

# DESCENTRALIZACIÓN, ALTERNANCIA POLÍTICA Y GÉNERO EN LA PREVENCIÓN DE LA MUERTE MATERNA EN CHIAPAS, MÉXICO

Austreberta Nazar Beutelspacher<sup>1</sup> y Emma Zapata Martelo<sup>•</sup>

## 1. Introducción

En años recientes ha resurgido la preocupación de instituciones y gobiernos acerca de la relación entre desigualdad social y desigualdad en salud, que ha llevado a la recuperación de las propuestas de Atención Primaria en Salud (APS) emergidas de la declaración de Alma Ata en 1978 (OPS, 2003). El contexto actual de la aplicación de la estrategia APS, es diferente al de los primeros años de su instrumentación, debido a que ahora se presenta en un entorno de envejecimiento demográfico, incremento de la desigualdad social, urbanización, incremento de la movilidad poblacional (migración), y una modificación cualitativa del perfil de salud-enfermedad de la población con un incremento notable de enfermedades crónicas y el resurgimiento de enfermedades infecciosas y, en algunos de los sectores de la población, tasas inaceptables de mortalidad infantil y materna. Adicionalmente, en el campo conceptual, la APS ahora debe reconocer y atender desigualdades en salud derivadas de la adscripción étnica y la desigualdad de género.

Para afrontar estos retos, se han propuesto estrategias como la descentralización –iniciada en la década de los ochentas en el marco de las reformas a los sistemas de salud<sup>1</sup>-, y del trabajo intersectorial para alcanzar mayor cobertura y equidad en los servicios de salud (OPS, 2003). Las actividades intersectoriales y la incorporación de la perspectiva de género son elementos claves de la nueva propuesta, que se vislumbran como factibles en el proceso de descentralización de los servicios de salud y que se presentan incluidos en un concepto amplio: “ámbito salud” (La Rosa, 2004). El objetivo de este trabajo es analizar el proceso de descentralización de los servicios de salud en el marco de la Reforma del Sector Salud en México, tomando como referente un objetivo prioritario para las instituciones de salud en el estado de Chiapas: la prevención de la muerte materna. Se discuten los alcances y limitaciones operativos del concepto “ámbito salud” para lograr una aproximación amplia que incorpore, entre otros componentes, la perspectiva de género en salud.

Con base en la experiencia de una estrategia específica diseñada y operada en Chiapas, se aportan elementos para la comprensión del significado de la participación social y de los alcances de la noción “ámbito salud”, así como el papel que ha jugado el proceso político vinculado a las elecciones estatales y federales de 2000 en México y Chiapas para la instrumentación de programas de alto impacto y bajo costo en la población. Se aportan algunos elementos frente a los posibles escenarios en salud derivados de las elecciones de 2006.

Sobre la perspectiva de género, se argumenta la falta de comprensión de su contenido e importancia por quienes operan los programas, pese a lo cual, en un contexto de compromiso político y social y participación social real, es posible alcanzar importantes logros en la prevención de la muerte materna.

## 2. El proceso de descentralización de los Servicios de Salud en México y Chiapas

Dentro de la Reforma del Sector Salud iniciada en México en 1985, uno de los dos procesos considerados es el de la descentralización de los servicios de salud a la población que carece de seguridad social, así como la extensión de la cobertura a través del Paquete Básico de Servicios Esenciales<sup>2</sup> (Leal, 2003). Los escasos resultados de este proceso de descentralización fueron atribuidos a la falta de discusión y consenso con todos los

<sup>1</sup> Estas estrategias tenían inicialmente como finalidad –en el marco de la APS-, la reducción del centralismo en la toma de decisiones mediante el fortalecimiento de los sistemas locales de salud y la promoción de la participación comunitaria.

<sup>2</sup> El otro componente es el que se refiere a la modificación de la Ley del IMSS de 1995, que armó el nuevo sistema de pensiones (Leal, 2003).

actores sociales involucrados en el proceso, especialmente los médicos y los ciudadanos quienes son en realidad quienes enfrentan el problema con toda su crudeza. Como señala Leal (2003), “Una reforma requiere de un amplio soporte social y un consenso persuasivo potente que sólo puede alcanzarse cuando beneficia a más de los que afecta... Como acaba de reconocer la OCDE: muy poco han ganado, hasta ahora, los usuarios mexicanos de estas reformas”. El peligro es llegar a potenciar una polarización que se manifieste en el acceso para pocos y el acceso restringido para muchos. No obstante, en el marco de la coyuntura política, aun cuando el margen de acción de los gobiernos se ha reducido, es posible considerar nuevas estrategias para lograr mejorar la salud de la población.

En Chiapas, el proceso de descentralización de la década de los ochentas no resultó en modificaciones importantes en la operación de los servicios de salud, ya que seguía aplicando los programas y estrategias definidos en el ámbito federal con una importante dependencia de los recursos económicos federales para su acción. El proceso de descentralización solamente registró cambios cuando, en el año 2000, a partir de la alternancia de partidos políticos en los gobiernos federal y estatal, se dieron las condiciones para la apertura en la toma de decisiones en los ámbitos estatales, lo que corresponde a las “grietas”<sup>3</sup> que señala Garduño (2000). Bajo esta circunstancia, aun cuando los programas prioritarios en salud siguen siendo definidos por la Secretaría de Salud federal, el gobierno del estado tuvo más autonomía para adecuar y decidir cómo aplicarlos o qué aplicar, incluyendo las modalidades e intensidad con que puede actuar el personal de salud en las comunidades, y las características de la incorporación de la perspectiva de género en sus programas y acciones<sup>4</sup>. Lo anterior, en un contexto que demandaba la necesidad de lograr un amplio consenso y demostrar que “el gobierno del cambio” podría responder a las necesidades más apremiantes de la población de Chiapas, cuyos niveles de desigualdad social, marginación y pobreza son alarmantes. Se trataba entonces, de una verdadera coyuntura favorable para que el proceso de descentralización pudiera tener efecto en las condiciones de salud de la población. Es decir, no el proceso de descentralización por si mismo, sino vinculado al proceso de alternancia política ocurrido en el año 2000, mismo que –independientemente de sus logros en el sexenio-, en su momento abrió, en el imaginario social, la posibilidad de cambios en las políticas y programas sociales.

En los apartados siguientes, analizaremos qué tan factible es lograr los impactos benéficos derivados de la descentralización que señala La Rosa (2004):

Ampliar las coberturas de promoción, prevención y cuidado de la salud, con atención especial en las poblaciones tradicionalmente excluidas, siendo las mujeres pobres de todos los grupos generacionales las más excluidas.

Adaptar la oferta pública a las necesidades y capacidades locales, cumpliendo los derechos y deberes ciudadanos en salud que el nivel central garantiza e incluyendo el capital cultural<sup>5</sup> y humano del nivel local en el diseño de la agenda local.

Instalar procesos de rendición de cuentas públicas y mecanismos comunitarios de control social, que impacten en mejores estándares de calidad, equidad, eficiencia, eficacia y sostenibilidad de los servicios.

Fortalecer la participación ciudadana en salud, con inversión específica en el empoderamiento de los sectores tradicionalmente excluidos de la participación y el ejercicio ciudadano en salud, de forma tal de ampliar el capital social<sup>6</sup> de la población.

<sup>3</sup> La autora señala que “Las grietas son visibles y tienen que ver, entre otras cosas, con la posibilidad de transitar a la democracia, por la vía de la lucha de los partidos y las organizaciones políticas reconocidas como actores tradicionales del cambio” (Garduño, 2000).

<sup>4</sup> Lo que correspondería aproximadamente al tipo de Descentralización Administrativa, aunque con otros componentes correspondientes a las demás tipologías (La Rosa, 2004).

<sup>5</sup> Bordieu (1995, citado por La Rosa, 2004) define el capital cultural como aquel que “se relaciona con bienes y competencias culturales acumulables y transmisibles a través de la acción pedagógica de la familia y el sistema escolar”.

<sup>6</sup> La Rosa (2002) al aplicar el concepto de Capital Social de Bordieu (1995) al campo de la gestión de la salud pública, lo define como: las obligaciones, expectativas y la confiabilidad de las estructuras sociales de la salud (pactos establecidos entre actores, niveles de confianza o desconfianza, relaciones de reciprocidad y jerarquía en las redes), los canales de información establecidos (relaciones sociales valiosas por el acceso a información privilegiada, simetrías o asimetrías de información) y las normas y sanciones efectivas (leyes, normas sanitarias, capacidad de implementación real de la norma).

### 3. ¿Qué tan viable y efectivo resulta el concepto de “ámbito salud” en la operación de programas y acciones en salud?

El concepto “ámbito salud” es definido como un espacio de acción de la política pública en salud que permite salirse del marco sectorial en salud para ampliar las libertades humanas mediante actividades tendentes a la promoción de la salud, el acceso al cuidado integral, la educación, el deporte, el buen uso del tiempo libre, la salud ocupacional, la regulación y cuidado del medio ambiente, la información, protección y promoción del ejercicio de los derechos ciudadanos en todas las etapas del ciclo de vida (La Rosa, 2004). Se trata de una propuesta consensuada en la que coinciden los programas del Estado para mejorar la salud, sobre la cual deberán rendir cuentas a la ciudadanía. El concepto “ámbito salud” comprende acciones no solamente en el campo de la atención de la enfermedad, sino en los determinantes de la misma. Es pues, una aproximación intersectorial de promoción, prevención y atención a la salud. La autora, vincula esta noción a los procesos de descentralización, en tanto una oportunidad para lograr un proceso de reorganización del actuar del Estado orientado a la protección, regulación y transparencia en la gestión.

No obstante que podríamos estar de acuerdo con los postulados generales, este concepto, en relación con su aplicación en la práctica, adolece de importantes problemas conceptuales y operativos. El primero de ellos, central para su efectividad, es la generalidad con que está planteado. Desde nuestra perspectiva, los problemas de salud –léase morbilidad-, requieren de acciones específicas sustentadas en el conocimiento de las condiciones reales que permiten su permanencia como problemas de salud pública en poblaciones particulares o bien, su incremento como problemas emergentes de salud. Esta propuesta carece de significado en un sistema de salud que está organizado en programas y estrategias puntuales las cuales tienen objetivos, metas y responsables particulares, que no operan sobre la base de la comprensión de los determinantes sociales de la salud-enfermedad, condición indispensable para el actuar conciente y comprometido que requiere una propuesta del tal magnitud.

La visión dominante en la operación de los programas de salud es biologicista y los prestadores de servicios de salud carecen de conocimiento –porque muchas veces tampoco existe-, de las formas en que opera la desigualdad de género, étnica o de clase en la génesis, magnitud y distribución de la enfermedad y la muerte, así como de la oportunidad y calidad de la atención recibida diferencialmente por varones y mujeres, etnias y clases sociales. En este sentido, es importante señalar los debates recientes sobre el papel de los determinantes biológicos y socioculturales del proceso salud-enfermedad (Bird y Ricker, 1999; Lamas, 2002). Además, la cultura de los proyectos de desarrollo intersectoriales, es incipiente y francamente sin resultados visibles.

Por otra parte, en referencia a la ampliación de las libertades y capacidades que propone Amartya Sen, conceptos que La Rosa (2004) retoma para su propuesta, es necesario establecer algunas precisiones. Se trata de un concepto innovador para definir el desarrollo, pero sobre todo para establecer cuál sería la finalidad de las acciones del desarrollo. Sen coloca a la agencia de las personas (capacidad y libertad para decidir) como un aspecto clave de la noción de capacidades, ubicando a las personas como agentes, cuya participación social implica por una parte, la gestión de lo que consideran bueno individual o colectivamente, y por otra, la posibilidad individual o colectiva de rechazo (libertad negativa) o promoción y acción / aceptación (libertad positiva) de los programas que gubernamentalmente son establecidos en aras del “bien común” (Sen, 1996: , 2000).

Como señala Laurell (2000:7-8), las libertades positivas tienen que ver con los derechos sociales que corresponderían a aquellas condiciones que permiten realizar la necesidad humana básica, mediante las acciones de un Estado fuerte que bajo un signo de responsabilidad ética garantice estos derechos mediante medidas universales e igualitarias, de acuerdo al nivel de recursos existentes y a los patrones culturales de cada contexto. Más importante aún, la autora afirma “Y sólo sobre la base de la garantía de estos derechos, la sociedad podría exigir a los ciudadanos la asunción plena de la reciprocidad moral entre el disfrute de los

derechos y la obligación de contribuir a su realización” (Laurell, 2000: 8). Afirmación con la que coincidimos plenamente, pues coloca, en el reconocimiento de la inaceptable desigualdad social, la responsabilidad básica, ética e impostergable de las acciones del Estado para modificar esas condiciones, aun cuando vayan en contra de las acciones de la Reforma del Estado como señala Laurell (2000).

Si bien, no existen dudas de la importancia y urgencia de garantizar los derechos sociales como libertades positivas, es necesario precisarlas en función de las características que adopte el proceso salud-enfermedad y de la morbilidad que se pretenda atender pues su aplicación requiere de acciones concretas, definidas sobre la base de conocimiento de los determinantes sustantivos en cada caso para mejorar las condiciones de salud. Esto, por ejemplo, es especialmente visible si nos referimos a las libertades negativas, que cobran especial significado ante políticas y programas frecuentemente coercitivos como el de planificación familiar (Nazar, et al., 2003), pero que tienen poco sentido en un programa como atención prenatal o detección oportuna de la tuberculosis pulmonar. En otras palabras, frente a un financiamiento restringido en salud, deberán instrumentarse acciones en salud específicas para cada grupo de enfermedades o procesos que se pretenda atender (considerando los grupos étnicos, de género y clase), pero garantizando, en un primer momento el acceso universal e igualitario a la atención médica.

Finalmente, es importante destacar, que en un proceso de esta naturaleza, un concepto amplio como del “ámbito salud” puede resultar desastroso si no se definen con precisión las responsabilidades de cada sector y de cada actor dentro de los sectores. La asignación y apropiación de la responsabilidad del sector salud puede iniciar con lo relativo a la discriminación de género, clase y etnia en la operación de los servicios de salud, tanto en lo que se refiere a la atención médica como a la educación para la salud. Y ello requiere de un importantísimo programa de educación y sensibilización del personal de salud sobre estos determinantes, así como el reconocimiento de la obligación ética de modificar las prácticas médicas<sup>7</sup>.

Lo anterior enfocado a cada programa y estrategia: tuberculosis, muerte materna, planificación familiar, VIH-SIDA, etc<sup>8</sup>. La incorporación de la perspectiva de género en sus acciones puede ser coordinada con las del Instituto de la Mujer (o su equivalente cuando exista). Así pueden cobrar sentido –para explicar su contenido y lograr la sensibilización del personal de salud-, las acciones destinadas a atender la violencia doméstica que ha sido reconocida como un problema de salud pública y los problemas de salud mental (depresión, alcoholismo, adicciones) vinculados a la inequidad de género y en general a la estructura desigual de la sociedad.

¿En qué medida puede lograrse todo esto mediante un proceso de descentralización?

De acuerdo con lo que señala La Rosa (2004), con o sin descentralización pueden empezar a plantearse modificaciones en la práctica médica. El requisito es la voluntad política para hacerlo, la cual, en el caso particular de Chiapas –al que haremos referencia de aquí en adelante-, está mediado por la lucha de los partidos políticos para permanecer o acceder al poder, las características personales e intereses de los tomadores de decisiones, la estructura de poder dentro de las instituciones, y la existencia de las “grietas” que abren la alternancia política y el proceso de descentralización.

4. La prevención de la muerte materna en Chiapas.

4.1 Situación de la muerte materna en Chiapas.

Chiapas es la entidad que reporta la cifra más elevada de muerte materna en el país. Hasta el año 2000, se

<sup>7</sup> Como veremos más adelante, en el caso de la prevención de la muerte materna en Chiapas, esta modificación pasa por una reorganización y asignación de nuevas responsabilidades del personal de salud frente a la salud de la población.

<sup>8</sup> Desde luego, lo deseable es modificar el contenido de las enseñanzas de la medicina en la formación médica y no esperar hasta que están actuando en los servicios de salud para modificar esta (de)formación.

reportaban cifras verdaderamente alarmantes: 6.3 por mil nacidos vivos registrados (CONAPO, 2000). Solamente 44.8% de las mujeres atienden su parto por médico, 49.4 por parteras, y el resto (5.8%), por familiares o se atienden ellas mismas (CONAPO, 2000). Esta situación se refleja en una elevada tasa de complicaciones durante el parto y el puerperio que con frecuencia llevan a la muerte materna, así como una elevada tasa de mortalidad perinatal (Montero, et al., 2000). Si bien entre las razones del parto en el hogar por parteras empíricas es una práctica ancestral fuertemente mediada por la cultura y las redes sociales de apoyo, las principales, registradas en la entidad son de orden económico, pues los costos de traslado, hospedaje, hospitalización y medicamentos en las ciudades de destino constituyen una importantísima barrera social para recibir atención. Un análisis de casos de las muertes maternas en Chiapas, realizado Cantoral y Nazar (2001) evidenció que: a. La tasa de muerte entre mujeres indígenas es el doble que la registrada para la población mestiza; esta población comprende 26.0% del total de la población en Chiapas; b. que sólo un tercio de las condiciones que llevaron a la muerte a las embarazadas puede ser detectado por la atención prenatal, ya que las causas de muerte están directamente relacionadas con complicaciones del parto y el puerperio; c. que 52.1% fueron atendidas por personal no facultado (parteras no capacitadas, 27.1%; familiares, 18.8%; ellas mismas, 6.3%). Otro estudio reveló que aproximadamente 75.0% de las mujeres embarazadas tienen por lo menos un contacto con las unidades médicas durante su embarazo, pero que menos de la mitad (48.1%) reciben una atención adecuada (Nazar et al., 1999). Finalmente, Flores, (2003) señala que el tener una atención prenatal adecuada de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (cinco o más consultas prenatales) con personal médico, no necesariamente se refleja en la atención del parto en unidades médicas o con personal capacitado, probablemente vinculado con los costos de la atención del parto<sup>9</sup>.

#### 4.2 Las estrategias para enfrentar la muerte materna en Chiapas.

En la coyuntura de descentralización y alternancia política en Chiapas, ante las condiciones particulares en que ocurre la muerte materna, documentadas por diversas investigaciones en el estado<sup>10</sup>, el secretario de salud estatal decidió instrumentar una estrategia especial para disminuir la muerte materna. Esta estrategia fue diseñada conjuntamente entre investigadores y mandos medios y altos del Instituto de Salud del Estado de Chiapas, misma que se denominó Embarazo Sano, Parto Exitoso y Sobrevivencia Infantil (ESPESI). La estrategia plantea una reorganización en la operación de los servicios de salud, para hacer una búsqueda activa de mujeres embarazadas, y su seguimiento bajo un expediente clínico-epidemiológico específico, bajo responsabilidad directa de los médicos responsables de comunidad o zona para garantizar la atención médica y vigilancia durante el embarazo, el parto, el puerperio y del recién nacido hasta completar cinco años de edad. Los objetivos son: disminuir las barreras sociales derivadas del desconocimiento y desconfianza de los servicios de salud, los costos de traslado, el efecto negativo de la falta de apoyo para el cuidado de niños(as) durante la búsqueda de atención médica por parte de las mujeres, y barreras de género relativas a la movilidad geográfica de las mujeres para su atención. Asimismo, la identificación de mujeres embarazadas de alto riesgo para presentar complicaciones, o con complicaciones, para su atención médica y monitoreo intensivo. Finalmente, un sistema de monitoreo y respuesta inmediata en caso de complicaciones durante el parto o el puerperio, esto último con una participación

---

<sup>9</sup> El Seguro Popular en Salud incluye este tipo de acciones, pero solamente significa un descuento en los costos de hospitalización, ya que los gastos familiares de traslado, alimentación y hospedaje, así como los de los medicamentos para la atención de la embarazada y el recién nacido, corren por cuenta de la población usuaria. Según testimonios de algunos médicos que operan en el primer nivel de atención de la Secretaría de Salud en la entidad, los costos sin SPS de un parto vaginal no complicado es de 2800.00 pesos y con SPS de 1700.00, lo cual resulta excesivo para las familias de la región donde escasamente la mitad reciben menos de un salario mínimo mensual (aproximadamente, 1500.00 pesos).

<sup>10</sup> Los trabajos de investigación de referencia fueron realizados por el grupo de investigación en Género y Salud Reproductiva de El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR), una institución federal de investigación descentralizada y dependiente del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología que opera en Chiapas desde 1974. El cambio de partido en el gobierno de Chiapas, abrió la posibilidad de articular esfuerzos entre ECOSUR y las instituciones de salud públicas que operan en el estado, en particular entre el Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH) y ECOSUR. Lo anterior mediante un convenio de colaboración firmado en el año 2001.

importantísima de las parteras, familiares y autoridades municipales<sup>11</sup>. Debido a la diversidad de condiciones y características de la población en Chiapas, el proceso de instrumentación de ESPESI implicó en su operación un margen de acción amplio para los Jefes Jurisdiccionales de Salud<sup>12</sup>, identificando los aspectos específicos sobre los cuales deberían encaminarse las acciones.

El proyecto fue probado en un municipio mestizo del centro del estado (Berriozábal, 2002), lo que permitió apreciar un gran potencial de participación de las parteras y de las autoridades locales, así como la posibilidad de instrumentarlo sin incrementar significativamente los costos institucionales. Posteriormente, en 2003 se instrumentó en la Jurisdicción VI, Selva, en una de las regiones con mayores problemas, por el acceso geográfico, a los servicios de salud, alta marginación y conflictos armados<sup>13</sup>. El Jefe Jurisdiccional identificó como el principal problema, el sistema de referencia y contrarreferencia a las unidades médicas durante las urgencias obstétricas. Como solución se elaboró una estrategia que fue presentada, adecuada y consensuada con el personal de salud, la población general, las autoridades locales y las parteras, garantizándose por parte del ISECH un pequeño fondo revolvente para sufragar gastos de combustible, mientras que las autoridades municipales se comprometieron a proporcionar un vehículo y conductor que estaría disponible de manera permanente.

Las parteras, el personal de salud y las y los familiares de las embarazadas estarían encargados de vigilar la evolución del embarazo y el parto para notificar de cualquier complicación. Este sistema de comunicación fue apoyado por radios para preparar la atención de las mujeres en los hospitales de referencia. El resultado: en un año disminuyeron 46.0% el número de defunciones maternas, con un costo mínimo, además de que se instituyó una nueva forma de organización y de vinculación entre el personal de salud, las parteras y las autoridades locales. Este programa permite, además, el seguimiento de todos los recién nacidos hasta cumplir cinco años de edad, vigilando peso y talla, enfermedades infecciosas y esquemas de vacunación. A la madre, se le sigue durante el puerperio inmediato y tardío, otorgándosele consejería para planificación familiar.

#### 4.3 Las tensiones entre el gobierno federal y el estatal ¿hasta dónde la descentralización?

La instrumentación de esta estrategia, no obstante el éxito alcanzado en la disminución de la muerte materna, fue fuertemente cuestionado por algunas ONG en la región, así como por las autoridades federales en Salud Reproductiva, quienes consideraban esta propuesta como una duplicación de actividades frente al programa federal Arranque Parejo en la Vida, cuyos objetivos eran: brindar información y servicios de salud de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones a todas las mujeres mexicanas, así como la igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo a todas las niñas y niños, desde antes de su nacimiento hasta los dos primeros años de vida. Aunque este programa cuenta con un financiamiento generoso, su operación durante dos años consecutivos no logró reducir las cifras de muerte materna en la entidad. Lo anterior, pese a que, en esta visión de programas interinstitucionales que corresponderían a las acciones del “ámbito salud”, en Chiapas, el programa Arranque Parejo en la Vida (APV) se incluyó en el programa Vida Mejor, que es una iniciativa estatal para coordinar las acciones de las Secretarías de Desarrollo Social, Salud, Educación, Instituto de Recursos Naturales, Comisión Nacional del Agua, el Instituto de la Mujer y el Instituto de Desarrollo humano, y comprende acciones, educativas, de mejoramiento de la vivienda, de saneamiento básico, creación de infraestructura (electricidad, caminos, drenaje), y acciones puntuales de salud

---

<sup>11</sup> En el proceso de descentralización, durante esta gestión gubernamental se ha trabajado mucho –entre autoridades del ISECH e investigadores de Servicios de Salud de ECOSUR-, en el sentido de construir los Sistemas Municipales de Salud, en los que participan activamente los Comités de Salud y autoridades locales, así como, más recientemente con la creación de Consejos Municipales de Salud para garantizar la operación de la estrategia aun cuando cambien los gobiernos municipales, e independientemente del partido que esté en el poder.

<sup>12</sup> En Chiapas existen 10 Jurisdicciones Sanitarias que atienden regiones compuestas por 10 o más municipios.

<sup>13</sup> Las bases de apoyo del EZLN se encuentran en esta región.

como las ofrecidas por el programa APV e inclusive el programa Oportunidades<sup>14</sup>.

Estas tensiones crearon gran presión de parte del gobierno federal para que el estatal abandonara la estrategia ESPEI, la cual se desdibujó, perdió sentido y terminó siendo un cuestionario que debería ser aplicado a las mujeres embarazadas<sup>15</sup>, en el marco del programa Vida Mejor. Sin embargo, en la Jurisdicción Sanitaria Selva, que ya se había reorganizado, el programa continuó con una disminución constante en la frecuencia de defunciones maternas.

#### 4.4 La presión política para mostrar resultados del “gobierno del cambio”.

Durante las elecciones de gobernadores de varias entidades del país, así como de presidentes municipales realizadas en Chiapas en el año 2004, se observó un retroceso significativo de los puestos otorgados a los partidos que ahora están en el poder, con un regreso del partido PRI. Esto motivó una gran preocupación para mostrar resultados tangibles a la población con miras a la elección presidencial y del gobierno del estado de Chiapas que se realizarían el año 2006. Una de las áreas de avance más visible en Chiapas fue el de la salud con la construcción de importante infraestructura, pero se requería además, de datos de impacto en la morbimortalidad.

Lo anterior hizo que se recuperara la estrategia ESPEI, y sin confrontarse con el gobierno federal, inició su operación en la Jurisdicción Sanitaria Altos, donde se concentra la mayoría de la población indígena de Chiapas y, también, el mayor número de defunciones maternas. Aquí la estrategia, -a diferencia de la Selva que se basó en un sistema de referencia y contrarreferencia-, fue la concertación con las autoridades locales, los agentes locales de salud y las parteras, así como con personal y autoridades del programa IMSS-Oportunidades que atiende a la mayoría de población abierta en esta jurisdicción, pero que se había mantenido al margen de las acciones de ESPEI por no estar normado a nivel federal. El resultado en un año de operación ha sido similar al registrado en la Selva: una disminución de casi 50.0% en las defunciones maternas.

#### 4.5 La estructura vertical de las instituciones de salud como oportunidad para reorganizar el sistema de operación.

Es importante señalar, que esta estrategia y los resultados obtenidos fueron producto también de dos aspectos particulares. Por una parte, la voluntad política del Secretario de Salud, fuerte defensor de la participación social en salud, de la descentralización con responsabilidad y de otorgar un margen de acción a los municipios; por otra, una estructura vertical dentro de la institución, que posibilita que las instrucciones que surgen de la cabeza del ISECH se instrumenten a toda costa. El éxito, sin embargo, procede del margen de acción otorgado a los jefes jurisdiccionales, y a que éstos procedieron principalmente mediante el consenso de todos los actores sociales involucrados.

#### 4.6 ¿Y la perspectiva de género?

La perspectiva de género en esta estrategia, así como en otros programas dentro de Vida Mejor, se redujo a algunas reuniones con ONG, a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en el marco del programa Oportunidades, y a talleres para disminuir y atender la violencia doméstica. La inclusión de la perspectiva de

<sup>14</sup> A pesar de las bondades que ve La Rosa (2004) en este programa, en la práctica, no ha apoyado el empoderamiento de las mujeres ni mejorado las condiciones familiares de vida. De los pocos resultados positivos que podemos documentar es, en algunas comunidades y con algunas mujeres, lo relativo a la *información* que se les ha brindado sobre sus derechos sexuales y reproductivos, que si bien ha propiciado mayor violencia doméstica en algunas mujeres, para otras ha significado un cambio inclusive en la capacidad de negociación con la pareja (Ramírez, *et al.*, 2005).

<sup>15</sup> El extremo de la desinformación de la filosofía de la estrategia se registró cuando los médicos encargados de operar ESPEI, frente a las siglas de ECOSUR que aparecían en el encabezado de los cuestionarios pensaban que se trataba de un proyecto de investigación, el cual iban a maquilar.

género bajo el concepto “ámbito salud” no se logró, pues, como se señaló en apartados previos, se desconocen los mecanismos por los cuales esta inequidad tiene impactos negativos en la salud (y en otros aspectos como educación), y la población necesita referentes concretos para sensibilizarse acerca de su importancia. De aquí, que ni el proceso de descentralización solo, ni la existencia de un Instituto de la Mujer, ni acciones intersectoriales como las del programa Vida Mejor, sean suficientes para incluir la perspectiva de género en las acciones de salud. Más aún, es posible alcanzar resultados importantes como la reducción de la muerte materna, sin considerar la perspectiva de género. Esta reducción, sin embargo, podría ser mucho mayor y con un mejor impacto en la calidad de vida, si se incluye la perspectiva de género.

#### 4.7 Algunos aspectos conflictivos desde la perspectiva de género en la operación del ESPESI.

No obstante los logros alcanzados en la reducción de la muerte materna por la estrategia ESPESI, se presentan algunos problemas que desde la perspectiva de género son importantes. En primer lugar, en lo que se refiere a la medicalización del proceso reproductivo, que en este caso y desde nuestra perspectiva, tiene que ser dejado de lado, pues justamente lo que está permitiendo los logros en la reducción de la muerte materna es la atención médica. Vale señalar, que si bien se ha considerado a las parteras como agentes fundamentalmente culturales y sociales, parte del capital social de las mujeres y las comunidades; en el caso de Chiapas, se ha observado un incremento de parteras sin capacitación que con frecuencia provocan complicaciones durante el parto y el puerperio, lo mismo que un incremento de la atención del parto por familiares, o de partos sin ayuda alguna. Se estima que hasta 4 de cada diez partos en mujeres que fallecieron fueron atendidas por este tipo de personal, mismo que provocó las complicaciones que las llevaron a la muerte. Las razones de esto son principalmente económicas, de parte de las mujeres embarazadas y por la población que gana algún dinero haciendo este tipo de actividades. Esto ha llevado a que dentro de la estrategia ESPESI, como ya se mencionó no solamente no se cobren los servicios de salud, sino se absorban los gastos indirectos de la familia.

El segundo aspecto tiene que ver con la verticalidad de las acciones institucionales de salud y de las autoridades locales frente a las decisiones de las mujeres. En este caso, se trata de acciones consensuadas con las comunidades. Las mujeres, en general no rechazan la atención médica, lo que se puede apreciar en la cobertura de la atención prenatal en Chiapas (por lo menos una consulta), que es recibida por 75.0% de las mujeres embarazadas, indígenas y mestizas. Finalmente, el aspecto crítico de género, es la falta de sensibilidad del personal médico que atiende a las mujeres embarazadas. Aquí, predominan formas de discriminación de género, clase, etnia y edad, mediada por falta de conocimiento de los determinantes socioculturales de la salud-enfermedad y por los prejuicios, frecuentemente de connotación moral, que se sustentan en el conocimiento médico aprendido en las universidades. Un ejemplo, es una mayor discriminación, regaños y mala atención hacia las mujeres que no están unidas o peor aún, hacia las adolescentes; o la práctica de esterilizaciones bajo coerción que se realiza a las mujeres con cuatro o más hijos –y a veces hasta con dos, a las menores de 20 años de edad-, que acuden a las unidades médicas a atender sus partos. Este es el principal problema.

#### 5. Conclusiones

El proceso de descentralización ha tenido un impacto positivo, pero solamente posterior al proceso de alternancia política en México y en Chiapas que se dio en el año 2000. El ejercicio de la ciudadanía para instalar procesos de rendición de cuentas públicas y mecanismos comunitarios de control social, que impacten en mejores estándares de los servicios de salud, será posible solo con la existencia de una verdadera democracia; es decir, si realmente la población puede evaluar los resultados de las políticas y programas públicos y, con ello, elegir realmente a sus gobernantes y al proyecto político que más les convenga; es aquí donde se articulan los esfuerzos gubernamentales y los intereses y derechos ciudadanos. Las elecciones recientes de 2006, han puesto en duda esta posibilidad.

Otros aspectos importantes para alcanzar algunos logros en salud en el proceso de descentralización y alternancia política, son las condiciones de verticalidad del Instituto de Salud, así como la visión y voluntad política de su titular. Los beneficios se derivan del pequeño margen de acción permitido a las autoridades estatales, jurisdiccionales y municipales en salud. No obstante, se presentan tensiones entre las iniciativas federales y estatales que cuestionan la supuesta descentralización.

El éxito de ESPESI en la reducción de la muerte materna se debe principalmente a la participación responsable y comprometida de todos los actores sociales, bajo consenso. Los planes municipales de salud y sus comités y consejos, lo han permitido. Adicionalmente, en sentido contrario a las políticas federales para cobrar –aunque sea en forma mínima o simbólica- los servicios de salud otorgados, se decidió eliminar las cuotas de recuperación e inclusive cubrir los gastos de traslado y hospedaje de los familiares. Esto es posible también gracias a la descentralización administrativa de los servicios de salud.

En cuanto a género, no bastan la descentralización, ni el proceso de descentralización solo, ni la existencia del Instituto de la Mujer, ni acciones intersectoriales como las del programa Vida Mejor (que corresponden al concepto “ámbito salud”), para incluir la perspectiva de género en las acciones de salud.

La respuesta de la población usuaria ha sido muy favorable, sin embargo, persisten problemas importantes en lo que se refiere a la discriminación de género, étnica y de clase en los servicios de salud. El trabajo en la sensibilización de género es fundamental entre el personal de salud de primero y segundo nivel de atención, así como de las autoridades jurisdiccionales y estatales. Para ello, es fundamental documentar, por medio de la investigación científica, para cada caso específico, las formas en que opera la desigualdad de género en cada ámbito de la vida social en las condiciones de salud y de vida de las población (varones y mujeres), mismas que sustenten el contenido de la formación del personal de salud, a la vez que guíen las acciones de salud.

Las acciones que podrían seguirse son: en un primer momento la operación y reorganización de los servicios de salud con base en actividades y metas puntuales como la reducción de la muerte materna, o de la desnutrición infantil, etcétera, modificando el compromiso de las autoridades locales, del personal de salud y de la población general; en seguida, la sensibilización de género. Esto porque existen barreras y resistencia muy serias entre el personal de salud: a. para hacer actividades fuera de su rutina, como la vigilancia y responsabilidad de un grupo de embarazadas o recién nacidos, el contacto permanente con autoridades locales y con parteras en una relación horizontal, b. Para modificar los prejuicios de género y del autoritarismo crónico con que operan los servicios de salud.

Las acciones incluyen metas claras, apoyo económico, un margen de acción a los responsables jurisdiccionales, municipales y locales para adaptar las acciones a la realidad que pretender atender, la asignación precisa de responsabilidades a cada uno de los actores, con el reconocimiento público de los logros para el personal de salud, parteras, autoridades locales y población en general, sensibilización de género y aprender a trabajar en equipo, entre otras acciones.

## 6. Bibliografía citada

Bird, Chloe E. and Richer, Patricia P. (1999). "Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health". En: *Social Science and Medicine*, 48: 745-755.

Cantoral Pozo, A., Nazar Beutelspacher, A. (2004). "La muerte materna en Chiapas. La atención del parto y el puerperio". En: *Ecofronteras, Revista ECOSUR*, 22: 33-37.

Consejo Nacional de Población (2000). *Cuadernos de Salud Reproductiva: Chiapas, México*, 1-78.

Flores Rizo Jesús (2003). "Distribución de los patrones de utilización de los servicios de salud durante el embarazo y el parto en mujeres de la región fronteriza de Chiapas, revisión al 2001". Tesis de Licenciatura en Medicina Humana. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Garduño Andrade, María de los Ángeles (2000). "Poros y grietas de los modelos de gestión en salud". En: Ana María Costa, Edgar Merchán-Hamann, Débora Tájér (orgs.) *Saúde equidade e género. Un desafío para as políticas públicas*. Universidade de Brasilia, Brasil, Capítulo I. (Documentos PRIGEPP, 2005).

La Rosa Huertas, Liliana (2004). *Descentralización del sistema de salud: una oportunidad para el empoderamiento de las mujeres y la transversalización de la perspectiva de equidad de género*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Unidad de Género y Salud, 1-77 (Documentos PRIGEPP, 2005).

Lamas, Marta (2002). "Cuerpo: diferencia sexual y género". En: periódico *La Jornada*, México, D.F. Lunes 10 de junio de 2002. (Documentos PRIGEPP, 2005).

Laurell, Asa Cristina (2000). "Globalización y reforma del Estado". En: Ana María Costa, Edgar Merchán-Hamann, Débora Tájér (orgs.) *Saúde equidade e género. Un desafío para as políticas públicas*. Universidade de Brasilia, Brasil, Capítulo I. (Documentos PRIGEPP, 2005).

Leal, F. Gustavo (2003). *La política pública de salud y seguridad social en México y el mundo (1996-2000)*. México: Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Xochimilco. Área de Investigación: Salud y Sociedad, 1-146.

Montero Mendoza, E.; Salvatierra Izaba, B., Nazar Beutelspacher, A. (2000) "Efectos del tipo de atención del parto en la mortalidad perinatal en Tapachula, Chiapas, Frontera Sur de México". En: *Atención Primaria*, 25(6):112-124.

Nazar Beutelspacher, Austreberta; Zapata Martelo, Emma y Vázquez García Verónica (2003). "Does contraception benefit women? Structure, Agency and Well-being in rural Mexico". En: *Feminist Economics*, 9 (2-3): 213-239.

Ramírez López, D.K.; Nazar Beutelspacher, A; Mariaca Méndez, R.; Olivera, Mercedes (2005). "Género y negociación reproductiva. El caso de una comunidad rural de Chiapas, México". En: *Revista Mexicana de Sociología*.

Sen, Amartya (2000). *Desarrollo y Libertad*. México: Editorial Planeta, 1-435.

Sen, Amartya. (1996). "Capacidad y Bienestar". En: Martha C. Nussbaum y Amartya Sen (Eds.) *La Calidad de Vida*. México: Fondo de Cultura Económica, 54-83.