



Chiapas

Mortalidad materna en Los Altos de Chiapas. ¿Una realidad postergada o una realidad negada?

Graciela Freyermuth
(CIESAS-Sureste)

Durante el año 2001, en México murieron diariamente tres mujeres debido a causas maternas. El 20% de tales muertes ocurrieron en el litoral sur del Pacífico, en donde se localizan los estados de Chiapas, Oaxaca y Guerrero, caracterizados por sus altos índices de marginalidad y elevadas tasas de mortalidad infantil y materna.

En este trabajo se resumen los resultados de una investigación cuyo propósito es dar a conocer, a partir de fuentes oficiales, la siguiente información vinculada con la mortalidad materna en el estado de Chiapas:

- 1) Algunos indicadores que puedan llevarnos -a un bajo costo- a un diagnóstico estatal que permita identificar las regiones de alto riesgo materno.
- 2) Aquellos elementos relacionados con la violación de los derechos de las mujeres y que las hacen vulnerables frente a las complicaciones maternas.
- 3) Las condiciones actuales de los servicios de salud y sus límites para resolver las urgencias obstétricas.

Adicionalmente se hace referencia a las propuestas que ha dado el gobierno estatal a la problemática de la mortalidad materna y se pro-

pone una serie de acciones destinadas a evitarla.

Se utilizaron las bases de datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) del Censo y Estadísticas Vitales 1990-1999, las bases de datos del Sistema de Información de Salud para Población Abierta (SISPA) de la Secretaría de Salud (SSA) de 2002 y el Informe de Gobierno de Chiapas del 2002. Asimismo, se han realizado entrevistas a funcionarios del gobierno estatal involucrados en el problema, así como proveedores de los servicios de salud; esta última información es fundamentalmente cualitativa. También se efectuó una observación de los servicios de salud de la jurisdicción II.

Datos demográficos

- La población de Los Altos de Chiapas es de 726, 378 habitantes.
- Chiapas es un estado en el cual la tercera parte de la población es indígena; cuenta con 28 municipios en los que el porcentaje promedio de hablantes de lengua indígena (HLI) es de 90%; alrededor de nueve municipios cuentan con 50% de HLI y en 71 de los municipios el promedio es de 10%.
- Un análisis regionalizado a partir de los HLI nos muestra que la región de Los Altos tiene un porcentaje promedio de más de 80%, le sigue la región Selva con un

porcentaje superior a 60% y la norte con un poco más de 40%.

Indicadores de mortalidad materna

- Las tasas de mortalidad materna (número de muertes maternas por 10,000 mujeres en edad reproductiva) y de la razón de muerte materna (número de muertes maternas por 10,000 nacidos vivos) prácticamente en todas las regiones aumentó para el periodo 95-99 respecto al 90-94, y esto muy posiblemente se encuentre relacionado con el mejoramiento del registro de las causas de muerte (figura 1).
- Disminuyó la mortalidad en edad reproductiva y por causas maternas de la región Selva, lo que pareciera estar más articulado con la presencia de bases zapatistas y nos debe hacer pensar en los procesos de autonomía respecto a las instituciones oficiales, como son las oficialías de registro civil y los servicios de salud.
- La tasa de muerte materna es el doble en los municipios con HLI de más del 69%, y la de los fallecidos que murieron con atención médica es de la mitad en relación con la de los municipios HLI < 69%.

Atención durante la maternidad. Indicadores de proceso

- El Instituto de Salud del Estado de Chiapas, ISECH se propuso dar cobertura al 43% de las mujeres embarazadas de la región. Sin

embargo, las regiones de mayor cobertura son las de Tuxtla y Comitán con 35% y 25% de mujeres embarazadas, respectivamente. En el extremo se encuentra la jurisdicción de Los Altos y la de Pichucalco con una cobertura menor a 15 y 10 por ciento respectivamente.

- Se espera que para tener impacto en la mortalidad materna es necesario atender el 15% de las urgencias obstétricas en los servicios de salud. Las jurisdicciones III (Comitán) y VIII (Tonalá) están atendiendo el 18 y 15% de los eventos obstétricos complicados de la región en relación con los partos esperados, y en correspondencia presentan las menores razones de mortalidad materna. Municipios como el de San Cristóbal con 6% y Pichucalco con 4% de atención de eventos obstétricos complicados respecto a los nacidos esperados tiene las mayores razones de muerte materna, esto refleja la falta de atención médica oportuna.

Sobre el presupuesto

- El presupuesto total autorizado a Chiapas para el año 2002 fue de 29, 953 millones de pesos (tabla 1). Del 14 % que se destinó a salud, la distribución del dinero por sector fue la siguiente: 39% al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) régimen ordinario e IMSS oportunidades, 31% Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) régimen federal y de Chiapas y 27% al Instituto de Salud en el Estado de Chiapas (ISECH).
- El gasto *per cápita* más elevado en atención médica fue el del IMSS con casi 5,000 pesos y el más bajo fue del Programa de Ampliación de Cobertura (**PAC**) con 175 pesos *per cápita*, cuatro veces menos que el destinado a los beneficiarios de IMSS Oportunidades. En el caso particular del Instituto de Salud, para octubre de 2002 se había

ejecutado el 64% del presupuesto autorizado, sin embargo, la mayor parte de éste provenía directamente de la Federación; del Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud (FASSA), dinero etiquetado para salud, se había gastado 71% y del Programa de Alcance Estatal casi el 52% (fondos que no pasan por la Secretaría de Hacienda estatal). En cambio, del dinero que provenía directamente de participaciones y que distribuye el ejecutivo estatal (Programa Normal del Gobierno del Estado de Chiapas) solamente se había ejecutado el 16% (tabla 2).

- 33% del presupuesto total asignado al sector salud para atención médica lo utiliza el ISECH, no obstante, tiene una población beneficiaria de más de 50% del estado. Para octubre era una de las instituciones del sector que había ejecutado una mayor parte de sus recursos para atención médica, 70%, y alrededor de 40% en el PAC. Con todo, si analizamos algunos programas podemos percatarnos que se ejecutó una mayor cantidad de dinero en la atención hospitalaria y se postergó la puesta en marcha de los programas destinados al primer nivel de atención y, por tanto, a la población más marginada.

Situación de Los Altos de Chiapas

- La situación de la Región de Los Altos es una de las más dramáticas, con un porcentaje de 71% de hombres y mujeres en edad adulta que mueren sin atención médica institucional o privada. El doble de los fallecidos de la región fronteriza contó con atención médica antes de morir en relación con los de la región Altos.
- El más elevado analfabetismo ocurre en la región de Los Altos, así como los mayores índices de natalidad (SEDESOC, 2003). El analfabe-

tismo de las mujeres de esta región es de casi el doble en comparación con la Fronteriza.

- Las más altas tasas de mortalidad en edad reproductiva se dieron en Los Altos, mientras que en la zona Fronteriza se dieron las menores.
- En la región de Los Altos se sigue presentando el mayor número de muertes maternas (21 durante 2002), casi la cuarta parte de las muertes totales de Chiapas. La tasa de mortalidad materna (muertes maternas por 10,000 mujeres en edad reproductiva) es de más del doble en Los Altos en relación con la Fronteriza, y la razón de muerte materna ocupa en la región Fronteriza el cuarto lugar y la de Los Altos el primero. En el año 2002 la razón de muerte materna en Los Altos fue de 15.83 por 10,000 nacidos vivos y la tasa de letalidad intrahospitalaria fue de 0.65%, cifra esperada de acuerdo a los indicadores de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Salud y derechos de las mujeres en la región de Los Altos

- En algunos municipios de Los Altos la desatención médica antes del fallecimiento es mayor en mujeres que en hombres, como son los casos de Chalchihuitán, Oxchuc, Mitontic, Pantelhó, Las Rosas, Tenejapa, Zinacantán y San Juan Cancuc.
- Una gran parte de las mujeres indígenas de esta región no deciden con quien casarse ni a qué edad.
- Usualmente las mujeres no pueden acudir a los servicios de salud sin el consentimiento del esposo o de un hombre de la familia.
- Las mujeres son frecuentemente abandonadas por sus maridos después de haberse realizado un método definitivo de planificación familiar.
- En ocasiones los hombres de la familia deciden no trasladar a las mujeres en caso de urgencias

obstétricas, a pesar de las recomendaciones de los médicos o las parteras.

- Algunas familias consideran que la muerte materna es inevitable y que es un *designio del señor*.

Infraestructura de servicios de salud

- La región Altos cuenta con una población de 730,000 habitantes y tiene dos hospitales. Uno de ellos es el del ISECH, el cual dispone de recursos necesarios para dar atención obstétrica de emergencias las 24 horas del día durante todo el año, de acuerdo a los indicadores elaborados por la ONU. A partir del mes de octubre del 2003 se instalaron siete clínicas **Sí Mujer** en la región de Los Altos, que cuentan con atención médica las 24 horas y que se espera servirán para las referencias obstétricas.

- El otro hospital es la Clínica de Campo del IMSS, que proporciona servicio a la población abierta a través de residentes, por lo tanto no cuenta con personal permanente que pueda atender urgencias obstétricas durante todo el año las 24 horas del día y no cumple, entonces, con los indicadores de las Naciones Unidas.

- Los servicios básicos de atención médica constituidos por los centros de salud y unidades médicas no tienen la capacidad de brindar urgencias obstétricas básicas. Por ejemplo, en estos centros de salud no se atienden ni el 2% de los partos esperados. Son dos los municipios con un mayor nivel de atención de partos: Oxchuc y Villa de las Rosas con 11% y 4.8% respectivamente. No existe un mecanismo de referencia desde estas unidades y hasta el mes pasado no funcionaban las 24 horas del día, así que no

cumplen con los indicadores de la ONU¹ para ser catalogados como servicios básicos de atención de emergencia obstétrica.

Entrevistas a funcionarios del sector salud y observación participante

- Hay voluntad política para resolver la mortalidad materna.
- Hay dificultades para contar con recursos suficientes para llevar a cabo los programas de atención materna. La mayor parte del presupuesto se destina a salarios.

Programas impulsados por el gobierno

A partir de la entrada del nuevo gobierno (2001-2006) se han venido impulsando programas y estrategias encaminadas a disminuir la mortalidad materna. Los programas que se promocionaron desde el inicio de la actual administración fueron el de Arranque Parejo en la Vida (APV) y la estrategia ESPESI, es decir, Embarazo Seguro, Parto Exitoso y Sobrevivencia Infantil.

Arranque Parejo en la Vida

Es una iniciativa federal que en Chiapas comenzó sus actividades con dos operativos realizados durante 2002 en la región Fronteriza, jurisdicción III, y en San Cristóbal de Las Casas Jurisdicción II, sus acciones se centraron en las visitas y censo de casas, detección de embarazadas e identificación de algún riesgo y se levantó el censo de parteras (Comité Nacional APV, 2003).

Este programa se monta en otros que se han venido ejecutando a través de la Dirección de Salud

Reproductiva y en acciones del Programa de Ampliación de Cobertura. Los operativos que se han efectuado en Chiapas pretenden promover la vigilancia del embarazo y detectar los riesgos en forma temprana. El APV también propone intensificar acciones de capacitación y actualización, así como fortalecer la infraestructura y la capacidad de respuesta en las unidades **Sí Mujer**.

En San Cristóbal, durante el primer semestre se realizaron las actividades de capacitación al personal de la jurisdicción. Esta capacitación fue realizada por parte de la coordinadora regional del programa durante una semana de trabajo intensivo. Para Chiapas y Guerrero el programa pretende invertir 180 millones de pesos que se darán en especie, es decir, en 1522 equipos médicos u otros apoyos a la infraestructura (Ibidem).

En el componente de embarazo saludable, el programa pretende dar atención al 60% de embarazadas en el primer trimestre, realizar vigilancia nutricional y referencia oportuna de pacientes en riesgo. No obstante, de acuerdo a los datos del SISPA 2002, solamente se atendió al 2% de las embarazadas esperadas en el primer trimestre y el 18% en el tercer trimestre. Para el parto y puerperio seguros se plantea la incorporación de enfermeras obstetras para la atención del parto eutócico y vigilancia del puerperio no complicado, actualizar al personal para el manejo de urgencia obstétricas, coordinación con una red de bancos de sangre, contar oportunamente con los insumos para la atención del parto y el puerperio complicado (Ibidem).

1 Para ser catalogada como centro de atención de emergencia obstétrica se requiere de personal habilitado y recursos que permitan el manejo de: antibióticos intravenosos; anticonvulsivantes intravenosos; oxitócicos intravenosos; extracción de restos placentarios a través de un aspirador o de curetaje; extracción manual de placenta y atención de parto asistido en caso de ser necesario. Proporcionar atención las 24 horas del día 365 días al año y recibir, junto con el segundo nivel de atención, 15% de los partos esperados pero con complicaciones.

Avances del programa en Chiapas

Es importante señalar que la creación de operativos se centra en una concepción de mujeres embarazadas de alto riesgo, esta estrategia ha mostrado sus límites ya que diversos estudios han reconocido que tanto embarazadas de alto riesgo como embarazadas de bajo riesgo puede sufrir una emergencia obstétrica, por lo tanto la detección de mujeres embarazadas de alto riesgo puede ser adecuada en aquellos países en donde las muertes maternas son a expensas de causas indirectas. En Chiapas la mayor parte de las muertes maternas se dan por hemorragias, por tanto, los operativos, al ser de diagnóstico y esporádicos, son limitados ya que los esfuerzos no se están dirigiendo a mejorar la calidad de la atención ni a responder ante una emergencia obstétrica. La importancia de estas actividades podría radicar en que durante estos operativos se proporcione información sobre los signos de riesgos y se oriente a las mujeres y a sus familias sobre la estrategia a seguir en el caso de una urgencia obstétrica, sin embargo, éstas actividades no están contempladas (Kasongo 1984; Hall et al 1980). Sería deseable que adicionalmente se promoviera un programa de educación para la salud y la prevención de la muerte materna. En Chiapas no existen enfermeras obstetras, así que la atención del parto por personal calificado como lo concibe el Programa de Maternidad sin Riesgos (FCI, 2003) está lejos de cumplirse, el programa debe señalar cómo se puede avanzar en este objetivo y en cuanto tiempo. Los equipos y el instrumental de apoyo llegaron, de manera incompleta, hasta el segundo semestre a la jurisdicción II y hasta el primer semestre del año tampoco habían llegado a la jurisdicción III. El módulo

mater, inició sus actividades en el mes de noviembre del 2003 y en un horario limitado.

En Comitán existe un hospital que cuenta con un mayor número de especialistas y de personal, por lo que se han tenido menos problemas para poner en marcha el módulo materno que pretende hacer más ágil el ingreso de las embarazadas al hospital.

ESPESI

Embarazo Sano, Parto Exitoso y Sobrevivencia Infantil se inició como la versión estatal del programa Arranque Parejo, sin embargo, recientemente se propuso al ESPESI como una estrategia en lugar de programa.

Este programa/estrategia es impulsado por el ISECH como respuesta a las altas tasas de mortalidad materna que privan en el estado. Se encuentra inserto entre los planes municipales de salud y su misión es brindar información y servicios de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones, además de la igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo para todas las niñas y niños desde antes de su nacimiento y hasta los cinco años.

A diferencia de Por una Vida Mejor, que es un programa integral, éste se enfoca especialmente en los aspectos médicos y epidemiológicos. Pretende dar seguimiento a las mujeres embarazadas, en parto y puerperio, con la aplicación de alrededor de 80 reactivos. Al igual que APV, enfatiza más el diagnóstico que en la educación para la salud y la atención. Se inserta en un trabajo de red social que trata de conjuntar esfuerzos de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, y también se apoya en las voluntades políticas municipales para el traslado de las pacientes.

ESPESI es una estrategia que inicialmente se puso en marcha en el centro del estado, en municipios mestizos, y es preciso mencionar, que junto con APV en Chiapas, no ha logrado disminuir la mortalidad materna.

Programa Por una Vida Mejor

Este programa surgió posteriormente a la crisis que difundieron los medios masivos de comunicación, en el año 2001, ocurrida en el hospital de Comitán. Resulta novedoso porque intenta promover la colaboración intersectorial en pos de un objetivo común: mejorar las condiciones de vida de las mujeres, las niñas y los niños. Por la forma en que surge y cómo se priorizan las regiones que se beneficiarán, parecería que es un programa que responde a intereses políticos y de manejo de imagen, y no tanto a las condiciones de vida y nutrición de la población más marginada. En primera instancia se consideró la región Fronteriza, que como se ha mostrado a través de indicadores duros, no es la región con mayores rezagos; en cambio, se dejó fuera a la zona de Los Altos, a pesar de que es la que presenta mayores problemas en la desatención médica, mortalidad materna, mortalidad infantil, analfabetismo y marginación (Secretaría de Gobierno, 2003).

En la presentación del programa y en sus ejes estratégicos se considera el empoderamiento de las mujeres como un elemento fundamental. En la primera propuesta (Arana, 2003) se diseñó una estrategia para fortalecer la participación femenina en las comunidades. Se proponía la puesta en marcha de una asamblea de mujeres como una instancia de toma de decisiones complementarias a las asambleas comunitarias, lo que permitiría llevar consensos a estas últimas y fortalecer en ellas la intervención de las mujeres. Asimismo, se impul-

saría el apoyo de las autoridades municipales en las asambleas de mujeres. Sin embargo, este punto desapareció en la propuesta pública del programa.

Otro aspecto que se invisibiliza es el de la violencia doméstica; aunque se plantea la necesidad de combatirla, no existe ninguna actividad encaminada a disminuir este problema. Se destaca la necesidad de abatir la mortalidad materna, mas no se propone ningún indicador para identificar a las mujeres vulnerables o indicadores de seguimiento del avance del sector salud; incluso se habla de mejorar la participación de las mujeres en la toma de decisiones, pero no se menciona la forma en que se piensa modificar la cultura de la subordinación femenina.

Un aspecto débil en el programa es el del fortalecimiento institucional, encaminado a mejorar la calidad de la atención médica, pues no se enuncian actividades específicas a desarrollar en las instituciones de salud para mejorar la referencia y contrarreferencia de los pacientes; tampoco se señala la manera en que se fortalecerán los servicios médicos en las cabeceras municipales.

Sería pertinente conocer cuánto dinero adicional se va a utilizar para la puesta en marcha del programa y de dónde provienen los recursos. Al parecer, este esfuerzo pretende hacer un frente común y promover un trabajo coordinado entre instituciones. En la propuesta oficial pública no se menciona la existencia de recursos adicionales, no obstante, el Instituto de Salud ha abierto convocatorias para la contratación de personal con el fin de poner en marcha el programa. Es posible que en el informe de gobierno de 2003 se reporte el monto que se le asignó. Lo cierto es que los recursos provienen del gobierno del estado han sido una carta fuerte en la imagen del gobernador

en este año y no forman parte del programa federal Arranque Parejo en la Vida.

Implicaciones

El sector salud federal y estatal, así como el gobierno de Chiapas, se enfrentan a una diferenciación regional importante. Se han hecho esfuerzos para disminuir las diferencias pero éstos deben reenfocarse y redireccionarse. La población de Los Altos junto con la de la Sierra son las que sufren mayores rezagos, sin embargo, no es a partir de ellas que se han generado estrategias diseñadas para resolver el problema de la muerte materna.

En Los Altos, por ejemplo, el grado de subordinación de las mujeres indígenas impide que puedan tener acceso los servicios de salud sin el consentimiento de los hombres de la familia. La poca demanda que hacen de manera voluntaria dichas comunidades se refleja en los altos índices de mortalidad materna, así como de hombres y mujeres adultas que mueren al margen de la atención médica. La relación marginal que guardan con los servicios de salud determina que no ejerzan ninguna presión hacia el mejoramiento de su calidad o que no muestren interés en acceder a estos servicios; por lo tanto, en Los Altos no se dan “crisis” como en la región de Comitán por una demanda mucho mayor de servicios de salud y de atención durante la maternidad normal y complicada.

El desinterés que pueden mostrar las autoridades municipales o la misma población en los servicios de salud, ocasiona que las autoridades estatales posterguen acciones urgentes en la región. Sin embargo, los indicadores nos muestran que los esfuerzos que se están realizando no son suficientes para resolver los problemas de salud que aquejan a la población,

por lo que la muerte materna no disminuye. Es necesario cambiar la estrategia de riesgo a una estrategia que priorice la resolución de urgencias obstétricas a través de la habilitación del personal y de el suministro de recursos, acompañado de una estrategia de educación para la salud en la cual se difundan los signos de riesgos y los centros a los que pueden acudir la población en caso de urgencia obstétrica. Es forzoso mejorar el primer nivel de atención, incluyendo un servicio básico de urgencias obstétricas que permita un contacto inicial con la urgencia médica y una atención oportuna para mejorar las condiciones en las que arriban las mujeres al segundo nivel de atención.

Las estadísticas disponibles en el SISPA (2002) nos muestran que el porcentaje de atención obstétrica en el primer nivel por personal del ISECH es muy baja. Se ha demostrado que las urgencias obstétricas son difíciles de predecir; así, el seguimiento de embarazadas no asegura la prevención de la muerte materna, a menos que exista una red de atención de urgencias obstétricas; el programa Oportunidades y su pobre impacto en Chiapas en la atención del parto dan muestra de esto. Por otro lado, las estadísticas disponibles señalan que a mayor atención de parto complicado atendido en el segundo nivel, menor razón de muerte materna; consecuentemente existe una relación directa entre capacidad de atención de urgencia obstétrica y razón de muerte materna.

Propuestas

Mediante el análisis de la problemática de la mortalidad materna en Chiapas, planteamos las siguientes propuestas encaminadas a mejorar la condición de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio:

- Crear una red que atienda las

urgencias obstétricas. Al respecto consideramos que para la región Altos contamos con un servicio completo en el Instituto de Salud que incluye un banco de sangre. A pesar de esto, es necesario que la Clínica de Campo IMSS pueda tener este mismo servicio las 24 horas del día los 365 días al año, ya que de otra manera, el Hospital Regional -tomando en cuenta la población de la zona- se verá saturado a corto plazo.

- Asegurar que las siete clínicas de ***Sí Mujer*** se acondicionen en lugares estratégicos. Deben funcionar 24 horas y contar con personal capacitado para hacer extracción manual de placenta, limpieza de restos (preferiblemente a través de un extractor al vacío), canalizar a la paciente y contar con antibióticos intravenosos, oxitócicos y anticonvulsivantes, lo que implica estar capacitado para su manejo. La ONU también propone el adiestramiento en el parto vaginal asistido. Tales servicios son esenciales para asegurar la sobrevivencia de mujeres que sufren una emergencia obstétrica.
- Mejorar la detección de las complicaciones durante el parto intrahospitalario, adoptando el partograma que propone la Organización Mundial de la Salud, en lugar de la hoja de atención de parto que se utiliza actualmente.
- Asegurar que el personal médico recién egresado, enfermeras obstetras y personal a cargo de los servicios de urgencias obstétricas, adquieran habilidades y conocimientos en manejo de toxemia, hemorragias en el parto y posparto e infecciones puerperales, principales causas de la mortalidad materna en nuestro país. Para esto se requiere de un espacio de formación y de evaluación así como de certificación del personal.
- De la misma manera se necesita una currícula para parteras y personal paramédico que asegure sus

habilidades para procurar un parto limpio y una canalización oportuna.

- Asegurar el conocimiento por parte de la sociedad en general y las parteras para identificar los signos de urgencia obstétrica: hemorragia, fiebre y convulsiones, y crear las condiciones para que la población lleve a las mujeres con complicaciones a cualquier instalación de la red de servicios de urgencias obstétricas. El uso de medios masivos de comunicación para este fin puede ser exitoso si se utilizan mensajes culturalmente competentes y en la lengua adecuada.
- Contribuir al empoderamiento de las mujeres a través de los programas de lucha contra la violencia, derechos reproductivos y la promoción del derecho a una atención oportuna en caso de urgencia obstétrica.
- Garantizar un ejercicio del gasto más eficaz que se proponga consolidar el primer nivel de atención a la salud y que busque un uso más racional en relación con la temporalidad.
- El sector salud debe señalar a la población chiapaneca las metas y el periodo de tiempo en el que se propone cumplirlas, para que así la sociedad pueda llevar a cabo un monitoreo con indicadores de proceso y de resultados propuestos desde el mismo sector salud.

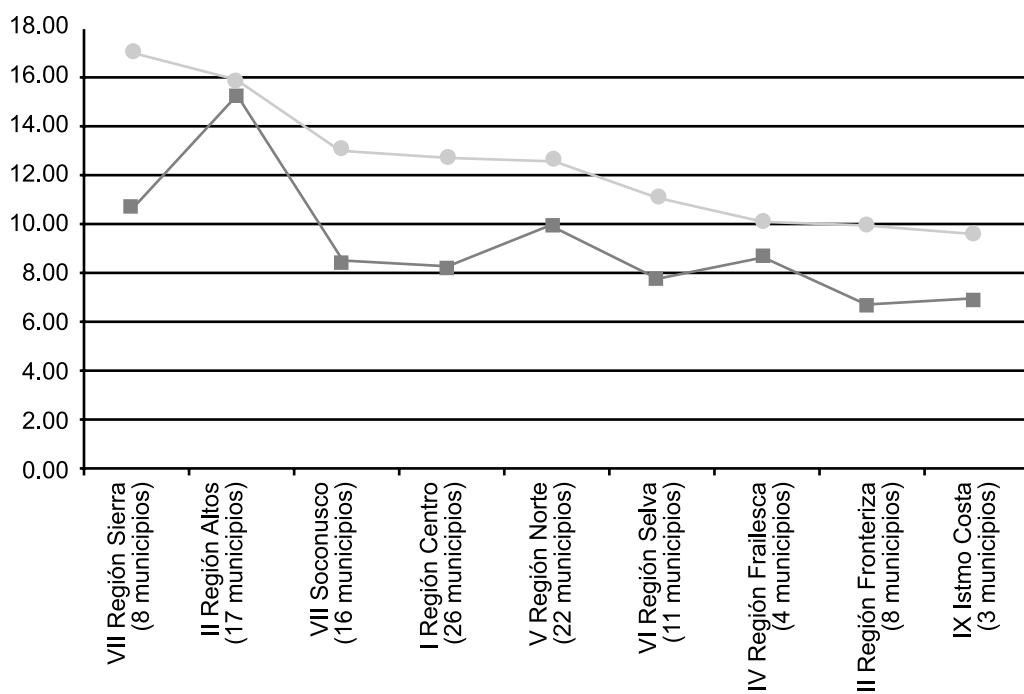
Bibliografía

- Arana C., Marcos, Propuestas complementarias para la alianza estratégica por la salud, educación y los derechos de las mujeres, las niñas y los niños, Jurisdicción Sanitaria No. 2, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, 2003.
- Comité Nacional APV, 2003, Operativo APV Chiapas, Comitán de Domínguez y San Cristóbal de las Casas, Informe 2003, Secretaría de Salud, México.
- Chiapas, Salazar M. Pablo, 2002, (2001-2004), Gobernador, 2º Informe de Gobierno del Estado de Chiapas, origen y aplicación del gasto público, Secretaría de Hacienda, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Equipo del Proyecto Kosongo, "Antenatal Screening for fetoplevic Dystocias. A cost Effectiveness Approach to the Choice of Simple Indicators for Use by Auxiliary Personnel", Journal of Tropical Medicine and Hygiene, agosto de 1984, 87 (4), No 1, Pp. 29 a 73.
- Family Care International, Saving Women's Lives: Skilled Care Initiative, Narrative Report, Submitted to THE BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION, 588 Broadway, Suite 503, New York, NY 10012, May 2002-April 2003.
- Hall, M.H., Chng, P.K. y MacGillivray, I. "Is Routing Antenatal care Worth While? The lancet, 12 de Julio de 1980, 2:Pp. 78-80.
- UNFPA, AMDD, Para comprender las causas de las defunciones maternas, Módulo I, Sistema de Aprendizaje a Distancia sobre Cuestiones de Población, 2002.
- Chiapas, 2003, Desarrollo Social en Cifras, Secretaría de Desarrollo Social, Gobierno Constitucional del Estado Libre y Soberano de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Secretaría de Gobierno, Cruzada Estatal por la Salud de la mujer, el niño y la niña, Secretaría de Salud, Gobierno del Estado de Chiapas, septiembre 2003.
- Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática, Estadísticas Vitales, 1995-1999, en Disco Compacto.
- Secretaría de Salud, Informe de Actividades de la Unidad Médica, primer y segundo nivel de atención, Sistema de Información en Salud para la Población Abierta (SISPA), Chiapas, 2002.

Figura 1

Mortalidad de mujeres de 15 a 49 años por regiones en Chiapas en dos periodos de los noventa

● 90 - 94
■ 95 - 99



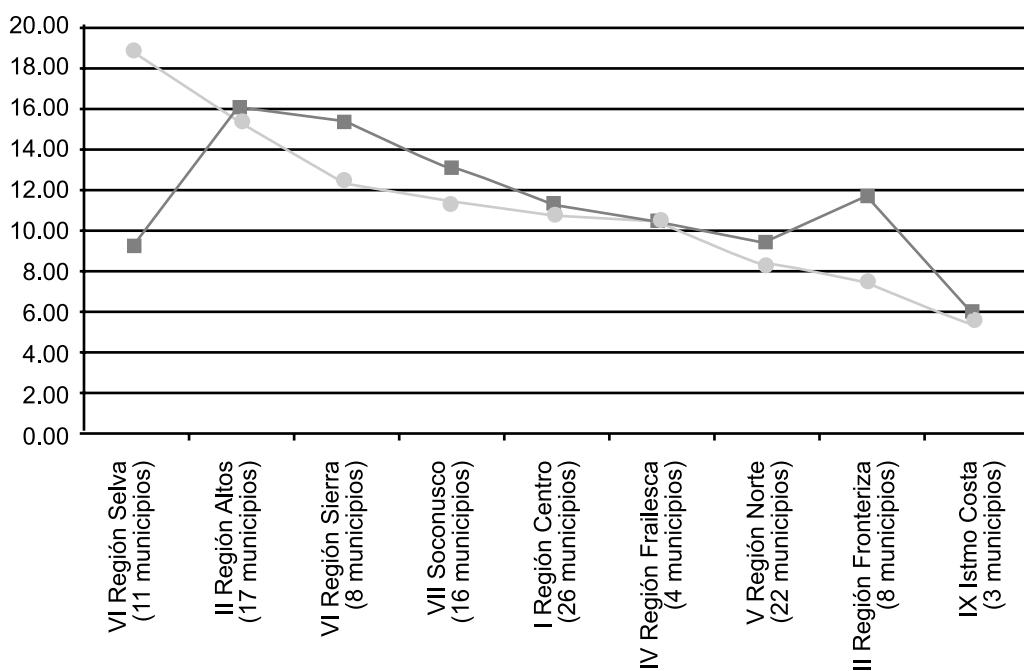
Fuente: Elaboración Freyermuth-De la Torre con base en datos de Estadísticas Vitales, 1990-1999, INEGI; Censo General de Población y Vivienda del Estado de Chiapas, INEGI, 1990 y 2000; Agenda Estadística del Estado de Chiapas, Secretaría de Hacienda, 1996, 2000

Razón de muerte materna 10000 nacidos vivos: Tasas de muerte materna mujeres en edad reproductiva x 10,000 población promedio 1992 y 1997

Figura 2

Razón de muerte materna por regiones en Chiapas en dos periodos de los noventa

● 90 - 94
■ 95 - 99

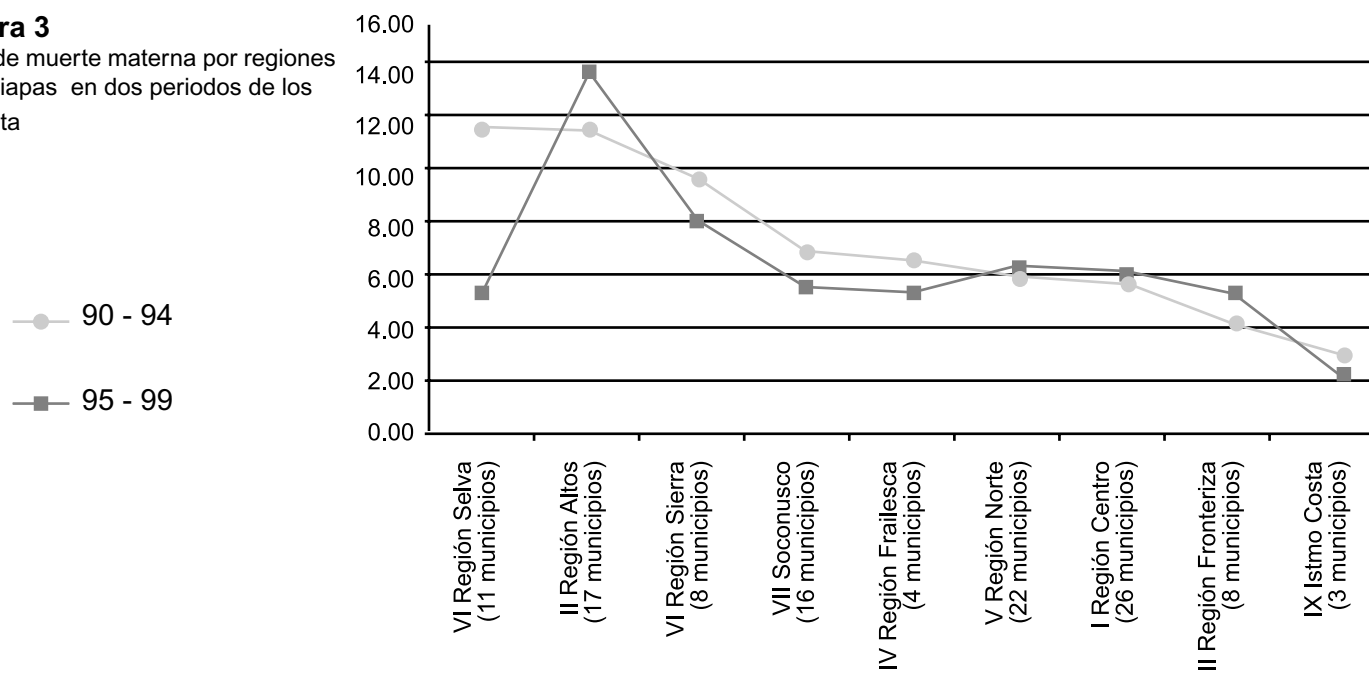


Fuente: Elaboración Freyermuth-De la Torre con base en datos de Estadísticas Vitales, 1990-1999, INEGI; Censo General de Población y Vivienda del Estado de Chiapas, INEGI, 1990 y 2000; Agenda Estadística del Estado de Chiapas, Secretaría de Hacienda, 1996, 2000

Razón de muerte materna x 10,000 nacidos vivos, población menor de un año.

Figura 3

Tasa de muerte materna por regiones en Chiapas en dos periodos de los noventa



Fuente: Elaboración Freyermuth-De la Torre con base en datos de Estadísticas Vitales, 1990-1999, INEGI; Censo General de Población y Vivienda del Estado de Chiapas, INEGI, 1990 y 2000; Agenda Estadística del Estado de Chiapas, Secretaría de Hacienda, 1996, 2000
Tasas de Muerte Materna en edad reproductiva 10000 población promedio de 1992 y 1997.

Tabla 1

Presupuesto Autorizado Total y para el Instituto de Salud del Estado de Chiapas por modalidad de inversión, 2002 (pesos corrientes) ISECH			
Fuente de Financiamiento	Autorizado Presupuesto Total	Presupuesto ISECH	% TOTAL/ISECH
Gasto Publico Total	29,952,810,866.00	1,515,504,499.65	5%
PNGE	15,848,584,453.00	122,220,931.65	1%
FASSA	1,901,668,564.00	1,264,310,451.00	66%
PEMEX	109,100,000.00	13,467,374.00	12%
PAFEF		5,593,774.00	
PNAE	8,034,977,322.00	109,911,969.00	1%

Tabla 2

Presupuesto Autorizado para atención médica para las Instituciones públicas de Salud, Chiapas, 2002			
Institución	Presupuesto Autorizado	Población usuaria	Gasto per cápita
Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado (ISSTECH)	299,388,251.00	73,895	4,051.54
Instituto de Salud	1,118,164,312.00	745,123	1,500.64
PAC	152,265,603.00	868,177	175.39
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	411,990,440.00	226,458	1,819.28
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	1,936,238,000.00	399,166	4,850.71
IMSS oportunidades	614,396,000.00	1,591,372	386.08

Fuente tabla 1 y tabla 2: Chiapas, Salazar M. Pablo, 2002, (2001-2004), Gobernador, 2° Informe de Gobierno del Estado de Chiapas, origen y aplicación del gasto público, Secretaría de Hacienda, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.