

GRUPO DE MUJERES DE SAN CRISTOBAL A. C.
(COLEM)

"Por Que Damos La Vida Tenemos Derecho a Ella"
CAMPAÑA CONTRA LA MUERTE AMTERNA

Minuta de texcura tcuruón co-rresponniente a
Intaan^{ya} contra muerrr matema, efectuana
con personas proveruentes de Orgamsmos no
Gubernamentales, insntuções publicas de
salud y centros de invesogación, intemsacias en
fa problemaoca, eírctuada el Z'-de sepnembre
cic 1997..

relaciones unerrersunaies al Mtenur de los centros hospitalarios deterrnman la calidad de la atención en el aspecto de tener acceso a toda la gama de servicios.

Heréndira, intervmo para apuntar que las rivalidades entre las diferentes especialidades e incluso los turnos, eran cuestiones comunes en las instiruciones hospitalaiarias, lo cual da por resultado que cada quien proporcione instrucciones distintas para un mismo paciente, cuando en realidad debería ser una secuencia de trabajo. Que para el caso concreto que se estaba revisando, se debería de tomar en consideración que los médicos pasantes no tienen ninguna autoridad y, solo cuando no se encuentra el médico adscrito, es cuando ellos pueden tomar decisiones. Sin embargo, Mariana señaló que la solicitud de valoración no había sido originada por los pasantes, sino por el cirujano que había intervenido a la mujer, lo cual había sucedido en un horario en que se encontraban funcionando todos los servicios y que fue el jefe del servicio de urgencias quien se había opuesto a que esta valoración se hiciera efectiva, que estos elementos eran los que le hacían pensar en las formas en que los medicos ejercen el poder, aún a riesgo del bienestar y la vida de las usuarias.

Heréndira volvió a sostener su opinión manifestando que los pasantes tenían que acatarse a las decisiones de los médicos adscritos ya fuera el de la mañana o el de la tarde independientemente de si estuvieran presentes ó no, que en la noche, se supone que también debe haber un médico encargado de todo, ya sean urgencias, cirugía, pediatría y, que en el caso de una cirugía es este médico, el encargado de localizar al cirujano, que así es como funciona un hospital.

Jimena intervino para pedirle a Heréndira que le explicara lo relativo a que los médicos dejan instrucciones, ya que no entendía muy bien si se refería a una posibilidad de estos para salirse del servicio. Heréndira explico que cuando se pasa a un paciente a su cama, el médico hace una nota de indicaciones que es a la que ella se refería. Para que todas comprendieran mejor, explico que en el Hospital de San Cristóbal, la visita pasa entre las ocho y diez de la mañana y, dependiendo del número de pacientes esta puede terminar antes o después de ese margen, generaimente, esta visita comienza con los pacientes mas graves, esto puede comprobarse con el horario de las notas, en las cuáles generalmente estas indicaciones aparecen entre las ocho y las ocho con veinticinco minutos, que por su mismo estado se les visita primero. Si el paciente requiere exámenes de laboratorio, se hacen las órdenes y se pasan al Laboratorio. El laboratorio va con el paciente, toma las muestras reporta los resultados entre las doce y las trece horas. En ese lapso de tiempo, la paciente queda en su cama y, el médico en sus cosas de rutina ó en el quirófano, siendo las enfermeras, las que quedan al cuidado de los pacientes ya que no hay otro médico que las atienda, pues tanto el ginecólogo como el interno que corresponden a ese servicio son médicos de quirófano.

Después de esta explicación, Jimena preguntó si las historias que se estaban analizando correspondían más a esa dinámica que a la falta de médico para atender las necesidades de las mujeres. Es decir que si la valoración de esta mujer quedo supeditada a dicha dinámica, o era necesaria por su evolución. Heréndira respondió que en este caso el requerimiento era por la evolución que presentaba la mujer ya **que no habían detectado** la existencia de un problema de ruptura uterina ni ninguna otra cosa más allá de los datos de

choque, que la nota no reportaba otra cosa y que por ello indicaron inducción del parto, sobre todo porque se trataba de una mujer multigesta y esto daba muchas posibilidades para que el producto saliera, aunque, según la historia clínica se trataba de un producto muy grande y mal formado.

rupturas de membranas habían ocurrido hasta con más de doce horas; que las mujeres de aquellas historias, llegaron al hospital muy mal y derivaron en infecciones múltiples que hicieron más complicada su situación, ya que no las cubrieron adecuadamente.

haber observado en las historias de muerte 1n' tranospitalaria, como se repetía, en mujeres sumamente graves, esta falta de b-urruhistro de materiales, los cuáles, probablemente les hubieran salvado la vida, va que para eila, no solo fue falta de antibióticos, también fue falta de sangre, falta de materiales de laboratorio. Paradó0camente, indicó, estas historias exitosas nos muestran que hubo toda la dis'osición para uue las muieres salieran adelante. Entonces, prosiguió, fueron estas cosas las uue me hicieron pensar en cuáles podrían ser los criterios que se imponen cuando hav que dis'oner, por eiernpio, de las reservas de sangre.

Oaxaca, intervino Jimena. si alguien se va a operar, el criterio que ha' es que los familiares donen r-ngre, a lo que Mercedes respondió que se trataba de una política nacional en la cual los hospitales p'iden dos donadores por persona. Sin embargo, Heréicitr' a intervino para aountar aue dicha pollltica no funcionnha para Chia'as va que por un lado estaba la forma de ser v de pensar de la población i.ndígena respecto a ja donación de sangre v, por el otro lado, sus propias condiciones f'ísicas que les urraien ser donadores. Estos dos factores hacen que generalmente esta población no done sangre v, cuando la necesitan, en los hospitales se toma la sangre que sobró de al'ún otro p'aciente que va no la va a requerir.

Jrmena explicó aue. en Oaxaca, cuando se requiere sangre es común que se recurra a los bomberos o con la policía de la localidad, que en muchas ocasiones, los familiares la compran a personas que saben que la vende. Mercedes intervino para señalar que este tipo de donaciones son bastante inse'uras. Todas estuvieron de acuerdo en ello pero señalaron que todos los casos los hospitales deben hacer las pruebas necesarias para poder ut-jii7aria.

Mariana manifestó que en estas historias exitosas se indicaban, tanto pruebas cruzadas como el tener listos a los donadores, esto, inde'endiente de cualquier cosa ya fuera que se requiriera o no, situación que hablaba de una actitud de anticipación, algo que no se dio en las otras historias, en ellas faltó ese criterio de previsión. Por lo que canqidera que ese es un dato que demuestra cómo se pueden salvar vidas cuando la gente scnía con criterios de previsión.

Mercedes comentó que las historias que se analizaban estaban mucho más completas que las de la reunión anterior, a lo que Consuelo respondió que era porque se trataba de casos exitosos, ya que los de la vez pasada fueron de mujeres que no tuvieron oportunidad, incluso, se había pensado que las histonas estaban cortadas, a lo que Heréndira respondió que **eso no se** permite porque se supone que el expediente es un instrumento mu' delicado y, proporcionó una breve explicación sobre la forma de elaborarlas, indicó que una vez que se ha llenado el frente de una hoja, se prosigue por atrás, y así sucesivamente para cada hoja, agregó, que en cada anotación que renii7an los médicos deben de asentar la fecha de evolución, citó como ejemplo las bistonas a la vista, manifestó también, que el problema de las histonas anteriores había sido de quien las copió, va que a su parecer, no lo hi7o bien. A es-te comentario Mariana respondió que la copia de los expedientes había sido renlj7ada por una compañera del equipo de salud, quien copió lo que había en ellos. Jimena intervino para **señ:ilnr** que si un expediente fue mal manejado, era un dato que podía dar una idea de que el paciente también fue mal manejado.

RESUMEN a lo comentado por Mercedes, Mariana recordó que las enfermeras del hospital de salubridad no son personal formado en una escuela de enfermería, Herendira especificó que se trataba de mujeres entrenadas en la práctica de muchos años y que tuvieron la suerte de tener como maestra a la señorita Julia, una excelente enfermera que estuvo muchos años de Jefa de enfermeras, que había sido ella, quien les dio formación a muchas. Por su parte Consuelo evocó las características de la señorita Julia. mencionó que se recuperó mucho por la forma ética de las enfermeras en sus relaciones con los pacientes, ya que eran muy chérras) *afrrs:ras* con ellos, sobre todo con los más humildes.

A parat del comentano de Consuelo, el grupo discutió tratando de decidir la primacía de importancia entre la formación teórico técnica o, la conciencia del servicio social que representa la prestación de un servicio de salud. Todas acordaron, que cuando se toma conciencia de la importancia que tiene para el otro el trabajo que se realiza, se despierta la necesidad de prepararse más para dominar mejor lo que se hace. Que esto, hacía necesario que también los médicos tomaran conciencia. no solo el personal de enfermería. pero que esta conciencia tendría que ser tanto en el trato humano y la capacidad técnica, como en aspectos de género, de antropología y, desde una visión integral de las necesidades de los pacientes, sobre todo. en zonas como estas, donde existe una representación étnica tan diversa.

Herendira propuso que se realizará un recuento de los puntos que se habían rescatado hasta este momento, por lo cual, llmena expreso que ella consideraba que las historias no permitían visualizar elementos para la cuestión familiar. Consuelo señaló que en el aspecto de la fiitnia c tenía que considerar las condiciones en que se relij7a el traslado de una mujer desde la comunidad, ya que, aunque estas esten aparentemente cerca, su situación económica las aleja. Todas coincidieron en señalar, que el elemento a rescatar del ámbito familiar lo representaba el hecho de haber tomado la decisión de trasladar a la mujer a un medio hospitalario, \-a que si bien, la costumbre en las comunidades es la de ver primero a la partera, en escus casos no dejaron en manos de la partera el problema, ni aceptaron al problema como algo natural o inevitable.

Otros puntos que surberon de la discusión anterior fueron:

- 0 **La** decisión que toman los familiares, generalmente el mando, de solicitar el alta voluntaria, sin considerar el estado de gravedad de la mujer o del hijo, ya que deja a la institución sin ninguna posibilidad de seguir brindando la atención que **ese** enfermo requiere.
- 0 *El* hecho de que muchas veces son las mujeres quienes no quieren salir de la comunidad para ser atendidas en un hospital. lo cual generalmente sucede cuando tienen niños pequeños.
- 0 Tercero la realización de salpuHgoclasias bato el criterio de paridad satisfecha, el cual generalmente lo da el médico de acuerdo al número de hijos, que para él, representen la paridad satisfecha.

•

En este último punto, se hizo especial referencia a una de las historias donde una mujer de veintinueve años, en su segundo parto, solicita la OTB bajo el mencionado contenido de paridad satisfecha. La discusión que se generó fue en términos de poner en duda la información que tenía esta mujer, tan joven, para solicitar un método definitivo. Sobre todo por provenir de un contexto indígena. Se mencionó, de manera muy superficial (la discusión no fue exhaustiva), si estas decisiones, posiblemente mal informadas, no constituyen también una violación de los derechos reproductivos.

Después de estas reflexiones, Herencia invitó a las integrantes de la mesa para que se realizara un resumen de los puntos que se habían distinguido, resultando los siguientes:

Atención hospitalaria inmediata

o Acceso a los recursos necesarios

Diagnósticos adecuados y oportunos

o Conflictos internos que si bien no afectaron este caso en particular, si es necesario ver cómo se puede solucionar, de tal forma que exista enlace y continuidad adecuada de los servicios

o Que a nivel familiar se tomaron decisiones oportunas

o Evolución favorable de la paciente en relación con el estado anímico *de ella y su resistencia física*).

Respecto al último elemento Mariana señaló que si bien había una actitud de aguante de parte de las mujeres, particularmente de las mujeres indígenas, esta había sido una situación de la que se había abusado, lo cual ha sido, en su opinión, un principio que siempre ha estado presente cuando se proporcionan los servicios a mujeres como una forma de disfrazar la discriminación existente, tanto de género como racial, que ella consideraba, que ninguna persona tiene por que estar aguantando *el* sufrimiento. *Entonces*, por mucho que se suponga su resistencia para ello, mucho menos aún, cuando se encuentra en una institución de salud, cuyo *objetivo* es evitar el sufrimiento.

ÁJ⁷ %í esa de trabajo No. 2

Integrantes:

Dra. Elena.- r.1@CCSIS ceS311 Cnstobai

Dra. Adriana Luna Orcrico.-

.nstituto lextcano del Secuto 5,octrti

Dra. Perla.- ,:ES(-

AntronOiga, Ia. De

Luz ;Arcia MOVA.- ■.irtipo de „fuleres de San Cristobal

AntronOiga,

Teresa Olvera Caballero.- Grunocie tuteres de San Cristobai

ALtndología de la discusión: Selección inicial de tres hiJtorias clinicas, discusión inmediata a la lectura de cada historia en base a las nreguntas gulas contenidas en la agenda de trabaio.

Li nimer caso que abordó el equipo de trabajo fue el relativo a una mujer de treinta y siete anos de edad, originaria de Las Piedrecitas, en el municipio de San Cristóbal de Las Casas. fue ingresó al servicio médico de urgencias el diez y seis de marzo de mil novecientos noventa y siete, a las catorce cuarenta horas y, egresó a las diez y ocho horas con veinticinco minutos del día siguiente. De acuerdo con el diagnostico de ingreso, se trataba de una mujer multigesta con un embarazo de treinta y dos semanas. presentaba sangrado transvagMal importante, tensión arterial de 70/50. mucosas orales mal hidratadas, retención placentaria con cuatro horas de evolución. manejada por partera y con producto obitado extraído. La mujer refirió dolor de genitales con salida de cordón umbilical. El medico del servicio indicó un legrado uterino instrumental previa valoración de ciru' 1,ía y, es considerada grave. A unas horas de realizada la intervenciOn medica el reporte señala que, no se les extraieron algunos rastros en virtud de que la muier presentó dolores importantes. El pronostico apuntó que la intensidad del sangrado debía bajar en virtud de la ex-tracción de la placenta. Se le sigue considerando una paciente grave, se indican pruebas cruzadas el sumMisuo de sangre a fin de volver a pasada a quirófano. A las diez y seis horas del día siguiente a su Mgreso, después de haber sido transfundida con ocho unidades de sangre y quedando pendientes dos unidades más, la muier solicrta su alravaluiliana

En este punto llamó la atención de las participantes. el hecho de que la paciente fuera programada dos veces para intervención quu-u-rgica, por lo due se realiza de nueva cuenta la lectura, con el fin de identificar un posible error contenido en el documento. Una vez rectificada la lecrura. Perla comentó que posiblemente para esos momentos, y tomando en cuenta las condiciones en que fue dada de alta, para ella, esa muier lo mas probable que ya estuviera muerta, posición que también fue apoyada por Mana Elena quien señaló el bajo nivel de hemoglobina.

Adriana habló de la inmortancia de comenzar a identificar. algunas de las condiciones que a nivel institucional habían permitido que esta mujer no se muriera en el hospital. María de la Luz señaló, que dos de los elementos que contribuieron de manera importante en la evolución favorable de la mujer habían sido: la buena relación entre los médicos tratantes, lo cual se podía ver en el seguimiento-que le habían realizado a la paciente. Perla intervino para señalar que esta atención se había dado porque la mujer llegó grave. Ante este comentario,

María de Luz le preguntó si aquellos es pacientes que llegaban graves un hospital recibían el mismo tipo de atención. Perla explicó que no sabía como era en el hospital que había atendido a la mujer pero que generalmente, los pacientes que llegan graves no entran directamente a hospitalización, va que se quedan en el servicio de urgencias para su observación, lo cual significaba para ellos, un cuidado diferente pues la enfermera tiene que realizar un chequeo constante cada media hora, sobre todo, en lo relativo a la tensión arterial va que ésta, es un factor importante que puede indicar un sangrado un choque, que fue ese monitoreo, lo que permitió la atención oportuna

En una nueva intervención, María de la Luz señaló que otra de las cosas que habían contribuido era el hecho de que en el hospital se contó con todos los recursos para poder darle una buena atención, que al parecer, estuvieron disponibles todo tipo de medicamentos y, que los familiares, también habían contribuido de manera importante, sobre todo en el aspecto relacionado con la san.re. Adriana mencionó que se debería tomar en cuenta el cuidado que puso el personal del hospital en la elaboración de la historia clínica. María de la Luz insistió considerar el esfuerzo de los familiares, quienes para enfrentar el peligro de muerte acudieron a un hospital a su se trataba de personas de muy bajos recursos económicos y sin embargo habían resucitado el alto costo del traslado y las medicinas.

En relación al comentario anterior, Perla apuntó que en este caso particular, a los familiares no les había costado la atención hospitalaria, va que muy posiblemente la historia clínica procedía del Seguro Social o del ISSSTE, pues durante la lección, se había mencionado que la mujer no era derechohabiente. A la insistencia de María de la Luz respecto a que la institución que había atendido la urgencia era el hospital de la Secretaría de Salud. Perla indicó que la Secretaría de Salud no maneja derechohabientes, que sus servicios están dirigidos a población abierta, que ella insistía en esta aclaración, por considerar un dato importante los términos en que se expresa la atención dependiendo del tipo de institución que la proporciona.

Otro aspecto que destacó Perla, fue el relacionado con el dolor que manifestó la mujer durante la intervención, el cual motivó que le dejaran rastros, que de acuerdo a sus consideraciones, para hacer un legrado se requería que la paciente fuera sedada y, al parecer, esto no había sido así. María Elena mencionó que le habían dado un analgésico potente (diazepam).

En relación a lo que se había venido discutiendo, Adriana manifestó, que de acuerdo a su parecer, el equipo médico que tuvo a su cargo el caso, había actuado como correspondía. Ante esta aseveración, Perla exteriorizó sus dudas respecto a lo adecuado de la intervención manual, va que, aun considerando al legrado como un acto traumático, esta intervención manual estuvo mal. Esta postura fue apoyada por María Elena quien comentó que desde un principio deberían de haberle realizado el legrado uterino instrumental. Adriana comentó que posiblemente la apreciación de Perla se debía que era médica al servicio de Salubridad, a lo que Perla respondió que es médica de una ONG, pero que independientemente de esto, ella sostenía la importancia de diferenciar los sistemas que prestan atención médica y hospitalaria, ya que por ejemplo, el Seguro Social es una institución con un sistema sumamente normativo, en consecuencia, obliga a otorgar una importancia mayor en la valoración del riesgo que tiene la paciente. Que este caso, representaba un buen ejemplo de su dicho, va que como se podía

E.A nivel Institucional

Afonitoreo

constante

Seuimiento

sistemático

A t e n c i ó n

oportuna

Existencia v suministro oportuno de medicamentos, soluciones v sangre

ZA nivel familiar

. "Apovo v canalización oportuna por parte de la

Elementos para ser apo^vados con la realización de actividades de promoción

Que no se pierda la confianza en la atención de la partera, pero que en los casos en que existan complicaciones. que acudan a un hospital y no se queden esperando que la partera lo resuelva. Que estén alertas.

A estos planteamientos, María Llena reconoció que son situaciones en las que muy poco se puede hacer, sin embargo, apuntó: En el aspecto en el que sí se puede contribuir es en el de la educación, ya que si bien no hay recursos, no hay médicos, no hay los tiempos que se requieren en las distintas situaciones, es saber detectar riesgos a nivel del esposo, la partera y la madre misma que puede contribuir a evitar los obstáculos que se enfrentan en una situación de

Adriana concordó con esta exposición y rescató su planteamiento anterior, referido a la educación para el control de embarazo. Hizo referencia al caso de la historia clínica analizada para comentar: Que la mujer había pasado por un trabajo de parto prematuro en donde ella debería de haber sabido que no tenía por qué sentirse mal en esa etapa del embarazo, también manifestó la importancia que tiene, el que el médico platicue con las mujeres, les explique las cosas que van a ir experimentando durante el desarrollo del embarazo y, cuáles son aquellas en las que debe poner especial atención para que recurra inmediatamente al servicio médico o con la partera. Que sea ella misma, la que identifique el problema y pueda ser canalizada oportunamente. No hasta que ya sea fuera el parto.

María Elena, señaló que la falta de información sobre los signos de alarma provocan situaciones que salen del control de las personas, como fue el caso de esta mujer, la cual llegó cuatro horas con retención placentaria. Situación, que tal vez, pudo deberse a que no se encontró vehículo para ser trasladada, pero que también pudo deberse a que todos se quedaron esperando a que la placenta saliera. Que esta actitud es algo que no hubiera prevalecido, si hubieran sabido que el tiempo normal de espera es de media hora o una hora como máximo. Todas consideraron que éste es un punto para ser llevado a la promoción de radio. Consideraron que una acción de esta naturaleza puede ayudar de manera importante a disminuir el riesgo de muerte, ya que no es lo mismo que la paciente llegue con una hora de retención que cuatro horas después.

María de la Luz intervino para señalar que la propuesta tendría que hacerse incluyendo la atención al parto y no sólo la atención prenatal, a lo que Adriana respondió que en efecto no sólo es la cuestión prenatal, ya que también es el parto y el puerperio. Perla intervino para exponer, que el programa del IMSS-Solidaridad prevé la existencia de una persona que especialmente se dedica a visitar a todas las mujeres embarazadas para platicar con ellas y, explicarles lo que haya necesidad de explicarles. Independientemente del tiempo que se lleve en hacerlo. Que una vez que estas mujeres están detectadas, y cuentan con la información, se les asigna un médico que es el que las atenderá en el parto. Comentó que no sabe como se está llevando a cabo este [programa](#), ni el impacto que pueda tener, pero lo cierto es que las mujeres de estas historias, lo más probable es que nunca hayan asistido a una plática de control prenatal.

Teresa intervino para hablar de su experiencia en relación con la atención que las mujeres reciben durante el embarazo, expuso, que de acuerdo a lo que ha visto, las mujeres llegan con la partera en el último mes del embarazo, que esta visita responde más a la necesidad de apalabrarse sobre el costo de los servicios de la partera, que a una necesidad de revisión o control. Perla medio en el comentario para señalar: Que no es posible hablar de un prototipo de partera, que una partera de San Cristóbal puede ser diametralmente distinta a una de la Piedrecitas, con todo y que ésta comunidad se localiza a cinco minutos de San Cristóbal (en carro propio), que se trata de condiciones distintas, además, existe el otro elemento que es la

falta de sensibilización de los médicos para relacionarse con las parteras, ya que tienen por regla descalificar sus decisiones y culpabilizarlas hasta de lo que no le ha sucedido a la mujer que canalizan. Generalmente en el hospital, los médicos nunca se ponen a pensar en todas las angustias peripécias por las que tiene que pasar la partera para poder trasladar a la mujer, ya que muchas veces, lo primero que tienen que hacer es convencer a _____ de la necesidad de sacar a la mujer.

Respecto a lo anterior. María Elena subrayó que en las comunidades, los hospitales tienen muy mala imagen, generalmente cuando se le *dice* a una persona que hay necesidad de trasladar al nacimiento, lo primero que responde es no, bajo el argumento de que ahí la gente va a morir. Desgraciadamente, no es solo una percepción, ya que siempre tienen el ejemplo del fallecimiento de algún familiar para apoyar su negativa. María de la Luz, argumentó que la negativa para venir se debía en muchas ocasiones a cuestiones de tipo económico, sin embargo, todas las veces insistieron en que esto no era lo rotundo, que lo realmente determinante era el miedo. Ya que ir a un hospital equivale a ir a un lugar para morir, situación que hace muy difícil labor de convencimiento para salir en casos de urgencia. María de la Luz insistió en señalar que, además del miedo, existían muchos otros obstáculos que impiden que las mujeres salgan para obtener atención.

Después de las reflexiones anteriores Adriana habló sobre un hospital parecido al de San Carlos. mismo que se localiza en la carretera rumbo a Jitotol, el cual funciona con financiamiento particular, pero con un enfoque de asistencia social. En relación con esto, Perla comentó que tal vez, si se hiciera un análisis de la forma en que funcionan estas instituciones, se podrían encontrar algunas personas que quisieran donar unidades médicas y, que también se hicieran cargo del personal y todo lo que esto implica en las ciudades, como San Cristóbal, se podía contar con una cobertura muy amplia de servicios privados, pero que en las comunidades se carecía de ellos. Que estos, son aspectos que requieren de mucho dinero para su sostenimiento. Adriana puso en duda lo manifestado, pero María Elena subrayó que existían muchas personas interesadas en invertir en las comunidades, que un ejemplo de esto lo consumía el programa Sehl (?), el cual es un internado para niños indígenas, de los cuales se espera, al terminar su carrera, que es de diez años, se reintegren a sus comunidades para realizar trabajo como promotores comunitarios. Mencionó que se trata de un internado *por el* gobierno del estado, en el que los alumnos internos, _____ (cursos) teóricos-prácticos de farmacia, epidemiología, ginecología, pediatría, neumonología.

Respecto a lo anterior. María de la Luz comentó: Que ese proyecto está bien pero, le parecía que esa suposición de integrar a los alumnos a sus comunidades de origen daba mucho que pensar respecto a su factibilidad. Perla intervino para replicar que, en proyectos de esa naturaleza, no es solo una suposición ya que desde un principio se firman compromisos, puso como ejemplo, su experiencia de trabajo con refugiados Guatemaltecos, en donde la población tuvo que aprender español y, a partir de ello, muchos se capacitaron como promotores y parteras y son quienes sacan adelante cualquier problema sin importar que se encuentran asentados en regiones muy apartadas, sobre todo, porque han incorporado el aspecto de la prevención, aspecto importante que debería de estar presente en todos los proyectos de capacitación, a su parecer, la mortalidad es tan alta porque no se sabe detectar.

Ad nana propuso que se analizara otro caso, propuesta que fue aceptada por todas, siendo Teresa la encargada de realizar la lectura correspondiente al caso de una mujer de treinta y seis años de edad, originaria y residente del municipio de Chenalhó, la cual ingresó al servicio de urgencias el quince de marzo de mil novecientos noventa y siete, a las nueve cincuenta horas, con un embarazo de término, óbito fetal y dolor abdominal agudo. Paciente que fue canalizada por el médico de la comunidad perteneciente al IMSS. En la exploración, no se localizó el tacto de la presentación del producto, presentando cuello dilatado y sin trabajo de parto. Después de las pruebas de laboratorio se encontró: presentación cefálica alta, hemorragia de diez puntos tres. Después de las indicaciones se menciona la de inducción.

En esta parte de la lectura Perla señaló que la mujer llevaba más de trece horas con inducción, señalamiento que fue recibido por María Elena y Adriana conforme Teresa avanzaba en la lectura, misma que continuó siendo interrumpida por señalamientos diversos sobre el mal manejo hospitalario que se desprende de los datos. De estos comentarios sobresalieron los relativos a la solicitud de que realizara el marido de la mujer, en el sentido de que le efectuaran una salpingectomía y, el hallazgo, durante la cirugía, de una ruptura uterina a nivel de segmento con la placenta fuera de la cavidad uterina y tapando el sitio de la ruptura.

Una vez concluida la lectura, el dato que motivó la discusión fue el referido a la ruptura uterina, misma que no fue detectada y, en cambio, diagnosticaron una colecistitis. Al interior de estas discusiones María de la Luz preguntó si era por la colecistitis que le habían administrado el Metronidazol, María Elena le explicó, que ese medicamento se lo administraron ya que generalmente en el útero hay unos parásitos que se llaman Tricomonas, los cuales, se van a todo el organismo. Adriana abundó en la información apuntando que además, se ignoraba el tiempo que el producto tenía de muerto, pues la mujer no se dio cuenta cuando dejó de moverse, además, la historia clínica no señalaba las características que presentó el óbito. María Elena comentó que de la ruptura uterina suya se dieron cuenta hasta el momento de la laparotomía.

En relación a lo comentado por María Elena, Adriana, indicó que esto había pasado porque el útero se rompió exactamente en donde estaba prensada la placenta lo que evitó que la mujer no se muriera de un choque hipovolémico y, resaltó la suerte de esta mujer. Perla estuvo de acuerdo señaló que también se había salvado de una peritonitis.

En el marco de estos comentarios, Adriana expresó que cuando hay óbitos es poco común que se realicen cesáreas, que ella podía inferir que se había realizado bajo un criterio guiado por la posición oblicua del producto, el cual, ni con la inducción de veinticuatro horas pudo salir porque estaba atravesado y, en esa situación, la única manera que existía para sacarlo sin cesárea, era despedazándolo dentro de la matriz, lo cual constituye una situación muy desagradable y por eso los médicos prefieren realizar la operación cesárea. Perla comentó que a su parecer, y dado que la situación estaba muy disfrazada, los médicos no se dieron cuenta de la situación de la mujer, además, el producto presentaba la actitud de un producto normal, vivo, ya que cuando se rompe el útero, el producto se *papalutea*, el sangrado es abundante y la presión empieza a dar problemas, pero que en este caso, la mujer fue muy afortunada ya que la placenta evitó su muerte.

¿María Elena propuso que para este [caso. cl](#) elemento más importante que se podía rescatar era precisamente la suerte de la mujer y su capacidad de soportar dos días de inducción y la intervención bimanual. No obstante los comentarios anteriores. Perla sostuvo su posición respecto al mal manejo que tuvo la paciente, particularmente durante los dos primeros días en que la mantuvieron con la inducción. señalando que afortunadamente con el hospital, se había contado con un ultrasonido.

Ante este último comentario, María de la Luz pidió, que dentro de los elementos que se rescataran, se considerara el hecho de que a esta paciente, el servicio médico que la atendió le había proporcionado todo lo necesario. sin embargo Perla consideró que esto no había sido de esa manera ya que las pruebas cruzadas no se habían podido realizar por falta de reactivos. Por su parte, María Elena consideró que el diagnóstico que llevó a la intervención quirúrgica había sido el de vesícula y en el momento de la Intervención se encontraron con el producto libre en el abdomen. que al provocarle las contracciones, provocaron que el producto estuviera más libre aún y, en este sentido, se tendría que pensar mejor sobre cuáles habían sido las condiciones institucionales que habían contribuido al éxito.

Dado el cuestionamiento anterior. Perla manifestó que el elemento había sido la laparotomía, ya que a su parecer. no cualquiera la realiza. Ante esta aseveración. María de la Luz preguntó por qué lo consideraba así. Perla contestó que era una intervención muy difícil, que requería de condiciones especiales para poder ser realizada, que se trataba de una operación muy chica que apenas permite ver el útero y, que se corría el riesgo de sólo sacar el producto sin darse cuenta de la ruptura, sobre todo, porque la placenta la estaba tapando. Que si ésta omisión hubiera sucedido, la mujer hubiera muerto, además, voltear el útero para revisarlo es una maniobra que requiere de una destreza especial. Al respecto María Elena refirió, que lo más probable es que hubiera sido una ruptura muy grande y que por lo tanto no hubo necesidad de voltear el útero.

Después de varios comentarios sobre las técnicas y situaciones en que se realizan reparaciones de útero y sus complicaciones, todas acordaron que el manejo terapéutico. había sido clave en la evolución favorable de la mujer. Consideraron que la inducción de veinticuatro horas no había sido un tratamiento adecuado, ya que lo normal en un trabajo de parto con contracciones es de ocho a doce horas en primigestas, que esta, era una paciente multigesta a la cuál le administraron la oxitocina, muy probablemente pensando en que sacara, por sí misma, al producto, ya que este estaba muerto y por consiguiente, no tendría sufrimiento fetal, en cambio, no importa que la mujer presentara dolor así como abdomen agudo, situaciones que, de antemano, estaban indicando una irritación peritoneal, la cual es ocasionada porque se rompe algo.

María de la Luz destacó que la cuestión de los óbitos fetales aparecía como un problema mayor. señaló que todas las historias clínicas que tenían a la disposición eran casos de productos obitados. María Elena consideró que la apreciación anterior debería ser investigada, toda vez que la historia que estaban analizando, daba cuenta de un producto que estaba a tiempo y, en el otro caso que había alcanzado a leer, se trataba de un producto prematuro que por lo mismo se podía entender que hubiera estado obitado. Al respecto, Perla comentó que es

Irl:Cucule que las muieres n(1 s dcii euen1.1 eine ci pn)eiu-el() \1 111) tiene n1c)■inmeln(), pero que en es-te caso particular, podía pensar que probablemente le había realizado maniobras v que el resuirado de estas había sido ruptura de útero, va que soio así se puede explicar que esto ha'ya sucedido, sobre todo, pensando en io ,grueso del músculo que es el útero, músculo que ni con la legra se rompe. María Elena mostrO su desacuerdo con esta apreciación indicando que ha'y veces en que el útero se rompe esDontrInuamente v cuando la legra es realizada por personas no calificadas, señaló ademas, que el producto va estaba fétido. Perla estuvo de acuerdo Pero s,)stuvo su teoría referida a la manipulación. agregando uue de otra manera, no se explicaba el por uue de la ruptora v, sobre todo, que no hubiera caído en una Tetánea.

base a los comentarios anteriores, el grupo durante un buen tiempo estuvo cambiando imPresiones sobre las diferentes técnicas de manipulación aue ejecutan las paneras para el acomodamiento del bebe en ei útero v del útero mismo, conclu'yendo que has' quienes saben hacer mu'y bien estas maniobras Pero, que son muchas mas las personas que no lo saben realizar.

Cuando el intercambio de ideas se centró en los elementos que se tendrían que proponer rara ser apo'yados o favorecidos por la difusión, la rr,esa acordó que ja caPacitación a las paneras v las usuanas, particularmente en lo que se refiere a las maniobras de acomodamiento. De manera rarticular. María Elena señaló. uue las muieres confían tanto en la partera. que se ponen en sus manos como si se pusieran en las manos de Dios. A este comentario Perla agregó que esto sucede va que por un lado, ha'y paneras que son capaces de realizar las cosas mas difíciles v por el otro están las cuestiones culturales v, haciendo una comParación con la cultura rnesnz: a indico: es igual uue en nuestro medio en donde nosotros nos ponemos en manos del doctor v en lo que el diga v haga. También aceptó que ambas situaciones no eran convenientes, uue resultaba necesario que las personas supieran algo sobre los cuidados de su salud v así poder drs: tinzun- cuando un maneju no es el adecuado. A estos comentarios María de la Luz agregó, que en la comunidades- s respeta a las parteras por qué son las que atienden v en consecuencia son las que saben. Sin embargo, Perla insistió en su posición respecto a las creencias v practicas que realizan las parteras, las cuales también estan' condicionadas por los -valores culturales que p.niam en las comunidades en donde, en muchas de ellas, las muleres no pueden ser tocadas- rn por la panera ni por el promotor de salud aún en situaciones de complicación del parto u cuando has- desgarrros, en esos casos, solo se limitan a *cachar* al bebé o recogerlo del suelo cuando va salió, que es en esos aspectos de la cultura, en donde se debe incidir para uuirar los tabus que tienen.

En este punto de la discusión María Elena intervino para señalar que el término quitar, debería de ser excluido va que en las comunidades existe la idea de que los de fuera llegamos siempre a quitarles algo, situación que es cierta y que no debería de seguir siendo. Que si bien es cieno que en las comunidades existe la necesidad de sanear algunos aspectos de la cultura, también es cieno que no se ha sabido como hacerlo, ya que cada persona tiene sus parámetros a través de los cuales mide lo que *le* conviene o no. Para reforzar su dicho, expuso su experiencia como médica. \-3 que cuando es llamada a atender partos, lo tiene que hacer con la muier en posición hincada, aspecto que resulta un problema ya que así, la muier no puede pujar y se presenta el sufrimiento fetal. También refirió que con el tiempo ella pudo aprender a dar la atención como las mujeres- lo requieren.

En base a lo excuesto Teresa opinó Que este tipo de prácticas no hacen ningún daño siempre cuando existan buenas condiciones para la atención del parto, lo cual sería mucho mejor, si hubiera un control prenatal. sin embargo, esto no es así y de ahí se derivaban una serie de problemas. además. en una población tan hetero-énea los casos no son iguales y siempre se presentan variaciones. Perla argumentó su acuerdo con lo señalado pero, apuntó la necesidad de examinar las practicas de las parteras ya que éstas, ni siquiera se plantean la posibilidad de revisar a las mujeres pues esto, no es considerado parte de su trabajo, toda vez- que este consiste en *cachar* el bebé y medio atenderlo, pero lo relacionado con el trabajo del parto y ese Limite que deben de tener no lo tienen, y es-us-, son aspectos que con todo y el respeto a la cultura se deben de examinar.

Ante las posturas anteriores, María Elena intervino para comentar que las parteras pueden cometer muchos errores, pero que tienen una *mágia muy e.Teciai* llena de sabiduría y destreza para manejar muchas cosas, que en su contacto con ellas ha podido darse cuenta de la facilidad con que pueden aprender desde controlar y cerrar un suero, hasta como resucitar a un recién nacido. Afirma su confianza en ellas cuando están capacitadas adecuadamente y habló del **lugar** y el respeto Que se les confiere en la comunidad, indicando que se trata de mujeres mayores a las cuales se les ve con el respeto que merece la gente grande.

médicos tratan de encontrar lo más que se puede sobre los datos de la paciente, sea con
misma, • sus familiares, pero que la gente o informan porque tienen miedo, generalmente
piensan que los van a agredir o a meter a la cárcel, por lo que consideraba necesario que
cuando se lo preguntaban para conocer los antecedentes de la urgencia, el médico les
explicaba que es el sentido de obtener esa información, ya que solo de esta manera se puede
poco a poco ir dando solución a un problema más allá de quejarse diciendo que *ár parteras* Jon

1TH5.2

Información de la Secretaría de Salud, se reportaba una proporción muy alta de óbitos.

rupturas. todas las uue puedan imaginar, i que de acuerdo a los cuadros que presentan las duran sei (tete días, tanto en el posoperatono como en el p()sparto, todas estas, son situaciones uue se piensan como imnosibles pero que se presentan. En este mismo sentido también st_nalO, que las parteras ante estas situaciones, no consideran que sea un problema que les competa. va que para la partera indígena de los Altos, el riesgo de morir así como su responsabdidad se inscribe en el marco de los tres días siguientes al parto, lo que suceda después de esos tres días, va no tiene que ver con el parto pues de acuerdo con el pensamiento de las parteras de esta región en el abdomen se localiza una fusa que permanece abierta los tres

Li amuuo universitano amouu poiueu, haelLndu Oil espual comentanu Lii el aspecto universitario va que set., ún su opinión ja actitud de los medicos ante el problema es de una parcialidad inquietante a uee normaimemc se declaran ajenos asneetos cuituraies LIUL se encuentran inmersos en el probloma de salud, para los medicos, senalO, su papel se reduce a enfrentar ^{exclusivamenteci} nrobiema uuirúrgico va que todo lo demas, le corresponde a todo LI mundo menos a Li.

Gaciela c, nvino c--)n lo exnresado por I lue,io v enfauzó que el problema uee en g,enerai Lstan en [rentando hospitales, respecto a las rupturas uterinas v los Obitos fetales, no es solo un problema de czracIracion Jc parteras, sino un problema de legisiaciOn va que se esta '\efldtend' a la ^{ente -mtocma} como si se tratan de papas fritas, va que no solo son las paneras uulenes maneinn -...iministrata este medicamento puede ser cualquiera, el mando, la suegla ei agente munciral, el hermanito todos 1 manelan sin restricciOn v eso es una Irresponsabilidad mw. grande.

Retornando lo cue decía Hugo, E.leasin rctiriO' su experiencia como pasante adscrito al Sezuro ^{menc:omb algunas} de sus inutnetudes de esa epoca, particularmente las que *se* desprendieron del ^{:nsurucional} de Mortalidad Materna en donde se festejó la ^{respecto a la venta v aduuisiciOn,} sólo con receta médica, de ciertas sustancias como la oxitocma v la hergolobina v. en contraste con esa referencia, apunto que actualmente hasta el Sitotec se nodía adquirir al menudeo.

Gracteia planteo ir Imnortante que podría resuitar hacer una revisión de los registros hospitalarios institucionales de los últimos cinco años en lo relacionado con óbitos fetales v rupturas utennas, va que entre otras cosas, el resultado de dicha revisión podría permitir avalar la elaboración de un documento firmado por el personal de salud v encaminado ha realizar las demandas especificas ante aquellos actores sociales que toman decisiones en materia de políticas de salud. También refirió, que lo expuesto es una parte de lo que este grupo de trabajo pretende realizar en un corto v mediano plazo. Partir de la realización de un foro al que asistan dos u tres personas clave v en donde se exponga la raíz del problema v lo que le ha costado en términos económicos al sector v en terminos de muerte a la sociedad, va que como se inencionO interiormente no solo es un nrobierna exclusivo de las parteras es decir que es un problema que por sus características no *se* va a resolver con la simple capacitación a las paneras.

Carrnciita consideró que la idea del documento era de suma importancia pero, reitero su posición respecto a la falta de recursos para la capacitación va que según expresó, de nada sirve realizar una acción de caPacitación para noventa paneras si nunca más se les vuelve a ver. Que desde su perspectiva, resultaba absurdo la ostentación que se hacía en los informes que declaraban ciento setenta v tres parteras capacitadas, pues eso era una mentira, sobre todo porque eso que *se* dice canacitación es únicamente una plática de una semana. Graciela comentó que de todas maneras ese número no es nada comparado con la gran cantidad de paneras que existen en la región de aní la necesidad de buscar los puntos de mavor impacto como puede ser el de legislar en materia de medicamentos.

Por su parte, Licasm comento que entre los medicos se nene la idea de que si las mujeres no consultan al médico cuando van a tener a sus hijos, lo hacen con la panera pero que esn cra solo una sunosición, va uee de acuerdo a su experiencia de ocho años de trabajo en la zona cic Chamuia quien atiende el parto es la muler mavor de la famdia v no por eso es una partera, que de ahí se derivaba lo mencionado por Graciela en el sentido *de* quien pone la oxitocina es el *que*. dentro de la familia, sabe invectar. Isto significa que las paneras, aquellas a Lis que las instituciones Capacitan, auenden mucho menos partos de los que en el Sector Salud se piensa o se cree, pues ahí se nene la idea de que tdos los mños que nacen en la comunidad son atendidos por parteraz, situacibn totaitnente falsa va que son atendidos por el mismo nucieo familiar v, que en este espacto solo se recurre a la partera cuando va el parte se C't nrfrlic() 11 ei producto esta muerto, es decir, cuando va no *se* puede hacer nada, por lo tanto a las paneras les sucede i mismo que a nosotros en las instituciones de salud. las personas llegan cuando va no se puede hacer casi nada. Carmelita tercio para opinar que además de los señalado nor el doctor, quienes acuden con panera lo hacen después de quinto mes de embarazo por ello mismo no pueden llevar un control prenatal.

Cinunando con los comentarios anteriores. Eleasin señaló lo difícil que resulta convencer a las personas de la comunidades para que recurran a las instiruciones de salud pero uee esto tiene su explicación en la exneriencia ue viven cuando lo hacen va uee llegan a un segundo nivel de atención v se encuentran que ahí tampoco se les puede resolver su problema, que esta es una de las causas por las que con tanta frecuencia manifiestan miedo v desconfianza a las instituciones. También expuso lo difícil que resulta traer al hospital pacientes para que les realicen la salpingc)ciacia v, que después de eso resulte uee en el hospital no has' cirutano, no hay anestesiólogo, no ha medicamentos o incluso casos en que la salpinguclasia se complica. Todo esto contribuye para que también en el primer nivel exista miedo de canali7ar pacientes porque en prim era v Ultima instancia el responsable de lo que pase es el que trajo a la paciente.

En refuerzo de lo maniebradu, Eleasin narró una experiencia ocurrida durante su estancia en una comunidad Charnela, durante la atención de una mujer embarazada a la cual le había detectado un óbito fetal, por lo uee habló con el esposo de la muier, mismo que fungía como agente municipal, con ei obietc) de trasladar a la muier al hospital. Una vez que logró convencer al hombre sobre la importancia v necesidad de acudir a otro nivel de atención, tuvo que enfrentar una situación conflicnva va que su proceder no fue visto de buena manera pues le imputaron, que trasladar a una naciente en esas condiciones, significaba incrementar las estadísticas de mortalidad. Cuando el criterio que lo había llevado a tomar esa decisión había sido el de salvar al producto captar una saipm guclacia pues se trataba de una mujer muingesta. Una vez que se resoivie) el problema de atención para la mujer, volvió a surgir una nueva problematica ante el reclamo dli producto por parte del marido, 10 cual implicaba que éste enfrentara una serie de trámites v gastos que rebasaban todas su capacidades y que lo llevaron a responsabilizar directamente al de la voz, por haber sido el, quien se había empeñado en que la mujer no fuera atendida en la comunidad, dada la circunstancia, se hizo frente a la situación con una serie de complicaciones que, aún en su posición de médico, le fueron difícil manejar v que Ic costaron, entre otras cusas, un reporte ante el director del hospital y que, en su coniuuto, le hicieron cuestionarse para qué canalizar pacientes al segundo nivel, para que captar salpingos, sigio único que se consiguen son enemigos, tal y como le sucediera, pues termino disgustado con el agente municipal, quien es el líder del pueblo y por

lo tanto, ¿cómo se puede lograr una postoperatoria en la Herida Quirúrgica y fue a él, a quien señalaron como responsable.

La experiencia narrada, las y los integrantes de la mesa concluyeron que el trabajo de salud en las comunidades es muy complicado. que se deben de reconocer muy bien los límites porque existen cosas por las que no se puede optar. aunque se sepan hacer, pues cualquier desenlace no deseado, lo que queda en luego es la integridad física, pues la expectativa de la gente es que el personal de salud es una alternativa y por eso le llevan a los pacientes. Pero el segundo nivel no funciona porque está mal planeado y por tanto no es un nivel adecuado para el tipo de pacientes que demandan sus servicios. En CS(5 hospitales se carece de recursos humanos, los cuipos son inexistentes pues lo que ha se encuentran obsoletos descompletos, los laboratorios son deficientes y también carecen de reactivos.

En base a las conclusiones anteriores Carmelita comentó que pareciera como si las instituciones no se percataran de todas estas cosas, a lo que Graciela argumentó que precisamente las instituciones se percatan de esto. son las que trabajan en las instituciones pero, por desgracia, son las que carecen de poder de decisión. En vista de lo cual el grupo de trabajo había pensado en algunas cosas que desde este espacio podrían gestarse, como por ejemplo, lo expresado por la prta Carmelita en el sentido de por un lado reconocer la importancia de la capacitación y, por el otro lado lo limitado de los recursos que le proporcionan para ello. En este sentido lo procedente sería elaborar una propuesta de capacitación en la cual quedara incluido este aspecto tan importante de los seguimientos para los casos de complicaciones, en este sentido, la propuesta quedaría integrada como un paquete que incluyera un análisis de la situación actual y la inversión necesaria para poder desarrollar la propuesta.

En este punto Hugo intervino para expresar que el problema no se soluciona con recursos ya que según su parecer, se podría contar con un hospital perfectamente equipado con todos los recursos y tal vez el problema sería el mismo, que para él, el problema consistía en definir cuando se habla de capacitación, cómo es que se está entendiendo la capacitación. Desde su particular punto de vista, la capacitación se tendría que entender como un proyecto educativo a nivel estatal, pero no sólo dirigido a las comunidades sino también a nosotros, pues los hospitales mestizos, no cuentan con un sistema de información, ni siquiera con trabajadoras sociales que hablen la lengua y que tengan disposición para estar informando a la gente sobre su paciente, que es lo que le están haciendo, cómo lo están haciendo. Todo esto se traduce, en la mayoría de los casos, en actitudes racistas en las que estamos involucrados todos por nuestra falta. De entendimiento a las motivaciones culturales que siguen a nuestras intervenciones en las comunidades y o con las personas, ya que los eventos que suceden están fuera de nuestro control y lo único que vemos son las repercusiones que tienen para con el trabajo que se realiza en los hospitales.

A partir de lo comentado por Hugo, Eleasín cuestionó los objetivos alcanzados por el CONALEP, institución que fue creada para dar respuestas a la problemática que se señaló, sin embargo, sus egresados se niegan a trabajar en la comunidad y esto plantea un verdadero problema ya que en la mayoría de estos casos, se trata de jóvenes provenientes de las comunidades que, al recibirse, prefieren realizar cualquier otro tipo de trabajo antes que regresar a la comunidad y resolver los verdaderos problemas.

111111Clull iiti nniguu uno 10 eual puslowto IULLMIULUI que el
 problema eLL la falta de aterielun ipt hUid i Lipusil_I'd1 de la ^{maici} (.11 la
 LiiLijLJ piatillLuL illt...Lz'uat.1 uL HuL i01laiLLL1 a

L. las c,,mutudades a tin dL que ellas puedan tomas Carmelita apum lo
 comentado v areg("), que en Liecto, muchas veces las 11-11.11LIZ uweren salir a buscar atención
 uut_ L>t1) no es p,,S1b11- toman las eleecisiones std,

C,nuuando con sus ideas. "Traciela retomn comn parre de sus eiemrins los anaiisis
 que se estaban real/ando en torno a las historias de esta misma sesinn v señal .) las múltiples
 i'acetas tje nresentaba .nciuso los casos de eXito. los casos en uue las muleres no habían

ti .iiih le la relac■,*n mesti/, c-uni apunto. tiene una historia fllllV \$27-ancie,
 la trasla..1,r na«:::entes "rente la carencia de recursos de los hospitales para
 atenderic,s o, las reijamentacioncs exisrentes que no responden al contexto específico en el que
 se eeneiaii L problemas o las necesidades eumo sería por eicmplu el asunto del traslado de
 cad,Yetes la te ame ntaci;n s.bre el mane lo de los medieamentos. T al0 cr-tkr, consti.nive
 una serie ele ersaulidades uue henen uue sr plasmadas, de alguna manera, en pro ■ectos
 encadenados, para uue cada LJUIL11. 21.:SLIC :'11 .1111bItC) de trabalu las va'a unpuisando, en este
 sentad—, :ambi;n Intermstitucional que cs necesario que
 5L z'b. nu1 hacen. que tienen uue incluirgentes de Ol■:G de otros *grupos* para que sea
 un luear en donde también se ventilen estas discusiunes v uue para que esto sea posible, pues
 tambi;n ha' qUe revisar la ree,lamentaca;n. Poder visualizar todú esto como pequeños
 rurnpeca',ezas uul euníurrne se an armando se eleben de rr incorporando al rompecabezas
 ma\i uue eunstutue la totalidad. Fin este sentido es que todos podemos contribuir desde
 nuestras paruculares ",pocas en una peueria iniciativa, la cual es más viable que pensar en la
 globalidad, que, aunue ideal, no la podemos abarcar.

Des pues de estos comentarios, Graciela reanudó su intervención v a manera de
 ejemnio, citó las preocupaciones de Carmelita respecto a la capacitación v le dijo: Tu estas en el
 area educación. tienes exneriencia en eso, tu tienes una idea de como enfrentar el problema.
Con esos elementos ni podrías hacer toda una propuesta v también inmulsarla pero como
 de traba;o. Algo smriar pdrl'an hacer los médicos uue parnc:ran en este<grupu respecto
 al ni bkma de los c.xitucicos, pues al final son ellos *los* más afectade-)s porque son uurencs
 reciben a las pacientes en Lsus stad0 dL lamentable gravedad.

En estos momentos de la discusión, Eleasin intervino para señalar que este año el
 servicio de urgencias había visto incrementado el número de rupturas uterinas. que, en lo que
 va del año, *se* habían recibido nueve casos..lnte la nrelrunta de 1 Iuo resnecto a si todos estos
 casos eran atribuibles a uso de nx,tocina. Flensin contestó que *eso* algo que *se* ignoraba pero
 que de los nueve casos dos habían t"H'ec:do, una en el m-ment- de la hi-terectornía v otra a la
 que en el proceso de recuperación dorruciliaria se le hizo un absceso residual v murió cuando
 regreso para ser atendida. También mencionó que en esos momentos se encontraba internada
 una de las nueve, a la cual, tambic'n se le estaban formando abscesos residuales v se ignoraba
 como pudría ser su evolución. Refirió que este número es elevado si se considera que en años
 anteriores el promedio de atención para este tipo de casos era de dos o tres al año. , \gregó que
 su tesis la había realizado en diez ocho comunidades Charnulas, en el tema de mortalidad
 materna y mortalidad infantil, que para ello había recurrido a quinientos casos, que también

existía un tabaco de nienol en ■eigadula yue un alumno del COI\I\LEP .d eual el, había asesorado yue se trataba de dos trabajos yue el ponía a disposici("n del grupo curno material de anaiisis y rcrLL X1(11.

/,-)r su parte, iracteia scnalO que ci problema de las rupturas uterinas debía ser considerado un problema de salud pública va yue junto con la incidencia de CaSOS, también estaba presente una diversidad de problemas due se evidenciaban al momento de hacer segamm+enos. Carmelita nten-rio para montar uuc una de Lis cosas iuc no habían consteierad) en las discusiones anteriores, respecto a lo de la capacitaw'm era el aspecto relacionado con la cap2canc1bn a las g entes que atienden o son propietarios de farmacia, ya que es .mu común yue la gente recurra a ellos para atender sus problemas de salud. Eleasin mantí su acuerdo con ia propuesta vieurei, que sus preocupaciones por el problema de la muerte materna provenían de la época en que realizu trabajo en las comunidades Chamuias, que algo yue siempre le inyuien). era el poder reconocer que u cual eran las causas de las rupturas uterinas. Graciela le pregunto si en ese entonces el se imaginaba yue la oxitocUla pudiera ser la causa, a lo que el contestó due si. que tarueba de ello 'era que desde novecientos noventa uno, a través del IN1SS se estuvo insistiendo en una legislación específica para el manejo y disposición de estos medicamentos. Interrogado respecto a las instancias hacia las cuales canalizaron sus peticiones. Eleasin respondió que estas no habían sido concretadas en peticiones va LILIC se habían quedado en el ámbito de las conclusiones que se derivan de una sesión de análisis, conclusiones con las que no pasa nada porque no se hace nada, sobre tudu pulyuc cii el IMSS, los médicos rurales no cuentan, sus propuestas y peticiones se pasan a un análisis del Comité v después no sabemos nada más, pero desde novecientos noventa uno, los médicos rurales pedíamos que se legisara. En otro orden de ideas, Eleasin expuso: Yo nae he puesto a pensar en las rupturas uterinas, en el por qué antes no nos llegaban a Salubridad, v, me respondo a mi mismo, qué tal vez se debía a que llegaban a la Clínica de campo de San Felipe v, como ahora, a partir del noventa y siete ya no funciona como debía funcionar, es decir, va no trabaja sábados ni domingos porque le han quitado recursos, le han quitado los residentes, creo que esa ha sido la causa por lo que el volumen de rupturas uterinas a aumentado en este otro hospital. Lo aue duiero decir es que esas rupturas, no han aumentado, que L que pasa es que antes las personas llegaban al IMSS, porque ahí les resolvían v además no les cobraban, ahora como se habla de que va a desaparecer el IMSS, por lo de la descentralización, pues vo creo que la gente prefiere ya no ir allá. porque no encuentran ginecologu o no encuentran anestesiUlogu u algo no encuentran, por eso ahora están llegando a salubridad. Por todo esto yo pienso no en un aumento de rupturas uterinas, sino en una disminución de atención de los servicios v, realmente, esta es mi teoría.

A su vez, Graciela expresó su teoría al respecto manifestando lo siguiente: el uso de oxitocicos en esta región fue mas tardío que en otras regiones en las cuáles data de los años setenta, es más, vo en el ochenta v ocho no veía que las parteras los usaran o que la gente mencionara que los usara, esto ha comenzado a aparecer de cinco años a u fecha. Esto lo mencionó en base también. -al trabajo que esto realizando relacionado con unos seguirru—entos que hicimos del año de md novecientos ochenta v ocho a md novccientos noventa y tres y en los cuales va aparecen lo oxitocicus, fue entonces en el ochenta v ocho cuando comenzaron a usarlo las mujeres jóvenes quienes losiguieron haciendo año tras año y a las cuales no les paso nada v, en cambio, les dio la idea de un Medicamento exitoso. Como parte de este proceso de uso de oxitucMa v con el transcurso de los años, la población usuaria se ha ido acumulando y

usuelo Z•lti pil.PL1.111.1, Lii Li
 se presentan las consecuencias la gente no ^{tt+} eapaz Jc asociarlo con LI medicamento. Es
 Si tu usas aigo 11(te hace daño te muelas, ruk.s Lilt,>ncLs Ls si tu usas aigo
 te mueres, cst, steznit'ica una leeeit'w que ligente aprende. Por orro lado si vemos las historias
 de las Inuterres que llekzaron a un hospttal con este tipo de pru'ulernas. nos damos cuenta que se
 trata de muleres muith. ;t_stas, en ii)1145 hiStl wiitsque rclIridas a las muieres que
 11111111.1k n las comunidades la ituaci u es otra, va que se trata de. rnuieres iOvenes, las cuales,
 segUn :ras conclusioues. son las Hue inent,s redes de apuvo tienen para p,,L1Lr resolver SUS,
 ;,eneraiml_nie muleres de cria ■t,r edad tienenlatios rna\ ores, los cuales
 han

rado un papel inip,,rtante en li Lituilia constitu'en un elemento detennutante en la
 resoluct,"n de pr,b1L11-1:is dL estas .-nuiLtes. todo lo anterior, estov convencida de la
 neeslel.tel JL haci esa revisi,"n JL los cuteo anos en los ,Irchivu:, de los dos hospitales v
 decirles Hue creemos que este Ls un problema graNe que plantea la necesidad de hacer esa
 búseiweda, elspues, c.on los datos Hue se obtengan, hacer un elocumento conao el que hice
 para Chenalho v mandárselo a Gregorio Pérez Palacios. mandárselo a Ramón de la Fuente v,
 hazer artieult,Lii L petio-dico ustedes vetan que rato cdos van a estar rendientes de lo
 Hue pasa. L demas mtegrantes de la mesa estuvieron de acuerdo con ei planteamiento

Pr su parte Eleasin c2mentO uee en todo caso para el. lo mas importante sería
 realizar la recolección de información, compararla entre los dos hospitales v tratar de rastrear el
 USO de oxicocicos. 1 Iu^{so} comentó uee una denuncia de esa naturaleza resultaba conveniente
 sr,hre tr^o para los médicos. quienes tenían en iuego su prestigio dadas las dimensiones del
 problema. y en muchos casos, la falta de respuesta satisfactona para la población. Consideró
 que. inf.-,rrnacij,n de e51 nanaraleza enviada a la jornada no podía tener otro carácter mas que el
 de denuncia y por Li tanto, el impacto de ello sería Un^{Presionante} v de beneficio para la
 poblaci:qt. En este punto Graciela subra^{vo} uee la intención iba mas allá de lo uee comúnmente
 se conoce por obtener un beneficio, ya que se trata de evitar que las mujeres siguieran
 muriendo. Itugo reconoció que esa era la dimensión real v que por lo tanto no se podía jugar
 can la vida.

Ei este mismo orden de ideas. Graciela hizo referencia a la mortalidad infantil
 asociada fallecimiento de la madre comentó que la sobrevivencia infantil después de que se
 mueren las muieres es rrunima situación uee lleva a cuestionarse el por aue tienen que haber
 tantas muertes sobre todo de esa naturale7a que Lis hace totalmente evitables, que resultaba
 absurdo que, casi en mil novecientos noventa v ocho, se ignore que esta pasando con un 90°0
 de las muieres que se están muriendo en las comunidades v que las que llezan a un hospital /o
 hagan en condiciones de gravedad extrema y, ahí en el hospital. el servicio de urgencia no
 tLngasAngre no una que ílu CuLilte con los reactivos para realizar
 pruebas cruzadas, para hacer un grupo sanguíneo, ni ravus equis ni ultrasonografia.

Sguiencio con la temática. Eleasin señaló que para el, los recursos estaban mal
 distribuidos que su sentir lo podía basar por ejemplo en la incongruencia a la que se
 enfrentaban médicos especialistas uee habiendo sido ca^{pacitados} en un tercer nivel como el
 Centro Médico o el Siglo XXI que, llegando según el a resolver problemas de segundo nivel
 resulta que el único trabajo disponible es una clínica de Chamula. Tal vez cualquier persona
 que escuche esto pudiera decir: pues si esta bien porque ru'ái también hay mujeres que se están

munendo que requieren la atención de un especialista. Puro no es tan simple va que un especialista de tercer nivel requiere de todo lo necesario para poder trabajar va que para que te sirva un ginecólogo si no viene anestesiólogo o no tienes cirujano, pues no te sirve para nada porque en esas condiciones usualmente se usa la mitad del recurso. lo mismo sucede si tienes todos los recursos pero no tienes el quirófano y el problema está ahí en la forma en que se distribuyen los recursos eso hace parecer que no

Con el fin de contextualizar el planteamiento anterior. Eleasín explicó que en Chamula existía un ginecólogo al que durante mucho tiempo se trató de radicar en el hospital de San Cristóbal con el fin de poder cubrir un turno que carecía de este especialista, que después de mucho tiempo por fin se le sacó de Chamula y el ginecólogo quedó adscrito a la institución familiar. si bien resultaba cierto que en Chamula hace falta un médico, esto no tiene porque ser un médico de tercer nivel el cual había aceptado ir a Chamula por la necesidad que tenía de conseguir un trabajo, pero que en realidad su verdadera especialidad no se veía en Chamula. Entre otros ejemplos que también señaló sobre la inadecuada distribución de los recursos se le citó el caso de Oxchuc, en donde según su información existe el hospital que cuenta con la mejor plantilla de personal de la región. especificó que ahí se concentran: dos ginecólogos, dos traumatólogos, dos cirujanos. Señalamiento de Graciela en el sentido de que paradójicamente es el Municipio en donde se concentraban las más altas de mortalidad. Eleasín respondió que efectivamente y que por eso se consideraba inadecuada esta distribución cuando en los hospitales de segundo nivel se carece de estos especialistas.

Como resumen de sus exposiciones, Eleasín comentó que el problema radicaba en quienes hacen las contrataciones de personal va que el criterio es cubrir las necesidades vacantes sin importar el perfil de quien las cubre. Si embargo también refirió que los momentos actuales pueden ser considerados como la mejor época del hospital regional. va que se cuenta con una buena plantilla de médicos especialistas, pero no obstante esto, el aspecto de los recursos materiales sigue observando incongruencias como lo es el caso de un ventilador cuyo valor excede los quinientos mil pesos, mismo que está destinado para pacientes graves pero con la salvedad de que no lo pueden utilizar porque no hay quien lo sepa manejar. Consideró

que el lugar del día el ventilador, hubiera resultado más conveniente poder contar con un ultrasonógrafo y medicamentos. va que con el costo del ventilador se hubieran podido comprar por lo menos tres ultrasonógrafos de los buenos. Concluyó diciendo que esas son las cosas que le hacen pensar que no es una falta de recursos sino mala administración de los existentes.

Entre las reflexiones y propuestas que surgieron después de los planteamientos anteriores Graciela enfatizó la importancia de impulsar las necesidades de los hospitales de San Cristóbal. sobre todo por las posibilidades de éxito que se podrían tener en razón de las políticas existentes de canalizar recursos para Chiapas, de ahí, dijo, la necesidad de presionar y de justificar, ya que las acciones que se realicen en ningún caso observaran la tendencia de presionar por presionar, toda vez que existen problemas cuyas necesidades son reales. En este sentido, Eleasín comentó que para él, lo que realmente necesitaría ser fortalecido es el primer nivel de atención con médicos generales las veinticuatro horas del día, que tenga los recursos y la capacidad para resolver los problemas de ese nivel y, que cuenten también con la seguridad de que cuando realicen un traslado puedan hacer a un segundo nivel de atención en donde les

Vin a resolver U pr,bielna 1.1 II(1.1 d la semana eii que lleguen, ya elue en las circunstancias actuales las cosas no son así.

A partir de los señalamientos anteriores 17.1easin comentó que algo que resultaría ideal sería aue los médicos especialistas existntes pudieran establecer una coordinación tal. que sin importar a que dependencia de salud pertenecen. pudieran auxiliar las emer#encias que se presenten por une n la realidad aun jos de una misma instituciOn no se apovan, generalmente cuando se canaliza un paciente al segundo nivel, este nivel no es capaz de decirle al paciente en el alta, eun tu médico dde que se te hizo esto, para que el te haga segunnierto, pero no se hace. si#uiera con niños que se mueren flor diarrea u por bi..neuneuionía, que según, son los programas prioritarios, ni en ellos se hace. También senal,"LiUe n e. expLica como por d,111111,1 lo del cólera pudo tener tanto impacto considerando la situaciUn de las insuruclunes.

Respecto a este último senalarniento Graciela mencionó aue se había debido a que se utilizó una campaña muy agresiva v funcional por parte del sector, que esto sé podía apreciar cuando se va a una comunidad y re das cuenta uue la #ente sabe poraue surge el cólera, cuáles son las broncas *del* cólera y también saben uue si vas al sector v dices uue alguien se murió de cclera#...c#itarnente asisten a ver aue rasa. Consideró que esta había sido una campaña de mucho imnacto uue re hace rensar en que las cosas si se pueden, quizá desde distintas estrategias v desde. disuntus niveles, s,,bre t,,dos quienes surriUS médicos institucionales porque a nosotros nos cue.sta mucho ooder pensar que podemos Unpactar en un cambio estructural, poruue no en ■ ano nos encontramos al interior de un sistema muy autoritario.

Iugu Eleasin agregaron que dentro de lo senalado, se tendría que considerar también, ea carencia Ue existe entre los médicos instatucionalcs de una visión integral.

< i=r Seuuncia narte, Presentación de resultados

Metodolo gi;a: Cada mesa nombró un (a) representante encargado (a) de realizar, en un plazo no mayor de quince minutos, la presentación de resultados de conformidad a las preguntas contenidas en la agenda de trabajo, los resultados expuestos se fueron incluyendo en un cuadro de concentración preelaborado de antemano. Al término de las exposiciones, se abrió un espacio destinado para la discusión grupal y o para que se realizaran las intervenciones pertinentes a cualquier omisión, va fuera del representante de la mesa o de la persona

que presentó los datos.

Resultados del concentrado que se elaboró durante la presentación de conclusiones de cada mesa

Factores que a nivel institucional colaboraron en el éxito de la intervención hospitalaria:

- Atención inmediata
- Diagnósticos oportunos
- Atención oportuna
- Seguimiento y manejo adecuado de la paciente
- Existencia de condiciones que realice la intervención

Factores familiares que intervinieron para evitar la muerte materna

Logro de trasladar a la mujer al ámbito institucional

Elementos que se considera necesario incidir vía su promoción y/o difusión

- Una atención ética, humanitaria y profesional, en la cual no tengan repercusiones las discrepancias que puedan surgir entre los distintos servicios hospitalarios y, que garantice a las mujeres una atención integral.
- Una actitud más dispuesta por parte del trabajo social para apoyar las necesidades de información, orientación y todo tipo de apoyo que los familiares de una paciente requieren para solucionar todos aquellos aspectos relacionados con obtención de sangre, medicamentos y todo tipo de trámites que sean necesarios de realizar
- Deficiencia y carencia de equipo

Que Comités Institucionales e Intennstiruciunales de Mortalidad Materna sesionen realinuite buscar los inccanisinu para que a estos se incorpurLn representantes de organizaciones sociales.

Recursos para la canacitación v ei segumu-ento de casos

0 Presugiar *el* trabajo de salud en zonas indígenas v con indígenas

O Adecuar el primer nivel de atención a las necesidades de las comunidades

0 Cmbiar las ideas respecto a que una retención *de* placenta es igual a muerte, proporcionando información sobre este proceso v haciendo énfasis en la necesidad de trasladar a la muiLr al hospital

0 Curno reintegrar a la comunidad a las personas que se capacitan fuera de ella

5:j Discusión final

utaneladas por partera, son p: acotes a las que posiblemente se les administru" oxitueina, lo cual
Lis liic UL LuIR itho si son inultigestas.

Llrendira v Vleasn matufestaron su acuerdo en relacit'm con 13 intervenció anterior, la primera señaló, que habitualmente los iamiiars no trasladan a la paciente sino hasta que la ven mu^v mal, pero ni aún así, contestan cuando se *les* prezunta sobre lo que le administraron en ia comunidad, por in cual, los médicos tienen que deducir, a partir del estado de la paciente, el uso de la exitocina. ElcasM agregó que incluso cuando Ilegan con la perforación uterina jo dicen va que siempre se

Perla intervino comentando que efectivamente es un hecho el uso de la oxitocina en las comunidades, pero que en los hospitales nunca se señala en las notas a nivel de sospecha, lo cual provoca ciue también en los hospitales se maneje mal este medicamento, no sólo porque a ia paciente ie vuelvan a aplicar mas, sino ue a veces, como se ve en las historias analizadas, se hacen exposiciones de tres días, que lo anterior no era sólo problema de un hospital, sino de todos.

Ecastn apuntó que efectivamente el manejo en la comunidad era on punto que pasaba desapercibido el cual debería de anotarse ya que es un punto importante ya que la manipulación por partera si_lmirtca aplicación de oxitocina y de cuantas hierbas hay. Por su parte Graciela intervino comentando que no se podía c()Inparar el uso que se hace de la oxite)cina en los hospitales ccn el que se hace en las comunidades, ya que en el primer caso se hace por goteo controlado y en el segundo es intramuscular.

Ai último comentario Perla respondió que el uso de la oxitocina en los hospitales lo consideraba arbitrario pues no existía una norrnatividad sobre cuantas horas *se* puede tener induciendo a una paciente, independientemente de si es fin de semana o no ha v especialistas, ya que ixisten muchos casos en que *se* deja veinticuatro horas en trabajo de parto aún cuando se esta viendo que la inducción no

Por su parte. Mercedes v I leréndira expusieron une, co los casos Itnalizados, se podia ver que la valoraciOn de la pacientes no había sido la adecuada. Graciela intervino para apuntar que a esta situaciOn contribuía de manera importante el constante cambio de médicos, lo cual se tefletaba en la falta de continuidad en los registros de los expedientes lo que hacía evaluarlos ya que dejaban fuera cosas que pasan. Que posiblemente, esto tenga como base el cansancio de los médicos al momento de hacer las notas. No obstante los comentarios señalados, todas y todos coincidieron en que los expedientes analizados estaban mejor integrados que los de las historias anteriores, no obstante, la gran cantidad de abreviaturas, las cuales si bien son universales, aquí se pierde su universalidad por el abuso que se hace del acto de abreviar y, por la diversidad de servicios que las realizan, ya que no solo se refiercn a síndromes pues incluyen hasta las urdenes.

El aspecto de la capacitación constituó otro punto de reflexión general, en el se volvió a cuestionar la Figura de la partera como centro o punto *de* interés para las acciones capacitación y promoción. Se volvió a realizar el planteamiento de la inexistencia de un perfil

de partera. De manera particular Teresa expuso: que con todo y que existen, como había seriado Perla, parteras con muchísima experiencia, que de manera muy tina saben en que momento hay que trasladar a la paciente o, hacer tal o cual maniobra, no existe, entre todo que llamamos parteras, una formación ni un conocimiento amplio sobre lo que es la atención del parto. que en muchas ocasiones se le da el nombre de partera a una mujer que atendió parto de su hija o de su hermana o de su nuera, por lo tanto, consideraba importante no limitar la promoción de la salud hacia las parteras, pues con ello se perdería una buena parte de la posibilidad de vida. el contexto de esta discusión, también se habló; de la necesidad de incidir en los aspectos culturales y, *osumbre* en donde el marido es quien decide sobre vida de la mujer y en donde se carece de una visión compartida de la maternidad, a fin de que el hombre, (aún señaló Perla, participe de manera más activa y positiva frente a los procesos reproductivos como el parto y el puerperio y no sólo se limite a dar su permiso para que a la mujer le pongan el dispositivo o le hagan la salpm.

En este punto Fleasman intervino para subrayar si bien es cierto la ausencia en la población de educación médica también es cierto que a las comunidades se ha entrado con la idea de integrarse a la comunidad sino de que la población haga lo que uno quiere, que si finalmente nunca se ha hecho un esfuerzo por comprender la cultura y lo que son las cosas que ellos pueden hacer para conservar su salud. Por su parte Hugo manifestó que los factores culturales influyen profundamente en la interpretación de lo

pasando por otro orden de ideas, se abordó, la visión y las actitudes que prevalecen en las comunidades respecto a la retención placentaria, Hugo expuso que cuando no se vive como algo natural, se plantea una actitud médica, sin embargo, en el ámbito médico se han dado casos de retención placentaria con cordón oprimido, hasta de doce y diez y ocho horas sin ningún problema, que incluso el habla habla de tres semanas. A estos comentarios Perla refutó diciendo que no se podía hacer una consideración de esa naturaleza ya que más bien depende del estado término dinámico en que se encuentre la mujer, ya que a ella, le ha tocado recibir casos de retención placentaria de seis horas con las pacientes chocadas.

En el momento en que Hugo y Perla, Fleasman respondió que la urgencia médica en casos de retención placentaria dependía del tipo de desprendimiento y de si el hematoma es anterior o posterior.

1. Tercera parte: Acuerdos y Compromisos

Acuerdos

Próxima reunión 24 de noviembre

Compromisos

- j.) Entregue una minuta por parte de Salud Reproductiva, el día 21 de noviembre en el momento de la sesión de trabajo.
- Personas encargadas de la presentación de proyectos de capacitación: Posibles: Armando, Noreldis Seguros, Casili

Qa" Cuarta parte.- contenido de la sesión vesperrina

ances de los cumprunnsus cuncerradus en la sesión dliferlOf

especU-icatucute ten ,ohre salud reproductiva, primero para poder c,ntar mñidicha
intonnación e segundo, parn remarlos ·hacer un analisis tendiente a distinguir cuales son los
nudos v contradicclones que se nrcsentan al interior de la legislación en materia de salud
Icrn)Juctivl v, reconocer cómo, a través de estas mismas normatividades, se impide o limita el
acceso 1 e e reten o de It derechos a salud, partieularmentc a la salud reproductiva.
método de PF y el momento de acceder a él.

Planeación, algunos Convenios de Coordinación de otros estados, porque no he podido localizar el de Chiapas, y esto también lo he hecho con algunos documentos normativos como Los Planes Nacional y Estatal de Desarrollo, El Programa Nacional de Salud, Los Programas Nacional y Estatal de Población, vigentes para este sexenio. También he podido localizar referencias concretas que nos permitirán obtener algunas normas técnicas y esperamos tenerlas pronto.

En el momento los hallazgos que he logrado no son nada novedosos ya que sólo me llevan a distinguir de manera muy **guasa**, por decirlo de alguna manera, cuales han sido los soportes constitucionales para que las políticas de población y sus disposiciones administrativas tengan preeminencia sobre lo que son los derechos reproductivos y las garantías individuales y sociales y, bueno lo que pasa es que para mis análisis considero al individuo como construcción social y en ese sentido, la salud como garantía social debe existir independientemente de si se ejerce o no se ejerce por el individuo y, a la inversa para las garantías individuales los derechos humanos que también son individuales, es decir ahí el estado tiene la obligación de no hacer u oponer cosas que limiten el libre ejercicio de esas garantías y derechos individuales independientemente de lo que el Estado considere el bien común, ya que lo común está formado por individuos concretos y no esa masa abstracta que son las mayorías en el discurso oficial. Bueno creo que esto es parte mis análisis y bueno es todo lo que he podido avanzar. Bueno y otra cosa que también quería agregar, porque no la mencione al principio, es que la revisión de las leyes la estoy haciendo a partir de los ochenta que es cuando, *ellet.uon lo trus istlifiCatiVoS cainuiiuii legtMlitiVoM ell Cl paím, peru nu ;151* Lutt dokJunktuus nonualtus si los programas operativos ya que estos como dije corresponden a este sexenio y también decirles que si a alguien le interesa tener el extracto de los documentos que le he revisado OLICS .1L11.1 lo tenemos y está a su disposición gracias.

La segunda presentación estuvo a cargo de María de la Luz' quien expresó: Yo me apunte con Recursos Materiales ya que pensé que era importante para el trabajo que estamos realizando aquí, conocer los recursos con que cuentan los hospitales de San Cristóbal. Hasta el momento sólo he investigado en un hospital (clínica de campo del IMSS). Los datos que obtuve son los siguientes: Los recursos humanos están divididos en consulta externa y las necesidades del hospital. En la consulta externa se realiza el contacto de primer nivel a través de cinco médicos los cuales cuentan con cuatro consultorios. Estos cinco médicos están localizados en los turnos matutino y vespertino y cubren lo que es la atención al embarazo 1101-111:11 y el puerperio y, cuando detectan un embarazo de alto riesgo cuentan con el apoyo del médico de la especialidad de gineco obstetricia en consulta externa. Este médico que proporciona apoyo está adscrito de base al hospital y tiene divididos sus días de trabajo entre la consulta externa y el hospital.

AL Inaisa.- Vistas hablando del régimen ordinario?

Este es un informe general del personal con que cuenta el hospital no se realmente a que régimen pertenecen.

Adriana.- Lo que pasa es que en el hospital digamos que hay cinco médicos familiares cuyo turno es de horario discontinuo es decir que trabajan en la mañana y trabajan en la tarde,

¹ diferencia de la presentación anterior. esta es una mediada por diversas intervenciones de las participantes dada la relación directa con el sentido y la secuencia del informe no fue posible dejarlas al margen del texto, sin embargo, estas intervenciones no aparecen integradas por lo que las personas interesadas en conocer la totalidad de las mismas deberá consultar la transcripción mecanográfica de la sesión.

pero estos cinco médicos, también se encargan del servicio de urgencias una vez a la semana. Hoy, los dos médicos que existen y que son de nivel treinta y cuatro, nada más trabajan en el hospital y apoyan cuando algún médico falta. Los médicos de base son cuatro: ginecología, cirugía, pediatría y laringología y, aparte de estos, están los residentes que son cirugía, ginecología, medicina interna y pediatría, pero los médicos de base no atienden a los del régimen ordinario.

ario.

Graciela.- tienden solo a los de Solidaridad.

Adriana.- Así es, y aunque no exista ningún otro médico ellos no atienden a los del régimen ordinario por cuestiones internas del mismo hospital. Por eso (esto es lo que te puedes encontrar que en la consulta externa el 90%) de la gente es de San Cristóbal y no gente de comunalidades. El que se trata de las personas que son trabajadores pet-o o los trabajadores asalariados a los que les descuentan a la seguridad social.

Luz.- está muy bien eso que haces, porque lo que tu dices es cierto pues efectivamente sólo hay un especialista y está por contrato y pertenece a otro régimen, pero lo que el director del hospital dice, que se ha logrado hacer en el hospital un buen equipo de trabajo y por lo tanto cuenta con el apoyo de los médicos cuando se necesita. Bueno como les decía. La consulta externa y consulta para el hospital que hay cinco médicos familiares y un médico que es el especialista, que está para el régimen ordinario pero que se cuenta con su apoyo. El director del hospital considera muy importante la existencia de un especialista para el régimen de Solidaridad, porque de otra manera que harían, sobre todo considerando que se trata de la clínica más grande de San Cristóbal. Él menciona que por un lado es bueno contar con un médico de base pero que por el otro lado esto no favorece al IMSS, pues los médicos de base mantienen una actitud de falta de disposición, son muy apegados a los horarios establecidos. Menciona que Solidaridad funciona por otra modalidad que son los residentes, quienes de acuerdo a su opinión, proceden de buenas escuelas, tienen disposición, generalmente están en el hospital y rinden más.

Mercedes.- si, son a los que explotan

Si, él reconoce eso pero dice que hay necesidades que resolver, que en efecto como trabajadores si se les explota porque se les paga menos, pero que los residentes tienen mejor capacidad de trabajo y aguantan más y que ahí lo que se necesita es que se resuelvan problemas.

Laura.- Pero los residentes solo son por seis meses

Luz.- Exacto solo son por seis meses pero él decía que vienen y van y que por el ritmo del hospital se integran rápido, que son casos muy aislados donde se ve que no entran a la dinámica de trabajo pero que estos son casos muy raros. Señaló que éste es el sistema pero que gracias a éste sistema se favorece que no muera la gente. También me comentó que el que más quisiera que se le pagara bien a la gente, que no se le explotara, pero que no hay otra alternativa y, que en todo caso si hubiera que pedir salarios él pediría como los que tienen los diputados que no trabajan u que se quiten esos salarios y que los manden para acá, pero que por lo pronto, ese es un punto que no causa problemas porque el sistema está funcionando. Sin embargo, reconoció que hace falta un ginecólogo, un cirujano y un anestesista para que haya un médico de guardia, así como una gente de base para el laboratorio ya que el problema se presenta los fines de semana en que este servicio no funciona. Sin embargo él hace un reconocimiento a las personas que trabajan en el hospital y dice que cuando se necesita dan su tiempo aunque no se les pague pues se ha podido desarrollar una conciencia del trabajo que se realiza y la ayuda que este representa, para la gente y, que ahí radica la base del éxito en el funcionamiento del hospital.

me hubiera gustado haber podido leer el resultado de mi Investigación sin Interrupciones, ya que los comentarios del Director son muy bonitos pero bueno, otra cosa que el señalaba es que en el hospital hay el nivel treinta y cuatro, que el hospital ha hecho como escuela y que esto tiene mucho que ver con los residentes, pues su papel ha sido muy importante, que los médicos pasantes (ahora ya no hay pasantes), los técnicos, las enfermeras han tenido permanencia, lo cual ha determinado que con el tiempo alcancen habilidades de una gente capacitada para resolver problemas en urgencias.

Por otro lado se mencionó que el promedio de atención de parto del hospital es de 130 al mes lo que significa que funcione básicamente para eso ya que el 70% de su atención es para partos. Que de cada diez cirugías que se realizan ocho son cesáreas, lo que lo hace funcionar como un hospital materno infantil.

También mencionó que anteriormente habían tenido problemas en relación con recursos, pero que desde mediados del mes pasado comenzaron a recibir recurso y ahorita, ya que tienen problemas con los medicamentos y algunos de los medicamentos que les han enviado no se usan, que tampoco tienen problemas con la anestesia y él considera que esto está muy relacionado con el conflicto y por lo mismo no se puede pensar que el suministro de recursos sea de una situación permanente.

Adriana.- Al nivel nacional existe una crisis pero no para los hospitales rurales de solidaridad, pues dependen de un comité institucional que se encarga de que no les haga falta nada porque están en lugares prioritarios, incluso las Unidades Médicas Rurales siempre cuentan con recursos. Si se hiciera una comparación entre el régimen de solidaridad que es para población abierta con el régimen ordinario que es de derechohabientes, este último generalmente todo el año se la pasa en crisis, pero en solidaridad nunca, porque el dinero que

se le da al nivel nacional existe una crisis pero no para los hospitales rurales de solidaridad, pues dependen de un comité institucional que se encarga de que no les haga falta nada porque están en lugares prioritarios, incluso las Unidades Médicas Rurales siempre cuentan con recursos. Si se hiciera una comparación entre el régimen de solidaridad que es para población abierta con el régimen ordinario que es de derechohabientes, este último generalmente todo el año se la pasa en crisis, pero en solidaridad nunca, porque el dinero que se le da al nivel nacional existe una crisis pero no para los hospitales rurales de solidaridad, pues dependen de un comité institucional que se encarga de que no les haga falta nada porque están en lugares prioritarios, incluso las Unidades Médicas Rurales siempre cuentan con recursos. Si se hiciera una comparación entre el régimen de solidaridad que es para población abierta con el régimen ordinario que es de derechohabientes, este último generalmente todo el año se la pasa en crisis, pero en solidaridad nunca, porque el dinero que

Luz.- Bueno como está levándulos, el director dice que en el aspecto de los médicos él no ha tenido problemas, sino al contrario pues es gente que ha trabajado mucho y que la secuencia no se pierde aunque solo están seis meses, que el problema que se viene ahora es el de la saturación de las especialidades y que considera que esto comenzará a reflejarse el próximo año.

Graciela.- Él prevé eso?

Laura.- Que, ya no va a haber médicos generales o qué?

Isabel.- En salubridad ya no hay porque están saturados, ahora lo que están haciendo las escuelas de medicina es aumentar un título más de medicina.

Laura.- Entonces que van a hacer con los médicos generales que ya están?

Isabel.- Pues que estos van a tener más problemas de los que por sí ya tenían para entrar a la especialidad.

Mercedes.- Se habla por ahí de que se han aumentado dos años a la carrera de medicina.

Graciela.- Pucitu, pero también creo que la matrícula de medicina tiende a disminuir pues se trata de universidades que tuvieron un pico muy fuerte de ingresos masivos a finales de los setentas.

Leténdira.- Yo estudié en el Pulí. cuando presentamos el examen de admisión éramos un grupo corno de mil cien u mmi ciento cincuenta, cuando pasamos al primer años se cluedó una tercera parte y esto se fue observando en diferentes proporciones, pero, al finalizar carrera, la generactun, incluyendo a todos los rezagados de vanos años atrás era de trescientos cincuenta alumnos que logramos terminar la carrera.

Graciela.- si, lo que va a pasar es que va a bajar el nivel en los hospitales.

Bueno ahora su va a continuar, el doctor Ponce dice que ahorita ellos tienen un criterio de productividad, pero también ha días que la clínica se carga de mucho trabajo, pero que ha días que este tiempo esta muy bajo pero que eso libera y tal vez ULU JLIAlle (LIC Se :Ut(itee mis presupuesto para contratar un u dos médicos más.

(Ls que est es así, se ve por la demanda, solamente si la demanda lo justifica Si. contrata.

Luz.- Si el reconoce que es por la demanda, también dice que el anestesista especialista los ha solicitado y que al momento no se puede quejar porque a partir de este año le han dado recursos y según el, les van a dar un ultrasonido, que ya está autorizado por la doctora Celia Escandún y, también les tienen prometido un detector de pulso fetal, comenta que eso sería perfecto, pero que no es solamente conseguir los aparatos pues estos necesitan de personal capacitado. Que cuando lleguen estos equipos él va a necesitar un especialista. Que les faltan recursos humanos y, en cuestión de sangre, él dice que siempre han tenido problemas, que por el momento cuentan con un centro de transfusiones en el que se procura tener un stock de sangre, pero dice que hay veces que se tienen que hacer una serie no de transfusiones, porque los que no son transfusiones. Dice que todos los que van a tener una cirugía les piden sangre y, hay veces que ellos la guardan o la trabajan, por ejemplo el hacer las pruebas cruzadas, rutinas de urgencias, así de urgencia, donde la gente por más que se le pida sangre no la dola, también esto pasa especialmente con la publicación indígena.

este aspecto de la donación de sangre es algo que hay que trabajar mucho.

Luz.- Si al doctor Ponce cuando le daba pena lo que él dijo continuamente aclaraba: no es que les estemos cobrando con sangre lo que pasa es que salva vidas y para eso la empleamos. Yo le contestaba que toda la sangre no es para comerciar que es para salvar vidas y que estaba bien.

Doctora, tu que estás en contacto más directo, alguien me comentó que existe un tratamiento para que el paciente produzca más glóbulos rojos y este en condiciones de ser operado, también me dijeron que sale muy barato?

Leténdira.- Realmente no se cuanto cueste ese tratamiento, pero existen otros mecanismos con pacientes programados que estén en muy buenas condiciones para que se les pueda salvar, ruinar una o dos unidades de sangre la cual después se guarda durante días u una semana para que el paciente se pueda operar.

(Graciela.-) sea que el mismo da su sangre?

Leténdira.- Si, el mismo pero solamente en cirugías programadas.

Luz.- Pues si, pero todas estas mujeres entran de urgencias

Leténdira.- No es el problema, lo ideal es hacer la donación de manera obligatoria para los familiares de cada paciente, así como lo hacen en la clínica de campo, a mí me parece justo, no es cobro ni nada, sino que en realidad puede salvar a otras vidas. Sin embargo, esto se

ent-renta a otros problemas yue se derisan de loyue implica el Inaneju de un banco de sangre, así se le Ituna al refrigerador con sangre, poryue co ha 7 determinadas condiciones para yue paciente pueda donar, no a cualuuiera se le debe **sangunHar**, solo yue a veces así se hace, único yue se ve es yue sea companble v se sanguina, pero después yue pasa? La mayoría de las veces pasa uue llega una señora yue requiere transfusiún v dicen: El esposo, y bueno pues pasan al esposo, le hacen la prueba s salc con dos punto cuatro de hemoglobina, si es humbr su hemoglobina mínima normal sería u debería de ser de catorce, ademas. ese señor trabaja en el campo, de eso sise, entonees Si el tienc duce punto patru u duce punto cinco y le van a sanguinar una unidad, entonces va a perder de uno a uno y medio gramos de hemoglobina, yue impliea que este st.Ctur sa a estar con diez punto cinco u uncc de hemoglobina, entonces ¿eutno se sa a asetun?, porettle sa tu) es el volumen perdido sino en realidad, el volumen que peldi:, Inas b,dos los elententos que forman la Zi.1111411:, emitulices esto haecer yuc este señor no este en eontliciunes v la prOxima ez va a hacer toda la propaganda para qlttj nadie done ,angre.

Graciela. Por eso la g=e no da sangrc v tiene toda la razón
 pienso yuc tal vez esa dunacrUn **no** es tan suluntari3
 euatro solelados. Yo en alguna ueast6n le pregunt¿ eumo le hacía poryuc las dernas personas
 untbién tiataba de astidatlos cii tigo, si crin ,...asados les cp,;segu;a ei pase para
 eutrol ptenatal sin eustu :tlguno o fi consulta para alguien de su tiimuiln también sin costo.
 •Uraraba un pueu de estimularlos, pero con eso vemos que mio es ran voluntario.

L.uz.- bueno en general esta es la siruaciún del hospital en recursos humanos y

ella ha pensado respecto al tema en el que se anotó, etc fue en usuarias y si HIC permiten
uv a Sistematización del trabajo realizado con el grupo de mujeres del municipio de
Chenaihe, en turno a sus necesidades y posibles soluciones para prevenir la muerte materna:

• Que las mujeres se preparen para que sepan como deben atender a otras mujeres de
partu, así también vamos teniendo fuer-za en nuestro grupo de mujeres

• Necesitamos hacer un curso para ayudar a la mujer y a tener a su hijo y a su hija

• Llevar oportunamente a la mujer con el doctor

• Cooperar un poco económicamente para que la mujer pueda salir al doctor

Las parteras se deben preparar mejor para que sepan que hacer cuando quedan
restos de placentas Lit 1.1 matriz

• Las parteras deben preparar muy bien todo el material que va a usar y si no saben
bien, llevarlo a la paciente al doctor inmediatamente para que ella sepa que hacer

• Cultivar y preparar los medicamentos que las mujeres lo necesitan
de parto)

Cada vez es necesario que la partera sepa bien su trabajo

En esta reunión nombrarán a dos mujeres para seguir de cerca este problema para
que se preparen así puedan ayudar a otras mujeres: María Pérez y Carmela Gúmez
Hernández.

Luz.- Otras mujeres se integrarían al grupo de capacitación de promotoras u parteras
yue también trabajamos. Después el documento dice lo siguiente como aporte personal añadido"
yue es necesario que la mujer sea valorada, reconocida como una persona con derechos tratada
como compañera por lo tanto se necesita una educación en ese aspecto y retomar los aspectos
culturales y técnicos para mejorar el servicio que se presta y educar a las mujeres de las
comunidades sobre sus derechos, entablar relaciones de cercanía, escuchar del problema pues a los
doctores y parteras no les tienen confianza y sienten vergüenza con ellos. La mujer necesita
conocer su cuerpo para saber como funciona para ayudarse a si misma.

Luz.- Estos son los puntos que la doctora Mariana ha pensado y que va a seguir
profundizando mas para que en futuras reuniones pues lo compartamos con nosotros.

Después de la lectura Mariana informó a las presentes que la doctora Gabriela
Miutti, no había podido asistir a esta reunión, pero que con toda anticipación, había hecho
llegar al Grupo de Mujeres los documentos sobre el trabajo en el que ella se había comprometido,
pero que por un accidente involuntario, el sobre de Gabriela se encontraba trasapelado y no
se podía darle lectura. Sin embargo, se acordó hacer una copia de los documentos para
con UBE de localizar dichos materiales.

Después de la lectura Mariana informó a las presentes que la doctora Gabriela
Miutti, no había podido asistir a esta reunión, pero que con toda anticipación, había hecho
llegar al Grupo de Mujeres los documentos sobre el trabajo en el que ella se había comprometido,
pero que por un accidente involuntario, el sobre de Gabriela se encontraba trasapelado y no
se podía darle lectura. Sin embargo, se acordó hacer una copia de los documentos para
con UBE de localizar dichos materiales.

plisonas hernos estado realizando pueu a puco un trabaio de archivo en las
 ufcialias del Registro Civil de la rezieín a la fecha tenernos unce inunicipius indígenas
 revisados cun relaciún a las muertes ocurridas de 1988 a 1993 entre personas en edad
 reproductiva. r,r infunnaciun L.lue les voy a comentar corresponde a los primerus cuadros los
 cuales todavía benen algunos problemas, sobre todo porque las bases se tienen u,ue revisar
 cunstantermente. Ecarc los datos Lttercsantcs tiue les puedo inenunar se encuentran
 Siguietes:

Muniepiu	Muerte M. en el periodo SS-93	Ubicaciun de la en poblaciún Callecida 10-49 años	Ubicaerún de la Muerte M. co la defuneit;n fernenina	Comentarios y Observaciones
Altamitano Chalchihuitan		primer causa	primer causa	No nsis tru ninguna muerte en el períúdu
Chamula	5	No se localiza cutre las prnnncras causas de muerte Cuarta causa	No se locr_La entre las pnu icras causas de muerte Primera causa	
Chanal I I tan		No se localiza eutre las prUncras causas de muerte Entrc las causas de muerte	No se localiza entr.: las primeras	Este municipio registrú mas de inuertc al
Larrunzar	3	primeras diez c- ausas		u ,utítoa
Mitunt.tc				No registro ninguirá Inuerte ert ci peri(,do
Oxchuc	11			

Observaciones

san etistubal, entonces por LiLlitplu Ln ehalehahunan nu hubo núsun LLLseLsu peru lo eiertu
 Ls yue en dos años no hubo nnigutta rugistro de inuerte de mujeres u sea uee es una
 yue obviamente no Cunciona tnuy bien en Charnula hubo cinco causas de muerte materna y no
 esta entre las pirmeras causas de muerte de hombres y rnuieres en chanal la mucrte materna
 esta cumu en la cuarta causa de muerte cntrc hombres y mujeres cn edad re-nroductiva y la
 pru° nera en mujeres en Heaitan no esta entre las pnm- cras causas entre huánbres y mujeres
 Tambien yuieru deciries que teniamus datos muy agregados y ahora los eicsagregurnos . En cl
 caso de LarraUtzar esta ettere las primeras diez causas de muerte entre hombre v mujeres y
 hubo ayuí mas u menos para que se den cenra hubo 8 muertes lo que significa mas de una
 tuerte al atiu en el caso de Mituntic no se reportaron en esos cntcu artos casos de mucrte
 matetna Oxeituc 11 inuertes maternas perono csta entre las primeras causas de muerte Chilo
 lta% 5 InuLtiLs maternas Si Lsta entre las pritneras causas de tn,uerte y la primera femenina
 Tenej:Ina 14 entre las priemras 10 a 49 año v la primer causa de muerte iernemna Zincatan 8
 uilfut135 rritnerts s 1.1 furtenitta.

\114,ra s.10.11 lis rai.uuiL //1.111 etu 11U tue Uuear los
 nacinientus ocurrido esto es muy difícil En altamiranu la taza mas alta en el 93 con 55 x 10
 unl

De esto uy a hacer un trabajitu escrito an3li-Fandu los datos y esto es solo como un
 avance

nna.
 23 p
 a po
 item
 emo
 ha e
 rta

