



El Colegio de la Frontera Sur

**EVALUACIÓN CUALITATIVA DE UN PROGRAMA DE
SALUD: EL CASO DE LA CASA MATERNA DE
COMITÁN, CHIAPAS.**

TESIS

presentada como requisito parcial para optar al grado de
Maestría en Ciencias en Recursos Naturales y Desarrollo Rural

por

Rogelia Cruz Estrada

2013

Para Ixchel y Jameson

Para Pepe y Claudia

Para José y Tomás

Para Ana y Miguel

Para Flora, Thelma(†), Rodolfo y Licho(†)

Para Rosa María, Flora Mercedes y Ana Isabel

Agradecimientos

Agradezco profundamente a mi Consejo Tutelar por su inmensa paciencia y su profunda confianza.

Agradezco a mi generación de compañeros y compañeras de maestría por quienes conocí diferentes maneras de acercarme a los recursos naturales y al desarrollo, diferentes pasiones y amores por la naturaleza y por la sociedad.

Agradezco al ECOSUR y al CONACYT por invertir en mi formación.

Agradezco a los funcionarios de la Jurisdicción Sanitaria III del Estado de Chiapas, a los Médicos del Hospital General de Comitán, a mis informantes de la sociedad civil de Comitán y sobre todo a las Parteras Tradicionales que me dieron este ejemplo de coordinación y sinergia ciudadana que hace posible que esta experiencia pase del papel que describe la institución a la realidad que necesitan las mujeres en edad reproductiva.

Agradezco a mi familia que me hace quien soy, me da un lugar en la vida, me fortalece día a día.

Agradezco a mis maestras y maestros de todos mis tiempos que han sabido enseñarme a conocer el mundo y a sacarle lo mejor de sí.

Contenido

Evaluación Cualitativa de un Programa de Salud: El caso de la Casa Materna de Comitán, Chiapas.....	i
Agradecimientos	iii
Contenido	iv
INTRODUCCIÓN.....	1
La Mortalidad Materna.....	1
Políticas de Atención a Mujeres Embarazadas.....	1
PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
Objetivos	4
Hipótesis	5
Evaluación del Programa APV a partir del funcionamiento de la Casa Materna	5
METODOLOGÍA	8
RESULTADOS.....	13
La Incorporación de las Parteras al Sistema Público de Salud.....	13
Historia de la Casa Materna del Hospital General de Comitán	15
Los Actores entorno a la Red de Servicios AME.....	20
Opinión de las Usuaris	24
ARTÍCULO: Sociedad civil, autoridades y parteras en la gestión, creación y funcionamiento de la Casa Materna de Comitán, Chiapas.....	27
Resumen.....	28
Abstract.....	28
Palabras Clave	28
Introducción.....	29
Material y métodos	31
Resultados	31

La Red de Apoyo Social en Comitán.....	32
Parteras Tradicionales	34
Atención y funciones de la Casa Materna	36
Discusión.....	38
Literatura Citada en el Artículo	41
CONCLUSIONES	43
Bibliografía	49

INTRODUCCIÓN

La Mortalidad Materna

En 2006, en Chiapas murieron alrededor de 84 mujeres mientras estaban embarazadas o en los 42 días posteriores al parto. Así, para ese mismo año la tasa de mortalidad materna es de 8.7 muertes por cada 10 mil nacimientos. Estas cifras ubican a este estado por encima de la tasa de mortalidad materna nacional (6 muertes por cada 10 mil nacimientos) (INEGI 2008).

Del total de las muertes maternas, 32 de cada 100 fueron causadas por hemorragias durante el embarazo, parto y puerperio; seguida de edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio con 23 muertes; la tercera causa fue provocada por el aborto y causas obstétricas indirectas, con 12 de cada 100 muertes maternas (INEGI 2008).

Políticas de Atención a Mujeres Embarazadas

La reducción en tres cuartas partes de esas cifras para 2015 es el quinto de los Objetivos del Milenio, y se propone que se logrará asegurando la atención del embarazo y parto por personal calificado.

Las políticas actuales para reducir la Tasa de Mortalidad Materna –TMM– e Infantil –TMI– están expresadas en el Programa de Acción de Arranque Parejo en la Vida –APV– circunscrito al acuerdo mundial por alcanzar las Metas de Desarrollo del Milenio, del cual México es signatario desde el año 2000. En octubre del 2001 se suscribe en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo por el que se crea el Comité Nacional del

Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida (Diario Oficial de la Federación 2001), en 2002 se publican los lineamientos del Plan de Acción (Secretaría de Salud 2002) y en el año 2008 se ratifica con la publicación del Programa de Acción Específico 2007-2012 (Secretaría de Salud 2008).

Las estrategias de reducción de la Muerte Materna tienen dos áreas prioritarias de ejecución en Chiapas: la Jurisdicción Sanitaria II, en la región de los Altos de Chiapas y la Jurisdicción Sanitaria III, Región Fronteriza, de Comitán en donde el gobierno inició los programas Por una Vida Mejor y el APV (Díaz-Echeverría 2005). El perfil epidemiológico de la mortalidad materna en Chiapas, de acuerdo con datos oficiales muestra que más del 50% de las muertes en 2002 y 2003 ocurrieron en el primer nivel de atención; más del 60% de las muertes del 2001 y 2002 ocurrieron en el área de responsabilidad del Instituto de Salud (Díaz-Echeverría 2005).

El Programa APV es una red de servicios de *Apoyo a la Mujer Embarazada –AME–* (SSA 2002; SS 2008) previsto para fortalecer el acceso a los centros de salud incluyendo hospitales generales y hospitales materno infantiles, que deben brindar servicios las 24 horas del día, todos los días; y se apoyan en personal calificado e infraestructura adecuada y suficiente. Requiere de una Red Ciudadana y de Poder Local que se haga cargo de las gestiones para implementar la estructura que, según el APV, haga accesibles los servicios de salud. El Programa propone que se deben atender a los partos normales: vaginales, espontáneos, eutócitos, en las unidades de salud de primer nivel, en clínicas a las que llama *Sí Mujer* y en caso de reconocimiento de riesgo durante el embarazo estas clínicas referirán a las pacientes al Hospital *Sí Mujer*, en este caso el Hospital General de Comitán (HGC).

Para el seguimiento de embarazadas con alto riesgo, se prevé la existencia de las *Posadas para la asistencia de Mujeres Embarazadas –AME–* y de un sistema de traslado a los centros de atención. Sin embargo, el Programa considera pertinente que esta red de servicios opere a partir de la gestión de recursos financieros y materiales externos a las instituciones de Sector Salud (Secretaría de Salud 2008), ya que el esquema del APV no contempla recursos para salarios, infraestructura, equipamiento, medicamentos y transporte, lo que hace que su funcionamiento se deba ajustar a los insumos existentes en las comunidades en que se instrumenta (Díaz-Echeverría 2006).

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación toma el caso de la Casa Materna de Comitán para hacer una evaluación del Programa APV en un contexto social y político favorable que permitió parcialmente su implementación y logró resultados en la calidad de la atención de los embarazos de riesgo.

Las **Preguntas** que guiaron la presente investigación fueron:

1. ¿Cómo es la relación que entabla la Jurisdicción Sanitaria III del estado de Chiapas con las parteras tradicionales?
2. ¿Qué elementos y qué sectores institucionales y ciudadanos comprenden la red de Servicios AME en Comitán?
3. ¿Cómo se percibe, en la voz de las usuarias, la calidad de los servicios AME y qué papel preponderante tiene el trabajo de las parteras?

Objetivos

1. Dar cuenta de las relaciones que se entablan la Jurisdicción III, con las parteras
2. Reconstruir la red ciudadana que sostiene a la Casa Materna y a los servicios de apoyo a la mujer embarazada
3. Evaluar la Calidad de la Atención en función del punto de vista de las Usuarias e identificar qué diferencia hacen las parteras en la atención pública al embarazo.

Hipótesis

1. La relación entre las dos culturas médicas, la tradicional y la alópata institucional, tiene un buen escenario en Comitán y éste puede generar aportes a la propuesta nacional del Programa Arranque Parejo en la Vida.
2. El Programa APV es viable por la existencia de redes sociales locales y depende de la capacidad de éstas para ponerse en funcionamiento. La falta de un presupuesto asignado desde el erario público dificulta su sostenibilidad a mediano y largo plazo.
3. La incorporación de las Parteras en las estrategias públicas de reducción de la tasa de mortalidad materna es acertada ya que le da acceso y vuelve más amigable la relación de las mujeres embarazadas y la institución de Salud.

Evaluación del Programa APV a partir del funcionamiento de la Casa Materna

El Programa APV a nivel nacional ha tenido varias evaluaciones (INSP 2006; Díaz-Echeverría 2005; E Orozco-Núñez et al. 2009) . Los estudios tradicionales sobre la evaluación de servicios de salud se han basado fundamentalmente en la dimensión estructural y de gestión e inventario de recursos (camas/población, médicos/población, enfermeras/población); en las actividades realizadas, (número de consultas y recetas) y en la satisfacción de los y las usuarias (tiempo de espera, y encuestas a la salida de los servicios) (Freyermuth s/f).

Donabedian (1993) define como componentes de la calidad de atención a la eficacia,

efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y la equidad, pero ninguno de estos está planteado para la situación de encuentro de dos culturas médicas.

La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional –USAID– para evaluar programas de salud reproductiva propone una lista de indicadores de posible inclusión en cualquier estudio y a cada uno le construye sus implicaciones de género, pero no está pensado para situaciones de multiculturalidad.

Graciela Freyermuth expuso que para el análisis de un servicio se pueden considerar varios elementos: el propósito, el diseño del sistema, organización, ámbitos de acción, bienes que proporciona, evaluación y monitoreo del desempeño del mismo y pueden ser monitoreados en las siguientes dimensiones: la accesibilidad de los servicios de salud, su capacidad de resolver la morbilidad de los y las usuarias, su capacidad de generar la demanda y/o utilización del servicio por parte de la población, particularmente en los contextos indígenas, al margen de las transferencias monetarias (Freyermuth s/f).

Desde el ámbito de la Casa Materna de Comitán, fue posible hacer un análisis del Programa APV por varias razones de las cuales esta investigación da cuenta:

Primero, la implementación de este nivel de atención propuesto por el APV requiere de la existencia de una coordinación de sectores a nivel local que hacen que las *Posada AME* sean exitosas en su acción. Tal capacidad de coordinación no es común en el territorio nacional. Las particularidades del contexto en Comitán deben ser explicitadas para entender cómo puede funcionar esta estrategia de reducción de la tasa de

mortalidad materna.

Segundo, el análisis de la inclusión de la labor de las Parteras en la Casa Materna dio cuenta de cómo se están entablando las relaciones entre la medicina tradicional y la medicina alópata institucional de la Jurisdicción III.

Tercero, a partir de los testimonios escritos en el libro de visitas de las usuarias, se pudo concluir que el tipo y la calidad de la atención hacen de los servicios que presta el Hospital sean más accesibles para las mujeres.

Cuarto, una evaluación del desempeño de la Casa Materna puede darse en la expresión de sus resultados en los indicadores de Mortalidad Materna del Hospital General de Comitán y observar si estos indicadores son sensibles a los períodos de trabajo y cierre que se observarán en esta investigación.

METODOLOGÍA

Los métodos cualitativos de investigación se han desarrollado considerablemente en los últimos 25 años, convirtiéndose en una de las áreas más dinámicas de la investigación de las especialidades médicas. Las capacidades analíticas e interpretativas que ponen en juego pueden evidenciar la forma en que las poblaciones traducen las informaciones que los profesionales y las instituciones de salud les otorgan, la forma en que esta información guía la búsqueda de la atención médica y los mecanismos en que se suman o dividen los conocimientos tradicionales y esta información para beneficio o perjuicio de las y los usuarios (Nigenda y Langer 1995).

Personalmente me adscribo a la perspectiva crítica de la antropología médica de Eduardo Menéndez (1984; 1985; 1994; 1997; 2002) quien propone que el análisis de las políticas públicas debe hacerse desde la observación de las relaciones que éstas generan “a través de un modelo que implica la constitución permanente de un espacio ideológico de reconocimiento y eficacia dentro del cual se producen actividades técnicas específicas [...] Este modelo abstracto debe ser referido a situaciones históricamente determinadas, así como a una problemática particular [...]” (Menéndez 1984).

Las partes, o *actores*, cuyas relaciones son determinantes de la existencia de la Casa Materna y que fueron identificados en esta investigación son:

- Servidores públicos
- Funcionarias y funcionarios de la Jurisdicción Sanitaria III,
- Personal médico, directivo y administrativo del Hospital General de Comitán;
- Agrupaciones ciudadanas;
- Corporaciones municipales, y
- Las parteras tradicionales del área urbana de Comitán.

Las relaciones entre estos actores se complementan ya que cumplen diferentes funciones: unos son responsables y cargan el mandato de la implementación de los programas de salud reproductiva; otros han desarrollado su capacidad de gestión y se identifican, de manera humanitaria, con la necesidad de disminuir las muertes en mujeres madres; otros más son los administradores de los presupuestos públicos; y por último, están quienes, desde una tradición médica u otra, tienen a su cargo la atención directa de las mujeres. La articulación lograda entre estos actores es el motor de este proceso que le da vida a la Casa Materna.

Me adscribo también a pensar que “La Medicina Tradicional no debe entenderse en sí, sino en su relación con la medicina institucional” (Menéndez 1994) y es esa la relación que se estableció en la CM alrededor de la capacitación, certificación e incorporación de las Parteras en los quehaceres de la Casa, en dónde se encontraron las razones, mecanismos y resultados de la producción social de parteras certificadas desde el Programa APV.

Eduardo Menéndez plantea que “[...] todo análisis del saber médico popular que utilice la categoría de tradicional debiera hacer explícito qué entiende y qué busca al utilizar dicha categoría, en virtud de que ella ha adquirido una significación ideológica, más que técnica, que debiera obligar a quien la usa a proponer cuál es el sentido que le da.” (Menéndez 1994).

Para efectos de este trabajo se define al *conocimiento tradicional* de las parteras del área urbana de Comitán como los saberes y prácticas aplicados en la atención del parto, en el acompañamiento a las mujeres embarazadas y a sus neonatos, así como en el tratamiento de otros padecimientos de las mujeres en edad reproductiva, que *no*

es producto de un proceso de aprendizaje dirigido desde las instituciones educativas y/o de salud oficiales, sino que tiene un origen en saberes que se transmiten de manera oral y en la práctica o que son adquiridos por la experiencia vivida, los sueños u otros mecanismos no académicos.

Hago esta definición pues quiero hacer hincapié en el aporte que han hecho las parteras, con su conocimiento tradicional, en la implementación del APV en Comitán. Este aporte lo entiendo proveniente de un patrimonio cultural del que son portadoras las comadronas, que no es resultado directo de la inversión pública y que, por el contrario, llega a ser la única alternativa de atención al parto cuando este gasto social es inexistente o inaccesible. Este aporte no es fácilmente cuantificable pero sí corresponde a un recurso clave en el servicio que presta la Casa Materna.

Esta investigación es cualitativa ya que privilegia el punto de vista de las y los actores, se reconstruyó el contexto sociohistórico que hace posible la existencia de esta Casa Materna, comparando la realidad de la experiencia con lo que se espera en los documentos de las Políticas que rigen su quehacer.

Se aplicaron diferentes técnicas de investigación cualitativa diferenciada para cada uno de conjuntos de los actores, a saber:

Funcionarios y Médicos del Sistema de Salud. Cinco entrevistas semi-estructuradas a profundidad, a funcionarios clave de la Dirección y del Área de Mujer y Salud de la Jurisdicción III así como a personal del Hospital General de Comitán.

Sociedad Civil. Cuatro entrevistas semi estructuradas a profundidad sobre las formas de participación y aporte de este sector a la implementación de esta estrategia. Grabe y

transcribí los párrafos significativos de los testimonios de los ciudadanos entrevistados sobre momentos clave de la vida de la Casa Materna.

Parteras Tradicionales. Un taller en el que participaron 17 parteras tradicionales de las aproximadamente 60 que la Jurisdicción III tiene registradas en el Área Urbana de Comitán. En este trabajo de grupo focal, se llenó una tabla de con sus datos, nombre, edad, lugar de trabajo; de quién o cómo aprendieron; a quién lo transmiten. Además se ubico en una línea de tiempo la fecha de su primer parto atendido, los periodos de capacitación y de relación con el Sistema de Salud.

Se llevaron a cabo 10 observaciones participantes en las reuniones mensuales que el Centro de Salud de Comitán convoca para capacitarlas y para recoger informes sobre el número de mujeres y situación de los embarazos y partos que fueron atendidos durante ese periodo de tiempo. Se aprovechó una sesión de éstas para realizar el taller.

Usuarías. Observación participante en la Casa Materna y transcripción del Libro de Visitas del período entre abril del 2004 y julio del 2006. Para lo cual se usó el software WordSift desarrollado por la Universidad de Stanford para la creación de “nubes de palabras” que muestran gráficamente la frecuencia de las palabras presentes en el texto analizado, se eligieron las 175 palabras más usadas en los comentarios dejados por las usuarias o sus familias.

Además se colectaron los consolidados estadísticos de pacientes atendidas en la Casa Materna de mayo del 2004 hasta agosto del 2010. Jurisdicción Sanitaria III proporcionó el Panorama Epidemiológico de la Mortalidad Materna del año 2001 a la semana

epidemiológica 28 del 2011. Se hizo una búsqueda en los informes de gobierno para encontrar huellas en los presupuestos de los traslados a la CM y otros documentos oficiales.

Para el análisis y ordenamiento de las fuentes documentales, se usó el software libre Zotero 1.0.10 que es una agregado del navegador de Mozilla Firefox, desarrollado por el Center for History and New Media de la Universidad George Mason, Fairfax, VA, EEUU.

RESULTADOS

La Incorporación de las Parteras al Sistema Público de Salud.

“Las parteras son depositarias de un saber generado comunitariamente y que privilegia el hacer, que se ha transmitido de generación en generación y que incluye conocimientos de herbolaria, ritos [...], y de los cuidados y consejos que hay que brindar durante el embarazo, parto y postparto [Estas prácticas constituyen en Chiapas, con frecuencia la única opción de atención].” (Freyermuth 1993).

Este saber de las parteras ha estado históricamente deslegitimado por el establecimiento del conocimiento profesional alópata como la forma dominante de cultura médica, poniendo a la profesión médica en una posición de autoridad cultural, poder económico e influencia política (Davis-Floyd y Sargent 1997).

Desde finales de los años 70 han existido en el país, aplicados particularmente en Chiapas, programas dirigidos a las prácticas curativas indígenas, las instituciones que los promovieron han sido el Instituto Nacional Indigenista –INI– entre los años 1979-1985, SSA-UNICEF entre 1983-1985, IMSS-COPLAMAR alrededor de 1982, INI-OPS-SSA con el Programa Salud para Todos en el año 2000 (Freyermuth 1993).

La Jurisdicción III tiene sus particularidades ya que en los años 70 el Hospital General de Comitán instrumentó estrategias de salud para dar cobertura a las zonas Tojolabal y de la Selva, incluyendo en su trabajo y promoviendo la reflexión sobre la inclusión de los terapeutas tradicionales apoyándose en el trabajo de estudiantes de medicina del Instituto Politécnico Nacional (Aubry et al. 1980).

En el ámbito de la Jurisdicción Sanitaria III y el Hospital General de Comitán, mantienen las parteras tradicionales el doble carácter que describe Ana María Carrillo (1999) de actividad necesaria a la profesión médica y subordinada a ella, aunque la práctica represora, competitiva se ha ido diluyendo poco a poco entre el personal médico pero se mantiene políticamente al no permitirles ser ellas las que atiendan los partos.

De cualquier modo esta relación es beneficiosa para el éxito de la Casa Materna. El registro de ellas se hace a partir de los centros de atención de los diferentes municipios en su área de cobertura, se les participa a capacitaciones y pláticas, y se les certifica. Es a partir de su labor que la Casa Materna funciona.

Esta relación no es del todo bien vista por el Consejo de Médicos y Parteras Indígenas del Estado de Chiapas (COMPITCH) que expresa que

“Los funcionarios del Hospital regional les pidieron [a las Parteras Tradicionales] encargarse de la Casa Materna adscrita pero para el solo efecto de acompañar a las mujeres embarazadas a punto de labor de parto. Allegarles confianza, o sea servir de alcahuetas, dado que la gran mayoría de las que acuden al nosocomio residen en las comunidades y el trato dispensado en la mayoría de los hospitales públicos dista un mundo de ser el culturalmente adecuado como la ley de salud federal y el respeto mandan. Hay que señalar, sin embargo, que el personal de ese hospital, impuesto a ejecutar las políticas de Estado, se ha comportado, en general, de manera respetuosa y aun fraternal con el grupo” (COMPITCH 2008).

Entonces, las parteras se convierten en una suerte de intermediarias culturales que facilitan el acceso a los servicios de salud a mujeres rurales y urbanas pero no son valoradas lo suficiente como para permitirles atender los partos.

Historia de la Casa Materna del Hospital General de Comitán

En el 2002, el Director del Hospital General de Comitán, se da a la tarea de convocar a la sociedad civil como respuesta a los lineamientos del Programa Nacional de Salud 2001-2006, que el presidente Vicente Fox presentó en Oxchuc en julio del 2001(Fox 2001; Secretaría de Salud 2008).

Nos cuenta desde su experiencia uno de los Avales Ciudadanos:

“[...] En sí creo que [fuimos convocados a participar] en el sexenio de Fox, salió una ley o artículo en donde decía que se involucraba a la Sociedad Civil para participar en lo que es Salud, entonces agarrándose de eso entramos nosotros, nos hicieron la invitación y nos explicaron que igual eso ya estaba prácticamente reglamentado, que la asociación participaba, después surgió el Aval Ciudadano.” (Aval Ciudadano)

Pero no fue la convocatoria hecha por el sistema de salud la razón única por la que la sociedad civil comiteca se involucró de lleno en el trabajo propuesto por el APV.

Si se rastrea la historia del HGC se encuentran momentos paradigmáticos que explican la relación activa de la ciudadanía de Comitán con los servicios que se prestan en el este centro de salud. Desde la fundación del Hospital Común de Pobres de Solemnidad, con la riqueza en testamento de Doña Ignacia Gandulfo en 1793 (HGC 2009), la sociedad comiteca ha desarrollado un sentido de servicio humanitario en torno a la enfermedad y en particular a la atención que se presta en el Hospital.

En el centro del imaginario de esta identidad de servicio se encuentra la figura del Dr. Belisario Domínguez quien, además de haber sido fundador de periódicos, alcalde en

la época de la Revolución Mexicana y asesinado por las huestes de Victoriano Huerta (Arreola Cortés 2010), se le recuerda en Comitán como un médico competente que abría sus consultas a los más pobres. Fue el principal promotor y fundador de la asociación ciudadana llamada la Junta Popular de Beneficencia y que el 18 de agosto de 1906 donó el dinero reunido entre la sociedad comiteca para el mejoramiento de las instalaciones del Hospital.

Luego, al amparo de la Declaración de Alma-Ata en 1978 (OMS 1978), se implementaron desde el Hospital los programas de medicina comunitaria Plan de la Selva y Plan Tojolabal (Aubry et al. 1980). En la década de los 80 este Hospital fue clave en la atención y promoción de la Salud en los campamentos de refugiados guatemaltecos que vivieron en Chiapas durante el conflicto armado en el país vecino (Cruz Estrada 2006, 126).

Su historia hace del HGC un centro de salud que goza de la cercanía, respeto y el apoyo de la ciudadanía y del movimiento social. Nos cuenta una funcionaria de la Jurisdicción:

“[...] siempre el Hospital ha mantenido su espacio autonómico, como diferenciado, están los médicos de especialidad, está su gran historia de atención a la población y el vínculo social que el Hospital ya carga de muchos años para atrás con la sociedad civil organizada, de hecho en todos los eventos que ha habido del Hospital donde se ha querido socialmente o políticamente golpear al Hospital, quien ha salido a la defensa ha sido la Sociedad Civil, los grupos organizados.” (Responsable del Programa APV en la JS III 2010)

En el otro sentido nos cuenta un representante del Aval Ciudadano:

“Tenemos médicos que, todos o casi todos tienen su consultorio, pero la gente les va a ver a su consultorio y le dicen “no tengo dinero”, no se

preocupe yo lo atiende en el hospital, yo lo opero en el hospital y si hay necesidad de operarlo fuera de su horario lo hacen los médicos, si le toca salir el médico a las 3 de la tarde no escatima puede salir a las 4-5 de la tarde.” (Aval Ciudadano 2010)

A este histórico compromiso de la sociedad civil y la cercanía del Hospital con las comunidades y médicos tradicionales de la jurisdicción se suma el escándalo por la muerte de neonatos a inicios del 2003. La muerte de 32 niños recién nacidos en las instalaciones del Hospital General a finales del año 2002 y en enero del 2003 llamó la atención de los medios y del poder político, aunque estudios posteriores evidenciaron que “la muerte de más de una treintena de recién nacidos en Comitán, Chiapas, se debe a factores estructurales como pobreza secular, injusticia y subinversión crónica en los servicios públicos de seguridad social” (SS 2003; Becerril 2003).

El Programa APV se implementó en la Jurisdicción III después de este evento. Desde el Área de Mujer y Salud nos cuentan:

“En el 2002, a finales del 2002, arrancó el Programa APV, había arrancado de manera tímida en otros Estados, y aquí tuvo un arranque abrupto después del evento que sucedió en el hospital, aparte de todo fue un evento mediático, pues aportamos pruebas suficientes en donde en otros estados la estadística había estado más fatal e incluso aquí mismo, en Comitán, era como un temporal, la muerte de niños prematuros por causas casi relacionadas con la lenta llegada de las mujeres hacia el hospital y las temporadas vacacionales en las Unidades de Salud en donde no hay quien atienda en temporadas de alta turísticas.” (Responsable del Programa APV en la JS III 2010)

El escándalo producido luego de las muertes de los neonatos en las instalaciones del HGC trajo una serie de cambios dentro de su estructura: el director fue sustituido y la subdirectora fue trasladada a la JIII para hacerse cargo de la implementación del APV. Ella nos cuenta:

“[Esta situación trajo] un beneficio muy grande, porque benefició al Hospital, fortaleció la estructura de la Jurisdicción, se abrieron plazas, se metieron insumos y mejoraron las condiciones, además con un concepto diferente de lo que venían manejando, que es incorporar realmente, por lo menos en el texto, el contexto de equidad en la programación y con más atención dirigida realmente hacia las mujeres. Dentro de este contexto de equidad, la búsqueda de un espacio digno donde las mujeres que no requieran de hospitalización pero sí de cuidados tuvieran un lugar dónde puedan esperar dignamente el trabajo de parto efectivo y tener a su hijo (Responsable del Programa APV en la JS III 2010).

Se trasladaron recursos federales y estatales para paliar esta histórica subinversión. Desde el gobierno estatal se dotó a los municipios de ambulancias y otros medios de transporte para que las mujeres embarazadas pudieran ser trasladadas al HGC, a sus visitas pre y post natales o, en caso de alguna complicación o en trabajo de parto en riesgo, poder hacer un traslado inmediato (INSP 2006; Responsable del Programa APV en la JS III 2010).

La Red de Transportes AME en la jurisdicción quedó instalada con el supuesto de que los gobiernos municipales pagaran gasolina, mantenimiento y chófer para las ambulancias y microbuses que les había dotado la secretaría de salud a nivel estatal.

*“El Secretario de Salud Estatal, arma toda una red de municipios, de Presidentes Municipales, que junto con la indicación del Gobierno del Estado trabajan totalmente de acuerdo en una **Red Municipal de Apoyo** que se hace cargo del parque vehicular para trasladar mujeres para su valoración y mujeres complicadas, mujeres por ser atendidas. Unas en Van (Microbús), las que vienen a valoración y las complicadas en Ambulancia.*

Aquí sí se cumple y en cada municipio en Comitán, en cada cabecera municipal hay un Transporte AME, en el 2003 se dotó de Ambulancias a las cabeceras municipales pero además de un parque de una [Camioneta] Van y la Van tiene la función bien específica de ir a las localidades a traer a las embarazadas de riesgo para la valoración por el médico.” (Responsable del Programa APV en la JS III 2010)

A partir de ese momento doctores y funcionarias inician una cruzada de convencimiento con las corporaciones municipales, armados con las estadísticas de usuarias, para que esta Red Municipal se comprometiera a hacer aportes para la creación de una Posada AME.

“El Hospital retoma la parte de la Casa Materna –CM–, se dan todas las bases filosóficas de para qué se quiere la CM.

[Se hizo] una campaña de visita a los municipios tratando de lograr acuerdos dentro de las Reuniones de Regidores y que salieran Acuerdos de Cabildo, que así se llaman, donde el municipio se comprometiera de alguna manera a ofrecer una parte, a aportar una parte económica. [Se visitaron] los 9 municipios y en los 9 municipios reuniones de cabildo y reuniones con las señoras.

A las mujeres de los presidentes municipales, a los presidentes municipales se les planteó la necesidad de hacer un espacio, a cada uno se le presentó estadística de muerte materna, una presentación de la mortandad materna en sus municipios, su historia y eso. Y con eso se fueron abriendo voluntades.” (Responsable del Programa APV en la JS III 2010)

A pesar del cambio del director de Hospital causado por el escándalo de las muertes de recién nacidos, el sucesor, hijo de un connotado doctor comiteco, mantuvo la vinculación con la sociedad civil compuesta ya por organizaciones civiles, políticas de diferente historia e ideología, aglutinadas en la movilización para defender a sus doctores de las decisiones federales de restitución de sus puestos y escarmiento público. Así fue como le respondió la sociedad civil a la convocatoria de participar en la creación de la Casa Materna: *“Pues le entramos muy de lleno [le respondieron al Director del Hospital] ¿pero cómo va a funcionar? No, que va a ser que la Jurisdicción se va a comprometer a gestionar los apoyos con las presidencias municipales.* (Entrevista: Aval Ciudadano 2010)

Pero las responsabilidades dentro de la Jurisdicción y la falta de personal contratado para tal efecto bajaron la presencia de los funcionarios en la presión de los alcaldes municipales. Los primeros meses la relación interinstitucional hizo que el proyecto de la Casa Materna tuviera una buena evolución. Pero el interés político sobre la jurisdicción decayó y a la sociedad civil involucrada en el quehacer de la Casa Materna, se le fue relegando la tarea de la gestión de los recursos que mes a mes la atención de las mujeres requería.

Unos dos años estuvo trabajando perfectamente bien, con sus limitantes pero bien, pero luego dio un bajón la Jurisdicción, por lo mismo que se iba a pedir el apoyo y los presidentes municipales muy renuentes daban muchas trabas que vengan y tal día, que vengan mañana, nosotros le llamamos así: estando como limosneros en algo que nos beneficia a todos, entonces total seguimos trabajando, hablamos con el presidente de aquí de Comitán, le expusimos el problema y todo. (Representante de la Sociedad Civil 2010).

Los Actores entorno a la Red de Servicios AME.

“Los que aplican esta metodología [punto de vista del actor] debieran explicitar cuáles son los posibles actores identificados al interior del sistema y/o proceso social que se está analizando, y cuál es el peso de cada uno en su etnografía.” (Menéndez 1997)

Arranque Parejo en la Vida es el programa estratégico para el alcanzar el objetivo 5 del milenio. Está basado en México en la existencia de una Red de Apoyo Social que es la responsable del establecimiento de la Red de Atención a la Mujer Embarazada (AME). Es decir que, solucionar las primeras dos demoras en la identificación del riesgo y en el acceso a los servicios de salud, está determinado por las capacidades locales de gestión y movilización de recursos.

En la Jurisdicción Sanitaria III se pudieron identificar los siguientes actores:

Red de Actores

Sector	Integrantes	Funciones
Funcionarios de la Secretaría de Salud	De la Jurisdicción Sanitaria III <ul style="list-style-type: none"> • Dirección • Área de Salud Reproductiva (o Mujer y Salud) 	Impulso de programas dirigidos a mujeres en edad reproductiva Recepción y análisis de datos de la productividad de los centros de atención Negociación con las municipalidades para obtener recursos Coordinación con las parteras tradicionales: Diseño de capacitaciones Certificación Distribución de insumos Relación institucional con el Hospital General de Comitán Gestión de recursos aplicando a concursos nacionales que premian el rendimiento particularmente el Premio APV obtenido dos veces, un monto total de 500 mil pesos que sirvió para comprar el lote aledaño al hospital donde se construyó la CM
	Del Hospital General de Comitán <ul style="list-style-type: none"> • Dirección • Área de Ginecología y Obstetricia • Área de Trabajo Social 	Centro de atención <i>Sí Mujer</i> alrededor del cual se ubica la <i>Posada AME</i> Aporte con insumos y apoyo a la CM con mano de obra cuando se trató del traslado Asignación de una enfermera para la atención y registro de usuarias Recepción y análisis de datos de la productividad de la Casa Materna Coordinación con la Sociedad Civil para las decisiones de funcionamiento de la CM
	Centro de Salud de Comitán	Nivel inmediato superior de la relación institucional

Red de Actores

Sector	Integrantes	Funciones
	<ul style="list-style-type: none"> • Dirección • Jefatura de Enfermería 	<p>con las parteras</p> <p>Coordinación con parteras para las reuniones mensuales de capacitación</p> <p>Recepción de datos de la atención que prestan las parteras en sus comunidades y barrios</p> <p>Lugar que expide los certificados de nacimiento en el municipio de Comitán</p> <p>Aplicación del tamiz neonatal</p>
Sociedad Civil	Aval Ciudadano	<p>Personas con capacidades de gestión y compromiso que han asumido el cargo de ser Aval Ciudadano</p> <p>Vienen de las organizaciones ciudadanas o de los grupos católicos</p> <p>Responsables de la aplicación de encuestas sobre la calidad de la atención en los centros de salud</p> <p>Gestión con diferentes niveles de gobierno a través de programas como SEDESOL en donde se obtuvieron 430 mil pesos en mobiliario para la CM</p> <p>Administración de los recursos</p> <p>Toma de decisiones</p>
	Organizaciones Ciudadanas <ul style="list-style-type: none"> • OCEZ • ODIC 	<p>Presión política y capacidad de movilización social</p> <p>Transporte de insumos gestionados para la CM</p> <p>Trabajo voluntario</p>
	Grupos Católicos <ul style="list-style-type: none"> • Fe y Esperanza • María Victoria Bermúdez • Grupo Samuel Ruiz • Pastoral La Asunción 	<p>Primer sector convocado por la dirección del HGC en el 2002 que extendió la convocatoria a otros integrantes de la red</p> <p>Trabajo voluntario</p> <p>Algunos dejaron de participar en la CM y siguen con apoyo a familiares de pacientes llevando café y pan a las afueras del hospital</p>

Red de Actores

Sector	Integrantes	Funciones
Gobierno Local	<p>Presidencias Municipales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comitán • La Trinitaria, Frontera Comalapa, Chicomuselo, Maravilla Tenejapa, Tzimol, La Independencia y Socoltenango 	<p>Principal fuente de recursos económicos</p> <p>Su aporte es esporádico y solo se hace más constante cuando hay presión del gobierno estatal</p> <p>Los cambios de gobierno interfieren con la continuidad del aporte</p> <p>El aporte en especie lo dan las DIFas</p> <p>La de Comitán es la que más aporta incluso construyó el local propio de la CM</p> <p>Los montos mensuales con los que se comprometieron para la reapertura de la CM en el 2010 van de 1,500 a 3,000 pesos para las municipales pequeñas y 12 mil de la de Comitán</p> <p>En Las Margaritas tienen su propia CM así que no aportan recursos pero sí usuarias</p>
Parteras Tradicionales	<ul style="list-style-type: none"> • Parteras tradicionales del área urbana de Comitán 	<p>Responsables de la atención que se presta en la CM a las mujeres en trabajo de parto o que reciben tratamiento en el hospital</p> <p>Su aporte voluntario permite que se cubran los horarios de atención que el programa APV impide que sean asumidos por el sistema de salud</p> <p>Responsables en la observación del progreso del trabajo de parto y del momento de traslado al hospital</p> <p>Aunque están plenamente calificadas y certificadas para hacerlo no se les permite atender partos en la CM como sí lo hacen con sus usuarias fuera de los centros de atención</p> <p>Para sus usuarias externas a los centros de atención son las responsables de el centro de salud certifique los nacimientos</p> <p>Las parteras de las áreas rurales son las responsables de identificar embarazos de riesgo y de referir a las mujeres a los centros de salud</p>

Opinión de las Usuaris

Para contar con información sobre la calidad de la atención se realizó una transcripción del Libro de Visitas del período entre abril del 2004 y julio del 2006. Para lo cual se usó el software WordSift (www.wordsift.com) desarrollado por la Universidad de Stanford para la creación de “nubes de palabras” que muestran gráficamente la frecuencia de las palabras presentes en el texto analizado, se eligieron las 175 palabras más usadas en los comentarios dejados por las usuarias o sus familias.

Al finalizar su estancia en la CM las mujeres hospedadas o sus familiares escriben una observación en el Libro de Comentarios. Para este análisis se eligió el Libro que comprende los comentarios de las mujeres que fueron atendidas entre abril del 2004 y julio del 2006 que es el periodo inicial de la Casa Materna y en la que mejores condiciones de apoyos externos se encontraba. Se transcribieron los 660 comentarios registrados y se hizo el análisis de frecuencia de las 175 palabras más usadas.

Al crear una nube de palabras las tres que resaltan son (Ver Imagen 1): <gracias> (676 veces), <casa> (603) y <materna> (425). La suma del resto de palabras que tienen la misma raíz que gracias, como agradezco y agradecimiento, suman otras 529 veces en las que usuarias o familiares expresan su reconocimiento al servicio recibido en la CM.

Los cinco municipios de mayor frecuencia según el Consolidado Estadístico de la productividad de la CM (28) que facilitó el HGC, están presentes en la nube de palabras, a saber, <Comitán> (80), <Trinitaria> (64), <Independencia> (72), <Comalapa> (39) y <Margaritas> (25).

La cuarta palabra que se expresa con más frecuencia es <apoyo> (239) y luego <atención> (184), por lo que se puede inferir que lo que se agradece es precisamente el apoyo que se recibe para acceder a los servicios de salud y la calidad de la atención que ahí se presta. Otras con la misma raíz de <atención> (<atenciones>, <atendieron>, etc.) suman 176.

Se les agradece a las <personas> (157), al <personal> (128) de la CM. Y con más frecuencia aparece la palabra <parteras> (60) que <enfermeras> (49) e incluso que <doctores> (31) o <médicos> (24).

Se puede también leer una expectativa de que el servicio perdure pues aparecen las palabras <esperamos> (46) y <espero> (26) además de < siga> (82) y <sigan> (55).

Imagen 1. Resultado de la Nube de Palabras del Libro de Cometarios de Usuaris



ARTÍCULO: Sociedad civil, autoridades y parteras en la gestión, creación y funcionamiento de la Casa Materna de Comitán, Chiapas

Rogelia Cruz Estrada^{*}
Guadalupe del Carmen Álvarez Gordillo[†]
Dominga Austreberta Nazar Beutelspacher[‡]
Laura Huicochea Gómez[§]

^{*} Antropóloga Social. rogelia.cruz@gmail.com

[†] Investigadora de El Colegio de la Frontera Sur. Unidad San Cristóbal. Carretera Panamericana y Periférico Sur s/n, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, CP 29290. galvarez@ecosur.mx. Responsable de correspondencia.

[‡] Investigadora de El Colegio de la Frontera Sur. Unidad San Cristóbal. Carretera Panamericana y Periférico Sur s/n, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, CP 29290. anazar@ecosur.mx

[§] Investigadora de El Colegio de la Frontera Sur. Unidad Campeche. Av. Rancho Polígono 2A, Parque Industrial Lerma, Campeche, Campeche, C.P. 24500. luicochea@ecosur.mx

Resumen

La instrumentalización del Programa Arranque Parejo en la Vida requiere de la participación de la sociedad civil, los servicios de salud, el gobierno local y, en caso de la Jurisdicción Sanitaria III de Chiapas, de las parteras tradicionales.

Objetivo: Dar cuenta de la formación de la red que dio pauta a la creación en Comitán de la Posada de Apoyo a la Mujer Embarazada.

Material y métodos: Se realizaron entrevistas a profundidad, taller con parteras y revisión de registros de atención en la Casa Materna.

Resultados: La histórica relación de apoyo de la sociedad comiteca con los servicios de salud, la atención política derivada de un evento de mortalidad infantil y la incorporación de las parteras tradicionales hicieron posible esta implementación. Sin embargo, sin apoyo político y presupuestario, además de la valoración del trabajo de las parteras de parte del Estado, no es posible su permanencia a mediano y largo plazo.

Abstract

The implementation of "Programa Arranque Parejo en la Vida" required participation from civil society, health service providers, local government, and in the case of Health District III in Chiapas, from traditional midwives as well.

Objective: recount the formative process of the network which gave rise to the Posada AME (Pregnant Women's Support Lodging).

Material and methods: in-depth interviews; midwife workshop; review of the records of patient admissions.

Results: The creation of the Casa Materna was possible due to the tradition of societal support in Comitán for health services; political attention due to a brief spike in infant mortality; and the participation of traditional midwives. However, without political and budgetary support, as well as a concrete value on the work of the midwives involved, its sustainability over medium and long term is doubtful.

Palabras Clave

Casa Materna – Red Social – Comitán – Arranque Parejo en la Vida

Introducción

La mortalidad materna está relacionada con los factores sociales condicionantes de pobreza, pertenencia étnica y bajo ingreso que presenta la región fronteriza de Chiapas (Freyermuth Enciso 2003). La muerte de mujeres durante el embarazo y 42 días después del parto es un fenómeno multicausal. Una de las razones principales de la alta mortalidad materna es el difícil acceso a la atención en situación de riesgo obstétrico, sobre todo para las usuarias de la Secretaría de Salud (SS)(Díaz-Echeverría 2005).

La Razón de Mortalidad Materna** (RMM)(Freyermuth Enciso 2010) en la Jurisdicción Sanitaria III del estado de Chiapas, fue de 58.7, 78.9, 99.6, 40.3, 49.7, 62.0, 72.6, 75.6 y 55 defunciones por 100 mil nacidos vivos para los años 2002 a 2010. Mientras que entre los años 2002 y 2004 la tendencia de la RMM fue aumentar de 58.7 a 99.6, se observa un decremento abrupto hacia el 2005 con 40.3 (Jurisdicción Sanitaria III Chiapas 2011).

La Posada AME fue creada como la Casa Materna “María Victoria Bermúdez” (CM) con la coordinación de

** “La RMM representa el riesgo obstétrico asociado con cada embarazo y se obtiene al dividir el número de defunciones por complicaciones del embarazo, parto o puerperio durante un año o un periodo determinado, por el número total de nacidos vivos para el mismo año o periodo, por cien mil nacidos vivos durante el mismo periodo.” (Freyermuth, 2010).

diferentes actores locales. Abrió sus puertas en abril de 2004, tuvo un cierre temporal en junio del 2009 y restableció sus servicios en julio del 2010. Unos meses antes de la reapertura había sido inaugurado, en su nuevo edificio, el Hospital Belisario Domínguez y trasladada con él la atención de ginecología y obstetricia, a 5 Km. del centro de la ciudad.

En 2009, se reconoció la mejora del registro de las mujeres que se atienden en los servicios de salud, las mejores prácticas de atención prenatal y el aumento de los partos atendidos por personal calificado(Consejo Nacional de Población 2009). Respecto al avance en la atención con personal calificado, en 2004, el esfuerzo que se destaca es la elaboración de la Norma Técnica de Competencia Laboral (NTCL) de la Atención Integral a la Mujer y a la Niña o Niño durante su Nacimiento(Asociación Nacional para Asegurar la Calidad y Competencia Laboral A.C. y APV s/f) con el que pueden ser certificadas las parteras tradicionales (Consejo Nacional de Población 2009).

Otro esfuerzo, según este informe mexicano al 15 aniversario de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD+15), es el Acuerdo Secretarial del Consejo de Salubridad General(Diario

Oficial de la Federación 2001) en el que se establece la aplicación obligatoria de los componentes sustantivos y estratégicos del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida (APV) “[...] en las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud”⁵.

El APV propone la creación de una *red de servicios de apoyo social* que trabaje de manera coordinada con la *red de servicios de salud* (unidades de los diferentes niveles de atención) para facilitar el acceso de las pacientes a la atención que presta el sistema público de salud en México. El APV incorpora a las parteras tradicionales en esta red para llevar a cabo el control prenatal y detectar los embarazos de riesgo (Secretaría de Salubridad y Asistencia 2002; Secretaría de Salud 2007).

La *red de servicios de apoyo social*, por su parte, debería cumplir con las funciones de promoción de estilos de vida saludables, de planificación familiar y de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres embarazadas. Queda a cargo de esta red el traslado de las mujeres con riesgo obstétrico a los centros de salud y de su alojamiento durante su tratamiento en Posadas AME previamente creadas y sostenida por esa misma red (Secretaría de Salubridad y Asistencia 2002).

En las evaluaciones que se han realizado a lo largo de la implementación de este programa se ha demostrado que “La coordinación y la participación comunitaria fueron favorables en los casos en los que se observó mayor asignación y disponibilidad de recursos, tales como transporte y posadas maternas. La participación y el liderazgo de actores gubernamentales favorecieron la vinculación y coordinación [...]” (E Orozco-Núñez et al. 2009) pero que “es particularmente difícil hacer un seguimiento al gasto asignado a la atención durante el embarazo, parto y puerperio a lo largo y ancho del sector salud, más aún los destinados a abatir la muerte materna” (Díaz-Echeverría 2005). El Instituto Nacional de Salud Pública publicó recomendaciones para los componentes estratégicos de APV: desarrollo humano, participación comunitaria, fortalecimiento de la estructura y sistemas de información para el fortalecimiento del programa luego de evaluar el periodo 2000-2005 (INSP 2006).

El objetivo de esta investigación es dar cuenta de las relaciones sociales de gestión, coordinación y administración que dieron vida a la existencia de una Posada de Apoyo a la Mujer Embarazada (Posada AME) durante la primera década del siglo XXI, en la ciudad de Comitán, para analizar el proceso de instrumentación y

funcionamiento, así como el aporte de los servicios de salud y otros actores de la sociedad civil y del gobierno local.

Material y métodos

La perspectiva teórica de la antropología médica crítica de Eduardo Menéndez permite entender a la mortalidad materna y las estrategias para reducirla en Comitán como un *proceso*. Estos procesos, “no sólo se definen a partir de profesiones e instituciones dadas [...] sino como *hechos sociales* respecto de los cuales los conjuntos sociales necesitan construir acciones, técnicas e ideologías [...]”. “...Es a partir de las *relaciones existentes entre las partes* donde se debe analizar el proceso, incluyendo, de ser posible, los diferentes niveles en que dicho proceso opera, así como la articulación entre niveles”(Menéndez 1994). Menéndez reconoce que este análisis ha favorecido el desarrollo de una aproximación metodológica llamada *punto de vista del actor*, quien reproduce y no sólo produce la estructura social y de significado...”(Menéndez 1997). El acercamiento de esta investigación a la Casa Materna se realizó como un *hecho social* en el que los conjuntos sociales se coordinan para darle vida a uno de los servicios de apoyo social del programa APV.

Esta investigación priorizó el punto de vista de los diferentes actores. Los datos se recopilaron entre noviembre del 2009 y marzo del 2011 y se aplicaron diferentes técnicas de investigación cualitativa a saber:

- 1) Entrevistas semiestructuradas a profundidad a personas de la Sociedad civil organizada;
- 2) Un taller con 15 parteras y un partero tradicionales de JS III y observaciones en 10 reuniones mensuales de parteras en el Centro de Salud de Comitán;
- 3) Cinco entrevistas semiestructuradas a profundidad, a funcionarios de la Dirección y del Área de Mujer y Salud de la Jurisdicción III y del HGC. Además se colectaron los consolidados estadísticos de pacientes atendidas en la Casa Materna de mayo del 2004 hasta agosto del 2010, producidos por el HGC.

Resultados

La existencia de una red de apoyo social permite a las mujeres con embarazo de riesgo acercarse a los servicios de salud. Es decir que, solucionar las primeras dos demoras —la identificación del riesgo y el acceso a los servicios de salud— está determinado por las capacidades locales de gestión y movilización de recursos y no por la inversión federal o el gasto de la SS.

La Red de Apoyo Social en Comitán

Esta red de apoyo social se estableció desde el año 2002, cuando el Director del HGC convocó a la sociedad civil como respuesta a los lineamientos del Programa Nacional de Salud 2001-2006 (Fox 2001; Secretaría de Salud 2001). La respuesta positiva puede considerarse como una consecuencia de una sucesión histórica de situaciones de mutuo apoyo entre la sociedad de Comitán, sus médicos y el HGC, así como de una tradición de organización ciudadana humanitaria rastreable desde la vida del Dr. Belisario Domínguez. (Arreola Cortés 2010)

La muerte de 32 niños recién nacidos en las instalaciones del HGC a principios del 2003 fue el detonante para que el APV llamara la atención de los medios de comunicación y del poder político. Aunque estudios posteriores evidenciaron que “la muerte de más de una treintena de recién nacidos en Comitán, Chiapas, se debe a factores estructurales como pobreza secular, injusticia y subinversión crónica en los servicios públicos de seguridad social” (Secretaría de Salud 2002; Becerril 2003). Este evento trajo una serie de cambios dentro de su estructura, a decir de una de las funcionarias de la Secretaría de Salud: “un beneficio muy grande, porque benefició al Hospital, fortaleció la estructura de la

Jurisdicción, se abrieron plazas, se contó con más insumos y mejoraron las condiciones, además se introdujo con el APV el concepto de equidad en la programación y atención dirigida hacia las mujeres. Dentro de este contexto de equidad, la búsqueda de un espacio digno donde las mujeres que no requieran de hospitalización pero sí de cuidados tuvieran un lugar donde puedan esperar dignamente el trabajo de parto efectivo y tener a su hijo” (Coordinadora del Programa APV, JS III).

Se trasladaron recursos federales y estatales para paliar esta histórica subinversión. Desde el gobierno estatal se dotó a los municipios de ambulancias y otros medios de transporte para que las mujeres embarazadas pudieran ser trasladadas al HGC y asistir a control prenatal o en caso de alguna complicación o en trabajo de parto en riesgo, poder hacer un traslado inmediato (INSP 2006). Además la sociedad civil organizada asumió la función de Aval Ciudadano. Pero esta presencia no se mantuvo:

Unos dos años estuvo trabajando perfectamente bien, con sus limitantes pero bien. Luego dio un bajón la Jurisdicción, por lo mismo que se iba a pedir el apoyo y los presidentes municipales muy renuentes [...] nosotros le llamamos así: estando

como limosneros en algo que nos beneficia a todos, entonces, total seguimos trabajando, hablamos con el presidente de aquí de Comitán, le expusimos el problema y todo. (Señor representante de la Sociedad Civil de Comitán).

Durante los primeros años, la CM atendió en una casa rentada. La comida se constituía de las canastas familiares que distribuyen los programas de gobierno. El HGC asignó una enfermera para llevar el registro de mujeres atendidas, y las parteras cubrían los turnos las 24 horas.

En el 2005 la Casa Materna de Comitán ganó el Premio a la Excelencia APV y en el 2006 la JS III ganó el segundo certamen con la Operación Trueno, que es una campaña de identificación y traslado de mujeres en situación de riesgo mortal por asuntos relacionados al embarazo y parto. Con estos fondos (de 250 mil pesos cada uno)(Presidencia de la República 2011; Presidencia de la República 2006) se compró el terreno para la CM y el gobierno municipal se comprometió a construirla. Cuando estaba a punto de concluirse la construcción de las nuevas instalaciones, la sociedad civil decidió exigir más calidad en los acabados de la obra para retrasar la reapertura, mientras se definía quiénes aportarían los

recursos para el mantenimiento. En marzo del 2009 se menciona que el cierre de la CM estaba originando sobreocupación de camas hospitalarias por mujeres que podían manejarse ambulatoriamente.

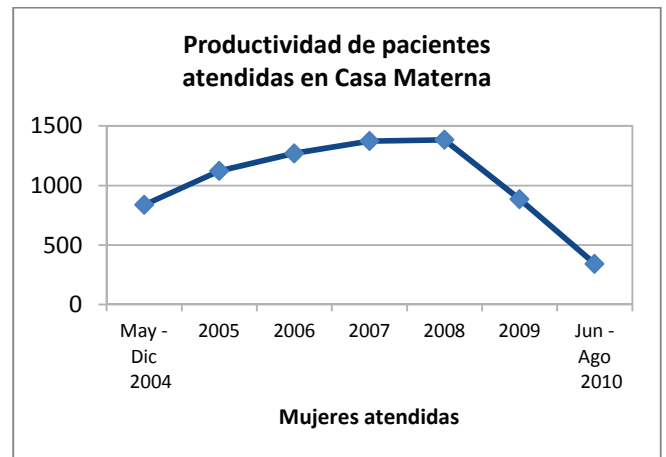
Los representantes del Aval Ciudadano con el apoyo de los funcionarios de la JS III gestionaron un fondo a SEDESOL, de alrededor de 430 mil pesos, con el que amueblaron la Casa Materna. Es difícil rastrear la inversión pública hecha en el mantenimiento de la CM. Esta afirmación la hace Díaz-Echeverría(Díaz-Echeverría 2005) al darle seguimiento presupuestario al APV desde el nivel federal. Para el 2010, luego de posponer la reapertura en dos ocasiones, el personal del HGC solicitó con urgencia a la Sociedad Civil que se pusiera en funcionamiento la CM. Para conseguir los recursos se volvió a hacer el trabajo de gestión por parte del personal del Área de Mujer de la JS III con los presidentes municipales y, en algunos casos, se llegó a un acuerdo de cabildo en el que se comprometieron a aportar mensualmente, una cantidad diferenciada por municipio.

En abril del 2010 ya se habían recibido algunos de los aportes de las municipalidades. El presupuesto que requería la CM para su funcionamiento era de 60 mil

pesos para pago de personal y mantenimiento con salarios mínimos y a las parteras una compensación de 500 pesos mensuales.

Se reabrió la Casa Materna el 4 de junio del 2010, pero en mayo de ese mismo año había sido inaugurado el Hospital General Dr. Belisario Domínguez, a las afueras de la ciudad de Comitán, a donde fue trasladada el área de ginecología y obstetricia. “[...] ahora ellas vuelven a deambular por el exterior del hospital mientras están en trabajo de parto. La Casa Materna les queda muy lejos, pagar taxi no es posible para muchas mujeres que se vienen a atender a Comitán” (expresado en el Taller de Parteras). Por tanto toda la gestión y coordinación dejó de tener sentido. Desde entonces, la cantidad de mujeres que se atienden en la CM disminuyó bastante (Ver Gráfica 1), las soluciones que proponen los actores son varias: establecer un servicio de transporte exclusivo de la Casa Materna al nuevo Hospital o la construcción de una nueva en las cercanías del nuevo nosocomio, que lo que requiere de una nueva coordinación de actores.

Gráfica 1.



Datos del Hospital General de Comitán

Parteras Tradicionales

Las parteras atienden a las mujeres que han sido canalizadas desde el HGC a la CM por presentar algún riesgo en el embarazo o trabajo de parto. Las parteras han sido coordinadas por el HGC desde los años 70.(Aubry et al. 1980)

También están al tanto del desarrollo del trabajo de parto y acompañan a la parturienta a la entrada del hospital cuando consideran que el o la bebé está por nacer. Su presencia no solo beneficia a las pacientes al mejorar la calidez del trato sino que descansa a los médicos y enfermeras del HGC de periodos de observación y espera. Sin embargo, paradójicamente se les impide atender a ellas los partos, dentro del HGC y en la CM, aún reconociendo el gran papel que desempeñan en el seguimiento y acompañamiento del parto y

omitiendo el hecho de que han sido capacitadas por el personal sanitario para la atención del mismo.

La Jurisdicción Sanitaria III se relaciona con las parteras del área urbana de Comitán desde la implementación del APV, a través de mecanismos de capacitación, incluyéndolas en los programas de salud y certificándolas. En algunos momentos la SS les ha dado insumos e instrumental.

Según registro del Área de Salud Reproductiva de la JS III existen 480 parteras registradas, que se vuelven 500 con las contratadas por el Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado -ISSSTE-, con la diferencia de que en el otro subsistema de salud les paga un salario, mientras que la mayoría de las parteras que tienen relación con la JS III viven de ser practicantes en sus comunidades. No todas atienden en la CM, solo algunas del área urbana que se organizan en turnos en la semana.

Desde el inicio de la CM en 2004, el Área de Salud Reproductiva de la JS III les impartió capacitaciones a las parteras. En el 2005 se les certificó con la NTCL (Asociación Nacional para Asegurar la Calidad y Competencia Laboral A.C. y APV s/f) a algunas de ellas.

La capacitación es constante desde el Centro de Salud de Comitán desde 2006.

Aprendizaje. Las parteras reportaron haber aprendido por sí mismas a través de sueños, “un don”, “su naturaleza”, el partero varón que aprendió atendiendo el parto de su primer hijo y una señora que aprendió de su abuela la “medicina natural” y luego desarrolló sus capacidades como partera; mientras que, seis dijeron haber sido enseñadas (tres acompañando a su madre, una de una “enfermera francesa” y dos más que son auxiliares de enfermería). De todas ellas, once mencionan transmitir sus conocimientos haciéndose acompañar por alguien, principalmente familiares; una de ellas da clases en un CONALEP.

Capacitación. El promedio de edad entre las participantes fue de 60 años. Once empezaron a atender partos en la década de los setenta, y seis en la de los ochenta, lo que implica que han sido parteras desde hace más de 30 años en promedio. Aunque alguna acompañó a su madre a una capacitación en el estado de Oaxaca en 1978 y otra fue capacitada por del ejército mexicano para la contingencia en la explosión del Volcán Chichonal en el mismo año; la mayoría reportan que reciben capacitaciones sobre su quehacer de parte de la

SS desde la existencia de la CM, es decir, en los últimos siete años.

Certificación. Según lo expresado por las parteras, todas menos una, que apenas se está incorporando, cuentan con el reconocimiento de la JS III y del Centro de Salud de Comitán a través de la certificación que el Centro Nacional de Evaluación y Verificación Interna de Competencia Laboral de la SS ha expedido desde 1996. Y sólo cinco tienen la acreditación que el organismo de certificación ACERTAR expidió luego de una evaluación para la cual algunas parteras fueron convocadas y sus municipalidades cubrieron el costo del examen (\$375 cada una) que se aplicó a nivel jurisdiccional en agosto del 2005. Para las participantes no existe diferencia entre tener la certificación nacional para el desempeño de su labor y no tenerla, ya que es el mismo trato que reciben ellas de la SS. Las parteras se han incorporado a campañas de salud, turnos en el HGC y han recibido materiales para su trabajo.

Atención y funciones de la Casa Materna

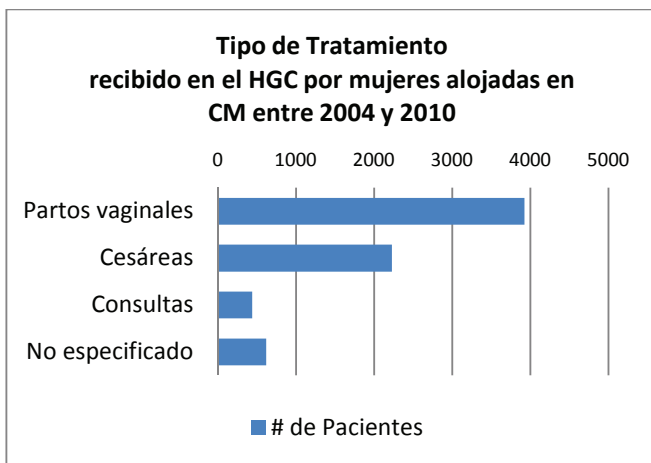
Las mujeres que necesitan una evaluación por trabajo de parto son las que se hospedan en la Casa Materna, por eso es que las Posada AME deben estar cerca de los hospitales y centros de atención. Todas llegan primero al

HGC en donde se les hace una valoración del avance del trabajo de parto. Se les abre una documentación inicial y se les da una orientación de los signos de alarma obstétrica. Con el documento que les expide el HGC, u otros centros de atención de otro subsistema de salud, se les inscribe en el Registro de Pacientes de la CM: “Viene a repuntar la CM como casa excelente, una productividad muy buena, montones de mujeres han estado [...] Fue el lugar por excelencia para todas las parteras que quisieran colaborar y para todas las mujeres que tuvieron que llegar ahí”. (Coordinadora del Programa APV, JS III).

La Casa Materna atendió a 7,215 mujeres entre el 1 de mayo 2004 y el 31 de agosto 2010, según lo reportado por el HGC. En ese periodo se hospedaron 3,925 (54.4%) mujeres que tuvieron parto vaginal; a 2,228 (30.9%) se les realizó cesárea; 441 (6.1%) fueron solo a consultas y 621 (8.6%) no especificaron su tratamiento. Su procedencia es principalmente de los municipios de la JS III, 6517 (90.3%) mujeres; 627 (8.7%) vienen de otras jurisdicciones sanitarias del estado; incluso fueron hospedadas 71 (1%) mujeres que vinieron de Guatemala. Las pacientes han sido referidas a la CM mayoritariamente de los Centros de Atención de la SS,

4084 (56.6%); 2052 (28.4%) tienen tratamientos en otros subsistemas de salud, principalmente del Instituto Mexicano del Seguro Social; 1047 (14.5%) iniciaron su tratamiento en el HGC; y 31 (0.4%) vienen de consultas privadas o es ignorado el origen de su referencia.

Gráfica 2.



Datos del Hospital General de Comitán

De manera frecuente se alojan pacientes que vienen a valoración obstétrica, que viven lejos y que llegan a hacerse estudios que ameritan esperar algunos días. Para las pacientes, la atención en el HGC se hace más accesible, encuentran en la CM un lugar con condiciones para el descanso, con baños y cocina. Para el HGC y los otros centros de salud, implica que las pacientes con trabajo de parto prematuro o estable no estén ocupando una cama.

Según los libros de comentarios de usuarias, han sido llenados por agradecimientos a lo largo de la existencia de la CM; comentan que las parteras proveen una atención cálida, cargada de conversaciones, consejos, precauciones e incluso, masajes y tactos, esta percepción es compartida por médicos y funcionarios del HGC y de la JS III.

“Por este medio agradecemos a todos los que colaboran en esta Casa Materna por brindarnos el apoyo para hospedar y de antemano agradecemos mucho también a las parteras que nos brindaron todo su apoyo con nuestras familias en momentos de la necesidad de nuestra mujer, cuando está con su embarazo y por eso le agradecemos mucho por su apoyo, regresamos a nuestra casa muy contentos”. (Texto en el Libro de Comentarios del 11 de marzo del 2005)

Esta investigación evidencia que la atención que se ha prestado en la CM ha beneficiado a muchas mujeres de Chiapas e incluso de Guatemala y que la existencia de ésta ha sido producto de la participación social de las redes de actores que se pueden enlistar de esta manera: (1) Servidores públicos: funcionarias y funcionarios de la Jurisdicción Sanitaria III, personal médico, directivo y

administrativo del Hospital General de Comitán; (2) agrupaciones ciudadanas; (3) corporaciones municipales, y (4) las parteras tradicionales del área urbana de Comitán.

Las relaciones entre estos actores se complementan ya que cumplen diferentes funciones: unos son responsables de la implementación de los programas de salud reproductiva; otros han desarrollado su capacidad de gestión y se identifican, de manera humanitaria, con la necesidad de disminuir las muertes en mujeres madres; otros más son los administradores de los presupuestos públicos municipales; y por último, están quienes, desde una tradición médica u otra, tienen a su cargo la atención directa de las mujeres. La articulación lograda entre estos actores es el motor de este proceso que le da vida a la Casa Materna.

Discusión

En este estudio fue posible identificar cinco períodos para el análisis de la vida de la Casa Materna: (1) Apertura en abril del 2004, a raíz de un evento que evidenció la sub inversión que generó el interés político en trasladar fondos para la implementación del APV en la región. (2) Del 2005 al 2006, se establece a nivel jurisdiccional la Red Municipal de Apoyo y la dotación de parte del gobierno estatal de ambulancias que

conforman la Red de Transportes AME. En este periodo se ganan dos de los premios APV nacionales y se compra el terreno para la construcción del local propio de la CM. Termina con el cambio de autoridades municipales y su consiguiente falta de interés por la continuidad de la CM. Así perdió la CM la fuente más importante de sus ingresos: el aporte municipal. (3) Entre 2007 y 2008, la CM sigue aumentando el número de usuarias pero ya no cuenta con el apoyo de los gobiernos locales, y los sectores involucrados en su mantenimiento pasan momentos críticos en los que apenas reciben aportes del DIF de Comitán para dotar a la CM de alimentos. (4) Entre 2009 y 2010 la CM cierra por 12 meses como medida de presión para hacer ver la importancia de su función y recuperar los apoyos de los gobiernos locales. (5) Desde su reapertura en marzo 2010 a la fecha, período en el que aparece otro elemento que desestabiliza la atención que se presta, que fue la inauguración del nuevo hospital en Comitán, que deja a la CM lejos del área de ginecología y obstetricia.

Aunque el trabajo de las parteras es reconocido, sus conocimientos tradicionales se dejan de aplicar. Para efectos de este trabajo se define al *conocimiento tradicional* (Menéndez 1994) de las parteras del área urbana de Comitán como los saberes y prácticas

aplicados en la atención del parto, en el acompañamiento a las mujeres embarazadas y a sus neonatos, así como en el tratamiento de otros padecimientos de las mujeres en edad reproductiva, Es evidente, a partir de los resultados de este estudio, que los conocimientos y habilidades de las parteras no son tanto producto de un proceso de aprendizaje dirigido desde las instituciones educativas y/o de salud oficiales, sino que tiene un origen en saberes que se transmiten de manera oral y en la práctica o que son adquiridos por la experiencia vivida, los sueños u otros mecanismos no académicos.

Este aporte, proveniente de un *patrimonio cultural* del que son portadoras las comadronas, no es resultado directo de la inversión pública y por el contrario, llega a ser la única alternativa de atención al parto cuando esta inversión es inexistente o inaccesible. El aporte de las parteras, no es fácilmente cuantificable pero sí corresponde a un recurso clave en el servicio que presta la Casa Materna en Comitán y que el Programa APV incorpora, como política de estado, en la red que debe acercar a las mujeres en los servicios de salud.

El establecimiento de la Red de Apoyo Social de la CM en la Jurisdicción Sanitaria III está definido históricamente

por una sociedad comiteca sensible y organizada alrededor del apoyo humanitario en salud. Importantes fueron los elementos coyunturales, como la muerte de los recién nacidos en 2003, que generaron interés político en la reducción de la mortalidad materna. La red está propuesta por un programa nacional, pero esta investigación evidencia que la descripción de sus funciones no es suficiente para su establecimiento.

Por su naturaleza depende más de elementos del contexto y requiere de una red de gestión compuesta por personas de los diferentes sectores, principalmente de la sociedad civil y de funcionarios locales de la SS, que se mantengan interesados en la existencia de la CM, que desarrollen capacidades de gestión y de toma de decisiones, que tengan en sus manos datos y estadísticas que logren convencer a los gobiernos municipales de la importancia de su apoyo y que, sobretodo, trasciendan a los cambios de gobierno para asegurar la continuidad de la implementación de los programas.

La presencia de las parteras en la atención que presta la CM es clave en dos sentidos: uno, el servicio cálido, culturalmente accesible y eficiente, además de que descargan de trabajo a los médicos y enfermeras del HGC, y dos, el trabajo voluntario en los turnos de la CM

hace que se pueda prestar un servicio que APV impide sea cubierto presupuestariamente por la Secretaría de Salud.

Un financiamiento estable e institucionalizado, un presupuesto asignado de parte de la SS para las Posadas AME es indispensable para su existencia. El desgaste que sufre la red de gestión, que tiene que mantenerse mes a mes en el entredicho de conseguir fondos para el mantenimiento y abastecimiento de la CM, hace que ésta pueda ser cerrada como medida de presión, como fue el caso de Comitán, o que deje de existir por la falta de recursos.

El presupuesto, debe ser responsabilidad del Estado, en tanto aparato administrador de los bienes de todos, lo que asegurará su establecimiento y mantenimiento.

En 2012 inició la construcción y reubicación de la Casa Materna de Comitán para que siga cumpliendo con su servicio cerca del nuevo hospital. El Municipio compró el terreno y lo donó a la Secretaría de salud para la construcción de la CM, además se vislumbra que el flujo de presupuesto continúe y los esfuerzos extraordinarios por parte de la sociedad civil y de los médicos y funcionarios para que se logren las metas, pero sobre todo se mantenga la voluntad política.

Además, se requiere dar el valor que corresponde al trabajo de las parteras, expresado no solamente de una justa retribución económica, sino de la confianza de las instituciones de salud para que ellas puedan atender partos, ya que sin ello, la Casa Materna pierde mucho de su sentido. La actual política de atención del parto en unidades médicas planteado como meta en el ODM 5 es claramente una contradicción con la posibilidad de mantener e incrementar la relación entre personal de salud y la atención del parto por parteras, aún cuando éste se realice en la Casa Materna.

Lo anterior, va vinculado con la importancia estratégica que tienen las parteras en Chiapas, pero también con la valoración de su trabajo por parte de las autoridades, lo que de cambiar, podría traducirse en un aporte regular por parte de las autoridades municipales, jurisdiccionales y estatales. En 2012 inició la construcción de la nueva Casa Materna de Comitán, y se espera que siga teniendo el éxito a decir de las usuarias, en la calidad de la atención, con el apoyo de los actores sociales que hasta ahora han participado.

Literatura Citada en el Artículo

1. Freyermuth Enciso G. Las mujeres de humo: Morir en Chenalhó, género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología; 2003.
2. Díaz-Echeverría D. Muerte materna y presupuesto público. Primera Reimpresión. Fundar Centro de Análisis; 2005.
3. Freyermuth Enciso G. Desiguales en la vida, desiguales para morir. La mortalidad materna en Chiapas: un análisis desde la inequidad. México: PNUD; 2010.
4. Jurisdicción Sanitaria III Chiapas. Panorama Epidemiológico Mortalidad Materna 2001-2011. Documento Interno. 2011.
5. Consejo Nacional de Población. Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009. SEGOB, SRE, CONAPO; 2009. Available at: http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/cipd15/CIPD15_ESPA%D1OL.pdf. Accedido febrero 21, 2011.
6. Asociación Nacional para Asegurar la Calidad y Competencia Laboral A.C., APV. NTCL Atención integral a la mujer, a la niña o niño durante su nacimiento. Instrumento de Evaluación.
7. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida. 2001.
8. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Programa de Acción: «Arranque Parejo en la Vida». 2002. Available at: http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_2/arranque_parejo_vida.pdf. Accedido noviembre 30, 2009.
9. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. 2007.
10. E Orozco-Núñez, González-Block M, Kageyama-Escobar L, Hernández-Prado B. Participación social en salud: la experiencia del programa de salud materna Arranque Parejo en la Vida. Salud Pública de México. 2009;51(2):104–113.
11. Instituto Nacional de Salud Pública. Programa de Acción APV Evaluación 2000-2005 Resumen Ejecutivo. 2006. Available at: <http://www.insp.mx/publicaciones/pdfs/arrapar.pdf>. Accedido noviembre 30, 2009.
12. Menéndez EL. La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional? Alteridades. 1994;4(7):71–83.
13. Menéndez EL. El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. Relaciones, CIESAS. 1997;(69):237–270.
14. Fox V. Discurso de la Presentación del Programa Nacional de Salud 2001-2006. 2001. Disponible en: <http://fox.presidencia.gob.mx/actividades/?contenido=1381>. Accedido septiembre 24, 2010.
15. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. 2001.

16. Arreola Cortés R. SEMBLANZA BIOGRÁFICA DE DON BELISARIO DOMÍNGUEZ. Senado de la República - Medalla Belisario Domínguez. Available at: http://www.senado.gob.mx/medalla_belisario.php?ver=biografia. Accedido septiembre 24, 2010.
17. Secretaría de Salud. Mensaje del Dr. Julio Frenk Mora, secretario de Salud, en la Segunda Reunión Ordinaria del Comité Nacional del Programa de Acción «Arranque Parejo en la Vida». 2002. Available at: http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/discursos/2002-05-10-ARRANQUE-PAREJO-EN-LA-VIDA.htm. Accedido mayo 20, 2011.
18. Becerril A. «Pobreza secular», causa estructural de la muerte de bebés en Comitán: Frenk. La Jornada. 2003. Available at: <http://www.jornada.unam.mx/2003/02/12/043n1soc.php?origen=soc-jus.html>. Accedido mayo 24, 2011.
19. Presidencia de la República. Diversas intervenciones durante el Cuarto Aniversario del Programa Arranque Parejo en la Vida. Available at: <http://fox.presidencia.gob.mx/multimedia/videos/?contenido=18140&pagina=69>. Accedido julio 21, 2011.
20. Presidencia de la República. Diversas intervenciones durante el evento del V Aniversario del Programa Arranque Parejo en la Vida. Presidencia de la República / Vicente Fox. 2006. Available at: <http://fox.presidencia.gob.mx/multimedia/videos/?contenido=24851&pagina=19>. Accedido julio 21, 2011.
21. Aubry A, Campos R, Cruz M, Cuéllar-Flores R, Miranda J. Médicos Rurales en Chiapas. 1980.

CONCLUSIONES

Una política pública como el Programa Arranque Parejo en la vida es redactada tratando de dar una respuesta a necesidades específicas de la sociedad, en este caso se refiere a alcanzar la 5 meta de milenio reducir la mortalidad materna.

Pero los términos de su redacción no siempre se refieren a los mejores mecanismos de atender a la población a la que está dirigida sino a la conveniencia económica y política del o los grupos que la redactan. En este caso es la disminución de la responsabilidad del Estado en la atención a la salud de las madres y niños.

El Programa APV apela a la participación de los diferentes sectores involucrados en la atención del parto para que se logren establecer los mecanismos que reduzcan la cantidad de mujeres y niños que mueren por razones de parto, que como ya se ha dicho, está demostrado que se refiere a la falta de atención calificada, la identificación del riesgo y el difícil acceso a los servicios de salud.

Establece la creación de una red de atención que permita que las mujeres con embarazo de riesgo puedan llegar a tiempo a los centros de atención en donde deben de haber las condiciones mínimas que les permitan ser tratadas y poder sobrevivir ellas y su criatura.

Pero no asume responsabilidad sobre los costos que significa el establecimiento de esta red. Parte del supuesto de que las corporaciones municipales tienen los recursos y están anuentes a invertirlos de esta manera.

En el caso que se analiza en esta investigación son varios los factores que intervienen para el establecimiento de esta red. Por un lado hubo un escándalo que se hizo público a nivel nacional e internacional, un hospital con una historia de cercanía y confianza establecida entre la población que atiende y a sus médicos tradicionales, además de una sociedad que tiene incorporada en su identidad el servicio humanitario en pos de los enfermos.

Al momento de hacer esta investigación se podía contar alrededor de 70 Posadas de Atención a la Mujer Embarazada en todo el territorio mexicano. Si contamos los 2,417 municipios que conforman la República Mexicana esta cifra no alcanza ni el 3% de lo que se requiere para atender a todo el país.

En Comitán el establecimiento de esta red y la implementación del Programa APV tuvo su inicio con la destitución de Médicos y Médicas de sus puestos directivos en el Hospital General de Comitán por el escándalo producto de la muerte de neonatos. Esta destitución hizo que estos médicos pasaran a formar parte del cuerpo de funcionarios de la Jurisdicción Sanitaria III y que desde ahí, poniendo en práctica su compromiso se dieron a la tarea de convencer a los presidentes municipales de aportar con fondos para proveer a la atención de las mujeres que las estadísticas demostraban que se atendían en el HGC.

La sociedad civil fue convocada a través de los grupos católicos y luego se les sumaron los locatarios del mercado, la ciudadanía respondió por el renombre del director del hospital que los convocó y por su predisposición a apoyar para paliar las necesidades de los pacientes del hospital.

Las parteras tradicionales, que son especialmente numerosas en el área urbana de Comitán y sus alrededores respondieron al llamado pues reconocen en el HGC un centro de atención que tiene sus ojos puestos en los más necesitados. Hoy en día sólo son unas pocas las que quedan haciendo los turnos, aunque la mayoría de las registradas llegan mensualmente a las capacitaciones y a entregar información de las mujeres atendidas.

Cada uno cumplió con su papel de manera altruista, por convicción más que por que los lineamientos de la política así se los impusiera. Lograron alcanzar los primeros resultados y con ellos ganar dos premios nacionales que se convocaban por la implementación del APV.

Así de hicieron de los fondos para comprar un terreno para construir la CM que inicialmente trabajo en un local rentado que se pagaba con los recursos que las municipalidad daban a regañadientes. Es decir que el presupuesto para su establecimiento no estaba programado en el erario público, fue “ganado” en un concurso nacional. Este mecanismo excluye a todos los demás municipios y regiones que no tienen tal respuesta.

Pero el apoyo, a lo largo del tiempo, va disminuyendo; las corporaciones municipales dejan de aportar, los gobiernos centrales dejan de hacer presión y solo quedan las personas que con más compromiso trabajan en el día a día para mantener la red de apoyo social. Les desgasta.

Mientras, las mujeres con embarazo de riesgo se sienten atendidas, acogidas, seguras con la calidad del servicio que se presta en la Casa Materna, aprecian el trato de las

parteras que difiere al de médicos y enfermeras por su comprensión cultural y su calidez tradicional.

El Hospital descarga su capacidad de encamamiento a un lugar en donde se sabe que están a buen resguardo, las parteras, a quien no se les tiene permitido hacer lo que tradicionalmente hacen: atender partos, les acompañan, les dan masajes y consejos, las llevan al hospital para su revisión periódica y las reconfortan luego del parto.

Pero todo esto tan valioso implica un gasto mínimo para el Estado pero enorme para el personal. Saben que no se puede quedar la luz sin pagar, el gas sin comprar, la puerta sin abrir, las pacientes sin atender; y se desgastan mensualmente en hacerle frente a estos costos.

La mortalidad se reduce pues las mujeres y sus parteras saben que aunque tengan que trasladarse hasta la ciudad tienen un lugar en donde pasar la noche que no es la intemperie de las afueras del hospital, un lugar en donde pueden preparar alimentos sin exponerse a los precios altos y a la falta de higiene de los comederos de la calle. Los médicos saben y confían en la atención que las mujeres en observación van a recibir de las parteras sin que esto signifique adjudicar más que una enfermera que lleve el registro de las entradas y salidas de las CM.

Las Parteras Tradicionales juegan un rol importantísimo en esto. Y el Estado ha invertido casi nada en su formación y pago. Aunque la mayoría es analfabeta, es decir que ni siquiera acudió a la escuela primaria pública, dan sus horas de trabajo de manera voluntaria sin recibir más que el orgullo de estar sirviendo.

A pesar de su servicio no dejan de ser vistas como inferiores por los médicos. El sistema no les permite recibir a ellas los nacimientos, las enfermeras las miran de menos por no usar el uniforme blanco.

Comitán es un ejemplo a seguir para el resto del país y para el diseño e implementación de las políticas certeras de reducción de la mortalidad. Pero mientras no haya un presupuesto asignado, estable, creciente, experiencia como está parecen claudicar a cada embate, si deja de haber fondos para el pago de los servicios de agua, luz, limpieza, gas la tensión crece entre los que han asumido la tarea de mantener la CM.

Si el hospital se mueve de lugar, como sucedió en Comitán al ser inaugurado el nuevo hospital y trasladado el área de obstetricia, se siente la incertidumbre del devenir.

Esta investigación me permitió observar el orgullo por alcanzar la meta de dar una atención digna y cálida, el enojo por la falta de responsabilidad de los gobiernos estatal y nacional, el profundo agradecimiento por haber recibido un trato amable, la tensión por no saber si habrá dinero para cubrir las necesidades del día siguiente.

A manera de conclusión puedo decir que es necesario que las parteras tradicionales sean incorporadas al sistema de salud reconociendo sus capacidades y aporte, dejándolas atender partos y pagando su labor con salario para mejorar sus condiciones propias.

Insisto, sin un presupuesto asignado el Programa Arranque Parejo en la Vida no es viable como políticas de reducción de la mortalidad materna a nivel nacional pues las

condiciones en las que se estableció es Comitán son muy particulares, únicas, extraordinarias.

Ciudad de Guatemala, marzo de 2012.

Bibliografía

- Arreola Cortés, Raúl. 2010. «SEMBLANZA BIOGRÁFICA DE DON BELISARIO DOMÍNGUEZ». *Senado de la República - Medalla Belisario Domínguez*. Accedido septiembre 24. http://www.senado.gob.mx/medalla_belisario.php?ver=biografia.
- Asociación Nacional para Asegurar la Calidad y Competencia Laboral A.C., y APV. s/f. «NTCL Atención integral a la mujer, a la niña o niño durante su nacimiento. Instrumento de Evaluación». ACERTAR, A.C.
- Aubry, Andrés, Roberto Campos, Miguel Cruz, Ricardo Cuéllar-Flores, y Jorge Miranda. 1980. «Médicos Rurales en Chiapas». Mimeo.
- Becerril, Andre. 2003. «“Pobreza secular”, causa estructural de la muerte de bebés en Comitán: Frenk». *La Jornada*, febrero 12. <http://www.jornada.unam.mx/2003/02/12/043n1soc.php?origen=soc-jus.html>.
- Carrillo, Ana María. 1999. «Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México.» *Dynamis*.
- COMPITCH. 2008. «OBSERVATORIO CIUDADANO: Diagnostico de la salud tradicional comunitaria en Chiapas». <http://escrutiniopublico.blogspot.com/2008/11/dignostico-de-la-salud-tradicional.html>.
- Consejo Nacional de Población. 2009. *Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009*. Síntesis ejecutiva (México). SEGOB, SRE, CONAPO. http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/cipd15/CIPD15_ESPA%D10L.pdf.
- Cruz Estrada, Rogelia. 2006. «Comunidad de Retornados Colonia 15 de Octubre la Trinidad. La experiencia organizativa del Retorno y su impacto en la conformación indetitaria de las nuevas comunidades». Licenciatura en Antropología Social, México, D. F.: ENAH.
- Davis-Floyd, R., y C. F Sargent. 1997. *Childbirth and authoritative knowledge: Cross-cultural perspectives*. University of California Press.
- Diario Oficial de la Federación. 2001. *Acuerdo por el que se crea el Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida*.
- Díaz-Echeverría, Daniela. 2005. *Muerte materna y presupuesto público*. Primera Reimpresión. Fundar Centro de Análisis.
- — —. 2006. *Mortalidad Materna, una tarea inconclusa*. Avances y retrocesos, una evaluación ciudadana del sexenio 2000-2006 3. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C. <http://www.fundar.org.mx/pdfavancesyretrocesos/03.pdf>.
- Donabedian, Avedis. 1993. «Definición y evaluación de la calidad de la atención médica». En *Actas / Simposio Nacional sobre Calidad de la Atención Médica – 1993 – F.A.D.* Facultad de Medicina de la U.B.A. <http://74.125.47.132/search?q=cache:VvbPv3WQ2g8J:www.calidadensalud.org.ar/Biblioteca/Definicion%2520y%2520evaluacion%2520de%2520la%2520calidad.doc+Dr.+Avedis+Donabedian&cd=2&hl=en&ct=clnk&gl=mx&client=firefox-a>.
- E Orozco-Núñez, MA González-Block, LM Kageyama-Escobar, y B Hernández-Prado. 2009. «Participación social en salud: la experiencia del programa de salud materna Arranque Parejo en la Vida». *Salud Pública de México*, abril.
- Entrevista: 2010. «La gestión de la Sociedad Civil para la Existencia de la Casa Materna de Comitán» Transcripción.
- Entrevista: Aval Ciudadano. 2010. «El trabajo del Aval Ciudadano» Transcripción.
- Entrevista: Responsable del Programa APV en la JS III. 2010. «El Inicio de la implementación del APV en la JIII y detalles de la gestión de la CM» Transcripción.

- Fox, Vicente. 2001. «Discurso de la Presentación del Programa Nacional de Salud 2001-2006» presentado en Presentación del Programa Nacional de Salud 2001-2006, julio 5, Municipio de Oxchuc, Chiapas. <http://fox.presidencia.gob.mx/actividades/?contenido=1381>.
- Freyermuth Enciso, Graciela. 2003. *Las mujeres de humo: Morir en Chenalhó, género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología.
- . 2010. *Desiguales en la vida, desiguales para morir. La mortalidad materna en Chiapas: un análisis desde la inequidad*. Informe sobre Desarrollo Humano en Chiapas Documento de Trabajo 2010 / 1. México: PNUD.
- Freyermuth, Graciela. 25 de abril s/a. «Calidad de los servicios de salud en regiones indígenas» CIESAS CONACYT Cámara de Diputados. http://www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/115503/312679/file/Calidad_ServicioSalud_drafereyermuth.pdf.
- . 1993. *Médicos tradicionales y médicos alópatas. Un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*. Gobierno del Estado de Chiapas-CIESAS.
- HGC. 2009. «HOSPITAL GENERAL DE COMITAN». Accedido mayo 21. <http://comitandedominguez.blogspot.com/2008/04/hospital-general-de-comitan.html>.
- INEGI. 2008. «Estadísticas a propósito del Día de la Madre. Datos Chiapas». <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2008/madre7.doc>.
- INSP. 2006. *Programa de Acción APV Evaluación 2000-2005 Resumen Ejecutivo*. <http://www.insp.mx/publicaciones/pdfs/arrapar.pdf>.
- Jurisdicción Sanitaria III Chiapas. 2011. «Panorama Epidemiológico Mortalidad Materna 2001-2011. Documento Interno». Gobierno del Estado de Chiapas Secretaría de Salud.
- Menéndez, Eduardo L. 1984. «Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos». *Nueva Antropología*.
- . 1985. «Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina». *Nueva Antropología*.
- . 1994. «La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional?» *Alteridades*.
- . 1997. «El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad». *Relaciones, CIESAS*.
- . 2002. «El malestar actual de la antropología o de la casi imposibilidad de pensar lo ideológico». *Revista de Antropología Social*.
- Nigenda, G, y A Langer. 1995. *Métodos Cualitativos para la investigación en Salud Pública*. Perspectivas en Salud Pública 20. Instituto Nacional de Salud Pública.
- OMS. 1978. «Atención Primaria a la Salud». En Alma-Ata, URSS.
- Presidencia de la República. 2006. «Diversas intervenciones durante el evento del V Aniversario del Programa Arranque Parejo en la Vida». *Presidencia de la República / Vicente Fox*. <http://fox.presidencia.gob.mx/multimedia/videos/?contenido=24851&pagina=19>.
- . 2011. «Diversas intervenciones durante el Cuarto Aniversario del Programa Arranque Parejo en la Vida». Accedido julio 21. <http://fox.presidencia.gob.mx/multimedia/videos/?contenido=18140&pagina=69>.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. 2002. *Programa de Acción: «Arranque Parejo en la Vida»*. http://www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_2/arranque_parejo_vida.pdf.
- Secretaría de Salud. 2001. «Programa Nacional de Salud 2001-2006».
- . 2002. «Mensaje del Dr. Julio Frenk Mora, secretario de Salud, en la Segunda Reunión Ordinaria del Comité Nacional del Programa de Acción “Arranque Parejo en la Vida”». http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/discursos/2002-05-10-ARRANQUE-PAREJO-EN-LA-VIDA.htm.

- . 2007. «Programa Nacional de Salud 2007-2012».
- . 2008. *Programa de acción específico «Arranque Parejo en la Vida» 2007-2012.*
http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/descargar/paes/Paes-CNEGSR-junio09/Junio_APV.pdf.
- SS. 2003. «Mensaje del doctor Julio Frenk Mora, Secretario de Salud, durante su comparecencia ante la Comisión de Salud y Seguridad Social de la Cámara de Senadores.»
http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/discursos/2003-02-12-COMPARECENCIA-EN-CAMARA-DE-SENADORES.htm.