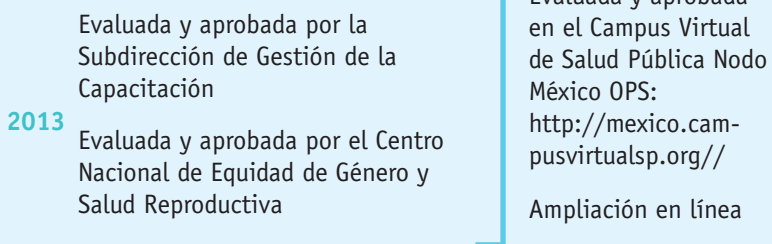


FIGURA 3. (PÁGINAS 136-141) AMPLIACIÓN DE ESCALA DE LA CAJA DE HERRAMIENTAS PARA ENFRENTAR LA MUERTE MATERNA. Fuente: Informes de actividades anuales del CSC, A. C.

3.4 Diversidad cultural y servicios de salud. Una experiencia en la formación de personal de salud institucional en Chiapas

*Rolando Tinoco Ojanguren
Angélica Evangelista García
Imelda Martínez Hernández*

Antecedentes

El no reconocimiento de la diversidad social y cultural ha sido motivo de violación de derechos humanos, como el derecho a la salud y, en el caso específico de las mujeres, la violación a sus derechos sexuales y reproductivos (DSR). En el problema de la muerte materna (MM) ser mujer no es el único factor limitante: la pobreza, juventud o pertenencia a algún grupo indígena exponen a las mujeres a una deficiente e inoportuna atención, que aumenta las probabilidades de morir durante el embarazo o parto. Entonces, la diferencia puede traer aparejadas la estigmatización o exclusión e incluso la violencia, situaciones que pueden ser una constante en los servicios de salud y afectar el cumplimiento de diversos derechos debido a una mala calidad de la atención.

Un estudio antropológico realizado de 2002 a 2004 por el Centro de Investigaciones en Salud de Comitán, A. S. (CISC) y El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR) sobre embarazo problemático señaló que, ya sea con partera o médico, la preferencia en la atención del embarazo dependía de la confianza en el prestador de servicios, de la situación económica familiar y de la cercanía, horarios y calidad percibida de los servicios de salud (Tinoco *et al.*, 2006). Así, se decidió dirigir una intervención educativa hacia la atención médica institucionalizada, pública y hegemónica.

El curso de capacitación “Diversidad Cultural y Servicios de Salud” busca aproximarnos a un modelo multicultural en la atención de

la salud materna en el primer y segundo niveles de atención, que permita la interacción desde diferentes perspectivas culturales y enfocado a la sensibilización del personal de salud a fin de impactar en la equidad de género y promoción de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, así como eliminar prácticas de discriminación y estigma.

Objetivos

- Que el personal de salud comprenda la importancia de la diversidad social y cultural de la región.
- Sensibilizar al personal de salud para interactuar dentro de perspectivas culturales diferentes, particularmente, en atención materna.

El curso estimula la reflexión desde la persona misma en torno a cómo se expresan las injusticias ligadas a la diferencia en los servicios de salud y cómo actuar para resolverlas; se enfoca en la socio-diversidad para promover en el personal de salud el reconocimiento de sus propias prácticas y representaciones; así como en la necesidad de interacción con los conceptos simbólicos de los *otros*. De esta forma, se avanza en la construcción de un modelo de atención que permita mejorar la respuesta y atención humana y cultural hacia mujeres en etapa reproductiva, donde se establezca un diálogo con los *otros* (usuarias, familiares, etc.) para lograr un espacio de relación entre dos entidades que se confieran existencia y sentido mutuos para superar los prejuicios.

Desarrollo

Ante las barreras y dificultades en la interacción entre prestadores de servicios-usuarias que enfrentan las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en diferentes regiones de Chiapas, se diseñó una estrategia de sensibilización y capacitación sobre diversidad cultural y servicios de salud, aceptada por el jefe de enseñanza del Hospital General de San Cristóbal de Las Casas y el director del Hospital General de Comitán; hospitales con las cuatro especialidades básicas, entre ellas ginecoobstetricia.

El curso está integrado por seis sesiones temáticas y cada una se desarrolla en un taller presencial de cinco horas de duración (un día). En total son 30 horas de capacitación (seis días) y 12 horas prácticas de actividades extra curso individuales y en equipo:

- 1) Discriminación a partir de la diferencia.
- 2) Discriminación y exclusión.
- 3) Adscripción étnica y discriminación.
- 4) Noción de enfermedad entre población indígena.
- 5) Inequidad de género y derechos.
- 6) Competencias humanas, técnicas y culturales.

Durante las dos primeras sesiones se entrega material bibliográfico de apoyo sobre los temas a abordar y la primera sesión se enfoca en el propósito del curso y promoción del conocimiento, así como en integración y confianza entre participantes.

La metodología es participativa, de diálogo permanente, basada en un modelo que considera cuatro factores que interactúan para construir un ambiente de aprendizaje: el grupo —a quiénes se dirige la capacitación—, el equipo —quiénes facilitan la capacitación—, los contenidos —qué se quiere abarcar— y la dinámica —medios utilizados para la construcción de conocimiento. Se considera que un ambiente de aprendizaje es efectivo y humanizado cuando no se privilegia un componente del modelo, por ejemplo, preferir el cumplimiento del tema sin importar la situación del grupo, pues un elemento determinante es el reconocimiento de que las acciones de educación comunitaria se dan en un contexto determinado: reconocer y reflexionar este contexto permite adecuar las acciones educativas y hacerlas más pertinentes. Las actividades dentro de cada taller / sesión son variadas: dinámicas participativas, reflexiones en grupos pequeños, lecturas comentadas, análisis de películas o documentales, etcétera.

Se formó un equipo del CISC y ECOSUR para gestionar, organizar y coordinar los cursos, con la colaboración interinstitucional de autoridades de hospitales de segundo nivel de las regiones Altos y Fronteriza, así como con la participación activa de jefes de enseñanza y capacitación para difundir el curso mediante carteles y convocatorias a fin de garantizar grupos de 20 a 25 personas. ECOSUR expidió las constancias con valor curricular y colaboró con temas como adscripción étnica y

sociodiversidad, entre otros. Asimismo, se invitó a antropólogos de la Facultad de Ciencias Sociales y del Instituto de Estudios Indígenas de la Universidad Autónoma de Chiapas y la Universidad Intercultural de Chiapas, en San Cristóbal de Las Casas.

Como actividad final, los participantes formularon e implementaron acciones de sensibilización e información dirigidas al resto del personal de su institución sobre derechos humanos, no discriminación, equidad de género, entre otros temas; diseñaron, elaboraron, reprodujeron y distribuyeron trípticos y periódicos murales; realizaron interacciones cara a cara y proporcionaron pláticas relacionadas con los temas señalados.

▼ *Función de teatro guiñol en Chalchihuitán.*

Janette Corzo Hernández / Casa de la Mujer Indígena de Chalchihuitán, 22 de octubre, 2014, Chalchihuitán, Chiapas.

Resultados

De 2005 a 2013 se realizaron 11 cursos para 285 trabajadores de la salud de las regiones citadas que atienden a mujeres de las etnias tsotsil, tsel'tal y tojolabal. La mayoría de participantes labora en el segundo nivel de atención de los servicios de enfermería, trabajo social, laboratorio, archivo, psicología, cocina y transporte. La participación de médicos ha sido limitada.



Durante los cursos se documenta el impacto de la capacitación en percepciones y conocimientos de quienes participan sobre la discriminación, los derechos, la equidad de género y la relación prestadores de servicios-usuarias. Los resultados se evalúan constantemente a partir de testimonios de participantes a lo largo del curso, identificando comportamientos y situaciones que no visualizan en su práctica cotidiana. Una constante en todos los cursos es la denuncia e inconformidad de los grupos de enfermeras y trabajadoras sociales sobre situaciones de discriminación por parte de los médicos. El acercamiento a tales situaciones privilegia el análisis reflexivo del género en las relaciones intrainstitucionales y laborales, así como el de los marcos normativos que protegen los derechos de las mujeres.

Las dinámicas participativas favorecen la reflexión y reconocimiento desde lo personal hasta lo social, permitiendo reconocer la presencia de grupos y culturas diferentes, sin que ello sea motivo de la violación a sus derechos; también dan cuenta de que en la atención se brinda un trato diferenciado y discriminatorio hacia la población que se encuentra en condición diferente, como mujeres indígenas o personas que viven con VIH.

Los y las participantes refirieron que para mejorar la relación prestadores de servicios-usuarias es necesario reconocer la diversidad social y cultural para establecer un diálogo basado en el respeto y reconocimiento del *otro* y que, para entender las enfermedades, deben reconocer que, además del cuerpo, es necesario tomar en cuenta el entorno socio-cultural para asimilar no sólo la experiencia de la enfermedad, sino las distintas prácticas y sentidos para recuperar el bienestar de las personas. Además, comentaron que la capacitación les permitió comprender que para eliminar la discriminación se debe reconocer al *otro* como diferente y respetar sus creencias; asimismo, señalaron la necesidad de un cambio de actitud, sin desigualdad, inequidad e intolerancia, y evitar reproducir estas pautas. Finalmente, reflexionaron sobre las formas de comunicación, al identificar que la mayoría del personal emplea tecnicismos; es decir, los participantes notaron que es necesario utilizar un lenguaje sencillo y claro en la comunicación con pacientes indígenas para brindarles una atención de calidad.

El impacto del curso avanzado se midió con cuestionarios pre y post capacitación. Algunos de sus resultados más relevantes fueron: mejor entendimiento del concepto *discriminación*; mayor entendimien-

to del papel que juega el personal de las instituciones de salud en la exclusión de las mujeres y de la función de las redes sociales como herramienta para tener acceso a los servicios de salud. Al inicio del curso la mayoría de grupos consideraba que la discriminación en la institución disminuiría al poner traductores y, al final, identificaron como estrategia prioritaria la capacitación del personal, aunque en la Región Los Altos sí consideraron importante la presencia de traductores. Asimismo, al final de cada curso se evaluó a los facilitadores, los recursos didácticos utilizados, las condiciones del lugar, y se recopilaron los comentarios sobre el significado del curso.

A finales de 2013, y para ampliar la utilización del curso avanzado más allá de Chiapas, se diseñó un paquete virtual para facilitadores con una guía-manual para la implementación del curso, cartas descriptivas, lecturas recomendadas, presentaciones y videos. Éste se encuentra disponible en la página web del CISC, y puede ser utilizado sin fines de lucro mediante el registro previo de usuarios(as) para su documentación en: <http://www.cisc.org.mx/diversidadcultural>.

De noviembre de 2013 a octubre de 2014 se han registrado 29 usuarios de ocho estados de México y dos localidades fuera del país, en su mayoría, ligados a los servicios de salud, pero también a la docencia.

Lecciones aprendidas

La propuesta de capacitación rompe con el modelo formal y tradicional del proceso de enseñanza-aprendizaje mediante el reconocimiento de acciones y actitudes, independientemente de la formación profesional del participante.

La metodología permite que las y los participantes salgan de su espacio de confort, rompan con el discurso formal y reconozcan a las usuarias y familiares como personas con derechos, redimensionando así los factores socioculturales ligados a la salud, enfermedad y muerte materna, entre ellos, la situación de la mujer en poblaciones rurales e indígenas, como resultado de la inequidad de género.

La experiencia enseña que la capacitación en socio-diversidad debe ejercerse en todas las instituciones que atienden a población abierta, indígena o no indígena, porque las diversas condiciones de vida de las mujeres (socioeconómicas, educativas, etarias, etc.) las colo-



▲ *Simulación de atención de un parto.* Escuela de Promoción Comunitaria Indígena “Nellys Palomo Sánchez”, 1 de febrero, 2012, Guerrero.

ca en situaciones de discriminación y violación de sus derechos, exponiéndolas a sufrir violencia institucional. Hay otros obstáculos que se presentan en las instituciones de salud: el reconocimiento de derechos de los pacientes queda a nivel discursivo y en la práctica se carece de herramientas con enfoque de derechos humanos y DSR.

Uno de los retos de la capacitación es la poca presencia del personal médico —que es quien mantiene la atención directa con las mujeres—, personal que reproduce el modelo hegemónico de atención a la salud y ejerce relaciones de poder hacia las usuarias y otros gremios, como el de enfermería, poniendo así barreras durante la atención. El personal médico argumenta falta de tiempo para la capacitación, pese a que la propuesta del curso tiene la ventaja de poder elegir las sesiones prioritarias de acuerdo con las necesidades de capacitación identificadas en las instituciones de salud y considerando la posibilidad de implementar sólo dos o tres sesiones estratégicas.

El proceso también ha permitido reconocer la necesidad de trabajar en coordinación con el Programa de Calidad y Seguridad del Paciente, para construir mecanismos de monitoreo y evaluación e identificar los cambios en la atención de las mujeres.

Algunos aspectos favorables para la estrategia en la formación de personal de salud institucional han sido la trayectoria del CISC en el trabajo interinstitucional sobre ésta y otras temáticas, el reconocimiento institucionalizado del tema de interculturalidad por parte de la Secretaría de Salud en los servicios de salud y, muy importante, el interés de actores clave de hospitales de segundo nivel en la región fronteriza.

En 2013 se analizaron y adecuaron los contenidos del curso para compartir esta propuesta en otras entidades federativas, sobre todo, en aquellas con contextos socioculturales similares al de Chiapas. Se considera que la evaluación de la estrategia, en coordinación con las instituciones de salud que han participado en su desarrollo, contribuirá a enriquecerla, como es el caso de la participación activa del Programa de Calidad de la Atención y Seguridad del Paciente del Hospital General de Comitán en el seguimiento del personal capacitado y sus evaluaciones continuas de calidad de la atención.

Sólo mediante un ejercicio de reflexión y una serie de cambios de comportamientos en pro de una sociedad más incluyente, se logrará que las instituciones sean socioculturalmente pertinentes, útiles y viables, particularmente en materia del derecho a la salud de las mujeres y la disminución de la muerte materna.

3.5 El teatro guiñol en la promoción intercultural de la salud materna en Chalchihuitán, Chiapas

Janette Corzo Hernández

Antecedentes

Paraje Kotelchi, municipio de Chalchihuitán, Chiapas. Treinta mujeres bajo un techo improvisado atendieron la invitación realizada por integrantes del grupo de parteras que conforman la Casa de la Mujer Indígena de Chalchihuitán. Una de ellas anuncia en idioma tsotsil que se va a presentar la obra de teatro guiñol sobre salud materna *La historia de Marux*. El resto de integrantes comparte miradas de complicidad y en silencio entra detrás del “teatrino”. La expectativa crece. Suena la música de marimba y hace su aparición una muñeca guiñol con ropa tradicional de Chalchihuitán, los gestos de asombro de las espectadoras, todas mujeres indígenas, se van transformando en sonrisas de alegría que siguen durante el resto de la función.

Objetivo

La Casa de la Mujer Indígena de Chalchihuitán (CAMI) está integrada por un equipo de parteras tradicionales y promotoras de salud tsotsiles, cuyo objetivo es contribuir al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el municipio de Chalchihuitán, Chiapas. El trabajo de la CAMI inicia en el año 2003, cuando un grupo de parteras se reúne a plantear alternativas para enfrentar la problemática



▲ *Función de teatro guiñol en Chalchihuitán.*

Janette Corzo Hernández / Casa de la Mujer Indígena de Chalchihuitán, 22 de octubre, 2014, Chalchihuitán, Chiapas.

de mortalidad materna que se presentaba en el municipio. Con el apoyo económico de la Secretaría de Salud —a través de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI)—, el acompañamiento inicial de la organización Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C. (ACASAC) y, posteriormente, de Kinal Antzetik D. F., se inicia el trabajo de promoción y atención comunitarias, realizando pláticas comunitarias dirigidas a mujeres jóvenes y adultas sobre temas que promueven la prevención de la muerte materna.

Las pláticas son apoyadas con materiales didácticos, como carteles, maquetas y trípticos con información sobre las *señales* de peligro durante el embarazo y tipos de métodos anticonceptivos. La utilidad y aceptación de estos materiales didácticos por parte de las mujeres que reciben las pláticas es revisada cotidianamente, a fin de fortalecer el uso de aquellos que demuestran tener éxito y buscar nuevas herramientas que enriquezcan esta actividad educativa. El teatro guiñol surge así como

una propuesta alternativa. El objetivo de esta buena práctica es desarrollar actividades novedosas y culturalmente adecuadas, que motiven la reflexión comunitaria sobre las alternativas que existen para prevenir la muerte materna, mediante la realización de obras de teatro guiñol dirigidas a mujeres indígenas de las comunidades de Chalchihuitán.

Desarrollo

El primer acercamiento colectivo de las integrantes de la CAMI con el teatro guiñol se remonta a 2010, cuando recibían una capacitación durante la cual inventaron un diálogo para presentarlo con calcetines dispuestos en forma de títeres. La actividad facilitó a las participantes dar la información que pretendían compartir, recreando casos vividos o conocidos por ellas, y resultando ser una actividad divertida, tanto para quienes presentaban la obra como para las espectadoras.

Posteriormente, se retomó esta experiencia en una reunión de la CAMI, donde se discutía la preparación de pláticas sobre salud materna. Las integrantes de la CAMI plantearon el teatro guiñol como una actividad útil para presentar un tema de salud materna dirigido a mujeres de las comunidades que, en palabras de las parteras: “serviría para que las mujeres tengan información de la salud materna y también para que se rían un poco y se olviden un rato de sus problemas, que sepan que tienen derecho a divertirse”.

El proceso para montar la obra guiñol comenzó con la definición colectiva del tema que se pretendía abordar y el objetivo a lograr con la representación. Posteriormente, se construyó la historia basándose en experiencias personales, anécdotas y vivencias como parteras y promotoras. Al inicio, las integrantes de la CAMI escucharon novelas y relatos cortos de radio para familiarizarse con el formato y el siguiente paso fue desarrollar el guión de la historia. Aunque las aportaciones para elaborar el guión las hicieron todas las participantes en tsotsil, los diálogos se escribieron en español y, posteriormente, se tradujeron para hacer las últimas adecuaciones y proseguir con la designación de personajes y la grabación de diálogos con un aparato casero.

Los muñecos guiñol también fueron elaborados por las parteras y han mejorado en cuanto a su calidad: desde los que se utilizaron en las primeras presentaciones, hechos con calcetines y bolas de unicel, has-

ta los actuales, esculpidos en hule espuma y con piezas de vestuario artesanal, imitando la ropa y peinados que la gente utiliza cotidianamente a fin de que las espectadoras se reconozcan e identifiquen con los personajes.

Las comunidades en las que se realizan las pláticas se eligen de acuerdo con las problemáticas de salud materna detectadas por la CAMI o a petición de la comunidad. A partir de ello, se eligen los materiales y la obra de teatro guiñol que se considera más adecuada para trabajar el tema.

Un equipo de la CAMI contacta a las autoridades comunitarias de las poblaciones elegidas para informar sobre la actividad que se propone realizar y sus objetivos; se les pide respaldo para la convocatoria y apoyo logístico, a cambio de llevar información que será de utilidad para la salud de las mujeres. La respuesta de las autoridades es variada: va desde quienes ya conocen el trabajo de la CAMI y agradecen que tomen en cuenta a su comunidad, hasta los pocos casos en los que se niegan, argumentando que las mujeres ya tienen los conocimientos sobre el tema propuesto; también, hay quienes aceptan con recelo de que las parteras no dominen los temas o vayan a cuestionar las costumbres de la comunidad.

El día de la plática, las parteras llegan a la comunidad y llevan los materiales, mientras son observadas con curiosidad por la población. En el lugar designado por las autoridades para realizar las charlas —ya sea el patio de la casa de salud comunitaria, un pequeño auditorio o un salón de la escuela, una cancha o simplemente debajo de los árboles—, el grupo de parteras instala el rústico *teatrino* que consta de una estructura de madera y tela negra que la envuelve. La plática comienza y después de que las parteras brindan información verbal y visual sobre el embarazo y parto dan paso a la presentación del teatro guiñol, que en las comunidades llaman *Petul Xun*, término heredado del “Teatro Petul” que en los años sesenta condujera Rosario Castellanos con el Instituto Nacional Indigenista por pueblos de Los Altos de Chiapas, y que hace referencia a los personajes principales: Pedro y Juan (*Petul* y *Xun* en *tsotsil*).

Las historias son sencillas y con duración máxima de cinco minutos para facilitar su claridad y asimilación. Los personajes creados son mujeres embarazadas, suegras, madres, parteras, doctores, doctoras y esposos que ejemplifican situaciones cotidianas o dramáticas que viven las

mujeres en torno a la salud sexual y reproductiva (SSR). Las historias representadas hábilmente por las integrantes de la CAMI logran acaparar la atención de las mujeres espectadoras, quienes se divierten mientras reciben mensajes sencillos y comprensibles que promueven cambios de actitud frente a los problemas que viven. Al finalizar la obra no hay aplausos porque no se acostumbra e inmediatamente las parteras retoman el tema abordado en la presentación e invitan a las espectadoras a dar su opinión sobre el mismo. Muy pocas participantes responden abiertamente a la invitación, pero se escuchan comentarios en voz baja.

A las obras acuden las autoridades locales, siempre pendientes del desarrollo de la actividad, un poco para acompañar y respaldar al grupo, un poco para vigilar el desempeño de las parteras y otro poco para corroborar la no transmisión de mensajes que pongan a las mujeres en contra de los hombres. Sin embargo, en general, las autoridades muestran aceptación y apertura hacia los temas expuestos que —si bien son transgresores en el ámbito de las costumbres, dado que hablan de los derechos de las mujeres y la corresponsabilidad de los diferentes actores de la comunidad (esposos, familia, autoridades, asamblea e instituciones) en la agudización del problema y en la construcción de alternativas de solución a los problemas de salud materna— son mejor aceptados al venir de personajes ficticios.

De esta manera, van quedando abiertas las puertas para que la CAMI pueda continuar con este tipo de actividades y otras acciones encaminadas a mejorar las condiciones de SSR de las mujeres en las comunidades.

Resultados

Como resultado del empleo del teatro guiñol en las pláticas sobre SSR, las mujeres de las diferentes localidades de Chalchihuitán tienen acceso a información de forma lúdica, respetando su idioma, cultura y vivencias, para cuidarse mejor durante el embarazo, parto y puerperio. Igualmente, reflexionan sobre sus derechos y la participación de la sociedad en la solución de problemas de salud materna. Con este tipo de actividad se crea también un ambiente de confianza que impulsa a las participantes a hacer uso de los servicios de SSR que ofrecen las parteras de la CAMI. Asimismo, las pláticas son solicitadas y promovidas en nuevas localidades.

Con la intermediación de los muñecos guiñol se pueden abordar temas como derechos de las mujeres y violencia que, de otra manera, podrían llegar a considerarse como agresión contra los usos y costumbres, provocando que en el futuro se negara el acceso al grupo de la CAMI o a otros grupos para seguir tratando problemáticas que afectan a las mujeres. Así también las autoridades comunitarias y población en general se involucran o asumen su responsabilidad en la construcción de planes de seguridad para la atención de partos o situaciones de urgencias obstétricas.

A la fecha, las integrantes de la CAMI han desarrollado tres guiones para las representaciones, uno de ellos fue escrito como parte del proyecto de egreso de una participante de la Escuela de Promoción Comunitaria Indígena “Nellys Palomo Sánchez”. Para el equipo de la CAMI, el teatro guiñol ya es parte de las herramientas de trabajo cotidiano para la promoción de la salud materna.

Lecciones aprendidas y retos

Aunque desde el inicio existió consenso en el grupo para incluir en las pláticas la actividad del teatro guiñol, cuando las integrantes de la CAMI estaban en la fase de ensayo, algunas tuvieron cierta resistencia a participar en el manejo de los muñecos y a que la obra fuera presentada. Al revisar la situación, se observó que los muñecos eran relacionados por esas participantes con el juego y éste se percibía como una actividad sólo para infantes. Sin embargo, las participantes retomaron los conocimientos de los talleres sobre derechos de las mujeres y recordaron que en ellos se ha hecho conciencia de que las mujeres tienen derecho a la diversión, aunque algunos usos y costumbres se los nieguen. En evaluaciones posteriores sobre el resultado de la presentación, uno de los criterios para considerar si el resultado era positivo fue si las espectadoras se mostraron divertidas o no.

La elaboración de las historias de teatro fue una construcción colectiva en el idioma materno del equipo de la CAMI, pero resultó difícil escribirlos directamente en ese tsotsil debido a que la lecto-escritura en los pueblos indígenas es aprendida en español, por tanto, las guionistas prefirieron escribir los guiones en español y, posteriormente, traducirlos haciendo las adecuaciones finales.



▲ *Mujer amamantando a un bebé.* D.R. © Maya Goded / Fototeca Nacho López / CDI, No. Inv. 57041, 1991, Santo Domingo Armenta, Oaxaca.

La corta duración de las historias también fue discutida en el grupo considerando si debían ser más largas, pero en la práctica se demostró que parte de su éxito fue que duraban el tiempo preciso para que el público no perdiera el interés y continuara el hilo del tema en las reflexiones subsiguientes a la presentación.

Un reto es realizar otras obras de teatro guiñol explorando nuevos temas de salud materna que confronten de manera más directa las realidades que viven las mujeres en sus comunidades, así como crear obras que estén dirigidas a otros públicos específicos, como hombres, autoridades y trabajadores de salud. Otro reto es que los guiones sean escritos directamente en tsotsil para no perder la riqueza del idioma en las traducciones dobles.

La práctica del teatro guiñol, dentro de las pláticas a las comunidades, ha permitido no solamente valorarla en su sentido alegre y juguetón, sino redimensionarla como una excelente herramienta de educación popular.

3.6 Campaña radiofónica

Una mujer embarazada vale mucho más que dos. ¡Cuídate! ¡Infórmate!

Hilda Eugenia Argüello Avendaño

Antecedentes

En 2010 se creó esta campaña radiofónica como iniciativa del secretariado técnico del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM) en convenio con el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social, unidad Sureste (CIESAS-Sureste). La experiencia de trabajo del Comité Promotor por una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas (CPVMS-Chis) con poblaciones indígenas sobre la salud sexual y reproductiva, desde hace más de una década, había mostrado a la radio como un medio privilegiado para difundir información a poblaciones indígenas y/o iletradas.

Chiapas se caracteriza porque sus municipios cuentan con la mayor concentración de población indígena de México (municipios con 80% a 90% de hablantes de lengua indígena). La comunicación entre ellos es en lenguas indígenas, privilegiándose la tradición oral, y muy pocos pobladores saben leer y escribir. Prácticamente la mitad de las mujeres que muere en Chiapas por causas maternas es indígena.

Objetivo

La campaña se centra en construir una actitud participativa y protagónica de la mujer embarazada, así como de las mujeres y hombres que

viven en su entorno más cercano, sobre el cuidado en el proceso de embarazo, parto y puerperio.

A través de la información que proporciona sobre las urgencias obstétricas, esta campaña promueve la movilización adecuada y estrategias para un mejor cuidado. Asimismo, brinda consejos sobre el apoyo que debe brindarle su familia, la comunidad y las instituciones de salud durante una complicación.

Desarrollo

El título de la campaña alerta e invita a las mujeres a ejercer un papel activo en el cuidado de su embarazo, comenzando por valorar su vida y la de su hijo o hija, y a actuar de manera informada, identificando con qué apoyos cuentan en su entorno familiar, comunitario y por parte de las instituciones de salud. La campaña sostiene, por un lado, que es fundamental la participación / movilización de las mujeres que viven en contextos sociales donde no existe suficiente información y comunicación por parte de los servicios de salud; por otro lado, plantea indirectamente el empoderamiento de las mujeres al desempeñar un papel protagónico dentro de una perspectiva de participación social, contando con información para el ejercicio de sus derechos y el disfrute de una atención integral en servicios de salud.

La producción de la campaña estuvo a cargo del CPMSM. La grabación de los audios en cinco lenguas chiapanecas se llevó a cabo en las instalaciones del CIESAS-Sureste. Previo a la grabación, se desarrolló un trabajo de traducción escrita al ch'ol, tojolabal, tseltal, tsotsil y zoque por expertos del Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI), que identificaron su pertinencia cultural y su factibilidad lingüística. En el caso de Guerrero, la campaña se realizó en cuatro lenguas: amuzgo, mixteco, náhuatl y tlapaneco. Para esta producción se contrató a una asociación civil especializada denominada Asociados Consultores, A. C.; la campaña también se grabó en español. Para la rúbrica de las cápsulas se contrató a un grupo de música tsotsil de Zinacantán, Chiapas, que compuso un tema especial para la campaña.

Las cápsulas radiofónicas siguen una línea que sensibiliza al radioescucha hacia un cambio de actitud y conductas tanto en la pareja como en la familia en torno al cuidado del embarazo, parto y puerpe-

rio. Asimismo, dan cuenta de la toma de conciencia de las protagonistas a partir de la información que reciben y establecen una ruta crítica para resolver las urgencias obstétricas a través del plan de seguridad. La campaña está constituida por 11 cápsulas, organizadas en tres temáticas:

- 1) Signos y síntomas de emergencias obstétricas: cinco cápsulas.
- 2) Plan de seguridad —articulación entre la embarazada, su grupo doméstico, la comunidad y las instituciones de salud—: cuatro cápsulas.
- 3) Acceso a la atención médica —Seguro Popular, cartilla de salud, Programa Embarazo Saludable.

▼ *Hombres y mujeres con niño, Cancuc, Chiapas.*
Gabriel Torres, 16 de octubre, 2002.

Los audios y guiones de las campañas de Chiapas y Guerrero están disponibles en un formato descargable en la página electrónica del CP-VMS-Chis, en el apartado “Publicaciones”, para su utilización por las



organizaciones sociales, instituciones y público en general que se interesen en esta problemática.⁷

Resultados

En 2011 se entregó la campaña de Chiapas al Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH), que se comprometió a distribuirla en las 12 emisoras del Sistema Chiapaneco de Radio, Televisión y Cinematografía, previa aprobación del Instituto de Comunicación Social del Estado. Asimismo, se difundió ampliamente entre las organizaciones integrantes del CPVMS-Chis y entre aquellas organizaciones que cuentan con programas de comunicación e instituciones del Sector Salud. En el caso de Guerrero, la campaña se envió al Secretariado del Comité por una Maternidad Segura y la Salud de las Mujeres en Guerrero (CMSYM-Gro) para su difusión entre sus integrantes e instituciones. La campaña en español se difundió principalmente entre los integrantes del Comité nacional. En 2013 ambas campañas (Chiapas y Guerrero) fueron entregadas al Instituto Nacional de las Mujeres, a solicitud del mismo, por su interés en conocerlas y difundirlas. Entre los logros de esta iniciativa destaca la integración, en un lenguaje sencillo y breve, de información dirigida a la población general sobre signos y síntomas de emergencia obstétrica para la toma de decisiones; información para la articulación entre mujer embarazada-comunidad-instituciones de salud mediante el “Plan de seguridad”; e información sobre el derecho a la atención médica durante el embarazo y el registro del control prenatal. La reproducción de la campaña es de bajo costo y la radio es un medio de comunicación presente en lugares remotos.

⁷ Para mayor información visitar: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/articulos-y-publicaciones/campanias>.



4 Fortalecimiento de actores estratégicos

Graciela Freyermuth Enciso

En la declaración *Una Maternidad sin Riesgos* de Nairobi en 1987 se incluyó como estrategia para promover una maternidad segura involucrar a las líderes feministas. La Conferencia sobre Maternidad sin Riesgos realizada en México en 1993 se distinguió por la multisectorialidad de las y los convocados, participando periodistas, diputadas, feministas y el movimiento de mujeres.

Asimismo, las Conferencias de El Cairo en 1994 y Beijing en 1995 incorporaron la participación de mujeres organizadas, líderes de organizaciones de la sociedad civil y mujeres insertas en la estructura de gobierno, así como comunicadoras y abogadas. La equidad de género en los ámbitos laboral y de impartición de justicia siempre ha requerido de abogadas comprometidas con las causas de otras mujeres.

La Cumbre del Milenio en el 2000 puso de manifiesto el consenso entre los gobiernos sobre la necesidad de mejorar el acceso a la salud materna como un asunto prioritario. México —junto con otros 188 estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)— asumió compromisos para erradicar las condiciones asociadas con la desigualdad social y la pobreza extrema de la población —a partir de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

A partir de 2004 irrumpen en la escena de la salud materna las y los abogados, pues la salud materna involucra retos desde distintas aristas de la política pública. El carácter de urgencia que tiene gran parte de las causas de muerte requiere no solamente de servicios de salud de calidad



▲ *Laura Janet*. Serie *Madres Niñas*. Cecilia Monroy Cuevas, 2014, Chiapas.

◀ *Módulo IV Fisiología parto*. Escuela de Promoción Comunitaria Indígena “Nellys Palomo Sánchez”, 17 de septiembre, 2012.

sino de oportunidad en el acceso a estos servicios y, muchas veces, esa posibilidad está relacionada con la disposición de caminos adecuados e información necesaria para identificar los signos y síntomas de la urgencia obstétrica, de tal modo que la familia tome una decisión de manera oportuna. Es así que el acceso a los servicios de salud está cruzado por el actuar de distintos sectores, como son la educación, el desarrollo social, las comunicaciones y el transporte. La *Declaración de Adelaida* (OMS, 2010) sobre la *Salud en todas las políticas* hace hincapié en que la mejor manera de alcanzar los objetivos del gobierno consiste en que todos los sectores incluyan a la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas. Esto es así porque las causas de la salud y el bienestar están fuera del ámbito del Sector Salud y tienen una génesis económica y social.

En la era de la comunicación, unos aliados fundamentales han sido tanto los y las periodistas como los medios de comunicación. Para ello, desde inicios del siglo XXI se ha incluido a mujeres periodistas en la comunicación del tema de salud materna. Esta tarea ha sido impulsada por organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, así como por agencias financiadoras, como la Fundación MacArthur, la Fundación Ford y la Fundación Hewlett. La inclusión de periodistas como aliadas facilitó el seguimiento de los ODM y el papel del comunicador fue importante para el logro de los mismos. Los comunicadores han sido fundamentales no solamente en la visibilización de la problemática sino en la formación de activistas o líderes, a fin de mejorar sus habilidades para informar de la mejor manera en los medios de comunicación (OPS, 2011).

La complejidad de la mortalidad materna (MM) ha requerido también de otros aliados, como líderes sociales o líderes legislativos, o del movimiento de mujeres y el movimiento feminista, que ha encontrado aliadas importantes en las legisladoras o en las tomadoras de decisión a la hora de incidir en las políticas públicas y presupuestos. En la primera década del siglo XXI, por ejemplo, se impulsaron no solamente presupuestos con equidad de género sino presupuestos etiquetados para mejorar la transparencia y rendición de cuentas. En esa década, feministas mexicanas se posicionaron en direcciones estratégicas de los gobiernos federal y estatal, con la intención de impactar en las políticas públicas desde adentro.

Es así que a lo largo de estas tres décadas se han ido uniendo al movimiento Por una Maternidad Segura, líderes indígenas, jóvenes, periodistas y abogados. Desde la Cumbre del Milenio en 2000 y 2010, la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos ha considerado la MM como una violación a los derechos humanos y ha señalado como obligaciones de los estados: respetar y garantizar los derechos humanos sin discriminación, particularmente el derecho a la integridad personal. Esto con el fin de contribuir a superar las desigualdades en el acceso a servicios de salud materna (OEA, 2011). Estas declaratorias incluyeron a las y los abogados a través del litigio estratégico, personajes que imprimen miradas frescas, novedosas y creativas a la lucha por la disminución de la MM.

4.1 Casas de la Mujer Indígena: una estrategia efectiva de articulación para la promoción y atención de la salud materna en zonas indígenas

Lina Rosa Berrío Palomo

Antecedentes

Las Casas de la Mujer Indígena (CAMI) son espacios coordinados por organizaciones de mujeres indígenas que desarrollan acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva (SSR), así como de prevención de violencia de género en regiones indígenas de 14 entidades federativas; son una iniciativa desarrollada con financiamiento de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), a través de su Dirección de Fortalecimiento de Capacidades de los Pueblos Indígenas.

Las CAMI surgen en 2003 durante una experiencia piloto financiada por la Secretaría de Salud (SSA), que permitió la apertura de cinco Casas pioneras en Chalchihuitán, Chiapas; Matías Romero y San Mateo del Mar, Oaxaca; Ometepec, Guerrero; y Cuetzalan, Puebla. En 2007 se elabora el “Modelo autogestivo de atención a la violencia de género y la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas. Casas de la Mujer Indígena”¹ (Bonfil, Berrío, Ávila y Palomo, 2008), a partir del cual se instalan 14 nuevas Casas de 2008 a 2011.

En 2012 se institucionaliza esta estrategia con la creación del Programa de Acciones para la Igualdad de Género en Pueblos Indígenas,

¹ En 2010 se realiza una revisión del mismo con los distintos actores involucrados y se denomina “Modelo participativo de atención a la violencia y la salud sexual y reproductiva”.

uno de cuyos componentes es la vertiente “Casas de la Mujer Indígena” (CAMI). Entre 2013 y 2014 se instalan tres nuevas Casas llegando a 22 casas distribuidas en 14 estados de la República Mexicana que atienden a mujeres tsotsiles, mayas, mixes, mixtecas, nahuas, amuzgas, otomíes, mazahuas, totonacas, ikoods, pames, tenek, mayos, meph´a, tlapanecas, purépecha, zapotecas, zoques.

Objetivo

Desde su origen, como propuesta piloto, las CAMI se definieron como un espacio de participación intersectorial y acción conjunta entre mujeres indígenas, organizaciones de la sociedad civil e instituciones gubernamentales, con el objetivo de:

Contribuir a la generación de condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos, a una vida libre de violencia y a la participación política de las mujeres indígenas del país a través de acciones intersectoriales, de coordinación y de interlocución con distintos actores con incidencia en la población indígena (*Ibídem*: 6).

Desarrollo

Las CAMI reciben un financiamiento anual de la CDI para su funcionamiento, que generalmente se les entrega en el segundo cuatrimestre del año, y los gastos deben ser comprobados en su totalidad en diciembre. Algunas CAMI gestionan recursos adicionales de manera independiente.

Cada CAMI ha desarrollado un modelo de acuerdo con sus capacidades, habilidades y condiciones particulares pero, en términos generales, todas combinan la atención en temas de salud y prevención de violencia de género. La gestión de las Casas es responsabilidad de las mujeres indígenas que integran la organización responsable, quienes cuentan con el acompañamiento de una organización asesora y de la CDI. Cada Casa tiene aliados particulares, desde organismos no gubernamentales hasta ministerios públicos, según las características y condiciones específicas de la región o entidad federativa donde se ubique.

De manera particular, las CAMI atienden dos grandes ámbitos de acción que son centrales para las mujeres indígenas: promoción de la SSR y prevención de la violencia de género (Tabla 1).

Aproximadamente la mitad de las CAMI está dedicada a temas de SSR y seis de ellas —Chalchihuitán, Chiapas; San Mateo del Mar, Oaxaca; Chilapa, Ometepec, Acatepec y San Luis Acatlán, Guerrero— desarrollan un trabajo intensivo en promoción y atención de la salud materna, con acciones de difusión y promoción comunitaria, control prenatal, seguimiento durante el embarazo —incluyendo formas tradicionales de atención como masajes, sobadas, manteadas—; también atienden partos eutócicos, identifican embarazos de riesgo o emergencias obstétricas —y sus respectivas canalizaciones a unidades de salud—, acompañan a embarazadas y apoyan en la gestión cuando éstas son trasladadas a hospitales cercanos a sus instalaciones. En estas CAMI reciben a la mujer y a sus familiares, quienes pueden quedarse varios días antes o después del parto. De esta manera, las CAMI funcionan como albergue temporal y en algunas de ellas, como en San Luis Acatlán, Guerrero, los familiares pueden realizar los rituales tradicionales de enterramiento de la placenta en el terreno aledaño a su casa.

En San Mateo del Mar, Oaxaca, cuentan con farmacia de productos farmacéuticos y naturales. En Chalchihuitán, Chiapas, el grupo de parteras desarrolla acciones de promoción comunitaria, utilizando teatro guiñol en tsotsil, para informar sobre los cuidados durante el embarazo y acciones para atender una complicación; está dirigido a las mujeres, familiares y autoridades comunitarias, y en sus historias también incluyen reflexiones sobre los derechos de las mujeres.

Las parteras tradicionales son recursos locales de atención a la salud materna que participan de manera importante en varias CAMI, como en las de: San Mateo del Mar, Chalchihuitán, Ometepec, San Luis Acatlán, Chilapa, San Quintín, Sihó y Acatepec. El hecho de ser originarias de los lugares y hablantes de lengua indígena local genera elevados niveles de confianza y empatía con las usuarias y sus familiares.

La disponibilidad de las parteras varía de acuerdo con la Casa, pero es común que hagan guardias para garantizar su presencia las 24 horas del día. Realizan labores de atención prenatal y atención del parto tradicional acompañadas de una promotora de salud de la propia Casa. Están en constante comunicación con el hospital más cercano, para garantizar el traslado en caso de emergencia. En algunas CAMI

TABLA 1. CAMI EXISTENTES, TEMÁTICA PRINCIPAL DE TRABAJO, UBICACIÓN Y POBLACIÓN INDÍGENA QUE ATIENDEN

NOMBRE DE LA CAMI	TEMÁTICA DE TRABAJO	ENTIDAD FEDERATIVA	MUNICIPIO	POBLACIÓN INDÍGENA
Ve'e Naxihi	Violencia contra las mujeres	Baja California	San Quintín, Ensenada	Migrante indígena, especialmente mixteca
Casa de la Mujer Indígena de Chalchihuitán	SSR	Chiapas	Chalchihuitán	Tsotsil
Zana Jñattjo	Violencia contra las mujeres y SSR	México	San Felipe del Progreso	Mazahua
Zihuachikahuak/Zihuame Xotlametzin, A. C.	SSR	Guerrero	Chilapa de Álvarez	Nahua
Manos Unidas	SSR	Guerrero	Ometepec	Amuzga, mixteca y tlapaneca
Mujeres Organizadas del Cerro del Carrizo, CAMI "Casa del Carrizo"	SSR	Guerrero	Acatepec	Nahua
Nellys Palomo Sánchez	SSR	Guerrero	San Luis Acatlán	Mixteca y tlapaneca
Yankuik Sitlali	SSR	Hidalgo	Huejutla de Reyes	Nahua
Juchari Kumanchikua	Violencia contra las mujeres	Michoacán	Pátzcuaro	Purépecha
Mazot	SSR	Michoacán	Zitácuaro	Mazahua, otomí
Zihuakali Casa de las Mujeres Indígenas en Nuevo León, A. C.	Violencia contra las mujeres	Nuevo León	Monterrey	Migrante, especialmente nahua de Veracruz y de la huasteca potosina
Naaxwiin	Violencia contra las mujeres	Oaxaca	Matías Romero Avendaño	Mixe, zapoteca, zoque
Ikoods Mondüy Moniün Andeow	SSR	Oaxaca	San Mateo del Mar	Ikood
Yoltika	Violencia contra las mujeres	Puebla	Tlaola	Nahua
Maseualsiuat Kali, A. C.	Violencia contra las mujeres	Puebla	Cuetzalan del Progreso	Nahua
Casa de la Mujer Indígena Puchiwin Xla Lakchajan	Violencia contra las mujeres	Puebla	Ixtepec	Totonacas

Continúa en la página 170

TABLA 1. CAMI EXISTENTES, TEMÁTICA PRINCIPAL DE TRABAJO, UBICACIÓN Y POBLACIÓN INDÍGENA QUE ATIENDEN

NOMBRE DE LA CAMI	TEMÁTICA DE TRABAJO	ENTIDAD FEDERATIVA	MUNICIPIO	POBLACIÓN INDÍGENA
Hermanas Unidas Mak Uhjani	Violencia contra las mujeres y SSR	Querétaro	Tolimán	Otomí
Yankuikej Zihuamej, A. C.	Violencia contra las mujeres	San Luis Potosí	Axtla de Terrazas	Nahua, tenek
Casa de la Mujer Indígena La Paloma, Ju Wokkow	Violencia contra las mujeres	Sonora	Navjoa	Mayo
Ichikahualistli Sihuame	Violencia contra las mujeres	Veracruz	Zongolica	Nahua
Toj Óolal Puksi'ík'aal	SSR	Yucatán	Halachó	Maya
Mujeres Indígenas en Busca de Nuevas Alternativas	En proceso de definición	Baja California	Tijuana	Migrante, especialmente mixteca
Grupo de Mujeres de la Sierra Negra	En proceso de definición	Puebla	Coyomeapan	Nahua
Grupo de Trabajo Mujeres Fuertes Mbenc na dezi	En proceso de definición	México	Temascalcingo	Mazahua

Fuente: Berrío, L., 2014, con información de la Dirección de Fortalecimiento de Capacidades de los Pueblos Indígenas, CDI.

colaboran otros terapeutas tradicionales, como curanderos, sobadores o médicas tradicionales.

Ninguna CAMI cuenta con ambulancia o vehículo para traslado de emergencias. Muchos servicios se prestan apelando a la SSA o a las autoridades municipales. Varias Casas han firmado o pactado verbalmente acuerdos con el hospital más cercano a su localidad, posibilitando un sistema de referencia en caso de complicaciones. Las CAMI constituyen una iniciativa central para garantizar a cientos de mujeres indígenas cada año la disponibilidad, acceso, calidad y atención con pertinencia cultural en los servicios de salud materna, pues es una atención brindada por otras mujeres indígenas, en su lengua, con las que comparten referentes culturales y con capacidad para identificar complicaciones y canalizarlas cuando así se requiera.

Resultados

- Todas las mujeres que colaboran en las Casas son hablantes de la lengua indígena local y, mayoritariamente, originarias de localidades donde se encuentra la Casa, lo cual facilita la comunicación con las usuarias.
- Se vinculan, como parte de los grupos responsables de las CAMI, con recursos locales de atención; son reconocidas por la población como parteras tradicionales y curanderas, lo que genera confianza en las mujeres y promueven su acercamiento a servicios institucionales de atención a la SSR y la violencia.
- Todas las Casas tienen una red de promotoras comunitarias indígenas, quienes desarrollan su trabajo directamente en el nivel comunitario más cercano a las mujeres mediante visitas, talleres, campañas, detección, acompañamiento y gestión, entre otras actividades. Esta estrategia posibilita llegar a mujeres de comunidades muy alejadas o monolingües que, de otra manera, posiblemente no se acercarían a los servicios institucionales.
- El trabajo de las CAMI ha posibilitado el acceso a otras instituciones para la atención de urgencias obstétricas.
- El trabajo comunitario e institucional de las promotoras comunitarias ha aumentado el número de partos atendidos en centros de salud y hospitales regionales, así como el de denuncias y referencias de casos de violencia contra las mujeres.

Dado que el objetivo de las Casas es acercar los servicios institucionales a mujeres indígenas, resulta fundamental la interlocución directa con el aparato gubernamental en niveles locales, estatales e incluso federales. Actualmente las CAMI se relacionan y/o tienen convenios de colaboración con centros de salud, hospitales básicos comunitarios y de segundo nivel de atención, con jurisdicciones sanitarias; con los Institutos Municipales de la Mujer, el Programa para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), los ministerios públicos para los casos de violencia; con instancias estatales de la mujer, como el Instituto de la Mujer Oaxaqueña o la Secretaría de la Mujer de Guerrero, la Red Interinstitucional de Lucha contra la Violencia en Chiapas, la Comisión de los Derechos Humanos de Chiapas, la Oficina de Delitos Sexuales de la Procuraduría General de Justicia, los ayuntamientos municipales; así como con

autoridades comunitarias y diversas organizaciones de la sociedad civil que apoyan su trabajo. Varias CAMI pertenecen al Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM) y sus respectivos comités estatales.

La necesidad de incrementar los vínculos y acciones conjuntas entre las 22 Casas propició la creación en 2013 de la Red de Casas de la Mujer Indígena, que difunde sus acciones así como la agenda específica de derechos en SSR y prevención de violencia de género, construida por la Red.

Conclusiones

▼ *Casa de Salud de la Mujer Indígena.*
Graciela Freyermuth
/ ACASAC, 22 de marzo, 2009,
Chalchihuitán,
Chiapas.

Las CAMI son una estrategia para fortalecer el acceso a servicios de salud materna para mujeres indígenas, en contextos rurales de alta marginación, donde los problemas de salud se resuelven principalmente con agentes locales de salud, la mayoría de las veces parteras y técnicos de atención primaria, quienes tienen mayor contacto con médicos y enfermeras. Una táctica para fortalecer el primer nivel de atención co-



mienza por reconocer y robustecer estos espacios desde la sociedad civil y potenciar su vinculación con redes de servicios, en condiciones que no sean de subordinación y maltrato por parte del Sector Salud.

La labor de las mujeres que han participado en este proyecto se enmarca en compromisos internacionales y nacionales sobre los derechos de los pueblos indígenas, y está orientada a la reducción de la mortalidad materna. El trabajo de las CAMI ha fortalecido la identidad indígena y la exigibilidad de derechos humanos, particularmente el de la salud.

La experiencia de las CAMI también visibiliza la importancia de la colaboración interinstitucional y la corresponsabilidad por parte de los estados participantes, tanto en términos financieros como en su disposición, para promover cambios institucionales e interinstitucionales que permitan el acceso de mujeres indígenas a servicios de salud y procuración de justicia en un marco de competencia cultural. Es necesaria la participación de la sociedad civil, especialmente de organizaciones no gubernamentales y mujeres organizadas, como promotoras y parteras, que impulsen la creación de un espacio de capacitación y formación en materia de salud y gestión de recursos.

El fortalecimiento de las CAMI implica tener certezas institucionales y recursos financieros asignados permanente y oportunamente, para poder seguir desarrollando su trabajo; así como espacios estables de capacitación y actualización que incrementen las capacidades y habilidades de agentes locales, como parteras y promotoras, para solucionar problemas de alto riesgo en mujeres indígenas. Es fundamental fortalecer alianzas y sensibilizar al personal del Sector Salud que, a pesar del contacto durante varios años con esta población, ha hecho de su práctica profesional una actividad altamente deshumanizada, burocratizada y segregativa, que se traduce en violencia institucional y aleja a las mujeres de los servicios.

Recomendaciones

- 1) Coordinación interinstitucional para atender las necesidades y demandas de las CAMI en la atención oportuna de los casos canalizados a los servicios de salud y procuración de justicia; y conocimiento, a través de un documento de contrarreferencia, de sus acciones.

- 2) Corresponsabilidad de instancias estatales, tanto de los servicios estatales de salud como del CDI y sus delegaciones, para impulsar los cambios institucionales e interinstitucionales que permitan el funcionamiento durante todo el año de las CAMI, a fin de lograr el efectivo acceso de mujeres indígenas a servicios de salud en un marco de competencia cultural.
- 3) Participación de la sociedad civil, a través de organizaciones no gubernamentales y de mujeres indígenas organizadas —especialmente promotoras de salud, terapeutas y parteras—, en las definiciones de política pública y prestación de servicios de salud.
- 4) Fortalecimiento de la Red Nacional de Casas de la Mujer Indígena, así como de las acciones de comunicación, a fin de ampliar el conocimiento de la población en general y, en particular, el de las mujeres indígenas sobre el derecho a servicios de SSR de calidad y culturalmente apropiados.
- 5) Capacitación del personal de salud para modificar prácticas y representaciones acerca de las formas en que ejerce el poder sobre usuarias indígenas, para asegurar que la atención se dé en un marco de respeto a los derechos humanos y con consentimiento informado.

4.2 Escuela de Promoción Comunitaria Indígena “Nellys Palomo Sánchez”: un espacio de formación de mujeres indígenas para la promoción de la salud materna

Ruth Álvarez García

Antecedentes

Como resultado de procesos de formación de promotoras indígenas en salud durante más de diez años por Kinal Antzetik Distrito Federal, A. C.,² nace en 2010 la Escuela de Promoción Comunitaria Indígena “Nellys Palomo Sánchez”,³ constituyéndose como un espacio de reflexión sobre el quehacer de las promotoras comunitarias indígenas ante las problemáticas que se viven en sus comunidades. En 2011 se realiza el primer Programa de Formación de Promotoras Comunitarias Indígenas en Salud Sexual y Reproductiva, del que han egresado tres generaciones. Actualmente se desarrolla una escuela a nivel regional.⁴

Objetivo general

Contribuir al ejercicio pleno de los derechos de las mujeres indígenas y

² Modelo que incluye la formación y fortalecimiento de capacidades de parteras y promotoras, creación de redes y sensibilización de personal de salud, así como la incidencia en políticas públicas en materia de salud de las mujeres.

³ En homenaje a una de las mujeres fundadoras de Kinal Antzetik Distrito Federal, A. C., Nellys Palomo Sánchez, mujer feminista y luchadora social.

⁴ Con el apoyo financiero de la Fundación MacArthur y el Fondo Primado de la Iglesia Anglicana de Canadá. Adicionalmente, de 2011 a 2013, con el apoyo financiero de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI).

al mejoramiento de sus condiciones de vida, mediante la formación de promotoras comunitarias en SSR desde una perspectiva intercultural y comunitaria, para dinamizar procesos de desarrollo personal y colectivo.

Objetivos específicos

- Fortalecer conocimientos y habilidades técnicas, así como reconocer los saberes tradicionales en materia de atención y promoción de la SSR de las mujeres indígenas.
- Contribuir al desarrollo y transformación personal de las participantes mediante la adopción de herramientas de sanación, comunicación, empoderamiento y resolución de conflictos que las lleven a fortalecer su trabajo comunitario.
- Incrementar habilidades de las promotoras en materia de organización, construcción de redes, gestión e incidencia política para fortalecer los procesos de participación social en SSR y equidad de género.

Desarrollo

Este programa desarrolla contenidos en tres líneas estratégicas: a) Saberes en salud, b) Desarrollo personal y colectivo y c) Participación social, gestión e incidencia política; teniendo como ejes transversales el marco de derechos humanos, la perspectiva de género y el carácter intercultural que se sustentan en el reconocimiento de las diferencias entre personas, géneros, saberes y prácticas en salud; y centrándose tanto en valorar y utilizar el conocimiento tradicional como el conocimiento médico vinculados con la SSR para resolver problemas que la realidad presenta.

De 2011 a 2013 han cursado en la escuela 94 personas en total, de las cuales 89 son mujeres indígenas, una afrodescendiente y cuatro hombres indígenas que trabajan a favor de los derechos de las mujeres. De este grupo han egresado 87 promotoras y promotores formados en SSR, provenientes de 19 pueblos, de 15 estados, principalmente de las zonas sur y centro de México (Mapa 1).

Como resultado de este proceso, las participantes han fortalecido



MAPA 1. ESCUELA DE PROMOCIÓN COMUNITARIA INDÍGENA “NELLYS PALOMO SÁNCHEZ”, DISTRIBUCIÓN DE PARTICIPANTES 2011-2013. Fuente: Informe de actividades de la Escuela de Promoción Comunitaria “Nellys Palomo Sánchez”, Kinal Antzetik Distrito Federal, A. C.

sus habilidades para identificar problemáticas asociadas a la SSR en sus comunidades, así como desigualdades de género y étnicas (indígenas y afrodescendientes). Igualmente mantienen una actitud comprometida a fin de generar y plantear propuestas de intervención comunitaria a

favor de la promoción de la salud mediante herramientas técnicas, prácticas y de comunicación que contribuyan al desarrollo de sus propuestas de trabajo.

El programa consta de cinco módulos mensuales de 40 horas distribuidas en cinco días, dando un total de 200 horas presenciales. Un módulo⁵ es una unidad de enseñanza-aprendizaje en donde promotoras(es) y asesoras(es) trabajan durante una semana, de manera teórica y práctica en equipo, mediante técnicas grupales y una enseñanza basada en problemas reales, en la reflexión y en el juego, en torno a una problemática vigente, relevante y pertinente relacionada con la SSR (Berruecos, 1997).

Los módulos se desarrollan de manera progresiva, los ejes temáticos van de lo individual a lo colectivo, de lo concreto a lo abstracto y de lo simple a lo complejo; lo que permite que cada participante desarrolle una coherencia interna que posibilite mayor comprensión de los contenidos modulares, planteándose en cada módulo una pregunta a responder asociada con el trabajo personal y colectivo, que surja del reconocimiento de sus identidades de género y étnica, de las problemáticas vividas en sus comunidades y de su responsabilidad personal para transformarse a sí mismas y a su comunidad, partiendo del trabajo comunitario que realizan.

El programa es un proceso vivencial, participativo, dinámico y creativo en el que se implementan metodologías que incluyen los principios de la Educación Popular, el Aprendizaje Colaborativo, el Aprendizaje Significativo y la Ludopedagogía. Se desarrollan actividades de trabajo corporal, reflexión en pequeños grupos, juegos de roles, expresiones artísticas o artesanales, filmación y retroalimentación de ejercicios, exposiciones de las/los facilitadoras/es, talleres y paneles con especialistas nacionales e internacionales, todas ellas orientadas a construir procesos de enseñanza-aprendizaje en un marco de respeto, donde se analizan los temas desde los enfoques de género e interculturalidad, se propicia un proceso de apropiación de conocimientos, desarrollo de habilidades y aprendizajes —organizativos, temáticos en salud y de desarrollo personal— y de reflexión y transformación de actitudes.

⁵ Esta definición de sistema modular ha sido tomada y modificada de Berruecos, L., 1997.

TABLA 1. PROGRAMA DE FORMACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. ESCUELA DE PROMOCIÓN COMUNITARIA INDÍGENA “NELLYS PALOMO SÁNCHEZ”

	MÓDULO 1 PUNTO DE PARTIDA	MÓDULO 2 REDESCUBRIENDO LA REALIDAD	MÓDULO 3 CONSTRUYENDO COLECTIVIDAD	MÓDULO 4 MANOS A LA OBRA	MÓDULO 5 COSECHA
PREGUNTA EJE	¿Quiénes somos? y ¿qué traemos?	¿Qué quiero transformar?	¿Con quiénes me relaciono para transformar la realidad?	¿Qué podemos hacer? y ¿cómo nos organizamos?	¿Cómo lo vamos a hacer?
ESPACIO COLECTIVO	Explorar motivaciones personales y colectivas en su proyecto inicial ¿Qué les motivó a proponer este tema? (en lo personal) ¿Cómo se relaciona con su vida cotidiana?	¿Cómo puedo conocer más sobre el problema que quiero transformar? (Práctica: incluir instrumentos de investigación en sus proyectos)	¿Para quién es un problema este problema? Sujetos involucrados (actores)	¿Qué herramientas necesito? Estrategias de acción Realización de plan de trabajo	¿Qué aprendo?, ¿qué más puedo hacer? Presentación de proyectos
DESARROLLO PERSONAL Y COLECTIVO					
	Mi identidad, mi mundo	Historia y poder personal	Cuerpo, relaciones y autocuidado	Cuerpo, emociones y autocuidado	Herramientas de comunicación y resolución de conflictos para el trabajo personal y comunitario
SABERES EN SALUD					
CONTENIDO	Cuerpo, territorio y salud	Salud sexual y reproductiva: diagnosticando los problemas	La salud como un derecho: promoción social de la salud	Panorama de la salud materna en México, maternidad elegida	Incidencia en políticas públicas en salud, interculturalidad y salud
GESTIÓN, PARTICIPACIÓN SOCIAL E INCIDENCIA					
	Género, liderazgo y participación	Poder y empoderamiento	La organización para la promoción y el ejercicio de derechos	El Estado y su organización: agendas de trabajo	Presentación de proyectos

Fuente: Currículo del Programa de Formación de Promotoras Comunitarias Indígenas en Salud Sexual y Reproductiva.

Durante el desarrollo de los módulos se destina tiempo para el acompañamiento personalizado de cada participante, a fin de trabajar en el desarrollo de su proyecto comunitario, de manera que al finalizar el programa pueda presentar sus resultados.

Para el desempeño de la escuela ha sido clave la participación de organizaciones de mujeres indígenas líderes, promotoras de salud y parteras, cuya vida y ocupaciones centrales están orientadas al servicio y procuración de la vida en sus propias comunidades. En su diseño participaron educadoras, pedagogos, sociólogas, antropólogas, psicólogas, comunicadoras y diseñadores; y para su desarrollo se invitó también a académicos, a integrantes de organizaciones de mujeres indígenas nacionales e internacionales, especialmente latinoamericanas, y a representantes de instituciones de gobiernos locales, municipales y estatales. Todas(os) aportaron información actualizada sobre el panorama de la SSR, especialmente la salud materna de los pueblos indígenas, contribuyeron con metodologías de trabajo comunitarias e interculturales, agendas en salud, acciones en materia de política pública y compartieron lineamientos institucionales respecto a la salud de las mujeres indígenas.

▼ *Hermana con hermanito.*
Archivo Proyecto
CIESAS-Pacífico-Sur /
UNICEF 2009-2013,
Tenango, Oaxaca.



Resultados

La escuela ha contribuido al cumplimiento de los derechos humanos de las mujeres indígenas, particularmente en el desarrollo y ejercicio de su derecho a la salud, pero también a la práctica de sus tradiciones y saberes en salud, así como a su participación social mediante el trabajo comunitario que realizan.

Se han desarrollado 71 proyectos de promoción de la SSR que, posteriormente, fueron implementados o gestionados por las egresadas para realizarlos en sus comunidades. De ellos, al menos la tercera parte corresponde a proyectos de promoción de la salud materna entre jóvenes y mujeres adultas, y a elaboración de materiales didácticos propios, de vinculación local, etcétera.

Asimismo, se ha construido entre las tres generaciones una Agenda en SSR de las Mujeres Indígenas y se creó un plan de incidencia para posicionarla. Ésta fue presentada en el Encuentro Feminista 2014 en Guadalajara así como en diversos espacios locales. También se realizaron dos encuentros entre generaciones del mismo programa y uno con participantes de otras escuelas de liderazgo.

Las participantes han incrementado sus capacidades para ser agentes de cambio social y comunitario e influir en su realidad, ejercer sus liderazgos y fortalecer procesos organizativos locales, de articulación y vinculación con otros actores.

Lecciones aprendidas y retos

La escuela lleva tres años de implementación de este programa, afinándolo y sistematizando una propuesta curricular novedosa principalmente para mujeres que trabajan en el ámbito de la promoción comunitaria de y para pueblos indígenas. Es una estrategia que se va consolidando gracias al trabajo, esfuerzo y compromiso de muchas personas; y es un espacio que posibilita construir, reconstruir y dirigir acciones para la promoción de la equidad y los derechos a favor de la salud de las mujeres indígenas y afrodescendientes en distintos ámbitos.

También ha sido un medio para establecer vínculos interinstitucionales entre mujeres indígenas que trabajan directamente en sus comunidades promoviendo la salud materna y las autoridades nacionales de

salud vinculadas al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, a la Dirección de Medicina Tradicional y Salud Intercultural, a la Secretaría de Salud y a la Organización Panamericana de la Salud. Pocas veces dichas autoridades pueden conocer de viva voz las realidades y necesidades de las mujeres indígenas porque para ellas es, a su vez, difícil tener acceso a espacios con tomadores de decisiones institucionales. Propiciar estos encuentros es un aporte a la construcción de políticas públicas en salud materna a fin de que tengan mayor pertinencia cultural y participación directa de las comunidades.

Éste es un espacio de diálogo intercultural donde se ponen en juego múltiples visiones de cada pueblo indígena respecto al cuerpo, salud, maternidad, derechos, etcétera. La escuela es, por tanto, un lugar para construir de manera creativa el diálogo y respeto entre conocimientos diversos que comprenden tanto el ámbito tradicional de los pueblos indígenas como el saber biomédico.

Entre los retos está la realización de un proceso de seguimiento a las promotoras egresadas de anteriores generaciones para conocer de manera más directa los resultados locales de estos procesos de formación y documentarlos como buenas prácticas desde la sociedad civil.

Otro reto es el sostenimiento financiero de este tipo de iniciativas que dependen de manera sustantiva de financiamientos nacionales de instituciones como la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, que en 2014 decidió no financiar la cuarta generación. Este esfuerzo se sostiene a nivel regional gracias a aportaciones de organizaciones internacionales. Sin embargo, invita a reflexionar sobre la importancia de institucionalizar espacios de fortalecimiento de capacidades y habilidades de mujeres y hombres indígenas para promover la SSR y, particularmente, la salud materna. El sistema de salud requiere del aporte decidido de miles de parteras y promotoras comunitarias que, de manera voluntaria, sumen esfuerzos locales para garantizar que otras mujeres puedan vivir procesos saludables durante su embarazo, parto y puerperio. Pero, para que ello sea posible, se requiere de un decidido acompañamiento e inversión por parte del sistema de salud y de las instituciones vinculadas a la atención de los pueblos indígenas.

4.3 Modelo de intervención en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes indígenas. Una propuesta de incidencia en la política pública

Sebastiana Vázquez Gómez

Antecedentes

El trabajo de Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C. (ACASAC) sobre Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes (SSRA) inició en el municipio de Chalchihuitán, ubicado en la región Altos Tsotsil-Tseltal de Chiapas, que con 14 027 habitantes ocupa el quinto lugar de los municipios más pobres de México. La lengua materna de 89.5% de sus habitantes mayores de tres años es el tsotsil (INEGI, 2013) y 96.8% de su población se encuentra en situación de pobreza (Coneval, 2011).

En ese municipio, eminentemente indígena, los usos y costumbres tienen un fuerte peso en la normatividad social. Los matrimonios forzados son una práctica común y aceptada socialmente. Las concertaciones matrimoniales implican el pago por la novia a través de regalos, ganado, dinero en efectivo y/o alcohol, y se realizan con mujeres muy jóvenes, de entre 14 y 17 años. La negociación se lleva a cabo entre los padres y no se suele consultar a los adolescentes.⁶ En Chalchihuitán, si una mujer platica con un hombre, las autoridades los detienen y los

⁶ Sebastiana Vázquez Gómez, representante legal de ACASAC, es una de las cuatro mujeres pertenecientes a los pueblos indígenas que en 2004, durante el Foro permanente para las cuestiones indígenas de la Organización de las Naciones Unidas en Nueva York, dio a conocer su postura en contra de los matrimonios forzados y exigió acciones para erradicarlos, manifestando que los derechos humanos de las mujeres están por encima de los usos y costumbres comunitarios. Véase CIMAC noticias, 10/05/2004.



▲ *Taller de jóvenes de módulos por pares.* Sebastiana Vázquez /ACASAC, 5 de agosto, 2013, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

encarcelan, para después obligarlos a casarse por haber transgredido las reglas de las relaciones entre hombres y mujeres. La sexualidad, igual que en otros municipios de la región, todavía es un tema tabú. Las y los adolescentes no tienen información sobre los cambios fisiológicos que experimentan, no saben cómo prevenir un embarazo y/o una infección de transmisión sexual (ITS). La menarquia, por ejemplo, sorprende a las jóvenes sin que sepan qué les sucede y no se atreven a preguntar a sus madres porque lo consideran un evento indigno.

La primera organización que llevó a cabo una intervención en materia de atención sobre la SSR en el municipio de Chalchihuitán fue ACASAC, con un programa de maternidad segura en el año 2000. Basada en esta experiencia, posteriormente, se realizó la propuesta sobre Casas de la Mujer Indígena a la Secretaría de Salud (SSA), las cuales se instalaron en el sexenio 2000-2006, actualmente suman 22 y están a cargo de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI).

Este trabajo identificó la violencia de género como un elemento presente en la vida de las mujeres y se enfocó no sólo en la prevención de muertes maternas y violencia doméstica, sino en construir comunidades seguras para las mujeres y donde se brinde atención de la SSRA.

Para ello, ACASAC realizó un modelo de intervención sobre SSR dirigido a jóvenes indígenas, desde una perspectiva local, y presentó el proyecto ante las autoridades de Chalchihuitán para asegurar su entrada y permanencia. Este modelo es sensible a las dinámicas socioculturales locales y contó con asesoría académica para su construcción conceptual, monitoreo, seguimiento y sistematización.

El modelo de intervención radica en la formación de promotoras y promotores adolescentes de la misma región o municipio, para que brinden consejería a sus pares en su lengua materna y con materiales de información, educación y comunicación (IEC) culturalmente pertinentes.

Objetivos

Los elementos que conforman el modelo de intervención incluyen los siguientes objetivos:

- Asegurar la disponibilidad de materiales de IEC culturalmente adecuados.
- Desarrollar capacidades de vinculación y gestión en nuevas y nuevos agentes sociales jóvenes.
- Proporcionar conocimientos sobre SSRA a nuevas y nuevos agentes sociales jóvenes.
- Formar lideresas y líderes comunitarios, especializados en la promoción de la SSRA.
- Desarrollar conocimientos sobre conductas saludables de SSRA y jóvenes indígenas.
- Propiciar conductas saludables en materia de SSRA y jóvenes indígenas.

Con base en la realización de los cuatro primeros objetivos se espera lograr el quinto: conocimiento de conductas saludables de SSRA y jóvenes a través de la instalación de módulos de promoción de buenas prácticas en SSRA, de llevar a cabo acciones de impulso y promoción de

los módulos, de desarrollar actividades de promoción en escuelas y centros de reunión de adolescentes y jóvenes y, finalmente, de brindar asesoría en los módulos en su lengua materna. Por medio de gestiones para la obtención de métodos anticonceptivos y de la interrelación con el Sector Salud se propiciarán conductas saludables sobre SSR entre adolescentes y jóvenes en municipios rurales y con población indígena.

Desarrollo

Enfoques transversales

Para abordar la SSRA y jóvenes indígenas, ACASAC decidió sustentar la intervención en tres ejes transversales: el enfoque de derechos, la perspectiva de género y la interculturalidad, para garantizar una visión más holística que no se limite a informar y alentar el uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes.

Replicación de la experiencia.

Instalación de los módulos por pares

El éxito del trabajo realizado en el módulo de Chalchihuitán llevó a que ACASAC se propusiera incidir en las políticas públicas dirigidas a jóvenes, poniendo en marcha un Diplomado de capacitación y formación continua en liderazgo en SSR de jóvenes, en diez municipios de la región Altos Tsotsil-Tseltal.

Asimismo, organizó el Foro “Diagnóstico sobre SSR de jóvenes indígenas chiapanecos”, al que asistieron 51 jóvenes (14 tsotsiles, 11 tseltales, ocho tojolabales, nueve zoques y nueve choles), siete representantes de escuelas —personal docente y de orientación— y seis representantes de tres organizaciones de la sociedad civil. Durante dos días se discutieron seis temas propuestos por jóvenes indígenas tsotsiles de la región Altos de Chiapas: matrimonio forzado, embarazo no planeado o no deseado, violencia familiar, trata de personas, acoso sexual y VIH / sida. Como resultado se elaboró una *agenda* política con sus demandas y propuestas. Las y los jóvenes identificaron como una prioridad: combatir la práctica del matrimonio forzado —resultado o resultante de un embarazo no planeado—, la violencia familiar y en el no-

viazgo, el acoso sexual y el desconocimiento de sus DSR; asimismo, destacaron la necesidad de contar con información culturalmente adecuada en su lengua materna. Esta agenda fue el punto de partida de la conformación de la Mesa Interinstitucional para el cumplimiento de las demandas de las y los jóvenes.

La agenda para la SSRA fue presentada en una reunión interinstitucional con el acompañamiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y, como resultado de ésta, se acordó lo siguiente: 1) Promover mejoras en la SSRA e instalar módulos por pares de acuerdo con la experiencia de Chalchihuitán; 2) Poner en marcha de manera permanente una mesa interinstitucional de trabajo, a fin de impulsar la agenda de SSR de las y los jóvenes indígenas, con la participación del Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH), del IMSS-Oportunidades (IMSS-O), de la Secretaría para el Desarrollo Sustentable de los Pueblos Indígenas (SEDESPI), del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), de la Secretaría para el Desarrollo y Empoderamiento de la Mujer (SEDEM), de la Secretaría de la Juventud, Recreación y Deporte, del Sistema Chiapaneco de Radio, Televisión y Cinematografía y del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES); 3) Instalar mesas de trabajo con autoridades municipales e instituciones de los municipios incluidos en el proyecto.

Es importante señalar que el proyecto de Chalchihuitán fue financiado por la Fundación MacArthur y que a partir de 2012 la responsable del proyecto, Sebastiana Vázquez, consiguió apoyo financiero de la agencia Kellogg's para la puesta en marcha de los diplomados. Este financiamiento fue recibido por la organización Sakil Nichim Antsetik, que desde entonces ha tenido activa participación en la organización de los diplomados de jóvenes y, desde 2014, en el seguimiento de los módulos.

En el último trimestre de 2013 los y las jóvenes lograron la instalación de módulos de información en nueve municipios de Los Altos, que se incrementaron a 12 a principios de 2014. Con las autoridades municipales se han discutido los siguientes problemas: embarazos en adolescentes, deserción escolar por embarazos no planeados, casos de violencia y muerte materna. Es importante señalar la necesidad de sensibilizar a autoridades municipales, ya que algunas comparten usos y costumbres que limitan el ejercicio de los DSR.

Por su parte, la Mesa Interinstitucional ha destacado la necesidad de que el trabajo que desarrollan las instituciones vinculadas con la

salud de adolescentes y jóvenes contemple las particularidades de la población indígena joven, sin embargo, muchas de ellas desconocen las necesidades específicas de esta población, no saben cómo hacerles frente, o bien replican en su escala estatal o municipal, políticas y estrategias pensadas desde y para jóvenes de contextos urbanos.

La selección de líderes se realizó a través del contacto con directores de las preparatorias, quienes propusieron a un grupo de jóvenes de cada municipio. Estos jóvenes —alrededor de 40— participaron en un taller en el que se seleccionó a quienes consideraron como los mejores representantes de cada municipio y de esta selección se integró un grupo para llevar a cabo el diplomado. El diplomado giró en torno al diagnóstico de problemáticas locales sobre SSR; al monitoreo de políticas públicas y programas, y a la gestión y adquisición de conocimientos para mejorar la SSR de la juventud. Asimismo, durante el diplomado se dotó a los y las jóvenes de algunos métodos anticonceptivos y se les brindó información sobre sus DSR. La segunda generación se conformó a través del primer grupo de trabajo y una convocatoria realizada directamente por las orientadoras de los bachilleratos. El diplomado ha lanzado una tercera convocatoria pública en los municipios.

La inclusión de las presidencias municipales en la organización de los módulos ha traído como consecuencia que en ocasiones sean los grupos locales quienes elijan a los encargados del módulo. Esto ha ocurrido en tres de los 12 municipios.

En una evaluación realizada en 2014 (CIESAS-INMUJERES), de los módulos por pares se concluyó que el desempeño fue bueno, tanto en el tema de consejería y reconocimiento de derechos como en la dimensión administrativa. Aunque los espacios con los que cuentan no son homogéneos, todos disponen de privacidad, espacio específico, consultas sin citas. Asimismo, ofrecen servicios de consejería sobre ITS y métodos anticonceptivos, brindan capacitación sobre la utilización del condón, anticoncepción de emergencia (AE), pruebas de embarazo y consejería sobre VIH-sida. De igual forma, realizan consejería sobre matrimonio forzoso y violencia doméstica. Estas intervenciones tuvieron buen desempeño.

La disponibilidad de computadora para el manejo de materiales tuvo desempeño mediano, así como la difusión de los servicios. Las actividades de gestión con las autoridades de salud tuvieron desempeño mediano, así como aquellas entabladas con los ayuntamientos. El DIF fue

la institución con la que se tuvo mejor relación. Casi todos —12 de los 13 entrevistados— se habían relacionado con las autoridades de educación, teniendo un buen desempeño en actividades extramuros (pláticas en escuelas secundaria y primaria).

Aunque en el desempeño de recursos humanos, capacitación y disponibilidad de materiales no se tuvo calificación baja, tres intervenciones tuvieron desempeño mediano: guías de prevención para VIH e ITS, guías de consejería sobre planificación familiar, disponibilidad de muestrarios de anticonceptivos y de plan de trabajo.

En lo que respecta a la satisfacción de usuarios, manejo de privacidad y resolución de la solicitud de consulta, los resultados fueron satisfactorios. En la competencia intercultural, todas las consultas fueron realizadas en tsotsil o en tseltal. La atención fue expedita y los usuarios simulados prácticamente no tuvieron que esperar a que los atendieran, además de que reportaron trato amable y respetuoso. Otra ventaja identificada de estos módulos fue el conocimiento de las costumbres sobre la salud y la enfermedad en sus municipios, así como las problemáticas de las y los jóvenes.

El manejo del tema VIH-sida y las pruebas rápidas tuvieron bajo desempeño, lo cual requiere atención urgente. Hay que recordar que

▼ *Joven chamula.*
Efraín Ascencio
Cedillo, 1 de mayo,
2010, San Cristóbal
de Las Casas, Chiapas.



los módulos no están en capacidad para tratar las ITS u otorgar pruebas rápidas, ni tampoco de brindar un anticonceptivo distinto de los condones masculinos. Por ello, el seguimiento de referencias y contrarreferencias es fundamental en estos módulos, aunque su desempeño fue mediano.

Buenas prácticas identificadas

- 1) La disponibilidad de pruebas de embarazo y pastillas para AE permite proporcionar servicios adecuados al tema del embarazo no planeado.
- 2) La atención en los módulos de ACASAC es culturalmente competente en términos de ser atendidos por pares, jóvenes que comparten los mismos valores y normas culturales que las y los usuarios, pues comprenden las dificultades que enfrentan adolescentes y jóvenes en sus municipios.
- 3) El hecho de involucrar a jóvenes en actividades extramuros y sacarlos del espacio escolar, ver con ellos una película y después darles una plática sobre SSR, jugar basquetbol, mostrarles videos temáticos es otra forma de compartir la información de manera más humana.
- 4) El estar capacitados sobre los DSR y el respeto a la diversidad sexual otorga a las y los jóvenes responsables de módulos de ACASAC las competencias humanas para saber ponderar el valor de los usuarios como personas y no interponer prejuicios o actitudes despectivas en las consultas.

Para la sustentabilidad a largo plazo y la mejora de estos servicios, es necesario diseñar una estrategia que a mediano plazo fortalezca los recursos humanos locales, a fin de que estos y estas jóvenes puedan ser incluidos en los servicios del Sector Salud. De ese modo tendrían mayor arraigo, pues tienen conocimientos sobre las prácticas y representaciones de la sexualidad y reproducción humana que privan en la comunidad.

4.4 Modelo de atención para adolescentes rurales

Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A. C. (Mexfam)

Antecedentes

En 1965 un grupo de hombres y mujeres, con el propósito de contribuir a mejorar las condiciones de vida de las poblaciones pobres de México y lograr su acceso al bienestar, decidió crear la Fundación para Estudios de Población, A. C. (FEPAC). A las y los fundadores de la FEPAC los unía la convicción y coincidencia sobre la planificación familiar como un derecho humano ligado a la justicia y a la libertad. La FEPAC decidió que la vía más eficiente era la de estructurar su labor para ofrecer a la población los siguientes servicios: planificación familiar, salud materno-infantil y educación e información sobre sexualidad humana. Para ello, abrieron centros clínicos que aumentaron de 21, en 1967, a 49, en 1970. El 14 de diciembre de 1983, la institución adoptó un nuevo nombre: Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A. C. (Mexfam).

El Programa Gente Joven se creó en 1986 con el objetivo de proporcionar educación sexual a jóvenes para prevenir el embarazo adolescente y las infecciones de transmisión sexual, proporcionando, asimismo, servicios médicos. Desde entonces el programa ha ido evolucionando y actualmente hace énfasis en el ejercicio libre, informado y placentero de la sexualidad, basada en los derechos sexuales y reproductivos, así como en la convivencia y el diálogo de las diversidades sexuales. El éxito de esta experiencia llevó a Mexfam a incursionar en 2003 en un modelo de atención para jóvenes rurales.



▲ *Chamula*. Gabriela Torres Freyermuth, 15 de junio, 2013, Tenejapa, Chiapas.

Objetivo general

Que las y los adolescentes de comunidades rurales ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos (DSR), que puedan mejorar su salud sexual y reproductiva (SSR) y retrasar el primer embarazo.

Objetivos específicos

- Fomentar la participación de los adolescentes en la toma de decisiones sobre el ejercicio de la sexualidad y en el uso de métodos anticonceptivos (especialmente condón).

- Aumentar el número de prestadores de servicios que proporcionen servicios de salud y consejería “amigables” para adolescentes.
- Consolidar un Modelo del Programa Gente Joven (PGJ) en área rural, sujeto a réplica e institucionalización.

Desarrollo

Desde que se diseñó el proyecto, la Fundación MacArthur mostró interés en medir su impacto, por tal razón, la evaluación fue parte medular del mismo. Para asegurar que esta evaluación fuera imparcial y objetiva se contrató al despacho externo Investigación en Salud y Demografía (INSAD).

La primera actividad del proyecto consistió en hacer el levantamiento del estudio de línea base en 54 localidades seleccionadas, durante un periodo de ocho meses. Es importante destacar que en este periodo no se realizó ninguna actividad para no interferir en la evaluación.

El proyecto consistió en hacer una adaptación del PGJ, que opera en zonas urbanas para dar atención a jóvenes rurales, al que se denominó “Modelo de Atención a Adolescentes Rurales” (MAAR). La intervención se realizó implementando los tres componentes del PGJ: escolar, de servicios y comunitario, en ese orden.

En los dos primeros años del proyecto se desarrollaron los componentes escolar y de servicios, sin tener mayor impacto en adolescentes y jóvenes de las zonas de influencia, sobre todo en el acceso a servicios. Ante esta situación se inició la implementación del componente comunitario apoyado con dos estrategias que se habían probado en el ámbito urbano sin mayor trascendencia: Organización de Cobertura Sistematizada (OCOSIS), que consiste en hacer visitas domiciliarias a los adolescentes y jóvenes, con el objetivo de invitarlos a participar en las actividades que se organizan para dar información, sensibilización y capacitación en temas relacionados con la SSR; además de aprovechar la oportunidad para promover las Jornadas Comunitarias de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad (JOCAS). Estas dos actividades marcaron la diferencia en el desarrollo del proyecto, ya que la movilización comunitaria alrededor de la sexualidad de adolescentes y jóvenes generó la creación de un ambiente favorable para reconocer

los DSR, la importancia de la educación integral de la sexualidad y el acceso a servicios de SSR, como elementos fundamentales para prevenir el embarazo adolescente no planeado, así como infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH / sida.

Evaluación del proyecto

La evaluación se realizó en 54 localidades: 27 localidades de influencia y 27 de control, y se enfocó en las siguientes actividades:

- 1) Analizar el conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos.
- 2) Comparar las diferencias en el uso de métodos anticonceptivos desde la primera relación sexual y a lo largo del tiempo.
- 3) Calcular la edad esperada del primer embarazo, utilizando la técnica de la tabla de vida.

Cronograma de evaluación:

- **2004.** Levantamiento de información para línea base
- **2005.** Primer seguimiento: realización del estudio de mitad de término
- **2007.** Segundo seguimiento
- **2008.** Tercer seguimiento
- **2011.** Evaluación de impacto, complementada con una evaluación cualitativa realizada de manera interna por Mexfam.

Resultados

El principal logro fue la sistematización de la experiencia, lo que la convirtió en un modelo de atención.

- Efecto o ganancia de la estrategia, mediante la comparación entre las poblaciones de las áreas de intervención y las de control, traducida en un incremento en el conocimiento de los diferen-



▲ Efraín Ascencio Cedillo, 10 de abril, 2010, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

- tes métodos anticonceptivos, por ejemplo, de diez puntos porcentuales, en la anticoncepción de emergencia.
- Efecto de 22 puntos porcentuales en el uso de anticonceptivos al inicio de las relaciones sexuales.
 - 2.5% en la disminución de la proporción del embarazo en las adolescentes.
 - Aumento del 3% en el número esperado de años sin embarazo, por efecto de la intervención al inicio de la reproducción en las adolescentes, según la tabla de vida (a los 13 años de edad).

4.5 Periodistas a favor de la salud de las mujeres

Lourdes Godínez Leal

Anayeli García Martínez

Antecedentes

Un fenómeno mundial que no se debe perder de vista es cómo los medios se han transformado con las innovaciones tecnológicas para dar paso a una carrera interminable donde la inmediatez es fundamental, provocando que en aras de tener “la nota” las y los periodistas estén obligados a buscar declaraciones, reportar los hechos más actuales y dejar para “después” la investigación, porque en general no tienen oportunidad de detenerse a reflexionar sobre el impacto de su trabajo en la sociedad.

Aunado a la inmediatez, la agenda periodística está determinada por la cobertura de conferencias de prensa, presentaciones y actos oficiales, dinámica que ha hecho que los temas sobre salud, perspectiva de género y derechos humanos tengan reducidos espacios en los medios. Aunque cada vez hay más periodistas que informan sobre estos temas, la salud de las mujeres aparece escasamente en los diarios, pantallas de televisión o programas radiofónicos, salvo cuando se trata de provocar escándalo.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible (OMS, 2014). Desde esta perspectiva, el periodismo enfocado en salud es un punto de partida para investigar la salud de las mujeres, desde

donde se pueden trabajar temas como salud reproductiva, acceso a métodos anticonceptivos, embarazo, parto, puerperio, muerte materna, morbilidad materna, violencia obstétrica, desempeño de unidades de salud o presupuesto asignado a prevención de infecciones de transmisión sexual.

Desde hace 26 años, Comunicación e Información de la Mujer, A. C. (CIMAC) considera que los medios de comunicación pueden ser aliados para generar estrategias que impulsen y desarrollen políticas con enfoque de derechos humanos y género. A través del periodismo, la sociedad civil organizada puede mostrar procesos, dinámicas, fenómenos sociales y problemáticas; pero también puede considerarlo como una plataforma para exponer propuestas y alternativas. Es decir, los medios y sus periodistas son actores estratégicos.

Objetivo

Con esta mirada, CIMAC, a través de Cimacnoticias, ha emprendido proyectos con el objetivo primordial de contribuir a generar una corriente de opinión que abone a la protección de la salud de las mujeres, tanto de zonas urbanas como rurales e indígenas en México; y posicionar a organizaciones civiles, académicas y expertas —que trabajen el tema— como fuentes de opinión. La idea de estos proyectos es informar desde una perspectiva distinta y ampliar las posibilidades de interlocución de la sociedad civil organizada con instituciones públicas.

En los seguimientos periodísticos exponemos los obstáculos que enfrentan las mujeres, la juventud y la niñez para ejercer su derecho a la salud; las políticas públicas que se implementan al respecto y las carencias en el sistema de salud. Este trabajo se hace consultando a organizaciones especializadas, investigaciones académicas, estadísticas oficiales y testimonios que nutren y sustentan la información.

Desarrollo

Los medios son fundamentales para ejercer presión política y social que contribuya al cambio; al ofrecer nuevas visiones sobre los temas, también favorecen la movilización de conciencias, ya que brindan ele-

mentos de análisis y argumentos a los funcionarios para promover la implementación de políticas públicas.

A través del trabajo periodístico de Cimacnoticias, se busca posicionar temas y trabajar para que quienes ejercen esta profesión, conozcan la dimensión de problemas de salud pública y realicen trabajos que impacten de manera positiva. Así, emprendimos proyectos que han logrado abonar al trabajo de la sociedad civil y de las autoridades.

Muerte materna

El Estado mexicano se comprometió a que en 2015 disminuiría a 22 las defunciones de mujeres por cada 100 mil nacidos vivos (razón de mortalidad materna), por lo que en 2009 consideramos que era necesario aprovechar las nuevas tecnologías, los recursos y herramientas digitales, para dar un giro a esta realidad, al contextualizar la información e ir más allá de los números de muertes maternas y hacer evidente el problema.

En la Conferencia *Women Deliver* (Mujeres que dan vida), en octubre de 2007 en Londres, se dejó claro que “la región Latinoamérica se pierde en la generalidad” porque las mujeres siguen sin poder ejercer el derecho a la maternidad segura y el tema de la morbilidad está desdibujado, tan es así que conseguir cifras sobre ello es difícil.

Decidimos potenciar la necesidad ciudadana de tener información sobre mortalidad y morbilidad maternas e impulsar la campaña “No Más Muerte Materna” con el uso de recursos tecnológicos que ofrece la red: blogs, podcasts, radio por internet entre otros, que han permitido desarrollar campañas exitosas con el internet como herramienta de cambio. Así nació la Web 2.0 por la Salud Materna: El Rostro de la Mortalidad Materna en México.⁷

Asimismo, diseñamos una campaña electrónica multimedia, a través de una plataforma virtual, donde incluimos testimonios para dar rostro a la muerte materna, integramos blogs, mapas interactivos, podcasts, foros interactivos de discusión y documentos sobre morbilidad y mortalidad maternas en el marco del ejercicio de los derechos sexuales

⁷ Web 2.0 por la Salud Materna: El Rostro de la Mortalidad Materna en México: <http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/> (8 de enero, 2014).

y reproductivos (DSR) de las mujeres para contribuir a la creación de una ciudadanía participativa en el tema, que posicione y enfatice las recomendaciones ciudadanas para disminuir la muerte materna.

Salud en Centroamérica

En Centroamérica las complicaciones del aborto inseguro es una de las principales causas de mortalidad materna y las mujeres pobres, rurales, indígenas y marginadas son las más vulnerables. Se calcula que en Centroamérica ocurren aproximadamente 900 mil abortos al año, la mayoría de ellos en condiciones de riesgo.

Antes de 2010 existía el aborto terapéutico en El Salvador (1997) y Nicaragua (2006), mientras que en Guatemala existen leyes restrictivas que permiten el aborto inducido bajo circunstancias limitadas. Como parte de una estrategia para “proteger la vida” desde el momento de la concepción-fecundación y criminalizar el aborto, entre 2008 y 2009, se aprobaron en México modificaciones a la Constitución Política de 17 entidades federativas.

Ante este panorama, ampliamos la investigación para informar sobre la situación de la salud de las adolescentes en México, Guatemala, El Salvador y Nicaragua, y surgió la campaña regional “Por una Maternidad Libre y Voluntaria”, que se implementó durante 2010 y 2011 en

▼ *Marcha en San Cristóbal de Las Casas.* Juan Carlos Martínez Pérez, 2 de octubre, 2013, Chiapas.



18 entidades federativas de México y cuatro países de Centroamérica (Guatemala, Honduras, Nicaragua y El Salvador).

La campaña tuvo el objetivo de generar una corriente de opinión con periodistas y profesionales de la comunicación a favor de los DSR de las mujeres y sentar las bases para realizar un quehacer periodístico en la región, que visibilizara las consecuencias de la criminalización del aborto para la salud y desarrollo de las mujeres en Centroamérica.

El trabajo consistió en investigar y publicar información en Cimac-noticias, pero también en crear un Observatorio de Medios en México que monitoreó la información publicada en seis periódicos de edición nacional: *El Financiero*, *El Sol de México*, *El Universal*, *Excélsior*, *La Jornada*, *Milenio* y *Reforma*. En todos los casos se eligieron notas, reportajes o entrevistas que tuvieran como tema central la salud de las mujeres.

Derechos de la juventud

Para 2012 encontramos una problemática constante en México: el embarazo en edades cada vez más tempranas y la falta de estrategias gubernamentales para revertir esta situación, pues las que actualmente existen se enfocan a mujeres que son madres y están unidas dejando de lado a las adolescentes y jóvenes que no están unidas ni desean ser madres.

En promedio, la necesidad insatisfecha de anticoncepción entre mexicanas es de 9.8%, pero ésta aumenta a 18% en las jóvenes y a 25% entre las adolescentes, según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID, 2009).

A través del monitoreo de medios nos percatamos de que temas coyunturales relacionados con los DSR, como el aborto, tienen cobertura pero desde un enfoque extremista, sin profundizar en las causas por las que las mujeres toman la decisión de interrumpir el embarazo; no se considera el tema como problema de salud pública, ni el hecho de que las legislaciones punitivas incrementan el riesgo de muerte por procedimientos inseguros; tampoco se habla de la falta de acceso a métodos anticonceptivos que permitan prevenir un embarazo no deseado, lo que ha provocado en gran medida que las tasas de embarazo en adolescentes se hayan incrementado en la última década y que desde hace 35 años haya un estancamiento en el uso de métodos anticonceptivos, de acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO).

Con estos datos, Cimacnoticias emprendió una campaña en México para que periodistas informaran sobre los DSR de la juventud, con énfasis en comunidades indígenas y rurales; para que el gremio se interesara en el tema y lo documentara con información científica, laica y sustentada, sin prejuicios ni estigmas y ayudara a demostrar que es necesario que existan servicios de salud accesibles que permitan a la juventud tomar decisiones libres e informadas.

Resultados

Para CIMAC y Cimacnoticias es importante continuar trabajando con periodistas para mejorar la calidad de la información y sus enfoques en los medios de comunicación, pues, si bien hay más apertura para colocar los temas de DSR, el problema aún es desde dónde se trabaja, es decir, desde el sensacionalismo y la revictimización. Por ello es fundamental insistir sobre la importancia de una mirada con enfoque de derechos humanos y perspectiva de género.

Hasta ahora las estrategias implementadas, la capacitación de comunicadores y las campañas periodísticas han colocado en los medios de comunicación y en la opinión pública testimonios de violaciones al derecho a la salud, casos de negligencia obstétrica, iniciativas ciudadanas a favor de la maternidad libre y voluntaria y demandas de abasto de anti-conceptivos, entre muchas otras exigencias e historias; asimismo, han ayudado a estimular el trabajo de las instituciones públicas.

Como periodistas comprometidas con los derechos humanos de niñas y mujeres, creemos necesario seguir discutiendo estos temas, así como el de los recursos que destina el gobierno a la salud de esta población, e insistir en las obligaciones que ha adquirido en la materia. Si bien sabemos que es un camino largo por recorrer, continuaremos trabajando con la convicción de que mujeres y niñas merecen respeto a sus derechos humanos, incluido el de la salud; y, desde el periodismo, es nuestro deber mantener informada a la ciudadanía.



5 La partería profesional¹

Graciela Freyermuth Enciso

Hilda Eugenia Argüello Avendaño

Existe evidencia histórica de que la asistencia al parto por parteras profesionales ha reducido la mortalidad materna (MM). Suecia es el prototipo,² impulsó una política de salud en el siglo XVIII encaminada a capacitar a las parteras, certificarlas y asegurar la atención de todos los partos por este personal (la mayoría eran domiciliarios), logrando, para principios del siglo XIX, tener la razón de mortalidad materna (RMM) más baja de Europa (228 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos, en 2013 era de 4), antes de la introducción de la técnica cesárea, la transfusión sanguínea o el uso de antibióticos (Van Lerberghe, *et al.*, 2001:10-12).

Desde fines de la década de los noventa las recomendaciones internacionales —Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés)— se encaminan hacia la atención del parto por personal sanitario calificado, como elemento central de cualquier política o programa destinado a la reducción de la MM.

Un antecedente relevante de la atención calificada del parto fue la declaración conjunta de la OMS con el UNFPA, el Fondo de las Naciones

¹ Este texto forma parte de un documento más amplio publicado en Freyermuth, G., Argüello, H., 2015, "Viejos y nuevos rumbos de la partería profesional en México", en Ed. Georgina Sánchez, *Imagen instantánea de la partería*, El Colegio de la Frontera del Sur.

² Dinamarca, Noruega y Holanda impulsaron el mismo modelo (Van Lerberghe, *et al.*, 2001).

Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Banco Mundial sobre la reducción de la MM en 1999, en la que se hizo referencia a la atención del parto por personal sanitario calificado (partera calificada o médico), como un indicador sensible de la mejora en la atención del parto, y recomendaba su utilización como elemento central de cualquier política o programa encaminado a la reducción de las muertes maternas. En septiembre de 2000 los países miembros de las Naciones Unidas firmaron la *Declaración del Milenio sobre Desarrollo* —Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)—, en donde se incluyó disminuir en 75% las muertes maternas entre 1990 y 2015 (ODM 5: Mejorar la salud materna). La Declaración identifica la proporción de nacimientos atendidos por personal calificado como indicador del progreso hacia la consecución de esa meta: lograr una cobertura de 80% para 2005 y de 90% para 2015 (Naciones Unidas, 2000).

En 2003, Family Care International (FCI) retoma el concepto propuesto en la Declaración de 1999 y define como parteras calificadas exclusivamente a las personas con conocimientos en partería (médicos, parteras, enfermeras) “que han adquirido competencia en las técnicas necesarias para ocuparse de partos normales y diagnosticar complicaciones obstétricas o proceder al envío de pacientes en esos casos” (FCI, 2003: s/n).

En México, en el siglo XIX, la partera formaba parte del sistema de salud. En 1905 se inició la carrera de enfermería, con énfasis en la atención materna, carrera dirigida a mujeres viudas; estas parteras-enfermeras eran quienes atendían los partos y sus complicaciones menores. La carrera de obstetricia surgió cuando se formaron las parteras universitarias en el país, que tuvieron auge entre 1920 y 1950. En esa misma época, a nivel mundial, el Comité de Expertos de la Maternidad de la OMS recomendó en 1952 que el personal de enfermería se formara como parteras, sobre todo en aquellas zonas donde los servicios de maternidad estuvieran menos desarrollados y requirieran de personal auxiliar (OMS, 1955:3). Es así que en 1955, atendiendo esta recomendación, se conformó un comité de expertos para establecer el perfil profesional de las parteras (*Ibidem*). De ese modo, se establecieron diferentes clases de parteras con diferentes atribuciones: la partera tradicional o partera empírica, sin capacitación formal; la partera auxiliar, considerada con cierta formación sobre asistencia prenatal, perinatal y postnatal; y la partera graduada, como la enfermera-partera (*Ibid.*, 6-7).

A pesar del impulso internacional, en México las parteras profesionales ya no fueron contratadas a partir de 1950, y en 1960 se les prohibió atender partos. Desde esa fecha, la formación educativa de la partería profesional dejó de ser mencionada en el sistema de salud mexicano y las enfermeras obstetras egresadas de la licenciatura fueron adscritas a puestos administrativos y gerenciales en hospitales.

Con el nacimiento de las especialidades médicas universitarias en 1960 y la formación masiva de médicos ginecoobstetras, las parteras-enfermeras profesionales institucionales fueron perdiendo vigencia, ya que se consideró que los médicos generales y especialistas egresados cumplirían con la función que hasta entonces habían desarrollado estas parteras. A mediados de esa década, un comité de expertos de la OMS comenzó a discutir sobre la función de las parteras en la asistencia a la madre, pues reconocían el incremento de partos hospitalarios, especialmente en zonas urbanas, y el “creciente interés” de la profesión médica por los cuidados obstétricos, incluyendo los partos normales, por lo que consideraron a la partera, a partir de entonces, como integrante de un grupo multidisciplinario compuesto por obstetras, pediatras, médicos de familia y enfermeras, y el cuidado prenatal como su actividad principal³ (OMS, 1966).

Las dificultades que ha tenido nuestro país para disminuir la MM en la primera década del siglo XXI, los compromisos signados a través de los ODM, la influencia de las políticas internacionales de no considerar a las parteras llamadas “tradicionales o empíricas” como estratégicas para la solución de la muerte materna, el impulso de organizaciones no gubernamentales internacionales para incluir como uno de los indicadores del ODM 5 la atención del nacimiento por personal calificado, la modificación de una política que privilegia la atención de la urgencia obstétrica en lugar de la identificación de mujeres de alto riesgo, así como las dificultades para que las mujeres en el área rural tengan

³ No obstante, se considera que sus funciones se han extendido, como la consejería en planificación familiar. El comité concluye que la actividad de las parteras es un elemento permanente y esencial en los servicios materno-infantiles, por lo que recomienda la habilitación de medios de formación y creación de puestos de trabajo, material necesario para ejercer su profesión y enseñanza, educación continua, registro de parteras tradicionales para mejorar su trabajo, estadísticas demográficas para evaluar con regularidad la eficacia de los servicios nacionales y locales de asistencia a la madre; asimismo, se recomienda que los médicos faciliten el desempeño eficaz de sus funciones y reconozcan el valor profesional de sus colegas de los servicios de partería (OMS, 1955:21-22).

acceso oportuno al primer nivel de atención, han influido para que la partería profesional sea considerada como una opción para mejorar el acceso oportuno a los servicios de salud.

En 2009 la Secretaría de Salud (ssa, 2009) lanzó su Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México, donde señaló la importancia de la partería profesional como una opción para mejorar la atención obstétrica, siendo Chile el caso paradigmático, ya que desde 1948 impulsó un esquema similar al europeo con un programa de formación de parteras profesionales que, desde entonces, han estado a cargo de la atención materna. Los resultados muestran que en ese país las RMM son inferiores a países como México y Brasil.

Asimismo, en la Estrategia se señala que un estudio retrospectivo (2005 / 2006) realizado por un equipo del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Departamento de Obstetricia, Ginecología y Ciencias Reproductivas de la Universidad de California de San Francisco (UCSF), mostró que la tasa de cesáreas —realizadas entre 2002 y 2005— es casi tres veces menor en el Hospital de Maternidad del Centro para Adolescentes de San Miguel de Allende, A. C. (CASA) en relación con la tasa promedio (35%) de los hospitales del estado de Guanajuato. Otro estudio (Cragin *et al.*, 2007; Walker *et al.*, 2013) concluyó que la currícula de la Escuela de Parteras Profesionales de CASA cuenta con 93% de los conocimientos básicos internacionalmente recomendados para la atención del parto, contra 60% de la Facultad de Medicina y 59% de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), ambas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Adicionalmente, CASA asegura que sus egresadas graduadas cuentan con experiencia clínica y habilidades comprobadas (Freyermuth *et al.*, 2009). La misma Estrategia propuso el empleo de parteras profesionales, enfermeras obstetras y enfermeras perinatales para la atención de mujeres embarazadas y parturientas. Hay que señalar que ya en 2008 la ssa había reinstaurado el código de Licenciada en Enfermería y Obstetricia y en 2011 creó el código de Partera Profesional.

La publicación de la Estrategia dio un impulso importante a la partería profesional en México y visibilizó a organizaciones que han venido promoviéndola a contracorriente.

A finales de 2009 la Fundación MacArthur organizó una reunión con las organizaciones de la sociedad civil que realizaban trabajo en partería profesional, particularmente: Nueve Lunas, Mujeres Enlaza-



▲ Ondine Rosenthal
/ Mujeres Aliadas,
A.C., 27 de julio,
2014.

das, Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM), Dillys Walker del INSP —que había realizado varios estudios sobre el desempeño de la educación de la partería en México—, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR) de la SSA y las enfermeras adscritas al programa de posgrado de la ENEO.

En esta reunión se analizó la coyuntura de la partería en México y se escucharon propuestas para la consolidación de la partería profesional en el país; se reconoció que para 2009 las parteras profesionales que ejercían en México habían llegado a la profesión mediante estudios universitarios de enfermería con especialización obstétrica o perinatal, práctica de la partería o estudios formales en una escuela de partería en el extranjero, y que otras habían estado ejerciendo a partir del aprendizaje con parteras profesionales o tradicionales. Entre los principales retos que identificó el CPMSM estuvieron el desmantelamiento de la figura de la partera dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS) y la au-

sencia de una instancia para el reconocimiento de la partería profesional, así como de espacios universitarios públicos para su formación como una profesión distinta de la enfermería, y que es medular para la provisión de servicios de salud materna y neonatal.

Es necesario señalar que a pesar de que la ENEO y la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia (ESEO) del Instituto Politécnico Nacional cuentan con programas de licenciatura en enfermería y obstetricia, sus egresadas no tienen un espacio en el Sector Salud como parteras profesionales y el ámbito de posgrado que impulsan se relaciona exclusivamente con la atención neonatal o con otras subespecialidades, como la gerontogeriatría. En el caso de Chile, las funciones de las parteras profesionales contemplan el cuidado del embarazo normal, así como la atención intrahospitalaria del parto sin complicaciones y están facultadas para prescribir y aplicar medicamentos para la atención del parto normal (Código Sanitario de Chile, 1967, Artículo 117). En México las enfermeras de la ENEO o de la ESEO no tienen este tipo de atribuciones.

El CPMSM propuso como una estrategia la conformación del Colegio de Parteras, a fin de contar con un espacio de certificación para todas aquellas parteras profesionales que contaban con formación en el extranjero pero que no tenían reconocimiento en México. Este grupo inicial se amplió e inició un proceso de análisis de elementos que podían considerarse estratégicos para impulsar la creación de un colegio de parteras.⁴ Para ello, se formó un grupo de trabajo que elaboró los perfiles de habilidades y competencias de la partería en función de las experiencias de las organizaciones participantes, se llevó a cabo una planeación estratégica sobre los pasos a seguir para la creación del Colegio de Parteras y se promovió un seminario internacional sobre partería con apoyo financiero del CNEGYSR.

Finalmente se conformó una asociación civil denominada Asociación Mexicana de Partería. Es importante señalar que ya se contaba con una asociación previa que se había promovido desde Ticime y CASA, sin embargo, no hubo consenso para utilizar esta plataforma para la nueva asociación y, por tanto, el proceso se reinició.

⁴ Asociación Nacional de Enfermeras Obstétricas y Perinatales (ANEOP), Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMI-Gen), ENEO, CASA (San Miguel de Allende), Luna Maya (Chiapas), Nueve Lunas (Oaxaca), Mujeres Aliadas (Pátzcuaro), CPMSR, INSP, Parto Libre A. C., Parteras tradicionales, Grupo Ticime, CNEGYSR.

Asimismo, desde años previos a 2009, CASA había impulsado la creación de un código dentro del SNS y modificaciones a la Ley General de Salud, inclusive en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, para visibilizar la figura de la partera profesional, iniciativa que fue apoyada por el CPMSM, el INSP y el Instituto Nacional de las Mujeres. CASA enfrentaba dificultades para obtener suficientes campos clínicos para la formación de sus alumnas y para que sus egresadas se incluyeran en el SNS. Estas negociaciones dieron como fruto que en febrero de 2011 la SSA notificara la creación y registro del puesto de partera técnica con el código M02117, señalando:

La inclusión del puesto en la plantilla de la Secretaría de Salud abrió un espacio por el que varias organizaciones han luchado desde hace muchos años y su incorporación formal al sistema de salud fue posible en gran medida a la existencia de certeza que sustenta su buen desempeño como proveedoras de atención obstétrica básica (Comunicado de prensa 230).

Con ello se formalizaba, por un lado, la posibilidad de integración de la partería profesional; por otro, se esperaba que en 2013 quedara formalizada la Asociación Mexicana de Partería, que incluiría solamente a parteras y enfermeras obstetras, y excluiría a médicas, independientemente de que estuvieran dedicadas a la partería desde una perspectiva de parto humanizado.

5.1 CASA: escuela de partería profesional

Nadine Goodman

María Eugenia Torres

Antecedentes

El Centro para las y los Adolescentes de San Miguel de Allende, Guanajuato (CASA) es una organización que surge en 1980 como asociación civil que promueve la educación sexual, el acceso a la planificación familiar (PF) y a los servicios de salud reproductiva en San Miguel de Allende y sus alrededores. Responde a problemáticas como el aumento de casos de embarazo en adolescentes, la violencia sexual y doméstica, así como la mortalidad y morbilidad maternas.

Desde su fundación, como asociación civil, brinda servicios a personas que viven en situación de vulnerabilidad, con niveles socioeconómicos bajos, especialmente adolescentes y mujeres de comunidades rurales. En CASA se promueve la responsabilidad social, empleando a casi 90 personas y beneficiando a otras 80 mil anualmente a través de múltiples servicios en toda la República Mexicana.

En 1994, a petición de un grupo de parteras tradicionales, abre una clínica familiar para el público general y un hospital materno que se centra en la calidad de la atención médica y el parto humanizado, constituyéndose como una alternativa culturalmente apropiada y un campo de acción para nuevas generaciones de parteras. Es así como CASA instala en 1996 la primera Escuela de Parteras Profesionales en México, reconocida por la Secretaría de Educación Pública.

Objetivo general

Contribuir a la reducción de embarazos no deseados, sobre todo, entre las adolescentes.

Objetivos específicos

- Capacitar en partería profesional a jóvenes, principalmente mujeres, con costos accesibles.
- Brindar acceso equitativo a la educación profesional en partería, como una herramienta para ampliar las posibilidades de empleo.
- Contribuir a la sensibilización de la población sobre la relación entre seres humanos y medio ambiente.
- Contribuir a la erradicación de prejuicios y violencia a través de la educación.
- Sensibilizar al personal de salud sobre la importancia de la partería profesional y su inclusión en el Sistema Nacional de Salud.

Desarrollo

Al inicio del proyecto la co-fundadora y primera directora del CASA ofrecía información sobre educación sexual y PF a jóvenes de San Miguel de Allende y mujeres de áreas rurales; posteriormente, como respuesta al interés de maestros y padres / madres de familia, se constituye un programa de sexualidad impartido en escuelas locales, se contrata a un psicólogo como apoyo al programa de enseñanza y se inicia con la instrucción de promotores(as).

La organización se legaliza como asociación civil y el Programa de Promotores(as) se extiende. Se elabora el folleto educativo *Nuestras dudas* a partir de preguntas formuladas por adolescentes sobre su sexualidad. Al mismo tiempo, se inicia la relación con parteras tradicionales que han empezado a acercarse al CASA. Un año después, inicia el Programa de Guardería para Niños de Madres Adolescentes.

En 1990 inicia el Programa de Capacitación en Partería para Parteras Tradicionales y se instalan el laboratorio, la farmacia y el consulto-

rio dental, alcanzando a 30 mil personas en un año de servicio. En 1992 se implementa el Programa de Educación Sexual a nivel estatal en escuelas públicas, atendiendo a 15 824 personas, 4 mil de ellas estudiantes. En 1993 comienza la construcción de un hospital de maternidad y se publica un manual de entrenamiento para promotores(as); asimismo, inicia la implementación de dos proyectos: investigaciones sobre violencia sexual y educación ambiental. En 1994 se inaugura el Hospital de Maternidad y los proyectos ambientales se amplían para incluir la edificación de letrinas, estufas de combustible eficiente, así como el cultivo y preparación de plantas medicinales.

En 1996 se forma el grupo juvenil de teatro, que presenta 56 obras teatrales con la asistencia de 5 802 personas; se realizan 405 pruebas de VIH gratuitas y, desde su inicio hasta 1997, se otorgan gratuitamente métodos anticonceptivos a 83 728 personas.

Para el año 2000 se inaugura el Campus de CASA en la Colonia Santa Julia, en San Miguel de Allende, con partería, biblioteca pública y guardería; en 2003 inicia el Proyecto de liderazgo; en 2005 inicia un proyecto de comunicación con un programa de radio, y en 2006 se publica una guía para denunciar casos de violencia intrafamiliar y de violación de derechos humanos.

Resultados

La Escuela de Parteras Profesionales es la primera escuela en México con reconocimiento oficial en su área y ha contado con la participación de agencias internacionales e instituciones académicas mexicanas y extranjeras. Promueve el liderazgo y empoderamiento juvenil a través de la formación de parteras de zonas rurales, dándole preferencia a mujeres jóvenes cuyas madres u otros familiares son parteras o médicos. Esto con el fin de llevar atención médica a los lugares más apartados del país. El programa tiene un enfoque de derechos, equidad e interculturalidad.

La escuela tuvo su primera generación en 1999 y sigue funcionando hasta la fecha. Ha tenido 15 generaciones con un total de 91 egresadas de las entidades federativas de: Chiapas, Veracruz, Tabasco, Guanajuato, Puebla, Oaxaca, Querétaro, Distrito Federal, Morelos, San Luis Potosí, Colima y Guerrero, así como de Guatemala, Alemania y Ecuador.

En julio de 2015 se espera la graduación de 20 estudiantes de partería de varias entidades federativas de México, así como de Guatemala y Panamá, que iniciarán su servicio social, y en agosto de 2015 ingresará al programa un grupo nuevo de 30 alumnas.

En 2006, el Instituto Nacional de Salud Pública de México y el Departamento de Obstetricia, Ginecología y Ciencias Reproductivas de la Universidad de California de San Francisco desarrollaron investigaciones secuenciales que comparan los modelos de provisión de servicios de salud materna prestados por médicos, parteras profesionales y enfermeras obstétricas. Primero evaluaron el plan de estudios de la escuela de medicina más grande de México, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), así como el de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) —también de la UNAM— y el de la Escuela de Parteras Profesionales de CASA, concluyendo que el plan de estudios de CASA prepara a sus estudiantes en 85% de 233 variables evaluadas del total recomendado por la Organi-

▼ *Maestra partera.*
Virginia Alejandre
/ Centro de
Iniciación a la
Partería en Oaxaca
Nueve Lunas, 27 de
noviembre, 2013.



zación Mundial de la Salud (OMS), porcentaje requerido para un asistente calificado en la atención de un parto, en comparación con 45% de la Facultad de Medicina y 54% de la ENEO. En un segundo estudio, evaluaron prácticas basadas en evidencia y lineamientos de la OMS para la atención del parto y encontraron que tanto parteras profesionales como enfermeras se desempeñaron igual o mejor que los médicos (Walker *et al.*, 2011).

Finalmente se diseñó un ensayo aleatorizado por conglomerados, comparando clínicas rurales donde se integraron la partería profesional y la enfermería obstétrica para la atención de la salud materna (intervención) en clínicas atendidas por médicos (control). Los resultados de las clínicas de intervención proporcionaron una atención materna más favorables que en los controles (Walker *et al.*, 2013). Estos hallazgos pueden considerarse un reconocimiento de la calidad de las egresadas del CASA.

En general los resultados de las evaluaciones externas del trabajo del equipo de parteras tradicionales y profesionales en la Clínica de Enseñanza del CASA son impresionantes: las tasas de morbilidad y la razón de mortalidad materna son más bajas que las estatales y nacionales, la tasa de bajo peso al nacer es de la mitad de la tasa nacional, la tasa de cesárea se encuentra entre el 6 a 15% y todos los recién nacidos egresan con lactancia materna establecida en el postparto.

CASA ha trabajado muy de cerca con el gobierno porque se ha considerado que es el que tiene la posibilidad de escalar experiencias como la de CASA a nivel nacional. En 2001 CASA recibió de la Dirección General de Profesiones de la Subsecretaría de Educación Superior e Investigación Científica, de la Secretaría de Educación Pública, una resolución favorable y el registro para que las graduadas pudieran acceder a la cédula profesional. Muchos años después, en 2011, CASA, junto con otras organizaciones de la sociedad civil, logró que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud (SSA) y el subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud negociaran con la Subsecretaría de Administración y Finanzas la apertura del Código M02117 para Partera Técnica, así como la inclusión del puesto de Partera Profesional, nivel técnico terminal, en el Catálogo de Puestos Sectorial. Esto fue un logro porque posibilita desde el 2012 la contratación e inclusión en el sistema de salud de las parteras profesionales. Adicionalmente se estableció una partida presupuestaria en los

estados considerados prioritarios en el Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados.

CASA ha sido una importante promotora para la instalación de escuelas de partería profesional en diferentes entidades federativas compartiendo la curricula de su escuela a fin de asegurar la atención humanizada del parto normal. Ha establecido alianzas con los gobiernos y la sociedad civil de San Luis Potosí, Guerrero, Morelos, Oaxaca y Chiapas.

Esta promoción ha tenido resultados importantes. Uno de ellos es que, en colaboración con el gobierno de Guerrero, abrió en 2012 la primera Escuela Pública de Parteras Profesionales basada en el modelo de CASA, ubicada en la región de la montaña en Tlapa de Comonfort, donde hay 85 alumnas becadas. En agosto de 2015 una universidad en la Huasteca de San Luis Potosí abrirá la carrera de partería profesional, nivel técnico superior universitario. En Morelos probablemente se abrirá la licenciatura de partería profesional en agosto de 2015; en Oaxaca se abrirá a nivel técnico terminal en agosto de 2015, y en Chiapas a nivel técnico superior universitario en la misma fecha. Todos estos programas han contado con la asesoría del CASA.

La partería profesional ha mostrado que es un recurso humano indispensable en la conformación del equipo interdisciplinario de atención a la salud de la mujer. Todavía hay muchos obstáculos para que esto sea una realidad, como el desconocimiento público de la existencia de parteras profesionales en el país, así como la resistencia por parte del Sector Salud a que sean estas profesionistas quienes atiendan los partos de bajo riesgo en primer nivel, a pesar de ser una recomendación internacional.

En septiembre de 2014 CASA abrió el Programa de Partería en línea: Tecnología, Información y Comunicación (TIC), iniciando la formación de docentes en espacios virtuales y clínicos para la partería profesional.

5.2 Escuela de Partería Profesional del Estado de Guerrero

Mari Cruz Coronado Saldierna

Antecedentes

El gobierno del estado de Guerrero es el responsable de la implementación del proyecto de la Escuela de Partería Profesional como un organismo público descentralizado —bajo el Decreto 1258, publicado en el periódico oficial del gobierno del estado núm. 76 el viernes 21 de septiembre de 2012 (Gobierno de Guerrero, 2012)— que abrió sus puertas el 20 de agosto de 2012 en la zona de la Montaña, en Tlapa de Comonfort, Guerrero, con los siguientes objetivos.

Objetivos

- Formar técnicos profesionales comprometidos con el desarrollo socioeconómico y cultural de la salud, en los ámbitos comunitario, regional y nacional, cuyas actividades contribuyan a promover la disminución de muertes maternas, así como a prevenir enfermedades en las mujeres durante la gestación.
- Procurar que la educación surja de la cultura del entorno inmediato de los estudiantes e incorpore elementos y contenidos de prevención en materia de salud.
- Fomentar el contacto con el entorno, estableciendo una cultura de respeto al medio ambiente en materia de salud.

- Formar personas con actitud científica, creativas, solidarias, con espíritus emprendedores, innovadores y sensibles a la problemática de la muerte materna.
- Organizar y realizar actividades educativas de prevención en materia de salud, atendiendo fundamentalmente los problemas locales y regionales relacionados con las necesidades de desarrollo en materia de salud.
- Difundir conocimiento relacionado con la prevención y atención oportuna a las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.

Desarrollo

Uno de los problemas que enfrenta la escuela es el acceso a los campos clínicos para la formación de las y los estudiantes, ya que sin campos clínicos adecuados para el modelo de partería, dicha formación corre el riesgo de que sus estudiantes no desarrollen las competencias adecuadas en su proceso de enseñanza-aprendizaje.

Actualmente el principal obstáculo de las parteras profesionales es abrirse espacio en un contexto de competencia por plazas en el Sector Salud. Es evidente que el personal de partería podría estar más calificado y representar un menor costo que los egresados de medicina (Cragin *et al.*, 2007), razón por la cual hay resistencia en el gremio médico a su inclusión en el sistema de salud. Las parteras también se resisten a formar parte de las instituciones de salud públicas, ya que se desvirtúa su objetivo de institucionalizar el parto humanizado y deben adaptarse a las prácticas hospitalarias, que son fragmentadas y deshumanizadas.

La Escuela de Partería Profesional es la primera escuela pública en México con reconocimiento oficial en su área. Pretende llevar atención médica a los lugares más apartados del estado de Guerrero, como son los 19 municipios de la zona de la Montaña, desde un enfoque de derechos humanos, equidad e interculturalidad, involucrando a alumnas de estas zonas rurales y dando preferencia a mujeres jóvenes cuyas madres u otros familiares fueran parteras tradicionales, que sean bilingües y con compromiso social en su comunidad.

Asimismo, la escuela promueve el liderazgo y empoderamiento juveniles y de las mujeres en general. En 2014 contaba ya con tres gene-

raciones en formación: 19 estudiantes en quinto semestre, 35 estudiantes en tercer semestre y 33 alumnas en primer semestre. Todas las alumnas becadas por el gobierno son bilingües y de muy escasos recursos económicos. De igual forma, 80% de las alumnas proviene de los municipios de la Montaña, 20% de la Costa Chica y 100% expresa un gran compromiso social por regresar a su comunidad a trabajar cuando egrese de la escuela como parteras profesionales integradas al sistema de salud. Por tanto, al ser la escuela una iniciativa gubernamental, esperaríamos que el gobierno de Guerrero asumiera el compromiso de emplearlas, para cumplir el objetivo con el que inició este proyecto: dar atención con enfoque intercultural y disminuir la muerte materna en la población más vulnerable.

CASA ha realizado constante promoción en diferentes entidades federativas para instalar escuelas de partería profesional, por tal razón, el programa que la Escuela de Partería Profesional del Estado de Guerrero desarrolla es el mismo, salvo algunas adaptaciones a sus condiciones particulares.

▼ Ondine Rosenthal
/ Mujeres Aliadas,
A.C., 27 de julio,
2014.



Resultados

En mayo de 2012 se firmó un Convenio Marco de Coordinación entre el Gobierno del Estado de Guerrero y CASA; en julio del mismo año se aprobaron el plan y el programa de estudios de la Carrera Técnica de Partería Profesional en Guerrero. Como consecuencia directa de estos cambios normativos, se creó la Escuela de Partería Profesional del Estado de Guerrero, como organismo público descentralizado en Tlapa de Comonfort (Fundación MacArthur, 2013).

Los requisitos para la inscripción a la Escuela de Partería Profesional de Tlapa son: ser mujer con vocación de servicio para la atención de la salud de la madre y su bebé, tener certificado de secundaria, contar con 18 años de edad como mínimo, tener acta de nacimiento y Clave Única de Registro de Población (CURP), disponibilidad de tiempo completo para dedicarse a su preparación y tres años de residencia en Tlapa a partir de la fecha de admisión. Asimismo, en caso de ser madre, será necesario estar lejos de la familia durante los periodos de prácticas, rotaciones clínicas y estancias en comunidades rurales, además de que tendrán prioridad familiares de parteras tradicionales de comunidades rurales.

La Escuela de Tlapa tiene 64 alumnas a la fecha (2015), provenientes de municipios cercanos. La idea es que regresen a trabajar a sus comunidades una vez concluida su formación. Uno de los problemas que enfrenta la escuela es la incertidumbre sobre la apertura de plazas para las primeras 30 parteras que egresarán en un año y medio. Por otra parte, la dirección de la escuela está vacante desde hace varios meses y mientras no se nombre un nuevo(a) director(a) no se puede ejercer el presupuesto que está asignado para la escuela. Se envió una solicitud para que se libere el financiamiento al gobierno de Guerrero, sin embargo, ese presupuesto es solamente un aproximado para el manejo de la escuela, basado en los costos de uniformes, alimentos y otros materiales para el alumnado; los costos calculados no contemplan los gastos indirectos y está pendiente el cálculo detallado del costo de formación por estudiante.

5.3 Mujeres Aliadas, A. C.

Ondine Rosenthal Sievers

Antecedentes

Mujeres Aliadas es una organización de la sociedad civil que brinda una alternativa humanizada de atención, educación y formación en materia de derechos y salud sexual y reproductiva (SSR) a mujeres y adolescentes, con base en el Modelo de la Partería Profesional. Trabaja bajo la filosofía de respeto y atención humanizada, en donde la mujer es la figura más importante en la toma de decisiones con respecto a su SSR, participando activamente y haciendo valer, con ello, sus derechos.

Mujeres Aliadas nace a raíz de la elaboración del *Análisis del sistema de salud en la cuenca del lago de Pátzcuaro* (Ferguson, 2010) liderado por una pareja norteamericana: una partera profesional y un epidemiólogo, quienes de 2006 a 2009 formaron equipo y relaciones estrechas con mujeres líderes de la región. Por más de tres años realizaron una investigación y escucharon las voces de las mujeres de la comunidad, conocieron sus problemas, detectaron necesidades y, a partir de ahí, se comenzaron a plantear soluciones, principalmente aquellas relacionadas con los derechos y la SSR.

Una de las primeras problemáticas detectadas fue que: “La mujer carece de conocimientos con respecto a su cuerpo, problemas de salud y opciones de reproducción, además de estar poco empoderadas y sufrir de baja autoestima al interactuar con el sistema de salud, donde muchas veces son violentadas”, por lo que prácticamente a la par de la



▲ *Hospital General de Tlapa.* Daniela Díaz / Fundar, A.C., 25 de junio, 2013, Tlapa, Guerrero.

investigación se comenzó con la impartición de pláticas y talleres en materia de derechos sexuales y reproductivos, así como en prevención y autocuidado de la salud a mujeres de la cuenca del lago de Pátzcuaro, lo que marcó el inicio del Programa Comunitario.

Una vez concluido el estudio y analizadas las problemáticas que enfrentan las mujeres de la región, el grupo decidió formalizar su trabajo. Para abril de 2010 Mujeres Aliadas se constituye legalmente como asociación civil sin fines de lucro y comienza sus actividades para hacer frente a los problemas directamente relacionados con la atención a la salud de la mujer en la región, como el hecho de que: “La razón de mortalidad materna en 2002 era de 40.5 por cada 100 mil nacidos vivos, que de 2010 a 2012 había aumentado a 67, y que la tasa de cesáreas es sumamente elevada, de aproximadamente 44% (2013), cuando la Organización Mundial de la Salud recomienda que sea de 15%”.

En 2010 Mujeres Aliadas abrió las puertas de su primer consultorio de atención a la mujer, un pequeño espacio “prestado” por la comuni-



▲ *Práctica con mujeres embarazadas.*
Escuela de Parteras Profesionales de San Miguel de Allende, ca. 2006, Guanajuato.

dad de San Miguel Nocupetzo, donde se brindaba atención a la salud de la mujer bajo el Modelo de Partería Profesional, tratando infecciones vaginales y problemas de menstruación, entre otros casos. Sin embargo, las condiciones y el tamaño del espacio no permitían la atención de partos, por ello, en 2011 extendieron los servicios a la cabecera municipal, Erongarícuaro, donde se inauguró la Casa de Salud para la Mujer “Mintzita Uarhiti” lo que, aunado a servicios complementarios, constituyó el Programa de Salud.

Con la apertura del primer consultorio, germina la idea de formar una escuela de partería profesional, el Programa Educativo. En 2010 se elabora un estudio de factibilidad que a su vez da origen a la creación del plan de estudios. A fines del mismo año se lleva a cabo el curso propedéutico con asistencia de más de 65 mujeres y hombres. En febrero de 2011 se inicia la primera generación con 20 estudiantes. La creación de la escuela, entre otras necesidades, responde a que: “La partería tradicional está desapareciendo, dejando a las mujeres sin alternativas

en torno al cuidado de su salud que pudieran mejorar la calidad y el acceso a este tipo de cuidados”.

En 2012 un grupo de mujeres empoderadas expresó su deseo para que este tipo de temas se trataran con sus hijas, argumentando que para ellas ya era tarde para ciertas cosas y que, como nunca habían tenido una educación sexual, no sabían cómo hablar de esos temas con sus hijas, por lo que ese mismo año se ampliaron los servicios a la población más joven, dando origen al Programa para Adolescentes.

Objetivos, desarrollo y resultados

Las directrices de trabajo en Mujeres Aliadas están directamente ligadas a los cuatro programas:

- *Programa Comunitario:* Su objetivo es informar tanto en materia de derechos sexuales y reproductivos como en prevención y autocuidado de la salud a mujeres de la cuenca del lago de Pátzcuaro; trabaja en 40 comunidades y colonias urbanas de esta región y cinco de la meseta purépecha, donde se imparten pláticas participativas en temas como: derechos sexuales y reproductivos: “Mujer conoce y cuida tu cuerpo”, parto humanizado, partería profesional, infecciones vaginales, infecciones de transmisión sexual, papiloma humano, entre otros. Después de años de trabajo, en 2013 se llegó a un acuerdo de colaboración con el IMSS-Oportunidades regional (ahora Prospera) para apoyar de manera permanente con este tipo de pláticas en sus clínicas. A la fecha, el Programa ha beneficiado a más de 10 mil mujeres de la región.
- *Programa de Salud:* Busca establecer el Modelo de la Partería Profesional como una alternativa de atención accesible a la SSR de la mujer, así como ofrecer servicios de atención ginecológica y obstétrica; todo esto con calidad y calidez a mujeres de todas las edades, haciendo énfasis en la prevención y el autocuidado. Cuenta con una “Casa de salud para la mujer” con tres consultorios y dos casas de parto donde se brinda atención ginecológica (infecciones vaginales, revisión de mamas, Papanicolaou, entre otros), control prenatal y atención de parto a mujeres de

bajo riesgo. La cooperación por consulta es de \$40 (incluye medicamento) y por el parto natural \$2,000 y \$3,500 por el parto en agua. En mujeres de muy bajos recursos se hacen exenciones. Adicionalmente, y como parte del Programa, se brindan cursos semanales gratuitos de psicoprofilaxis a embarazadas y talleres mensuales de lactancia, en conjunto con la Liga de la Leche en Erongarícuaro. Se busca la licencia sanitaria de la Casa de Salud y, a pesar de no contar con ella aún, la jurisdicción a la que corresponde la clínica nos ha visitado y capacitado en varias ocasiones y actualmente está apoyándonos en este trámite. A la fecha el Programa ha beneficiado a más de 1700 mujeres.

- *Programa Educativo:* Tiene el objetivo de formar parteras profesionales reconocidas y aceptadas por el gobierno y la población. En febrero de 2011 se iniciaron clases en la Escuela Técnica de Partería Profesional. La carrera consta de tres años de estudio: cuatro semestres de teoría y práctica (en consultorios de Mujeres Aliadas, A. C., hospitales y clínicas gubernamentales), los últimos dos semestres son mayormente prácticos, con algunos talleres y clases para la realización de una tesina, además del año adicional de servicio social. El 28 de febrero de 2015 se graduó la primera generación de parteras profesionales. Aún no se cuenta con la acreditación de la misma, sin embargo, se ha entregado una versión final del plan de estudios a las autoridades correspondientes y se pretende que en un par de meses se cuente con la acreditación de la escuela para poder abrir una nueva generación.
- *Programa para Adolescentes:* Es un programa de formación integral dirigido a adolescentes de la región, en el que a través de grupos de trabajo se realizan diferentes actividades relacionadas con temáticas de salud sexual y valores humanos; incluye pláticas participativas en escuelas secundarias, talleres de empoderamiento, talleres de arte, cine clubes y juegos grupales, con la finalidad de contribuir a su desarrollo y mayor estado de bienestar. A la fecha, se ha capacitado a más de 1 000 adolescentes a través de pláticas y más de 45 en los talleres de empoderamiento.

5.4 Centro de Iniciación a la Partería en Oaxaca, de la organización Nueve Lunas

María Cristina Galante Di Pace

Antecedentes

El proyecto Centro de Iniciación a la Partería-Luna Llena inicia en 2004, después de un diagnóstico realizado dos años antes con 100 parteras indígenas tradicionales, que representaban a las ocho regiones del estado de Oaxaca. El objetivo fue conocer su mirada sobre los cambios en el ejercicio y formación de parteras. Durante este proceso, hicimos con ellas un recorrido y análisis de la historia de la partería, partiendo de la fuerte presencia de parteras rurales hasta finales del siglo xx, pasando por la situación de la partería en la actualidad e imaginando las proyecciones a futuro. Una de las conclusiones fue la necesidad de crear espacios de aprendizaje donde las mismas parteras tradicionales pudieran transmitir su conocimiento y se convirtieran en maestras de las jóvenes que, ya acostumbradas a un sistema escolarizado, estaban menos receptivas a la transmisión oral de conocimiento de partera a partera. Así fue como nació el Centro de Iniciación a la Partería-Luna Llena, uno de los proyectos más importantes de la organización Nueve Lunas.

En sus inicios, la propuesta surgió con la intención de que jóvenes indígenas recibieran la enseñanza de manera estructurada y en grupo. El proyecto se enfocó en la población joven, porque la partería ya no se estaba enseñando en las comunidades y la mayoría de parteras eran ancianas. El plan de estudios se diseñó con base en la experiencia de las parteras de Nueve Lunas y de parteras indígenas de Oaxaca, con mu-



▲ Araceli Gil /
Centro de Iniciación
a la Partería en
Oaxaca Nueve Lunas,
10 de octubre, 2013.

chos años de experiencia y que posteriormente se convirtieron en madrinas y maestras. También se nutrió de la literatura de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la Organización Panamericana de la Salud, de la *Canadian Association of Midwives* [Asociación Canadiense de Parteras] y de la Confederación Internacional de Matronas sobre competencias en partería.

El análisis constante de la metodología, la aplicación del plan de estudios y la evaluación continua nos llevó a reflexionar profunda y críticamente sobre nuestro papel en la formación de parteras, sobre nuestra identidad, sobre el modelo de partería y el tipo de partera que queríamos formar y cómo sentirnos reconocidas. El resultado de estas reflexiones modificó nuestra visión, abriéndonos a recibir no sólo a mujeres indígenas (que seguimos becando) sino también a cualquier persona que mostrara las aptitudes y sintiera el llamado, la vocación de recibir la herencia de la tradición y los saberes ancestrales sin recorrer los caminos educativos institucionales.

A pesar de nuestras dudas iniciales sobre el buen funcionamiento de esta combinación, los resultados han sido excelentes tanto para la integración grupal como para la autosustentabilidad del proyecto.

Es así como en la actualidad nuestro modelo busca formar a Parteras en la Tradición, parteras que buscan conectar con la guía espiritual de las ancestras, trayendo al presente la memoria de esta sabiduría en la práctica de cada día, creando integración entre la ciencia (conocimiento y técnica), el arte (combinación de creatividad, intuición y criterio), la tradición (rituales culturales y conocimientos ancestrales de leyes y elementos de la naturaleza) y la espiritualidad (visión del parto y nacimiento como momentos sagrados).

Asimismo, el Centro de Iniciación a la Partería-Luna Llena integra una visión multicultural, con perspectiva de género y un enfoque en los derechos sexuales y reproductivos. Multicultural, porque la tradición es característica de cada cultura en una sinergia constante de contacto e interrelación; con perspectiva de género, ya que la partera lidia constantemente con los efectos que los roles y estereotipos culturales alrededor de ser mujer y hombre tienen sobre la salud reproductiva; y un enfoque en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres —tanto en su relación de pareja como en la relación con los servicios de salud—, puesto que éstos son, evidentemente, temas centrales para la partería.

El modelo de formación, aunque está estructurado sobre la base de un plan de estudios, valora la transmisión oral de conocimientos de partera a partera y el entorno cultural de cada aprendiz. Por eso, además de contar en la escuela con la enseñanza de parteras con mayor experiencia, junto con la formación provista por otras especialistas, cada alumna debe tener el acompañamiento de una partera madrina, una mentora y acompañante durante el proceso de formación e incluso después de éste. La madrina es una partera de reconocida experiencia que vive en la localidad de la aprendiz o en localidades cercanas y su función es la de enlazar los conocimientos adquiridos con los valores y prácticas del contexto cultural y social, en un *continuum* cultural, pero sobre todo propicia el proceso espiritual y de conexión con los elementos⁵ de la aprendiz.

⁵ Los elementos aire, agua, tierra y fuego son puntos clave para el equilibrio de las personas, tanto de la partera como de la mujer que va a dar a luz; cada uno de ellos corresponde con un punto cardinal, cualidades, emociones, órganos, temperatura,

Objetivos

- Recuperar y legitimar la enseñanza independiente entre parteras.
- Retomar y revalorar los conocimientos ancestrales de la partería en la tradición y los conocimientos de la partería indígena de Oaxaca.
- Iniciar y formar en partería a personas que sienten el llamado y la vocación.
- Formar a parteras calificadas en la atención del embarazo, parto y puerperio fisiológicos.
- Estimular la participación comunitaria en el cuidado de la salud reproductiva.
- Buscar una vinculación horizontal, efectiva y cordial entre las parteras y los servicios de salud.

Desarrollo

El Centro es una propuesta innovadora que se basa en el principio de diálogo entre culturas, que integra saberes de manera armónica e incluye habilidades para salvar vidas; se apoya en la hermandad de parteras en la tradición latinoamericana, así como en las recomendaciones de la oms y en las aportaciones de la Medicina Basada en Evidencia.

Fomenta el arraigo de las aprendices en sus comunidades de origen, alentándolas a profundizar en su cultura, cosmovisión y rituales, y les enseña a coordinarse con las autoridades municipales, líderes de colonia y servicios médicos.

El modelo de partería en la tradición se fundamenta en la premisa de que la gestación, el parto y el nacimiento son acontecimientos saludables y fisiológicos de la vida con una dimensión espiritual. Confía en la capacidad del cuerpo de las mujeres para dar a luz y ofrece un cuidado personalizado, continuo y no autoritario, anticipador y flexible, basado en la toma de decisión informada, respetuoso de la diversidad cultural y los derechos, centrado en la mujer, consciente de los aspectos físicos, emocionales, sociales y sexuales del embarazo, parto y nacimiento.

estaciones, sabores, colores, etapas de la vida. Estar conectadas con ellos permite reconocer qué elemento está carente o en exceso y cómo mantener el equilibrio.

Asimismo, considera que la partera es la proveedora más adecuada para la atención durante el embarazo, parto y postparto, ya que se trata de un proceso fisiológico y de una experiencia profunda de mucha trascendencia para la mujer, su familia y la comunidad, en la que la mujer es la protagonista.

La partera formada en este modelo atiende los partos con sensibilidad y responsabilidad, con la menor interferencia posible en el proceso fisiológico, honrando las elecciones de la mujer, reconociendo los alcances y límites de su práctica y en actualización permanente; asimismo, integra el conocimiento y práctica de rituales sagrados para trabajar con la energía y la espiritualidad de los nacimientos. Su ámbito de trabajo está en la casa de las mujeres y en casas de nacimiento dirigidas y atendidas por parteras.

La metodología utilizada se basa en:

- 1) Un curso introductorio y de evaluación de aptitudes.
- 2) Círculos de aprendizaje: 18 talleres de seis días que se llevan a cabo a lo largo de tres años, estructurados sobre la base del plan de estudios e intercalados con periodos de práctica comunitaria. A los encuentros asiste el conjunto de aprendices conducido por un equipo interdisciplinario de parteras indígenas, parteras en la tradición y especialistas en medicinas complementarias (por ejemplo: homeopatía, reiki, flores de Bach), emergencias obstétricas y patologías específicas del embarazo, parto y atención del recién nacido.
- 3) Experiencias con parteras madrinas en la comunidad donde vive la aprendiz o la madrina, propiciando el enlace con otras parteras y médicos tradicionales de la región.
- 4) Trabajos individuales y grupales: realización de una serie de trabajos que permite la reflexión y mejor integración de los nuevos conocimientos a la experiencia personal de cada participante.
- 5) Prácticas comunitarias: con mujeres embarazadas, atención de partos y consultas postparto supervisadas por la partera madrina, visitas a centros de salud, recolección de plantas medicinales y preparación de medicamentos herbolarios, aplicación de masajes; así como apoyo en acciones de difusión tales como pláticas, talleres, murales, difusión de cápsulas radiofónicas y material impreso.

Resultados

El Centro de Iniciación a la Partería-Luna Llena se relaciona con la Red Latino Americana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento (Relacahupan) y forma parte de la Red Internacional de Educadoras en Partería en la Tradición. Cuenta con el reconocimiento por parte de la Secretaría del Trabajo y Prevención Social con el registro NLU-041020-PZA-0013 y otorga un diploma avalado por la Red Internacional de Educadoras en Partería en la Tradición. No otorga título válido para tramitar cédula profesional, aunque tiene interés en acreditar la escuela con este fin, sin por ello menoscabar su visión, filosofía y contenidos del programa.

A la fecha cuenta con 21 egresadas y siete en proceso (16 en la primera generación, con 590 horas de aprendizaje, más las prácticas); cinco en la segunda generación (seis están en proceso, con 630 horas de aprendizaje, más las prácticas). Contamos con 14 aprendices en la tercera generación que se encuentran en el segundo año de formación.

Ocho de las egresadas de la primera generación, gracias a un proyecto auspiciado por el Instituto Nacional para el Desarrollo Social (Indesol), crearon las “Casas de la Luna”, centros para la salud de las mujeres indígenas, con el objetivo de contribuir a ampliar el acceso a la atención humanizada, calificada y con enfoque intercultural del embarazo y parto, ofreciendo servicios con base comunitaria.

A través de la presentación de proyectos, ha recibido apoyos financieros de: Fondo Canadá, Fundación de Asociación de Periodistas de Información Ambiental (APIA), Fundación MacArthur, Instituto Nacional de las Mujeres, Indesol, Semillas-Sociedad Mexicana Pro Derechos de la Mujer, A. C.

Reflexiones y lecciones aprendidas

- 1) Es necesario ir más allá de la dicotomía entre partería tradicional indígena y profesional ya que se puede ser partera con tradición cultural sin pertenecer necesariamente a un pueblo indígena.
- 2) Es importante defender y preservar la diversidad en la forma de ejercer la partería y evitar la tendencia a unificar los modelos de formación.



▲ Araceli Gil /
Centro de Iniciación
a la Partería en
Oaxaca Nueve Lunas,
9 de marzo, 2012.

- 3) La formación de parteras debe ser realizada fundamentalmente por parteras y es indispensable que las parteras indígenas tradicionales puedan enseñar sin restricciones en las escuelas de partería.
- 4) Es importante que tanto el reconocimiento oficial como la inclusión de parteras en los hospitales y centros de salud no representen una amenaza a la diversidad y a los modelos basados en la "tradición". La tendencia a uniformar tanto la enseñanza como el ejercicio de la partería de acuerdo con los estándares del modelo educativo y médico "formales" (escuelas y hospitales) puede forzar a que la partería pierda sus características de fondo, como la continuidad de cuidados, el acompañamiento en casa, la relación de confianza y vínculo profundo con la mujer, la autonomía, la pertinencia cultural, el abordaje integral de factores emocionales, energéticos y espirituales para volverse una disciplina "paramédica" más.



6 Incidencia política en la mejora de la salud de las mujeres a través del discurso de los derechos humanos. Casos paradigmáticos¹

Graciela Freyermuth Enciso

El estudio y seguimiento de casos paradigmáticos han sido una buena práctica realizada por la sociedad civil para promover la mejora en la prestación de los servicios de salud y lograr cambios en las acciones del gobierno. A lo largo de las últimas tres décadas, activistas de organizaciones en pro de la salud materna han documentado y dado seguimiento a casos de muertes maternas. En la última década se han producido cambios en las estructuras administrativas y de gobierno que han posibilitado que, a partir del discurso de los derechos humanos, se logren cambios sustantivos. La visión de derechos humanos confiere un enfoque poderoso de intervención en tanto que apela a los valores de justicia social y equidad para proteger a ciudadanas y ciudadanos de muertes tempranas y evitables y, por tanto, posibilita escuchar la voz de las personas más desfavorecidas; parafraseando a la *United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific* (UNESCAP; 2009): debe asegurar que la corrupción sea mínima durante el proceso de toma de decisiones, promoviendo acciones de rendición de cuentas y transparencia, enfocándose en las necesidades presentes y futuras de la sociedad.

Para ilustrar esta buena práctica se considerarán casos paradigmáticos documentados en los estados de Chiapas y Oaxaca.

¹ Esta introducción forma parte de un trabajo ya publicado en Freyermuth, G. 2013. "Los derechos humanos y la salud materna: entre el discurso del siglo xx y las prácticas del xxi". Rev. *CONAMED*, 18 (2): 88-9.

El marco de los derechos humanos en la salud no es algo nuevo, la Declaración Universal de Derechos Humanos data de mediados del siglo pasado y en ella se encuentran consagrados el derecho a la salud, a la integridad de la persona, a la no discriminación y al trato digno, por demás pertinentes en los casos de mortalidad materna.

Los derechos humanos y la salud en el siglo xx

En la década de los noventa del siglo xx, los movimientos de mujeres y feministas tuvieron gran participación en las reuniones preparatorias de El Cairo y Pekín, así como en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994), la iv Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Cumbre del Milenio celebrada en el 2000. En ellas se colocó el foco de atención en los derechos, se cambió el paradigma de la planificación familiar por un enfoque amplio de derechos sexuales y reproductivos en el que se incluyó el ejercicio de una sexualidad libre e informada, de embarazos y partos seguros y el derecho al acceso a servicios de salud de buena calidad. En la Conferencia de El Cairo también se planteó reducir en 50% la mortalidad materna para el año 2000 respecto a la ocurrencia en cada país en 1990.

El marco de los derechos humanos fue el centro de la Cumbre del Milenio: el ODM 5 se enfoca en mejorar las condiciones de salud materna a través de la reducción de 75% de las muertes maternas para 2015 con respecto a las cifras de 1990.

Paul Hunt señala que:

[...] los ODMs ofrecen a la comunidad de defensores de los derechos humanos una oportunidad crítica de influir en las políticas y las prácticas nacionales e internacionales encaminadas a reducir la pobreza. Los Objetivos tienen mucho que ofrecer a los derechos humanos, así como los derechos humanos tienen mucho que ofrecer a los Objetivos (ONU, 2004: 4).²

◀ *Romeo, viudo de Susana.*
Sergio Solares / GIRE,
2014, San Juan Chamula, Chiapas.

² Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, presentado de conformidad con la Resolución 2004/27 de la Comisión.

Estos antecedentes nos muestran que a partir de la última década del siglo xx el discurso de los derechos humanos, el derecho a la salud, a la integridad personal o los mismos derechos reproductivos han estado en el centro del debate, sin haber posibilitado su defensa; sin embargo, existe renovado interés para ser utilizados como instrumentos poderosos para la incidencia en políticas públicas.

Paul Hunt (Conferencia IFHHRO-EDHUCASALUD, 2006: 23) señala algunas de las razones de su ineficacia previa:

- Existía poco consenso sobre el perfil y el contenido del derecho a la salud, y sobre lo que realmente significaba la salud.
- Eran legales pero no programáticos o funcionales.
- Se requería *desempaquetar* el derecho a la salud de forma que fuera más manejable, más fácil de alcanzar.
- El reto era descubrir cómo se podía lograr que el derecho funcionara, cómo podía ponerse en práctica.

Modificaciones que mejoran la rendición de cuentas

Aunque los derechos humanos nos proveen de un enfoque poderoso de intervención, sin la posibilidad de su instrumentación se convierten en letra muerta.

La dificultad de su puesta en práctica no solamente responde a un problema de definición o *desempaquetamiento*, sino a que durante décadas no existieron mecanismos de intervención para asegurar los cambios en los cursos de la acción política: se contaba con el enfoque, acuerdos internacionales y marcos legales, pero no con los mecanismos que permitieran a la ciudadanía asegurar los derechos consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos o en los acuerdos internacionales.

Considero que el ejercicio de los derechos sólo es posible en un marco normativo de rendición de cuentas y transparencia en la política pública, que permita el acceso de manera oportuna a información estratégica que incluya, mínimamente, la definición explícita de:

- a) los objetivos de políticas o programas,

- b) los responsables de su ejecución en los distintos niveles de gobierno, y
- c) los procesos implicados en su ejecución.

Asimismo, la defensa de estos derechos es factible en un marco de relaciones entre Estado y sociedad en donde se conciba, legitime y garantice la participación y control social de la política pública, incluyendo su monitoreo y evaluación. Ello implica que el espacio “público” no se considere territorio exclusivo de actuación del Estado, sino también de la sociedad civil, y que los mecanismos de participación social contemplen no sólo el seguimiento de la política, sino la difusión de los resultados de su seguimiento, así como el establecimiento de un espacio institucionalizado de retroalimentación efectiva entre los responsables de los programas y quienes realizan ejercicios de monitoreo y evaluación, a fin de aprender de los resultados para reafirmar, fortalecer y/o corregir rumbos y avanzar hacia una mejora sustancial del desempeño e impacto de la política pública.

En México hemos avanzado limitadamente en algunos de estos mecanismos y el riesgo es que con las alternancias de gobiernos, estatal o federal, y las modificaciones de su estructura, estos mecanismos que debieran ser progresivos se vuelvan regresivos.

▼ *Mujer cargando un bebé.* D.R. © Maya Goded / Fototeca Nacho López / CDI, No. Inv. 56338, ca. 1991, El Azufre, Santiago Pinotepa Nacional, Oaxaca.



Exigibilidad-justiciabilidad

La modificación del Artículo 1º Constitucional abre una ventana de oportunidad para la exigibilidad jurídica de los derechos humanos en el país. La exigibilidad como proceso legal o exigibilidad jurídica es la llamada *justiciabilidad*, e implica la defensa de los derechos violados ante tribunales o instancias administrativas adecuadas, que puede establecerse a partir de la modificación de la Constitución Política mexicana.

El Artículo 1º señala:

En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

Espacios institucionalizados

El ejercicio de estos derechos no podría ser posible sin la instauración de espacios institucionalizados que posibiliten la rendición de cuentas a través de:

- 1) Acciones de información. Concretamente la publicación, generación, actualización y conservación de información por parte del Sistema Nacional de Salud, en tanto sujetos obligados de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.
- 2) Instancias nacionales y estatales que posibilitan el ejercicio de mecanismos de exigibilidad y/o justiciabilidad, como son las comisiones de arbitraje médico (nacional y estatales) y las comisiones de derechos humanos (nacional y estatales).
- 3) Instancias internacionales que brinden mecanismos de exigibilidad y justiciabilidad, como la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, que reciben informes periódicos por parte del gobierno de México.
- 4) Instancias judiciales como los ministerios públicos.

6.1 Irene Cruz Zúñiga. Justiciabilidad y reparación de daños en violaciones al derecho a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos

*Jaqueline Sáenz Andujo
Daniela Ramírez Camacho*

Antecedentes

Irene Cruz Zúñiga, originaria de la comunidad de Morelos, Santa Cruz Itundujia, en Oaxaca, sobrevivió a la atención de su parto en 2001 pero regresó a casa con discapacidad permanente e irreversible. Su caso es de morbilidad materna severa, esterilización forzada y falta de acceso a la salud. Se judicializó por la inconformidad del entonces esposo, quien no lograba entender el porqué su esposa había ingresado con buena salud al hospital del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la ciudad de Tlaxiaco, para salir de ahí en estado crítico, con daños cerebrales y un dispositivo intrauterino impuesto (Fundar, 2014).

Objetivo

Encontrar justicia por las violaciones a derechos humanos sobrevividas por Irene resulta sumamente difícil dadas las fallas estructurales en los sistemas de salud y de justicia. Aquí se presenta un par de herramientas jurídicas que Fundar³ introdujo en la etapa final del proceso penal

³ Fundar es una organización de la sociedad civil plural e independiente, con sede en México. Se rige por los principios de horizontalidad y transparencia. Con su que-hacer busca avanzar hacia la democracia sustantiva y contribuir a generar cambios estructurales que transformen positivamente las relaciones de poder entre sociedad

que duró 13 años en manos de la justicia mexicana: el peritaje antropológico cultural con perspectiva de género y el *amicus curiae*, ambas son herramientas que pueden ser utilizadas en la etapa de averiguación o bien durante el proceso legal, cuando se pretende que las y los juzgadores consideren diversas perspectivas —como la de género y la cultural— en sus resoluciones, favoreciendo así la garantía de derechos de las personas en situación de desventaja.

Desarrollo

Barreras del sistema de justicia en el caso de Irene

Muchas son las barreras que ha enfrentado Irene para tener acceso a la justicia y que representan los mismos obstáculos que viven las mujeres cotidianamente para hacer valer sus derechos. Los sistemas de procuración y administración de justicia usualmente optan por no actuar frente a agravios o abusos sentidos por las mujeres; esto afecta de manera específica, y con mayor recurrencia, a ciertos sectores de mujeres que históricamente enfrentan violencia estructural que las margina socialmente, más las múltiples violencias que encaran por parte de actores estatales y no estatales: ellas son las que habitan en regiones de mayor marginación y que pertenecen a pueblos originarios. Esta intersección de discriminaciones es triple pues se entrecruzan la originada por su sexo, su pertenencia étnica y su clase o posición económica. A esto se suma la discapacidad total y permanente que sufre Irene tras la atención de su parto, con nulas posibilidades de exigir justicia por sí misma.

De forma similar, las mujeres indígenas encuentran múltiples trabas para hacer valer sus derechos por los costos que ellas y sus familias tienen que asumir para acercarse a las instancias de justicia. Como señalan Rachel Sieder y María Teresa Sierra: “las personas indígenas que viven en áreas rurales siguen enfrentándose a barreras de distancia geográfica, costo, lengua y discriminación cuando buscan acceso al sistema formal de justicia” (Sieder y Sierra, 2011:17); es decir, las mujeres

y gobierno. La sociedad que se quiere es justa y participativa, donde el Estado cumpla cabalmente con los derechos humanos de las personas, comunidades y pueblos para generar condiciones de vida digna y bienestar para todas y todos: www.fundar.org.mx.

tienen que cubrir los costos de traslado a instancias de justicia, lejanas geográficamente de sus lugares de residencia, y los costos emocionales de enfrentarse a actitudes discriminatorias, racistas y androcéntricas por parte de funcionarios(as) que, por lo general, no conocen los códigos culturales locales ni las lenguas indígenas que existen en sus jurisdicciones.

Asimismo, la falta de una tipificación penal adecuada también representa un obstáculo para la efectiva exigibilidad del derecho a la salud materna. Una de las mayores críticas que feministas como Alda Facio dirigen hacia el Derecho es que éste: “es masculino porque son las necesidades y conflictos de los hombres los que están codificados en él. Esto no quiere decir que las mujeres no hayan sido tomadas en cuenta. Sí lo han sido pero desde el punto de vista masculino” (Facio, 2007:30). El caso de Irene ilustra bien esta crítica, pues aunque ella es objeto de varios agravios por parte del personal sanitario, el ministerio público que recibe su caso investiga sólo el delito de lesiones y deja de lado el contexto en que vive y la violencia obstétrica por parte del personal de salud, tampoco investiga la esterilización forzada a raíz del método anticonceptivo implantado sin su consentimiento. Aunque en México ha habido avances normativos para reconocer los distintos tipos de violencia que se ejercen en contra de las mujeres, aún faltan mecanismos para su exigibilidad.

Cabe resaltar que al no existir en México vigilancia institucionalizada sobre morbilidad materna, el interponer recursos legales —que pudieran esclarecer si existieron fallas en la atención recibida— recae en las sobrevivientes y sus familias. En el caso de Irene, su entonces esposo interpuso una denuncia ante el ministerio público adscrito al Hospital Civil donde, debido a la gravedad, la hospitalizó días posteriores al parto que fue atendido en el hospital del IMSS de Tlaxiaco. Sin embargo, el seguimiento a dicho proceso fue limitado pues el estado de salud de Irene implicaba la asistencia permanente por parte de su esposo durante los dos meses que estuvo en el hospital. Tampoco fueron orientados sobre otras posibles vías legales, como el órgano de orientación y quejas del IMSS, u organismos públicos de derechos humanos o comisiones de arbitraje médico.

Regresar a la comunidad con una persona con discapacidad y un recién nacido implicó una merma económica y una crisis emocional para el entonces esposo de Irene, quien no tardó mucho en emigrar a

Estados Unidos a buscar otros medios de sobrevivencia. Al no estar presente el denunciante de los hechos, los familiares de Irene tuvieron poca posibilidad de encontrar información y resoluciones favorables por parte de las autoridades de justicia.

La integración de la averiguación demoró 11 años. Estuvo varios años inactiva y sin actuaciones, aunque nunca se reservó formalmente la investigación, es decir, se mantuvo en el olvido absoluto de las autoridades respectivas. Las periciales médicas realizadas arrojaron la relación causal entre la mala praxis de la médica anesthesióloga y los daños ocasionados a Irene. Sin embargo, para cuando el juez sujetó a proceso a la anesthesióloga había transcurrido tanto tiempo que ella apeló a una segunda instancia objetando la prescripción del delito que se le imputaba.

Si bien el magistrado de segunda instancia convino en que efectivamente había prescrito el delito, consideró que los daños de la víctima eran evidentes y debían ser reparados, tomando en consideración la reforma constitucional de 2011, el Artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, párrafo tercero, establece el deber del Estado de: “prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley”.

▼ *Atención a una enferma.* D.R. © Nacho López / Fototeca Nacho López / CDI, No. Inv. 8602, ca. 1981, Zongolica, Veracruz.



Amicus curiae

El *amicus curiae* o “amigos de la corte” son:

[...] aquellas presentaciones que pueden realizar terceros ajenos a una disputa judicial, siempre y cuando posean un interés justificado en la resolución final del litigio, esto con el propósito de expresar sus opiniones en torno a la materia en cuestión, a través de aportes de trascendencia para la sustentación del proceso judicial (López, 2011:9).

El *amicus curiae* en el caso de Irene permitió ofrecer amplia argumentación sobre derechos de las mujeres, en especial los derechos sexuales y reproductivos, el derecho a la salud materna, a la no discriminación y a vivir sin violencia, incluida la violencia obstétrica; posibilitó acercar una mirada al magistrado sobre distintas violaciones a derechos humanos sufridas por Irene debido a su condición de género y que permanecieron ausentes en las etapas previas de averiguación y en el proceso penal de primera instancia.

El peritaje antropológico

El peritaje antropológico es un medio de prueba que puede aportar información clave a quienes imparten justicia, ya sea para el esclarecimiento de hechos o como orientación cuando la conducta de la persona en cuestión está fuertemente asociada con un entorno cultural específico (Lachenal, 2008:189). La pertinencia del peritaje antropológico cultural, como herramienta para indagar sobre daños vividos por una persona indígena a raíz de una violación a sus derechos, se encuentra fundamentada en el derecho de acceso pleno a la jurisdicción del Estado. El Artículo 2º, fracción VIII de la Constitución, establece que: “en todos los juicios y procedimientos en que sean parte [personas pertenecientes a pueblos indígenas], individual o colectivamente, se deberán tomar en cuenta sus costumbres y especificidades culturales”.

Dicha prueba resultó relevante puesto que el magistrado que conocía del caso no contaba con información de contexto ni actualizada sobre la situación de Irene y su familia; ni siquiera sabía si su hijo permanecía con vida y a cargo de quién estaba. Así, en una resolución del 3 de



▲ *Marcha del silencio*. Juan Carlos Martínez Pérez, 21 de diciembre, 2012, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

enero de 2013, el Primer Tribunal Unitario de Circuito en Oaxaca resolvió en vía de apelación que, si bien los cargos estaban prescritos, el derecho a la reparación de Irene Cruz Zúñiga debía ser salvaguardado.

En el caso de Irene, el peritaje cultural con perspectiva de género brindó la oportunidad de explorar las especificidades de daños causados a nivel individual sobre el proyecto de vida de una mujer indígena, pero también aquellos daños que trascienden al ámbito familiar y colectivo, en un contexto donde el tejido comunitario es fuerte, la economía local es agrícola e históricamente su derecho a la salud ha sido vulnerado por falta de acceso, disponibilidad, mala calidad y poca pertinencia cultural de los servicios públicos de salud.

Resultados

Varios argumentos expuestos en el peritaje y en el *amicus curiae* fueron retomados por el magistrado del Primer Tribunal Unitario en un acuerdo judicial, donde aparecen evocaciones al racismo institucional que no garantiza el derecho a la salud de mujeres que habitan en localidades como la de Irene y sobre la violencia obstétrica de la que son objeto las mujeres.

Este acuerdo es pieza fundamental para la exigibilidad del derecho a la reparación del daño, pues explicita los impactos y las medidas que pudieran minimizarlos desde las perspectivas de género y cultural. El juzgador comprendió que existe daño diferenciado por el sexo y género de la víctima directa, detectó relaciones asimétricas de poder y condiciones de desigualdad estructural, e identificó el daño desigual por roles y responsabilidades dentro de la familia. El acuerdo también da cuenta de que hubo impacto colectivo y que son aplicables medidas de no repetición que incluyen el mejoramiento de la atención a la salud en la comunidad y en la región. Además, Irene y su hijo fueron reconocidos como víctimas directas y se les otorgó la calidad de víctimas indirectas a sus familiares que han estado al cuidado de ambos por más de 13 años.

Entre los retos de la efectiva exigibilidad y justiciabilidad de derechos se encuentra que, en cumplimiento del acuerdo judicial, las dependencias administrativas comprendan y actúen asumiendo su responsabilidad y acatando las medidas de reparación. Debido a las particularidades del caso, y a pesar de que las responsabilidades individuales en materia penal prescribieron por la omisión del Estado, las responsabilidades institucionales del Sector Salud persisten en tanto que los efectos del daño causado continúan y no se puede considerar que han prescrito.

Un desafío importante es que el Estado asuma medidas de no repetición y se comprometa a realizar cambios institucionales para transformar las condiciones actuales de atención a la salud de mujeres indígenas en la región, que propician y permiten la continua violación de derechos.

6.2 Tres escenarios de muerte materna a lo largo de tres decenios en Chiapas

Graciela Freyermuth Enciso

Antecedentes

Desde la década de los ochenta en el siglo xx las organizaciones de mujeres e indígenas en Chiapas realizaron denuncias a las violaciones de los derechos humanos de aquellas que fallecieron por causas maternas. Uno de los primeros antecedentes para la formación de comités ciudadanos de salud en el estado fue el promovido por la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas en 1990, ante instituciones de salud, específicamente ante el IMSS-Solidaridad. En la coyuntura de “Los 500 años del descubrimiento de América” fue relativamente fácil que alguna de las demandas de los grupos indígenas organizados o de organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajaban con esta población fuera escuchada y se formara un comité de salud.

En 1993 ocurrió un hecho inédito en Chiapas: repentinamente se abrió la participación a la ciudadanía y a los grupos de mujeres. A mediados de ese año el gobierno de Chiapas, por medio del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) estatal, convocó a las instituciones de salud, al Consejo Estatal de Población (COESPO), a la Secretaría de Educación y Cultura y a algunas ONG con el fin de formar el Comité Regional de Salud Reproductiva (CORSAR), que habría de conjuntar los esfuerzos de diversas instituciones y sectores gubernamentales, tanto los de índole privada como los de la sociedad civil organizada, para promover y atender una problemática poco documentada, pero

evidentemente grave en el contexto de una entidad con una situación de salud enormemente rezagada: la muerte materna (MM).

Objetivo

El Comité se proponía la atención de la salud reproductiva, lo que suponía que el gobierno y las instituciones de salud abandonarían la planificación familiar —concebida como eje de su trabajo hacia las mujeres—, adoptarían otros sustentos para su acción respecto a la vida reproductiva de la población y tendrían que aceptar un trabajo interinstitucional más activo, así como la injerencia en su propio terreno de grupos organizados. En las zonas Altos y Fronteriza, los comités fueron coordinados por ONG logrando establecer planes y estrategias de trabajo propias así como una fuerte interrelación; los restantes, sin la participación de las organizaciones independientes, siguieron los lineamientos y preceptos institucionales (Freyermuth, Garza, 1994).

Desarrollo

El trabajo de los CORSAR, sin embargo, fue breve, pues la irrupción del neozapatismo llevó por otros derroteros las preocupaciones de la sociedad civil.

El contexto chiapaneco se modificó enormemente a partir de la revuelta armada zapatista, que puso a Chiapas en el escaparate internacional. Recursos federales y de agencias internacionales llegaron de manera cuantiosa a partir de 1994 y las necesidades castrenses llevaron a los militares a abrir carreteras y caminos, enlazando a comunidades y regiones otrora inaccesibles.

Como una respuesta y estrategia gubernamental frente a este movimiento, se promovió una serie de programas federales mediante los que se realizaron transferencias en efectivo a las familias beneficiarias, modificando la relación de la población respecto a las instituciones, sobre todo hacia las instituciones de salud, que habían ampliado enormemente su influencia en las comunidades indígenas; sin embargo, esta influencia no rindió los frutos que se esperaba, pues la población aún sigue presentando un enorme rezago (Coneval, 2012).

En 1998, como resultado del trabajo de la academia y de las organizaciones de la sociedad civil, se estableció el Comité Promotor por una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas, que realizó un trabajo conjunto con el Comité Nacional⁴ y se convirtió en un importante interlocutor con el Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH) y en órgano de denuncia.

Las tres historias que a continuación se relatan están relacionadas precisamente con el papel que han desempeñado desde los años ochenta la sociedad civil organizada y la academia.

Mujer pobre urbana

A finales de la década de 1980 falleció una mujer que vivía en un área urbana marginal de la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Tenía 27 años y era madre de dos hijos. Arribó a la clínica de campo del entonces IMSS-Solidaridad con un parto obstruido y no fue posible intervenirla hasta pasadas varias horas. En esa época los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social-Solidaridad (IMSS-Solidaridad) ofrecían sus servicios con médicos residentes en el último grado de entrenamiento, pero cuando había cambio de residentes los hospitales se quedaban temporalmente desprovistos de suficiente personal de salud. En estos casos, el IMSS-Solidaridad contrataba de manera extraordinaria a médicos que laboraban en el hospital, pero estaban adscritos al IMSS de régimen ordinario. El médico ginecólogo que se hizo cargo de esta subrogación no acudió a valorar a la paciente sino hasta el anochecer. La mujer falleció posteriormente a la intervención quirúrgica.

Consecuencias. Un colectivo de mujeres, al evaluar el caso, lo consideró como un caso de negligencia médica, documentó lo ocurrido, lo difundió a la prensa y solicitó audiencia con los directivos del hospital. El objetivo era garantizar la no repetición y el reconocimiento de que hubo un daño.

⁴ El Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM) surge en 1993 como una iniciativa multidisciplinaria e interinstitucional liderada por la sociedad civil.

Se realizaron dos reuniones con las autoridades del IMSS-Solidaridad a niveles regional y nacional, pero no se concretó acuerdo alguno o modificación de los elementos que llevaron a esta mujer a la muerte prematura.

Maestra líder sindical

El segundo caso documentado ocurrió a mediados de la década de los noventa. Una maestra, líder sindical de 34 años de edad, con tres hijos, afiliada al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y conocida por el servicio de ginecoobstetricia por tener antecedentes de cesárea previa y placenta previa, acudió al hospital con hemorragia por lo que fue intervenida de inmediato. Esta paciente era asmática y estaba bajo medicación con broncodilatadores. Se reportó en el periodo postoperatorio inmediato como “sin complicaciones” y después de realizar la cirugía, el ginecólogo solicitó un pase de salida. En el transcurso de la tarde, la paciente inició con sangrado, así que fue trasladada al hospital del ISSSTE de la capital del estado, donde falleció al anochecer.

▼ De la serie *Muerte materna*. Cecilia Monroy Cuevas, 2010, Región Altos Tsotsil-Tzeltal, Chiapas.



Consecuencias. El colectivo de mujeres documentó el caso, realizó una denuncia pública y se redactó una queja que se envió a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Por su lado, la familia entabló una demanda penal contra el director, el subdirector y el médico tratante. Se realizó una marcha y un plantón del grupo de mujeres y de las y los maestros sindicalizados. Se solicitó el expediente clínico. El objetivo era garantizar la no repetición, la aceptación de que hubo un daño y una indemnización.

La CONAMED realizó un dictamen en el que eximió de responsabilidad al hospital de la capital del estado y no analizó el manejo ni la conducta que se dio en el hospital de San Cristóbal y que llevó al retardo en la atención de la urgencia obstétrica. Intervino el CPMSM en la conciliación entre el ISSSTE y la familia. El resultado fue la destitución del subdirector y el otorgamiento de una plaza de médico en la institución al hermano de la fallecida. No se obtuvo acceso al expediente clínico.

Mujer indígena

El tercer caso ocurrió en Palenque en 2012 y correspondió a una mujer indígena joven, de 31 años de edad con seis embarazos, cinco partos y cinco hijos vivos, conocida por el hospital y bajo control prenatal en una unidad médica rural del IMSS-Oportunidades (IMSS-O), afiliada al Seguro Popular. Llegó al hospital enviada de la clínica rural con diagnóstico de óbito fetal y preeclampsia leve. Ingresó a las 17 horas del 8 de marzo y se le inició inducción de parto y manejo para preeclampsia, no hubo respuesta a la inducción y se intervino quirúrgicamente a las 13 horas del 9 de marzo, falleció una hora después —en el postoperatorio inmediato— por hemorragia postparto causada por atonía uterina y desgarro de cuello a vagina de tercer grado.

Consecuencias. El caso fue documentado y seguido por la organización Salud y Desarrollo Comunitario, A. C. (SADEC) y la Casa de la Mujer de Palenque. Se solicitó el expediente clínico, la intervención del Comité Promotor por una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas y del Observatorio de Mortalidad Materna en México, que envió una nota con análisis del caso a la Secretaría de Salud (SSA). Ejidatarios y re-

presentantes de las comunidades de la zona Fronteriza-Palenque-Ocosingo se inconformaron por el caso y reclamaron un trato digno así como el mejoramiento de la calidad de la atención. La familia junto con SADEC y Casa de la Mujer de Palenque solicitaron la intervención de las comisiones de arbitraje médico nacional y estatal. Se estableció un dictamen y la solicitud de indemnización por parte del médico tratante. No hubo acuerdo entre las partes. La familia no optó por la vía judicial y solicitó la intervención de la Comisión Estatal de Derechos Humanos (CEDH). Se estableció en el caso la violación de los derechos de la paciente a su integridad personal por discriminación de género, por condiciones de pobreza y origen étnico; así como la violación al derecho a la información que se concretó en la negativa de proporcionar el expediente clínico (CIDH, 2011). La CEDH coadyuvó en la conciliación entre la familia y los Servicios Estatales de Salud de Chiapas. Se estableció la restitución del daño a través de:

- 1) Indemnización para la familia.
- 2) Rehabilitación: se prometieron becas de Oportunidades para los niños y despensas a fin de retribuir parcialmente las implicaciones que tiene la pérdida de la madre.
- 3) Satisfacción: la CEDH fue coadyuvante entre la familia y el Instituto de Salud del Estado de Chiapas a fin de llegar a la satisfacción de los familiares y la comunidad.
- 4) Garantías de no repetición: se realizó una evaluación del caso por parte del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la SSA, así como por un grupo médico independiente que identificó las fallas en el proceso de atención, desde la sala de espera hasta el postoperatorio, y elaboró una serie de recomendaciones a fin de mejorar el desempeño de los servicios (ONU, 2005).⁵

⁵ La Organización de las Naciones Unidas ha aprobado los “Principios y directrices básicas sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones” en el que se desarrollan claramente todas estas formas de reparación: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/RemedyAndReparation.aspx>.

Resultados

Desde hace cuatro décadas el discurso de los derechos humanos se ha incluido en el ámbito de la salud, y la participación ciudadana ha sido un elemento activo en la defensa de estos derechos. Sin embargo, la exigibilidad y la justiciabilidad solamente han sido posibles en el marco de la rendición de cuentas y transparencia de la política pública y de la inclusión de espacios institucionalizados que aseguren el acceso oportuno a recursos no judiciales, que permitan no sólo la retribución de los daños sino la no repetición de los aspectos que han determinado una muerte prematura. La CONAMED es una instancia que ha mostrado limitados aportes para la resolución de conflictos entre usuarios y profesionistas de la salud, ya que ha colocado el problema como una cuestión entre particulares.

Por su parte, el marco de los derechos humanos provee un poderoso fondo de acción para las organizaciones de la sociedad civil, la academia, la comunidad y las familias, en la medida que coloca el problema como una responsabilidad del Estado. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2010:7) señala que la prestación del servicio de salud debe estar libre de discriminación por razones de edad, económicas, origen étnico o cualquier otro estatus; debe asegurar el derecho a la integridad personal de las mujeres en el ámbito de la salud materna. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social deben ser eficaces y oportunos y responder a las necesidades de la población. Para ello, debe asegurarse la igualdad de oportunidades durante la atención de la maternidad a partir de disponibilidad de servicios (suficientes), accesibles, libres de discriminación cultural, física y geográfica —incluyendo perspectiva de género e interculturalidad—, asequibles (accesibilidad económica) y que cuenten con información suficiente.

Estos casos muestran las dificultades de la exigibilidad y justiciabilidad a las que se enfrentan las personas para lograr, no digamos ya la reparación del daño, sino que los funcionarios en turno estén dispuestos a crear mecanismos que aseguren la no repetición de violaciones al derecho a la salud.

6.3 Muerte materna: exigencia de justicia frente al Estado omiso⁶

Regina Tamés Noriega

Antecedentes

Las mujeres y sus familias, víctimas de violaciones a sus derechos humanos (DDHH), tienen en común la búsqueda de justicia, que no necesariamente comienza recién ocurridos los hechos. Muchas veces el primer paso es identificar que lo sucedido no estuvo bien, que determinadas conductas no fueron correctas y que, en ocasiones, fueron deshumanizadas, discriminatorias y humillantes. Pareciera fácil, pero no lo es. Sobre todo cuando se trata de la salud reproductiva (SR). Más que violaciones a DDHH, para estas mujeres y sus familias se trata de prácticas médicas que marcaron su vida, pero que ellas incorporaron como parte del trato que significa pasar por una institución pública de salud. El Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)⁷ realiza un trabajo cotidiano de identificación a violaciones a DDHH en el ámbito de los

⁶ Este artículo retoma información textual del informe *Omisión e Indiferencia: Derechos Reproductivos en México*, Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), México, 2013: <http://omisioneindiferencia.gire.org.mx>. Asimismo, recoge y sistematiza discusiones, análisis y trabajo realizado por el equipo jurídico y de comunicación del GIRE alrededor del registro, documentación y litigio de casos, a quienes agradezco sus invaluable insumos, en particular, a Alma Luz Beltrán y Puga, coordinadora del Área Jurídica; a Ana Ávila, coordinadora del Área de Comunicación; a Lilia Íñiguez, abogada litigante, quien encabeza el litigio en el caso de Susana Hernández; y a Rebeca Ramos, investigadora jurídica, quien lidera la elaboración del informe anual del GIRE.

⁷ Para mayor información visitar: www.gire.org.mx.

derechos reproductivos con miras a documentar fallas estructurales que ocasionan dichas violaciones y ofrecer asesoría legal a víctimas o a sus familiares en la búsqueda de justicia.

Objetivo

Litigar, incluyendo la búsqueda de opciones jurídicas desde una perspectiva de DDHH, priorizando el litigio contra el Estado mexicano como responsable de garantizar, proteger y respetar los DDHH contenidos en normas nacionales e internacionales, buscando su responsabilidad por violaciones a los mismos.

Litigio en el sentido más amplio

Durante el litigio no se busca necesariamente a un individuo como responsable, sino la responsabilidad estatal por violaciones a DDHH. El litigio, en general, es sumamente costoso y difícil, y en materia de salud estas complejidades no quedan fuera, principalmente porque existe poca experiencia y precedentes en México. Hay litigios encaminados a la identificación del personal de salud como responsable de una conducta que pudiera constituir una negligencia médica, pero no se identifica al Estado como responsable de violaciones a DDHH. Al construir argumentos por casos de violaciones a estos derechos en materia de salud, GIRE ha identificado barreras importantes:

- 1) Dificultad de acceso al expediente médico para el o la representante legal, víctima y/o familiares en caso de que hubiera fallecido. En ocasiones, el expediente ha sido manipulado, por lo que no necesariamente refleja la realidad de lo sucedido.
- 2) Dificultad para obtener opiniones técnicas de otros médicos porque éstos no quieren argumentar contra sus pares, además del posible conflicto de interés en el juicio, pues el peritaje lo paga una de las partes involucradas.
- 3) Carencia de peritos expertos. Los ministerios públicos y jueces no siempre tienen peritos que puedan auxiliarlos en una investigación penal.

- 4) Las autoridades no creen en las mujeres o sus familiares; sin embargo, muchas veces su testimonio es la única prueba que existe.

En cuanto a muerte materna, GIRE ha observado un limitado acceso a la justicia para familiares. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) ha señalado que los recursos para la búsqueda de justicia pueden ser múltiples, pero que siempre “[...] deben ser accesibles, no onerosos, rápidos y eficaces, para lo cual se requieren fondos, capacidad y mandatos adecuados” (OACNUDH, 2012).

Violaciones a los derechos humanos de Susana y su familia

Uno de los casos que GIRE documentó y litigó es el de Susana, fallecida a manos de personal de salud de Chiapas por omisiones durante el parto.

El 4 de octubre de 2013 Susana Hernández, mujer tsotsil de Cruztón, comunidad del municipio de Chamula en Chiapas, ingresó al Hospital de la Mujer en San Cristóbal de Las Casas con 39 semanas de embarazo para que su hija naciera vía cesárea, ya que estaba en posición transversa. Cuando fue internada, la mantuvieron desnuda y expuesta sobre una camilla a la vista del personal de urgencias y de otros pacientes. Su suegra, quien la acompañaba, también fue discriminada por parte del personal de salud por no hablar español y ser indígena, y no la dejaron quedarse con Susana. Empezaron las horas de silencio. La familia preguntaba por ella y la bebé. Pasaron dos días para que les informaran que la bebé vivía pero que Susana había fallecido por complicaciones en una operación de vesícula que le practicaron y de la cual nadie tenía conocimiento. El personal médico entregó el cuerpo de Susana sin certificado de defunción y a la recién nacida sin realizarle los procedimientos inmediatos indicados por los protocolos de atención al recién nacido.

Este caso es sólo una muestra de lo que pasa en México. La dimensión de muertes prevenibles es alarmante y los esfuerzos estatales por reducirlas han sido poco exitosos. En Chiapas, si se comparan las primeras 31 semanas de 2014 con las mismas de 2013, el número de defunciones maternas se ha incrementado en 31% (OMM, 2012).

Defensa del caso de Susana

1 Ampliación de queja ante la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). Al tener conocimiento de la muerte de Susana, GIRE se acercó a su papá y a su viudo para ofrecerles asesoría jurídica conveniente a sus intereses, así supo que habían presentado una denuncia penal y una queja ante la CNDH.⁸ La Comisión decidió atraer el caso el 30 de octubre de 2013.⁹

Desde GIRE, se preparó una ampliación de queja, presentada el 19 de febrero de 2014 por el viudo y el padre como víctimas, y en representación de los hijos de Susana, argumentando que la muerte materna prevenible es una violación a los DDHH, a la vida, a la integridad personal, a la salud —incluida la SR—, a la autonomía reproductiva, a la vida privada, a la igualdad y no discriminación, a la decisión sobre el número y espaciamiento de los hijos(as), a no ser sometida a torturas, tratos crueles, inhumanos y degradantes, a la educación, información y goce de los beneficios del progreso científico y tecnológico (GIRE, 2013).

Junto con la ampliación de queja, se entregó la opinión técnica del doctor Marcos Arana, miembro del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM, s/f), quien concluyó que lo sucedido a Susana pudo haberse prevenido.

2 Reparación integral de violaciones a DDHH. En el escrito presentado a la CNDH se propone la reparación integral por violaciones a DDHH, como parte de la rendición de cuentas que debe realizar el Estado en casos de muerte materna. La OACNUDH señala que deben existir los medios para dicha reparación (OACNUDH, 2012).

En el caso de Susana se identificaron peticiones concretas para la reparación integral a las violaciones sufridas, atendiendo a los estándares nacionales e internacionales:

⁸ El 8 de octubre de 2013, Romeo, el viudo, presentó denuncia de hechos por el delito de responsabilidad técnica y médica en contra de quien resulte responsable, por lo que se radicó la Averiguación Previa en la Procuraduría General de Justicia del estado de Chiapas.

⁹ Los criterios de la CNDH para atraer un caso son confusos. El de Susana podría haberse quedado en la Comisión Estatal, pero pareciera que la CNDH lo atrajo por haber aparecido publicado en los medios. Esto vuelve cuestionable la utilidad de las comisiones estatales.

- a) Investigación de los hechos en las vías penal y administrativa para identificar y sancionar al personal médico que prestó atención negligente a Susana Hernández Gómez y que sea sancionado para que no se repitan estas conductas.
- b) Medidas de no repetición, incluidas aquellas encaminadas a sensibilizar y capacitar al personal de salud en los DDHH de las mujeres; implementación efectiva de programas de SR acordes con las necesidades culturales de las mujeres y con financiamiento estatal suficiente; y adopción de medidas legislativas, administrativas y judiciales para prevenir la muerte materna.
- c) Medidas de satisfacción y rehabilitación: que el Estado cubra los gastos educativos de los hijos de Susana, la atención médica puntual y especializada a la recién nacida, así como la atención psicológica para las víctimas.
- d) Indemnización por daño moral.
- e) Solicitud de perdón público por parte del personal médico involucrado.

▼ *Velorio de Susana.*
Sergio Solares / GIRE,
2013, San Juan
Chamula, Chiapas.



3 Recomendación de la CNDH. El 17 de junio de 2014, la CNDH emitió la Recomendación del caso (CNDH, 2014), lo que significa un logro pues reconoce que el Estado violentó los DDHH de Susana y su familia, y señala como responsable al estado de Chiapas. Pero su contenido no es idóneo ni plantea el estándar más alto de protección en materia de muerte materna, ya que es sorprendente que no incluya las peticiones de los familiares, por lo que la CNDH perdió una oportunidad de avanzar en este tema.

El reto más relevante de la Recomendación es la falta de publicidad sobre el seguimiento y cumplimiento, a pesar de haberse solicitado que se informara a las víctimas sobre los avances. GIRE, por su parte, está en comunicación directa con representantes del gobierno de Chiapas para dar seguimiento a las medidas de reparación solicitadas por las víctimas.

4 Campaña de exigencia de justicia para Susana. El 21 de agosto de 2014, GIRE lanzó una campaña (GIRE, 2014) para visibilizar este caso y llamar a la población a sumarse al reclamo de justicia, además de un Hospital de la Mujer digno. La campaña busca evitar que se repitan casos similares y parodia el oneroso programa Chiapásionate del gobierno estatal, para contrastar lo que dice sobre la situación que vive el estado, particularmente en salud. La campaña de GIRE incluye una petición al gobernador firmada por más de 40 mil personas.

Resultados

En materia de acceso a la justicia, en la ley existen mecanismos de carácter civil, administrativo y penal para que los familiares de las víctimas de muerte materna prevenible puedan obtener un recurso efectivo, pero en la práctica no es así. El sistema de quejas administrativas en hospitales no es autónomo ni accesible, aunque sea el recurso más inmediato para los familiares.

Este caso ha servido para visibilizar aún más la problemática de muerte materna en Chiapas. A pesar de que el gobierno manifestó públicamente la inversión de 18 millones de pesos en el Hospital de la Mujer de San Cristóbal de Las Casas, no hay avances para implementar las medidas de no repetición.

Donde se pueden concretar logros es en la reparación del daño a los familiares de Susana. Un ejemplo de ello es que el gobierno de Chiapas, a través del secretario de salud, pidió una disculpa en un evento público por su responsabilidad en las violaciones a los DDHH y muerte de Susana. Es la primera vez que en México se pide perdón públicamente por una muerte materna, lo cual significa un reconocimiento de responsabilidad estatal.

Asimismo, se firmó un “Convenio de indemnización por responsabilidad del Estado mexicano” entre la Secretaría de Gobernación (SEGOB), el gobierno del estado de Chiapas y las víctimas (el viudo, el padre de Susana y sus menores) por el daño moral, estableciendo que se salvaguardarán los recursos de los dos menores a través del Fideicomiso para el Cumplimiento de las Obligaciones en Materia de Derechos Humanos que tiene la SEGOB, para que se generen intereses hasta que cumplan la mayoría de edad y puedan tener acceso a ellos. Es la primera vez que se utiliza este Fideicomiso en un caso de muerte materna.

Las deficiencias de los mecanismos de monitoreo y rendición de cuentas, por parte de autoridades estatales y federales, evitan la reducción de muertes maternas prevenibles. La Recomendación de la CNDH en el caso de Susana es un paso hacia la justicia, pero falta la definición de los mecanismos que aseguren el cumplimiento de lo establecido. La búsqueda de justicia no es rápida, los procesos son lentos y se requiere trabajo cercano con las víctimas para acompañarlas hasta el final.

6.4 Guía técnica de derechos humanos para la prevención de la morbi-mortalidad materna: su importancia como herramienta de incidencia política

Silvia María Loggia

Paola Sesia

Raffaella Schiavon Ermani

Antecedentes

México ha avanzado de manera sustantiva en la elaboración de políticas públicas e intervenciones basadas en evidencia científica en materia de salud materna, pero no con el suficiente impacto para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015.

Los trastornos hipertensivos del embarazo y la hemorragia obstétrica continúan siendo las causas más importantes de muertes en el país; aunque existe evidencia científica que sustenta los protocolos, guías de prevención, manejo de estas patologías y, en general, sobre las acciones para salvar la vida de las mujeres. Debido a las insuficiencias del Sistema Nacional de Salud (SNS) y las condiciones de pobreza, muchas mujeres y sus recién nacidos enfrentan serias complicaciones que culminan en la muerte por falta de resolución efectiva. Adicionalmente, muchas mujeres enfrentan el multi-rechazo ante una emergencia obstétrica, así como atención deficiente, discriminación y malos tratos en la prestación de los servicios de salud materna.

Estas condiciones reflejan no sólo la falta de apego de la atención materna a normas, lineamientos técnicos, guías clínicas nacionales o recomendaciones internacionales sino el desconocimiento de evidencia científica disponible por parte de prestadores de servicios, y constituyen fallas estructurales en la atención médica y patrones comunes de violación a los derechos humanos (DDHH) de las mujeres frente a la

necesidad de atención integral durante el embarazo, parto y puerperio, en un contexto de deficiente infraestructura médica.

Objetivo

Mostrar las bondades del análisis de la muerte materna desde el enfoque de DDHH, como una violación fundamental a los derechos básicos de las mujeres, presenta un gran potencial para promover, defender y garantizar la salud materna y los derechos reproductivos de todas las mujeres en México.

Desarrollo

La consagración constitucional del derecho a la salud para la población mexicana desde 1983, la modificación en 2011 del Artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la promoción de marcos internacionales de DDHH desde el Sistema de las Naciones Unidas, han generado una plataforma jurídica y programática con áreas de oportunidad para mejorar las políticas públicas en salud materna; sin embargo, su aplicación cabal implica grandes retos para México, debido a la desigualdad social, la falta de equidad en el acceso a servicios de salud y su calidad, el sistema de salud vertical, fragmentado e inequitativo, y la marcada tradición de la sociedad mexicana al trato diferenciado y discriminatorio sobre la base de la clase social, etnia-raza y género (Sesia, 2013).

En 2009, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (CDHNU) adoptó una resolución histórica que reconoce explícitamente la mortalidad materna (MM) como un tema de DDHH y señala el importante papel que podrían cumplir los órganos de vigilancia de tratados y procedimientos especiales, los cuales constituyen un instrumento de referencia e implementación para consolidar efectivamente los DDHH en México (CDHNU, 2009).

Un enfoque de prevención y reducción de la morbilidad y MM basado en los DDHH es un compromiso con una nueva forma de operar. Como titulares (todas las mujeres) de esos derechos promueve la eliminación de todas las formas de discriminación, exclusión, inequidad y

ejercicio de violencia hacia ellas, abordando los factores sociales que afectan su disfrute de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales; las protege de intervenciones innecesarias y nocivas de terceros, y las reconoce como agentes activas facultadas para participar en las decisiones que afectan su salud sexual, reproductiva (SSR) y materna; enfatiza las obligaciones del Estado para asegurar el cumplimiento del derecho a la SSR y materna en un sistema estructurado de manera holística e integrada, que haga realmente efectivo el acceso universal a la salud, intervenciones, servicios e insumos esenciales, basados en evidencias y mejores prácticas, con disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad; y pone a disposición el máximo de recursos disponibles, con la revisión y alineación del marco legal y normativo al máximo estándar del derecho internacional.

En este contexto, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) publicó en julio de 2012 el informe “Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los DDHH a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad”. Dado que es un documento predominantemente técnico, el Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM) hizo una versión resumida con lenguaje accesible y didáctico, traducándose en una *Guía para la aplicación del enfoque de derechos humanos a la salud materna*, la cual plantea que entender la morbilidad y MM como cuestión de DDHH es un cambio fundamental de paradigma, porque:

- Permite ocuparse de la salud en general y no de enfermedades aisladas.
- Promueve la mejora en la calidad de la atención en salud materna y no solamente evita defunciones o morbilidad asociadas con la maternidad.
- Deja de ver a las mujeres como receptoras pasivas de tratamiento médico, volviéndolas agentes activas con derecho a participar en las decisiones que se toman sobre sus cuerpos y sus vidas.
- Empodera a las mujeres para que reivindiquen sus derechos.
- Logra transformar los sistemas nacionales de salud de un aparato administrativo de intervenciones e insumos básicos a un sistema justo y efectivo de salud.

- Implica que los servicios de salud se otorgan como parte de las obligaciones jurídicamente vinculantes que tiene el Estado para garantizar los derechos fundamentales de las mujeres.
- Incluye la entrega de servicios de salud oportunos, resolutivos y de calidad que satisfacen las necesidades de las mujeres, al mismo tiempo que garantiza los derechos a la salud, la no discriminación, el consentimiento informado y buen trato, entre otros.
- Implica adoptar medidas apropiadas para garantizar la totalidad de los derechos vinculados con la SSR; así como para eliminar la discriminación contra las mujeres, la violencia basada en el género, el matrimonio precoz y/o forzado, el embarazo a temprana edad y otras prácticas nocivas aún vigentes.

La Guía sostiene que el enfoque de DDHH representa una plataforma muy importante para que organizaciones de la sociedad civil (osc) puedan exigir al Estado el cumplimiento del derecho a la salud, a través de:

- 1) Diagnosticar el estado del derecho a la salud.
- 2) Monitorear y evaluar avances o retrocesos.
- 3) Promover una política pública bajo este enfoque.
- 4) Visibilizar las vulneraciones a derechos e incumplimientos del Estado en esta materia y solicitar su restitución.
- 5) Exigir transparencia y rendición de cuentas, y demandar la participación plena de la ciudadanía organizada en la promoción y cumplimiento de este derecho.

Para difundir y usar la Guía se ha tenido apoyo técnico de la oficina en México de la OACNUDH a fin de involucrar a instancias federales y estatales de diferentes sectores, pero también a las de DDHH con el propósito de responder a violaciones sistemáticas de DDHH sufridas por mujeres y sus familias durante la atención a la salud materna. Asimismo, las oficinas en México de la Organización Panamericana de la Salud y del Fondo de Población de las Naciones Unidas han sido aliadas estratégicas para la difusión del enfoque de DDHH aplicado a la salud materna, con el fin de fortalecer el SNS en alianza con osc.

Resultados

La Guía ha sido fundamental para visibilizar en la agenda pública los DDHH en materia de salud materna y no exclusivamente como tema de salud, y ha permitido la construcción de argumentos sólidos de incidencia política con tomadores de decisiones, tanto en el ámbito nacional como estatal, a fin de negociar el fortalecimiento de la respuesta del Estado para garantizar el cumplimiento de DDHH fundamentales, como un acto de justicia social y de enorme relevancia para las mujeres en México.

Esta Guía consolida el trabajo de articulación con la sociedad civil a través de redes y alianzas que pugnan por la salud materna y los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de las mujeres, y aporta elementos sustantivos al CPMSM para fortalecer temas específicos, como la violencia obstétrica —que constituye una violación a DDHH, en tanto que manifiesta la violencia de género contra las mujeres—, desde el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano fundamental.

El respeto por los DDHH dentro del sistema de atención biomédica implica eliminar la discriminación y malos tratos prodigados, en algunos casos, sistemáticamente hacia las mujeres que hacen uso de los servicios y, en otros casos, donde la violencia institucional cae sobre los

▼ *Mujer cargando a un bebé.* D.R. © Lorenzo Armendáriz García / Fototeca Nacho López / CDI, No. Inv. 85279, marzo, 1990, Santo Domingo, Chiapas.



trabajadores de la salud. En cada situación de violencia obstétrica se ha detectado la vulneración de más de un derecho, razón por la cual se inició un proceso de promoción y sensibilización mediante el uso de la Guía con agentes de salud, funcionarios de DDHH, ginecoobstetras, directivos de hospitales, sociedad civil y academia, a fin de modificar prácticas en salud violatorias de derechos de las mujeres e impulsar una legislación en la materia. Finalmente, un camino en proceso de construcción es el desarrollo de una agenda de exigibilidad con entidades federativas, a partir de la implementación de la “Guía Técnica”, proyecto al que se sumó la Oficina en México de la OACNUDH, el Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir y el CPMS-Jalisco, en busca de promover mecanismos de participación, transparencia y rendición de cuentas en dicho estado, con acciones de monitoreo de los recursos ejercidos y análisis de las muertes maternas.

Lo anterior está favoreciendo una articulación para mejorar el diseño y operación de políticas públicas en México, lo cual es posible a través de sinergias entre gobierno, sociedad civil, academia y organismos internacionales, siempre y cuando se redimensione el enfoque de DDHH a un ámbito más amplio de salud que contemple las desigualdades e injusticias sociales.

El principal reto es que el Sector Salud, en todos sus componentes—desde el sector financiero (Seguro Popular) hasta los diversos sectores de la seguridad social en los servicios públicos y privados, así como en todos los niveles, federal, estatal y municipal—entiendan y adopten a plenitud este enfoque, conceptual y operativamente.

Otro reto es mantener y fortalecer ese trabajo y establecer una alianza con OSC, que defienden los DDHH, para que incluyan la muerte materna en sus agendas de defensoría, en un contexto político nacional donde la gobernanza democrática es un proceso todavía endeble e inacabado.

Recomendaciones para adoptar el enfoque de DDHH

La aplicación de la Guía en México permite a las OSC la identificación de *diez prioridades* para garantizar la integración del enfoque de DDHH a la SSR y materna:

- 1) Reconocer que la salud materna es un derecho humano.
- 2) Reconocer que el Estado está obligado a diseñar políticas públicas y programas para garantizar los DDHH de las mujeres en materia de SSR y materna.
- 3) Asegurar que las instalaciones, bienes y servicios de salud sean/estén disponibles, accesibles y asequibles, aceptables y otorgados con calidad.
- 4) Fortalecer las capacidades de las mujeres para reivindicar sus derechos, posicionándolas como agentes activas; así como las capacidades de los responsables de garantizar los derechos y establecer procedimientos para levantar denuncias de maltrato y protocolos efectivos de exigencia de derechos violentados.
- 5) Establecer mecanismos de justiciabilidad que incluyan la restitución, indemnización, rehabilitación, satisfacción y garantía de no repetición; mecanismos que deben preverse en la planificación y presupuestación de las instancias involucradas en la atención de la salud materna.
- 6) Establecer normas y procedimientos de rendición de cuentas en los establecimientos de salud, a través de un comité que vigile de manera independiente y sin conflicto de intereses.
- 7) Involucrar al Poder Legislativo para garantizar la rendición de cuentas de los presupuestos aprobados.
- 8) Adoptar medidas que garanticen a la población, en particular a las mujeres, el acceso a educación integral sobre sexualidad, a la anticoncepción, a la eliminación de leyes que las criminalizan por abortar, a ejercer acciones para evitar el matrimonio y embarazo precoces y a prevenir la violencia hacia las mujeres, incluida la violencia sexual.
- 9) Mejorar los sistemas de información y registro con datos desglosados por sexo.
- 10) Impulsar a las instancias de DDHH, federales y estatales, para que ofrezcan recursos jurídicos eficaces a víctimas de violaciones, investiguen las violaciones a los DSR que incluyen la salud materna, vigilen la aplicación de la legislación nacional e internacional, supervisen el desempeño de instituciones de salud y realicen campañas sobre los DDHH de las mujeres, así como audiencias públicas como mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.



7 Sistemas de información en salud

Graciela Freyermuth Enciso

El modelo actual de la administración pública surge con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, y a lo largo del siglo xx se crean secretarías o departamentos con un papel fundamental en la rendición de cuentas: la de presupuestos, estadística y, posteriormente, la de prensa y difusión (Carrillo, 2006). Sin embargo, los sistemas de rendición de cuentas y transparencia se norman en el siglo xxi y se fortalecen en el momento en que irrumpe la sociedad del conocimiento, que se caracteriza por la proliferación y uso de la información a través de nuevas tecnologías.

El derecho a la información se garantiza a través del Artículo 6° Constitucional, que señala:

[...] El derecho a la información será garantizado por el Estado. Para el ejercicio del derecho de acceso a la información, la Federación, los Estados y el Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias.

Los incisos uno y tres son más específicos:

Toda la información en posesión de cualquier autoridad, entidad, órgano y organismo federal, estatal y municipal, es pública y sólo podrá ser reservada temporalmente por razones de interés público en los términos que fijen las leyes. En la interpretación de este derecho deberá prevalecer el principio de máxima publicidad y toda persona, sin necesidad de acreditar

interés alguno o justificar su utilización, tendrá acceso gratuito a la información pública, a sus datos personales o a la rectificación de éstos.

El Artículo 26, Apartado B, también establece que el Estado mexicano contará con un: “Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica cuyos datos serán considerados oficiales. Para la Federación, estados, Distrito Federal y municipios, los datos contenidos en el Sistema serán de uso obligatorio en los términos que establezca la ley”. Además de que su funcionamiento se regirá de acuerdo con los principios de accesibilidad a la información, transparencia, objetividad e independencia.

Este marco legal ha posibilitado que en México contemos con un sistema de información accesible y transparente en materia de salud. El Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) tiene como principal objetivo recabar, producir y difundir información de recursos físicos, materiales, humanos y financieros de servicios otorgados, de morbilidad y mortalidad hospitalarias, así como de mortalidad general.

La estructura del SINAIS se establece en la Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004 en materia de información en salud y en el Programa de Acción Específico 2007-2012 del Sistema Nacional de Información en Salud (PAESNIS)¹ cuyos objetivos son: establecer los criterios para obtener, integrar, organizar, procesar, analizar y difundir la información en salud, en lo referente a población y cobertura, recursos disponibles, servicios otorgados, daños a la salud y evaluación del desempeño del Sistema Nacional de Salud (SNS).

La NOM-040-SSA2-2004 es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para establecimientos, personas físicas y morales del SNS de los sectores público, social y privado que proporcionan servicios de atención a la salud (DOF, 2005) y establece los criterios técnicos bajo los cuales se debe recabar, procesar y producir la información en salud, de conformidad con el Artículo 104 de la Ley General de Salud. La Secretaría de Salud (SSA) es el órgano normativo y rector del SINAIS, y funge como concentradora de toda la información generada por éste.

◀ *Mujer chamula.*
De la serie *Muerte materna.* Cecilia Monroy Cuevas, 2010, Región Altos Tsotsil-Tseltal, Chiapas.

¹ El PAESNIS 2007-2012 también se encuentra vinculado con el Programa Nacional de Desarrollo de Información Estadística y Geográfica (PRONADEIG 2007-2012) en lo que corresponde al Subsistema Nacional de Estadísticas Sociodemográficas, donde se contemplan como líneas de acción la armonización de los sistemas de información del Sector Salud en el marco del SINAIS y el fortalecimiento de la estructura de los registros administrativos, homogeneizando la información en los sistemas institucionales del Sector Salud.

La coordinación de dichas funciones se ejerce por conducto de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) y para la información de vigilancia epidemiológica por medio de la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED), de conformidad con las disposiciones aplicables y atribuciones conferidas en el Reglamento Interior de la SSA, en coordinación con los diferentes sectores del SNS.

Coordinar un sistema de información en un SNS segmentado y fragmentado es un reto enorme. En México existen situaciones diferenciales de dispersión poblacional y condiciones de pobreza, así como de accesibilidad y calidad de los servicios de salud —particularmente en su organización—, de la calidad profesional de los prestadores y de los recursos dedicados al sistema de registro, que determinan una documentación heterogénea en el registro de estadísticas vitales, inclusive en la defunción.

En los procesos vitales, como la muerte y el nacimiento, México cuenta con una importante tradición de registro. Desde mediados del siglo XIX aparecieron los primeros registros civiles del país y fuentes de información como el censo, que permitían el estudio de la mortalidad. Sin embargo, la calidad de los datos en México podría considerarse como deficiente hasta antes de 1940 (Camposortega Cruz, 1992:16). No fue sino hasta 1948 y 1951 cuando se publicó un decreto presidencial que establecía que en México debía adoptarse el modelo de certificado de defunción que proponía la Organización Mundial de la Salud (OMS), y fue a partir de entonces que se empezó a utilizar un formato que, además de los datos de la persona que había fallecido, incluía una sección médica que permitía anotar las causas de muerte, complicaciones y causas contribuyentes (Lozano *et al.*, 2005). En 1984 apareció la Ley General de Salud, y con ella la atribución de esta instancia para aprobar los certificados de defunción. Dos años después se expidió un decreto en el Diario Oficial de la Federación (DOF), donde se normaba la expedición de este tipo de certificados (Lozano *et al.*, 2005:4).

En el caso particular de la mortalidad materna, desde 2003 el gobierno federal, a través de la DGIS, se propuso la mejora de los sistemas de información, corrigiendo el subregistro y la mala clasificación de muertes maternas en la República Mexicana, a partir del estudio de certificados de defunción y otras fuentes de información tales como expedientes o resúmenes clínicos, resultados de necropsias, dictámenes de mortalidad, aclaraciones de los certificantes y realización de autopsias

verbales² (Lozano *et al.*, 2005). Para ello, la DGIS diseñó una metodología para la estimación de este subregistro utilizando el método RAMOS (siglas en inglés de *Reproductive Age Mortality Survey*), pero con una modificación, ya que en vez de aplicar el método de manera universal, es decir, llevar a cabo una autopsia verbal con las familias de todas las mujeres fallecidas en edad reproductiva en un periodo determinado, realiza una búsqueda intencionada de mujeres que han fallecido por 46 causas de muerte (SSA, 2009). Estas causas fueron elegidas a partir de estudios previos sobre mortalidad materna y subregistro (Lozano *et al.*, 2005). Un estudio realizado casi a la par del llevado a cabo por la DGIS mostró que del total del subregistro identificado a través del método RAMOS, menos de 50% de defunciones habría sido identificado a través de la metodología RAMOS modificada (Freyermuth, Cárdenas, 2009).

Así, aunque la metodología RAMOS modificada mostró que aún prevalecía el mal registro de muertes maternas en el país y se estimó un error de 17% en 2003 y de 12% en 2004 (SSA, 2008:19), es posible que este subregistro sólo represente menos de la mitad del que impera en algunas zonas del país.

El PAESNIS 2007-2012 estableció la utilización del método RAMOS modificado de manera sistemática en el registro de defunciones maternas, lo que ha permitido no sólo disminuir el subregistro sino identificar de manera oportuna los vicios de registro y fomentar una cultura sobre la importancia del mismo.

La información como un instrumento en la rendición de cuentas y transparencia ha suscitado el interés de la academia y de las organizaciones de la sociedad civil para promover no sólo la utilización de estas fuentes de información, sino de contribuir a la mejora de la recabación de información y a su evaluación.

² La autopsia verbal es un método de indagación cuyo objetivo es reconocer si la causa de la muerte estuvo relacionada con el embarazo, parto o postparto, identificar cuáles fueron estas causas y los factores que contribuyeron a su deceso prematuro, así como la trayectoria que siguió en la búsqueda de atención antes de morir. La autopsia verbal se realiza a través de entrevistas hechas a familiares de las mujeres que han fallecido. En México existe un formato estandarizado que consta de dos apartados: uno que permite a las o los familiares relatar los hechos y otro con preguntas abiertas o semi abiertas.

7.1 Indicadores y Numeralia del Observatorio de Mortalidad Materna en México

Graciela Freyermuth Enciso

Marisol Luna Contreras

José Alberto Muños Hernández

Antecedentes

El Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM) surge en 2011 a fin de promover el cumplimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 5, a partir del cual el gobierno mexicano se compromete a disminuir la razón de mortalidad materna (RMM) a 22 para el año 2015 —la RMM oficial en 2013 es de 38.2— y agrupa a diversas organizaciones de la sociedad civil, la academia, gubernamentales e internacionales, con el objetivo de contribuir a la reducción de la muerte materna.

Objetivo

Desde 2011 el OMM ha elaborado año con año documentos que son consultados por tomadoras(es) de decisiones e investigadoras(es), como son la *Numeralia* y los *Indicadores* con cifras de 2009 a 2013 (OMM, 2009-2013). Esto obedece al mandato del OMM de crear un sistema de indicadores que facilite el análisis, evaluación, monitoreo y vigilancia sistemática de procesos, así como de resultados de políticas, estrategias, programas y servicios encaminados a reducir la mortalidad materna (MM), a fin de contar con los mecanismos necesarios para garantizar el acceso a información confiable, oportuna y periódica, que haga posible su uso para el análisis y prevención de las muertes maternas en México.

De manera particular, la *Numeralia* brinda una mirada rápida de la información más relevante de las defunciones maternas ocurridas y registradas a lo largo de un año en el país, con el objetivo de resaltar aquellos aspectos particulares en el comportamiento de la MM, de acuerdo con la entidad de residencia habitual, la condición de aseguramiento en salud de la mujer y el lugar de defunción. La información comparada puede ser consultada en la publicación de los *Indicadores* del mismo año.

Desarrollo

▼ *Curso Diversidad Cultural y Servicios de Salud*. CISC, A.C., 26 de octubre, 2011, Hospital General de Comitán, Chiapas.

Desde su creación, el OMM ha contado con la participación activa de personas expertas e interesadas en la problemática de la MM en distintos grupos y áreas de trabajo. Es así que la definición de las áreas, el perfil de sus integrantes, las actividades de cada una de ellas y los indicadores a monitorear han sido un esfuerzo colectivo en cada grupo de trabajo, incluyendo el de coordinación, monitoreo y difusión. Esto ha



permitido que el Observatorio se convierta en un espacio de interlocución y discusión de personas y profesionales que provienen de distintas instituciones o disciplinas.

El Grupo de Indicadores estableció dos diferentes sistemas de análisis que permiten a los interesados en el tema estar actualizados sobre las condiciones en las que están ocurriendo las muertes maternas en México. Esto ha requerido las gestiones del OMM ante dos instancias federales generadoras de información: la Dirección General de Información en Salud (DGIS) y la Dirección General de Epidemiología (DGE). El Secretariado Técnico ha firmado con ambas instancias cartas-compromiso. En la DGE, el OMM y el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica firmaron un acuerdo de colaboración el 13 de septiembre de 2011, que ha permitido obtener y difundir los boletines semanales de epidemiología, que anteriormente eran de uso interno para la SSA. El OMM ha hecho posible que cualquier ciudadano cuente con información preliminar de MM cada semana del año en curso.

Las estimaciones se realizan por un y una experta demógrafa y por el propio secretariado técnico del OMM, y se cuenta con un documento metodológico para este fin.

La *Numeralia* brinda una mirada rápida de la información más relevante de las defunciones maternas ocurridas y registradas de 2009, 2010 a 2013 en el país; sin embargo, no pretende que el o la lectora tenga una visión comparable por entidad federativa, por condición de aseguramiento en salud o por lugar de defunción. El objetivo es resaltar aquellos aspectos particulares en el comportamiento de la MM de acuerdo con la entidad de residencia habitual, la condición de aseguramiento en salud de la mujer y del lugar de defunción. Se incluye la adscripción étnica de las fallecidas a través del identificador conocido como "hablante de lengua indígena" y se incorpora información relativa a los antecedentes de atención materna de las fallecidas, datos que no se encuentran disponibles en la base de mortalidad publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), pero sí en la base que elabora la DGIS.

Se han incluido desde 2012 los porcentajes de datos sociodemográficos y de acceso a servicios de salud que se consideran de mayor relevancia, para que quienes estén interesados en esta problemática tengan acceso a información desagregada por cada estado de la República Mexicana; asimismo, se ha incorporado la RMM, definida como el nú-

mero de defunciones de mujeres que se encuentren embarazadas o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, y debida a cualquier causa relacionada con —o agravada por— el embarazo mismo o su atención (con exclusión de las muertes accidentales o incidentales), en un determinado año y por cada 100 mil nacidos vivos.

Se incluyen tres estimaciones de la RMM, a partir de las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), y una más del nuevo denominador utilizado por la DGIS para la estimación oficial. La primera utiliza como denominador las estimaciones anteriores presentadas por el CONAPO, con base en las proyecciones de la población de México 2005-2030. En la segunda estimación se utilizaron las nuevas estimaciones del CONAPO —que se publicaron en el año 2012— obtenidas a partir de la conciliación demográfica 1990-2010, de las proyecciones nacionales y por entidad 2010-2050, realizadas con los resultados definitivos del Censo de Población y Vivienda 2010, así como de los censos de 1990 y 2000 y de los Conteos de Población de 1995 y 2005. En la tercera se incluyó como denominador los nacimientos registrados a partir de los certificados de nacimiento con corrección del subregistro en nueve entidades federativas: Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Yucatán. Las y los lectores podrán identificar los cambios en esta razón a partir de la modificación del denominador.

El número de muertes maternas incluido principalmente en el análisis de la *Numeralia e Indicadores* es el que se considera oficialmente para estimar la RMM; no están contabilizadas aquellas que fueron resultado del coriocarcinoma ni las que ocurrieron después de 42 días del parto, las denominadas tardías. A partir de las estadísticas del 2012 se incluyen en estos dos documentos los datos más relevantes de las muertes tardías, con la finalidad de hacerlas visibles como parte del problema de la MM en México, ya que año con año van en aumento.

Durante estos mismos años, la publicación *Indicadores* ofrece el panorama completo de los indicadores sintéticos que se dan a conocer en la *Numeralia*. En la primera parte del documento se presentan los indicadores de salud reproductiva a los que se da seguimiento en el ODM 5. Este objetivo tiene dos metas: la 5A que se propone reducir, entre 1990 y 2015, la MM en tres cuartas partes, y la Meta 5B que se propone lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva. La segunda parte de este documento es complementaria a la *Numeralia* e incluye

información obtenida de la base de datos de mortalidad de la DGIS que anualmente es publicada por el INEGI, luego de ser validada.

Tanto los *Indicadores* como la *Numeralia* son sometidos a un proceso de validación a cargo del OMM y de la DGIS, como agente externo. El proceso de validación por parte del OMM se llevó a cabo utilizando el *software* STATA y se puso a disposición de las personas interesadas en el proceso de validación de indicadores un archivo con la sintaxis generada durante el proceso: <http://www.omm.org.mx/index.php/numeralia/176.html>.

Resultados

Los datos generados por los *Indicadores* y las *Numeralia* han sido utilizados no sólo como fuente de información que permite llevar a cabo un análisis del problema y su difusión, sino también como recurso para la toma de decisiones en salud pública. El OMM también ha realizado ejercicios de divulgación de los resultados a través de los siguientes medios:

- 1) El sitio web con dirección omm.org.mx es el principal medio de comunicación y difusión del OMM. Alrededor de 1 700 personas ingresan mensualmente a este portal —la mayor parte de ellas consulta la sección de indicadores—, para ser exactos, desde que fue creada, han ingresado 34 357 visitantes. De las 6 737 visitas que se realizaron de octubre de 2014 a enero de 2015 a este sitio, 73.5% son nuevos visitantes y 26.5% son visitantes recurrentes. Este comportamiento ha mejorado al ir actualizando y perfeccionando el aspecto e imagen de las secciones más visitadas.

- 2) Dentro del *Frontpage Slideshow*, la sección que más impactos genera mensualmente es la de “Notificación semanal de muerte materna”, ya que en el mes de enero de 2015 alcanzó poco más de 4 mil impactos, seguido de la sección de *Indicadores 2012*, que tuvo poco menos de 3 mil impactos, así como avances y retrocesos en la MM con 2 mil.

7.2 El Subsistema de Información sobre Nacimientos. Estudio de caso en la región Altos Tsotsil-Tzeltal de Chiapas³

Graciela Freyermuth Enciso

Antecedentes

La Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud (SSA), a partir de lo establecido en el Reglamento Interior de la SSA (DOF, 2 de febrero de 2010, citado en SSA, 2010:17), es la instancia responsable de establecer el diseño y contenido de los certificados. En los dos primeros años (2008-2009) de la puesta en marcha del certificado de nacimiento (CN), el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) logró una cobertura mayor al 100% de las proyecciones realizadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) para esos años (SSA, 2010:21). Con base en ello, se señala que los CN permitirán contar con información oportuna y confiable sobre un indicador que será utilizado en el cálculo de las tasas de fecundidad, natalidad y otras.

Por ello, desde 2011 se utiliza el SINAC para estimar la razón de mortalidad materna (RMM) en México, subsistema que forma parte del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) en México, cuyo principal objetivo es recabar, producir y difundir información de recursos físicos, materiales, humanos y financieros, de servicios otorgados, de morbilidad y mortalidad hospitalarias, así como de mortalidad general.

³ Proyecto realizado en 2014, con financiamiento de la Fundación Panamericana para el Desarrollo.

La DGIS ha señalado que nueve estados requieren corrección del subregistro de nacidos vivos: Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, San Luis Potosí, Sonora, Veracruz y Yucatán. En el caso específico de Chiapas, si comparamos los nacimientos estimados por el CONAPO y los registrados por el CN en 2013, la diferencia de los estimados (111 733) y los certificados (91 189) es de 18 por ciento. Las diferencias más grandes entre estimados y certificados ocurren en municipios con pocos nacimientos, como es el caso de Chicoasén con 125 certificados y 85 estimados, presentando una diferencia de 48%, o el caso de San Andrés Duraznal con 7 certificados y 180 estimados, dando una diferencia de -96 por ciento.

A la luz de estos resultados, el objetivo del estudio fue describir y analizar las debilidades y fortalezas del SINAC en la región Altos Tsotsil-Tseltal. Para ello realizamos el análisis de inconsistencias de los resultados que se generan de la base de datos del SINAC y describimos la forma en que se levantan los certificados en la región de Los Altos de Chiapas, con la finalidad de abonar en la mejora de este importante instrumento de información que permitirá un análisis y seguimiento más certeros de la mortalidad materna (MM).

Se eligió la región Altos Tsotsil-Tseltal de Chiapas porque es el escenario más difícil para el registro de nacimientos, ya que un porcentaje importante de su población es hablante de lengua indígena y las mujeres frecuentemente atienden sus partos en sus hogares.

Esta región es paradigmática porque en la mayoría de municipios (15) prácticamente toda su población es hablante de alguna lengua indígena (98%) y 54% no habla español, es decir, es monolingüe, y en casi todos ellos habitan indígenas tsotsiles y tseltales (INEGI, 2010); su ciudad más importante y punto de confluencia de sus municipios es San Cristóbal de Las Casas, en la que 36.7% de la población es indígena y 7% es monolingüe. Además, al ser una región eminentemente indígena, gran parte de los partos se atiende en el hogar, ejemplo de ello es San Andrés Larráinzar donde 10%, según el encargado de la certificación de nacimientos de los partos, se atiende únicamente en unidades médicas; asimismo, existen prácticas y representaciones en torno al recién nacido que se contraponen al registro de los nacimientos.⁴

⁴ Entre los tsotsiles, a los niños muy pequeños no se les asigna un nombre porque se piensa que a esa edad el alma puede separarse fácilmente del cuerpo, lo que les confiere mayor riesgo de morir; cuando una madre sale de casa con su bebé, el padre

Objetivo

Describir y analizar las debilidades y fortalezas del SINAC, en la región Altos Tsotsil-Tseltal de Chiapas.

Desarrollo

Se realizó el análisis de la base de datos del SINAC de 2013, que tiene la DGIS a través de los cubos dinámicos disponibles en su página web, identificando las inconsistencias de los resultados generados por el sistema, y se llevaron a cabo cruces de variables estratégicas para reconocerlas. Esto como resultado del inadecuado registro o captura que se realiza en todos los municipios del estado de Chiapas.

También se analizó la alineación entre los distintos formatos de captura de información relativa a la historia reproductiva y, de julio a septiembre de 2014, se llevó a cabo trabajo de campo en unidades de atención de los Servicios Estatales de Salud (SESA) de Chiapas, encargados de la expedición de certificados. Este trabajo se realizó en diez unidades de salud de la región Altos Tsotsil-Tseltal, donde se entrevistó a los encargados de levantar el CN. Asimismo, se entrevistó a los responsables del registro de esta información en tres hospitales y se mantuvieron conversaciones con algunos responsables jurisdiccionales de Ocosingo, Palenque y San Cristóbal, así como con los responsables de las oficialías de registro civil de tres municipios de la región.

La información se sistematizó para identificar los registrados como *No especificado* o *Se ignora*. Un alto porcentaje de *No especificado* permite identificar problemas en el registro de datos por parte del certificante, mientras que un alto porcentaje de *Se ignora* permite reconocer que la persona informante no es adecuada o que las preguntas del instrumento no son comprendidas cabalmente.

va poniendo señales con ramas para que, en caso de que el alma se desprenda, no tenga dificultades para regresar. Para proteger su alma, el niño no es presentado ante extraños en los primeros meses de vida (Guiteras, 1992; De León, 1999) y se le asusta constantemente para que su espíritu se fortalezca (De León, 1998). Sin embargo, para los y las niñas que han nacido en otro contexto social, en la ciudad de San Cristóbal por ejemplo, se modifican estas prácticas y representaciones de tal modo que sus madres, en caso de ser comerciantes, puedan cargar con ellos desde muy pequeños a lugares públicos que compartirán con los mestizos.



▲ *Atención médica a un bebé.* D.R. © Sergio Abud / Fototeca Nacho López / CDI, No. Inv. 13923, mayo, 1980, Santiago Tlatepusco, San Felipe Usila, Oaxaca.

Para identificar inconsistencias se realizaron cruces de variables entre los datos que están relacionados, por ejemplo, la historia reproductiva de las madres y la edad o el orden de nacimiento del bebé certificado, o la correspondencia entre edad y escolaridad o profesión; se analizaron solamente aquellas variables que mostraron rangos de *No especificado* o *Se ignora* que sobrepasaban 5%, un parámetro bastante estricto.⁵

Resultados

El SINAC se ha convertido en una herramienta imprescindible para el análisis de la salud materno-infantil. Este Subsistema de Información se genera a partir de los certificados de nacimientos. Los requisitos que

⁵ La Maestra Aline Jiménez, Directora de Sistemas de Información de Servicios de Salud de la DGIS, nos comentó que “una variable que tiene 5% o menos de no respuesta (esto incluye sólo la categoría *No especificado*), se considera una variable sin problemas de registro”. La Organización de las Naciones Unidas en 1974 señaló que se considera que un registro administrativo es bueno cuando tiene más de 90% de cobertura.

marca la federación para la expedición del certificado de nacimiento son mínimos: presentar una credencial oficial o un documento de identidad de la madre expedido por la autoridad correspondiente. Sin embargo, se puede reconocer que en contextos complejos, como el de Los Altos de Chiapas, los procedimientos por parte de la Jurisdicción Sanitaria II para la certificación están al margen de la normatividad federal y han tenido un efecto paradójico: burocratizar y obstaculizar el proceso de registro del nacimiento.

Este estudio muestra que los aspectos más problemáticos en el registro del CN son los de la historia reproductiva de la madre, así como algunos datos del nacido vivo y del nacimiento, particularmente aquellos que están relacionados con el recién nacido. Esto no es privativo de los partos atendidos al margen de los sistemas de salud y responde a que las personas encargadas del llenado de los CN en los SESA no están forzosamente en contacto con las madres y, para su expedición, se apoyan en documentos que no necesariamente registran toda la información que se requiere en el CN.

Hay variables que han sido consideradas como autoexplicables y tienen problemas en su registro: son los casos de la escolaridad y la profesión, que son inconsistentes con las edades de las madres. Recomendamos, para ello, que se explicita en el *Manual para el llenado del certificado de nacimiento* y en el reverso del CN, que la escolaridad está relacionada con los años acumulados de estudio: Primaria 6, Secundaria 9, Bachillerato 12, Profesional 17 y Posgrado 19, 22 o 25 años de estudio.

Para facilitar el llenado del apartado *Datos de la madre*, todas las variables que lo conforman deben estar ubicadas previamente en la historia reproductiva de las madres, sugerimos que los *items* 13, 14 y 15 sean los *items* 6, 7 y 8 de ese apartado.

El apartado sobre la historia reproductiva requiere ser validado al ingresar al sistema. Puede utilizarse el mismo sistema que utiliza la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica y también pueden utilizarse dos variables: orden de nacimiento y sobrevivencia del hijo anterior. Sin embargo, el principal problema para la validación es que la historia reproductiva está incompleta. Por eso, consideramos pertinente incluir número de abortos, lo cual permitiría validar el número de embarazos y de hijos vivos y muertos. En las historias clínicas médicas, la historia reproductiva incluye gestas, abortos y partos. Esta forma

facilitaría el llenado y la confiabilidad de los datos, además de incluir sus variables de nacidos vivos, muertos y sobrevivientes.

El apartado del recién nacido —particularmente la valoración de Apgar y Silverman y la aplicación de vitaminas y vacunas— tiene dificultades en su llenado. Sería importante identificar de manera más precisa las dificultades que tienen los responsables de su llenado. Los resultados de campo en la Jurisdicción Sanitaria II mostraron que la información en torno a la aplicación de vitaminas y vacunas está en las notas de enfermería y no en las notas clínicas y que no se especifica el tipo de vacunas que se aplicaron. La valoración de Silverman y la aplicación de vacunas y vitaminas no están incluidas en el formato de egresos hospitalarios, por lo que sugerimos que estos dos instrumentos estén alineados.

El objetivo del CN es generar información homogénea de los nacimientos y que ésta sea oportuna, por ello, se ha establecido que la expedición del mismo se realice en los servicios de salud. Por lo menos se están solicitando de dos a tres documentos para que la mujer pueda contar con el CN, pero en la ciudad de San Cristóbal solicitan hasta diez requisitos distintos, propiciando que se pierda el espíritu de la certificación y su oportunidad. Es muy importante asegurar el espíritu de la NOM 035, donde se requiere que quien expida el CN pueda certificar el vínculo madre-hijo y la identidad de la madre, los cuales deberían ser los requisitos fundamentales para la expedición del CN.

Como en otras situaciones, las mujeres más pobres, las que se atienden al margen de los servicios de salud, las que cuentan con menos recursos para sacar copias y actualizar sus documentos, son las que deben realizar más trámites, lo que necesariamente agrava el problema de subregistro en Chiapas.

7.3 Herramientas para el mejoramiento de la calidad de información relacionada con la salud sexual y reproductiva de las mujeres

*Erika Troncoso
Adriana Lozano*

Antecedentes

Los sistemas de salud requieren de información confiable, veraz y oportuna para la toma de decisiones tanto operativas como presupuestales. En los servicios de salud existe una responsabilidad en cuanto al proceso de registro, pues éstos son los espacios primarios de generación de información. De la correcta clasificación y registro de datos en las unidades de salud dependerá el contar con materia prima de calidad, tanto para el análisis como para la toma de decisiones encaminadas a la atención de la salud.

Elementos clave para la mejora. Identificación del propósito de la clasificación de enfermedades

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) se ha constituido como una herramienta necesaria y obligatoria para la descripción y análisis de los perfiles de salud de la población; puede definirse como un sistema de categorías que se asignan a entidades morbosas con criterios establecidos. En un inicio la CIE asignó categorías para causas de mortalidad, pero a partir de 1948 se amplió dicha asignación para causas de morbilidad y otros problemas de salud. Con este

sistema se ha facilitado el registro, análisis, interpretación y comparación internacional de información, pues favorece la obtención de estadísticas uniformes relacionadas con la mortalidad y la morbilidad y se puede disponer de registros estandarizados dentro de los sistemas de información.

Desde 1995 se ha adoptado la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, conocida como CIE-10⁶ (CIE-10, 1995), la cual cuenta con códigos alfanuméricos estandarizados que buscan agilizar la recolección de datos, dispone de instrucciones y criterios para mejorar la calidad de la información, permitiendo comparar en diferentes momentos y regiones el comportamiento (incidencia y prevalencia) de los padecimientos de salud.

A la par de la CIE-10, en México se usa desde 1997 la CIE-9-MC (CE-MECE, 2009) para estandarizar el registro y reporte de procedimientos médicos, ya sean intervenciones quirúrgicas o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos. Esta clasificación permite un mejor orden del expediente clínico del paciente, la revisión de atenciones médicas a lo largo de un episodio morbido y la evaluación del tipo de respuestas por parte de los servicios de salud. Todos éstos son insumos clave para la gestión clínica.

En México existe un órgano asesor que capacita y vigila el uso adecuado de la Familia de Clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se trata del Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS (s/f) que en 2008 fue designado formalmente para este fin. La reglamentación en materia de información que regula su uso estándar y obligatorio a nivel nacional es la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3, en materia de información en salud.

Causas de morbi-mortalidad relacionadas con la salud sexual y reproductiva (SSR) de las mujeres

La CIE-10 es un listado de códigos que se organiza en *categorías* (3 caracteres: 1 letra y 2 dígitos) y *subcategorías* (4 caracteres: 1 letra y 3 dígitos),

⁶ CIE-10 por sus siglas en español o ICD-10 por sus siglas en inglés.

y se agrupan en 22 capítulos temáticos. Es necesario que el personal médico identifique cuáles son los códigos de CIE más frecuentes en su desempeño profesional y en su respectiva especialidad. En el caso del campo de la ginecoobstetricia comúnmente se utilizan categorías y subcategorías del capítulo xv de la CIE-10 identificadas con la letra “O” y con la denominación Embarazo, parto y puerperio; el rango de categorías va desde la O00 a la O99 y se organizan, a su vez, en ocho grupos, entre los que se encuentran:

- **O00-O08:** Embarazo terminado en aborto.
- **O10-O16:** Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio.
- **O20-O29:** Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo.
- **O30-048:** Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto.
- **O60-O75:** Complicaciones del trabajo de parto.
- **O80-O84:** Parto.
- **O85-O92:** Complicaciones, principalmente relacionadas con el puerperio.
- **O94-O99:** Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte.

La CIE-10 ofrece una amplia gama de categorías y subcategorías, y precisa normas y requisitos de notificación relativos con la mortalidad y morbilidad, además de los códigos mencionados en el caso de problemas y atenciones relacionadas con la SSR; también puede ser de utilidad el capítulo XXI denominado “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud”, como es el caso de la categoría Z30 que contempla en sus subcategorías los diferentes tipos de atención para la anticoncepción: inserción del dispositivo intrauterino (DIU), esterilización y uso de medicamentos, entre otros.

Aunque el personal médico no participa de manera directa en el momento de la codificación, sí está entre sus responsabilidades y competencias el registro de diagnósticos y procedimientos, posibilitando así la calidad y fiabilidad del reporte estadístico para la toma de decisiones administrativas, clínicas y estratégicas dentro de los servicios, y a nivel de política pública en salud.

Sistemas de registro en México

En las unidades de salud existen varios instrumentos para el registro de información, uno de los más utilizados es la Hoja de Hospitalización, conocida también como Formato de Egresos Hospitalarios. La información que allí se registra alimenta al Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) a nivel nacional, en el cual se reporta la información del paciente; dentro de las variables más importantes están las afecciones, entre las cuales el médico tratante define cuál sería la afección principal. El codificador del área estadística debe revisar o re-seleccionar la afección principal de acuerdo con los criterios de la CIE-10, considerando que se trata de:

[...] la afección diagnosticada al final del proceso de atención de la salud como la causante primaria de la necesidad de tratamiento o investigación que tuvo el paciente. Si hay más de una afección así caracterizada, debe seleccionarse la que se considera causante del mayor uso de recursos. Si no se hizo ningún diagnóstico, debe seleccionarse el síntoma principal, hallazgo anormal o problema más importante como afección principal (CIE-10, vol. 2:110).

Para los procedimientos, el SAEH permite la captura hasta de ocho procedimientos, sean quirúrgicos o no quirúrgicos (diagnósticos y terapéuticos), los cuales son registrados y posteriormente codificados de acuerdo con los criterios de la CIE-9-MC, que en su capítulo 12 incluye los códigos para las Operaciones sobre Órganos Genitales Femeninos. Los códigos de la CIE-9-MC de este capítulo contemplan categorías que van del rango 65 al 71.

Es importante mencionar que, en la revisión de las dificultades para el registro de este campo en el SAEH, es básico el conocimiento y diferenciación de procedimientos, tales como la Dilatación y el legrado del útero (mejor conocido como Legrado Uterino Instrumental o LUI) y el Legrado por aspiración de útero (o Aspiración Endouterina), cuyo código (69.5) ha permitido codificar los procedimientos de Aspiración Manual Endouterina (AMEU). Otra distinción esencial en dichos procedimientos es para considerar si son casos de terminación del embarazo en las causales legales, o de atención postparto o postaborto; para cada situación existen códigos específicos.

También existe el Sistema Automatizado de Urgencias Médicas (SAUM) que contiene menos variables, pero igualmente contempla campos para el registro de la afección principal así como de los procedimientos realizados, datos que se registran en un formato conocido como Hoja Diaria de Servicios de Urgencias y que debe ser diligenciada por personal médico y codificada por el personal de estadística.

Al igual que para morbilidad, para los eventos de mortalidad se asignan códigos de la CIE-10, y el registro de las causas debe contar con la mayor precisión y detalle a fin de permitir su adecuada codificación.

De acuerdo con lo anterior, es comprensible llamar la atención sobre las dificultades que pueden existir tanto en el registro de las causas de morbilidad y mortalidad relacionadas con la atención del embarazo, parto y puerperio, como en los procedimientos a cargo del personal médico (atención, aborto, parto, métodos de planificación familiar). También se precisa la importancia de la capacitación, sensibilización y seguimiento de los responsables de la codificación y captura de estadísticas en las unidades de salud.

Objetivo

En este marco, Ipas propone la realización de talleres de mejora en el registro de diagnósticos y procedimientos basados en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), específicamente en la CIE Décima Revisión (CIE-10) y en la CIE Novena Revisión Modificación Clínica (CIE-9-MC), con el propósito de brindar herramientas básicas para el mejoramiento del reporte de estadísticas concernientes a la SSR, en particular de las mujeres en situación de aborto. Si bien la CIE constituye un instrumento técnico, su uso adecuado requiere tanto de elementos prácticos como del reconocimiento de sus antecedentes, principios, propósitos y estructura que guían a este sistema de clasificación.

Desarrollo

Se han diseñado dos talleres que se realizan en los servicios de salud. En el primer taller se exponen las herramientas básicas que incluyen: proceso de generación de estadísticas en salud, normatividad en mate-



▲ *Mujer cargando bebé.* Gabriela Torres Freyermuth, 2014, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

ria de información en salud, propósitos y antecedentes históricos de la CIE y principios, estructura y capítulos de la CIE-10. En un segundo momento se profundiza en las reglas y orientaciones para la codificación de la mortalidad y la morbilidad, especialmente de problemas de SSR, así como en la codificación de procedimientos médicos, éstos últimos basados en los criterios de la CIE-9-MC (CEMECE, 2013).

El perfil de los participantes es: estudiantes de medicina, enfermeras, médicos generales, ginecoobstetras, médicos residentes y personal de estadística responsable de la captura y codificación de diagnósticos de egreso en unidades de salud pública y/o privada. El énfasis de la capacitación se centra en diligenciar de manera adecuada los formatos que alimentan los sistemas de información, precisar los diagnósticos y, en especial, definir la afección principal al egreso del paciente; también se recalca la necesidad del registro de cada uno de los procedimientos realizados durante el proceso de atención, sea éste en servicios de hospitalización, urgencias o a nivel ambulatorio.

Resultados

Varios aspectos ilustran los eslabones donde se precisa intervenir para mejorar el registro de información: reconocer que la materia prima básica son los diagnósticos que emite el personal médico y que de su especificidad y detalle depende que se pueda generar información veraz, así como identificar que el personal de estadística es el responsable de asignar códigos a los diagnósticos y procedimientos. Por ello, es indispensable contar con procesos de actualización permanente que garanticen la calidad de los datos, tanto en el momento de la codificación como en la captura.

En el caso de estadísticas de SSR generadas en las unidades de salud, se debe contar con mecanismos de comunicación oportunos y constantes entre las jefaturas del servicio de ginecoobstetricia, médicos residentes, médicos generales, estudiantes y personal de enfermería y estadística, pues todos son actores clave en la generación de información. Parte del objetivo del taller es reconocer el uso e importancia de los datos en la descripción de los perfiles de salud y enfermedad relevantes en la SSR de las mujeres.

Asimismo, esta información se torna en instrumento esencial para el análisis y evaluación del tipo de atención prestada, identificando los recursos materiales (auxiliares de diagnóstico y medicamentos, entre otros) y humanos indispensables; así como para el de las áreas que han de ser intervenidas desde el punto de vista financiero y de capacitación.

Epílogo

Este documento brinda un recuento de los aportes de la sociedad civil y la academia en la prevención y reducción de la MM, aportaciones que desde la década de los noventa del siglo XX han contribuido en la identificación de las necesidades de las mujeres, sus parejas, familias y comunidades; fomentando su participación activa en la evaluación de la atención médica disponible, promoviendo el uso de intervenciones basadas en evidencia y dando seguimiento, a través de diversas herramientas, a políticas y programas encaminados a disminuir este problema de salud pública, inequidad de género y violaciones a los derechos de las mujeres.

Asimismo, desde hace dos décadas, estas aportaciones han incorporado la perspectiva intercultural, difundiendo y defendiendo los derechos de las mujeres indígenas a través de múltiples herramientas, incluyendo el litigio estratégico y proponiendo modelos de intervención que respondan de manera efectiva a las necesidades y expectativas de las mujeres, en especial de las mujeres indígenas; han participado en la actualización de guías, elaborando y adaptando a los contextos regionales las propuestas recientes de organismos internacionales, como las agencias de las Naciones Unidas, entre otros.

El trabajo conjunto de abogacía de las organizaciones de la sociedad civil ha logrado éxitos importantes en el diseño, planteamiento y seguimiento de políticas públicas, incluyendo el ámbito legislativo y desde la perspectiva de la evidencia y los derechos humanos. Se ha contribuido

además a identificar, promover y fortalecer nuevos actores en la provisión de los servicios de salud materna con un potencial importante de mejora de la calidad de la atención en México, como es el caso de la partería profesional.

El trabajo de monitoreo de programas y políticas públicas así como del funcionamiento de los servicios de salud ha generado evidencia de las desigualdades y brechas entre grupos poblacionales y territoriales, por ende, las recomendaciones han estado encaminadas a fortalecer la capacidad de los sistemas y servicios de salud para atender las necesidades de las mujeres durante la maternidad, con calidad, pertinencia cultural y libres de violencia; ha permitido el desarrollo de modelos que posibiliten el acceso a métodos modernos de planificación familiar (entre ellos la anticoncepción de emergencia) en aquellas regiones marginadas y rurales, particularmente a jóvenes indígenas. A partir de la investigación realizada, se han identificado fortalezas y debilidades de los mecanismos de vigilancia de mortalidad materna y certificación de nacimientos a niveles nacional y local, ubicando los problemas de subregistro y capacitando a personal clave en la clasificación de muertes maternas. Asimismo, se han promovido acuerdos y facilitado la publicación, de manera sencilla, de información disponible relacionada con la salud materna y, finalmente, se ha impulsado, a través del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México y del Observatorio de Mortalidad Materna en México y sus contrapartes locales que tanto el gobierno federal como el estatal adopten una cultura de rendición de cuentas y transparencia durante la implementación de la política pública en salud materna y la gestión de los presupuestos.

Una publicación como la que hoy se presenta, recuperando experiencias exitosas y buenas prácticas desarrolladas desde la sociedad civil a favor de la salud de las mujeres, desde una perspectiva de derechos humanos que coloca al centro sus características y especificidades, constituye un aporte en varios sentidos: no sólo en el inventario de intervenciones y acciones que se pueden desarrollar en materia de salud materna, sino en la posibilidad de hacer un análisis del papel actual de la sociedad civil en la construcción de ciudadanía mediante estrategias de promoción de la salud, atención directa y contraloría social, entre otras.

México es uno de los países de América Latina donde la sociedad civil presenta importantes grados de organización, participación y exigencia a los gobiernos, respecto al cumplimiento de las obligaciones



▲ Efraín Ascencio
Cedillo, 7 de enero,
2011, Guadalajara,
Jalisco.

que comprometen a los estados. En tal sentido, la compilación de buenas prácticas que aquí se presenta significa también una posibilidad de reconocer la propia historia y aportes de las organizaciones de la sociedad civil al campo de la salud y a la gobernanza, pues muchos de los logros obtenidos a lo largo de estas tres décadas habrían sido imposibles si las instituciones gubernamentales no hubieran estado acompañadas por una sociedad civil fuerte, técnicamente formada y con capacidad de trabajo en diferentes niveles. Conocer estas experiencias puede ser de gran valor no sólo para México, sino para otros países de la región que enfrentan similares desafíos.

*Graciela Freyermuth Enciso,
Lina Rosa Berrío Palomo y
Paola Sesia*

Bibliografía

Capítulo 1

- Berrío, L., Lozano, A. (2015). *El trabajo de incidencia en redes. Agendas de mujeres indígenas en salud sexual y reproductiva en la experiencia de la Coalición por la salud de las mujeres*. En C. Juárez, F. Hevia, A. Ricoy (Coords.), *Entre el activismo y la intervención: el trabajo de organizaciones de la sociedad civil y su incidencia para la salud de las mujeres indígenas en México*, Alternativas y Capacidades. México: en prensa.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). (2015). *Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo*: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/052_GPC_VigilanciaManejodelParto/IMSS_052_08_EyR.pdf [10 de noviembre, 2014].
- Coalición por la Salud de las Mujeres. (2008). *La salud de las mujeres guerrerenses. Retos legislativos*: <http://www.fundar.org.mx/clases/wp-content/uploads/pdf/saludonepager.pdf> [20 de febrero, 2014].
- Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México (CPMRM). (2008). *Primera Reunión Técnica*, Acuerdos: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/seguimiento-de-acuerdos/> [10 de enero, 2014].
- . (2009). *Segunda Reunión Técnica*, Ponencias: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/reuniones-tecnicas/> [22 de diciembre, 2014].
- . (2010). *Tercera Reunión Técnica*, Ponencias: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/reuniones-tecnicas/> [22 de diciembre, 2014].
- . (s/f). *Un paso hacia el acceso universal y gratuito durante la maternidad, se anuncia el programa embarazo saludable*: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/?s=embarazo+saludable> [10 de enero, 2014].

- Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM): www.maternidadsegura.org.mx.
- . (2011). *Cuarta Reunión Técnica*, Ponencias: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/reuniones-tecnicas/> [22 de diciembre, 2014].
- . (2012). *Quinta Reunión Técnica*, Ponencias: <http://www.maternidadsegura.org.mx/reuniones/reuniones-tecnicas.html> [20 de diciembre, 2014].
- Comité Promotor por una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas (CPVMS-Chis). (s / f). *Reuniones técnicas Oaxaca, Chiapas, Guerrero y Veracruz*: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/reuniones-tecnicas>.
- Elu, M. C. (1999). *La iniciativa por una maternidad sin riesgos en México*. En S. González (Coord.), *Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva* (pp. 125-138). México: El Colegio de México.
- Espinosa, G. (2003). *Doscientas trece voces contra la muerte. Mortalidad materna en zonas indígenas*. México: Kinal Antzetik, A. C. <http://kinal.laneta.apc.org/informe.html> [10 de octubre, 2014].
- Family Care International. (2006). Comentario. Iniciativa por una Maternidad Sin Riesgo: 20 años y más. *Lancet*, 368, 1130-32.
- Flores-Hernández, A. et al. (2012). Una estrategia institucional en la prevención de la muerte materna en el estado de Guerrero, México. *Revista Ra Ximhai*, 8 (1), 65-81: <http://www.redalyc.org/pdf/461/46123324005.pdf> [10 de febrero, 2014].
- Freyermuth, G. y Sesia, P. (2009). *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos, Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C., Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. http://elrostrodelamortalidadmaterna.cimac.org.mx/sites/default/files/La_Muerte_Materna_2_Acciones_y_Estrategias_hacia_una_maternidad_Segura.pdf [2 de julio, 2014].
- Freyermuth, G. (2013). *Rendición de cuentas: una historia desde el Comité Promotor por una Maternidad Segura y el Observatorio de Mortalidad Materna en México*. México: Comité Promotor por una Maternidad Segura en México.
- Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos (IFAI). (2013). *Sistema INFOMEX Guerrero*: <http://www.info.guerrero.gob.mx/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2010). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009*. México: INEGI. http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENADID/2009/met_y_tab_enadido9.pdf [2 de octubre, 2014].
- . (2013). *Estadísticas a propósito del día mundial de la justicia social*. México: INEGI. <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/>

- prensa/Contenidos/estadisticas/2013/justiciao.pdf [4 de noviembre, 2014].
- Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). (2012). Sistema de tarjetas estatales: Guerrero. <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/fichas.php?pag=2> [20 de noviembre, 2014].
- Karam, M. A. *et al.* (2007). Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México. *Medicina Social*, 205 (4), 205-211: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.19.pdf> [2 de octubre, 2014].
- Márquez, A. (2014). *Construcción democrática de políticas entre sociedad y legislativo: los presupuestos públicos sensibles al género y la salud sexual y reproductiva*. En R. Millán (Coord.), *Vida pública en México: ¿didáctica para la democracia?* México: Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Sociales.
- Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5276550 [6 de diciembre, 2014].
- Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM): www.omm.org.mx [10 de noviembre, 2014].
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2000). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx> [15 de octubre, 2014].
- Paredes, J. (2014). *Hilando fino. Desde el feminismo comunitario* (2a ed.). México: El Rebozo / Zapateándole / Lente Flotante / En cortito que's pa largo / Alifem, A. C.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2014). *Índices de Desarrollo Humano Municipal*. México: PNUD.
- Santos, E., y Elu, M. C. (2005). *Una década del Comité por una Maternidad sin Riesgos en México*. En E. S. Pruneda y M. C. Elu (Eds.). *A lo largo del camino* (pp. 111-117). México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos, Instituto Mexicano de Estudios Sociales.
- Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR): www.cnegsr.salud.gob.mx.
- Sesia, P. (2013). *Derechos Humanos, Salud y Muerte Materna: características, potencial y retos de un nuevo enfoque para lograr la maternidad segura en México*. *Revista Andaluza de Antropología*, 5, 66-90: <http://www.revistaandaluzadeantropologia.org/uploads/raa/n5/raa5/sesia.pdf> [28 de octubre, 2014].
- Sesia, P., Freyermuth, G. (2013). *La rendición de cuentas y la contraloría social: Debates y experiencias en salud materna*. En G. Freyermuth, P. Sesia (Coords.), *Monitoreos, diagnósticos y evaluaciones en salud materna y reproductiva. Nuevas experiencias de contraloría social* (pp. 9-37). México: Serie Evidencias y experiencias en salud sexual

y reproductiva. Mujeres y hombres en el Siglo XXI, núm. 3, Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Observatorio de Mortalidad Materna en México.

Villagómez, P. y Valencia, J. A. (Coords.). (2011). *Perfiles de salud reproductiva*. Guerrero. México: Consejo Nacional de Población. http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/perfiles_salud_reproductiva_estados/Perfiles_SR_12_GR.pdf [18 de septiembre, 2014].

Capítulo 2

Benítez, M. (2014). *Ciclo, organización y análisis del presupuesto* (presentación en Power Point). México: Fundar.

Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM). (2014) *Guía de aplicación del enfoque de derechos humanos en la salud materna*. México: CPMSM.

Consejo de Derechos Humanos (CODH) de las Naciones Unidas. (2012). *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad*. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf [28 de octubre, 2014].

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval): http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/evaluacion_monitoreo/HomeEvalMonitoreo.jsp?categorias=VAL_MON,E-VAL_MON-prog_anual_eval [17 de junio, 2010].

—. (s/f). *Valoración del desempeño de los programas*. Anexo metodológico. México: CONEVAL. http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/evaluacion/paquete_informativo_presupuesto.es.do [12 de enero, 2012].

De la Torre, C. (2006). *El proceso de descentralización y los presupuestos del sector salud en el estado de Chiapas: un análisis del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud y su impacto en la muerte materna*. Tesis de licenciatura. México: Universidad Autónoma de Chiapas.

Freyermuth, G. y Sesia, P. (Coords.). (2013). *Monitoreos, diagnósticos y evaluaciones en salud materna y reproductiva*. Nuevas experiencias de contraloría social. México: Serie Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el Siglo XXI, núm. 3, Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Observatorio de Mortalidad Materna en México.

- Freyermuth, G. (Coord.). (2011). *Monitoreo de la atención a las mujeres en Servicios del Sector Salud*. México: Instituto Nacional de las Mujeres. CIESAS, Cuaderno de trabajo 401. http://www.inmujeres.gob.mx/images/stories/cuadernos/c29_o.pdf [23 de noviembre, 2014].
- Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM). (2012a). *Monitoreo al Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de las Emergencias Obstétricas, 2011, Síntesis política general*. México: OMM. <http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/S%C2%Bontesis%20general%20AEO%20FINAL%20septiembre%2010%202012.pdf> [21 de agosto, 2013].
- . (2012b). *Atención de emergencias obstétricas en Oaxaca a través del Convenio General de Colaboración Interinstitucional, 2011*. México: OMM. <http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/S%C2%Bontesis%20AEO%20Oaxaca%20FINAL%20septiembre%2010%202012.pdf> [21 de agosto, 2013].
- . (2012c). *Atención de emergencias obstétricas en Chiapas a través del Convenio General de Colaboración Interinstitucional, 2011*. México: OMM. <http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/S%C2%Bontesis%20AEO%20Chiapas%20FINAL%20septiembre%208%202012.pdf> [21 de agosto, 2013].
- . (2012d). *Atención de emergencias obstétricas en el Distrito Federal a través del Convenio General de Colaboración Interinstitucional, 2011*. México: OMM. <http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/S%C2%Bontesis%20AEO%20DF%20FINAL%20septiembre%2010%202012.pdf> [21 de agosto, 2013].
- . (2012e). *Atención de emergencias obstétricas en Tabasco a través del Convenio General de Colaboración Interinstitucional, 2011*: <http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/S%C2%Bontesis%20AEO%20Tabasco%20FINAL%20septiembre%2010%202012.pdf> [21 de agosto, 2013].
- . (2012f). *Atención de emergencias obstétricas a través del Convenio General de Colaboración Interinstitucional. Entrevistas a usuarias beneficiadas, 2011*. México: OMM. <http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Usuarias%20AEO%20FINAL%20septiembre%2010%202012.pdf> [21 de agosto, 2013].
- . (2013). *Modelo de Monitoreo de Políticas Públicas. Guía General*. México: OMM. <http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/MMPP%20Gu%C3%ADa%20General%20FINAL,%20dic.%2018,%202013.pdf> [19 de agosto, 2014].
- . (2014). *Modelo de Monitoreo de Políticas Públicas. Manual Operativo*. México: OMM. <http://omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/pdfMMPP%20MANUAL%20OPERATIVO%20FINAL%20enero,%202014.pdf> [19 de agosto, 2014].

- . (2015). *Numeralia 2013. Mortalidad materna en México*. México: OMM. <http://www.omm.org.mx/omm/images/stories/Documentos%20grandes/NUMERALIA%202013%20OPS%20FINAL.pdf> [10 de abril, 2015].
- ONU, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (CODESC) de las Naciones Unidas. (2000). *Comentario General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC)*. Ginebra: ONU. http://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html [28 de octubre, 2014].
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1996). *Cuidados en el parto normal. Una guía práctica*. Ginebra: OMS. http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf [28 de octubre, 2014].
- . (2014) *Mortalidad materna. Nota descriptiva No. 348*. Ginebra: OMS. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> [28 de mayo, 2014].
- Sachse, M., Sesia, P., Pintado, A. y Lastra, Z. (2012). Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. *Revista CONAMED*, 17 (suplemento 1), S4-S15: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/revista_oct-dic_2012_supl.pdf [28 de octubre, 2014].
- Sachse, M., Sesia, P. y García, M. (2013). Calidad de la atención durante el parto normal en establecimientos públicos de Oaxaca, *Avances en Ciencia, Salud y Medicina*, 1(1), 17-36: http://www.maternidadsegura.org.mx/publicaciones/salud-maternaestudiosnacionales/Articulo_calidad%20Hosp%20versus%201er%20nivel.pdf [28 de octubre, 2014].
- Sachse, M. (2014). *Calidad de la atención durante la maternidad en centros de salud del primer nivel de atención en Chiapas. Informe de Trabajo*. México: Instituto de Salud del Estado de Chiapas.
- Secretaría de Salud (SSA). (1995). *NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*. México: Diario Oficial de la Federación 6/01/1995: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html> [28 de octubre, 2014].
- . (2013). *Sistema de protección social en salud. Informe de resultados enero-diciembre 2012*. México: SSA. <http://www.seguropopular.salud.gob.mx/images/pdf/informes/InformeResultados-2-SPSS-2012.pdf> [10 de julio, 2013].
- SSA, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Certificación Internacional del Programa Arranque Parejo en la Vida*. México: SSA-UNFPA.

- Sesia, P. (2013). Derechos humanos, salud y muerte materna: Características, potencial y retos de un nuevo enfoque para lograr la maternidad segura en México. *Revista Andaluza de Antropología*, 5, 66-90: <http://www.revistaandaluzadeantropologia.org/uploads/raa/n5/raa5/sesia.pdf> [28 de octubre, 2014].
- Sesia, P., García, M., García, N., Carmona, G. y Sachse, M. (2013). *Resultados del monitoreo de las redes de servicios de salud materna del estado de Oaxaca*. En G. Freyermuth, P. Sesia (Coords.), *Monitoreos, diagnósticos y evaluaciones en salud materna y reproductiva: nuevas experiencias de contraloría social* (pp. 181-206). México: Serie Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el Siglo XXI, núm. 3, Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Observatorio de Mortalidad Materna en México.
- World Health Organization. (1985). Appropriate Technology for Birth. *Lancet*, ii, pp. 436-437.

Capítulo 3

- Albó, X. (2004), *Interculturalidad y salud*. En G. Fernández (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas* (pp. 65-74). Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Centro de Investigaciones en Salud de Comitán, A. C. (CISC). (s/f). *Diversidad Cultural*: www.cisc.org.mx.
- . (2008). *Informe anual de actividades*. México: CISC. www.cisc.org.mx/pdf/BoletinInformeActividades2008.pdf [13 de febrero, 2010].
- . (2012) *Informe anual de actividades 2011*. México: CISC.
- Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Unidad Pacífico Sur. (2013). Campaña radiofónica y por perifoneo “Todas y todos en alerta por una maternidad segura”, versiones en español y en 16 variantes de lenguas indígenas de Oaxaca. México: CIESAS. <http://pacificosur.ciesas.edu.mx/unicef/a1.html> [4 de noviembre, 2014].
- Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (CPMSM). (2011). Campaña radiofónica “Una mujer embarazada vale mucho más que dos: ¡Cuidate! ¡Infórmate!”. México: CPMSM. <http://maternidadsinriesgos.org.mx/articulos-y-publicaciones/campanias/> [30 de diciembre, 2014].
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2010). *Censo de Población y Vivienda 2010*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). (2008). *Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas-ENSADAMI*. México: INSP. <http://>

- www.insp.mx/images/stories/Produccion/pdf/100722_cp7.pdf [3 de noviembre, 2014].
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1989). *Convenio No. 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes*. Ginebra: ONU. http://www.cdi.gob.mx/transparencia/convenio169_oit.pdf [3 de noviembre, 2014].
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Declaración de la OMS. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra: OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1 [1 de noviembre, 2014].
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1966). *Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)*. Nueva York: <http://www.humanium.org/es/pacto-1966/> [28 de octubre, 2014].
- ONU, Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (CODESC) de las Naciones Unidas. (2000). *Comentario General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, PIDESC)*, 22 período de sesiones. Ginebra: ONU. http://confdts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14 [28 de octubre, 2014].
- ONU, Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF). (2014). *El Estado mundial de la infancia 2014 en cifras. Todos los niños y las niñas cuentan. Revelando las disparidades para impulsar los derechos de la niñez*. Nueva York: UNICEF. https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/emi_2014_o.pdf [3 de noviembre, 2014].
- Rubio, J. C. (2014). *Censos y población indígena en México. Algunas reflexiones*, Serie Estudios y Perspectivas-México No. 153, México: CEPAL-ONU. <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/53320/CensoyPoblacionIndigenaenMX.pdf> [3 de noviembre, 2014].
- Sachse, M., Sesia, P. y García, M. (2013). Calidad de la atención durante el parto normal en establecimientos públicos de Oaxaca, *Avances en ciencia, salud y medicina*, 1(1), 17-36: http://www.maternidadsegura.org.mx/publicaciones/salud-maternaestudiosnacionales/Articulo_calidad%20Hosp%20versus%201er%20nivel.pdf [28 de octubre, 2014].
- Sibley, L.M., Sipe, T.A., Brown, C.M., Diallo, M.M., McNatt, K. y Habarta, N. (2009). Traditional Birth Attendant Training for Improving Health Behaviours and Pregnancy Outcomes. Atlanta: *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9, Art. No. CD005460. DOI: 10.1002/14651858.CD005460.pub3., Published by John Wiley & Sons, Ltd.
- Tinoco, R., Glantz, N., Martínez, I., Ovando, I. (2006). Intención y realidad ante el parto: las representaciones del embarazo problemático. *Poblaciones*, 2(2), 41-48.

Walker, D., González, D., Cohen, S. et al. (2011). *Incorporación de personal alternativo para la atención del embarazo, parto y puerperio en unidades médicas rurales de la Secretaría de Salud. Informe final*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, Dirección de Salud Reproductiva.

Capítulo 4

- Berruecos, L. (1997). *La construcción permanente del sistema modular*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Coordinación de extensión universitaria.
- Bonfil, P., Berrío, L., Ávila, D., Palomo, N. (2007). *Modelo autogestivo de atención a la violencia de género y la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas. Casas de la Mujer Indígena*. México: Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Sin publicar.
- Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS)-Unidad Sureste, Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). (2014). *Monitoreo de la atención de la salud sexual y reproductiva en adolescentes indígenas*, México: INMUJERES. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101242.pdf [18 de enero, 2015].
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2011). *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*. Washington: Organización de los Estados Americanos. <http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/ACCESO%20INFORMACION%20MUJERES.pdf> [26 de marzo, 2015].
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). (2011). *Medición de pobreza en los municipios de México, 2010*. México: Coneval. http://www.coneval.gob.mx/informes/Pobreza/Pobreza_municipal/Presentacion/Pobreza_municipios.pdf [22 de julio, 2013].
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2010). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009*. México: INEGI. http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENADID/2009/met_y_tab_enadido9.pdf [9 de octubre, 2014].
- . (2013). *Censo de población y vivienda 2010*. México: INEGI. http://www3.inegi.org.mx/sistemas/iter/entidad_indicador.aspx?ev=5 [22 de julio, 2013].
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2004). *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, A/59/422. Ginebra: ONU. <http://www.cetim.ch/es/documents/codesc-2000-4-esp.pdf> [8 de octubre, 2014].

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Derecho a la Salud. Nota descriptiva No. 323*, Ginebra: OMS. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/> [8 de octubre, 2014].
- . Gobierno de Australia Meridional. (2010). *Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas*. Ginebra: OMS. http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf [26 de marzo, 2015].
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2011). Conferencia sobre salud materna y comunicación en la Semana del Periodista en Honduras. OPS. <http://www2.paho.org/blogs/esp/?p=1444> [26 de marzo, 2015].

Capítulo 5

- Cragin, L., DeMaria, L. M., Campero, L. y Walker, D. L. (2007). Educating Skilled Birth Attendants in Mexico: Do the Curricula Meet International Confederation of Midwives Standards?, *Reproductive Health Matters*, 15(30), 50-60.
- Family Care International (FCI). (2003). *La atención calificada durante el parto. Recomendaciones para política*. Nueva York: FIC. <http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Skilled%20Care%20Info%20Kit%20PDFs/Spanish/spanish%20policy.pdf> [19 de noviembre, 2013].
- Ferguson, R. (2010). *Análisis del Sistema de Salud de la Región de la Cuenca del Lago de Pátzcuaro*. México: Mujeres Aliadas, A. C. <http://mujeresaliadas.mx/reports/An%C3%A1lisisSistemaSaludCuencaP%C3%A1tzcuaro.pdf> [5 de octubre, 2014].
- Freyermuth, G. et al. (2009). *Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México*. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/info_public/Estrategia_Integral.pdf [4 de noviembre, 2013].
- Fundación MacArthur. (2013). *Diagnóstico situacional de la partería profesional y la enfermería obstétrica en México. Informe final*. México: Fundación MacArthur. http://www.macfound.org/media/office_article_pdfs/13_Parteria_informe_final_FUNDACION_MACARTHUR.pdf [28 de octubre, 2014].
- Gobierno del estado de Guerrero. (2012). Apertura de la escuela de partería profesional en Tlapa: <http://guerrero.gob.mx/2012/04/en-agosto-salud-guerrero-apertura-la-escuela-de-parteria-profesional-en-tlapa/> [28 de octubre, 2014].
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2000). *Declaración del Milenio*. Ginebra: ONU. http://es.wikipedia.org/wiki/Declaraci%C3%B3n_del_Milenio [19 de septiembre, 2013].

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1955). *Comité de expertos para la formación profesional de parteras*, Ginebra: OMS. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_93_spa.pdf [19 de septiembre, 2013].
- República de Chile, Ministerio de Salud. (1967). *Código Sanitario D.F.L. No. 725/67*. Chile: Ministerio de Salud. http://www.ispch.cl/ley20285/t_activa/marco_normativo/7c/dfl_725_67.pdf [4 de noviembre, 2013].
- Secretaría de Salud (SSA), Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). (2009). *Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México*. México: CNEGSR. http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/info_public/Estrategia_Integral.pdf [4 de noviembre, 2013].
- Secretaría de Salud (SSA). (2011). Comunicado de prensa 230. México: SSA. http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/datos/2011-07-02_5273.html [4 de noviembre, 2013].
- Van Lerberghe, W., De Brouwere, V. (2001). Of Blind Alleys and Things that Have Worked: History's Lessons on Reducing Maternal Mortality, Presentation at European Commission Expert Meeting on Safer Maternity 2000, *Studies Health Ser Organ Policy*, 17, 7-33.
- Walker, D., DeMaría, L. M., Campero, L., González, D., Suárez, L., Romero, M. (2011). *El uso y rol de proveedores no-médicos para la atención prenatal y obstétrica en México: parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras. Evidencias y áreas de oportunidad. Resumen ejecutivo*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de las Mujeres.
- Walker, D., DeMaría, L., González-Hernández, D., Padrón-Salas, A., Romero-Álvarez, M., Suárez, L. (2013). Are All Skilled Birth Attendants Created Equal? A Cluster Randomised Controlled Study of Non-physician Based Obstetric Care in Primary Health Care in Clinics. *Midwifery*, 29(10), 1199-1205.

Capítulo 6

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2011). *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*. Washington: Organización de los Estados Americanos (OEA). <http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/ACCESO%20INFORMACION%20MUJERES.pdf> [4 de noviembre, 2014].
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). (2014). *Recomendación No. 29/2014 sobre el caso de inadecuada atención médica de V1 y su recién nacida V2, así como la pérdida de la vida de V1, indígenas tsotsiles, en el Hospital de la Mujer, Municipio de San Cristóbal de Las Casas, estado de Chiapas*. México: CNDH. http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Recomendaciones/2014/REC_2014_029.pdf [8 de noviembre, 2014].

- Comité Promotor por una Maternidad Segura en México: <http://www.maternidadsegura.org.mx>.
- Conferencia Ifhro-Edhucasalud. (2006). *Exclusión y derecho a la salud. La función de los profesionales de la salud*, Lima: Ifhro-Edhucasalud. <http://es.scribd.com/doc/30149330/Exclusion-al-Derecho-a-la-Salud-Funcion-de-los-Profesionales-de-la-Salud#scribd> [18 de octubre, 2014].
- Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. (2009). *Preventable Maternal Mortality and Morbidity and Human Rights. Resolución adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, 11ª sesión*, Documento A/HRC/11/L.16/Rev.1. Ginebra: ONU. <http://www.mfat.govt.nz/downloads/humanrights/HRC-Res-Maternal-Mortality.pdf> [24 de noviembre, 2014].
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). (2012). *Medición de la pobreza*. México: Coneval. <http://www.coneval.gob.mx/medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Pobreza%202012/Pobreza-2012.aspx> [18 de marzo, 2014].
- Facio, A. (2007). Hacia otra teoría crítica del derecho. *El otro derecho*, 36, 11-38: <http://ilsa.org.co:81/biblioteca/dwnlds/od/elotrdro36/elotrdro36-01.pdf> [15 de octubre, 2014].
- Freyermuth, G., Garza, A. M. (1994). Comités de Salud Reproductiva en Chiapas. Una experiencia de participación ciudadana, *Debate Feminista*, 5(9), 3-13.
- Fundar, Centro de Análisis e Investigación. (2014). *Caso Irene Cruz Zúñiga*. México: Fundar. <http://fundar.org.mx/irene-sobrevive-13-anos-de-violencia-obstetrica-en-oaxaca/?ID=#.VD6DqkvYveE> [27 de noviembre, 2014].
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2014). *Campaña Chiapasonate*. México: GIRE. www.chiapasonate.gire.org.mx.
- . (2013). *Omisión e indiferencia: derechos reproductivos en México*. México: GIRE. https://www.gire.org.mx/publicaciones/libros/omision_indiferencia.pdf [7 de febrero, 2015].
- Lachenal, C. (2008). *Las periciales antropológicas, una herramienta para la hermenéutica intercultural y la justicia plural. Una reflexión a partir del caso de México*. En R. Huber et al. (Coords.), *Hacia sistemas jurídicos plurales. Reflexiones y experiencias de coordinación entre el derecho estatal y el derecho indígena* (pp. 187-200). Colombia: Fundación Konrad Adenauer.
- López, A. (2011). El *Amicus Curiae* como protector de derechos humanos en México: una aproximación al ideal del Estado de Derecho. *CINTEOTL, Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 13, 1-31.
- Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM). (2012). *Porcentaje de avance por entidad federativa en el Objetivo 5 de Desarrollo del*

- Milenio entre 1990 y 2010*. México: OMM. http://www.omm.org.mx/images/stories/mp_objtv5.pdf [30 de octubre, 2012].
- . (2012). *Mortalidad materna en México. Numeralia 2011*. México: OMM. <http://www.omm.org.mx/omm/images/stories/Documentos%20grandes/Numeralia%202011%20%C3%9ALTIMO%20corregida%20.pdf> [5 de septiembre, 2014].
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2012). *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad*, A/HRC/21/22. Ginebra: ONU. http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_sp.pdf [8 de septiembre, 2014].
- Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General. (2004). *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, documento A/59/422*. Ginebra: ONU. http://observatoriopoliticasocial.org/sitioAnterior/images/PDF/Biblioteca/biblioteca_2010/ONU_docs/Informes_relatores/Salud/2004_informe_del_relator_especial_sobre_el_derecho_a_la_salud_fsica_y_mental.pdf [8 de abril, 2014].
- . (2005). *Principios y directrices básicas sobre el derecho de las víctimas de violaciones manifiestas de las normas internacionales de derechos humanos y de violaciones graves del derecho internacional humanitario a interponer recursos y obtener reparaciones*. Ginebra: ONU. <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/RemedyAndReparation.aspx> [14 de noviembre, 2014].
- Sesia, P. (2013). Derechos humanos, salud y muerte materna: características, potencial y retos de un nuevo enfoque para lograr la maternidad segura en México. *Revista Andaluza de Antropología*, 5, 66-90. <http://www.revistaandaluzadeantropologia.org/uploads/raa/n5/raa5/sesia.pdf> [28 de octubre, 2014].
- Sieder, R. y Sierra, M. T. (2011). *Acceso a la justicia para las mujeres indígenas en América Latina. Documento de trabajo*. Noruega: Chr. Michelsen Institute. <http://www.cmi.no/publications/file/3941-acceso-a-la-justicia-para-las-mujeres-indigenas-en.pdf> [4 de febrero, 2015].
- United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (UNESCAP). (2009). *What is Good Governance?* Bangkok: UNESCAP. <http://www.unescap.org/sites/default/files/good-governance.pdf> [8 de abril, 2014].

Capítulo 7

- Camposortega, S. (1992). *Análisis demográfico de la mortalidad en México 1940-1980*, México: El Colegio de México.

- Carrillo, A. (2006). El modelo actual de la administración pública en México. En A. López (Coord.), *Estudios en homenaje a don Alfonso Nava Negrete en sus 45 años de docencia* (pp. 29-36). México: UNAM. <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2301/8.pdf> [18 de noviembre, 2013].
- Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México (CEMECE). (2009). *Clasificación de procedimientos* (volumen 3 de la CIE-9-MC), Lista Tabular. México: Secretaría de Salud. http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/CIE9MC_ListaTabular.pdf [3 de noviembre, 2014].
- . Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2013). *Curso de capacitación en las actualizaciones de la CIE-10*. Talleres, material del instructor.
- . (s/f). *La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)*. Información para el médico: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/CIE10InformacionMedico.pdf> [22 de octubre, 2014].
- De León, L. (1998). *Language, Emotion and the Socialization or Moral Agency in Tzotzil Mayan Infants*. Ponencia presentada en Meetings of American Anthropological Association.
- De León, L. (1999). *Verbs Roots and Caregiver Speech in Early Tzotzil (Mayan) Acquisition*. En B. A. Fox, D. Jurafsky, L. A. Michaelis (Eds.), *Cognition and Function in Language*. Stanford: Stanford Center for Language and Information, Stanford University.
- Diario Oficial de la Federación (DOF). (2005). *Norma Oficial Mexicana NOM-040-SSA2-2004, En materia de información en salud. 28 de septiembre, Segunda Sección, p. 32*. México: DOF. http://dof.gob.mx/nota_to_pdf.php?fecha=28/09/2005&edicion=MAT [15 de junio, 2014].
- Freyermuth, G., Cárdenas, R. (2009). Evaluación del subregistro de la mortalidad materna en Los Altos de Chiapas mediante las estrategias RAMOS y RAMOS modificada. *Salud Pública de México*, 51(6), 450-457.
- Guiteras, C. (1992). *Cancuc. Etnografía de un pueblo tzeltal de Los Altos de Chiapas, 1944*. Tuxtla Gutiérrez: Serie Nuestros Pueblos, Gobierno del Estado de Chiapas, Consejo Estatal para el Fomento a la Investigación y Difusión de la Cultura.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI): www.inegi.org.mx.
- Lozano, R., Torres, L., Lara, J., Santillán, A., González, J., Muradás, M., Mora, E., Vázquez, S. B. (2005). Medición de la mala clasificación de la mortalidad materna en México, 2002-2004. Síntesis Ejecutiva No. 16 DGIS. México: Secretaría de Salud. http://www.sinais.salud.gob.mx/cecece/descargas/pdf/SE16_MortalidadMaterna.pdf [10 de octubre, 2012].
- Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM). (2015). *Numeraria 2013. Mortalidad materna en México*. México: OMM. <http://www>.

- omm.org.mx/omm/images/stories/Documentos%20grandes/NUMERALIA%202013%20OPS%20FINAL.pdf [10 de abril, 2015].
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1995). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), décima revisión, Vol. 2. Washington: OMS. <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume2.pdf> [22 de octubre, 2014].
- Secretaría de Salud (SSA), Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Información en Salud (DGIS), Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México (CEMECE). (2009). *Búsqueda intencionada de muertes maternas en México. Informe 2008*. México: Secretaría de Salud. http://www.cemece.salud.gob.mx/descargas/pdf/BIMM_Informe2008.pdf [22 de noviembre, 2011].
- SSA, DGIS. (2008). *Reproductive Age Mortality Survey (RAMOS), Measure Evaluation*. Carolina del Norte: Carolina Population Center. <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/html/ms-02-09-tool20.html> [22 de noviembre, 2011].
- SSA, Subsistema de Información sobre Nacimientos, DGIS. (2010). *Manual de llenado del certificado de nacimiento*. México: SSA.

Índice de autores

Ruth Álvarez García, 175

Directora del Programa de Formación en Salud Sexual y Reproductiva de la Escuela de Promoción Comunitaria Indígena “Nellys Palomo Sánchez”, Kinal Antzetik Distrito Federal, A. C.

Contacto: raghatt@gmail.com

Hilda Eugenia Argüello Avendaño, 88, 158, 203

Médica y maestra en Antropología Social, es candidata a doctora en Antropología de la Medicina por la Universitat Rovira i Virgili; asimismo, es investigadora asociada y asistente del secretariado técnico del Observatorio de Mortalidad Materna en México.

Contacto: hildaueu@gmail.com

Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C. (ACASAC), 116

Asociación de profesionistas en las áreas de salud y comunicación, interesada en promover la investigación, capacitación y el desarrollo y aplicación de modelos alternativos para la atención médica.

Contacto: www.acasac.org.mx

Lina Rosa Berrío Palomo, 69, 166, 291

Doctora en Antropología Social y posdoctorante en el CIESAS, D. F., es integrante de Kinal Antzetik Distrito Federal., A. C. y del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México.

Contacto: vinculos@kinal.org.mx

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Unidad Sureste, 116

Contacto: <http://sureste.ciesas.edu.mx>

Mari Cruz Coronado Saldierna, 216

Partera profesional y directora general de la Escuela de Parteras Profesionales del estado de Guerrero.

Contacto: maricruzcasa@hotmail.com

Janette Corzo Hernández, 151

Asesora de la Casa de la Mujer Indígena de Chalchihuitán, Chiapas; Kinal Antzetik Distrito Federal, A. C.
 Contacto: xunca@aprendamos.org

Daniela Díaz Echeverría, 25, 44, 69, 101

Licenciada en Educación General Básica, es investigadora y responsable del proyecto de Salud Reproductiva y Presupuesto Público en Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C.
 Contacto: daniela@fundar.org.mx

Angélica Evangelista García, 143

Doctora en Ciencias Sociales, es investigadora asociada del Grupo Académico de Estudios de Género en El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR).
 Contacto: aevangel@ecosur.mx

Graciela Freyermuth Enciso, 17, 49, 63, 81, 93, 163, 203, 233, 245, 267, 271, 276, 291

Profesora e investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Unidad Sureste, y secretaria técnica del Observatorio de Mortalidad Materna en México.
 Contacto: graciela Freyermuth54@hotmail.com

Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A. C. (Mexfam), 191

Mexfam es una organización de la sociedad civil que promueve el desarrollo social y el bienestar de las personas a través del ejercicio libre e informado de sus derechos, particularmente sexuales y reproductivos, contribuyendo así a la disminución de las inequidades en los grupos vulnerables de la sociedad.
 Contacto: www.mexfam.org.mx

María Cristina Galante Di Pace, 225

Partera profesional y directora de Nueve Lunas.
 Contacto: galante.cris@gmail.com

Anayeli García Martínez, 196

Reportera de Cimacnoticias, CIMAC.
 Contacto: amery16@gmail.com

Lourdes Godínez Leal, 196

Coordinadora de información de la agencia especializada en periodismo con perspectiva de género Cimacnoticias y de Comunicación e Información de la Mujer (CIMAC).
 Contacto: malugoleal@gmail.com

Nadine Goodman, 210

Co-fundadora y asesora de CASA, Centro para Adolescentes de San Miguel de Allende, Guanajuato, es graduada de la Columbia University School of Public Health and School of Social Work.
 Contacto: nadinegoodman@casa.org.mx

Silvia María Loggia Gago, 29, 259

Maestra en Demografía, candidata a doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Estudios de Población, es asistente técnica del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México.

Contacto: silvialoggia@yahoo.com.mx

Adriana Lozano, 282

Consultora independiente.

Contacto: adrianalozano1979@gmail.com

Marisol Luna Contreras, 271

Profesora e investigadora de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), México, es especialista en Estadística Aplicada por el Instituto de Investigaciones en Matemáticas Aplicadas y en Sistemas (IIMAS) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Contacto: msluna2002@yahoo.com.mx

Imelda Martínez Hernández, 131, 143

Licenciada en Enfermería y Obstetricia, es directora y representante legal del Centro de Investigaciones en Salud de Comitán, A. C. (CISC).

Contacto: imartine@cisc.org.mx

José Alberto Muñoz Hernández, 271

Matemático y consultor independiente, es maestro en Demografía y doctor en Ciencias en Sistemas de Salud.

Contacto: jose.matematico@gmail.com

Susana Oviedo Bautista, 54

Psicóloga y maestra en Historia, es defensora de Derechos Humanos e investigadora social en la organización Comunidad Raíz Zubia (CRZ).

Contacto: zuzaneba@gmail.com

Daniela Ramírez Camacho, 238

Antropóloga e investigadora en el Enlace Oaxaca, Fundar.

Contacto: dramirez@fundar.org.mx

María Guadalupe Ramírez Rojas, 93

Médica y maestra en Ciencias de la Salud, es estudiante del doctorado en Ciencias en Sistemas de Salud e investigadora asociada al Observatorio de Mortalidad Materna en México.

Contacto: amairanai@gmail.com

Lizeth Nayeli Rodríguez Flores, 54

Licenciada en Economía, es defensora de Derechos Humanos e investigadora social en la organización CRZ.

Contacto: nayukiz26@gmail.com

Ondine Rosenthal Sievers, 220

Licenciada en Ciencias de la Comunicación, es directora ejecutiva de Mujeres Aliadas, A. C.

Contacto: ondine.rosenthal@gmail.com

Jaqueline Sáenz Andujo, 238

Abogada y coordinadora del Área de Derechos Humanos en Fundar, Centro de Análisis e Investigación.

Contacto: jsaenz@fundar.org.mx

Paola Sesia, 29, 37, 75, 109, 124, 259, 291

Profesora e investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Unidad Pacífico Sur, e integrante del Consejo Directivo del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México.

Contacto: paolasesia@yahoo.com.mx y sesia@ciesas.edu.mx

Raffaella Schiavon Ermani, 29, 259

Gineco-obstetra, es secretaria técnica del Comité Promotor por una Maternidad Segura en México y directora general de Ipas México.

Contacto: schiavonr@ipas.org

Regina Tamés Noriega, 252

Abogada y directora del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE).

Contacto: regina@giremx.org.mx y @reginatames

Rolando Tinoco Ojanguren, 131, 143

Técnico académico, titular del Grupo Académico de Estudios de Género en El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR) y director honorífico del Centro de Investigaciones en Salud de Comitán, A. C. (CISC).

Contacto: rtinoco@ecosur.mx y rtinoco@cisc.org.mx

María Eugenia Torres Ortiz, 210

Partera profesional, es coordinadora general de la Escuela de Parteras CASA y de su Hospital de Enseñanza.

Contacto: mtorres@casa.org.mx

Erika Troncoso, 282

Maestra en Estudios de Población y directora de Investigación y Evaluación en Ipas México.

Contacto: troncosoe@ipas.org

Matthias Sachse Aguilera, 75

Médico y maestro en Salud Pública, es oficial nacional de Salud y Nutrición del Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF). Contacto: donmat22@hotmail.com

Sebastiana Vázquez Gómez, 183

Partera y activista en derechos humanos de las mujeres indígenas, es presidenta de ACASAC y socia de Sakil Nichim Antzetik, A. C.

Contacto: sebastiana1200@hotmail.com

Siglas y acrónimos

A

ACASAC	Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C.
AE	Anticoncepción de emergencia
AEO	Atención de la emergencia obstétrica
AFASPE	Acuerdo para el Fortalecimiento de las Acciones de Salud Pública en los Estados
AMEU	Aspiración manual endouterina
AMFEM	Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A. C.
ANEOP	Asociación Nacional de Enfermeras Obstetras y Perinatales
APIA	Asociación de Periodistas de Información Ambiental
APV	Arranque Parejo en la Vida

C

CAEO	Convenio de Atención de Emergencias Obstétricas
CAMI	Casa de la Mujer Indígena
CASA	Centro para Adolescentes de San Miguel de Allende, A. C.
CDHNU	Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas
CDI	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas
CEAMEG	Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género
CEDH	Comisión Estatal de Derechos Humanos
CENETEC	Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIE	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades
CIESAS	Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
CIMAC	Comunicación e Información de la Mujer, A. C.
CIMI Gen	Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento
CISC	Centro de Investigaciones en Salud de Comitán, A. C.
CMSR-Gro	Comité por una Maternidad sin Riesgos en Guerrero
CMSySM	Comité por una Maternidad Segura y la Salud de las Mujeres
CMVRCh	Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas
CN	Certificado de nacimiento
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
CNEGySR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
COESPO	Consejo Estatal de Población
CONALEP	Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONASIDA	Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Sida
Coneval	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
CORSAR	Comité Regional de Salud Reproductiva
CPMRM	Comité por una Maternidad sin Riesgos en México
CPMSM	Comité Promotor por una Maternidad Segura en México
CPVMS-Chis	Comité Promotor por una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas
CRZ	Comunidad Raíz Zubia
CS	Centro de salud
CURP	Clave Única de Registro de Población

D

DDESER	Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México
DDHH	Derechos humanos
DGE	Dirección General de Epidemiología
DGED	Dirección General de Evaluación del Desempeño
DGIS	Dirección General de Información en Salud
DGPLADES	Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
DIF	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia
DOF	Diario Oficial de la Federación

DSR Derechos Sexuales y Reproductivos

E

ECOSUR El Colegio de la Frontera Sur
ENADID Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica
ENEO Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
ENSADEMI Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas
EO Emergencia obstétrica
EPP Embarazo, parto y puerperio
ESEO Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia

F

FASSA Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
FCI Family Care International
FEPAC Fundación para Estudios de Población, A. C.
FES Facultad de Estudios Superiores
FOMMA Fortaleza de la Mujer Maya, A. C.

G

GIRE Grupo de Información en Reproducción Elegida

H

HBC Hospital básico comunitario
HG Hospital general
HLI Hablante de lengua indígena

I

IEC Información, educación y comunicación
IFAI Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos
IMSS Instituto Mexicano del Seguro Social
IMSS-O IMSS Programa Oportunidades
IMSS-P IMSS Programa Prospera
Indesol Instituto Nacional de Desarrollo Social
INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INFOMEX Sistema electrónico de acceso a la información pública de la Administración Federal, Estatal y Municipal
INMUJERES Instituto Nacional de las Mujeres
INSAD Investigación en Salud y Demografía, S. C.
INSP Instituto Nacional de Salud Pública

IPPF	Siglas en inglés de la Federación Internacional de Planificación Familiar
ISECH	Instituto de Salud del Estado de Chiapas
ISEEECH	Instituto Superior de Estudios de Enfermería del Estado de Chiapas
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado
ITS	Infeción de transmisión sexual
J	
JOCCAS	Jornadas Comunitarias de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad
L	
LUI	Legrado uterino instrumental
M	
MAAR	Modelo de Atención a Adolescentes Rurales
Mexfam	Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A. C.
MM	Muerte/mortalidad materna
MMPP	Modelo de Monitoreo de Políticas Públicas
N	
NOM	Norma Oficial Mexicana
O	
OACNUDH	Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
OCOSIS	Organización de Cobertura Sistemática
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OEA	Organización de los Estados Americanos
OMM	Observatorio de Mortalidad Materna en México
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la sociedad civil
P	
PAE	Programa de Acción Específico

PAESNIS	Programa de Acción Específico del Sistema Nacional de Información en Salud
PDHO	Programa de Desarrollo Humano Oportunidades
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PF	Planificación Familiar
PGJ	Programa Gente Joven
PIDESC	Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PNA	Primer nivel de atención
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PNDU	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PRONADEIG	Programa Nacional de Desarrollo de Información Estadística y Geográfica
PROSESA	Programa Sectorial de Salud

R

RAMOS	Reproductive Age Mortality Survey
Relacahupan	Red Latino Americana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento
REPSS	Régimen Estatal de Protección Social en Salud
RMM	Razón de mortalidad materna
ROP	Reglas de operación

S

SADEC	Salud y Desarrollo Comunitario, A. C.
SAEH	Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios
SAUM	Sistema Automatizado de Urgencias Médicas
SEDEM	Secretaría para el Desarrollo y Empoderamiento de la Mujer
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEDESPI	Secretaría para el Desarrollo Sustentable de los Pueblos Indígenas
SEFINA	Secretaría de Finanzas
SEMAR	Secretaría de Marina-Armada de México
SEMUJER	Secretaría de la Mujer
SESA	Servicios Estatales de Salud
SESVER	Secretaría de Salud del Estado de Veracruz
SIAFFASPE	Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SINAC	Subsistema de Información sobre Nacimientos

SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SIPAM	Salud Integral para la Mujer, A. C.
SMP	Salud Materna y Perinatal
SNS	Sistema Nacional de Salud
SPPS	Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
SR	Salud reproductiva
SREO	Sistema de Registro de Emergencias Obstétricas
SSA	Secretaría de Salud
SSG	Secretaría de Salud de Guerrero
SSO	Servicios de Salud de Oaxaca
SSR	Salud sexual y reproductiva
SSRA	Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes

T

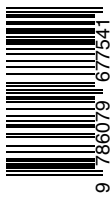
TIC	Tecnología, Información y Comunicación
-----	--

U

UAG	Universidad Autónoma de Guerrero
UCSF	Universidad de California
UNACH	Universidad Autónoma de Chiapas
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNFPA	Siglas en inglés del Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Siglas en inglés del Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas
UV	Universidad Veracruzana

V

VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
-----	-----------------------------------



Así como una mujer llega a la edad adulta con logros, retos, decepciones y festejos, este libro da cuenta del enorme esfuerzo de las organizaciones de la sociedad civil en México durante los últimos 25 años para mejorar las condiciones de las mujeres a través de la lucha por una maternidad voluntaria, segura y gozosa.

En el discurso –como en algunas realidades–, la maternidad es un periodo de felicidad y gozo; sin embargo, no siempre es así y cada experiencia depende del contexto. Las injusticias e inequidades en el acceso a la salud, las desigualdades de género, la discriminación, la falta de servicios de salud interculturales –que afectan particularmente a las mujeres indígenas–, el abuso, la violencia y la falta de respeto –que se reconoce solamente como un problema en la atención institucional– son preocupaciones que se plasman en este libro.

Aquí se encuentran descritas las acciones que, desde diferentes trincheras, áreas de especialidad, pasiones y corajes, ha emprendido uno de los movimientos civiles más nutridos y fuertes en pro de la salud materna en la región de América Latina. Las y los autores describen las estrategias de este movimiento para cambiar la política pública, documentar abusos, crear observatorios y monitoreos ciudadanos, mejorar el cálculo oficial de la razón de mortalidad materna y, sobre todo, para escuchar las voces de una pluralidad de mujeres con el fin de integrarlas a sus propuestas, logrando que la mortalidad materna sea uno de los temas de más alta prioridad en la política pública, siguiendo la ruta del dinero y buscando su relación con los resultados en salud.

Entre los próximos retos están el posibilitar la inserción laboral de las nuevas parteras profesionales en centros de salud, mejorando así sus condiciones de trabajo a la vez que se brinda una atención más humanizada, y frenar el recorte del presupuesto público en salud materna para poder seguir atendiendo los más de 2 millones de partos que se presentan al año. Esta recopilación busca entonces inspirar nuevas ideas y acciones que contribuyan a que la maternidad siempre sea voluntaria, segura y gozosa.

Sharon Bissell

Directora, Fundación MacArthur - México

