

# ESTUDIO CUALITATIVO DE BARRERAS DE DEMANDA Y OFERTA CON ENFOQUE A NIVEL LOCAL Y COMUNITARIO Y CAMBIO DE COMPORTAMIENTO EN MUNICIPIOS PRIORITARIOS DE CHIAPAS, MÉXICO

## Informe de las Regiones Altos Tseltal-Tsotsil y Tulijá Tseltal-Chol<sup>1</sup>



Farmacia en la cabecera municipal de San Juan Cancuc, que ofrece atención del parto por personal no calificado, mismo que se anuncia como “para médico”. Chiapas, México. Agosto de 2011.

---

<sup>1</sup> Elaborado por Austreberta Nazar Beutelspacher, Investigadora, Género y Salud Reproductiva, con el apoyo del Dr. Benito Salvatierra Izaba, investigador, especialista en Evaluación de Políticas y Programas Sociales, la M. en C. Magdalena del Carmen Morales Domínguez, Asistente de Investigación, la Lic. en Enfermería Annette Hartman, especialista en grupos focales y métodos cualitativos, el Lic. en Economía Mehujael Rodríguez Mazariegos, y el grupo de traductoras Tseltal, Tsotsil y Chol.



Partera tradicional Tseltal que acaba de dejar en la unidad médica de Chilón, a una mujer primigesta con sangrado transvaginal en el tercer mes de embarazo.

Mujeres Choles beneficiarias del programa para Adultos Mayores de Oportunidades, que están recibiendo en la unidad médica de Tila una charla en español, lengua que no entienden.



## Contenido

|   |    |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN .....  | 6  |
| OBJETIVOS DEL ESTUDIO .....   | 7  |
| NOTAS METODOLÓGICAS .....   | 7  |
| Análisis de barreras de oferta .....  | 8  |
| Análisis de barreras de demanda .....   | 9  |
| RESULTADOS .....  | 12 |
| EL PROBLEMA. Panorama de la muerte materna en México, Chiapas, la región Altos Tsotsil-Tseltal y la región Tulijá Tseltal-Chol .....                        | 12 |
| BARRERAS DE DEMANDA. ....   | 17 |
| La atención prenatal.....   | 17 |
| Barreras económicas o geográficas.....  | 17 |
| El papel de las parteras tradicionales, su capacitación y la atención prenatal. ....  | 17 |
| La segmentación de la población beneficiaria y no beneficiaria del Programa Oportunidades y del Seguro Popular como barrera para la atención prenatal ..... | 19 |
| Barreras de monolingüismo (médico y de las mujeres) y analfabetismo de las mujeres embarazadas. ....  | 20 |
| Barrera de calidad del trato en la relación paciente-personal de salud y la atención médica por varones. ....   | 23 |
| Barreras de religión, conflictos entre partidos políticos y zapatismo. ....   | 24 |
| La atención del parto .....   | 26 |
| ¿Puede el aumento de oferta en cantidad y calidad incrementar la proporción de partos atendidos institucionalmente?.....                                    | 26 |
| ¿Cómo podría incrementarse el número de partos institucionales?.....  | 28 |
| Barreras culturales: “Los doctores hacen lo que pueden” .....   | 28 |
| Barreras culturales: Temores asociados a la atención del parto institucional y al parto por parteras. ....  | 28 |
| Barreras culturales: “Las parteras son indígenas como nosotros”. ....   | 30 |
| Barreras culturales: “No sabe tener hijos” .....  | 30 |
| Barreras culturales: Religión. ....   | 31 |
| Barreras culturales: ¿Atención del parto por varones o por mujeres?.....  | 31 |
| Barreras económicas, geográficas y culturales para el traslado de urgencias obstétricas a los hospitales. ....  | 32 |
| Barreras económicas.....  | 32 |
| Barreras geográficas.....   | 32 |
| El traslado programado en embarazadas de alto riesgo.....   | 33 |

|  |    |
|--|----|
| Actores y toma de decisiones para el traslado de mujeres con complicaciones durante el parto.....                                | 34 |
| Planificación familiar.....  | 36 |
| Nutrición e inmunizaciones.....  | 39 |
| BARRERAS DE OFERTA.....  | 40 |
| Estructura y distribución de las unidades médicas en las regiones Altos Tsotsil-Tseltal y Tulijá Tseltal-Chol.....               | 40 |
| Requerimientos de infraestructura, equipamiento, recursos humanos y medicamentos/ Capacidad resolutiva .....                     | 46 |
| El Seguro Popular y la atención de las urgencias obstétricas .....   | 52 |
| La seguridad del personal médico y la atención médica de urgencia fuera de la unidad médica o fuera del horario establecido..... | 53 |
| El sistema de referencia y contrarreferencia .....   | 54 |
| Supervisión médica .....   | 55 |
| Condiciones laborales y motivación del personal médico .....   | 55 |
| Las ambulancias y el apoyo de las autoridades locales .....  | 57 |
| SINTESIS DE LAS PRINCIPALES BARRERAS DE OFERTA Y DEMANDA.....  | 59 |
| RECOMENDACIONES .....  | 61 |

## INDICE DE CUADROS Y FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Cuadro 1. Propuesta inicial de micro regionalización para la obtención de información cualitativa.....                                   | 10 |
| Cuadro 2. Defunciones maternas y Razón de Muerte Materna (RMM) por causa básica 2011, México.....  | 12 |
| Cuadro 3. Defunciones maternas (2007-2009) y Razón de Muerte Materna (2009) por municipio en la Jurisdicción Altos Tseltal-Tsotsil. .... | 14 |
| Cuadro 4. Defunciones maternas (2007-2009) y Razón de Muerte Materna (2009) por municipio en la Jurisdicción Tulijá Tseltal-Chol.....    | 14 |
| Cuadro 5. Porcentaje de hijos nacidos vivos de mujeres de 12 años y más y luego fallecidos por municipio.....                            | 16 |
| Cuadro 6. Porcentaje de población general y mujeres de 3 años y más que son monolingües indígenas por municipios, 2010. ....             | 21 |

|  |    |
|--|----|
| Cuadro 7. Porcentaje de mujeres de 15 años y más y de 15 a 49 años según condición de analfabetismo por municipio, 2010. ....        | 22 |
| Cuadro 8. Porcentaje de mujeres que profesan religiones protestantes, evangélicas o bíblicas no evangélicas por municipio, 2010..... | 25 |
| Cuadro 9. Proporción de mujeres de 12 años y más según número de hijos por municipio. ....   | 38 |
| Cuadro 10. Número de unidades médicas, según tipo por municipio y número de unidades médicas totales por diez mil habitantes. ....   | 41 |
| Cuadro 11. Número de unidades médicas, según tipo por municipio y número de unidades médicas totales por diez mil habitantes. ....   | 43 |
| Cuadro 12. Número de unidades médicas de consulta externa, que cuentan con hospitalización o que son hospitales por municipio. ....  | 44 |

## **INDICE DE FIGURAS**

|   |    |
|---|----|
| Figura 1. Esquema básico de atención del parto en el hogar, aspectos socioculturales y actores sociales involucrados..... | 35 |
| Figura 2. Distribución de los diferentes tipos de unidad médica por municipio. Región Altos Tsotsil-Tseltal. ....         | 45 |
| Figura 3. Distribución de los diferentes tipos de unidad médica por municipio. Región Tulijá Tseltal-Chol. ....           | 46 |

## INTRODUCCIÓN

En agosto de 2011 se inició un estudio cualitativo sobre la oferta y demanda de servicios de salud para la atención materna e infantil, vacunación y nutrición, financiada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

El estudio se inserta en la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015 (SM2015) cuyo objetivo central es contribuir a la reducción de las desigualdades en salud a través de mejoras en la cobertura, la utilización y en la calidad de los servicios de salud mediante intervenciones integrales en las áreas de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, nutrición y vacunación.

Para ello, se han elegido 24 de los 28 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano del estado de Chiapas, única entidad de México incluida en la Iniciativa. Los 24 municipios seleccionados para este estudio son: Amatenango del Valle, Aldama, Chalchihuitán, Chamula, Chanal, Chenalhó, Chilón, Huixtán, Larráinzar, Mitontic, Oxchuc, Pantelhó, Sabanilla, Salto de Agua, San Cristóbal de Las Casas, San Juan Cancuc, Santiago El Pinar, Sitalá, Tenejapa, Teopisca, Tila, Tumbalá, Yajalón y Zinacantán, que concentran una elevada proporción de población indígena. Los municipios señalados pertenecen a dos Jurisdicciones Sanitarias: **Jurisdicción V Altos Tsotsil-Tseltal**, que comprende 17 municipios (todos incluidos en el estudio), y la **Jurisdicción XIV Tulijá Tseltal-Chol**<sup>2</sup> que comprende 7 municipios, de los cuales 5 han sido incluidos en el estudio. El municipio de San Cristóbal de Las Casas fue considerado debido a que en este se concentra la atención médica hospitalaria al que son referidas las personas que requieren atención de urgencia, procedentes en su mayoría de los municipios de los Altos de Chiapas.

El primer acercamiento a las comunidades de estos municipios permitió identificar diversos problemas relativos a las barreras de oferta y demanda de los servicios de salud, por lo que se excluyó la posibilidad de generalizar los resultados del estudio a todos los municipios y obligó al grupo de trabajo a indagar municipio por municipio y a presentar la información agregada por grupos de municipios que comparten problemáticas semejantes. Debe señalarse que algunos problemas si fueron comunes a todos.

---

<sup>2</sup> Aunque la división ya existe y ha sido aprobada, aún no empiezan a operar las Jurisdicciones señaladas y continúan laborando de acuerdo con la división de las jurisdicciones previas.

## **OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

1. Identificar de las barreras a la demanda y la oferta de servicios de salud en 24 municipios prioritarios en Chiapas utilizando métodos cualitativos, con énfasis en las áreas definidas por la Iniciativa Salud Mesoamérica SM2015.
2. Identificar mecanismos e incentivos viables desde el punto de vista técnico, jurídico, operativo y financiero que contribuyan a superar las barreras identificadas.
3. Proporcionar recomendaciones respecto a la aplicación de lo identificado en el punto anterior para el conjunto de intervenciones de SM2015 y de esta manera aumentar las probabilidades de éxito en mejorar el estado de salud y nutrición de las poblaciones más pobres.

## **NOTAS METODOLÓGICAS**

En los TDR se propuso realizar grupos focales para mujeres (15-18 años, 18-25 años, 25-45 años) y hombres (15-21 años, 22-29 años, y 30-45 años) de poblaciones indígenas y no-indígenas de las áreas rurales y de poblaciones indígenas seleccionadas para indagar su conocimiento de los servicios de planificación familiar, atención prenatal, parto y postparto, vacunación y nutrición; sus decisiones de usar o no los servicios; y la identificación de barreras geográficas, financieras, culturales y otras al uso de servicios.

También la profundización en los temas de las barreras identificadas con entrevistas a profundidad en participantes de los grupos focales, y con entrevistas realizadas a los proveedores y gerentes de servicios y trabajadores comunitarios de salud, si así se requiriera.

La información requerida para este estudio y las técnicas de acopio de la información se presenta en los siguientes cuadros.

## ***Análisis de barreras de oferta***

| <b>Aspectos generales</b>                      | <b>Aspectos específicos</b>  | <b>Indicadores</b>  | <b>Técnicas de obtención de información</b>   |
|--|--|---|---|
| Infraestructura                                | Equipamiento básico en función de la demanda.                              |   | Entrevistas informales, observación participante  |
|  | Abastecimiento de insumos en función de la demanda.                        |   | Entrevistas informales, observación participante, entrevistas en profundidad.   |
| Operación                                      | Recursos humanos   | Suficiencia en función de la demanda.   | Entrevistas informales, registro de las características del personal de salud, registro de la capacitación recibida para la atención de problemas de salud específicos en SM2015. |
|  |  | Idoneidad en función de la demanda.   |   |
|  |  | Capacitación en función de la demanda.  |   |
|  | Servicios  | Horarios de atención.   | Entrevistas informales.   |
|  |  | Cobertura de la atención en fines de semana, días festivos y vacaciones.  |   |
|  | Características de la supervisión  | Se traduce o no en mejoramiento de insumos e infraestructura.   | Entrevistas informales al personal médico de la unidad y al supervisor.   |
|  |  | Contribuye o no a la permanencia del personal médico en las unidades.   |   |
|  |  | Contribuye o no al mejoramiento de la calidad y operación de las unidades médicas.  |   |
|  | Referencia y contrarreferencia   | Tiene claro a dónde enviar a los pacientes.   | Entrevistas informales, registros de envío de pacientes y el resultado, entrevista en profundidad.  |
|  |  | Les reciben a sus pacientes.  |   |
|  |  | Les solucionan el problema a los pacientes.   |   |
|  |  | Cuenta con vehículo, gasolina y dinero para el envío de sus pacientes y familiares.   |   |
|  |  | Cuenta con el apoyo de las autoridades locales y del personal de salud en la Jurisdicción y el municipio para el envío y regreso de pacientes y familiares. |   |
| Relación del personal médico con la comunidad. | Relación con líderes comunitarios, religiosos, políticos, institucionales. | Conflictos con líderes comunitarios.  | Entrevistas informales.   |
|  | Relación con la población general.   | Conflictos con la población.  |   |



## ***Análisis de barreras de demanda***

| <b>Aspectos generales</b>  | <b>Aspectos específicos</b>  | <b>Indicadores</b>   | <b>Técnicas de obtención de información</b>  |
|--|--|--|--|
| Caracterización de la demanda  | Edad, sexo y causa.  | Relación entre el perfil sociodemográfico de la demanda y el perfil sociodemográfico de la población.                            | Reportes de consulta externa y defunciones en la unidad médica en los últimos 12 meses.<br>Entrevistas al personal médico. |
| Relación entre las características de la población y la que demanda los servicios. | Población por grupos de edad y sexo.   |  | Fuentes secundarias (censos, registros comunitarios)   |
| Capacidad resolutoria de las unidades médicas.                                     | Resolución según tipo de problemas específicos de salud.   | Calificación otorgada por tipo de problemas de salud.  | Grupos focales (población usuaria y no usuaria).   |
|  | Referencia y contrarreferencia para problemas específicos de salud.  | Resolución de problemas específicos de salud en los diferentes niveles de atención.  | Grupos focales (población usuaria).  |
| Satisfacción con la atención recibida por nivel de atención.                       | Satisfacción para problemas específicos de salud.  | Seleccionar algunos indicadores de calidad relacionados con la satisfacción (Tiempo de espera de pacientes citados y no citados) | Grupos focales (población usuaria).  |
| Barreras geográficas.  | Distancia o dificultad de acceso a la unidad médica.   |  |  |
| Barreras económicas.   | Traslado, costo de consulta, costo de medicamentos, costos de estudios, disponibilidad de recursos en casa (género). |  |  |
| Barreras culturales.   | Lengua, religión, edad, sexo, acciones de diagnóstico o tratamiento.   |  |  |
| Barreras de horario.   | Horario y días de atención, conflicto con actividades laborales, domésticas, religiosas o políticas.                 |  |  |
| Relación con médicos tradicionales y parteras                                      | Colaboración, referencia y contrarreferencia.<br>Conflictos  | Tipo de colaboración o conflictos.   | Grupos focales (parteras y médicos tradicionales)  |

Inicialmente se programó realizar grupos focales en sedes microregionales que facilitarían la concentración de participantes (parteras, mujeres embarazadas y personal médico) para la realización de grupos focales, de acuerdo con la propuesta que se presenta en el siguiente cuadro 1:

**Cuadro 1. Propuesta inicial de micro regionalización para la obtención de información cualitativa.**

| <b>SEDE</b>          | <b>MUNICIPIOS EN ESTUDIO</b>           |
|----------------------|--|
| <b>HUIXTÁN</b>       | Huixtán, Oxchuc y Chanal               |
| <b>LARRÁINZAR</b>    | Larráinzar, Santiago el Pinar y Aldama |
| <b>MITONTIC</b>      | Mitontic y Chenalhó                    |
| <b>YAJALÓN</b>       | Chilón, Sitalá y Yajalón               |
| <b>PANTELHÓ</b>      | Pantelhó, Chalchihuitán                |
| <b>SCLC</b>          | San Cristóbal, Zinacantán, Chamula     |
| <b>TENEJAPA</b>      | Tenejapa y Cancuc                      |
| <b>TEOPISCA</b>      | Teopisca, Amatenango del Valle         |
| <b>TILA</b>          | Tila, Sabanilla y Tumbalá              |
| <b>SALTO DE AGUA</b> | Salto de Agua                          |

No obstante, se observaron dificultades para la movilidad del personal médico así como de parteras y mujeres embarazadas por lo que se decidió hacer los grupos focales en las cabeceras municipales (parteras y mujeres embarazadas), y entrevistas individuales a parteras y mujeres embarazadas en las comunidades, a la vez que realizar las entrevistas al personal médico de manera individual (entrevistas en profundidad) en lugar de hacer grupos focales. Esto porque se estimó que proporcionarían información más detallada y con mayor libertad que el hacerlo frente a sus colegas.

Se realizaron visitas iniciales con el personal médico para establecer los acuerdos de información y en algunos casos pudo realizarse la entrevista en profundidad y la verificación de horarios de servicio, infraestructura, satisfacción laboral, prestaciones y la presencia de conflictos con la comunidad o sus autoridades, entre otros aspectos, señalados previamente.

En una segunda visita, en coordinación con el personal médico de las unidades de salud se citó a las mujeres embarazadas (procurando que asistieran de diversas localidades y no solo de la cabecera municipal), así como a parteras registradas por la unidad médica y no registradas por esta. Todas las entrevistas y los grupos focales fueron grabados (voz/audio) previo consentimiento de las personas participantes y garantizando la confidencialidad de la información. Debido al elevado porcentaje de mujeres indígenas monolingües los grupos focales y entrevistas informales a mujeres embarazadas y parteras se hicieron con el apoyo de una traductora Tsotsil, Tseltal o Chol según fuera el caso.

También se indagó sobre el programa de pago a parteras registradas en el IMSS, en la Secretaría de Salud y en el DIF<sup>3</sup> sobre la existencia o no de evaluación de su desempeño (calidad y capacidad resolutive para estabilizar las urgencias antes de ser remitidas al siguiente nivel).

En la segunda o tercera visita a las cabeceras municipales fueron realizadas, cuando fue posible, entrevistas a las autoridades para explorar la relación con las unidades médicas y su personal, las reglas de uso de la ambulancia para traslado de pacientes, conflictos con el personal médico y en su calidad de varones, las razones por las cuales se oponen al parto institucional, así como las condiciones que lo hacen posible.

Se detectó una tendencia tanto del personal de salud, como de parteras, mujeres embarazadas y autoridades locales a no proporcionar información completa o verídica por lo que en cada municipio fue necesario triangular la información para corroborar la información, para precisarla o para descartarla. Esto sucedió especialmente en la jurisdicción Altos Tsotsil-Tseltal, lo que manifiesta la desconfianza generalizada de la población.

Adicionalmente se procesó información estadística del Censo General de Población y Vivienda 2010 por municipio. Esta fue la que estimamos relevante para contextualizar los resultados de las entrevistas, por ejemplo, religión, monolingüismo, analfabetismo, cobertura de seguridad social y del Seguro Popular, número de hijos nacidos vivos por edad de la madre, número de hijos fallecidos según edad de la madre, participación económica y jefatura femenina de hogar, entre otras.

También fue solicitada información al Instituto de Salud del estado de Chiapas (ISECH) sobre el número de defunciones maternas por municipio de 2008 a la fecha, así como copia de las autopsias verbales realizadas. Únicamente nos fueron proporcionadas tres autopsias verbales correspondientes a 2011 en la región Altos Tsotsil-Tseltal.

Se obtuvo información de mayo de 2011 de las unidades médicas por municipio, así como los municipios en los que operan las Caravanas de la Salud.

---

<sup>3</sup> DIF es la dependencia que encabezan las esposas de los gobernadores y presidentes municipales en México, Sus siglas son: Desarrollo Integral de la Familia.

## RESULTADOS

### *EL PROBLEMA. Panorama de la muerte materna en México, Chiapas, la región Altos Tsotsil-Tzeltal y la región Tuliá Tzeltal-Chol*

Iniciaremos señalando que un elevado porcentaje de las causas de muerte materna en México y en Chiapas, se ubican en el parto y el puerperio inmediato como puede verse en el cuadro 2.

**Cuadro 2. Defunciones maternas y Razón de Muerte Materna (RMM) por causa básica 2011, México**

| Causa de la muerte                | Total de defunciones | Razón de Muerte Materna |
|-----------------------------------|----------------------|-------------------------|
| Preeclampsia-Eclampsia            | 160                  | 12.8                    |
| Hemorragia Postparto              | 149                  | 11.9                    |
| Sepsis e Infección puerperal      | 53                   | 4.2                     |
| Otras causas obstétricas directas | 20                   | 1.6                     |

Fuente: Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica. Defunciones Maternas. (Principales causas de muerte hasta la semana epidemiológica 34, información actualizada hasta el 24 de agosto de 2011).

De estas causas, que en conjunto suman 58.0% del total de las muertes maternas, la atención prenatal podría incidir en la reducción de la muerte por preeclampsia-eclampsia, pero no en las otras causas. El supuesto de que si las mujeres acuden a la atención prenatal y cumplen con cinco o más consultas prenatales, podría incidir en la atención del parto institucional no se cumple en Chiapas. En las dos regiones en estudio existe una disociación entre la atención prenatal y la atención del parto en todos los municipios, de manera que la atención prenatal es otorgada en las unidades médicas (coexistente o no con la atención prenatal otorgada por parteras, y en algunos casos proporcionada exclusivamente por parteras), mientras que casi la totalidad de los partos (estimado en 90%) son atendidos por parteras tradicionales (capacitadas y no capacitadas), con pequeñas variaciones entre municipios. Estas cifras son semejantes a las reportadas por SSA (2009) (77.0%) para los 101 municipios de México con Bajo Índice de Desarrollo Humano<sup>4</sup>.

De acuerdo con la Dirección General de Información en Salud (DGIS-SSA) se esperan en México, para el año 2011 un total de 1,126 defunciones para una RMM de 58.3 por 10 mil

<sup>4</sup> SSA. 2009. Búsqueda intencionada de Muertes Maternas y de Menores de Cinco Años y Registro de Nacimientos en los 101 municipios con Bajo Índice de Desarrollo Humano.

nacimientos. Para este mismo año, en la semana epidemiológica número 34, el estado de Chiapas ocupa el 8º lugar en cuanto al número de defunciones maternas por entidad federativa con un total de 32 defunciones. De ellas, 19 (59.4%) ocurrieron en unidades médicas de la Secretaría de Salud, 2 (6.3%) en el IMSS régimen ordinario, 2 (6.3%) en el IMSS régimen Oportunidades y 9 (28.1%) sin atención y otras. La proporción de muertes maternas que no recibieron atención médica en Chiapas (28.1%) es inferior a la registrada por ejemplo en el Estado de México (62.5%) entidad que registra el mayor número de defunciones en el país, o a la media nacional que es de 34.9% (SSA, 2011). Lo anterior podría interpretarse de dos maneras: o bien es el resultado de incremento de la infraestructura de salud Chiapas y las mujeres están acudiendo a ellos; o el número de muertes maternas está subregistrado debido a que quienes fallecen en el hogar pueden no tener un correcto certificado de defunción. Según estimaciones utilizando el método RAMOS modificado, Chiapas tendría en toda la entidad un 3.1% más de defunciones maternas que las directamente registradas como tales (SSA, 2011)<sup>5</sup>; esta cifra podría ser mucho mayor en la región de estudio, pero no se cuenta con la información desglosada por región. Un dato que podría dar una idea de lo que está ocurriendo en la región Altos Tsotsil-Tseltal es el reporte del municipio de Chanal, en el que las muertes maternas no son reportadas y solamente cuando el padre llega a registrar al niño o niña, se inicia una indagatoria por parte del DIF y de ahí se derivan *algunos* registros de muertes maternas. Solamente en este municipio se han reportado cinco muertes maternas en lo que va del año. Con base en los 314 nacimientos al año, que según datos del INEGI (2010) se registran en el municipio, nos daría una RMM muy elevada, aun cuando no todas las defunciones maternas no correspondieran al año en curso<sup>6</sup>. También podría presentarse una combinación de una mayor utilización de servicios de salud ante urgencias obstétricas y un subregistro elevado de muertes maternas, debido a la segmentación de la población usuaria según institución que ofrece los servicios de salud<sup>7</sup> y a la presión a que está sujeto el personal de salud para no tener defunciones maternas en sus unidades médicas y poder cumplir con los ODM a que se ha comprometido el gobierno del estado de Chiapas.

En los cuadros 3 y 4 se muestra la información correspondiente a defunciones maternas y Razón de Mortalidad Materna por municipio para las Jurisdicciones Altos Tseltal-Tsotsil y Tulijá Tseltal-Chol. Como puede verse en el cuadro 4, se incluyó el municipio de Ocosingo que no pertenece oficialmente a estas jurisdicciones porque ahí concentra entre el 50% y el 60.0% de las referencias de urgencias obstétricas de la región Tulijá Tseltal-Chol, con solo un Hospital Rural del IMSS-Oportunidades de 45 camas que está sobresaturado.

---

<sup>5</sup> SSA. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Semana Epidemiológica 34. Información actualizada al 24 de agosto de 2011.

<sup>6</sup> Según las autoridades municipales ocurren entre 700 y 800 nacimientos al año y no aproximadamente 314 como reportó INEGI con base en el Censo de Población y Vivienda 2010. Debe notarse que el municipio de Chanal no aparece en los registros de muertes maternas de los últimos tres años, lo que es indicativo del elevado subregistro de mortalidad materna (y también de los nacimientos), por lo menos en este municipio.

<sup>7</sup> La segmentación de los servicios de salud será tratada en detalle en el apartado de barreras de oferta en este mismo informe.

**Cuadro 3. Defunciones maternas (2007-2009) y Razón de Muerte Materna (2009) por municipio en la Jurisdicción Altos Tzeltal-Tsotsil.**

| Municipio                          | 2007      | 2008      | 2009      | Nacidos vivos<br>estimados 2009<br>CONAPO | Razón de<br>mortalidad 2009,<br>por municipio x<br>100,000 Nacidos<br>vivos |
|------------------------------------|-----------|-----------|-----------|---|---|
| 07007 Amatenango del Valle         | 0         | 0         | 1         | 179                                       | 558.7   |
| 07022 Chalchihuitán                | 0         | 1         | 0         |   |   |
| 07023 Chamula                      | 1         | 0         | 2         | 1,757                                     | 113.8   |
| 07026 Chenalhó                     | 2         | 1         | 1         | 868                                       | 115.2   |
| 07038 Huixtán                      | 0         | 1         | 0         |   |   |
| 07056 Mitontic                     | 0         | 0         | 1         | 323                                       | 309.6   |
| 07064 Oxchuc                       | 2         | 1         | 0         |   |   |
| 07066 Pantelhó                     | 2         | 4         | 1         | 600                                       | 166.7   |
| 07078 San Cristóbal de las Casas   | 2         | 1         | 1         | 3,236                                     | 30.9  |
| 07093 Tenejapa                     | 1         | 2         | 1         | 1,030                                     | 97.1  |
| 07094 Teopisca                     | 1         | 1         | 1         | 840                                       | 119.0   |
| 07111 Zinacantán                   | 0         | 1         | 0         |   |   |
| 07112 San Juan Cancuc              | 1         | 1         | 2         | 696                                       | 287.4   |
| 07119 Santiago El Pinar            | 0         | 1         | 0         |   |   |
| 08002 Aldama                       | 0         | 1         | 0         |   |   |
| <b>Total Altos Tzeltal-Tsotsil</b> | <b>12</b> | <b>16</b> | <b>11</b> | <b>9,529</b>                              | <b>115.4</b>  |

Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI/SSA. Dirección General de Información en Salud. Base de Datos de Defunciones, 2005, 2006 y 2007 y con base en datos de la Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, 2010.

**Cuadro 4. Defunciones maternas (2007-2009) y Razón de Muerte Materna (2009) por municipio en la Jurisdicción Tuliá Tzeltal-Chol.**

| Municipio                       | 2007     | 2008      | 2009      | Nacidos vivos<br>estimados 2009<br>CONAPO | Razón de<br>mortalidad 2009,<br>por municipio x<br>100,000 Nacidos<br>vivos |
|---------------------------------|----------|-----------|-----------|---|---|
| 07031 Chilón                    | 2        | 7         | 4         | 2,434                                     | 164.3   |
| 07059 Ocosingo*                 | 0        | 5         | 6         | 3,996                                     | 150.2   |
| 07076 Sabánilla                 | 2        | 2         | 1         | 698                                       | 143.3   |
| 07077 Salto de Agua             | 1        | 1         | 1         | 1,310                                     | 76.3  |
| 07082 Sitalá                    | 0        | 1         | 0         |   |   |
| 07096 Tila                      | 0        | 3         | 1         | 1,659                                     | 120.6   |
| 07109 Yajalón                   | 1        | 0         | 0         |   |   |
| <b>Total Tuliá Tzeltal-Chol</b> | <b>6</b> | <b>19</b> | <b>13</b> | <b>10,097</b>                             | <b>128.8</b>  |

Fuente: Elaboración propia con base en datos del INEGI/SSA. Dirección General de Información en Salud. Base de Datos de Defunciones, 2005, 2006 y 2007 y con base en datos de la Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, 2010.

\* Se incluyó el municipio de Ocosingo por el importantísimo papel que desempeña en la atención de urgencias obstétricas de la región Tuliá Tzeltal-Chol.

En lo que respecta a las causas de muerte materna, por la información recogida en las comunidades, las principales causas de muerte materna son las hemorragias posparto. En las tres autopsias verbales proporcionadas por la Jurisdicción Altos Tsotsil-Tzeltal para 2011, se aprecia que pese a que llegaron a una unidad médica hospitalaria privada o

pública, las mujeres fallecieron<sup>8</sup>. Destaca que en estos tres casos, las defunciones fueron *postcesárea* (dos en unidades privadas y una en un hospital rural), lo que es inaceptable y obliga a la revisión de la calidad y capacidad de atención de los servicios médicos privados en San Cristóbal de Las Casas.

La elevada frecuencia de complicaciones del parto y muerte materna se acompaña de una cifra alta de mortalidad perinatal que constituye el principal rubro de la mortalidad infantil en México y en la entidad, sumando el 50.0% del total de las defunciones infantiles (SSA, 2008)<sup>9</sup>.

Con base en el reporte de autoridades del municipio de Chanal<sup>10</sup>, estimamos una elevada tasa de mortalidad infantil y perinatal en la región de estudio, la cual se acompaña de un importante subregistro<sup>11</sup>.

En el Centro de Salud con Hospitalización de la cabecera municipal de Chenalhó se reportó que de enero a agosto se han presentado en la unidad médica seis partos podálicos de los cuales resultaron dos mortinatos, lo que sugiere una elevada proporción de defunciones perinatales y también de falta de atención prenatal por personal médico o deficiencias en la atención prenatal otorgada por parteras no capacitadas y familiares.

En las dos regiones en estudio suelen registrarse los niños y niñas cuando cumplen un año de edad que es cuando la familia estima que ya han sobrevivido o tienen mayor probabilidad de hacerlo. Aunque no se cuenta con estimación de la mortalidad infantil en los municipios en estudio, se presenta la proporción de hijos nacidos vivos de mujeres de 12 años y más, y posteriormente fallecidos por municipio; esta información nos da una idea de la magnitud de la mortalidad infantil por municipios, pero sobre todo de la magnitud percibida de sobrevivencia de los hijos e hijas que podría influir fuertemente en la fecundidad (manteniéndola en una etapa pretransicional o con un descenso muy lento) (cuadro 5).

---

<sup>8</sup> En uno de los casos, la mujer Tsotsil de 30 años no tuvo atención prenatal y falleció por hemorragia postcesárea practicada en un sanatorio privado de San Cristóbal de Las Casas (primer embarazo). La segunda defunción corresponde a una mujer Tseltal con 7 embarazos y una cesárea previa que falleció por hemorragia postcesárea practicada en el Hospital Rural de Teopisca; falleció en el Hospital de las Culturas en San Cristóbal de Las Casas. La tercera mujer, Tsotsil, con atención prenatal, también falleció por hemorragia postcesárea practicada en un sanatorio privado de San Cristóbal de Las Casas.

<sup>9</sup> Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud. Elaborado a partir de la base de datos de defunciones 1979-2008 INEGI/SS. 2008. Principales causas de mortalidad infantil.

<sup>10</sup> Entrevista al Subsindico municipal de Chanal, 31 de agosto de 2011.

<sup>11</sup> En el municipio de Chanal, el único en el que se nos proporcionó esta información, se reportó que ocurren entre 700 y 800 nacimientos al año, así como 39 defunciones en lo que va del año (al 31 de agosto), de las cuales, 50.0% fueron en menores de un año. La cifra del INEGI de nacimientos totales ocurridos en ese municipio en 2010 fue de 314, lo que nos da una idea de enorme magnitud del problema de la mortalidad infantil y perinatal en la región. En los otros municipios, ni el personal médico ni las autoridades tenían alguna noción de la magnitud de la mortalidad infantil. En las entrevistas informales, ningún agente de salud lo reportó espontáneamente como un problema.

Las muertes perinatales podrían estar asociadas al hecho de que en los municipios de Tenejapa, Larráinzar y Chamula fue reportado verbalmente por el personal médico un incremento de abortos y partos prematuros en los últimos dos años, atribuido al trabajo pesado que realizan las mujeres embarazadas como el acarreo de leña, aunque no debe descartarse como causa la violencia física contra las mujeres embarazadas, la cual fue reportada cuando se trató el tema de planificación familiar en la que el esposo toma las decisiones y las golpea si ellas “no obedecen”.

En la Jurisdicción Tulijá Tseltal-Chol, existen indicios de una frecuencia aún más elevada de violencia contra las mujeres<sup>12</sup>, pero no nos fue reportado un problema de partos prematuros o abortos relacionado con estos eventos (lo que no indica que no exista).

**Cuadro 5. Porcentaje de hijos nacidos vivos de mujeres de 12 años y más y luego fallecidos por municipio.**

| Municipio                      | % DE HIJOS NACIDOS VIVOS Y FALLECIDOS DE MUJERES DE 12 AÑOS Y MÁS DE EDAD |   |   |
|--------------------------------|---|---|---|
|                                | Total de hijos nacidos vivos (en todo el periodo de vida)                 | Total de hijos muertos (en todo el periodo de vida) | % de hijos nacidos vivos que fallecieron (en todo el periodo de vida) |
| Total CHIAPAS                  | 4,387,829   | 412,390   | 9.40  |
| 007 Amatenango del Valle       | 7,635   | 811   | 10.62   |
| 113 Aldama                     | 4,293   | 417   | 9.71  |
| 022 Chalchihuitán              | 11,955  | 835   | 6.98  |
| 023 Chamula                    | 77,507  | 12,300  | 15.87   |
| 024 Chanal                     | 11,048  | 1,074   | 9.72  |
| 026 Chenalhó                   | 31,307  | 2,722   | 8.69  |
| 031 Chilón                     | 98,060  | 6,279   | 6.40  |
| 038 Huixtán                    | 21,528  | 2,048   | 9.51  |
| 049 Larráinzar                 | 19,055  | 2,193   | 11.51   |
| 056 Milontic                   | 10,976  | 1,664   | 15.16   |
| 064 Oxchuc                     | 40,236  | 4,241   | 10.54   |
| 066 Pantelhó                   | 19,007  | 1,775   | 9.34  |
| 076 Sabánilla                  | 24,379  | 3,080   | 12.63   |
| 077 Salto de Agua              | 55,670  | 5,046   | 9.06  |
| 078 San Cristóbal de las Casas | 146,448   | 13,451  | 9.18  |
| 112 San Juan Cancuc            | 27,599  | 3,067   | 11.11   |
| 119 Santiago el Pinar          | 2,249   | 136   | 6.05  |
| 082 Sitalá                     | 10,184  | 577   | 5.67  |
| 093 Tenejapa                   | 36,997  | 3,927   | 10.61   |
| 094 Teopisca                   | 34,654  | 3,985   | 11.50   |
| 096 Tila                       | 67,690  | 9,762   | 14.42   |
| 100 Tumbalá                    | 29,645  | 2,612   | 8.81  |
| 109 Yajalón                    | 29,515  | 2,606   | 8.83  |
| 111 Zinacantan                 | 34,626  | 4,461   | 12.88   |

Fuente: INEGI. Censo General de Población y Vivienda, 2010.

<sup>12</sup> En la reunión que se sostuvo con el Director del Centro de Salud Urbano de Yajalón, se nos indicó que además del consultorio psicológico con que se atiende a la población general, existe un consultorio específico para la atención psicológica de mujeres maltratadas. En ese consultorio se atienden en promedio 15 mujeres por semana (de lunes a viernes).



Respecto a la magnitud de la desnutrición en menores de cinco años. El indicador de desnutrición utilizado por el programa es la talla para la edad. El indicador estatal para Chiapas es de 17.5%, el más alto en el país (ENSANUT-Chiapas, 2006)<sup>13</sup>, el cual podría ser aún más elevado en la región en estudio<sup>14</sup>.

## ***BARRERAS DE DEMANDA.***

### **La atención prenatal**

#### **Barreras económicas o geográficas**

La mayoría de las mujeres beneficiadas con el Programa Oportunidades en la Jurisdicción Altos Tseltal-Tsotsil y Tulijá Tseltal-Chol acuden a las unidades médicas a sus consultas, pues es un requisito para recibir el apoyo.

No fueron reportadas barreras económicas o geográficas para la atención prenatal en la mayoría de los municipios de esta región, ya que las comunidades están relativamente cercanas a pie y la atención médica es gratuita y obligatoria. Las excepciones son las localidades de los municipios de Chalchihuitán, Pantelhó, San Juan Cancuc y Chamula que registran localidades alejadas hasta por 4 horas a pie de la cabecera municipal. Estas localidades son cubiertas por las Caravanas de la Salud, pero solo acuden una vez cada 15 días y no tienen posibilidad de apoyar las urgencias obstétricas cuando se presentan.

En la región Tulijá Tseltal-Chol, las distancias entre las comunidades y las unidades de salud son mucho mayores que en la región Altos Tsotsil-Tseltal, lo que sí constituye una barrera importante, sobre todo en los municipios más grandes como Chilón y Tila.

#### **El papel de las parteras tradicionales, su capacitación y la atención prenatal.**

En la región Altos Tseltal-Tsotsil las mujeres embarazadas acuden con la colaboración de las parteras capacitadas que se encuentran en continua comunicación con el personal de salud de las unidades médicas locales. Las mujeres que viven en las comunidades aledañas a la cabecera municipal también acuden a la unidad médica de acuerdo a citas médicas previamente establecidas (existe una calendarización semestral) pues de eso depende que sean beneficiadas con el programa Oportunidades.

Las parteras capacitadas son las encargadas de identificar nuevas embarazadas y acompañarlas para que reciban la atención prenatal. Las parteras registradas por el programa IMSS-Oportunidades reciben por parte de esa institución una remuneración

---

<sup>13</sup> SSA. 2006. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Disponible en: <http://www.insp.mx/images/stories/ENSANUT/Docs/Chiapas.pdf>

<sup>14</sup> En el municipio de Chenalhó nos fue informado que un núcleo (conformado por un médico y una enfermera) que lleva el control de 400 niños y niñas de Oportunidades, tienen registrados 20 con desnutrición severa (5.0%), 30 con desnutrición moderada (7.5%) y 50 con desnutrición leve (12.5%); lo que resulta en 12.5% de niños y niñas con desnutrición moderada o severa, y 25.0% con algún grado de desnutrición.

económica de \$500.00 (quinientos pesos M.N.) mensuales por su apoyo, independientemente de que atiendan partos o no<sup>15</sup>. Un requisito para que lo reciban es que acudan una o dos veces al año a los programas de capacitación que se ofrecen en las ciudades de San Cristóbal de Las Casas o Tuxtla Gutiérrez; así como a las capacitaciones mensuales realizadas en las unidades locales de la SSA-ISECH o del IMSS-Oportunidades<sup>16</sup>.

La mayoría de estas parteras son mujeres mayores, algunas ancianas, monolingües, que a decir del personal médico, acuden a la capacitación, pero por lo general no siguen las instrucciones que les son dadas, ya que continúan con sus antiguas prácticas; por ejemplo, ante el lavado de manos, ellas mencionaron durante la última capacitación que para qué aprendían todo eso si ellas siempre han hecho las cosas de otra manera y les ha salido todo bien (información proporcionada por el personal médico del IMSS-Oportunidades presente durante la capacitación de parteras). Así, aunque la evaluación y certificación depende de que durante la capacitación muestren en la práctica (con muñecos) que conocen los procedimientos y pueden identificar signos de riesgo, muchas de ellas no los aplican al atender los partos. Además, se observó que el pago a las parteras desvirtúa su quehacer en la medida en que mienten respecto a los resultados de su trabajo (en cuanto al número de partos atendidos, complicaciones del parto o muertes perinatales). Lo anterior ha hecho que el personal médico de las UMR del IMSS-Oportunidades soliciten un registro en un cuaderno especial en el que las parteras deben anotar el nombre y la edad de la mujer embarazada y colocar la huella del recién nacido junto al reporte. El pago a las parteras del IMSS-Oportunidades ha generado además que muchas otras mujeres, sin experiencia previa (con solo haber visto o atendido un parto) quieran ser parteras certificadas, lo que ha generado rechazo por parte del personal médico y que pueden sintetizarse en la expresión de un médico entrevistado en Tenejapa: “ahora todas quieren ser parteras y quieren que se les de equipo y material”.

En el caso del Centro de Salud con Hospitalización de Chenalhó, se tienen registradas 17 parteras y un partero, pero las capacitaciones son ocasionales y no existe un seguimiento de éstas.

La anterior situación de las parteras no influye negativamente en la atención prenatal y resultan en importantes aliadas para la atención de las mujeres durante el embarazo; sin embargo, si tiene una influencia negativa en algunos aspectos de la atención del parto como se mencionará más adelante.

En la jurisdicción Tulijá Tseltal-Chol, el número de parteras capacitadas que colabora con las unidades médicas en algunos municipios es menor que el registrado en los Altos. En el municipio de Yajalón, existe una Asociación Civil de Parteras Tradicionales<sup>17</sup> que atienden

---

<sup>15</sup> Esta remuneración económica incrementó hace un año, ya que antes se les daba a las parteras \$150.00 pesos mensuales (entrevista a una partera de Amatenango del Valle).

<sup>16</sup> Entrevistas con personal médico de Chalchihuitán, Yabteclum y Teopisca.

<sup>17</sup> Se trata de la organización TZOBLEJ CHIHCHIL NICH ROMERO (S.R.E. 4402951), conformada por 45 parteras del municipio de Yajalón, capacitadas por Global Pediatric Alliance (GPA) en el plan de estudios del

los partos de aproximadamente el 50.0% de las mujeres registradas en el Centro de Salud Urbano colaborando estrechamente con el Centro de Salud Urbano de ese municipio.

En las comunidades más alejadas de Tila, municipio en el que se registra una cifra elevada de muertes maternas, la relación entre las unidades de salud y las parteras tradicionales es menor, probablemente por la lejanía de las comunidades. En éstas la atención prenatal y del parto es ofrecida por parteras tradicionales cuyo reconocimiento es otorgado por los propios pobladores de la comunidad por sus buenas prácticas, evitando la atención por parteras que han complicado partos o a quienes se les ha muerto un niño al nacer. No fue mencionada la atención del parto por parteras no capacitadas o familiares. La capacitación de las parteras por personal médico es irregular y algunas no cuentan con el instrumental necesario<sup>18</sup>. Ellas reconocen los signos de riesgo y las envían a las unidades médicas durante el embarazo (embarazos del alto riesgo como posición podálica) o durante el parto si este se complica.

Fue mencionada la capacitación de parteras por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en las cabeceras municipales de Yajalón y Tila.

### **La segmentación de la población beneficiaria y no beneficiaria del Programa Oportunidades y del Seguro Popular como barrera para la atención prenatal**

En municipios de ambas jurisdicciones como Larráinzar, Tenejapa, Chamula y Chilón, las mujeres que no reciben el programa Oportunidades llegan casi a término del embarazo sin haber recibido atención prenatal, por lo que *no contar con el Programa Oportunidades es una barrera importante para la atención prenatal en este grupo de mujeres*, que en algunas comunidades son minoría pero no deberían estar excluidas de la atención médica durante el embarazo. *Una explicación a ello es que consideran que si no cuentan con el programa, no tienen derecho a ser atendidas*; esto ocurre principalmente en las Unidades Médicas Rurales del IMSS-Oportunidades, ya que por el nombre OPORTUNIDADES que tienen estas unidades consideran que solo atienden a las beneficiarias. Esto ocurre tanto en las cabeceras municipales como en las comunidades alejadas<sup>19</sup>. Asimismo, señalaron que entre las no beneficiarias quienes no acuden ni en una sola ocasión a la atención médica prenatal, no van porque “no les pagan para que vayan”.

---

Colegio Americano de Enfermeras Parteras diseñado para los profesionales indígenas. En el año 2008, GPA las ayudó a conformar su asociación civil con la finalidad de ser reconocidas por el sistema de salud y tener un mejor acceso a los servicios para sus *clientes*. Ahora intentan extenderse al municipio de Tila.

<sup>18</sup> Una partera entrevistada en la comunidad El Crucero, municipio de Tila, señala que ella no tiene registro de las instituciones de salud como partera, ya que solamente ha ido a dos capacitaciones en las que dice que no aprendió nada, ya que ellos (los médicos) “utilizan otra técnica”. Sin embargo, dijo que si la invitaran iría, pero no la invitan. Asimismo refirió la necesidad de instrumental para atender los partos ya que por ejemplo corta el cordón umbilical con navaja “Gillette” (y desde luego, no usa guantes).

<sup>19</sup> Entrevista a una mujer de la comunidad Momotic, municipio de Chamula. Localidad ubicada a 2 horas y media en vehículo de la cabecera municipal. Ella señala que su unidad médica más cercana está a 30 minutos en vehículo y a hora y media a pie, por lo que prefieren atenderse con curanderos o parteras tanto en la atención prenatal como en el parto.

No existe un programa comunitario para notificar a las mujeres que pueden y deben acudir a sus consultas prenatales independientemente de que sean beneficiarias de Oportunidades o no. Una probable explicación es que el personal médico no desea incrementar el número de consultas porque se encuentran saturados por los requerimientos de Oportunidades más la demanda de morbilidad general, ya que la mayoría de sus unidades médicas solo ofrece atención médica por las mañanas y a diferencia de las unidades médicas de la Secretaría de Salud, cuentan con un solo médico y muchas veces solo con la enfermera o enfermero. Se reporta que hace un año ocurrió una defunción materna en Petalcingo, Chilón, una mujer que no recibía el programa Oportunidades y que se negó a acudir a la unidad médica a recibir atención prenatal o durante las complicaciones de su parto.

Asimismo, las mujeres embarazadas que no cuentan con Seguro Popular<sup>20</sup> tienen que pagar sus consultas (que es de 4 a 30 pesos), no las atienden, las dejan al final de toda la consulta, o no les dan medicamentos, por lo que no acuden a las unidades médicas. Por la parte institucional el Seguro Popular se ve como beneficioso para financiar los servicios de salud. Es el caso de la incorporación del Seguro Popular al programa IMSS-Oportunidades, mismo que se espera que facilite la contratación de personal médico para el turno vespertino y con ello se disminuyan las diferencias de capacidad de atención entre las UMR del IMSS Oportunidades y los Centros de Salud de la Secretaría de Salud<sup>21</sup>.

### **Barreras de monolingüismo (médico y de las mujeres) y analfabetismo de las mujeres embarazadas.**

En la región Altos Tsotsil-Tseltal, la atención prenatal ocurre no obstante la barrera del idioma (un elevado porcentaje de mujeres en edad reproductiva son monolingües indígenas y los médicos no hablan las lenguas de la región) y del elevado analfabetismo de las mujeres en edad reproductiva. En los municipios de San Juan Cancuc, Mitontic, Chalchihuitán y Chamula, más del 70.0% de las mujeres no hablan español (ver cuadro 6). Fue identificado un problema de seguimiento de instrucciones médicas por parte de las mujeres embarazadas ya que señalan que los médicos no les explican bien, o ellas no comprenden bien, aun cuando cuenten con traductor o traductora. Una estrategia que ha funcionado en las Unidades Médicas del IMSS-Oportunidades es que el personal de enfermería es originario de la localidad y fungen como traductoras, además de que le dan continuidad a la presencia de los servicios médicos en la comunidad debido a que el personal médico es constantemente cambiado (cada seis meses) de una unidad a otra.

En la Secretaría de Salud, el personal de enfermería no es originario de la localidad o el municipio y el apoyo de traducción lo ofrece el personal de seguridad o el personal de

---

<sup>20</sup> Aunque oficialmente se tiene una completa cobertura de la población abierta con Seguro Popular, en la práctica esto no ocurre. Desconocemos la magnitud de mujeres en edad reproductiva por municipio que no cuentan con el Seguro Popular, sin embargo, aun siendo una minoría, es una barrera importante, no solamente para la atención prenatal sino para atención hospitalaria de urgencias obstétricas como se detallará más adelante.

<sup>21</sup> Entrevista al Delegado de la región Tulijá del IMSS-Oportunidades.

limpieza (cuando existe) provocando pérdida de confidencialidad de las consultas, ya que “todo mundo se entera de lo que les pasa”. Por otra parte, el problema de la elevada proporción de analfabetismo de las mujeres es muy importante para el seguimiento de instrucciones médicas para ellas o sus hijos o hijas o para la toma de decisiones en salud reproductiva ya que ellas son las responsables del cuidado de la salud de la familia a la vez que es un factor clave de la subordinación y dependencia de las mujeres hacia el esposo y el personal de salud. Destacan los municipios de Zinacantán, Chamula, Santiago El Pinar, Pantelhó, San Juan Cancuc y Mitontic, ya que en ellos, más del 40.0% de las mujeres en edad reproductiva son analfabetas (cuadro 7).

**Cuadro 6. Porcentaje de población general y mujeres de 3 años y más que son monolingües indígenas por municipios, 2010.**

| Municipios                     | MONOLINGUISMO INDÍGENA    |  |                                  |  |
|--------------------------------|---------------------------|--|----------------------------------|--|
|                                | Población de 3 años y más | Población de 3 años y más que no habla español (%) | Total de mujeres de 3 años y más | Mujeres de 3 años y más que no habla español (%) |
| <b>Total CHIAPAS</b>           | 4,421,922                 | 9.53   | 2,258,859                        | 11.42  |
| 007 Amatenango del Valle       | 7,731                     | 7.84   | 4,036                            | 9.71   |
| 113 Aldama                     | 4,231                     | 53.53  | 2,208                            | 64.67  |
| 022 Chalchihuitán              | 12,656                    | 71.07  | 6,420                            | 79.74  |
| 023 Chamula                    | 69,796                    | 59.80  | 37,759                           | 72.66  |
| 024 Chanal                     | 9,681                     | 46.41  | 4,892                            | 51.74  |
| 026 Chenalhó                   | 32,270                    | 64.59  | 16,376                           | 73.96  |
| 031 Chilón                     | 100,167                   | 44.84  | 50,729                           | 54.17  |
| 038 Huixtán                    | 19,667                    | 32.97  | 10,033                           | 40.36  |
| 049 Larráinzar                 | 17,340                    | 54.71  | 8,840                            | 64.72  |
| 056 Mitontic                   | 9,918                     | 70.17  | 5,072                            | 81.39  |
| 064 Oxchuc                     | 39,662                    | 44.16  | 19,648                           | 50.70  |
| 066 Pantelhó                   | 18,397                    | 57.61  | 9,286                            | 65.55  |
| 076 Sabanilla                  | 23,038                    | 12.90  | 11,486                           | 16.56  |
| 077 Salto de Agua              | 52,879                    | 26.29  | 26,655                           | 33.46  |
| 078 San Cristóbal de las Casas | 169,698                   | 6.80   | 88,840                           | 8.40   |
| 112 San Juan Cancuc            | 25,986                    | 74.14  | 13,318                           | 84.35  |
| 119 Santiago el Pinar          | 2,858                     | 44.93  | 1,445                            | 54.33  |
| 082 Sitalá                     | 11,033                    | 60.20  | 5,526                            | 69.09  |
| 093 Tenejapa                   | 36,710                    | 55.33  | 18,718                           | 66.60  |
| 094 Teopisca                   | 34,581                    | 14.13  | 17,856                           | 17.41  |
| 096 Tila                       | 64,986                    | 29.01  | 32,500                           | 35.71  |
| 100 Tumbalá                    | 28,865                    | 39.23  | 14,716                           | 48.12  |
| 109 Yajalón                    | 31,015                    | 18.44  | 15,891                           | 22.23  |
| 111 Zinacantán                 | 32,611                    | 51.91  | 17,401                           | 64.51  |

Fuente: INEGI. Censo General de Población y Vivienda, 2010.

**Cuadro 7. Porcentaje de mujeres de 15 años y más y de 15 a 49 años según condición de analfabetismo por municipio, 2010.**

| Municipio                      | MUJERES DE 15 Y MÁS SEGÚN CONDICIÓN DE ANALFABETISMO |                                     |                            |                                       |
|--------------------------------|--|-------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
|                                | Total de mujeres de 15 años y más                    | % mujeres analfabetas 15 años y más | Total mujeres 15 a 49 años | % mujeres analfabetas de 15 a 49 años |
| <b>Total CHIAPAS</b>           | 1,603,476  | 21.82                               | 1,272,061                  | 5.15                                  |
| 007 Amatenango del Valle       | 2,739  | 42.21                               | 2,212                      | 32.78                                 |
| 113 Aldama                     | 1,297  | 35.85                               | 1,075                      | 27.26                                 |
| 022 Chalchihuitán              | 3,816  | 43.42                               | 3,281                      | 35.14                                 |
| 023 Chamula                    | 24,427   | 52.05                               | 19,679                     | 41.67                                 |
| 024 Chanal                     | 2,698  | 42.25                               | 2,132                      | 28.38                                 |
| 026 Chenalhó                   | 10,230   | 44.84                               | 8,681                      | 36.89                                 |
| 031 Chilón                     | 30,810   | 44.77                               | 26,174                     | 36.64                                 |
| 038 Huixtán                    | 6,478  | 34.29                               | 5,019                      | 18.91                                 |
| 049 Larráinzar                 | 5,367  | 34.64                               | 4,451                      | 22.85                                 |
| 056 Mitontic                   | 3,005  | 54.78                               | 2,524                      | 47.46                                 |
| 064 Oxchuc                     | 11,928   | 28.95                               | 9,619                      | 17.08                                 |
| 066 Pantelhó                   | 5,689  | 52.59                               | 4,738                      | 46.52                                 |
| 076 Sabanilla                  | 7,697  | 31.61                               | 6,273                      | 21.35                                 |
| 077 Salto de Agua              | 18,032   | 37.93                               | 14,571                     | 27.20                                 |
| 078 San Cristóbal de las Casas | 64,953   | 16.91                               | 53,732                     | 11.96                                 |
| 112 San Juan Cancuc            | 7,722  | 49.95                               | 6,527                      | 41.24                                 |
| 119 Santiago el Pinar          | 884  | 50.11                               | 769                        | 44.73                                 |
| 082 Sitalá                     | 3,386  | 57.47                               | 2,842                      | 51.62                                 |
| 093 Tenejapa                   | 11,834   | 33.93                               | 9,779                      | 22.60                                 |
| 094 Teopisca                   | 11,917   | 36.54                               | 9,726                      | 28.15                                 |
| 096 Tila                       | 21,443   | 38.40                               | 16,955                     | 25.95                                 |
| 100 Tumbalá                    | 9,903  | 45.58                               | 7,753                      | 33.61                                 |
| 109 Yajalón                    | 11,095   | 33.27                               | 8,895                      | 25.07                                 |
| 111 Zinacantán                 | 11,449   | 55.58                               | 9,355                      | 47.09                                 |

Fuente: INEGI. Censo General de Población y Vivienda, 2010.

En la región Tulijá Tseltal-Chol el problema de la comunicación por las lenguas es aún más complejo porque algunos pobladores del municipio de Tila son Tseltales, mientras que en el resto de municipio, incluida la cabecera municipal, se habla Chol. Así aunque su unidad médica de referencia se ubica en el municipio de Tila (bastante más alejada que la unidad médica de la cabecera municipal de Yajalón) porque son de ese municipio, prefieren trasladarse a Yajalón, porque ahí si hablan Tseltal, aunque tengan que esperar o sean

rechazadas con cierta frecuencia por no pertenecer al municipio de Yajalón<sup>22</sup>. Esta es una barrera importante, en la medida en que algunas mujeres prefieren no acudir a la unidad médica. En el resto de los municipios, aunque la proporción de mujeres que no hablan español es menor a la registrada en los municipios de la jurisdicción Altos Tsotsil-Tseltal, existe dificultad de comunicación con el personal médico, especialmente en Sitalá y Tumbalá que tienen elevados porcentajes de monolingüismo indígena entre las mujeres (cuadro 6).

Respecto al analfabetismo de las mujeres en la región Tulijá Tseltal-Chol destaca el municipio de Sitalá con más del 57% de mujeres que no saben leer ni escribir; le siguen en magnitud los municipios de Tumbalá y Tila (cuadro 7).

Debe señalarse, que las pláticas obligatorias a las que tienen que acudir las mujeres beneficiarias del programa Oportunidades, son otorgadas en español, lengua que las mujeres difícilmente entienden o definitivamente no entienden, por lo que este esfuerzo de educación para la salud, no tendrá el efecto esperado<sup>23</sup>.

### **Barrera de calidad del trato en la relación paciente-personal de salud y la atención médica por varones.**

En la Jurisdicción Tulijá Tseltal-Chol, fue reportado mal trato por parte del personal médico a las mujeres “porque son indígenas” e incluso en algunos casos coerción para que acepten los métodos de planificación familiar a cambio de que las certifiquen para recibir el apoyo de Oportunidades<sup>24</sup>. En Chilón fue reportado maltrato a las mujeres y hombres indígenas por personal de enfermería y personal médico, quienes, según la persona entrevistada, han sido remitidos a psicoterapia para que modifiquen su actitud, pero hasta ahora, sin éxito. En el turno vespertino del centro de salud, nos reportaron que el médico no los atiende, los corre y hasta los insulta<sup>25</sup>.

En la Jurisdicción Altos Tsotsil-Tseltal, la principal queja fue que los médicos no acuden a atender urgencias a domicilio<sup>26</sup>, así como el hecho de que si no tienen Seguro Popular o

---

<sup>22</sup> Entrevista realizada a una enfermera auxiliar de Petalcingo, municipio de Tila. Es la única comunidad Tseltal en ese municipio, ya que sus pobladores proceden de Bachajón, municipio de Chilón y que por conflictos internos hace 6 décadas, fueron reubicados en terrenos nacionales de este municipio.

<sup>23</sup> Como pudimos constatar en los Centros de Salud de las cabeceras municipales de Chilón (donde lo estaba impartiendo una joven mestiza) y Tila (lo impartía un joven Chol, pero en español con un rota folio de 30 por 60 centímetros).

<sup>24</sup> El 6 de mayo de 2011 se publicó una nota periodística en la que se acordó cesar al personal médico de una UMR localizada en una comunidad del municipio de Tila, por coerción hacia las mujeres para que aceptaran condones y “dejaran de tener hijos” porque de otra manera se les quitaría el apoyo de Oportunidades. Ver la nota en: <http://www.asich.com/index.php>

<sup>25</sup> Entrevista a usuarios.

<sup>26</sup> Como se explicará más adelante, esto ha ocurrido a partir de varios incidentes que han puesto en peligro al personal médico.

son beneficiarias de Oportunidades, las dejan al final de la consulta y no les dan medicamentos.

Mientras el personal médico de algunas unidades médicas rurales del IMSS-Oportunidades señaló que el hecho de que una mujer otorgue la atención médica, incrementa las consultas prenatales<sup>27</sup> (no las del parto) así como la posibilidad de tomar muestras para el examen Papanicolaou, otros médicos de la Secretaría de Salud reportaron que el sexo del proveedor o proveedora de atención médica no influía de manera determinante en la atención prenatal o la del parto. En todo caso, la renuencia de las mujeres se da hacia ciertos procedimientos como la toma de muestras para examen Papanicolaou a la que se oponen terminantemente independientemente del sexo de la persona que tome la muestra. En un municipio las autoridades municipales enviaron un oficio a las unidades médicas para solicitarles que no se practique este estudio, y en otros municipios, se ha reportado casos de mujeres que prefieren perder el apoyo de Oportunidades antes que someterse a ese examen.

En la jurisdicción Tulijá Tseltal-Chol, esto no fue reportado como una barrera importante (aunque exista).

### **Barreras de religión, conflictos entre partidos políticos y zapatismo.**

En la jurisdicción Altos Tsotsil-Tseltal existen otras barreras para la atención prenatal relacionadas con la adscripción religiosa de las mujeres embarazadas. Es una barrera que no está generalizada en todos los municipios, pero influye en la revisión médica de las mujeres embarazadas. Las religiones no católicas están asociadas a esta barrera; las religiones protestantes, evangélicas o bíblicas no evangélicas, cobran mucha mayor importancia en el parto que en la atención prenatal. Algunos municipios donde esta barrera fue importante para la atención prenatal son: Mitontic, Larráinzar y Tenejapa. Los líderes religiosos de estos grupos son agentes importantes a tomar en cuenta para disminuir esta barrera, ya que ellos operan por medio de los varones quienes inducen u obligan a las mujeres a no ser revisadas por los médicos. En el cuadro 8 se presenta la distribución porcentual de población general y de mujeres que profesan religiones evangélicas, protestantes y bíblicas no evangélicas por municipio.

En el caso de los municipios de Pantelhó, Chenalhó y Larráinzar, donde existen fuertes bases zapatistas, la barrera de demanda opera por la vía de la religión católica o por medio de sus líderes políticos, quienes influyen en la no demanda de atención médica, prenatal, del parto o por otras causas generales a las unidades médicas, pues rechazan los programas gubernamentales (no se oponen a la anticoncepción o a la atención médica); debe señalarse sin embargo, que en algunas de las unidades médicas de esos municipios, especialmente del Hospital Rural de Larráinzar se reportó la atención de algunos pacientes (muy pocos) provenientes de comunidades zapatistas como Oventic y Polhó, quienes, a

---

<sup>27</sup> La revisión médica en la atención prenatal (por ejemplo mediante el estudio con ultrasonido) es más aceptada.



decir de los médicos entrevistados, egresaron satisfechos del servicio recibido (no especificaron el tipo de atención médica proporcionada ni a quienes).

**Cuadro 8. Porcentaje de mujeres que profesan religiones protestantes, evangélicas o bíblicas no evangélicas por municipio, 2010.**

| Municipio                      | RELIGIÓN      |  |
|--------------------------------|---------------|--|
|                                | Total mujeres | Mujeres con religiones protestantes evangélicas o bíblicas (%) |
| <b>Total CHIAPAS</b>           | 2,443,773     | 28.26  |
| 007 Amatenango del Valle       | 4,545         | 28.60  |
| 113 Aldama                     | 2,634         | 22.36  |
| 022 Chalchihuitán              | 7,108         | 29.83  |
| 023 Chamula                    | 41,386        | 16.95  |
| 024 Chanal                     | 5,441         | 35.88  |
| 026 Chenalhó                   | 36,111        | 38.45  |
| 031 Chilón                     | 111,554       | 44.55  |
| 038 Huixtán                    | 10,908        | 11.98  |
| 049 Larráinzar                 | 20,349        | 16.85  |
| 056 Mitontic                   | 5,660         | 44.13  |
| 064 Oxchuc                     | 43,350        | 48.86  |
| 066 Pantelhó                   | 10,363        | 42.27  |
| 076 Sabanilla                  | 12,581        | 45.92  |
| 077 Salto de Agua              | 28,820        | 48.25  |
| 078 San Cristóbal de las Casas | 96,921        | 24.63  |
| 112 San Juan Cancuc            | 14,862        | 42.00  |
| 119 Santiago el Pinar          | 1,638         | 5.92   |
| 082 Sitalá                     | 6,156         | 21.25  |
| 093 Tenejapa                   | 20,507        | 46.49  |
| 094 Teopisca                   | 19,377        | 44.38  |
| 096 Tila                       | 35,728        | 28.50  |
| 100 Tumbalá                    | 16,132        | 55.31  |
| 109 Yajalón                    | 17,384        | 34.64  |
| 111 Zinacantán                 | 19,313        | 16.11  |

Fuente: INEGI. Censo General de Población y Vivienda, 2010.

En la jurisdicción Tulijá Tseltal-Chol, la religión no es una barrera tan significativa como en la región Altos Tsotsil-Tseltal, pese a que la proporción de mujeres de religiones protestantes, evangélicas y bíblicas no evangélicas es elevada (cuadro 8); sin embargo, la presencia zapatista es más importante que en la jurisdicción Altos Tsotsil-Tseltal. En esta región también se registran numerosas organizaciones sociales de tipo político, algunas

asociadas al zapatismo, otras son independientes. Las deficiencias *percibidas* en la atención médica son con frecuencia motivo de movilizaciones y conflictos sociales y las poblaciones hacen un estrecho seguimiento de las actividades médicas, sobre todo en los municipios de Chilón y Tila<sup>28</sup>.

El apoyo de las autoridades municipales a las unidades médicas es variable y depende fuertemente de la adscripción política del presidente municipal.

## **La atención del parto**

El parto es el momento en el que se registran la mayoría de las complicaciones que llevan a la muerte de la mujer embarazada. En la atención del parto existen tanto temores (infundados o no) de la atención en unidades médicas y particularmente en hospitales, como beneficios percibidos de la atención del parto por partera en el hogar. En conjunto, ambos grupos de elementos influyen fuertemente en la decisión de atender el parto en los hogares como detallaremos a continuación.

### **¿Puede el aumento de oferta en cantidad y calidad incrementar la proporción de partos atendidos institucionalmente?**

De acuerdo con la información obtenida durante el trabajo de campo, aproximadamente 90.0% de los partos en casi todos los municipios de la región Altos Tsotsil-Tseltal son atendidos por parteras capacitadas y no capacitadas (la excepción es el municipio de Teopisca). La existencia de un hospital rural con hospitalización no ha incrementado el porcentaje de atención de partos institucionales. Por ejemplo, el Hospital Rural de Larráinzar opera desde el año 2007 y aunque registra un incremento en los egresos hospitalarios, la proporción de partos institucionales permanece sin cambios. La Casa Materna existe desde la fundación del hospital, pero ahí no se ha atendido parto alguno, ya que las mujeres prefieren atenderse en su hogar<sup>29</sup>. La excepción la constituye la unidad médica de Tenejapa que opera en el edificio destinado a la Casa Materna. En esa unidad, en lo que va del año se han atendido 128 partos, pero la proporción de partos institucionales/partos en el hogar sigue siendo 10:1. Se reportó un solo parto atendido por

---

<sup>28</sup> Por ejemplo, en el Hospital Rural de Tila (SSA-ISECH), el Comité de Salud entraba a vigilar desde la asistencia médica, las consultas e incluso los expedientes clínicos, lo que generó malestar entre el personal de salud y un conflicto con la comunidad, que después de varias negociaciones fue resuelto solicitando al Comité de Salud que restringiera sus actividades de vigilancia en la medida en que no tenían la capacidad médica para dictaminar la calidad de la atención o la prescripción de medicamentos. En la comunidad de Bachajón (una de las más beligerantes de la zona), con frecuencia los habitantes cierran el paso carretero para protestar por alguna inconformidad con las actividades de la unidad médica. Esto genera mucha tensión entre el personal de salud que labora en la zona.

<sup>29</sup> Entrevista a un médico del Hospital Rural de Teopisca.

partera en esa unidad en todos los años que tiene de estar funcionando, pero no fue posible localizarla para saber por qué no siguió atendiendo partos en la Casa Materna<sup>30</sup>.

Debe señalarse que con la excepción de los municipios de Teopisca, Amatenango del Valle, Oxchuc y Larráinzar, la proporción de parteras no capacitadas por las instituciones de salud, supera en una proporción de 6:1 o incluso 10:1 a las capacitadas, y esto ocurre porque las mujeres, familiares cercanas de la embarazada atienden los partos basados en su experiencia personal pero sin capacitación alguna. La excepción la constituyen los municipios de Amatenango del Valle y Teopisca donde las mujeres tienen miedo de ser atendidas por familiares o parteras no reconocidas.

En Amatenango del Valle la mayoría de los partos ocurren en el hogar, pero no registran partos atendidos por parteras no capacitadas, o al menos esto ocurre rara vez. El Hospital Rural de Teopisca cuenta con personal médico las 24 horas, así como con especialistas en Ginecobstetricia y Pediatría de lunes a viernes, lo que ha incrementado la atención de partos institucionales del municipio de Teopisca, que en tan solo seis meses ha atendido 133 partos. En este municipio, la proporción de partos institucionales supera con mucho los atendidos por parteras (en una razón 15:1). Una probable explicación a ello es la proporción relativamente baja de monolingüismo indígena (17.1%) y de analfabetismo de las mujeres, pero también de forma destacada por el elevado porcentaje de emigrantes varones que pueden influir en el cambio de prácticas de atención médica (modernización de actitudes). Además, debido a la emigración muchas mujeres se quedan solas y ellas toman la decisión de acudir a las instituciones médicas. El efecto positivo de la emigración de varones jóvenes también fue reportado en Mitontic donde los médicos reportaron una mayor afluencia de mujeres jóvenes a la atención prenatal e incipiente incremento de partos atendidos institucionalmente. En el Centro de Salud con Hospitalización de Oxchuc (SSA-ISECH), se atienden aproximadamente el 20.0% de los partos de las mujeres que acuden a la atención prenatal, lo cual es una cifra relativamente alta comparada con la de las unidades médicas de otros municipios cuya población es mayoritariamente indígena. En esta unidad se reporta un incremento gradual de atención de partos, muchos de ellos, enviados por las parteras cuando se complican. El personal médico de esta unidad, estima que podría atender 2 partos por turno, sin mayores problemas, siempre y cuando los equipos y materiales estén funcionando o disponibles y se mejore la infraestructura de la unidad médica.

La UMR del IMSS Oportunidades de San Juan Chamula, de manera excepcional en lo que va del año ha contribuido en la atención de al menos 80 partos por la experiencia (20 años) de la enfermera que es la que acompaña a las parteras (que le avisan o invitan) cuando van a atender los partos en las casas de las embarazadas.

---

<sup>30</sup> Durante la entrevista grupal con los responsables de programas y la Jefa Jurisdiccional de los Altos, se mencionó la importante presencia de ONG's con sede en San Cristóbal de Las Casas, que promueven el parto con parteras tradicionales tanto en el hogar como en espacios en la ciudad de San Cristóbal, especialmente en el municipio de Tenejapa, lo que podría influir, junto con otros factores, en esta mínima atención de parto institucional.

En la jurisdicción Tulijá Tseltal-Chol, el número de partos institucionales es también bajo, entre otras cosas, porque en las unidades médicas (que no cuentan con servicios ampliados), dicen no tener las condiciones ni la autorización para atender partos. La excepción la constituye la unidad médica de Chilón, que ha atendido 90 partos en lo que va del año, los cuales llegan ya en periodo expulsivo. En esta jurisdicción la población tiene mayor disposición por la atención médica institucional, pero la lejanía de las comunidades a las unidades médicas y la presencia de parteras tradicionales “exitosas” (con o sin capacitación, o con capacitación irregular), contribuyen a la atención del parto en el hogar.

### **¿Cómo podría incrementarse el número de partos institucionales?**

#### ***Barreras culturales: “Los doctores hacen lo que pueden”.***

En la región Altos Tsotsil-Tseltal fueron exploradas con las mujeres embarazadas algunas acciones que podrían incrementar los partos institucionales. En municipios como Pantelhó y Amatenango del Valle se dijo explícitamente que en las unidades médicas “los doctores hacen lo que pueden pero realmente no están preparados”. Dijeron que acudirían a las unidades si hubiera especialistas para atenderlas, tuvieran un lugar para atenderlas y estuvieran las 24 horas del día incluyendo fines de semana y días festivos.

En Teopisca y Amatenango del Valle, las mujeres desde el embarazo deciden quién será su partera entre las parteras reconocidas en la comunidad. En Teopisca existe un Hospital Rural equipado del mismo tipo que el que opera en Larráinzar, pero la demanda para atención del parto es mucho mayor en el HR de Teopisca pese a que solamente tiene un poco más de un año de estar operando con 13 médicos. La diferencia es la existencia de médicos especialistas en una población (mayoritariamente mestiza) que tiene mayor confianza en los servicios institucionales de salud.

En la región Tulijá Tseltal-Chol, no hubo una demanda explícita de médicos especialistas para la atención del parto (excepto para la atención de urgencias obstétricas) y fue percibida una mayor confianza de la población en el personal de las unidades médicas. Aquí, sin embargo, existe un mayor distanciamiento entre las parteras tradicionales y el personal de salud (excepto el caso de Yajalón ya mencionado), ya que de las que atienden partos, aun cuando envíen a las mujeres complicadas o de riesgo a las unidades médicas, son pocas las que están registradas y capacitadas por la SSA-ISECH o por el IMSS-Oportunidades<sup>31</sup>. Las principales barreras en esta jurisdicción son las ya mencionadas para la atención prenatal, especialmente algunas barreras relativas a la oferta de servicios de salud.

#### ***Barreras culturales: Temores asociados a la atención del parto institucional y al parto por parteras.***

---

<sup>31</sup> Por ejemplo, en el municipio de Sabanilla, en la cabecera municipal y en la localidad de Francisco Villa de ese municipio existen ocho parteras, de las cuales solo una tiene el registro de capacitación de la SSA-ISECH.

En la región Altos Tsotsil-Tseltal, tanto por parte de los esposos como de las mujeres, existe temor ante la atención del parto institucional. Algunos varones dijeron que no les gustó que atendieran el parto de su esposa ahí porque las cortan (se refieren a la episiotomía) y en un caso se abrió la herida y la mujer sufrió mucho. Algunas mujeres embarazadas señalaron que al llevarlas al hospital (en San Cristóbal, Teopisca o Larráinzar) las atienden “de carrera” y no les dan el suficiente tiempo ni suficiente atención, además de que las obligan a bañarse inmediatamente lo que puede resultar en que se enfrían y “se les va la leche”; además algunas mujeres señalaron que ahí se les da la comida fría y eso tampoco ayuda a que “venga la leche”, o bien no las dejan descansar porque las ponen a caminar. En Pantelhó y Chanal, las mujeres temen que al llegar al hospital las “operen” refiriéndose a la operación cesárea, cirugía que les genera temor y rechazo. En Pantelhó, municipio que se caracteriza por la coexistencia de población indígena y mestiza, las mujeres señalaron que en la zona indígena se sigue atendiendo con parteras pero en la zona del centro donde están los mestizos, señalaron que prefieren irse a un hospital sea a Yabteclúm, Larráinzar o San Cristóbal, “porque las parteras han cambiado mucho, antes les daban yerbitas o las cuidaban ahora solo están durante la expulsión y ya no hay cuidado o más atención como con las parteras anteriores”.

Otros elementos por los que prefieren atenderse por parteras es que el esposo o el hermano las sostienen en el proceso de expulsión, algunas señalaron que esto les gusta y otras dijeron que aunque no les guste que el esposo las sostenga, es mejor. También señalaron que en su casa las consienten más y las dejan descansar después del parto, a la vez que las mantienen calientes y con comida caliente. También se expresó el temor de morir en los hospitales pues se sabe que algunas mujeres que son trasladadas a ellos regresan muertas. En algunos casos, los varones aceptan e inducen la atención del parto de las mujeres en el hospital (de San Cristóbal) pero es solamente cuando desean que se les practique la salpingoclasia, aun cuando saben que probablemente se le practique operación cesárea. Esto fue reportado especialmente en el municipio de Teopisca en el que la planificación familiar tiene mayor aceptación. En los otros municipios la posibilidad de salpingoclasia asociada al parto hospitalario no fue mencionada.

En la región Tulijá Tseltal-Chol, como ya fue mencionado, la población tiene mayor disposición a acudir a las unidades médicas para la atención del parto, incluso en algunos casos, cuando comienza el trabajo de parto acuden primero a la unidad médica, pero también es frecuente que no haya médicos por lo que buscan a las parteras tradicionales<sup>32</sup>. Otras personas refirieron que “mucha gente acude con las parteras para la atención de sus partos” porque se “evitan la pena de ser atendidas por los doctores”, además de que “en la clínica hay negligencias médicas” porque no las atienden bien, o las hacen esperar porque hay más mujeres que están dando a luz. También prefieren la atención del parto por parteras porque ahí les preparan la comida que les gusta<sup>33</sup> y son

---

<sup>32</sup> Reporte la población del municipio de Sabanilla.

<sup>33</sup> Entrevista a una partera tradicional del municipio de Tila.

cuidadas durante ocho días<sup>34</sup>; asimismo porque tienen miedo de acudir a los hospitales por temor a la operación cesárea.

En otros casos, cuando la partera considera que los embarazos son de riesgo o no puede atender a las mujeres, las envía al hospital o bien las mujeres buscan atención médica particular (que en el caso del municipio de Sabanilla es otorgada por el enfermero de la UMR del IMSS-Oportunidades, quien además de dar consultas, atiende partos), y si no puede atenderlas son enviadas al hospital de Yajalón. En otros casos, las mujeres acuden directamente al hospital de Yajalón.

***Barreras culturales: “Las parteras son indígenas como nosotros”.***

En la región Altos Tsotsil-Tseltal, durante las entrevistas realizadas a varones, éstos expresaron sentirse discriminados porque son indígenas. Ellos dijeron sentirse en mayor confianza con las parteras, lo mismo que las mujeres embarazadas porque “las parteras son indígenas como nosotros”.

En ambas jurisdicciones, la barrera de la lengua, el conocimiento y respeto a sus costumbres, la calidez del trato y el que las mujeres sean atendidas de manera inmediata y exclusiva, a diferencia de lo que ocurre en los hospitales en los que tienen que esperar, son factores señalados para preferir la atención del parto por partera en el hogar.

***Barreras culturales: “No sabe tener hijos”.***

En la mayoría de los municipios de la región Altos Tsotsil-Tseltal, la embarazada durante el parto en el hogar, tiene que “aguantar” hasta el último momento como lo hicieron su madre o su suegra, información que le es proporcionada a la embarazada durante el embarazo y en el proceso de parto, hasta que la partera, el esposo o la misma embarazada soliciten su traslado al hospital. Si desde el inicio acuden a la unidad médica “se burlan de ellas” porque “no pudo”; lo que ya había sido reportado en un estudio realizado en la zona por Rosales (2002)<sup>35</sup> quien sintetiza esta presión social como “no sabe tener hijos”. Cuando una mujer decide atender su parto en la unidad médica sin ser una urgencia obstétrica, se marcha antes del amanecer para que no la vean (reporte del personal médico de Santiago El Pinar). Lo mismo ocurre si los esposos deciden ellos solos trasladar a la esposa para que reciba atención médica en el hospital<sup>36</sup>. Los casos en los

---

<sup>34</sup> Para atender el parto, esta partera, pone un “trapo” limpio en el suelo para recibir al niño o niña. Una vez nacido o nacida, es bañado con jabón “Zote” (jabón de barra para lavar la ropa) y con agua tibia; la partera cuida a la madre y al niño o niña durante ocho días. El pago que recibe es que la inviten a comer al segundo día del nacimiento (48 horas) después de haber llevado a la mujer y a su niño o niña a la unidad médica en caso de que ésta esté en la comunidad o cercana a la misma de donde nació. El objetivo de la partera y de la mujer es registrar el parto, para que le den una constancia a la madre para que cuando tenga dinero lo pueda ir a asentar al registro civil más cercano (esto puede ocurrir hasta después del primer año de vida).

<sup>35</sup> Rosales Molina, Dolores. 2002. Percepción del riesgo durante el parto en los Altos de Chiapas. ECOFRONTERAS, ECOSUR, No. 15: 6-9.

<sup>36</sup> En uno de los casos identificados, la esposa falleció después de su traslado al Hospital Rural de Larráinzar y de ahí al Hospital Regional. La familia de la esposa y en general, en la comunidad lo acusaron de tomar

que se decide trasladar a las embarazadas son aquellos en los que la partera identifica claramente complicaciones del parto y estima que no podrá resolver la complicación. En la decisión de traslado influye la partera, el esposo, los padres o los suegros de la embarazada. La embarazada tiene poca capacidad de decisión, pero en algunos casos ella es la que solicita que la trasladen a la unidad médica.

Esta situación de presión social para las mujeres durante el parto, no fue referida en los municipios de la jurisdicción Tulijá Tseltal-Chol.

### ***Barreras culturales: Religión.***

Las barreras asociadas a la religión se registraron de manera aislada en los municipios, principalmente en Chamula, Zinacantán, Mitontic, Larráinzar y Pantelhó. A decir de los médicos entrevistados, en algunos casos los familiares y la mujer embarazada tienen que pedir permiso a los pastores o líderes religiosos para poder atenderse en una clínica u hospital y generalmente no lo aceptan porque acostumbran rezar antes del parto y esto generalmente no es permitido en los hospitales (excepto en el Hospital Rural de Larráinzar en el que los médicos se han abierto a esta posibilidad para evitar las altas voluntarias en pacientes de alto riesgo). Otros rituales durante el parto y el puerperio inmediato son los rezos para el niño o niña, así como el hecho de que a los recién nacidos varones les pasan tres mazorcas en la mano para que tenga su milpa cuando sea grande, lo mismo que un hacha, un machete y un cuaderno y un lápiz. A las niñas se les da su cuaderno y su lápiz y otros instrumentos para el bordado y tejido del telar. Son parte de las razones por la que dijeron que prefieren atenderse con parteras.

Las barreras de religión durante la atención del parto no fueron reportadas en la región Tulijá Tseltal-Chol.

### ***Barreras culturales: ¿Atención del parto por varones o por mujeres?***

En la región Altos Tsotsil-Tseltal, para la atención del parto, si es un partero varón que la gente de la comunidad considera que es “muy bueno”, acuden a solicitar su apoyo independientemente de que sea hombre, lo que fue reportado en el municipio de Santiago El Pinar<sup>37</sup>. Los varones indicaron que les da igual que las esposas sean atendidas por hombres o por mujeres, siempre y cuando “sean buenos” y todo salga bien; las mujeres tienen mayor “vergüenza” de ser atendidas por un partero o un médico varón, pero esto se vuelve secundario si se trata de una urgencia obstétrica.

En el caso del municipio de Chamula, no les permiten a los médicos varones revisar a las pacientes embarazadas o en trabajo de parto. La enfermera es la que hace los tactos y da

---

decisiones solo y le culparon por la muerte de la esposa, aun cuando la esposa no llevó el control prenatal en la unidad médica y la suegra fue la que atendió el parto, con un costo social muy elevado para él.

<sup>37</sup> Paradójicamente este partero reconocido por la comunidad no está certificado ni por el IMSS ni por la SSA-ISECH debido a que éste se niega a colaborar oficialmente con las unidades médicas por su afiliación zapatista, aunque de manera extraoficial el personal de la unidad médica del IMSS-Oportunidades le provee de material para la atención de los partos.

seguimiento al trabajo de parto y no dejan que el médico esté presente porque los hombres de la comunidad “son muy celosos”.

En la región Tulijá Tseltal-Chol, también se reportó la atención del parto por varones médicos o enfermeros, aunque prefieren a las parteras, ya que les da “vergüenza” ser atendidas por ellos. No obstante, no fue una barrera significativa para la búsqueda de atención médica durante el parto, sobre todo ante las urgencias obstétricas.

### **Barreras económicas, geográficas y culturales para el traslado de urgencias obstétricas a los hospitales.**

#### ***Barreras económicas.***

En la jurisdicción Altos Tsotsil-Tseltal, la barrera económica existe especialmente durante el traslado de la comunidad a la cabecera municipal o de ésta a la ciudad de San Cristóbal. En muchos casos, la ambulancia no está disponible pues es controlada por las autoridades locales quienes argumentan que como no hay médicos las 24 horas ellos deben tener el control para enviar a pacientes que los requieran a cualquier hora. En algunos municipios, el apoyo de ambulancia por parte de las autoridades municipales es nulo y el vehículo se utiliza para otros fines particulares o bien para otros requerimientos de la comunidad, incluso para la compra y traslado de ataúdes que la presidencia municipal otorga a los familiares que los requieren (caso de San Juan Cancuc). En estos casos es frecuente que el personal médico de las unidades de salud coopere con dinero para pagar el traslado de la mujer y sus familiares en vehículos particulares hacia la ciudad de San Cristóbal, o bien que los familiares asuman el costo total del traslado. El traslado también implica gastos de hospedaje y alimentación para los familiares acompañantes quienes con frecuencia no pueden cubrirlos. Esta es una de las principales razones para resistirse al envío a los hospitales, aun cuando exista extrema gravedad de la mujer en el parto o puerperio.

En la jurisdicción Tulijá Tseltal-Chol, la barrera económica existe también en el caso de traslado de la comunidad a la cabecera municipal o al hospital más cercano (Tila, Yajalón, Ocosingo en el estado de Chiapas, o Villahermosa en el estado de Tabasco), pero no fue reportada como una barrera insalvable para el traslado de urgencias obstétricas como ocurre en la jurisdicción Altos Tseltal-Tsotsil; esta barrera es más importante en el caso de algunas comunidades distantes de las cabeceras municipales<sup>38</sup>.

#### ***Barreras geográficas.***

En la jurisdicción Altos Tseltal-Tsotsil, los municipios de Pantelhó, Chalchihuitán, San Juan Cancuc y Chamula son los que registran barreras geográficas pues varias de sus comunidades se encuentran hasta a cuatro horas a pie de la cabecera municipal, sin

---

<sup>38</sup> Ante una complicación del parto identificada por la partera, mediante las autoridades locales se llama por radio a la ambulancia. Si la ambulancia no llega o se retrasa demasiado, son los familiares los que pagan el traslado en vehículo particular.



opción a transporte público. Aunque se señala la existencia de radios en las agencias municipales para el reporte de urgencias obstétricas y la solicitud de apoyo de transporte, con cierta frecuencia no funciona el sistema de comunicación o no existe el apoyo de la ambulancia por lo que las mujeres son trasladadas a pie o en casos que sea posible, en vehículos particulares. En Pantelhó, se reportó que en algunos casos no alcanzan a llegar vivas a la unidad médica de la cabecera municipal.

Como fue señalado previamente, las barreras geográficas son más importantes en la región Tulijá Tseltal-Chol, ya que la distancia a los hospitales más cercanos puede ser desde una hora o hasta cuatro horas y media en caminos en mal estado si son referidas a San Cristóbal o Tuxtla Gutiérrez. Estas barreras son agravadas por el hecho de que los hospitales de Yajalón y Tila con frecuencia o están saturados o en el caso del hospital de Yajalón, no tiene especialistas en los tres turnos para atender las urgencias obstétricas. Eso implica el traslado hasta la ciudad de Ocosingo (a dos horas y media en vehículo) o a la ciudad de Villahermosa en el estado de Tabasco (de dos a tres horas y media en vehículo). Esta podría ser una de las explicaciones del elevado número de defunciones maternas en esta región.

### ***El traslado programado en embarazadas de alto riesgo.***

En los municipios de ambas regiones en estudio, en las unidades médicas del IMSS-Oportunidades, durante el seguimiento de las mujeres embarazadas se detecta a aquellas de alto riesgo (por ejemplo: adolescentes o embarazadas con preeclampsia) y desde la semana 36 de embarazo se les entregan a la mujer y sus familiares los formatos de traslado al hospital en San Cristóbal. Cuando las mujeres o sus familiares se niegan al traslado, la médica o médico solicita que le firmen una responsiva por las complicaciones que pueda tener, pero no hay un seguimiento posterior de la evolución del parto y del recién nacido a menos que regresen voluntariamente a la unidad médica una vez ocurrido el parto. Este es un proceso que podría influir en el subregistro de la muerte materna y perinatal.

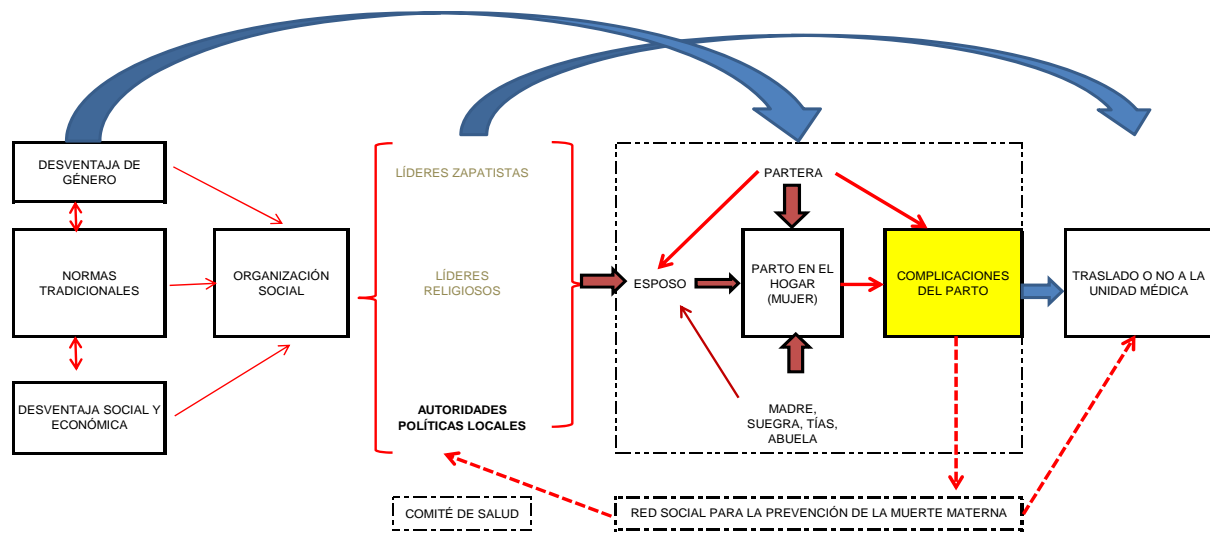
Debe señalarse que, respecto a la atención ofrecida por las unidades médicas de la SSA-ISECH, la importancia de la prestación de servicios médicos por las UMR del IMSS-Oportunidades en la región Tulijá Tseltal-Chol, es menor. El traslado programado no es un problema en las cabeceras municipales de Yajalón o Tila, ya que los hospitales se encuentran en la misma ciudad. Los envíos de embarazos de alto riesgo de las comunidades a los hospitales son solicitados por las parteras tradicionales o por los médicos, pero no fueron reportadas negativas de la población para acudir a ellos una vez que se les indica. Esta es una diferencia significativa respecto a lo que ocurre en la jurisdicción Altos Tseltal-Tsotsil y ocurre tanto en los traslados programados como en las urgencias obstétricas.

### ***Actores y toma de decisiones para el traslado de mujeres con complicaciones durante el parto.***

Para este estudio se nos solicitó explícitamente indagar acerca de los actores que participan y toman las decisiones frente a una complicación del parto en el hogar. Se ha intentado sistematizar un esquema general de lo que ocurre durante el parto complicado, en el cual existen variaciones de municipio a municipio. A continuación se describe el esquema general de lo que sucede en el parto en la región Altos Tsotsil-Tseltal y posteriormente se registran las diferencias más importantes observadas de un municipio a otro en esta jurisdicción.

Como puede verse en la figura 1, los principales actores durante la atención del parto en el hogar son en primer lugar la partera, en segundo lugar las mujeres de la familia destacando la suegra, la madre, la abuela, las tías o cuñadas de la embarazada, y en tercer lugar el esposo. La partera es la que guía el proceso y la que tiene la mayor autoridad para identificar cuándo se presentan complicaciones y cuándo una mujer con una urgencia obstétrica debe ser trasladada; mientras que las otras mujeres apoyan a la embarazada para que pueda dar a luz. Si la partera identifica alguna complicación (provocada por ella misma o no), le indica al esposo que es necesario trasladarla a la unidad médica; en este momento influye la decisión de la embarazada quien puede o no exigir al esposo el traslado o bien quedarse en casa, también los padres o suegra de la embarazada emiten su opinión. El esposo, en función de su adscripción política (como en el caso de los zapatistas, que actúan mediante la religión católica como en Pantelhó, o por la vía de sus organizaciones políticas como en Larráinzar), o religiosa (como en algunos casos de religiones protestantes, evangélicas, o bíblicas no evangélicas), o por su afiliación a las normas tradicionales, o bien por razones económicas o desconfianza de los servicios de salud, acepta o no la sugerencia de la partera o de la propia embarazada para ser trasladada a la unidad médica local o al hospital rural o de la ciudad de San Cristóbal de Las Casas.

Figura 1. Esquema básico de atención del parto en el hogar, aspectos socioculturales y actores sociales involucrados



Fuente: Elaboración propia con base en la información obtenida de grupos focales y entrevistas en profundidad a parteras, mujeres embarazadas y personal de salud. Agosto de 2011.

Para el traslado se recurre, aunque no está funcionando en todos los municipios, a la Red Comunitaria o Social para la Prevención de la Muerte Materna<sup>39</sup>, cuya función principal es gestionar ante las autoridades locales o las unidades médicas, el apoyo para que la embarazada sea trasladada al hospital. Esta red funciona solamente en las cabeceras municipales y no en las comunidades. El Comité de Salud, en muchos municipios no existe, o si existe es solamente nominativo porque no contribuyen al traslado de pacientes, ni al apoyo al personal de salud o a la gestión para el buen funcionamiento de las unidades médicas. En ningún municipio registramos actividades destacadas del Comité de Salud.

Por lo anterior, una primera recomendación relacionada con la demanda de atención (durante el parto) es trabajar con el esposo y las autoridades municipales con la

<sup>39</sup> La Red Social es una organización comunitaria. Su trabajo es el siguiente: si detectan a una mujer embarazada con complicación del parto, acuden a la comandancia o las autoridades locales para que se promueva que sea trasladada de inmediato. El ejemplo de organización es el que se está gestando en Chalchihuitán. La red social maneja un recurso económico que es resultado de la cooperación de los integrantes de la comunidad ya que ese dinero será solamente utilizado para las emergencias de mujeres embarazadas cuando éstas o sus familiares no cuenten con recursos económicos suficientes. El dinero proporcionado por la Red para el traslado de la embarazada es un préstamo que la paciente y sus familiares deberán devolver cuando haya pasado la urgencia. En Chalchihuitán se incluyen en la Red las personas de 15 años y más de edad como un compromiso para salvar la vida de las madres de sus hijos. Si al llegar a los hospitales de San Cristóbal de Las Casas, no hubiera camillas, ginecólogo o quirófano disponible, la mujer embarazada será trasladada a Tuxtla Gutiérrez acompañada por un médico y una enfermera de la localidad.

participación del personal médico, parteras y la Red Social para la Prevención de la Muerte Materna, para propiciar la atención del parto institucional y, especialmente la atención médica hospitalaria de las urgencias obstétricas. En los municipios de Chamula y Zinacantán, la que atiende el parto es la mamá de la embarazada. Ella es quien tiene mayor poder en la decisión de trasladar o no al hospital a la hija. En estos municipios el trabajo de convencimiento tiene que hacerse con las madres de las embarazadas pero también con los esposos.

En muchos municipios el apoyo de las autoridades locales a la población y al personal de salud para la atención médica de urgencias y su traslado, es nulo. Entre ellos se encuentran, Pantelhó, San Juan Cancuc, Tenejapa, Chanal y Chalchihuitán. En ellos, el trabajo organizativo debe ser intenso.

En la jurisdicción Tulijá Tseltal-Chol, la partera es quien identifica una complicación del parto en el hogar y es ella la que informa a los familiares quienes, a su vez, toman la decisión de enviar a la mujer a un hospital. En los municipios de esta jurisdicción no se registró la oposición del esposo, suegros o padres de la embarazada para ser trasladada una vez que la complicación es identificada. Además, en estos municipios muy rara vez alguna persona no capacitada atiende partos (excepto los agentes privados señalados previamente). En esta jurisdicción el trabajo debe centrarse en la capacitación de la mayor cantidad de parteras empíricas posible, otorgándoles el material y equipo necesario. Sin embargo, debe ser vigilado estrechamente el personal no calificado que atiende partos, tal como ocurre en el municipio de Sabanilla de esta jurisdicción o en el municipio de Cancuc en la jurisdicción Altos Tsotsil-Tseltal, pues no cuentan con la experiencia de las parteras tradicionales, ni con la formación del personal médico, a la vez que muy probablemente tampoco cuentan con las condiciones mínimas necesarias para atender los partos en sus “consultorios”, “clínicas” o “farmacias”.

### **Planificación familiar.**

La fecundidad es todavía elevada en los municipios de la región Altos Tsotsil-Tseltal. Aunque con los datos disponibles no es posible calcular la Tasa Global de Fecundidad, si se obtuvo información sobre la distribución proporcional de las mujeres según número de hijos nacidos vivos. Mientras la proporción en el estado de Chiapas de mujeres de 12 años o mayores que tienen 6 hijos o más es de 14.41%, en la mayoría de los municipios de la región en estudio superan el 20.0%. Destaca el municipio de Chanal en el que 30.02% de las mujeres tienen 6 hijos o más. La información de la proporción de mujeres según número de hijos por municipio se presenta en el cuadro 9.

En el caso la región Tulijá Tseltal-Chol, solamente los municipios de Tila y Chilón superan ligeramente el 20% de mujeres con seis hijos y más; el resto de los municipios están por debajo de esa cifra, en incluso Yajalón tiene una proporción semejante a la media estatal (cuadro 9). En esta jurisdicción, el mayor acercamiento de la población con las unidades de salud podría explicar esta diferencia, lo mismo que la menor tasa de analfabetismo y monolingüismo indígena de las mujeres en algunos de sus municipios como Yajalón y

Sabanilla<sup>40</sup>. No obstante, algunos médicos, por ejemplo en Yajalón y Chilón señalaron que existe todavía una proporción baja de uso de métodos anticonceptivos y en algunos municipios la proporción de mujeres con seis hijos o más es muy elevada.

Fue una opinión generalizada del personal médico de la jurisdicción Altos Tseltal-Tsotsil que la proporción de usuarias de métodos anticonceptivos se ha reducido a partir de la introducción del Programa Oportunidades<sup>41</sup>. En el caso de la jurisdicción Tulijá Tseltal-Chol, los médicos dijeron que no encuentran una relación entre el programa Oportunidades y un descenso el uso de métodos anticonceptivos. Para ellos, la proporción de usuarias de métodos anticonceptivos ha permanecido estable en el tiempo; no ha disminuido, pero no han podido incrementarla.

---

<sup>40</sup> Aunque otros municipios de esta jurisdicción registran tasas muy elevadas de ambos indicadores.

<sup>41</sup> En esta jurisdicción, aunque no hay evidencias sólidas de que esto ocurra, se sugiere un estudio en la región para corroborar la relación entre Oportunidades, la tasa de uso de métodos anticonceptivos y la Tasa Global de Fecundidad.

**Cuadro 9. Proporción de mujeres de 12 años y más según número de hijos por municipio.**

| Municipio                      | MUJERES DE 12 AÑOS Y MÁS SEGÚN NÚMERO DE HIJOS |                               |         |         |         |            |           |
|--------------------------------|--|-------------------------------|---------|---------|---------|------------|-----------|
|                                | Población femenina de 12 años y más            | Número de hijos nacidos vivos |         |         |         |            |           |
|                                |  | % ninguno                     | % 1 a 2 | % 3 a 5 | % 6 a 9 | % 10 y más | % 6 y más |
| Total CHIAPAS                  | 1,765,951                                      | 34.55                         | 25.13   | 24.92   | 10.96   | 3.45       | 14.41     |
| 007 Amatenango del Valle       | 3,035  | 39.51                         | 20.33   | 22.04   | 13.28   | 5.54       | 18.81     |
| 113 Aldama                     | 1,505  | 38.14                         | 14.35   | 20.73   | 16.41   | 5.65       | 22.06     |
| 022 Chalchihuitán              | 4,424  | 39.87                         | 16.41   | 22.63   | 16.39   | 3.50       | 19.89     |
| 023 Chamula                    | 27,460   | 40.07                         | 16.24   | 20.93   | 16.91   | 4.78       | 21.69     |
| 024 Chanal                     | 3,138  | 34.42                         | 12.52   | 21.38   | 22.85   | 7.17       | 30.02     |
| 026 Chenalhó                   | 11,660   | 39.37                         | 17.49   | 21.71   | 14.87   | 4.50       | 19.37     |
| 031 Chilón                     | 35,415   | 43.31                         | 14.74   | 19.05   | 15.63   | 5.81       | 21.44     |
| 038 Huixtán                    | 7,320  | 41.95                         | 13.35   | 21.01   | 17.13   | 5.98       | 23.11     |
| 049 Larráinzar                 | 6,166  | 40.33                         | 14.40   | 17.39   | 19.32   | 7.04       | 26.35     |
| 056 Milontic                   | 3,508  | 34.38                         | 17.10   | 20.01   | 18.90   | 6.33       | 25.23     |
| 064 Oxchuc                     | 13,710   | 37.80                         | 15.23   | 22.17   | 18.75   | 4.54       | 23.29     |
| 066 Pantelhó                   | 6,498  | 39.75                         | 15.60   | 21.33   | 16.31   | 5.92       | 22.24     |
| 076 Sabánilla                  | 8,660  | 36.13                         | 20.77   | 22.47   | 13.58   | 5.76       | 19.34     |
| 077 Salto de Agua              | 20,211   | 39.64                         | 17.54   | 21.49   | 14.42   | 5.49       | 19.91     |
| 078 San Cristóbal de las Casas | 70,692   | 37.15                         | 28.23   | 23.63   | 7.89    | 1.99       | 9.87      |
| 112 San Juan Cancuc            | 9,009  | 42.02                         | 12.41   | 19.21   | 16.68   | 7.93       | 24.61     |
| 119 Santiago el Pinar          | 1,021  | 41.33                         | 19.78   | 19.10   | 12.24   | 2.84       | 15.08     |
| 082 Sitalá                     | 3,910  | 38.77                         | 17.75   | 23.66   | 14.42   | 3.55       | 17.98     |
| 093 Tenejapa                   | 13,365   | 36.83                         | 16.39   | 20.94   | 16.94   | 4.46       | 21.40     |
| 094 Teopisca                   | 13,388   | 37.49                         | 20.39   | 24.04   | 12.91   | 3.96       | 16.87     |
| 096 Tila                       | 24,286   | 38.30                         | 18.02   | 22.08   | 14.67   | 5.34       | 20.01     |
| 100 Tumbalá                    | 11,079   | 42.49                         | 16.90   | 19.31   | 13.88   | 5.83       | 19.71     |
| 109 Yajalón                    | 12,241   | 38.17                         | 23.34   | 22.83   | 11.58   | 3.28       | 14.86     |
| 111 Zinacantán                 | 12,795   | 44.53                         | 13.90   | 19.32   | 17.05   | 4.56       | 21.62     |

Fuente: INEGI. Censo General de Población y Vivienda, 2010.

En la región Altos Tseltal-Tsotsil, las entrevistas con las mujeres dieron respuestas bastante homogéneas respecto al uso de métodos anticonceptivos, en particular que son los esposos quienes deciden cuántos hijos tener y si la esposa debe o no usar métodos anticonceptivos. El que la esposa se oponga al esposo (por ejemplo utilizar métodos anticonceptivos sin su consentimiento) es motivo de violencia física contra las mujeres; no obstante, algunas mujeres dijeron utilizarlos a escondidas, en particular inyecciones. También se registró temor generalizado a los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos hormonales (inyecciones) y el dispositivo intrauterino, temor alimentado por las parteras. Asimismo, fue reportada la falla anticonceptiva, especialmente con el uso de condón, así como la existencia de embarazos no deseados.

Los embarazos adolescentes son frecuentes en tanto que la edad de unión en estos municipios es temprana; pero en Cancuc y Pantelhó se notificó de la existencia de prostitución infantil.

En la reunión con los responsables de programas de salud de la Jurisdicción Altos (II) de San Cristóbal, nos indicaron que existe una importante demanda de implantes como método anticonceptivo y que han tenido muy buena aceptación, por lo que nos fue solicitado incluirlo como una necesidad para apoyar el programa de planificación familiar en la región (no tuvimos información de la demanda de este anticonceptivo por parte de las mujeres entrevistadas en los diferentes municipios, pero puede deberse a que su uso es aún incipiente).

En la jurisdicción Tulijá Tseltal-Tsotsil, el panorama es similar en la medida en que también son los esposos los que deciden acerca del uso o no de métodos anticonceptivos. Las mujeres tienen temor a los efectos secundarios de éstos e incluso a cualquier cosa “extraña” que puedan tomar o inyectarse (incluyendo medicamentos). También les da “vergüenza” hablar sobre este tema con el personal de salud. A diferencia de lo que ocurre en la región Altos Tsotsil-Tseltal, las parteras no influyen alimentando el temor hacia los métodos anticonceptivos.

### **Nutrición e inmunizaciones.**

Estos dos aspectos están incluidos en el Programa Oportunidades por lo que existe un seguimiento estrecho de los menores de edad en cuanto a nutrición e inmunizaciones. En general existe aceptación de ambos programas, los cuales también se realizan hasta en las comunidades más alejadas mediante el programa de Caravanas de la Salud. No fueron detectadas barreras de demanda respecto a estos programas, pero para este estudio no se cuenta con datos para evaluar la cobertura o la eficacia de los mismos.

Información proporcionada por el personal médico de las dos jurisdicciones indica que muchas de las madres no proporcionan las papillas a los menores, y sin embargo, con el apoyo económico que reciben de Oportunidades, les compran productos industrializados de baja calidad y alto costo (productos “chatarra como” “Totis” o refrescos embotellados). También nos fue reportado que las papillas llegan con retraso, a veces de hasta un semestre, misma que tienen que repartir para cumplir con las metas, pero que al llegar en esa cantidad, difícilmente será consumida por la población beneficiaria. Por esas razones el personal médico considera que el programa Oportunidades no está teniendo un efecto en la disminución de la desnutrición infantil y preescolar. Este es un aspecto que debe ser evaluado en ambas jurisdicciones.

## ***BARRERAS DE OFERTA.***

### **Estructura y distribución de las unidades médicas en las regiones Altos Tsotsil-Tseltal y Tulijá Tseltal-Chol.**

En el cuadro 10 es posible ver que entre todos los municipios de la región Altos Tsotsil-Tseltal y región Tulijá-Tseltal-Chol existen 391<sup>42</sup> unidades médicas de atención primaria tanto de la Secretaría de Salud (68.5%) como del IMSS-Oportunidades (31.5%).

La SSA-ISECH tiene 85 casas de salud (21.7%), pero no en todas hay médicos o auxiliares de salud; existen 97 centros de salud de un núcleo (de enfermera y médico), seis Centros de Salud Ampliados actualmente funcionando los cuales cuentan con 3 núcleos; dos, con 3 núcleos y 5 Centros de Salud Rurales con Hospitalización; cuatro Hospitales Integrales Comunitarios y tres Hospitales Generales.

Por otro lado, el IMSS-Oportunidades tiene 116 unidades médicas rurales (14.3%), seis oficinas de microrregiones y un hospital rural en San Cristóbal de Las Casas. Fuera de esta jurisdicción cuenta con un Hospital Rural de 45 camas en la cabecera municipal de Ocosingo, que cubre gran parte de la atención médica de segundo nivel en la región.

La infraestructura médica pública y privada de la región incluye 403 unidades médicas, de las cuales 381 son de consulta externa y 12 son Centros de Salud con Servicios Ampliados, Hospitales Rurales u Hospitales de segundo nivel (cuadro 10).

En casi todas las cabeceras municipales co-existen unidades médicas del IMSS-Oportunidades y de la Secretaría de Salud, las cuales dividen geográficamente a la población a la que atenderán, de manera que en la cabecera municipal una calle separa a quienes deben acudir a una unidad o a otra. Las comunidades aledañas también son divididas. La división se hace desde el nivel central en el estado. Esta división podría funcionar si los recursos humanos, infraestructura y horarios de atención fueran semejantes, así como equitativos en cuanto a la cantidad de población cubierta por cada tipo de unidad médica; asimismo, podría funcionar si la atención médica fuera proactiva y no por demanda libre por parte de la población. Sin embargo, existe una fuerte desigualdad en infraestructura, recursos humanos y horarios de atención que hacen que la mitad de la población quede desprotegida cuando en alguna de las unidades médicas no cuenta con personal médico o solamente cubran uno o dos turnos (matutino y vespertino), lo cual ocurre con mayor frecuencia en la UMR del IMSS-Oportunidades, pese a que son las que, en algunos municipios, más demanda de consultas tienen, quizás por ser las que más años tienen de estar operando en las comunidades.

Excepto por la solicitud del apoyo de ambulancia cuando ésta se encuentra en la unidad médica de la Secretaría de Salud, prácticamente no existe colaboración entre el personal de ambas instituciones. Si una persona del IMSS-Oportunidades no encuentra al médico y

---

<sup>42</sup> Se incluyen ocho establecimientos administrativos: 1 almacén y 1 jurisdicción sanitaria de la SSA-ISECH así como 6 oficinas de microrregión del IMSS-Oportunidades.



requiere atención, por lo general es rechazada o bien le hacen esperar hasta que concluya la consulta programada por la unidad de la Secretaría de Salud. En el Centro de Salud urbano de Yajalón se les otorga un máximo de dos consultas a las mujeres “foráneas” (del ámbito de cobertura del IMSS-Oportunidades, tanto de la cabecera municipal como de sus comunidades de influencia), negándoles consultas posteriores<sup>43</sup>. Además, aun cuando reciba la consulta, solamente se le extiende la receta para que sea surtida en su unidad de adscripción. Esta es la barrera estructural más importante de la oferta de servicios de salud en ambas jurisdicciones.

**Cuadro 10. Número de unidades médicas, según tipo por municipio y número de unidades médicas totales por diez mil habitantes.**

| Tabla de contingencia tipología * institut2 |                       |                       |                                 |                   |        |
|---|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------|--------|
| tipología                                   |                       |                       | institut2                       |                   | Total  |
|   |                       |                       | 1,00<br>IMSS/Oportuni-<br>dades | 2,00 SSA<br>ISECH |        |
| Almacenes                                   | Recuento              |                       | 0                               | 1                 | 1      |
|   | % dentro de tipología |                       | ,0%                             | 100,0%            | 100,0% |
|   | % dentro de institut2 |                       | ,0%                             | ,4%               | ,3%    |
| Casa de salud                               | Recuento              |                       | 0                               | 85                | 85     |
|   | % dentro de tipología |                       | ,0%                             | 100,0%            | 100,0% |
|   | % dentro de institut2 |                       | ,0%                             | 31,7%             | 21,7%  |
| Centro de salud con hospitalización         | Recuento              |                       | 0                               | 5                 | 5      |
|   | % dentro de tipología |                       | ,0%                             | 100,0%            | 100,0% |
|   | % dentro de institut2 |                       | ,0%                             | 1,9%              | 1,3%   |
| Clínica de especialidades                   | Recuento              |                       | 0                               | 1                 | 1      |
|   | % dentro de tipología |                       | ,0%                             | 100,0%            | 100,0% |
|   | % dentro de institut2 |                       | ,0%                             | ,4%               | ,3%    |
| Hospital general                            | Recuento              |                       | 0                               | 3                 | 3      |
|   | % dentro de tipología |                       | ,0%                             | 100,0%            | 100,0% |
|   | % dentro de institut2 |                       | ,0%                             | 1,1%              | ,8%    |
| Hospital integral (Comunitario)             | Recuento              |                       | 0                               | 4                 | 4      |
|   | % dentro de tipología |                       | ,0%                             | 100,0%            | 100,0% |
|   | % dentro de institut2 |                       | ,0%                             | 1,5%              | 1,0%   |
| Hospital Rural                              | Recuento              |                       | 1                               | 0                 | 1      |
|   | % dentro de tipología |                       | 100,0%                          | ,0%               | 100,0% |
|   | % dentro de institut2 |                       | ,8%                             | ,0%               | ,3%    |
| Microregión                                 | Recuento              |                       | 6                               | 0                 | 6      |
|   | % dentro de tipología |                       | 100,0%                          | ,0%               | 100,0% |
|   | % dentro de institut2 |                       | 4,9%                            | ,0%               | 1,5%   |
| Oficinas Administrativas                    | Recuento              |                       | 0                               | 1                 | 1      |
|   | % dentro de tipología |                       | ,0%                             | 100,0%            | 100,0% |
|   | % dentro de institut2 |                       | ,0%                             | ,4%               | ,3%    |
| Rural de 01 núcleo básico                   | Recuento              |                       | 0                               | 97                | 97     |
|   | % dentro de tipología |                       | ,0%                             | 100,0%            | 100,0% |
|   | % dentro de institut2 |                       | ,0%                             | 36,2%             | 24,8%  |
| Rural de 02 núcleos básicos                 | Recuento              |                       | 0                               | 6                 | 6      |
|   | % dentro de tipología |                       | ,0%                             | 100,0%            | 100,0% |
|   | % dentro de institut2 |                       | ,0%                             | 2,2%              | 1,5%   |
| Rural de 03 núcleos básicos y más           | Recuento              |                       | 0                               | 2                 | 2      |
|   | % dentro de tipología |                       | ,0%                             | 100,0%            | 100,0% |
|   | % dentro de institut2 |                       | ,0%                             | ,7%               | ,5%    |
| Unidad de Especialidades Médicas (UNIMES)   | Recuento              |                       | 0                               | 2                 | 2      |
|   | % dentro de tipología |                       | ,0%                             | 100,0%            | 100,0% |
|   | % dentro de institut2 |                       | ,0%                             | ,7%               | ,5%    |
| Unidad Médica Rural – Esquema Modificado    | Recuento              |                       | 116                             | 0                 | 116    |
|   | % dentro de tipología |                       | 100,0%                          | ,0%               | 100,0% |
|   | % dentro de institut2 |                       | 94,3%                           | ,0%               | 29,7%  |
| Unidad móvil                                | Recuento              |                       | 0                               | 56                | 56     |
|   | % dentro de tipología |                       | ,0%                             | 100,0%            | 100,0% |
|   | % dentro de institut2 |                       | ,0%                             | 20,9%             | 14,3%  |
| Urbano de 01 núcleos básicos                | Recuento              |                       | 0                               | 2                 | 2      |
|   | % dentro de tipología |                       | ,0%                             | 100,0%            | 100,0% |
|   | % dentro de institut2 |                       | ,0%                             | ,7%               | ,5%    |
| Urbano de 05 núcleos básicos                | Recuento              |                       | 0                               | 2                 | 2      |
|   | % dentro de tipología |                       | ,0%                             | 100,0%            | 100,0% |
|   | % dentro de institut2 |                       | ,0%                             | ,7%               | ,5%    |
| Urbano de 12 núcleos básicos y más          | Recuento              |                       | 0                               | 1                 | 1      |
|   | % dentro de tipología |                       | ,0%                             | 100,0%            | 100,0% |
|   | % dentro de institut2 |                       | ,0%                             | ,4%               | ,3%    |
| Total                                       |                       | Recuento              | 123                             | 268               | 391    |
|   |                       | % dentro de tipología | 31,5%                           | 68,5%             | 100,0% |
|   |                       | % dentro de institut2 | 100,0%                          | 100,0%            | 100,0% |

Fuente: Base de datos del SINAIS, 2011.

<sup>43</sup> Entrevista al personal médico del Centro de Salud Urbano de Yajalón. Se nos indicó que lo que hacen es que cuando llega una mujer “foránea” a solicitar consulta, se le dice que solamente le darán dos consultas como máximo y se les asesora para que demanden al IMSS-Oportunidades que les asignen médicos en sus unidades de salud correspondientes.

Debe señalarse que la Secretaría de Salud cuenta con mayor personal, ya que en sus unidades cuentan con uno o dos núcleos básicos (enfermera y médico), pasantes, odontólogo, nutricionista y psicóloga, mientras que en el IMSS-Oportunidades el único médico o médica y su enfermera cubren todos los requerimientos del programa Oportunidades, más las consultas rutinarias, más las urgencias médicas. El servicio de consultas en ambas instituciones funciona mediante un esquema de citas para el seguimiento de los componentes del programa Oportunidades, como un sistema de otorgamiento de “fichas” para quienes acuden por algún padecimiento. En estos últimos casos, quienes solicitan una consulta médica tienen que acudir muy temprano para alcanzar consulta el mismo día. En algunas unidades no dan fichas pero distribuyen como máximo 24 consultas por médico, así aun cuando concluyan a la 1 de la tarde y el personal se quede en la unidad, no otorgan más consultas no obstante la demanda<sup>44</sup>. Cuando la población requiere una consulta y no alcanza cita se genera descontento y muy probablemente no regresen a recibir atención. Sin embargo, en otras unidades médicas, los médicos están sobresaturados y atienden a la mayor cantidad posible de población durante todo su turno. Este personal médico se encuentra saturado y en muchos casos corresponde a pasantes en servicio social.

Respecto a los indicadores de cobertura en la jurisdicción Altos Tseltal-Tsotsil (unidades médicas por diez mil habitantes<sup>45</sup>) son dispares en los municipios y también según el tipo de institución. Por ejemplo, en San Juan Cancuc, la UMR operó durante seis meses con una Técnica en Salud Comunitaria (CONALEP), con mucha experiencia y muchos años de servicio, quien operaba como médica ofreciendo consultas, curaciones y atendiendo lo mejor posible toda la demanda de atención contando únicamente con el apoyo de la enfermera de la unidad. Era la única que ofrecía servicios médicos institucionales en el municipio de Cancuc que cuenta con 29,016 habitantes (dos semanas después de nuestra visita nos fue notificado que ya habían llegado dos médicas pasantes para ofrecer la atención médica), mientras que en Santiago El Pinar, el Centro de Salud con Servicios Ampliados cuenta con cinco médicos para atender a una población de aproximadamente 980 habitantes.

En la jurisdicción Tulijá Tseltal-Chol, con excepción de Sitalá y Chilón, los demás municipios tienen una razón relativamente baja de unidades médicas por diez mil habitantes. Además, estas cifras pueden ser engañosas, ya que se reportan oficialmente unidades médicas que no han sido construidas (como el Centro de Salud con Servicios Ampliados de Chilón), y otras están sin médicos (especialmente las del IMSS-Oportunidades), por lo que la cobertura real muy probablemente es mucho menor a la estimada con este indicador, sobre todo si se agrega el límite de consultas por médico por turno. En el municipio de Chilón el único médico que atendía el turno vespertino falleció y no ha habido un médico que lo sustituya; y eso aplica para ambas jurisdicciones.

---

<sup>44</sup> Es el caso del Centro de Salud Urbano de Yajalón.

<sup>45</sup> Es el indicador que fue posible obtener por municipio y solamente constituye un aproximación de la cobertura, pues depende del número de médicos que estén asignados laborando en cada unidad médica de acuerdo con su tipo.

En el cuadro 11 se muestra la distribución de las unidades médicas según tipo, en los municipios de la región, y en el cuadro 12 las unidades de consulta externa y aquellas que cuentan con hospitalización o son hospitales, por municipio. Ver también las figuras 2 y 3 correspondientes a la localización de las unidades por municipio para las jurisdicciones Altos Tseltal-Tsotsil y Tulijá Tseltal-Chol.

**Cuadro 11. Número de unidades médicas, según tipo por municipio y número de unidades médicas totales por diez mil habitantes.**

| MUNICIPIO                  | Población total | Cruz Roja | IMSS Oportunidades | IMSS Régimen Ordinario | ISSSTE   | Servicios médicos privados | SSA-ISECH  | Total      | Unidades médicas por 10 mil habitantes |
|----------------------------|-----------------|-----------|--------------------|------------------------|----------|----------------------------|------------|------------|--|
| ALDAMA                     | 5,072           | 0         | 0                  | 0                      | 0        | 0                          | 4          | 4          | 7.89                                   |
| AMATENANGO DEL VALLE       | 8,728           | 0         | 8                  | 0                      | 0        | 0                          | 2          | 10         | 11.46                                  |
| CHALCHIHUITÁN              | 14,027          | 0         | 16                 | 0                      | 0        | 0                          | 3          | 19         | 13.55                                  |
| CHAMULA                    | 76,941          | 0         | 50                 | 0                      | 0        | 0                          | 16         | 66         | 8.58                                   |
| CHANAL                     | 10,817          | 0         | 6                  | 0                      | 0        | 0                          | 3          | 9          | 8.32                                   |
| CHENALHÓ                   | 36,111          | 0         | 15                 | 0                      | 0        | 0                          | 7          | 22         | 6.09                                   |
| CHILÓN                     | 111,554         | 1         | 36                 | 0                      | 0        | 0                          | 62         | 99         | 8.87                                   |
| HUIXTÁN                    | 21,507          | 0         | 18                 | 0                      | 0        | 0                          | 9          | 27         | 12.55                                  |
| LARRÁINZAR                 | 20,349          | 0         | 0                  | 0                      | 0        | 0                          | 7          | 7          | 3.44                                   |
| MITONTIC                   | 11,157          | 0         | 0                  | 0                      | 0        | 0                          | 2          | 2          | 1.79                                   |
| OXCHUC                     | 43,350          | 0         | 0                  | 0                      | 0        | 0                          | 14         | 14         | 3.23                                   |
| PANTELHÓ                   | 20,589          | 0         | 0                  | 0                      | 0        | 0                          | 11         | 11         | 5.34                                   |
| SABANILLA                  | 25,187          | 0         | 0                  | 0                      | 0        | 0                          | 8          | 8          | 3.18                                   |
| SALTO DE AGUA              | 57,253          | 0         | 0                  | 0                      | 1        | 0                          | 17         | 18         | 3.14                                   |
| SAN CRISTÓBAL DE LAS CASAS | 185,917         | 1         | 1                  | 1                      | 1        | 7                          | 12         | 23         | 1.24                                   |
| SAN JUAN CANCUC            | 29,016          | 0         | 0                  | 0                      | 0        | 0                          | 7          | 7          | 2.41                                   |
| SANTIAGO EL PINAR          | 3,245           | 0         | 1                  | 0                      | 0        | 0                          | 1          | 2          | 6.16                                   |
| SITALÁ                     | 12,269          | 0         | 0                  | 0                      | 0        | 0                          | 12         | 12         | 9.78                                   |
| TENEJAPA                   | 40,268          | 0         | 0                  | 0                      | 0        | 0                          | 5          | 5          | 1.24                                   |
| TEOPISCA                   | 37,607          | 0         | 0                  | 0                      | 0        | 0                          | 9          | 9          | 2.39                                   |
| TILA                       | 71,432          | 0         | 0                  | 0                      | 1        | 0                          | 15         | 16         | 2.24                                   |
| TUMBALÁ                    | 31,723          | 0         | 0                  | 0                      | 0        | 0                          | 8          | 8          | 2.52                                   |
| YAJALÓN                    | 34,028          | 0         | 0                  | 0                      | 1        | 0                          | 11         | 12         | 3.53                                   |
| ZINACANTÁN                 | 36,489          | 0         | 0                  | 0                      | 0        | 0                          | 7          | 7          | 1.92                                   |
| <b>TOTAL</b>               | <b>944,636</b>  | <b>2</b>  | <b>151</b>         | <b>1</b>               | <b>4</b> | <b>7</b>                   | <b>252</b> | <b>417</b> | <b>4.41</b>                            |

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos del SINAIS, actualizada a enero de 2011. Incluye Casas de Salud y Consulta Ambulatoria.

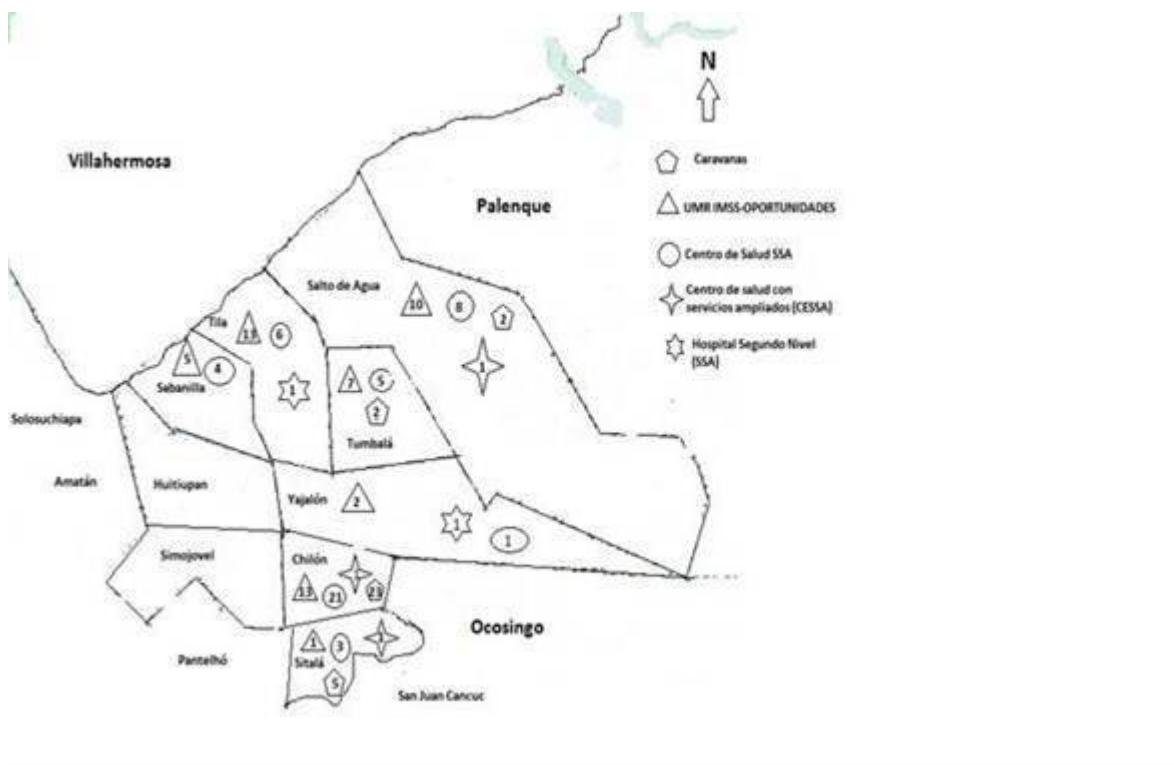
**Cuadro 12. Número de unidades médicas de consulta externa, que cuentan con hospitalización o que son hospitales por municipio.**

| Municipio                  | Establecimiento de Apoyo | Unidad de Consulta Externa | Unidad de Hospitalización o con Servicios Ampliados | Total (incluye IMSS-Oportunidades y SSA-ISECH) |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------|---|--|
| ALDAMA                     | 0                        | 4                          | 1   | 5  |
| AMATENANGO DEL VALLE       | 0                        | 4                          | 0   | 4  |
| CHALCHIHUITAN              | 0                        | 8                          | 1   | 9  |
| CHAMULA                    | 0                        | 31                         | 1   | 32   |
| CHANAL                     | 0                        | 5                          | 1   | 6  |
| CHENALHO                   | 0                        | 17                         | 0   | 17   |
| CHILON                     | 0                        | 81                         | 0   | 81   |
| HUIXTAN                    | 0                        | 16                         | 0   | 16   |
| LARRAINZAR                 | 0                        | 8                          | 1   | 9  |
| MITONTIC                   | 0                        | 5                          | 0   | 5  |
| OXCHUC                     | 0                        | 23                         | 0   | 23   |
| PANTELHO                   | 0                        | 16                         | 0   | 16   |
| SABANILLA                  | 0                        | 13                         | 0   | 13   |
| SALTO DE AGUA              | 0                        | 27                         | 0   | 27   |
| SAN CRISTOBAL DE LAS CASAS | 2                        | 12                         | 3   | 17   |
| SAN JUAN CANCUC            | 0                        | 11                         | 0   | 11   |
| SANTIAGO EL PINAR          | 0                        | 2                          | 1   | 3  |
| SITALA                     | 0                        | 13                         | 0   | 13   |
| TENEJAPA                   | 0                        | 11                         | 0   | 11   |
| TEOPISCA                   | 0                        | 9                          | 1   | 10   |
| TILA                       | 0                        | 27                         | 1   | 28   |
| TUMBALA                    | 0                        | 15                         | 0   | 15   |
| YAJALON                    | 0                        | 12                         | 1   | 13   |
| ZINACANTAN                 | 0                        | 11                         | 0   | 11   |
| <b>TOTAL REGIONAL</b>      | <b>2</b>                 | <b>381</b>                 | <b>12</b>   | <b>395</b>                                     |

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de Datos del SINAIS, actualizada a enero de 2011, a la cual se agregaron los Centros de Salud con Servicios Ampliados recientemente inaugurados en algunos de estos municipios.

[illegible]

Figura 3. Distribución de los diferentes tipos de unidad médica por municipio. Región Tulijá Tseltal-Chol.



## Requerimientos de infraestructura, equipamiento, recursos humanos y medicamentos/ Capacidad resolutive

Debido al amplio programa del Gobierno del Estado para mejorar la infraestructura sanitaria en la región Altos Tsotsil-Tseltal y Tulijá-Tseltal-Chol, se ha incrementado el número de unidades médicas de la Secretaría de Salud.

En los últimos cuatro años en la jurisdicción Altos Tseltal-Tsotsil se han construido los Centros de Salud con Servicios Ampliados en Santiago El Pinar, Chamula, Aldama y San Juan Cancuc (aún sin concluir), así como los Hospitales Rurales de Larráinzar, Teopisca, Chalchihuitán y Chanal (figura 2). Tenejapa no cuenta con Hospital Rural aunque tiene algunas camas para hospitalización de pacientes ya que opera en un edificio construido como Casa Materna. La principal demanda de la población y del personal médico en Tenejapa y en Pantelhó es la construcción de un Hospital Rural.

Estas unidades cuentan con todo el equipamiento para la atención médica y atención de urgencias que no requieran cirugía de urgencias, ya que aunque pudieran realizar cirugías de urgencia en la unidad, carecen de anestesiólogos, especialistas en ginecobstetricia e incluso oxígeno para sus pacientes. Por ejemplo, en ninguno de los Centros de Salud con Servicios Ampliados o en los Hospitales Rurales se practica la operación cesárea. Lo

anterior limita su capacidad resolutive y la mayoría de las veces otorgan atención básica para estabilizar a los o las pacientes y prepararlas para su envío a los hospitales de San Cristóbal. Lo anterior resulta en tres situaciones indeseables: la solicitud de alta voluntaria de los y las pacientes quienes ya no quieren realizar otro traslado; el traslado directo de las embarazadas desde las comunidades a los hospitales de San Cristóbal que la mayoría de las veces son rechazadas por no contar con una hoja de referencia, requisito indispensable para ser admitidas al hospital independientemente de la urgencia obstétrica<sup>46</sup>; y también ocurre el retraso en la atención médica en el segundo nivel de atención. Todas estas consecuencias, contribuyen a incrementar el riesgo de muerte materna.

La demanda más importante de los Hospitales Rurales es más personal médico especializado, sobre todo en Teopisca pues aunque opera las 24 horas todos los días, el personal con que cuenta no es suficiente ante la creciente demanda de atención ya que atienden a personas de Amatenango del Valle y Aguacatenango. La solicitud de médicos especialistas también fue mencionado en Larráinzar, lo mismo que Amatenango del Valle, Yabteclum (municipio de Chenalhó), Chalchihuitán, Chanal, San Juan Cancuc, Pantelhó y Santiago El Pinar. La falta de medicamentos fue notificada por la población en Amatenango del Valle (IMSS-Oportunidades), aunque el médico pasante dijo tener todo lo necesario; lo mismo ocurre en Chanal donde se reportó una importante escasez de medicamentos.

En el caso del Centro de Salud con Hospitalización de Oxchuc, la necesidad de infraestructura y equipo es mayor. Los consultorios son inadecuados, tienen goteras por todos lados, la fosa séptica siempre está llena. También tienen equipos pero no funcionan, tienen 2 ultrasonidos que no sirven, una radiante que no está funcionando bien, tienen incubadoras que no están instaladas desde hace más de 2 años. Tienen 2 tanques de oxígeno recargables pero que normalmente funciona solo uno y hay ocasiones que se quedan sin oxígeno por varios días. No se cuenta con el material adecuado para los especialistas y están muy limitados en cuanto a medicamentos. Por ejemplo, la oxitocina normalmente se les pide a los familiares que la compren. Tampoco tienen medicamentos para las convulsiones y no cuentan con suficientes soluciones para la canalización de los y las pacientes. Les acaban de mandar un Laringoscopio que todavía no está en uso.

En el Centro de Salud con Hospitalización de Chenalhó, existen problemas con el abastecimiento de medicamentos e instrumental para poder dar una consulta. Los médicos tienen que proporcionar sus propios instrumentos para otorgar el servicio. Incluso han tenido que cooperar de su propio dinero para comprar pruebas de embarazo, o la compra de un nebulizador, ya que tampoco cuentan con oxígeno. En el centro de salud existe un espacio, llamado casa “AME”, que fue instalado para que las parteras

---

<sup>46</sup> Esta información proporcionada por los médicos de las unidades en los municipios visitados fue confirmado por la Jefa de la Jurisdicción Sanitaria Altos (SSA-ISECH); sin embargo, durante la entrevista, dijo que algunos integrantes de este organismo ayudan a las mujeres a hacerles la hoja de referencia para permitirles su acceso al hospital.

llegaran atender el parto, pero esta nunca se utilizó pues las parteras prefieren atender los partos en los hogares. Ahora este espacio está habilitado como bodega en el que se encuentran cunas y una cama de expulsión donde supuestamente la partera iba tender el parto. En esta unidad existe un problema de cobertura por ausentismo médico, ya que aunque cuenta con tres médicos de base y tres pasantes en servicio social, los médicos de base faltan con frecuencia y los pasantes tienen que cubrir doble turno para poder proporcionar la atención demandada. También nos fue notificada la ausencia relativamente frecuente de los auxiliares de salud, así como dificultades para comunicarse en Tsotsil con los y las pacientes.

En las unidades médicas de la Secretaría de Salud de Tenejapa, Pantelhó y Mitontic, se dijo que no tienen las mejores condiciones para atender partos en la unidad médica. De estos municipios solamente en Tenejapa se atienden partos (128 partos en lo que va del año), pero en un espacio que también sirve como sala de curaciones y en el que no existen las condiciones de esterilidad necesarias. Solicitaron urgentemente la construcción de un Hospital Rural en la cabecera municipal. En Chalchihuitán desde el inicio de su operación en octubre de 2010, las 24 horas, incluso fines de semana y días festivos, se han atendido 34 partos, llega una médica ginecobstetra los días martes, pero con frecuencia no es suficiente para cubrir la demanda. La unidad de Chanal, también cubre las 24 horas de atención médica, incluyendo fines de semana y días festivos, y tienen capacidad para la atención de partos, pero no cuentan con médicos especialistas.

En las otras unidades, muy rara vez se han atendido partos pero a decir de los médicos, por norma no están en condiciones de atenderlos. En las UMR del IMSS-Oportunidades, todos los médicos refirieron que sus unidades no están en condiciones de atender partos por la falta de un espacio adecuado que cuente con las condiciones de esterilidad necesarias.

El estudio de ultrasonido obstétrico es valorado positivamente por las mujeres y un factor de atracción de las embarazadas hacia las unidades médicas, aunque solamente algunas unidades de la Secretaría de Salud cuentan con éste equipo, entre ellas Tenejapa, Santiago El Pinar, Aldama, Chalchihuitán, Yabteclum, Larráinzar, Teopisca, Chanal y Chamula.

Debe señalarse que en las unidades de la Secretaría de Salud el mantenimiento de equipos en las unidades médicas es ofrecido por empresas privadas pero que no garantizan ni dan seguimiento a su trabajo. La instalación de nuevos equipos también es problemática por falta de apoyo y asesoría para su instalación y manejo<sup>47</sup>.

---

<sup>47</sup> Por ejemplo, existe una incubadora de última generación en el Centro de Salud (Casa Materna) de Tenejapa desde hace un año, pero no ha sido instalada y el personal de la unidad no sabe cómo manejarla. En Santiago El Pinar fue donada al municipio una purificadora de agua de gran capacidad pero no ha sido instalada; en Pantelhó cuentan con esterilizador nuevo pero no ha sido instalado pese a que el personal médico cooperó para la hechura de la mesa que la sostendrá; tampoco funciona la lámpara de apoyo al odontólogo que fue reparada y solamente sirvió por una semana, pero la empresa nunca regresó a arreglarla.



En varias unidades médicas se han reportado robos de equipo y materiales que posteriormente no han sido sustituidos. Es el caso de Pantelhó en el que les fue robada la bomba de agua y toda la tubería de cobre, así como la ropa y sábanas para la atención de pacientes. Desde hace dos meses no cuentan con servicio de agua dentro de la unidad y no han recibido apoyo ni del municipio ni de las autoridades sanitarias. En esta unidad también les hace falta material de curación.

La falta de personal médico en los Centros de Salud y las UMR es frecuente, especialmente en estas últimas y en algunos municipios. En Pantelhó durante un año no tuvieron médico por la tarde y es hasta hace aproximadamente mes y medio que ya cuentan con éste. El servicio vespertino se ve saturado de pacientes y con frecuencia no pueden cubrir toda la demanda.

Cancun es un municipio que registra numerosos conflictos sociales; en éste han aparecido prestadores de servicios de salud no calificados asociados a farmacias, quienes incluso ofrecen la atención de partos. Se han negado a ser capacitados o a regular sus actividades pues dicen que ellos “saben más que los médicos de la unidad médica”. Es más, el auxiliar de salud de la unidad médica también cuenta con farmacia particular y también ofrece atención médica fuera de la unidad. En este municipio es urgente regular este tipo de establecimientos y servicios de salud no calificados ofrecidos a la población.

En Cancun se está construyendo desde hace seis años un Centro de Salud con Servicios Ampliados, pero no lo han concluido por problemas relativos al terreno donde fue construido<sup>48</sup>. El personal de la UMR está esperando que empiece a operar para “dividirse” a la población y disminuir su carga de trabajo. Las autoridades locales no apoyan de manera alguna a la unidad médica ni al traslado de urgencias. La ambulancia la controlan las autoridades locales pero difícilmente se utiliza para apoyar a la población en cuanto a urgencias médicas.

Debe señalarse que el Centro de Salud de Mitontic opera bien y está certificado, ofreciendo atención médica todos los días en los turnos matutino y vespertino. Es la única unidad que no reportó problemas de operación ni conflictos comunitarios o falta de personal médico o infraestructura; pero en este municipio se siguen registrando defunciones maternas.

El Centro de Salud de Pantelhó estuvo certificado y espera ser recertificado, pero tiene muchas carencias de infraestructura y equipo, el cual le ha sido prestado por otras unidades médicas para recibir la recertificación. La certificación ofrece como ventaja al personal de la unidad médica, la contratación de nuevos médicos y la ampliación del cuadro básico de medicamentos.

En las unidades médicas del IMSS-Oportunidades de Amatenango del Valle y la de la SSA-ISECH de Chanal se reportó que con frecuencia carecen de medicamentos y solamente les

---

<sup>48</sup> El terreno pertenecía a una iglesia, que finalmente decidió no donarlo. De acuerdo con lo expresado por la Jefa de la Jurisdicción Sanitaria, están en pláticas para solucionar este problema.

extienden la receta para que la surtan de manera particular. En el caso de Chanal no existen farmacias y surtir la receta requiere viajar a la ciudad de San Cristóbal.

En la UMR de San Juan Chamula, nueve de cada diez consultas son de mujeres embarazadas. Esta unidad tiene mayor demanda porque atiende a quien lo solicite aunque no tenga su residencia en el municipio de Chamula. Esta UMR será certificada, ya que ha sido visitada por todas las autoridades tanto nacionales como estatales del ámbito político y de salud. Cuando una paciente requiere atención hospitalaria, se envía a San Cristóbal de Las Casas, pero a decir del personal médico, en el Hospital Rural (Clínica de Campo) del IMSS “dan muy mal servicio porque no le recibe a los pacientes porque no hay especialistas, y en el Hospital de las Culturas o el Hospital de la Mujer, regresan a los pacientes porque está lleno”. No los envían al Hospital Rural de Chamula hace una semana empezó a dar servicio. Los servicios que solicita la UMR al Hospital Comunitario son ultrasonidos y exámenes de laboratorio. Estos servicios son gratuitos, lo mismo que los medicamentos que se les proporcionen.

En la UMR de San Juan Chamula hacen falta pinzas de anillo para el corte umbilical en caso de atención en la casa de la paciente, una tijera especial de anillo, equipo para succión de secreciones en recién nacidos. También les hace falta una incubadora y sondas.

En la jurisdicción Tulijá Tseltal-Chol las necesidades de infraestructura, médicos especialistas y medicamentos son igualmente apremiantes. En Chilón, el personal médico reportó falta de equipamiento tan básico como báscula, calzonera, infantómetro, así como medicamentos. Han tenido que trabajar en condiciones sumamente precarias. Por ejemplo, estuvieron trabajando seis meses sin energía eléctrica por falta de pago de este servicio. Una escuela les facilitó un cable para que funcionara el refrigerador que contiene el biológico para inmunizaciones. La falta de insumos para limpieza ha hecho que a las mujeres cuyo parto es atendido en esta unidad, independientemente de que sean o no beneficiarias del programa Oportunidades o del Seguro Popular se les pida una “despensa de productos de limpieza como jabón, cloro, limpiador para pisos...”<sup>49</sup> También fue reportada la falta de médicos en el turno vespertino. El único médico que prestaba ese servicio falleció y no ha sido sustituido. Enfrente de esta unidad se encuentra la cimentación de lo que será un Centro de Salud con Servicios Ampliados, mismo que empezó a construirse y que fue interrumpido sin que los médicos conozcan las causas. Sin embargo, su interrupción coincide con el cambio de presidentes municipales, por lo que probablemente tenga un origen político, muy común en esta zona.

En la localidad de Bachajón, la segunda más grande del municipio de Chilón, se ha construido una ampliación del centro de salud, pero todavía no se encuentra en operación. Los problemas de infraestructura y equipamiento son semejantes a los del centro de salud de la cabecera municipal de Chilón.

El Centro de Salud de Tumbalá cuenta con dos núcleos y con dos ambulancias pero sólo una sirve. La unidad médica está muy deteriorada por ello se convino construir un Centro

---

<sup>49</sup> Entrevista a usuarios y usuarias del servicio.

de Salud con Servicios Ampliados, pero hay problemas con la localidad porque no hay terreno donde construirlo. El terreno asignado inicialmente correspondía a un mercado que fue derribado, pero la población inconforme no permitió la construcción de esta unidad médica ahí. En este Centro de Salud, no cuentan con radio y no llega la señal de telefonía celular, por lo que la comunicación del personal médico y de las comunidades hacia los hospitales, y de las comunidades a este centro de salud es muy difícil. En esta unidad, el personal médico prefiere no atender partos por temor a las represalias de los pobladores de Tumbalá, por lo que en cuanto llega una mujer solicitando atención del parto (complicada o no), es enviada al hospital, generalmente el de Yajalón; hospital que cuenta con especialistas solo en el turno matutino, por lo que en los otros turnos, con frecuencia las personas solicitan atención en los servicios médicos privados, o bien se trasladan directamente al hospital de Tila (bastante más distante) y sobresaturado.

El Hospital Integral de Yajalón se encuentra adyacente al Centro de Salud Urbano y fue remodelado en marzo de este año, pero como se señaló previamente solo cuenta con especialistas en el turno matutino. Cuando no pueden atender las urgencias obstétricas, las mujeres son enviadas al hospital de Tila (generalmente sobresaturado y también con falta de médicos especialistas), a alguno de los tres hospitales de segundo nivel de Villahermosa (SSA), al Hospital Rural de Ocosingo (IMSS-Oportunidades) que recibe a todos los pacientes que requieran atención independientemente de la institución de referencia, e incluso San Cristóbal (Hospital de la Mujer, Hospital de las Culturas o el Hospital Rural del IMSS-Oportunidades) o bien, Tuxtla Gutiérrez (Hospital Regional de la SSA), todos saturados. La duración del traslado puede ser de hasta cuatro o cinco horas en vehículo si los caminos están transitables. Debe mencionarse que en este hospital, según el personal médico de los centros de salud del municipio de Chilón, no les reciben a las pacientes que envían (es el hospital más cercano ubicado a solamente 20 minutos de la cabecera municipal de Chilón), porque no pertenecen a ese municipio. El argumento fue que cada municipio tiene un presupuesto y que no pueden sufragar los gastos de otro municipio (aunque se sabe que el presupuesto para su operación es estatal y federal, no municipal). Sin embargo, la razón de fondo es la adscripción política. Cabe señalar que este fue el único hospital en el que se reportó una barrera de este tipo, la cual es muy importante en la región, ya que la división, no solamente entre instituciones, sino entre municipios, complica sobremanera la posibilidad de atención de las urgencias obstétricas.

El Centro de Salud Urbano de la cabecera municipal de Yajalón, cuenta con cinco núcleos, pero fueron reconocidos problemas de espacios<sup>50</sup> como de equipamiento<sup>51</sup> y operación.

---

<sup>50</sup> La falta de espacio, hace que la dirección del Centro de Salud Urbano se encuentre localizada en la bodega entre cosas inservibles, compartiendo el lugar con personal administrativo del almacén.

<sup>51</sup> La proximidad de este Centro de Salud Urbano con el hospital hace que las autoridades sanitarias aprecien como no necesario su equipamiento con por ejemplo, equipo de ultrasonido. Los servicios de ultrasonido o rayos X se tienen que otorgar en el Hospital Integral de Yajalón y las personas tienen que esperar hasta un mes para poder realizarse esos estudios. Existen tensiones entre el Hospital Integral y Centro de Salud Urbano ya que compiten por recursos y capacitación de su personal.

Entre estos últimos fueron mencionados la apatía del personal o el maltrato a los y las pacientes (asociado con la adscripción a los sindicatos), la falta de supervisión médica acerca de la calidad de la atención relacionada con la actitud del personal y su capacidad resolutive, la necesidad de mantenimiento de las instalaciones y el equipo, la necesidad de un programa formal de capacitación para médicos y enfermeras, el retraso en la entrega del biológico para el programa de vacunación, de los suplementos alimenticios de Oportunidades, y la falta de equipo y material. Esta unidad trabaja cercanamente con la Cruz Roja local, ya que es la única que cuenta con un vehículo todo terreno, indispensable para acceder o salir de las rancherías del municipio de Yajalón.

En Sitalá existe un Centro de Salud con Servicios Ampliados con tres núcleos médicos y tiene tres años de estar funcionando. Pese a la infraestructura, no se atienden partos y no cubren los tres turnos. Tampoco tiene capacidad resolutive en caso de urgencias obstétricas.

En Salto de Agua, existe un Centro de Salud con tres núcleos que se encuentra en ampliación. Tiene los mismos problemas de infraestructura y equipamiento que Bachajón, municipio de Tila.

### **El Seguro Popular y la atención de las urgencias obstétricas**

En el caso de los Hospitales de Segundo Nivel de la Secretaría de Salud, si se requiere la afiliación al Seguro Popular para atenderlos. Para ello, el personal médico contribuye orientando a los familiares para afiliar a la mujer embarazada el mismo día y evitar que sea rechazada en su ingreso al hospital; pero con frecuencia no está el personal que puede apoyarles por lo que buscan atención médica privada en San Cristóbal de Las Casas. En este caso, las mujeres con complicaciones de parto que requieren atención hospitalaria pero que no cuentan con Seguro Popular, se encuentran en mucho mayor riesgo de morir por falta de atención inmediata en los hospitales institucionales, o bien por la falta de capacidad y calidad de la atención en las clínicas privadas, como se demuestra por las autopsias verbales de mujeres que fallecieron postcesárea en la región Altos Tsotsil-Tseltal.

En el caso de Teopisca, existen diferencias en el personal médico ya que unos son del personal de Seguro Popular y otros no, como resultado a veces el personal no atiende a la gente porque no son de Seguro Popular o viceversa.

La falta de medicamentos en algunas unidades médicas como el Centro de Salud con Hospitalización de Chenalhó ha provocado problemas con beneficiarios del Seguro Popular. Fue reportado que algunos pacientes han llegado o muy agresivos o borrachos a solicitar el servicio y aunque se les otorga la consulta, si no se les dan medicamentos argumentan que tienen Seguro Popular y que les deben de dar consulta y medicinas gratis.

La falta de atención hospitalaria a mujeres que no cuentan con el Seguro Popular también fue reportada en la región Tulijá Tseltal-Tsotsil, pero con el agravante de la barrera de acuerdo con el municipio en el que viven, o la actitud negativa del personal médico que las atiende, la cual, debe señalarse que aunque es frecuente, no es generalizada.

### **La seguridad del personal médico y la atención médica de urgencia fuera de la unidad médica o fuera del horario establecido.**

En la región Altos Tsotsil-Tseltal, con la excepción de algunos municipios como Amatenango del Valle, las UMR otorgan atención médica únicamente por las mañanas hasta las 4 de la tarde. Aunque los médicos permanezcan en la unidad médica dijeron no salir a atender ninguna urgencia o bien no atenderla en la unidad médica fuera de su horario por temor a ser agredidos. En los municipios de Pantelhó, Tenejapa, Chanal y Santiago El Pinar fueron reportados distintos tipos de agresión contra el personal médico o de enfermería. Aunque los directivos de las unidades médicas negaron este tipo de agresiones, por ejemplo, en el Centro de Salud con Servicios Ampliados de Santiago el Pinar que apenas tiene cuatro meses de estar operando, el abuso sexual a una enfermera del turno vespertino obligó a cerrar el servicio en ese turno. En la entrada de la unidad puede verse un letrero que indica que “por problemas administrativos, no se dará servicio por las tardes hasta nuevo aviso”. En Pantelhó se levantó una demanda y amenazas contra un médico que acudió a atender a una mujer complicada en el trabajo de parto, la cual murió pocos minutos después de que el médico llegara. Se le atribuyó la culpa de la muerte y la indicación jurisdiccional a su personal fue no salir de la clínica. Lo mismo ocurre en Tenejapa y Chanal. En este último municipio incluso han lesionado al médico de la unidad. En todos los casos, excepto en uno del IMSS-Oportunidades (una médica que por atender a un lesionado en la madrugada intentó abusar sexualmente de ella) ha ocurrido en unidades médicas de la Secretaría de Salud. Lo anterior ha resultado en la no atención de urgencias a domicilio, aunque se los hogares se encuentren a pocos metros de la unidad médica, generando malestar entre la población.

En el municipio de Chenalhó se reportó que hace cinco meses un médico fue obligado por un grupo armado a desviarse y a entregar drogas en su vehículo. El médico regresó ileso pero la inseguridad es patente y existe temor entre el personal médico de ese municipio y de otros aledaños. Debido a la agresividad de algunos pacientes que reclaman al personal médico del Centro de Salud con Hospitalización de la cabecera municipal de Chenalhó, que se les otorguen medicinas, solicitan urgentemente vigilancia en la unidad, ya que durante las guardias médicas solamente se queda una médica y su enfermera, quienes están atemorizadas permanentemente.

En otros municipios como Mitontic, Aldama, Teopisca, Chalchihuitán y Larráinzar no fue notificada agresión alguna al personal médico, ni de la UMR ni de los Centros de Salud o los Centros de Salud con Servicios Ampliados que empezaron a operar recientemente.

La mayoría de las unidades médicas solicitaron tener vigilancia en las unidades (Pantelhó, Teopisca, Yabteclúm) con excepción del hospital comunitario de Chalchihuitán donde se dijo que el gobierno municipal se hace cargo de la vigilancia las 24 horas.

En la jurisdicción Tulijá Tseltal-Chol, el robo de instalaciones hidráulicas o de otros insumos de las unidades médicas únicamente fue reportado en la cabecera municipal de Chilón<sup>52</sup>. En ninguna de las entrevistas realizadas se mencionó agresión contra el personal médico o de enfermería, lo que confirma esta mejor percepción de la población hacia los servicios institucionales de salud y su personal. Lo anterior no obstante que la actitud negativa del personal médico fue mayor en esta región que en la de los Altos Tsotsil-Tseltal (o quizás como consecuencia de ello).

### **El sistema de referencia y contrarreferencia**

El sistema de referencia opera en el caso de urgencias obstétricas o de otro tipo, mediante los formatos previamente establecidos. Se procura que el enfermo o enferma vaya acompañado por alguien del personal de salud de la unidad para evitar que su paciente sea “rechazado” por falta de espacio en los hospitales; en el caso de la jurisdicción Altos Tsotsil-Tseltal en los hospitales de San Cristóbal de Las Casas, que están saturados pues reciben pacientes de todos los municipios y unidades médicas aledañas que como se señaló anteriormente, no tienen capacidad resolutive. También reciben pacientes de los hospitales rurales de incluso la región Tulijá Tseltal-Chol, como se señaló previamente.

Aunque la creación del Hospital de Las Culturas en San Cristóbal de Las Casas (de 60 camas) disminuyó la presión de la demanda, la capacidad es aún insuficiente, pues lo mínimo que se requiere son 60 camas más; y el personal de salud de los hospitales en San Cristóbal se encuentra sumamente ocupado y sujeto a múltiples presiones. En esta región, en algunos casos, la relación de amistad entre médicos de las unidades en los municipios y los ginecobstetras en los hospitales facilita la rápida atención de las urgencias remitidas. Cuando los pacientes llegan por su cuenta, sin ser referidos por la unidad médica del municipio, el retraso en la atención es mucho mayor y, con frecuencia, son rechazados.

No existe un sistema de contrarreferencia como tal, por lo que los propios hospitales rurales envían cada miércoles a su personal para preguntar qué pasó con los pacientes que enviaron. Es el caso del Hospital Rural de Larráinzar.

Tampoco existe en el caso de las UMR del IMSS-Oportunidades. La gran movilidad del personal médico de una unidad a otra también dificulta el seguimiento de los y las pacientes enviados a hospitalización. Las mujeres del municipio de Pantelhó reportaron que la unidad médica solamente les entrega su hoja de referencia y ya ellos se van por su cuenta a San Cristóbal, y si no encuentran lugar en alguna unidad, tienen que pagar servicios médicos particulares.

El tiempo de espera para ser atendidas en los hospitales también se registra para la población que vive en San Cristóbal de Las Casas. Otro problema que se detectó en

---

<sup>52</sup> El robo de toda la tubería de cobre de la unidad médica.

Pantelhó es que las mujeres que son referidas a San Cristóbal cuando llegan y los hospitales están llenos o no encuentran camillas tienen que pagar servicios médicos particulares, porque prefieren endeudarse a que se mueran. Al respecto, solo son recibidas en los hospitales las mujeres que tienen una hoja de referencia de su unidad médica (lo cual con frecuencia no ocurre), y también si cuentan con Seguro Popular, lo que también es una barrera. Aunque en la Jurisdicción Sanitaria Altos (II) se nos dijo que en el Hospital de la Mujer tienen instrucciones de atender a toda mujer que acuda con urgencia obstétrica, la norma de la hoja de Referencia y el Seguro Popular se aplican. De ahí que algunos médicos apoyen a los familiares con los trámites para afiliarse mientras esperan su ingreso al hospital, o bien le hacen su hoja de referencia, pero el resultado es retraso en la atención médica y con frecuencia, el que los familiares decidan acudir a un hospital privado.

En la jurisdicción Tulijá Tseltal-Chol tampoco existe un sistema de contrarreferencia y la hoja de referencia no es tan indispensable para que las mujeres sean recibidas en los hospitales, como ocurre en la región Altos Tsotsil-Tseltal. Paradójicamente las únicas unidades que tienen un sistema de contrarreferencia son las de Villahermosa, ubicadas en el estado de Tabasco.

### **Supervisión médica**

En todas las unidades de la Secretaría de Salud y del IMSS-Oportunidades de ambas regiones existe supervisión médica, la cual generalmente es superficial y no toma en cuenta las necesidades de las unidades médicas ya que se aboca a verificar la asistencia del personal de salud y el correcto llenado de formatos, los cuales requieren hasta el 30.0% del tiempo de operación del personal médico. Se preguntó acerca de la posible aceptación de un sistema de captura de información en línea lo cual fue muy bien aceptado aunque reconocieron que necesitan capacitación para el manejo del Software. Este sistema en línea no podría ser aplicado en varias localidades de la región Tulijá Tseltal-Chol porque no llega la señal telefónica ni la señal para internet.

No existe una supervisión orientada a la calidad de la atención o la capacidad resolutive del personal médico, especialmente en las unidades médicas de la Secretaría de Salud en las que no existe un proceso de seguimiento a las necesidades de infraestructura y equipo como sí lo hay en las unidades del IMSS.

En el Centro de Salud de Tumbalá, se reportó que desde el año 2006, el jefe de esa jurisdicción no llega a esa unidad, ubicada en la cabecera municipal, para verificar las condiciones en que operan<sup>53</sup>.

### **Condiciones laborales y motivación del personal médico**

En la región Altos Tsotsil-Tseltal, los médicos en general se sienten afortunados de ser contratados en los servicios institucionales de salud, no obstante que se encuentren en

---

<sup>53</sup> Entrevista al director de esa unidad médica.

lugares relativamente alejados. Se observó una importante motivación del personal médico para realizar su trabajo, aunque con las limitaciones de la inseguridad mencionadas previamente. Las unidades médicas de la Secretaría de Salud cuentan con personal de base y personal por contrato. Los de base cuentan con seguridad social (ISSSTE), pero todos los de contrato (que es mayoría) no cuentan con seguro médico por lo que se afilian al Seguro Popular. También se cuenta con pasantes en servicio social, quienes muestran una actitud de servicio importante. La obtención de una plaza de base en la Secretaría de Salud, a decir de algunos médicos entrevistados, depende más de las relaciones con el Sindicato que de sus méritos como médico, lo que ha generado frustración en médicos que han trabajado durante años por contrato en esta institución, e incluso tienen capacitación en urgencias médicas pero que no son reconocidos ni otorgándoles una plaza de base, ni por medio de reconocimientos escritos o verbales. Aunque el estímulo salarial es importante, se requiere de un programa de reconocimiento al desempeño de calidad y productividad del personal médico que opera en las unidades médicas de estos municipios. También debe revisarse el hecho de que los médicos especialistas reciban mejor remuneración si están en los hospitales de San Cristóbal de Las Casas, que aquellos que son contratados en las unidades médicas de los municipios aledaños. Lo anterior debe ser invertido para promover que los médicos especialistas se contraten y permanezcan en las unidades médicas ubicadas fuera de la ciudad de San Cristóbal<sup>54</sup>. Debe señalarse que en ninguna de las unidades médicas de la SSA-ISECH existe un espacio de descanso para los médicos, es parte de las prestaciones que debieran ofrecérseles para apoyar su permanencia en las unidades médicas alejadas.

En la jurisdicción Tulijá Tseltal-Chol, a diferencia de lo que ocurre en los Altos, se registró con bastante frecuencia frustración del personal médico. La mayoría de quienes no tienen a su familia en el lugar de trabajo o en localidades cercanas esperan ansiosos ser trasladados a otros municipios fuera de la región. Algunos médicos están en calidad de “préstamos” desde la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, pero desean que “ya se acabe el préstamo”. Otros médicos tienen años residiendo en esos municipios y ahí tienen a sus familias pero manifestaron descontento porque no son reconocidos por las autoridades sanitarias. De hecho, tampoco existe un programa de reconocimientos o estímulos al personal médico o de enfermería en esta región. Los médicos de las UMR, registran más ausentismo o cierran más temprano sus unidades médicas que lo que ocurre en la región Altos Tsotsil-Tseltal. En el hospital de Tila, inicialmente fueron contratados médicos especialistas en los tres turnos, pero posteriormente fueron renunciando sin que hubiera quien los reemplazara. Lo anterior, no obstante que adicional a su pago por parte de la SSA-ISECH, el municipio les otorgara una compensación económica que duplicaba su salario. Actualmente solo cuentan con médicos especialistas en el turno matutino y los fines de semana en los turnos matutino y vespertino. Estos especialistas, son médicos capacitados durante un año en el hospital de Comitán, ya que son los únicos que han

---

<sup>54</sup> El sistema de un sobresueldo al personal médico en las unidades médicas alejadas fue muy exitoso en el programa IMSS-COPLAMAR e IMSS-Solidaridad, ya que se ofrecía un buen salario a los médicos contratados quienes aceptaban vivir en las comunidades y ofrecer atención médica las 24 horas de lunes a sábado.



aceptado trabajar y vivir en la zona aunque no en el municipio. La falta de médicos especialistas en todos los hospitales de la región, incluido el de la cabecera municipal de Yajalón, que es el que ofrece mejores condiciones para vivir, podría estar asociada a la lejanía de los centros urbanos, a la falta de reconocimiento o al ambiente de conflicto latente en la zona, o a la combinación de todos estos factores.

### **Las ambulancias y el apoyo de las autoridades locales**

En los últimos años, el gobierno del estado de Chiapas ha dotado de ambulancias equipadas a todos los municipios de la entidad para que operen tanto para la Secretaría de Salud como para el IMSS-Oportunidades. Sin duda esto ha sido un importante logro. Sin embargo, en algunos municipios de la región Altos Tsotsil-Tseltal, las ambulancias son controladas por las autoridades locales, negando el apoyo al personal de salud o a las personas que solicitan un traslado de urgencia. En estos municipios, la ambulancia se utiliza para fines diferentes para los que fue donada, o bien niegan apoyo para combustible o el conductor dificultando su uso. En los municipios de Larráinzar, Tenejapa, Teopisca, Chalchihuitán, Chamula, Chenalhó, Aldama, Santiago El Pinar y Mitontic, la ambulancia opera con el apoyo de las autoridades municipales, quienes también se responsabilizan de su mantenimiento. En Cancuc y Pantelhó, el apoyo de las autoridades locales para el traslado de pacientes es nulo. En Amatenango del Valle el traslado se hace en una patrulla adaptada para ese fin. La ambulancia es indispensable para el manejo oportuno de las urgencias obstétricas y debiera estar en manos de la población para que esté disponible las 24 horas del día, a la vez que las autoridades locales deben responsabilizarse de su mantenimiento, la dotación de combustible y un conductor disponible todo el tiempo. Un reporte de Oxchuc, muestra cómo la demora en el envío de la ambulancia (bajo el resguardo de las autoridades municipales) retrasó el envío de una mujer con urgencia obstétrica, lo que derivó en su muerte durante el traslado<sup>55</sup>. En la UMR de Zinacantán, la ambulancia que está bajo resguardo de las autoridades locales se utiliza más para trasladar pacientes de la unidad médica de la Secretaría de Salud, pero no para las urgencias que provienen de la UMR del programa IMSS-Oportunidades. El personal médico por lo general envía a sus urgencias en autos particulares. En el caso de San Juan Chamula, la ambulancia se utiliza también para el acarreo de leña, con lo que eso conlleva en cuanto a las condiciones de limpieza e integridad del equipo para el traslado de pacientes. Cabe señalar que en estos dos últimos municipios existen fuertes conflictos internos asociados a los partidos políticos (que con cierta frecuencia resultan en enfrentamientos armados, heridos e incluso personas muertas) que posiblemente estén influyendo en el apoyo diferenciado de las autoridades mediante el uso de la ambulancia para el traslado de urgencias médicas.

En las dos jurisdicciones, cuando las personas requieren y aceptan ser trasladadas se solicita apoyo a las autoridades municipales (si ellos tienen la ambulancia bajo su resguardo) o a la unidad médica de la Secretaría de Salud. Cuando es esta última la que

---

<sup>55</sup> Entrevista realizada al personal de Salud del Centro de Salud con Hospitalización de Oxchuc.

tiene la ambulancia se le facilita todo el apoyo para el traslado, incluso si es solicitado directamente por la población sin ser referidos por el personal médico de la UMR IMSS-Oportunidades. Debe señalarse, sin embargo, que las autoridades municipales son las responsables de proveer el combustible y designar un chofer, lo que en municipios como Chalchihuitán, Teopisca, Tila, Yajalón y Sabanilla, retrasa los traslados de urgencias obstétricas.

En la región Tulijá Tseltal-Chol, aunque las ambulancias se encuentran en las unidades médicas, el apoyo de las autoridades locales para su mantenimiento, el otorgamiento de combustible o la designación de un conductor es muy variable. Fue posible constatar la presencia de ambulancias descompuestas en las cabeceras municipales de Tila y Sabanilla.

## SINTESIS DE LAS PRINCIPALES BARRERAS DE OFERTA Y DEMANDA

| Altos Tseltal-Tsotsil  | Tulijá Tseltal-Chol  |
|--|--|
| Segmentación de la población de acuerdo con el tipo de institución: SSA-ISECH e IMSS-Oportunidades, asociado a diferencias en los recursos económicos, físicos y humanos entre las dos instituciones.  | Segmentación de la población de acuerdo con el tipo de institución: SSA-ISECH e IMSS-Oportunidades, asociado a diferencias en los recursos económicos, físicos y humanos entre las dos instituciones.  |
| Segmentación de la población por Seguro Popular o el Programa Oportunidades.   | Segmentación de la población por Seguro Popular o el Programa Oportunidades.   |
| Falta de resolución de las urgencias obstétricas (y otro tipo de urgencias) de los Hospitales Rurales Comunitarios y de los Centros de Salud con Servicios Ampliados, por la falta de cobertura en los tres turnos y la presencia de médicos especialistas en ellos.   | Falta de resolución de las urgencias obstétricas (y otro tipo de urgencias) de los Hospitales Rurales Comunitarios y de los Centros de Salud con Servicios Ampliados, por la falta de cobertura en los tres turnos y la presencia de médicos especialistas en ellos.   |
| Barrera por el requisito de referencia de una unidad médica para que las mujeres con urgencias obstétricas que buscan atención inmediata sin pasar a los centros de salud sean admitidas a los hospitales.   | --- (en menor medida)  |
| Falta de disponibilidad inmediata de ambulancia equipada, con combustible y conductor para el traslado de mujeres con complicaciones del parto.  | Falta de disponibilidad inmediata de ambulancia equipada, con combustible y conductor para el traslado de mujeres con complicaciones del parto.  |
| Falta de equipos de radio en algunas comunidades para solicitar el apoyo de traslado de mujeres con complicaciones del parto.  | Falta de equipos de radio en algunas comunidades para solicitar el apoyo de traslado de mujeres con complicaciones del parto.  |
| Falta de capacidad de atención de partos no complicados en los Centros de Salud y Unidades Médicas Rurales, por problemas de infraestructura, equipo y materiales, así como por temor del personal médico ante la connotación negativa de la muerte materna asociada a las metas gubernamentales establecidas. | Falta de capacidad de atención de partos no complicados en los Centros de Salud y Unidades Médicas Rurales, por problemas de infraestructura, equipo y materiales, así como por temor del personal médico ante la connotación negativa de la muerte materna asociada a las metas gubernamentales establecidas. |
| Supervisión médica superficial y de baja calidad.  | Supervisión médica superficial y de baja calidad.  |
| Falta de un programa de incentivos para el personal médico, incluyendo el incentivo económico y reconocimiento formal a quienes ocupan cargos directivos (actualmente son cargos honorarios).  | Falta de un programa de incentivos para el personal médico, incluyendo el incentivo económico y reconocimiento formal a quienes ocupan cargos directivos (actualmente son cargos honorarios).  |
| Falta de un programa de capacitación continua para <i>todo</i> el personal médico y de enfermería que opera en las unidades médicas de todo tipo y de las dos instituciones.   | Falta de un programa de capacitación continua para <i>todo</i> el personal médico y de enfermería que opera en las unidades médicas de todo tipo y de las dos instituciones.   |
| Inexistencia de espacios para los médicos en las unidades de las comunidades.  | Inexistencia de espacios para los médicos en las unidades de las comunidades.  |
| Inseguridad del personal médico en las comunidades.  | No existe.   |
| Falta de vigilancia en las unidades médicas y robos  | Solo robos de tubería de cobre en algunas unidades   |

|  |  |
|--|--|
| frecuentes de equipo, instalaciones y materiales.  | médicas.   |
| --- (en menor medida)  | Problemas de infraestructura, equipo y medicamentos, incluyendo biológico para inmunizaciones y suplementos alimenticios del programa Oportunidades.   |
| --- (en menor medida)  | Mala actitud por el personal de salud, apatía y frustración.   |
| Excesiva movilidad del personal médico, especialmente en la UMR del IMSS-Oportunidades.  | Excesiva movilidad del personal médico, especialmente en la UMR del IMSS-Oportunidades.  |
| Atención del parto por personal no calificado o familiares.  | --- (en menor medida)  |
| --- (en menor medida)  | Falta de relación entre las unidades médicas y las parteras tradicionales.   |
| --- (en menor medida)  | Grandes distancias entre las comunidades y los hospitales, por la dispersión geográfica y la falta de caminos transitables.  |
| Problemas económicos de la población para el traslado de pacientes.  | Existe, pero no es un obstáculo insalvable.  |
| --- (en menor medida)  | Conflictos de orden político que limitan la construcción de los nuevos Centros de Salud con Servicios Ampliados y en algunos casos la operación de las ambulancias, o la aceptación de pacientes a los hospitales. |
| Barreras de orden religioso o por adscripción Zapatista.   | No existe.   |
| Indiferencia o desconfianza de la población hacia el personal de salud y los servicios médicos institucionales en general.               | No existe.   |
| Barreras culturales asociadas con la toma de decisiones familiares que obstaculizan el traslado de mujeres con complicaciones del parto. | No existe.   |
| Barreras relacionadas con las lenguas indígenas y el analfabetismo de las mujeres.   | Barreras relacionadas con las lenguas indígenas y el analfabetismo de las mujeres.   |
| Violencia contra las mujeres que se oponen a las decisiones del esposo en la anticoncepción.   | Violencia contra las mujeres que se oponen a las decisiones del esposo en la anticoncepción.   |

## RECOMENDACIONES

Las recomendaciones pueden agruparse en cuatro momentos:

1. La demanda y atención oportuna y de calidad de las urgencias obstétricas.
2. La prevención de complicaciones del parto por mal manejo del mismo.
3. La atención del embarazo, el parto no complicado, y el puerperio en los Centros de Salud.
4. Anticoncepción, vacunación y nutrición (consulta externa, pláticas, talleres).

### ***1. DEMANDA Y ATENCIÓN OPORTUNA Y DE CALIDAD DE LAS URGENCIAS OBSTÉTRICAS***

**Principales barreras de oferta de los servicios de salud para la atención oportuna y de calidad de las urgencias obstétricas.**

| Altos Tseltal-Tsotsil  | Tulijá Tseltal-Chol  |
|--|--|
| Barrera por el requisito de referencia de una unidad médica para que las mujeres con urgencias obstétricas que buscan atención inmediata sin pasar a los centros de salud o estar inscritas en el Seguro Popular sean admitidas a los hospitales.                    | --- (en menor medida)  |
| Falta de capacidad de captación de la demanda de urgencias obstétricas por falta de espacio y médicos en los hospitales de segundo nivel, especialmente en San Cristóbal.  | Falta de capacidad de captación de la demanda de urgencias obstétricas por falta de espacio y médicos en los hospitales de segundo nivel, especialmente en Yajalón, Tila y Ocosingo.   |
| Falta de resolución de las urgencias obstétricas (y otro tipo de urgencias) de los Hospitales Rurales Comunitarios y de los Centros de Salud con Servicios Ampliados, por la falta de cobertura en los tres turnos y la presencia de médicos especialistas en ellos. | Falta de resolución de las urgencias obstétricas (y otro tipo de urgencias) de los Hospitales Rurales Comunitarios y de los Centros de Salud con Servicios Ampliados, por la falta de cobertura en los tres turnos y la presencia de médicos especialistas en ellos. |
| Segmentación de la población de acuerdo con el tipo de institución: SSA-ISECH e IMSS-Oportunidades, asociado a diferencias en los recursos económicos, físicos y humanos entre las dos instituciones.  | Segmentación de la población de acuerdo con el tipo de institución: SSA-ISECH e IMSS-Oportunidades, asociado a diferencias en los recursos económicos, físicos y humanos entre las dos instituciones.  |
| Falta de disponibilidad inmediata de ambulancia equipada, con combustible y conductor para el traslado de mujeres con complicaciones del parto.  | Falta de disponibilidad inmediata de ambulancia equipada, con combustible y conductor para el traslado de mujeres con complicaciones del parto.  |
| Falta de equipos de radio en algunas comunidades para solicitar el apoyo de traslado de mujeres con complicaciones del parto.  | Falta de equipos de radio en algunas comunidades para solicitar el apoyo de traslado de mujeres con complicaciones del parto.  |

## **Recomendaciones específicas relacionadas con la oferta para la atención de urgencias obstétricas.**

1. Eliminar de *inmediato* la barrera de los requisitos de Hoja de Referencia y adscripción al Seguro Popular para la atención de urgencias obstétricas, en todos los hospitales institucionales y especialmente en los de San Cristóbal de Las Casas.
2. Eliminar de *inmediato* la barrera del municipio de adscripción para que las mujeres remitidas de otros municipios con complicaciones de parto sean atendidas en el Hospital Integral de Yajalón.
3. Incrementar la capacidad de operación de los Hospitales de Segundo Nivel que ya operan en la zona Altos Tsotsil-Tseltal de manera más o menos exitosa: (a) el Hospital de la Mujer en San Cristóbal de Las Casas (SSA\_ISECH), (b) el Hospital de Las Culturas en San Cristóbal de Las Casas (SSA\_ISECH), (c) el Hospital Rural del IMSS-Oportunidades en San Cristóbal de Las Casas; en todos ellos ampliando el número de camas destinadas a la atención materno-infantil (al menos duplicando su capacidad), garantizando las instalaciones y equipo mínimo necesario para la atención de calidad de urgencias obstétricas graves, y contratando más personal médico especializado que seguramente aceptará vivir en esta ciudad. La capacidad de operación también debe garantizarse *a la brevedad posible* en los Hospitales de Segundo nivel de la región Tuliá Tseltal-Chol, particularmente en (d) Hospital Integral de Yajalón, (e) Hospital de Tila, (c) Hospital Rural de Ocosingo del IMSS-Oportunidades (que actualmente se está ampliando, pero que debe garantizar capacidad suficiente para cubrir la demanda de la región). Los tres últimos hospitales son estratégicos por su ubicación geográfica y su principal limitante es la falta de médicos especialistas en los tres turnos, así como camas y equipamiento para la atención adecuada de urgencias obstétricas. Para incrementar el número de médicos especialistas y atender los tres turnos en los hospitales de Segundo Nivel de la región Tuliá Tseltal-Chol, se puede proponer un esquema semejante al de los trabajadores en las plataformas petroleras, que consiste en 15 días de trabajo en turnos de 12 horas, y 15 días libres que serán cubiertos por otros médicos. Esto permitiría a quienes no tienen a sus familias en estas comunidades, poder visitar a sus familiares con frecuencia, el no sentirse tan aislados, y sobre todo, garantizar la cobertura de personal especializado en los hospitales. Este esquema podría acompañarse de un pago adicional como el establecido para el Hospital de Tila con los tres especialistas (anestesiólogo, cirujano y ginecobstetra) de fin de semana que son pagados a medias entre el ISECH y el Ayuntamiento Municipal.
4. Reorganizar la red de traslados de urgencias obstétricas desde las comunidades hasta los hospitales más cercanos, de acuerdo con la distancia y con lo que en la práctica sucede, independientemente del tipo de la institución o del municipio o jurisdicción de adscripción (como realmente sucede). La estructura formal (normativa) de la red hospitalaria actual no se ajusta a lo que realmente está

ocurriendo. En este caso se puede utilizar la metodología de la Secretaría de Protección Civil para caso de dónde acudir en caso de desastres.

5. Dotar de radios nuevos o reparar los actuales a todas las unidades de salud que carezcan de ellos o que se encuentren descompuestos, así como a las autoridades locales de las comunidades.
6. Dotar de teléfonos fijos (incluso de tipo públicos con pago con monedas) a todas las unidades médicas que sea posible, pues en casi ninguna existe ese servicio.
7. Garantizar que las ambulancias se encuentren disponibles permanentemente con gasolina y conductor designado, en las unidades médicas o bajo resguardo de los comités de salud o redes sociales para la prevención de la muerte materna (donde existan y estén operando), para evitar el retraso de varias horas en el envío de mujeres con complicaciones del parto. Sobre este tema, es necesario que las autoridades locales se comprometan a dar mantenimiento oportuno y los recursos económicos necesarios, independientemente de su adscripción religiosa o política. De manera permanente, programada, deben otorgar los gastos de gasolina y pago del conductor de la ambulancia (la ambulancia debe permanecer con el tanque de combustible lleno). La Salud debe ser vista como un derecho de la población independiente de los fines políticos de los funcionarios en turno, o de las congregaciones religiosas locales. Las autoridades también deben comprometerse a no utilizar las ambulancias para cualquier otra cosa que no sea el traslado de urgencias.
8. Disminuir la barrera de la lengua en los seis hospitales señalados, garantizando que al menos dos personas por turno hablen las lenguas de la región. Eso brindará confianza y facilitará la comunicación de signos y síntomas para facilitar el diagnóstico y las acciones necesarias de las pacientes, especialmente de aquellas que no llegan con una hoja de referencia o acompañadas por personal médico o de enfermería.
9. Seguir los lineamientos establecidos en el ya existente Programa de Calidad en la provisión de servicios de salud, tanto para médicos como para personal de enfermería y trabajo social.
10. Procurar la creación o ampliación y acondicionamiento de albergues temporales con la alimentación básica para los familiares de las mujeres hospitalizadas. Estos albergues temporales deben ubicarse prioritariamente cerca del Hospital de la Mujer (San Cristóbal de Las Casas), Hospital de Las Culturas (San Cristóbal de Las Casas), Hospital Rural del IMSS-Oportunidades (San Cristóbal de Las Casas), Hospital Integral de Yajalón (ciudad de Yajalón), Hospital Rural de Tila (ciudad de Tila), Hospital Rural del IMSS-Oportunidades de Ocosingo (ciudad de Ocosingo). Con ello se disminuirá la barrera económica de la población y se accederá con más confianza al traslado para la atención de las mujeres en los hospitales. Estos albergues pueden ser habilitados en las Casas Maternas (cuando existan y no se

esté utilizando para la atención de partos, lo que por cierto, no ocurre en ninguna), y deben ser manejadas por los Comités de Salud o la Red para la Prevención de la Muerte Materna para su mantenimiento y regulación. Los fondos de operación, incluida una dotación de alimentos básicos puede ser financiada por los presidentes de los municipios de donde son originarias las familias (esto de hecho ya se hace, pero para la alimentación de pacientes hospitalizados en el Hospital de Larráinzar).

11. Mantener buena comunicación con las mujeres y sus familiares, especialmente para la contrarreferencia (aun cuando hayan sido hospitalizadas sin referencia), para que en las unidades de las comunidades les puedan dar un correcto seguimiento una vez egresadas.

### **Principales barreras de demanda para la atención oportuna y de calidad de las urgencias obstétricas.**

| <b>Altos Tseltal-Tsotsil</b>  | <b>Tulijá Tseltal-Chol</b>  |
|---|---|
| --- (en menor medida)   | Grandes distancias entre las comunidades y los hospitales, por la dispersión geográfica y la falta de caminos transitables. |
| Problemas económicos de la población para el traslado de pacientes.   | Existe, pero no es un obstáculo insalvable.   |
| Barreras de orden religioso o por adscripción Zapatista.  | No existe.  |
| Indiferencia o desconfianza de la población hacia el personal de salud y los servicios médicos institucionales en general.  | No existe.  |
| Barreras culturales asociadas con la toma de decisiones familiares que obstaculizan el traslado de mujeres con complicaciones del parto.  | No existe.  |
| Barreras relacionadas con las lenguas indígenas y el analfabetismo de las mujeres.  | Barreras relacionadas con las lenguas indígenas y el analfabetismo de las mujeres.  |
| Barrera por el requisito de referencia de una unidad médica para que las mujeres con urgencias obstétricas que buscan atención inmediata sin pasar a los centros de salud o estar inscritas en el Seguro Popular sean admitidas a los hospitales. | --- (en menor medida)   |

### **Recomendaciones específicas relacionadas con la demanda para la atención de urgencias obstétricas.**

Los aspectos culturales, en particular sus valores y normas, son por definición de largo plazo y su modificación requiere de trabajo intenso y permanente, así como de un esfuerzo interinstitucional. Este trabajo requiere ser realizado especialmente en los municipios de la región Altos Tsotsil-Tseltal.



1. Disminuir las barreras económicas de la población, mediante la instalación, reinstalación u organización de la Red Social para la Prevención de la Muerte Materna, en todas las comunidades de la región (y no solo en las cabeceras municipales). Se puede utilizar como modelo el propuesto en el municipio de Chalchihuitán en el que se establezca un fondo económico por cooperación de la población general y de las autoridades locales y que funcione como una pequeña caja de préstamo, sin intereses, para que la persona que requiera traslado y no cuente con ambulancia pueda contar con ese recurso. Se trata de un esquema solidario que debe estar disponible todos los días del año, las 24 horas. Para evitar abusos cuando la ambulancia no está disponible, debe establecerse una tarifa comunitaria para quienes ofrezcan el servicio de traslado. Debe procurarse que las autoridades municipales destinen un fondo anual o semestral para cubrir estos gastos y apoyar a la población. Todo lo anterior en coordinación con las autoridades locales, municipales y de los agentes de salud en las comunidades (auxiliares y parteras). En comunidades donde la población está dividida por razones étnicas (indígenas y mestizos como en Pantelhó; o zapatistas y no zapatistas como en Larráinzar) pueden formarse dos Redes mientras se consiguen acuerdos conjuntos. Lo mismo que para las comunidades religiosas fuertemente corporadas. El objetivo es la *protección comunitaria de sus mujeres, niños y niñas*. Este esquema también puede ser instrumentado en los municipios de la región Tulijá Tseltal-Chol, pero previamente debe ser explorada su viabilidad porque la organización social es diferente y más corporada, con mayor influencia organizativa Zapatista.
2. Disminuir la incertidumbre acerca de qué hacer o a dónde acudir específicamente en caso de que se presenten complicaciones del parto, ya que las instrucciones que actualmente existen en carteles en las unidades médicas son inespecíficos, sobre todo respecto al hospital u hospitales específicos a los que podrían acudir directamente o por referencia de las unidades médicas. Además, estos carteles son inadecuados (aun cuando estén escritos en la lengua indígena local) porque la mayoría de las mujeres en los municipios no sabe leer ni escribir. Para ello debe informarse ampliamente a la población en su idioma (probablemente por la radio o por películas y videos) en todas las comunidades, no solamente sobre cuáles son los signos y síntomas de riesgo, sino a quién y a dónde específicamente debe acudir a solicitar apoyo (por ejemplo las autoridades locales para que por radio o por teléfono notifiquen la urgencia a las unidades médicas cercanas o a las autoridades municipales) para agilizar el traslado de las pacientes. Asegurarles que serán recibidas en los hospitales a donde acudan a recibir la atención (para evitar los traslados múltiples, comunes en la región Altos Tsotsil-Tseltal, que retrasan la atención de las mujeres complicadas).
3. Indicar claramente a la población que en caso de alguna urgencia obstétrica no requerirán ni el Seguro Popular, ni estas inscritas en Oportunidades, ni llevar una

hoja de referencia, o ser acompañadas por personal de salud, y que acudan lo más rápido posible a su hospital a recibir la atención necesaria.

4. Indicar claramente a la población que el hospital al que acudirán en caso de urgencia obstétrica cuenta con personal que habla su lengua y que podrán comunicarse sin problemas dentro de éste.
5. Promover la confianza de la población en la capacidad resolutive de los hospitales, mediante una campaña de difusión de los “casos exitosos” en las comunidades, mediante la radio, videos o películas en su idioma. También invitando a las parteras para que asistan a ver la atención con partos complicados y cesáreas. En caso de partos sin complicaciones donde sea posible es recomendable que se invite a familiares (madres, esposo, hermanas) Esto debe ser acompañado previamente de las acciones necesarias para garantizar la capacidad de aceptación de pacientes y de la resolución de las urgencias en los hospitales señalados<sup>56</sup>.
6. Disminuir la oposición de esposos y familiares para el traslado de las mujeres con embarazos de alto riesgo (programados) de urgencias obstétricas. Para ello se sugiere trabajar principalmente con los esposos y con la embarazada para influir en esta decisión. La red de jerarquía hacia los esposos en la región Altos Tseltal-Tsotsil, pasa por las autoridades locales (como en Santiago El Pinar), o por los líderes religiosos zapatistas (como en Pantelhó) o protestantes, evangélicos o bíblicos no evangélicos (como en Mitontic y Larráinzar). Aunque existe una clara desvinculación entre estos grupos políticos y religiosos con los servicios de salud (aun cuando en algunos casos son apoyados por las autoridades locales), es necesario establecer acuerdos para la prevención de la muerte materna y devolver la responsabilidad a las comunidades, en el sentido de promover la confianza en la atención médica en las unidades de salud. Esta posibilidad fue explorada con los varones y en general hubo un acuerdo en que esta podría ser una alternativa. De acuerdo con lo anterior, la estrategia a seguir en algunos municipios o localidades será trabajar directamente con los esposos mediante las autoridades locales o líderes religiosos, o bien inicialmente con los líderes políticos y comunitarios para después convencer a los esposos.
7. Capacitar a los varones en general, así como a las parteras y las mujeres en el reconocimiento de signos y síntomas de riesgo durante el embarazo y el parto y sus posibles consecuencias, mediante la radio, pláticas en su lengua, o videos o películas, para favorecer la decisión de traslado programado o en caso de alguna urgencia obstétrica.
8. Generar un programa de alfabetización dirigido a las mujeres mayores de 15 años, posiblemente asociado al programa Oportunidades con la colaboración del Instituto de Educación para Adultos (IEA) del estado de Chiapas. Este programa

---

<sup>56</sup> Los puntos 1-4 pueden ser manejados de manera similar a los programas de Protección Civil para casos de desastres.

## **2. LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO POR MAL MANEJO DEL MISMO**

| <b>Altos Tseltal-Tsotsil</b>                                | <b>Tulijá Tseltal-Chol</b> |
|---|----------------------------|
| Atención del parto por personal no calificado o familiares. | --- (en menor medida)      |

En la región Altos Tsotsil-Tseltal que es donde se presenta este problema de manera casi generalizada, aproximadamente nueve de cada diez partos son atendidos por parteras en el hogar y es una preferencia relacionada con esquemas culturales. El problema de ello, no es precisamente la proporción de partos atendidos por parteras, sino que la mayoría de las parteras en esta región no cuentan con capacitación ni experiencia (como las parteras tradicionales) para atender los partos. Con frecuencia ocasionan, por mal manejo, complicaciones del parto como infecciones, desgarros, edema vulvar, aplicación inadecuada de oxitocina durante o posterior al parto, el dejar restos placentarios, entre otras, con gran riesgo de muerte materna y perinatal. Tampoco cuentan con la capacidad para reanimar a un recién nacido. Asimismo, pueden retrasar el envío de una mujer con embarazo de alto riesgo al no identificar los signos y síntomas de este.

Las opciones de solución ante esta problemática son:

1. Incrementar la atención del parto por parteras tradicionales capacitadas y disminuir hasta su eliminación, la atención de partos por personal no calificado. Para ello, debe hacerse una campaña con las mujeres en general en cada localidad y municipio para que, si prefieren ser atendidas por parteras, acudan solamente a parteras con experiencia, preferentemente capacitadas por los servicios institucionales de salud. La mayor cantidad de parteras no calificadas que atienden partos se registró en los municipios de Tenejapa, San Juan Cancuc, Pantelhó, Mitontic, Aldama, Chanal y Santiago El Pinar en la región Altos Tsotsil-Tseltal. En los municipios de la región Tulijá Tseltal-Chol, la atención de partos por personal no calificado o sin experiencia fue mínima.
2. Incrementar la atención del parto por personal médico en la mayor cantidad de Centros de Salud, con Servicios Ampliados o no, que sea posible. Un incentivo importante para la población, de acuerdo con lo registrado en este estudio, es que

quienes sean atendidos por parteras capacitadas o tradicionales registradas, o por el personal de las unidades médicas, reciban el registro y preferentemente, el certificado de nacimiento. Esto ya se está haciendo en algunas unidades de la región Tulijá Tseltal-Chol con bastante éxito.

3. Incrementar el vínculo entre las parteras tradicionales y las unidades médicas, mediante un programa de capacitación permanente, en su lengua y mediante técnicas creativas. Esto es especialmente importante en la región Tulijá Tseltal-Chol, en la que las parteras tradicionales realizan un trabajo invaluable de apoyo a la población, pero que están bastante desvinculadas de las unidades médicas, no cuentan con equipo y material y tampoco existe un programa permanente de capacitación. En el caso de parteras sin experiencia que deseen capacitarse, podrá proponerse un esquema completo, para que una vez cumplido un cierto número de horas de capacitación, y hayan pasado los exámenes prácticos con maniquíes, se les pueda invitar de manera rotatoria a: (a) los Centros de Salud con Servicios Ampliados, o aquellos Centros de Salud que atienden partos en la región (el más cercano) para que vean cómo atiende un parto el personal médico y les aclare sus dudas (deberá contarse con una traductora). Esto contribuiría a evitar iatrogenias y establecer un lazo de confianza con el personal médico de los hospitales, a la vez que darles seguridad respecto a sus decisiones en caso de complicaciones; o (b) a la atención del parto por parteras con amplia experiencia, por ejemplo, las de la Asociación Civil de Yajalón. Su desempeño deberá ser supervisado por la Red Comunitaria de Vigilancia de la Atención del Parto.
4. Crear una Red Comunitaria de Vigilancia de la Atención del Parto que debe garantizar que el parto sea atendido exclusivamente por parteras capacitadas, tradicionales, o personal médico. El Comité de Salud, la Red Social para la Prevención de la Muerte Materna, o las asociaciones de parteras tradicionales, con capacitación en el sector salud o por otras instancias (como el DIF o las ONG's nacionales e internacionales), podrían establecer ese sistema de vigilancia. Esta propuesta requiere de convencer y presionar a las autoridades locales para establecer acuerdos comunitarios que operen realmente. En asamblea comunitaria se puede acordar cuáles son las parteras capacitadas, cuáles son parteras tradicionales con años de experiencia, y quienes quisieran ser parteras para que sean capacitadas (las cuales no podrán atender partos hasta que los organismos capacitadores den su aprobación). Posteriormente se puede hacer un listado y hacerlo público por la radio o con el servicio de sonido local, con el apoyo de las autoridades locales. Para evitar la participación de personal no calificado poco escrupuloso, debe cuidarse que la atención del parto por parteras tradicionales capacitadas o no en el sector salud *no reciba remuneración alguna* por parte de las instituciones sanitarias para evitar competencia entre ellas, así como entre ellas y el personal médico. Solamente los pagos tradicionales que suelen darles los familiares como comida, o algún pago económico voluntario.

5. Evitar definitivamente la atención del parto por encargados de farmacias, auxiliares de enfermería y otros agentes que ofrecen el servicio de manera particular en las comunidades, especialmente en Cancuc y Sabanilla. Para ello, debe de actuarse firmemente mediante los mecanismos existentes de Regulación Sanitaria que deben ejercer vigilancia permanente de este tipo de establecimientos, con las sanciones de ley que correspondan.
6. Supervisar estrechamente la operación de las clínicas privadas, especialmente en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas y Yajalón, pues es probable que se estén realizando cirugías de urgencia por personal que no tiene la calificación para hacerlo. Establecer las sanciones de ley que correspondan.

### ***3. La atención del embarazo, el parto no complicado, el puerperio y la anticoncepción en los Centros de Salud.***

| <b>Altos Tseltal-Tsotsil</b>   | <b>Tulijá Tseltal-Chol</b>   |
|--|--|
| Segmentación de la población de acuerdo con el tipo de institución: SSA-ISECH e IMSS-Oportunidades, asociado a diferencias en los recursos económicos, físicos y humanos entre las dos instituciones.  | Segmentación de la población de acuerdo con el tipo de institución: SSA-ISECH e IMSS-Oportunidades, asociado a diferencias en los recursos económicos, físicos y humanos entre las dos instituciones.  |
| Segmentación de la población por Seguro Popular o el Programa Oportunidades.   | Segmentación de la población por Seguro Popular o el Programa Oportunidades.   |
| Falta de capacidad de atención de partos no complicados en los Centros de Salud y Unidades Médicas Rurales, por problemas de infraestructura, equipo y materiales, así como por temor del personal médico ante la connotación negativa de la muerte materna asociada a las metas gubernamentales establecidas. | Falta de capacidad de atención de partos no complicados en los Centros de Salud y Unidades Médicas Rurales, por problemas de infraestructura, equipo y materiales, así como por temor del personal médico ante la connotación negativa de la muerte materna asociada a las metas gubernamentales establecidas. |

La segmentación de la población por institución, o de acuerdo con su adscripción al programa Oportunidades o la cobertura con el Seguro Popular, es una importantísima barrera, no solamente para la atención de urgencias médicas, sino para la atención médica en general, incluyendo la atención prenatal, el parto y el puerperio, así como el seguimiento de los programas de anticoncepción, vacunación, nutrición. Las barreras aquí presentadas son de orden estructural y de las políticas públicas.

1. La primera recomendación es que, más que dividirse a la población usuaria de los servicios de salud en las comunidades, se dividan las *tareas*, para no afectar, en la manera en que está ocurriendo, a la población.
  - a. Dada la menor cobertura de las UMR del IMSS-Oportunidades (en horarios, recursos humanos, recursos financieros e infraestructura), se sugiere que

estas unidades se aboquen exclusivamente a la atención total de la comunidad beneficiaria del programa Oportunidades, cuyas tareas se centren en las actividades preventivas, la capacitación en sus lenguas originarias (en especial de las parteras), el seguimiento de indicadores nutricionales, y la cobertura de vacunación. Todo ello con el apoyo de las Caravanas de la Salud.

- b. En este esquema, los diferentes tipos de unidades médicas de la SSA-ISECH, serán responsables del manejo y atención de las mujeres embarazadas, el parto no complicado, el puerperio, el recién nacido y toda la morbilidad de urgencias o no, que se requiera y debe cubrir los tres turnos, incluyendo fines de semana y días festivos. Esto último independientemente de la cobertura del Seguro Popular, promoviendo, cuando acudan las personas no afiliadas a solicitar consultas, su afiliación.
2. Identificar claramente aquellas unidades médicas que están atendiendo partos o que tienen la capacidad de hacerlo, para equiparlas, capacitar al personal médico y de enfermería (para brindarles seguridad en su práctica), y preferentemente cubrir los tres turnos con personal médico, general o que ha recibido la capacitación ALSO. Una vez hecho esto, dar a conocer públicamente a las comunidades su capacidad de atender partos y promoverlos.
3. Modificar el actual sistema de vigilancia de la muerte materna, se manera que no se convierta en una persecución y culpabilización hacia el personal médico o hacia la propia familia de la mujer fallecida. Debe enfocarse en la Salud como Derecho de la población, a la vez que como un tema estrictamente de calidad de la atención médica, despojándolo de su connotación política. Esto permitirá, más que ocultar o enmascarar los hechos, revisarlos abiertamente para corregir los procedimientos de todos los actores sociales involucrados. El personal que atiende directamente a la población, no debe estar presionado por cumplir los indicadores institucionales, solamente los indicadores de calidad de su trabajo y las metas que cada unidad ha establecido en su programa de trabajo. La mejoría en los indicadores agregados será el resultado del buen desempeño de cada una de las personas que opera en los servicios de salud o en colaboración con ellos.
4. Debe establecerse un sistema de incentivos y reconocimientos para el personal médico y de enfermería que de acuerdo con la calidad y productividad de su trabajo, incluyendo asistencia, capacidad resolutive, trato digno a los y las pacientes, años de experiencia, acciones adicionales voluntarias para mejorar el desempeño de ellos, ellas o sus colegas, entre otros. Este modelo de incentivos puede ser mediante un sistema de reconocimientos públicos, escalafón de cargos y salarios, la oportunidad de especializarse dentro del sistema en el que trabaja (IMSS o SSA) bajo reglas claramente establecidas, o bien acercar su lugar de trabajo a las ciudades. El modelo de médicos con un año de especialización (como el de tres médicos del turno matutino del Hospital de Tila capacitados en el

Hospital de Comitán: 1 anestesista, 1 cirujano y 1 ginecobstetra) y contratación en los hospitales rurales deberá promoverse, siempre y cuando tengan capacidad resolutive de urgencias médicas (semejante al sistema de residencias médicas), para posteriormente, como estímulo a su desempeño, permitirle concluir su especialidad clínica. Todo lo anterior bajo reglas claras, ampliamente difundidas entre el personal para evitar que el sistema se corrompa.

5. La seguridad de las instalaciones y del personal médico debe ser garantizada por las autoridades locales, municipales y de la comunidad en su conjunto. Esta es una tarea clave para el buen desempeño y arraigo de médicos y enfermeras.
6. Sobre el tema de planificación familiar, debe haber una capacitación permanente del personal médico y de enfermería, no en los aspectos técnicos como se ha hecho hasta ahora, sino en el respeto a los derechos humanos, a sus derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. En este programa es donde se registraron más quejas por coerción.
  - a. El trabajo de promoción anticonceptiva debe hacerse además de las mujeres, con los esposos mediante promoción por las autoridades locales o líderes comunitarios, ya que ellos son quienes generalmente deciden cuántos hijos tener así como si la esposa debe aceptar o no algún método anticonceptivo.
  - b. De acuerdo con sugerencias del personal médico del IMSS-Oportunidades del municipio de Chalchihuitán, la capacitación en planificación familiar debe ser proporcionada por personal especializado de San Cristóbal, ya que al personal médico de la unidad no le hacen caso.
  - c. También tiene que trabajarse fuertemente en la capacitación con las parteras y la población general para disminuir los temores a los efectos secundarios. Puede utilizarse para ello medios audiovisuales, la radio o la televisión en sus idiomas y con sus procedimientos y no los de un hospital.
  - d. Debe promoverse la alfabetización de las mujeres adultas en lengua indígena y en español, pues está claramente establecido que la anticoncepción y el deseo de tener menos hijos está fuertemente asociado a la escolaridad de las mujeres y a la sobrevivencia de sus hijos e hijas. Este es un factor fundamental para el mejoramiento de la salud reproductiva, especialmente si concluyen la educación secundaria. Esto podría ser sumado al Programa Oportunidades y atendido por el IEA en colaboración con las UMR.

#### ***4. Prevención del cáncer cervicouterino, vacunación y nutrición.***

En lo que se refiere a vacunación y nutrición las recomendaciones son:

1. Garantizar el abasto oportuno de suplementos alimenticios y biológico para inmunizaciones.

2. Realizar un estudio cuantitativo y cualitativo para explorar las prácticas de alimentación, incluyendo los suplementos y recursos proporcionados por el programa Oportunidades, para evaluar su impacto y, en su caso, modificar el esquema de operación del programa en los municipios en los que sean detectadas fallas.
3. Garantizar la red de frío, pues con frecuencia existen desperfectos de los refrigeradores en los que se almacenan los biológicos, por lo que tienen que ser trasladados a la ciudad de San Cristóbal. Se sugiere valorar el estado de los refrigeradores y, en su caso, proporcionar refrigeradores nuevos a todas las unidades pues el costo de mantenimiento es caro, tarda mucho, no es garantizado y sobre todo, pone en peligro el biológico disponible. En los lugares con fallas eléctricas constantes debe valorarse dotar a las unidades médicas con un generador eléctrico (aunque no se tengan el servicio de hospitalización).
4. Promover el programa de prevención del cáncer cervicouterino entre la población, mediante sensibilización acerca de la importancia de la detección temprana (por medios audiovisuales en su lengua). Las parteras (si se les capacita) pueden ser agentes claves para la promoción de la toma de muestras para citología exfoliativa.
5. El personal que tome las muestras debe ser preferentemente una sola persona, mujer, en cada turno, que se mantenga por el mayor tiempo posible con esta responsabilidad, para generar confianza entre las mujeres. Esta persona debe ser capacitada permanentemente para evitar la mala calidad de las muestras.