



2

# LA MUERTE MATERNA

## ACCIONES Y ESTRATEGIAS HACIA UNA MATERNIDAD SEGURA

---

Coordinadoras  
Graciela Freyermuth y Paola Sesia



SERIE

EVIDENCIAS Y EXPERIENCIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.  
MUJERES Y HOMBRES EN EL SIGLO XXI

# LA MUERTE MATERNA

ACCIONES Y ESTRATEGIAS  
HACIA UNA MATERNIDAD  
SEGURA

618.0972

M468

La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura / Graciela Freyermuth y Paola Sesia. (Coordinadoras).—México : Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social : Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, 2009.

206 p. ; il. ; cm. (Evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI)

Este material puede ser consultado y bajado gratuitamente desde la página web del Comité: <http://maternidadsinriesgos.org/web/>

Incluye referencias bibliográficas

ISBN: ISBN 978-607-95199-0-2

1. Madres – Mortalidad – México. 2. Madres – Mortalidad – Prevención. 3. Madres – Salud e Higiene – México. 4. Salud maternoinfantil – México. 5. Salud reproductiva – Aspectos sociales – México. 6. Servicios de salud materna – México. I. t. II. Freyermuth, Graciela, coord. III. Sesia, Paola, coord.. IV. Serie

#### **COORDINACIÓN**

Graciela Freyermuth

Paola Sesia

#### **REVISIÓN EDITORIAL**

Gabriel Torres

Graciela Freyermuth

Paola Sesia

#### **CORRECTORA DE ESTILO**

Lucina Ayala

#### **DISEÑO**

Jesús García

© Derechos reservados

Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos.

Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A.C.

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social

Primera edición, marzo 2009.

ISBN 978-607-95199-0-2

Impreso en México.

2

# LA MUERTE MATERNA

## ACCIONES Y ESTRATEGIAS HACIA UNA MATERNIDAD SEGURA

---

COORDINADORAS  
GRACIELA FREYERMUTH Y PAOLA MARÍA SESIA

SERIE

EVIDENCIAS Y EXPERIENCIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.  
MUJERES Y HOMBRES EN EL SIGLO XXI

# CONTENIDO

	PÁGINA
PRESENTACIÓN .....	11
<b>POLÍTICAS PÚBLICAS</b>	
1. LA MORTALIDAD MATERNA EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL: ESTRATEGIAS PARA LA RENOVACIÓN DE UN MOVIMIENTO .....	23
<i>Sharon Bissell</i>	
2. ACCESO UNIVERSAL Y GRATUITO A LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA. LA NECESIDAD DE MODIFICACIONES SISTÉMICAS PARA LA DEFINICIÓN DE UNA POLÍTICA DE SALUD MATERNA .....	31
<i>Sergio Meneses, Graciela Freyermuth y David Meléndez</i>	
3. PRESUPUESTO PÚBLICO Y MORTALIDAD MATERNA .....	37
<i>Daniela Díaz</i>	
4. EL POTENCIAL DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES PARA PROMOVER UNA MATERNIDAD SEGURA Y ABATIR LA MUERTE MATERNA EN MÉXICO: UNA PROPUESTA EN POLÍTICA PÚBLICA PARA REGIONES INDÍGENAS DE ALTO REZAGO SOCIAL .....	43
<i>Paola María Sesia</i>	
5. LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO, ESTRATEGIAS Y DESIGUALDADES .....	55
<i>Patricia Uribe, Cuitláhuac Ruíz y Eduardo Morales</i>	
6. LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA MORTALIDAD MATERNA .....	69
<i>Rosario Cárdenas</i>	
<b>ACCIONES ESPECÍFICAS PARA LA MEJORA DE LA ATENCIÓN</b>	
7. CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MATERNA .....	75
<i>Arranque Parejo en la Vida y Population Council</i>	
8. ATENCIÓN PRENATAL BASADA EN LA EVIDENCIA .....	81
<i>Arranque Parejo en la Vida y Population Council</i>	

9. NUTRICIÓN Y SALUD MATERNO-FETAL .....	85
<i>Arranque Parejo en la Vida y Population Council</i>	
10. ATENCIÓN DEL PARTO POR PERSONAL CALIFICADO .....	91
<i>Arranque Parejo en la Vida y Population Council</i>	
11. EL PARTO HUMANIZADO COMO HERRAMIENTA PARA LA PREVENCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y LA MEJORA DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL .....	95
<i>Cristina Alonso y Tania Gerard</i>	
12. HUMANIZACIÓN DEL PARTO Y NACIMIENTO .....	101
<i>Araceli Gil</i>	
13. CAPACITACIÓN EN COMPETENCIAS PARA EL MANEJO DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA. LA ESTRATEGIA ALSO .....	109
<i>Jorge Alberto Mora</i>	
14. MORTALIDAD MATERNA Y ESCASEZ DE SANGRE: UNA VIOLACIÓN A LOS DERECHOS HUMANOS .....	115
<i>Sandra Almeyda y Xóchitl Terán</i>	

#### **ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD**

15. PLAN DE SEGURIDAD: UN MODELO DE DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE ACCIONES PARA DISMINUIR LA MUERTE MATERNA .....	123
<i>Graciela Freyermuth, David Meléndez y Sergio Meneses</i>	
16. REFLEXIONES SOBRE RECURSOS TRADICIONALES Y LEGALES PARA EVITAR LA PRIMERA DEMORA EN LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN EN LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS .....	133
<i>Marcos Arana y Carolina Guerrero</i>	

#### **EXPERIENCIAS EN EL MONITOREO Y EVALUACIÓN**

17. GRUPOS DE ATENCIÓN INMEDIATA DE MUERTE MATERNA .....	143
<i>Silvia Roldán</i>	
18. MÉTODO DE DETECCIÓN DE ESLABONES CRÍTICOS. DEFINICIÓN DE ACCIONES DE MEJORA EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN PARA PREVENIR MUERTES MATERNAS (DECIDEM).....	153
<i>Rosa María Núñez y Rufino Luna</i>	

19. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN, ACOMPAÑADA DE INTERVENCIONES INMEDIATAS DE SOLUCIÓN .....	163
<i>Sergio Meneses, Graciela Freyermuth y David Meléndez</i>	
20. INDICADORES DE SALUD MATERNA .....	167
<i>Arranque Parejo en la Vida y Population Council</i>	
21. ATENCIÓN INSTITUCIONAL DE LA URGENCIA OBSTÉTRICA EN UN CONTEXTO MULTICULTURAL. PROPUESTA DE INDICADORES PARA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO .....	173
<i>Graciela Freyermuth, Rosario Cárdenas y Sergio Meneses</i>	

### **EXPERIENCIAS EN INVESTIGACIÓN**

22. DISTRIBUCIÓN MUNICIPAL DE LAS DEFUNCIONES MATERNAS, REPÚBLICA MEXICANA 1998-2005 .....	183
<i>Adrián Gabriel Delgado, Héctor Fernando Morales y Cuitláhuac Ruiz</i>	
23. VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO. ALGUNOS HALLAZGOS DE UN ESTUDIO EN MORELOS.....	191
<i>Roberto Castro</i>	
24. MUERTE MATERNA Y DESIGUALDAD SOCIAL.....	201
<i>Paola María Sesia</i>	

# PRESENTACIÓN

---

GRACIELA FREYERMUTH\*  
PAOLA MARÍA SESIA\*\*

En este segundo volumen, el Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México y el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social presentan una serie de ensayos y artículos breves, con el fin de analizar la problemática de la muerte materna en el país y proponer acciones basadas en evidencia científica que pueden contribuir a disminuirla.

La disminución de la mortalidad materna es considerada actualmente como una prioridad internacional. La Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgo (1987), La Cumbre a Favor de la Infancia (1990), La Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo (1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), establecieron como meta su reducción en 50% para el año 2000; México estuvo entre los países que firmaron este compromiso. Más recientemente, en la Cumbre del Milenio (2000) se tomó el acuerdo de reducir la mortalidad materna en 75% para 2015, lo que significaría para México bajar la razón de muerte materna a menos de 22 por 100 mil nacidos vivos. Finalmente, en la Conferencia Mundial Las Mujeres Dan Vida (2007) se hizo hincapié en que las estrategias para tal fin: acceso universal y gratuito a métodos de planificación familiar, anticoncepción de emergencia y aborto seguro; acceso pleno y universal a la atención calificada del embarazo, parto y puerperio, y el acceso oportuno e irrestricto a la atención obstétrica de emergencia, son estrategias ya ampliamente reconocidas y consensuadas, por lo que se requiere de inversión financiera, reforzamiento de los sistemas de salud, articulación efectiva intersectorial (incluyendo a la sociedad civil) y, sobre todo, voluntad política y compromiso de los gobernantes para llevarlas a cabo con decisión.

---

\* Investigadora titular del CIESAS-Sureste, Secretaria Técnica del Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.

\*\* Investigadora titular del CIESAS-Pacífico Sur, Co-coordinadora del Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos-Oaxaca (CPMSR-Oaxaca).

---

Las metas de los Objetivos del Milenio proponen dos indicadores para el monitoreo del progreso en la atención de la salud materna: la razón de muerte materna y el porcentaje de partos atendidos por personal profesionalizado. El acceso a cuidados médicos profesionales durante el embarazo, parto y posparto, sobre todo durante las complicaciones, es la piedra angular para prevenir la muerte materna en la propuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Es necesario puntualizar que el indicador de mortalidad materna revela no solamente el grado de desarrollo de un país, sino la equidad en el desarrollo y la calidad de los servicios de salud. En México prevalecen condiciones de pobreza y desigualdad que se manifiestan en muertes prematuras de mujeres durante la maternidad. Desde el siglo pasado existen recursos tecnológicos y científicos que hacen posible tratar las causas directas que llevan a la muerte materna; por ello, la prevalencia de mortalidad diferencial manifiesta las inequidades estructurales que determinan un acceso desigual a los servicios de salud y el incumplimiento del derecho de las mujeres mexicanas a recibir una atención oportuna y de calidad. En particular, las mujeres pobres, tanto urbanas como rurales, son las que más riesgo corren y mayores obstáculos enfrentan para acceder a servicios de salud calificados. Las mujeres indígenas presentan tres veces más riesgo de morir que las mujeres del país en su conjunto; estados que concentran a la población indígena como Chiapas, Oaxaca y Guerrero, son precisamente los que año tras año aparecen con las más altas razones de muerte materna.

Los 24 breves ensayos que se presentan han sido escritos por profesionistas estudiosos de la muerte materna, por líderes de organismos no gubernamentales y por tomadores de decisión de la política pública en salud. Cinco de ellos fueron elaborados por el Population Council y el programa Arranque Parejo en la Vida, para una antología de documentos que se distribuyeron en el *Foro: Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal*, organizado por ambas instituciones del 4 al 6 de abril del 2005; estos ensayos resumen de manera sucinta los puntos clave de cada tema del Foro y hasta ahora permanecían inéditos. El Comité hace un reconocimiento al Population Council y al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud por su disposición a publicarlos aquí.

Por la diversidad de los temas y de las experiencias, la obra está organizada en cinco apartados. El primero se centra en las propuestas sobre *Políticas públicas* tanto en el ámbito internacional como en el

nacional. El ensayo de Sharon Bissell, **La mortalidad materna en el ámbito internacional: estrategias para la renovación de un movimiento**, reseña algunas iniciativas recientes que a nivel internacional se están llevando a cabo para reducir la muerte materna y las implicaciones que estas iniciativas tienen para el caso mexicano. Nos expone cómo en la conferencia *Las Mujeres Dan Vida*, realizada en Londres en octubre de 2007, se logró generar un mayor compromiso político y financiero para la promoción de la salud materna, al mismo tiempo que se construyeron otras plataformas importantes de concientización y acción en el combate a la muerte materna a nivel mundial. Entre estas últimas, destaca seguramente el lanzamiento de una campaña global para promover la maternidad segura como un derecho humano fundamental de las mujeres.

El ensayo de Meneses, Freyermuth y Meléndez, **Acceso universal y gratuito a la atención obstétrica. La necesidad de modificaciones sistémicas para la definición de una política de salud materna**, propone como una de las estrategias fundamentales la gratuidad universal de la atención materna. Los autores sostienen que es solamente redefiniendo los criterios de acceso a los servicios de atención materna, y adecuándolos a un enfoque de Derecho, sin condicionamientos por capacidad de pago o derechohabencia, que se podrá lograr un acceso oportuno a los servicios de salud. En esta propuesta, el papel de la federación es fundamental para asegurar dicho acceso.

El análisis de los presupuestos asignados a programas de política pública permite reconocer la factibilidad de los planteamientos gubernamentales en el campo de la salud materna. El artículo de Daniela Díaz, **Presupuesto público y mortalidad materna** hace visible cómo, en el caso mexicano, programas rectores en salud materna como Arranque Parejo en La Vida no han contado realmente con un presupuesto propio para lograr estrategias y monitorear avances. Asimismo, llama la atención acerca de la urgencia de transparentar la asignación y uso de recursos del Seguro Popular para poder analizar su impacto real en la salud materna de mujeres que viven en condiciones de pobreza.

En su artículo, **El potencial del programa Oportunidades para promover una maternidad segura y abatir la muerte materna en México: una propuesta en política pública para regiones indígenas de alto rezago social**, Paola Sesia presenta varias estrategias de intervención en pro de la salud materna que un programa como Oportunidades podría implementar con una inversión mínima de financia-

---

miento. La autora argumenta que, dada la capilaridad de la cobertura del programa entre los hogares rurales pobres del país, y dado el esquema de corresponsabilidad que éste exige, la incorporación de estas acciones relativamente sencillas produciría un impacto significativo en la promoción de la salud y el abatimiento de la mortalidad materna, justamente en las regiones que más riesgo presentan.

Este primer bloque de ensayos finaliza con el titulado **La mortalidad materna en México, estrategias y desigualdades** de Patricia Uribe, Cuitláhuac Ruiz y Eduardo Morales. Los autores plantean claramente cómo la muerte materna en México es un reflejo de profundas desigualdades estructurales y cómo esta problemática es compleja y multifacética, por lo que requiere de estrategias múltiples, diferenciadas y adaptadas a los distintos contextos regionales. Nos advierten que para prevenir y disminuir la muerte materna no existen soluciones únicas o milagrosas, proponiendo adoptar estrategias diferenciadas de manera sistemática y sostenida –considerando las diversas realidades socioculturales y económicas del país–, al tiempo que se mejora la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud.

La segunda sección del volumen *Acciones específicas para mejorar la atención* es la más nutrida del volumen, pues contiene ocho artículos. Uno de los elementos fundamentales para disminuir la mortalidad materna es el acceso a los servicios de salud, ello implica la consideración del sistema de salud desde una perspectiva amplia; es decir, como redes de servicios. El ensayo de Rosario Cárdenas, titulado **Los servicios de salud y la mortalidad materna**, delinea las peculiaridades de los servicios de salud del país y el papel que estos recursos juegan en un contexto más amplio de prevención de la muerte materna, como son los conocimientos de la población para identificar signos y síntomas de urgencia obstétrica, su capacidad de demandar servicios de manera oportuna y las habilidades técnicas del personal de salud para resolver las emergencias obstétricas. Reconoce la necesidad de reeditar la consulta prenatal como estrategia para la prevención de la muerte materna, ya que, como señala, un número mayor de consultas prenatales no necesariamente asegura la prevención del problema.

Complementario a este artículo se presenta el bloque de cuatro ensayos elaborados por el Population Council y el programa Arranque Parejo en la Vida: **Calidad de la atención a la salud materna** proporcionando los principios básicos que deben considerarse en la calidad de la atención, tales como ofrecer un nivel mínimo de asistencia a

todas las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, así como a los recién nacidos; brindar un nivel de atención mayor a quienes lo necesitan; obtener el mejor resultado posible de salud para la madre y el recién nacido; ofrecer una atención que satisfaga a pacientes y proveedores, y mantener un sistema administrativo y financiero confiable que permita incrementar los estándares de calidad de atención para todas las mujeres. El ensayo **Atención prenatal basada en la evidencia**, propone un nuevo protocolo de atención prenatal de cuatro visitas y cuyos contenidos y periodicidad dependen de la edad gestacional. El protocolo no solamente se centra en cuestiones clínicas, también incluye recomendaciones generales encaminadas a asegurar el acceso a los servicios de salud y una atención oportuna en los casos de urgencia obstétrica.

El nuevo paradigma de ninguna manera va en detrimento de la atención prenatal ya que la evidencia científica muestra los efectos benéficos para el bebé. El feto que está en formación recibe los nutrientes de la madre; por ello, se requieren intervenciones nutricionales desde antes de la gestación para asegurar que tanto la madre como el producto se mantengan sanos. En el ensayo **Nutrición y salud materno-fetal**, que también presentan Arranque Parejo en la Vida y Population Council, se describen brevemente las evidencias actuales acerca de cinco vitaminas y micronutrientes que suelen recomendarse como suplementos durante el embarazo, y las recomendaciones sobre la nutrición de la madre durante la lactancia.

La atención profesional del parto y el parto humanizado son dos estrategias que no se contraponen y que son particularmente útiles en contextos multiculturales. En las áreas rurales e indígenas de México la mayor parte de los partos son atendidos por parteras tradicionales; algunas de ellas suelen establecer vínculos con el Sector Salud. Una de las recomendaciones de la OMS es que los partos se atiendan por proveedores calificados. En el ensayo sobre **Atención del parto por personal calificado**, se explica qué es el personal calificado a la luz de la política de atención calificada del parto, señala los sustentos de esta nueva política y el papel que las parteras tradicionales deben jugar a partir de esta iniciativa.

Dos artículos versan sobre el parto humanizado. En **El parto humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno-infantil**, de Cristina Alonso y Tania Gerard, se exponen los principios filosóficos detrás

---

de la propuesta del parto humanizado: el parto es un proceso fisiológico en el que las mujeres deben ser las protagonistas; la medicalización del parto tiene sentido sólo durante complicaciones obstétricas; el nacimiento es un momento de crecimiento y de desarrollo de vínculos afectivos primarios importantes para la vida de la madre, la pareja, el recién nacido y la familia; y las mujeres merecen un trato respetuoso y digno durante el parto. El artículo provee además una discusión crítica acerca de las herramientas clínicas utilizadas rutinariamente en el parto medicalizado que no están basadas en evidencias científicas, despojan a la madre de su papel activo y tienden a provocar intervenciones médicas adicionales muchas veces más riesgosas para la propia madre o el producto. **Humanización del parto y nacimiento**, de Araceli Gil, comparte los mismos principios filosóficos del ensayo anterior. La autora incluye diez recomendaciones básicas de la OMS en cuanto a un manejo adecuado del parto basado en evidencias científicas que aconsejan reducir lo más posible las tecnologías utilizadas, adecuar el manejo al entorno cultural y a las necesidades de la mujer y su familia así como respetar la toma de decisiones y la dignidad de las mujeres.

Ya que la piedra angular para disminuir la mortalidad materna es la calidad técnica en la prestación del servicio de salud durante la urgencia obstétrica, hemos incluido el ensayo de Jorge Alberto Mora, titulado **Capacitación en competencias para el manejo de la emergencia obstétrica. La estrategia ALSO** en el que se hace referencia a uno de los métodos de entrenamiento que ha resultado exitoso en la capacitación del personal de salud para la atención de las urgencias obstétricas. Este curso-taller denominado *Advanced Life Support in Obstetrics* (ALSO) de la Academia Americana de Médicos Familiares, tiene como objetivo capacitar en competencias a los proveedores para manejar urgencias en el periodo perinatal en forma estandarizada y validada por evidencias de efectividad.

Una faceta importante de la inequidad en el acceso a los recursos para enfrentar las urgencias obstétricas es mostrada por Sandra Almeyda y Xóchitl Terán en su texto **Mortalidad materna y escasez de sangre: una violación a los derechos humanos**. Este artículo presenta la inequidad de acceso a sangre segura entre los países en vías de desarrollo y los desarrollados, recordándonos que las transfusiones sanguíneas son un componente indispensable en la atención obstétrica de emergencia, siendo una intervención clave para salvar vidas en

casos de hemorragia. Al igual que Sharon Bissell, Almeyda y Terán vinculan la muerte materna y la falta de acceso a sangre segura con violaciones a los derechos humanos, argumentando que se vulneran el derecho a la vida, el derecho a la salud y el derecho a la igualdad y a la no discriminación.

El tercer apartado del volumen está dedicado al *Acceso a los servicios de salud en un contexto multicultural*, con dos artículos. El acceso a los servicios de salud incluye aspectos que rebasan la disponibilidad de los servicios y la organización de éstos. Las características socio-culturales de la población y la posición de las mujeres en la sociedad son dos aspectos fundamentales que deben ser considerados para asegurar el acercamiento oportuno a los servicios de salud de las urgencias obstétricas. Es necesario adaptar los procedimientos y normas a cada contexto cultural y socioeconómico específico, y los dos ensayos incluidos en esta sección abordan de manera distinta la accesibilidad de la atención en contextos rurales y particularmente indígenas.

Graciela Freyermuth, David Meléndez y Sergio Meneses presentan **Plan de seguridad: un modelo de diseño y puesta en marcha de acciones para disminuir la muerte materna** que tiene como objetivo la construcción de una estrategia que haga posible el acceso oportuno a los servicios de salud en caso de urgencia obstétrica. Este plan incluye la participación de distintos actores y niveles, y es totalmente compatible con el actual programa de Arranque Parejo en la Vida. Como señalan sus autores, el Plan de Seguridad es una propuesta que incluye múltiples niveles: familiar, comunitario, municipal, jurisdiccional y hospitalario; así como múltiples actores: la familia (todos sus miembros), el esposo y la mujer embarazada; el personal de salud local (promotores, parteras y curanderos); las autoridades municipales (presidente municipal, síndico de salud, agentes municipales); los responsables del sistema de radio comunicación y conductores de ambulancia; y el personal de salud institucional, incluyendo médicos y enfermeras de primer contacto, personal hospitalario, personal de recepción de urgencias, médicos de urgencias, personal de trabajo social, directores de hospitales, directores jurisdiccionales y del área de salud materna, entre otros.

El ensayo de Marcos Arana y Carolina Guerrero, **Reflexiones sobre recursos tradicionales y legales para evitar la primera demora en la búsqueda de atención en las emergencias obstétricas**, trae a cuenta cómo la costumbre y una posición subordinada de las mujeres

---

en la mayoría de las situaciones familiares y comunitarias en las localidades indígenas limita su atención oportuna en caso de urgencia obstétrica, elevando su riesgo de morir durante la maternidad. La negativa del esposo a que la mujer sea trasladada a un hospital cuando sufre complicaciones graves es un evento todavía demasiado común. Frente a estas situaciones, los autores proponen dos recursos a utilizar con maridos renuentes. El primero deriva de las normas tradicionales de comportamiento: el *lekil kuxlejaj*, cuyo significado es *la vida buena*, y que puede invocarse para exigir el respeto al derecho a la vida de mujeres y recién nacidos. El segundo es el recurso jurídico de tipificar la resistencia a trasladar a la mujer como un acto supremo de abandono y por lo tanto de violencia familiar, lo cual es punible por ley.

Considerando que en la mayoría de los casos la mortalidad materna es prevenible a través de la atención oportuna de la urgencia obstétrica, las acciones de auditoría, monitoreo y evaluación de la atención en los servicios de salud han sido instrumento fundamental para su mejora, y por tanto de la disminución de la mortalidad materna. La cuarta sección del volumen, *Experiencias en el monitoreo y evaluación*, incluye dos tipos de ensayos: unos que dan cuenta de las experiencias de auditoría que se han puesto en marcha en el país, y otros que abordan la medición de avances a través de indicadores.

En México, a través de la Secretaría de Salud se han promovido diversas estrategias con el fin de identificar y modificar los aspectos problemáticos de la atención. Silvia Roldán, en su ensayo **Grupos de atención inmediata de muerte materna**, ofrece un balance de los Comités de Mortalidad Materna en México y del actual funcionamiento de los Grupos AIDEM, así como los logros y los límites de estos sistemas de auditoría. Por su parte, Rosa María Núñez y Rufino Luna en su ensayo **Método de detección de eslabones críticos. Definición de acciones de mejora en los procesos de atención para prevenir muertes maternas (DECIDEM)**, reseñan las metodologías de análisis que se utilizan en estos grupos de trabajo formados ex profeso para el análisis de las defunciones maternas, y las estrategias que han sido utilizadas desde el año 2000 para identificar y modificar los aspectos problemáticos de la atención. Finalmente, el trabajo de Meneses, Freyermuth y Meléndez, **Monitoreo y evaluación de la disponibilidad de recursos y calidad de la atención, acompañada de intervenciones inmediatas de solución**, presenta una estrategia para contribuir a corregir y solucionar de manera inmediata los inconvenientes que

presenten los servicios de salud en su capacidad de respuesta ante las urgencias obstétricas, particularmente respecto a la disponibilidad de recursos y a la calidad de la atención. Esta intervención inmediata modifica la conceptualización actual respecto de las actividades de monitoreo y evaluación, pasando de un enfoque punitivo, a uno propositivo, eficiente y eficaz.

Los esfuerzos para medir los avances en relación con la magnitud de la mortalidad materna han hecho uso de indicadores tradicionales, tales como la tasa de mortalidad materna o la razón de mortalidad materna. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en su objetivo cinco, señalan que para el año 2015 la muerte materna tendrá que haber disminuido en 75%, tomando como referencia las cifras reportadas por cada país en 1990. Por ello, la medición de la mortalidad materna ha adquirido centralidad en los últimos años. El ensayo que presenta el programa Arranque Parejo en la Vida y Population Council, titulado **Indicadores de salud materna**, da cuenta de los indicadores tradicionales de medición de la mortalidad y nos refiere a los diversos métodos que se utilizan en aquellos países en los que el registro de la mortalidad no es confiable.

Los métodos tradicionales para medir la mortalidad adolecen de las limitaciones inherentes a la mayoría de los indicadores, ya que reflejan el comportamiento de la variable de interés, -mortalidad materna-, de manera puntual; es decir, únicamente dan cuenta de lo ocurrido y registrado a nivel global en el año o años calendario para los cuales se estima. El resultado obtenido está referido al conjunto de la población que se considera en riesgo, lo que permite mediciones globales que, aunque útiles, impiden distinguir los posibles diferenciales. Desde la perspectiva del Sector Salud, el énfasis para medir la reducción de la mortalidad materna ha sido establecido en términos de un horizonte temporal que permitiría, al final del periodo previamente definido, haber disminuido este problema en una cierta proporción. De aquí que la evaluación de avance privilegie los denominados “indicadores de impacto”. Si bien esta orientación se sustenta con iniciativas internacionales tales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, no es suficiente para dar cuenta de la complejidad que representa la mortalidad materna en una región multicultural. Por ello, en el ensayo **Atención institucional de la urgencia obstétrica en un contexto multicultural. Propuesta de indicadores para evaluación y seguimiento**, Freyermuth, Cárdenas y Meneses proponen una serie de indicadores de

---

las acciones que tienen que ser desarrolladas en los distintos niveles para regiones con graves rezagos tanto sociales como económicos, y donde la situación de subordinación de la mujer la coloca en una posición de gran vulnerabilidad.

En el último bloque de artículos, *Experiencias de investigación*, contamos con tres ensayos. En su trabajo **Distribución municipal de las defunciones maternas en México 1998-2005**, Adrián Gabriel Delgado, Héctor Fernando Morales y Cuitláhuac Ruiz muestran cómo un análisis, desde el número absoluto de muertes maternas y su concentración, puede ser una herramienta de política pública para la definición de municipios de alto riesgo materno. Se enfocan en analizar aquellos municipios que contribuyeron en el periodo 1998-2005 con el 33% de las muertes maternas del país. Para este periodo, los autores identifican de 660 a 601 municipios –dependiendo del año de referencia– (de entre un total de 2 467 con registros de por lo menos una muerte materna) contribuyendo con un total de 10 556 defunciones. Se ubica así el lugar de residencia del 33% de las mujeres fallecidas en el periodo; es decir se estudian 3 538 de las 10 556 muertes registradas a partir de su localización en estos municipios. El trabajo tiene la finalidad de poner el punto de interés de la política pública en aquellos municipios o regiones con mayor población, a fin de disminuir la mortalidad materna más contundentemente. Muchas interrogantes surgen tras la lectura de este trabajo; por ejemplo, ¿por qué se presentan más muertes en municipios urbanos, precisamente aquellos que cuentan con mayores recursos económicos y una oferta importante de servicios de salud materna?, o ¿cuáles serían las implicaciones que una focalización de esta naturaleza tendría para las poblaciones dispersas y más rezagadas?

En su artículo **Violencia contra las mujeres durante el embarazo. Algunos hallazgos de un estudio en Morelos**, Roberto Castro analiza la relación entre violencia ejercida contra las mujeres por sus parejas y el embarazo, explorando una pregunta que ha sido crucial en muchos estudios acerca de la violencia ejercida contra las mujeres por sus parejas en el ámbito doméstico: ¿Aumenta o no durante la gestación la incidencia y/o severidad de la violencia en contra de las mujeres? En este estudio de caso realizado en Cuernavaca y Cuautla, Morelos, el autor encontró una prevalencia altísima (casi 25%) de violencia entre las mujeres embarazadas encuestadas. Este hallazgo confirma que el ejercicio de la violencia contra las mujeres es práctica cotidiana y naturalizada en demasiados hogares mexicanos. Por otro

lado, el estudio halló que el embarazo por si mismo no es un factor necesariamente agravante pero tampoco atenuante en el ejercicio de la violencia, sino que el comportamiento y la relación entre gestación y violencia son mucho más complejos y los resultados son ambivalentes. Un hallazgo interesante es el predominio que el autor encontró, de la violencia emocional sobre otros tipos de violencia, la cual hasta aumenta entre mujeres embarazadas que ya la padecían antes de la gestación. Este artículo complejiza nuestras visiones acerca del ejercicio de la violencia hacia las mujeres, haciéndonos ver que la relación entre embarazo y ejercicio de la violencia no es tan lineal o contundente como se pudiera pensar.

En el último artículo del volumen, **Muerte materna y desigualdad social**, Paola Sesia presenta una breve reseña de tres casos dramáticos de muerte materna que se recopilaron a lo largo de una investigación que sobre el tema se ha realizado en Oaxaca en años recientes. El ensayo muestra cómo la muerte materna está claramente asociada a la desigualdad y a la inequidad social de las cuales las mujeres indígenas, pobres y que viven en condiciones de extremo aislamiento son víctimas preponderantes. A través de las historias presentadas, la autora hace hincapié sobre cómo las mujeres indígenas son las que sufren cargas demasiado onerosas de discriminación y exclusión social, por ser mujeres, por ser indígenas y por ser pobres. La lectura de estos tres testimonios provee un ejemplo vívido y desgarrador de cómo la triple carga de exclusión social —el género, la etnia y la clase—, se conjuntan aumentando tremendamente el riesgo de morir durante la maternidad.

Esperamos que esta colección de ensayos aporte experiencias, propuestas y datos que favorezcan un debate abierto y enriquecedor alrededor de la problemática de la muerte materna en México, presentando ideas y refiriendo prácticas que contribuyan a disminuirla y a garantizar una maternidad segura en los años venideros en nuestro país.

Marzo del 2009

# LA MORTALIDAD MATERNA EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL: ESTRATEGIAS PARA LA RENOVACIÓN DE UN MOVIMIENTO

---

SHARON BISSELL\*

En octubre de 2007 más de 2 mil líderes, profesionales de la salud, activistas, mujeres, jóvenes y familias afectadas por la muerte materna en todo el mundo se dieron cita en Londres en la hoy histórica conferencia *Las Mujeres Dan Vida* (1) para conmemorar los 20 años de la Iniciativa de Maternidad Sin Riesgos y renovar el apoyo para esta crisis mundial que aún no ha sido resuelta.

La primera vez que la comunidad mundial se reunió para analizar el tema fue en Nairobi, Kenya, en 1987, cuando se estableció dicha Iniciativa. Veinte años después, ante la falta de respuesta adecuada al problema, líderes en la materia de todo el mundo buscaron renovar el compromiso global. En la conferencia se estableció la Iniciativa Las Mujeres Dan Vida, la cual propone nuevas estrategias para renovar el compromiso internacional, centrando la atención en la conexión crítica que existe entre la salud de las mujeres, sus derechos, la educación y la reducción de la pobreza. Asimismo, pretende alentar a los gobiernos a integrar la salud y los derechos de las mujeres en los planes y estrategias nacionales; iniciar una campaña para que los sectores privado y público contribuyan con recursos adicionales, y convencer a la comunidad internacional para que utilice la salud de las mujeres, madres y bebés como un indicador clave de la salud de las naciones. En Londres, se compartieron resultados de investigación y mejores prácticas. Dos revistas especializadas internacionales –*The Lancet* y *Reproductive Health Matters*– lanzaron números especiales sobre mortalidad materna que reúnen la investigación y los hallazgos más

---

\* Representante de la Fundación MacArthur en México.

---

recientes e incluyen recomendaciones para avanzar en el tema.<sup>a</sup> Todo lo anterior dio lugar a un renovado movimiento internacional.

Hoy, el principal instrumento internacional para lograr la reducción de la mortalidad materna son los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (ODM); específicamente, el quinto exhorta a las naciones a mejorar la salud materna<sup>b</sup> y establece metas e indicadores que sirven para marcar los avances hacia el reto amplio de una mejor salud materna. La primera meta consiste en reducir la tasa de mortalidad materna en 75% entre 1990 y 2015. Los indicadores relacionados con esta meta son la razón de mortalidad materna y la proporción de nacimientos atendidos por personal de salud calificado. Luego de cinco años, en 2005, se incluyó una segunda meta para el Objetivo 5: el acceso universal a la salud reproductiva, cuyos indicadores son el uso de anticonceptivos, la tasa de fecundidad entre mujeres adolescentes, la cobertura de cuidado prenatal (con un mínimo recomendado de cuatro visitas prenatales), así como la demanda insatisfecha de planificación familiar.

La Iniciativa Las Mujeres Dan Vida generó un nuevo mensaje que busca aclarar y unificar la respuesta mundial para alcanzar el Objetivo 5. Los “tres pilares” que propone esta Iniciativa centran la atención en áreas comprobadas para prevenir la muerte materna:

- Planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva.
- Atención calificada durante e inmediatamente después del embarazo.
- Atención obstétrica de emergencia cuando existan complicaciones que pongan en riesgo la vida.

Todas estas recomendaciones son pertinentes para México hoy en día, a escasos siete años de 2015.

---

a Una recopilación de algunos de los artículos más relevantes para el contexto latinoamericano será publicado en español por Family Care International en el 2009.

b Otros compromisos internacionales que abordan la salud y la mortalidad materna son: la Declaratoria y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (1995); el Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (1995); el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), y la Declaración Mundial para la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño (1990).

**La planificación familiar** disminuye el número de embarazos no deseados y no planeados y reduce el riesgo de la mujer de morir por el embarazo y el parto. También contribuye a prevenir el aborto y las enfermedades o muertes maternas relacionadas con el aborto inseguro, o embarazos no cuidados por ser no deseados. A pesar del éxito alcanzado desde los años setenta en cuanto al acceso a anticonceptivos en México, en la actualidad el país experimenta un aumento en la demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos. Entre 1997 y 2007, la proporción de mujeres unidas entre 15 y 24 años que no deseaban un hijo en el corto plazo o incluso nunca, pero que no estaban usando un método anticonceptivo moderno, se elevó de 23% en 1997 a 31% en 2007, lo que representa un incremento de 35% en un periodo de nueve años (2) .

Algunos factores que han contribuido a este aumento son: la interrupción a inicios de la década de 2000 de las campañas de información públicas sobre planificación familiar; la suspensión de financiamiento externo para los anticonceptivos; la supresión de compras consolidadas y el proceso de descentralización aunado a una pobre supervisión de los gastos estatales, lo que ha permitido a los estados obviar la compra de anticonceptivos. Se requieren suficientes fondos para comprar una amplia variedad de anticonceptivos modernos, procedimientos transparentes de compra, control del financiamiento y el gasto en esta materia, campañas publicitarias y medidas a nivel de la clínica para asegurar su correcta distribución, todo esto con el fin de asegurar que las mujeres puedan ejercer su derecho a decidir si tener hijos o no, cuándo tenerlos y el espaciamiento entre los nacimientos.

**La atención calificada** supone asegurar que las mujeres tendrán el apoyo humano calificado que se requiere para dar a luz de forma segura, así como atención obstétrica de emergencia para atender problemas imprevisibles e inesperados. Dado que más de la mitad de todas las muertes maternas suceden después del parto, el cuidado postnatal es también clave, pero con frecuencia se pasa por alto. En su reporte sobre los avances hacia los ODM en 2005, México señaló haber logrado cerca de 88% de los partos con atención calificada. Se requiere más información acerca de los criterios para registrar la atención como “calificada” y un monitoreo más cercano del proceso de documentación. Muchas de las necesidades para mejorar el acceso a la atención calificada se dan en áreas donde hay una pobre infraestructura de salud y de personal. La “delegación de funciones” es una estrategia importante

---

para maximizar los recursos humanos en ámbitos de escasos recursos, cuando se lleva a cabo de forma cuidadosa y de acuerdo con los estándares y lineamientos preestablecidos (3); asimismo, es el proceso de delegar tareas, cuando es apropiado, a trabajadores de la salud menos especializados, haciendo eficiente el uso de los recursos humanos disponibles. Esta estrategia es clave para abordar el problema que tiene México de hospitales sobrecargados al atender partos normales. Los centros de salud están subutilizados y en algunas ocasiones son incapaces o se niegan a proveer atención para el parto normal. Ante esta situación, las parteras calificadas y profesionales deberían de jugar un papel fundamental no sólo en atender partos normales sino también en la atención de urgencias obstétricas.

En años recientes, los esfuerzos para ampliar el acceso a la **atención obstétrica de emergencia** básica y la de emergencia integral se han incorporado a las políticas de salud de México, y las organizaciones de la sociedad civil han creado modelos para vincular a las mujeres embarazadas, sobre todo en zonas rurales e indígenas, con los sistemas de salud a fin de atender esas emergencias. Algunos estados incluso han ideado formas económicas e innovadoras para distribuir medicamentos básicos e insumos a las clínicas y hospitales para tratar la eclampsia y la hemorragia. Dado que cerca de 15% de todos los embarazos terminan en una emergencia imprevisible e inesperada, el acceso a atención obstétrica de emergencia es una medida básica para salvar vidas. El enfoque de cuidados obstétricos de emergencia ha reemplazado el anterior enfoque de identificación del riesgo obstétrico debido al gran número de emergencias obstétricas que surgen a pesar de un embarazo completamente sano.

Fortalecer al sistema de salud es clave para cada uno de los tres pilares. El año pasado, fueron reunidas cuatro de las principales iniciativas para la maternidad sin riesgos a nivel mundial<sup>c</sup> para recomendar que una estrategia que priorice el fortalecimiento del sistema de salud sea la base en la que descansarán los avances hacia el Objetivo 5. Esta propuesta estaría dirigida “al lado de la oferta y la demanda; a las dinámicas tanto del hogar como de la comunidad y servicios en insta-

---

c El Averting Maternal Death and Disability (AMDD) Program at the Mailman School of Public Health (Programa para Impedir la Muerte Materna y la Discapacidad de la Escuela Mailman de Salud Pública), Impact, la Iniciativa de Atención Especializada de Family Care International, y el Programa ACCESS.

laciones en un *continuum* de atención de-la-casa-al-hospital; e incluye emergencias obstétricas y partos de rutina” (4).

Además de un mayor conocimiento sobre lo que sí funciona, también contamos con información acerca de algunas estrategias que no han probado ser efectivas y algunas otras que se han advertido como potencialmente dañinas. Entre las prácticas comunes que han mostrado ser perjudiciales y que no han sido totalmente erradicadas en México se encuentran: negar alimentos y agua a las mujeres durante la labor de parto; el parto horizontal; infusiones intravenosas de rutina; el monitoreo fetal continuo de rutina, así como intervenciones de cesárea médicamente innecesarias (5). En 2008, México aprobó un protocolo que permite el parto vertical, lo que representa un paso positivo hacia un parto más humano al ampliar el respeto por las necesidades de salud de las mujeres y permitir experiencias de parto positivas. La implementación de esta medida dependerá de su difusión y aceptación entre las y los proveedores de salud, así como entre las mujeres.

## La maternidad sin riesgos es un derecho humano

Además de generar consensos y mayor voluntad política para el tema, la conferencia *Las Mujeres Dan Vida* proveyó un foro para la creación de nuevas iniciativas que alientan la participación de diversos actores interesados en el tema.

La Iniciativa Internacional sobre Mortalidad Materna y Derechos Humanos fue lanzada por cinco agencias internacionales<sup>d</sup> con el firme apoyo de líderes internacionales como Mary Robinson, quien fue Alta Comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

d El sitio [www.righttomaternalhealth.org](http://www.righttomaternalhealth.org) estará disponible al inicio de 2009. Las cinco agencias internacionales fundadoras son: Averting Maternal Death and Disability (AMDD), Program at the Mailman School of Public Health (Programa para Impedir la Muerte Materna y la Discapacidad de la Escuela Mailman de Salud Pública); CARE; Center for Reproductive Rights (Centro para los Derechos Reproductivos); Family Care International; Physicians for Human Rights (Médicos por los Derechos Humanos); y el Human Rights Centre at the University of Essex (Centro de Derechos Humanos de la Universidad de Essex). En la primavera de 2008, se unieron siete nuevos miembros: Likhaan (Filipinas), Sahayog (India), International Budget Project (Proyecto de Presupuesto Internacional-México), CEJIL (Estados Unidos-Latinoamérica), Health Equity Group (Grupo de Equidad en Salud-Tanzania), Equinet (Zimbawe), y la Kvinna till Kvinna Foundation (Suiza).

---

La Iniciativa señala que el enfoque de derechos humanos para reducir la mortalidad materna es una herramienta poderosa porque demanda responsabilidad del gobierno, empodera a la gente, involucra a los ciudadanos y al gobierno en un diálogo sobre el tema, y se centra de forma apropiada en la equidad de las mujeres. Asimismo, busca hacer visible la grave violación a los derechos humanos que constituyen las muertes maternas prevenibles. La Iniciativa compara la atrocidad de la salud materna a violaciones de derechos humanos que hoy día son bien reconocidas –como la tortura– y expresa la necesidad urgente de elevar la consideración de la muerte materna como una violación de derechos humanos reconocida internacionalmente. De acuerdo con la Iniciativa, “aunque morir por una causa fácilmente prevenible constituye una violación a los derechos humanos –tanto como lo son las ejecuciones extrajudiciales, la tortura y las detenciones arbitrarias– las conexiones entre mortalidad materna y derechos humanos no han sido suficientemente reconocidas. Ha llegado el momento para hacer un esfuerzo que confronte esta inaceptable situación”.

En la última década, las organizaciones de derechos humanos en México han reunido experiencia importante llevando casos a las cortes nacionales e internacionales. Actualmente están bien posicionadas para explorar de qué forma su capacidad para identificar, documentar y litigar los abusos de derechos humanos puede utilizarse con el fin de ayudar a hacer esta conexión entre la muerte materna y los derechos humanos, y promover el reconocimiento de la flagrante violación de derechos humanos que constituyen las muertes maternas. Esta iniciativa provee un marco sólido para establecer y/o fortalecer los vínculos entre la salud y los movimientos de derechos humanos en México.

## **La meta**

Para México, alcanzar el Objetivo 5 de los ODM significa obtener una razón de mortalidad materna (RMM) de 22 muertes por 100 mil nacidos vivos para 2015. México ha tenido un descenso de casi 29% entre 1990 y 2005, pero en años recientes esta disminución se ha estancado, sobre todo en los estados del sur. A pesar de su situación favorable a nivel global, 75% de reducción sigue siendo un reto para el país. Para estados como Chiapas, Guerrero y Oaxaca, que consistentemente ocupan lugares altos en mortalidad materna, el reto es especialmente difí-

cil porque demanda el fortalecimiento del sistema de salud, así como la necesidad de abordar una triple franja de discriminación (económica, étnica y de género), y normas culturales y sociales que impiden que las mujeres accedan a servicios de salud. Desde una perspectiva internacional, nuestro país cuenta con muchas ventajas en el área de la prevención de la mortalidad materna. Sin embargo, lograr el Objetivo 5 demanda mayor atención a los tres pilares, lo cual a su vez requiere mayor voluntad política, fuerte supervisión de la implementación local, mayor transparencia en la asignación y uso de los recursos públicos en todos los niveles, así como una mejor rendición de cuentas y monitoreo social. Sobre todo, requiere un cambio cultural en el que la salud y la vida de las mujeres sean valoradas por la sociedad y garantizadas por el Estado.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y REFERENCIAS

1. *Women Deliver* en inglés. Para más información sobre esta conferencia puede visitar [www.womendeliver.org](http://www.womendeliver.org)
2. CONAPO, INEGI, Secretaría de Salud, INSP, *Encuesta nacional de la dinámica demográfica 2006*. <http://conapo.gob.mx/encuesta/Enadid/>
3. [www.int/healthsystems/task\\_shifting\\_booklet.pdf](http://www.int/healthsystems/task_shifting_booklet.pdf)
4. Freedman L. P. *et al.*, “Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation”, en *The Lancet*, 2007, 370:1383-1391.
5. Gay J. *et al.* *Salvando vidas: una guía de programas y políticas como argumento para intervenciones exitosas en planificación familiar, maternidad segura e ITS/VIH/SIDA. Módulo I: maternidad segura*, en <http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/WhatWorksSpan.pdf>, fecha de consulta: 21 de octubre de 2008.
6. Maine D., “Detours and shortcuts on the road to maternal mortality reduction”, en *The Lancet*, 2007, 370:1380-1382.
7. Penn-Kekana L. B., McPake N. y Parkhurst J., “Improving maternal health: Getting what works to happen”, en *Reproductive Health Matters*, 2007, 15(30): 28-37.
8. *Programa de acción específico 2007-2012. Arranque Parejo en la Vida*, Secretaría de Salud, Gobierno de México, 2007.
9. Shiffman J. y Smith S., “Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality”, en *The Lancet*, 2007, 370:1370-1379.

# ACCESO UNIVERSAL Y GRATUITO A LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA. LA NECESIDAD DE MODIFICACIONES SISTÉMICAS PARA LA DEFINICIÓN DE UNA POLÍTICA DE SALUD MATERNA

---

SERGIO MENESES\*  
GRACIELA FREYERMUTH\*\*  
DAVID MELÉNDEZ\*\*\*

## Introducción

Las desigualdades innecesarias, evitables e injustas fundamentadas en el género, la pertenencia étnica o la condición económica constituyen una limitación estructural para el acceso a los medios que garanticen la igualdad de oportunidades y el disfrute pleno de los derechos ciudadanos, entre ellos el derecho a la salud y su protección. En México, estas profundas inequidades afectan principalmente a las mujeres, a las poblaciones indígenas y a los sectores que viven en condiciones de pobreza. Dichas inequidades atraviesan diversos ámbitos de la vida social, incluyendo los institucionales relacionados con la atención de la salud. La persistencia de la morbi-mortalidad materna por causas evitables es una de las expresiones finales y fatales de esta reunión de inequidades.

Disminuir las inequidades sociales –entre ellas las genéricas, étnicas y económicas– es parte sustantiva de la agenda política internacional y nacional. Basados en la noción de derecho, el marco normativo internacional (1) reconoce la obligación de los Estados de garantizar la *igual-*

---

\* Departamento de Investigación en Sistemas de Salud, Centro Regional de Investigación en Salud Pública (CRISP), Tapachula, Chiapas.

\*\* Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Sureste, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

\*\*\* Secretariado Técnico del Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.

---

*dad de hombres y mujeres para el goce de todos sus derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos.* A la par de los preceptos jurídicos internacionales, el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que *los hombres y las mujeres son iguales ante las leyes del país* (2). De este modo, el Estado mexicano es responsable de adoptar medidas progresivas que aseguren el pleno ejercicio de estos derechos por parte de todos los ciudadanos y ciudadanas, independientemente de su pertenencia étnica, genérica o posición económica. En el campo de la salud esto significa que el Estado debe adoptar medidas que garanticen el derecho universal a la protección de la salud, incluyendo, por supuesto, la salud materna.

En el Marco de la Cumbre del Milenio en el año 2000, los Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas –México entre ellos– suscribieron la Declaración del Milenio que establece, entre sus objetivos, erradicar las injusticias sociales inadmisibles como la pobreza extrema y el hambre, además de promover la equidad de género y autonomía de las mujeres, mejorar la salud materna y combatir enfermedades infecciosas como el VIH y paludismo (3).

El presente ensayo esboza algunos elementos que intentan contribuir a la definición de una política de salud materna que garantice el acceso efectivo, universal y gratuito a los servicios de atención obstétrica.

## **Una política de salud materna equitativa**

No todas las desigualdades constituyen inequidades, pero cuando las primeras son innecesarias, evitables e injustas se convierten en inequidades (4). Es el caso de la persistencia de la morbi-mortalidad evitable durante la maternidad.

En términos operativos, la *equidad en salud* debe contribuir a reducir las diferencias evitables en salud y sus determinantes entre los conjuntos sociales. *Equidad en salud* significa que todas las personas cuenten con oportunidades para alcanzar su completo potencial en salud, independientemente de su condición de género, étnica o económica. De este modo, un sistema de salud equitativo debe tomar medidas positivas para asegurar un trato justo a los conjuntos sociales excluidos o discriminados, para así disminuir la magnitud de las desigualdades. Tales medidas incluyen la asignación de recursos y prestación de servicios de acuerdo con las necesidades.

Para alcanzar la equidad en salud es indispensable reducir otras inequidades sociales: las étnicas, de género y las económicas. Esta perspectiva implica vincular la desigual distribución del poder y los ingresos dentro de una población con los perfiles epidemiológicos y con las características de accesibilidad, financiamiento y gestión del sistema de salud. De este modo, al analizar las inequidades en salud – particularmente en salud materna– debemos referirnos tanto al estado de salud y sus determinantes como al acceso efectivo a la atención según la necesidad y el financiamiento justo (5). El propósito es alcanzar cierta igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, sin distingo de ninguna naturaleza, que les permita desarrollar sus potencialidades y el ejercicio pleno de sus derechos, entre ellos el derecho a la salud.

Bajo este marco de derecho y equidad, en seguida se presentan algunos planteamientos de modificaciones sistémicas para la definición de una política de salud materna que garantice el acceso universal y gratuito a la atención obstétrica.

## **Consideraciones para la definición de una política de salud materna**

El diseño de las políticas de salud debe fundarse en una base sólida de información y evidencias (6). Al respecto, es un hecho reconocido que entre los determinantes de la morbi-mortalidad materna se hallan las inequidades étnicas, genéricas y económicas (7). Por otro lado, la Secretaría de Salud señala que la razón de muerte materna en México es alta –63.4 decesos por cada 100 mil nacidos vivos registrados en 2005– (8) y que aproximadamente 99% de dichos fallecimientos entre 2000 y 2004 fueron evitables (9) y, por lo tanto, injustos. Además, hasta 2005 México no había logrado reducir la razón de muerte materna por lo menos a 30% en relación con el año 1990, lo que complica alcanzar la meta establecida por los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Con base en información y evidencias se alzan tres columnas en las que descansan las políticas de salud: el pilar ético, el técnico y el político (7). Toda vez que la equidad y justicia social son valores explícitos del sistema de salud, los argumentos éticos a favor de reducir la morbi-mortalidad materna son claros: ésta es expresión de profundas injusticias que deben ser corregidas. Técnicamente esto es posible; desde hace dos décadas contamos con evidencias de intervenciones

---

costo-efectivas para abatir las causas de morbilidad y mortalidad maternas (10). Así, la persistencia de éstas no es un problema tecnológico, sino de prioridad política (11 y 12). Este reconocimiento obliga a hacer cambios en los diferentes niveles de la definición de políticas de salud (13). Por limitaciones de espacio, en la presente propuesta sólo se sugieren los cambios en los niveles sistémico y programático.

En el nivel sistémico –donde se definen las funciones, derechos y responsabilidades de los actores del sistema de salud– es necesario hacer cambios estructurales. Se deben redefinir, por un lado, los criterios de acceso a la atención materna y, por otro, la obligación del Estado al respecto.

El artículo 4º de la Constitución mexicana establece que *toda persona tiene derecho a la protección de la salud* y que *la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud* (2). A su vez, la Ley General de Salud (LGS) (14) implanta dos criterios de acceso a los servicios: a) ser derechohabiente de alguna institución de seguridad social o del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), o b) pertenecer a la población general no derechohabiente de dichos servicios. La atención materno–infantil es motivo de salubridad general (artículo 3º de la LGS) y se incluye en el paquete de servicios básicos de salud (artículo 27 de la LGS) dirigidos a toda la población. Los servicios de salud materno–infantil se prestarán en establecimientos públicos de salud, regidos por *criterios de universalidad y gratuidad fundada en las condiciones socio–económicas de los usuarios* (artículo 35 de la LGS). Sin embargo, a pesar de que el Estado es responsable de garantizar los derechos sociales, ni la Constitución ni la LGS establecen la obligación jurídica del Estado mexicano para asegurar el acceso universal, efectivo, oportuno, de calidad y gratuito a los servicios de salud materna para todas las mujeres, independientemente de su condición de afiliación o no a la seguridad social, o al SPSS o a cualquier otro criterio de exclusión. De este modo, y toda vez que los servicios de salud materna son costo–efectivos, generan grandes externalidades positivas y encierran profundas implicaciones para la equidad y justicia social, consideramos adecuados dos cambios estructurales en el nivel sistémico de las políticas:

- a) Se deben redefinir los criterios de acceso a los servicios de atención materna basados en un enfoque de derecho, bajo los principios de universalidad y gratuidad no condicionada a la capa-

cidad de pago ni al estado de derechohabencia a un esquema de seguridad o protección social.

- b) Debe quedar explícitamente definida la responsabilidad del Estado para garantizar el financiamiento y prestación de los servicios de salud materna, además de establecerse claramente las bases para la participación de los diferentes niveles de gobierno.

En el nivel programático deben definirse las intervenciones costo-efectivas para incluirse en los servicios de atención materna universales y gratuitos. Éstas deben contener, por lo menos, los servicios de planificación familiar y anticoncepción, atención calificada del parto, así como atención obstétrica de emergencia (11, 12). Vale señalar que dichas intervenciones ya se incluyen en el paquete esencial de servicios, pero aún no queda clara la responsabilidad del Estado ni la concurrencia de los diferentes niveles de gobierno e instituciones para garantizar el acceso, financiamiento y prestación de estos servicios.

Para la inserción exitosa de estos componentes en la política de salud es necesario llevar a cabo acciones de abogacía que reposicionen el tema en la agenda política y social, y lograr así la convergencia indispensable para la construcción de acuerdos en torno a la propuesta. Simultáneamente, es importante el trabajo de cabildeo con los diferentes actores políticos —desde el poder ejecutivo y sus diferentes secretarías (entre ellas las de salud, desarrollo social, hacienda), pasando por las diferentes cámaras del poder legislativo, los gobiernos de los estados y los partidos políticos, entre otros—, a fin de generar, nuevamente, convergencia y acuerdo político en torno a la propuesta de una política verdaderamente universal y gratuita que garantice el acceso efectivo a la salud materna.

Para evaluar el impacto de la propuesta pueden formularse tres momentos: primero, el avance de las actividades de cabildeo y abogacía para priorizar el tema y generar acuerdos; segundo, los resultados legislativos, es decir, las modificaciones necesarias en la LGS, y tercero, la evaluación de la implementación de la propuesta en términos de su eficiencia técnica y calidad.

La aplicación de estas modificaciones sistémicas para la definición de una política de salud materna que garanticen el acceso universal y gratuito a la atención obstétrica contribuirá, a su vez, al fortalecimiento del sistema de salud en su conjunto y a la construcción de una sociedad más justa.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ONU, *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, 1942; *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, 1966; *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*, 1966; *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer*, 1979; *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Beijing, 1995; *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Beijing, 1995.
2. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Diario Oficial de la Federación, 4 de febrero de 1917, última reforma publicada en el DOF el 20 de junio de 2005.
3. ONU, *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: informe de avances 2005*, Organización de las Naciones Unidas, Gobierno de la República, México, 2005.
4. Whitehead M., *The concepts and principles of equity and health*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000.
5. Gómez E., *Equidad, género y salud*, Organización Panamericana de la Salud, marzo de 2001, en [www.paho.org/Spanish/HDP/hdw/chile-egg.PDF](http://www.paho.org/Spanish/HDP/hdw/chile-egg.PDF), fecha de consulta: 10 de noviembre de 2007.
6. Frenk J., “Seguro Popular de Salud”, videoconferencia del Secretario de Salud, Dr. Julio Frenk Mora, Instituto Nacional de Salud Pública, 4 de marzo de 2005, en <http://www.insp.mx/seguropopular/segopopular.html>, fecha de consulta: 10 de noviembre de 2007.
7. Freyermuth G., *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos de riesgo durante la maternidad*, CIESAS, Porrúa, México, 2003.
8. Secretaría de Salud, *Salud: México 2001-2005, Información para la rendición de cuentas*, México, Secretaría de Salud, 2006, p. 138.
9. Secretaría de Salud, *La mortalidad en México, 2000-2004. Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias*, Secretaría de Salud, México, 2006, p. 16.
10. Freedman L.P., et al., “Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation”, en *The Lancet*, 2007, 370:1383-1391.
11. Shiffman J. y Smith S., “Generation of political priority for global health initiatives: a framework and case study of maternal mortality”, *The Lancet*, 2007, 370:1370-1382.
12. Borghi J. et al., “Mobilising financial resources for maternal health”, en *The Lancet*, 2006, 368:1457-1465.
13. Frenk J., Lozano R., González-Block M. et al., *Economía y salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en México*, Fundación Mexicana para la Salud, México, 1994, pp. 205-211.
14. Ley General de Salud, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo de 2003.

# PRESUPUESTO PÚBLICO Y MORTALIDAD MATERNA

---

DANIELA DÍAZ\*

## Presentación

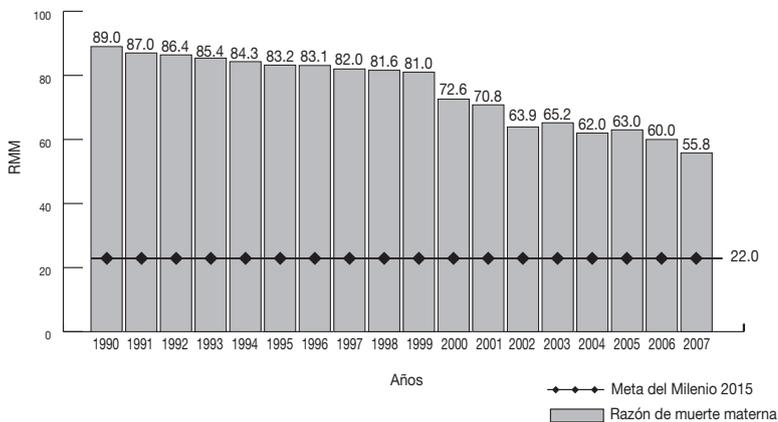
La mortalidad materna es un indicador claro de injusticia social, inequidad de género y pobreza: el que un embarazo o parto desemboque en la muerte de la mujer refleja problemas estructurales, tanto de acceso como de atención en salud (1). Las autoridades en salud reconocen que nuestro país presenta un atraso en su abatimiento con respecto a las condiciones generales de salud del país, y que va a un ritmo lento para alcanzar el cumplimiento de las Metas del Milenio. México debe alcanzar en el año 2015 una razón de muerte materna de 22.0/100 mil NVE, cuando en 2007 apenas logró una razón de 55.8/100 mil NVE (ver gráfica 1).

Es magra la disminución de la muerte materna en el país, si se considera que en 17 años se han adoptado múltiples estrategias y acciones en la política de salud pública. De 2 209 mujeres fallecidas durante el embarazo, el parto o el puerperio en 1990, la cifra descendió a 1 166 en 2006. Además, si se observa la gráfica 2, pese a la tendencia a la disminución, durante este período se presentan aumentos variables importantes de un año a otro, que se traducen en mujeres fallecidas por razones evitables, todas vinculadas a su condición de pobreza. Pobreza de las condiciones socio-económicas de la mujer, de su entorno y del o los servicios de salud a los cuales acudió.

---

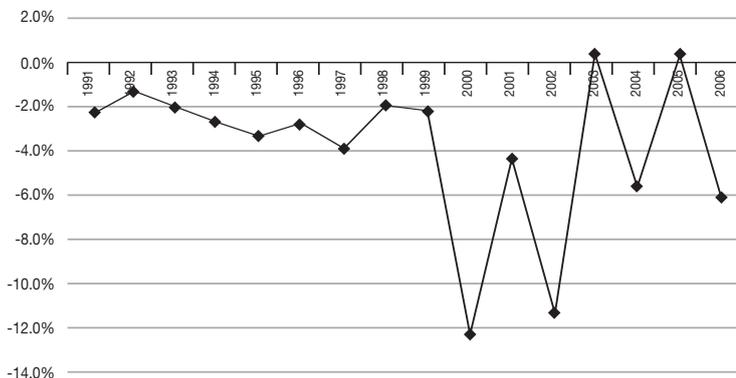
\* Responsable del proyecto Mortalidad materna y presupuesto público por Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C., [genero@fundar.org.mx](mailto:genero@fundar.org.mx); [www.fundar.org.mx](http://www.fundar.org.mx)

**Gráfica 1**  
Razón de mortalidad materna en México 1990 a 2007 y Meta del Milenio al año 2015



Fuente: elaboración propia con datos para la razón de mortalidad materna, *Salud materna en México 2007-2012 Avances y retos*, SSA, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, noviembre 2007. Para el año 2007, SSA, Rendición de Cuentas en Salud 2007, p. 152, México, 2008. Para la Meta del Milenio, programa Arranque Parejo en la Vida, p. 18, México, 2007, en <http://www.spps.salud.gob.mx/interior/apv.html>

**Gráfica 2**  
Porcentaje de variación de defunciones maternas



Fuente: elaboración de Alberto Serdán, Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C. con datos de Salud materna en México 2007-2012. Avances y retos; SSA, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, noviembre 2007.

Para todas las causas de los fallecimientos, existen los conocimientos científicos para abordarlas y evitar que desemboquen en la muerte de la mujer. Durante 2006, las identificables fueron: trastornos hipertensivos del embarazo (29.4%), hemorragia obstétrica (22.1%), aborto (8.1%), infección puerperal (2.4%) y parto obstruido (1.4%). Los reportes oficiales también dan cuenta de la clasificación de: otras causas maternas (19.4%) y causas obstétricas indirectas (18.6%), pero sin explicar qué significan estas categorías.

Si una mujer muere por estas causas, fundamentalmente es por deficiencias y acciones equívocas. Para que ello no sea así, es imprescindible que la mujer reciba una oportuna y eficaz atención en el o los servicios de salud a los que acude.

El análisis de eslabones críticos es una excelente prueba de que aún en las grandes ciudades, una atención médica oportuna y de calidad está lejos de cumplirse. La realidad es que acceder a los servicios formales e institucionales de salud no asegura una atención con capacidad resolutive.

Desde hace décadas, México viene signando acuerdos internacionales en pro de la salud sexual y reproductiva y la equidad de género, entre los cuales siempre la salud materna ha sido un punto de especial interés. El más actual es el que se refiere a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, firmado en el año 2000. En su última evaluación de cumplimientos en 2005, México hasta agregó un nuevo compromiso: proveer servicios de salud reproductiva.

¿Por qué, pese a estos compromisos la mortalidad materna no ha presentado una disminución sustantiva? Porque es básica una voluntad política que tome cuerpo en estrategias, acciones y programas que cuenten con recursos presupuestarios; y eso es lo que no ha sucedido en el caso mexicano.

## **La mortalidad materna, ausencia de presupuesto**

En el año 2002 se puso en marcha el programa Arranque Parejo en la Vida (APV), primero en el país con el objetivo específico de disminuir la mortalidad materna en población abierta (es decir, sin seguridad social). No obstante, APV nunca ha contado con recursos para su operación, sólo se le ha asignado la rectoría normativa y programática en el ámbito federal, a través del Centro Nacional de Equidad de Género

---

y Salud Reproductiva. De igual forma el programa no tiene reglas de operación, lo que se traduce en que nunca se ha publicado en el Diario Oficial de la Federación, ni en los Decretos de Presupuesto de Egresos de la Federación para los ejercicios fiscales correspondientes de 2002 a la fecha. Por consiguiente, no sólo carece de mecanismos para la rendición de cuentas sino –lo cual es aún más grave–, tampoco incluye herramientas de obligatoriedad en su aplicación del nivel federal hacia las entidades federativas (1).

La nueva Ley General de Salud, publicada en 2003, establece el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), siendo el Seguro Popular (SP) su brazo operativo.

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), es un esquema de aseguramiento público y voluntario que brinda protección financiera en materia de salud a las familias que, por su condición laboral y socioeconómica, no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social. Cada año se pretende inscribir a un millón y medio de familias, hasta cumplir la meta de 10 millones de familias en 2010. Los recursos del SPS se componen de una cuota familiar anual (de acuerdo al ingreso familiar, las familias ubicadas en los tres primeros deciles y beneficiarias de Oportunidades no pagan), una cuota social aportada por el gobierno federal (equivalente a 15% de un salario mínimo para el Distrito Federal al año por familia), una aportación solidaria federal, también aportada por el gobierno federal (equivalente a 1.5 veces la cuota social), y una aportación solidaria estatal, aportada por cada estado de la República (equivalente a la mitad de la cuota social al año por familia)(2).

El Seguro Popular (SP) absorbió y pasó a ser la vía de asignación del gasto dirigido a la atención del embarazo, parto y puerperio. Este hecho dificulta sobremanera la ejecución y consecuente éxito de APV, debido a que son las instancias estatales las que administran y operan los recursos financieros y los servicios de salud, y no siempre la atención de la mortalidad materna es un tema prioritario en la agenda local en salud, por lo menos en lo que se refiere al momento de la definición de la distribución y uso de los recursos.

En el Catálogo de Intervenciones en Salud ofrecido por el Seguro Popular están prácticamente todas las situaciones en salud que afectan

a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo las correspondientes a las emergencias obstétricas. En la práctica, a través del SP se está financiando la operación de los servicios de salud estatal en general, no exclusivamente a las personas afiliadas al sistema. En consecuencia, el SP es, por sobre todas las cosas, un esquema de arquitectura financiera para el sistema de salud para población abierta. **Tal hecho ha implicado el problema estructural de la disociación entre los programas, en este caso APV, y los recursos para su operación y a final de cuentas su real existencia.**

## Recomendaciones

Es imprescindible abrir la información del Seguro Popular, pues es uno de los recursos públicos más importantes y paradójicamente de mayor opacidad. No existe un instrumento público de rendición de cuentas que mida su impacto y cómo mejorarlo. Sus informes dan cuenta prácticamente sólo del tipo de población afiliada. Actualmente representa más de la mitad del presupuesto asignado a la Secretaría de Salud (ver tabla 1).

**Tabla 1**  
Presupuesto asignado a la Secretaría de Salud y al Seguro Popular 2008 y aprobado 2009. Pesos constantes al año 2009

Concepto	2008	2009
Secretaría de Salud	72 773 689 727	85 036 468 164
Seguro Popular	37 834 174 623	41 368 161 540
%SP/Ssa	51.98	48.65

Fuente: SHCP, PEF Aprobado 2008, PEF Aprobado 2009, disponibles en [www.shcp.gob.mx](http://www.shcp.gob.mx)

Pese a esta cantidad de gasto público, su incidencia es sumamente baja en la atención elemental que es la del parto, que además es el evento en el cual se concentran las emergencias que desembocan en la muerte de la mujer (ver tabla 2).

**Tabla 2.**  
Partos atendidos por el Seguro Popular, 2005-2008

	Mujeres en edad reproductiva afiliadas al SPSS	Mujeres a las que se les brindó atención por parto	Promedio de partos atendidos en mujeres de 15-45 años de edad, en %
2005*	6 107 337	57 082	0.009
2006*	4 117 009	130 492	3.69
2007**	4 170 598	4 170 598	3.60
2008***	6 525 577	102 711	1.57

\* Datos al 31 de diciembre.

\*\* Cifras al 30 de septiembre de 2007.

\*\*\* Datos al 31 de mayo de 2008.

Fuente: Secretaría de Salud, Informes del Sistema de Protección Social en Salud, años 2005, 2006, 2007 y primer semestre del 2008.

En consecuencia, es fundamental que el Estado mexicano determine recursos específicos en el Presupuesto de Egresos de la Federación a los programas, más aún si están dirigidos a paliar problemas de salud vinculados a la pobreza, como es el caso de la morbi-mortalidad materna. Es básico que la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio sea universal y gratuita.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y REFERENCIAS

1. Díaz Echeverría D., "Mortalidad materna. Una tarea inconclusa", en Hofbauer H. y Zebadúa V. (coordinadoras). *Avances y retrocesos. Una evaluación ciudadana del sexenio 2000-2006*. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, México, 2006, p. 9.
2. Página en internet del Seguro Popular, en <http://www.seguro-popular.gob.mx/>
3. Secretaría de Salud, *Salud materna en México 2007-2012. Avances y retos*, SSA, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, noviembre 2007.
4. Secretaría de Salud, Informes del Sistema de Protección Social en Salud, años 2005, 2006, 2007 y primer semestre del 2008.
5. Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Presupuesto de Egreso de la Federación Aprobado 2008, en <http://www.shcp.gob.mx>
6. Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Proyecto Presupuesto de Egreso de la Federación 2009, en <http://www.shcp.gob.mx>

# EL POTENCIAL DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES PARA PROMOVER UNA MATERNIDAD SEGURA Y ABATIR LA MUERTE MATERNA EN MÉXICO: UNA PROPUESTA EN POLÍTICA PÚBLICA PARA REGIONES INDÍGENAS DE ALTO REZAGO SOCIAL

---

PAOLA MARÍA SESIA\*

## Introducción

En este breve artículo se analiza e ilustra cómo el programa Oportunidades podría contribuir de manera significativa a promover la maternidad segura, y a reducir la muerte materna, sobre todo en regiones rurales e indígenas del país.

Se argumenta que, dada la capilaridad de la cobertura del programa entre los hogares rurales pobres del país, y dado el esquema de corresponsabilidad que el mismo exige, el incorporar algunas acciones de intervención y de monitoreo/evaluación relativamente sencillas produciría un impacto significativo en la promoción de la salud materna y el abatimiento de la mortalidad materna, justamente en las regiones que más riesgo presentan. Se enfatiza en la importancia de construir sinergias entre programas federales que persiguen objetivos comunes, como los servicios de salud para poblaciones pobres del programa Oportunidades y el recién inaugurado Programa Embarazo Saludable del Seguro Popular.

---

\* Investigadora titular del CIESAS-Pacífico Sur, Co-coordinadora del Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos-Oaxaca (CPMSR-Oaxaca).

---

## Justificación

Entre los Objetivos del Milenio suscritos por México<sup>a</sup>, el de más difícil consecución es el que se refiere a la muerte materna, consistente en su reducción –para 2015–, en tres cuartas partes respecto a la observada en el año 1990. En México, la muerte materna presenta dos grandes tendencias de concentración (2): a) los números absolutos más altos se registran entre mujeres de escasos recursos habitantes de poblaciones urbanas o suburbanas, que fallecen en los grandes hospitales de concentración del Distrito Federal o del Estado de México; b) las otras muertes maternas ocurren entre mujeres rurales, indígena y pobres, que se ubican en su mayoría en localidades pequeñas y aisladas y que no tienen acceso real (geográfico, social o económico) a servicios de emergencia obstétrica con capacidad resolutive. Estas muertes se concentran en los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, así como en otras regiones indígenas del país<sup>b</sup>. Las mujeres que viven en estos entornos sociales presentan un riesgo de morir dos a tres veces más alto que el de las mujeres mexicanas en su conjunto, y hasta cinco veces más que aquellas residentes en los municipios y estados con índices de desarrollo humano más altos (3).

En ambas situaciones, las mujeres que fallecen por causas maternas se caracterizan por ser mujeres pobres, lo que hace a la muerte materna un indicador particularmente sensible de la desigualdad so-

---

a Los Objetivos del Milenio de Naciones Unidas fueron establecidos por el Secretariado General de las Naciones Unidas en el año 2000 y contemplan ocho grandes objetivos, entre ellos la reducción de la mortalidad infantil, para 2015, en dos terceras partes de la registrada en 1990; la educación primaria universal para la niñez en 2015, y la reducción de la muerte materna, para 2015, en tres cuartas partes respecto a la observada en 1990 (1).

b En el país fallecen actualmente entre 1 100 y 1 500 mujeres al año por causas relacionadas con la maternidad, con una razón de muerte materna (RMM) para 2006 de 60/100 000 Nacidos Vivos Registrados (NVR) (4). Mientras que en Yucatán la RMM fue de 30.4 /100 000 NVR, la de Guerrero fue de 128 (la más alta del país), la de Chiapas de 90.1 (la tercera más alta) y la de Oaxaca de 74.2 (la cuarta más alta del país). Es importante señalar que en 2006, además de los tres estados sureños mencionados, los otros tres con las RMM más elevadas fueron Durango (90.7/100 000) y Chihuahua (68.9/100 000), entidades con porcentajes importantes y concentraciones de población indígena profundamente marginadas (4). En el año 2005, mientras que en Colima la RMM fue de 10/100 000, las RMM de los estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas fueron, respectivamente, de 128 (la más alta), 95 (la tercera más alta) y 88 (la quinta más alta) (3). En 2004, Chiapas, Guerrero y Oaxaca ocuparon los tres primeros lugares (5).

cial. Por su perfil social, es muy probable que gran parte de las mujeres fallecidas en los últimos años hayan sido beneficiarias del programa Oportunidades.

Dentro de los objetivos prioritarios de Oportunidades está el de romper el ciclo intergeneracional de la pobreza, mediante la mejora en las condiciones de salud, alimentación-nutrición y educación de los hijos y las hijas de las titulares beneficiarias. La idea es que la nueva generación tenga mejores oportunidades de vida y trabajo en el futuro con respecto a sus padres. Dentro de esta lógica, el programa ha reconocido como fundamental el papel de las madres, pues son ellas quienes, en el seno familiar están más orientadas a la búsqueda del máximo nivel de bienestar posible a su alcance para sus hijos. Este reconocimiento ha sido el argumento principal para su selección como las titulares del programa.

Algunos estudios han demostrado de manera contundente que cuando una mujer muere en plena edad reproductiva –como ocurre con la muerte materna–, deja a sus hijos huérfanos frente a enormes riesgos que van desde el desamparo, el abandono y el maltrato, hasta poner en riesgo su propia supervivencia (6, 7). En el medio indígena y campesino rural –un medio pauperizado en el que el riesgo de muerte materna es mucho más alto–, generalmente los hombres viudos se casan nuevamente en un plazo breve y los hijos de la difunta quedan al cuidado de los abuelos maternos o paternos u otro familiar cercano. Si permanecen con su padre no siempre son aceptados fácilmente por la nueva esposa, y menos integrados en igualdad de condiciones con hijos de la nueva pareja. En estas circunstancias, es previsible que muchos huérfanos enfrenten profundas desventajas: mayores grados de desnutrición, deserción escolar temprana, incorporación prematura al trabajo campesino o a los mercados informales de trabajo, o matrimonio de las hijas adolescentes, reproduciendo así el círculo vicioso de la pobreza a nivel intergeneracional. La muerte materna se convierte entonces en un obstáculo importante para el logro de los objetivos intergeneracionales de abatimiento de la pobreza extrema del programa Oportunidades.

Es conocido que garantizar el acceso a servicios de salud materna con capacidad resolutive implica medidas de reestructuración de los servicios de salud, viables y relativamente poco costosas, con la actual estructura del programa Arranque Parejo en la Vida (APV), con la gratuidad universal del parto y bajo el enfoque de la Atención Obstétrica

---

de Emergencia (AOE). En este marco, es fundamental garantizar el abasto continuo de los medicamentos esenciales para la AOE en el primer nivel de atención, y la capacidad técnica del personal médico para identificar la emergencia y estabilizar a la mujer mientras se asegura su traslado al segundo nivel de atención.

Dentro de este enfoque, se han caracterizado intervenciones adicionales con la población en general (incluyendo a las mujeres y hombres en edad reproductiva y a sus familias), con las autoridades municipales, y con el propio personal médico y paramédico local, que son altamente efectivas y muy poco costosas. Entre estas intervenciones en pro de una “maternidad segura” se encuentran el informar a la población sobre signos y síntomas de las complicaciones obstétricas para que reconozca su emergencia y actúe sobre ella, y la formulación y actualización continua de un plan de seguridad familiar y municipal para prever con oportunidad los servicios de salud disponibles con capacidad resolutoria en AOE, su ubicación y distancia, y los costos y medios de transporte disponibles (8).

A partir de lo anterior, resulta evidente la importancia de que el programa Oportunidades participe de manera activa en promover la mejoría de la salud de las mujeres y la disminución de la muerte materna entre sus familias y localidades beneficiarias. Por ello, se debe partir de sus propios objetivos, utilizando sus mecanismos y reglas de operación y promoviendo las sinergias necesarias con el Sector Salud desde sus respectivos ámbitos de intervención y responsabilidad. Con base en este enfoque, y aprovechando su masiva cobertura en poblaciones de escasos recursos, se plantean algunas líneas de acción a desarrollar en su operación y en su componente de salud.<sup>c</sup>

## **La ampliación del padrón de familias beneficiadas**

La cobertura del programa Oportunidades en regiones indígenas es bastante amplia, sobre todo en los estados del sur del país, como Oaxa-

---

c Agradezco al médico David Meléndez y a la Dra. Graciela Freyermuth, del Secretariado Técnico del Comité Nacional Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, permitirme trabajar y ampliar el documento colectivo en donde se hacía una primera definición de estas grandes áreas temático-operativas en las que el programa Oportunidades puede contribuir de manera significativa a promover una maternidad segura y disminuir la mortalidad materna (14).

ca, Chiapas y Guerrero. No así en las regiones indígenas de los estados norteños, donde el porcentaje de afiliación es relativamente bajo (9), excluyendo a miles de personas y hogares indígenas que viven en pobreza extrema. Incluso entre los municipios con más bajo índice de desarrollo humano de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, hay localidades y familias no afiliadas al programa. Considerando que son justamente las mujeres indígenas, rurales y pobres que residen en municipios con bajo índice de desarrollo humano las que presentan no sólo mayor riesgo de morir durante la maternidad, sino también de fallecer en sus hogares sin atención médica (10, 11), una ampliación del padrón en todas las regiones indígenas rurales del país contribuiría a acercar a los servicios de salud a aquellas mujeres que hasta ahora han sido excluidas del programa. La ampliación del padrón de cobertura es aún más importante en estos municipios, ya que se ha reportado un efecto indeseable consistente en que muchas mujeres y familias no beneficiarias consideran erróneamente que, por no estar afiliadas, no tienen el derecho de acudir a los servicios de salud proveídos por la Secretaría de Salud o el IMSS-Oportunidades. En otras palabras, la no afiliación las aleja de los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención<sup>d</sup> a los que tendrían acceso, aumentando su riesgo de quedar excluidas de la atención en caso de emergencia obstétrica.

## **La incorporación de nuevas localidades y hogares beneficiarios**

Una vez seleccionadas las nuevas localidades a incorporarse, Oportunidades organiza asambleas comunitarias para explicar “los objetivos y apoyos del programa, así como los derechos, obligaciones y responsabilidades que asumen las familias beneficiarias para reci-

d Se supone que mujeres y familias de las áreas de cobertura de IMSS-Oportunidades tienen derecho a atención de segundo nivel de manera gratuita. Respecto a las de la Secretaría de Salud, algunos secretaríos de salud (por ejemplo los de Oaxaca y Guerrero) han declarado acerca de disposiciones estatales que exentan de pago —parcial o totalmente—, a mujeres de escasos recursos por la atención del parto hospitalario. Con la inauguración del Programa Embarazo Saludable del Seguro Popular a nivel nacional —en mayo de 2008—, se supone además que las mujeres embarazadas pueden inscribirse de manera inmediata al Seguro Popular para la atención gratuita del embarazo, parto y puerperio, si se ubican dentro de las primeras tres deciles de ingresos que establece el Seguro Popular (15).

---

bir los apoyos” (12). En las localidades donde ya estaba presente, al incorporarse nuevas afiliadas se realizan asambleas con todas las titulares o reuniones de incorporación con el mismo fin informativo (12), suministrando material a las nuevas titulares. Estos espacios podrían aprovecharse para distribuir material impreso, en audio y en video, para promover la maternidad segura, incluyendo educación sobre signos y síntomas de complicaciones obstétricas y el plan de seguridad actualizado acerca de los servicios de salud de primer y segundo niveles –locales o regionales–, con capacidad resolutoria. El enfatizar las acciones en pro de una maternidad segura en estos espacios, se alinea con la tarea de identificar a las mujeres embarazadas como uno de los grupos vulnerables de mayor prioridad para el Programa.

## **El componente de salud del programa Oportunidades**

De acuerdo con las reglas de operación 2008 del programa Oportunidades, su componente de salud implementa cuatro estrategias básicas, cada una de ellas con una significación y potencial importantes para la promoción de la maternidad segura y el abatimiento de la muerte materna: 1) un Paquete Básico Garantizado de Salud, incluyendo la atención prenatal, del parto y del puerperio; 2) la promoción de una mejor nutrición para la población beneficiaria, incluyendo a mujeres embarazadas y lactantes; 3) la promoción del autocuidado en la salud mediante talleres comunitarios informativos y formativos los cuales contemplan los temas de “maternidad sin riesgo, embarazo, parto y puerperio”, “alimentación durante el embarazo” y “género y salud”, entre otros, y 4) el fortalecimiento de la oferta de servicios de salud en las unidades de salud del primer nivel de atención en las que opera el programa.

En el paquete básico garantizado de salud, la atención del embarazo, parto y puerperio es considerada como una acción prioritaria, a implementarse sobre todo a través de las consultas prenatales obligatorias para las mujeres embarazadas afiliadas al programa. En esas consultas, por norma se tendría que proporcionar información precisa a la mujer gestante y a sus familiares acerca de los signos y síntomas de complicaciones obstétricas. Asimismo, la consulta tendría que ser

una oportunidad aprovechada para la elaboración del plan de seguridad familiar para el caso de una emergencia obstétrica, incluyendo en la cartilla de salud de la mujer la información verídica y actualizada de las unidades médicas con capacidad resolutive a nivel regional a las cuales podría acudir.

En el paquete básico del programa Oportunidades se garantizan en principio los servicios de primer nivel de atención y la identificación y canalización de las mujeres con embarazos de alto riesgo. Para las mujeres bajo cobertura del IMSS-Oportunidades se asegura además la atención en el segundo nivel con especialidades básicas, la cual debería garantizar capacidad resolutive de las complicaciones obstétricas.

Sería importante que el programa Oportunidades incluyera la atención gratuita de las complicaciones obstétricas en el segundo nivel de atención para todas las mujeres beneficiarias y no sólo de aquéllas cubiertas por el IMSS-Oportunidades. Esto se puede lograr a través de la afiliación automática al Seguro Popular de las mujeres beneficiarias de Oportunidades (véase apartado abajo), y/o mediante acuerdos específicos con las Secretarías de Salud de cada estado, identificando para cada municipio y región los hospitales que deben otorgar este servicio. En conjunto, y en acuerdo con el Sector Salud, el programa tendría además que adoptar acciones de monitoreo y reforzamiento para asegurar que la prestación financiera que Oportunidades otorga a los servicios de salud por cada familia beneficiaria atendida, se traduzca en mejorías evidentes de la atención en el primer nivel, incluyendo el abasto de medicamentos, suplementos e insumos, la infraestructura y equipamiento de las clínicas y casas de salud, y la cobertura de plazas del personal médico.

También, en coordinación con el Sector Salud y de acuerdo con sus propias reglas de operación, el programa Oportunidades podría organizar cursos y talleres para mejorar las competencias técnicas e interculturales del personal médico, paramédico y comunitario que presta los servicios, con particular énfasis en la promoción de la salud materna, incluyendo la identificación y canalización oportuna de complicaciones obstétricas, la capacitación de las mujeres y familias beneficiarias en el reconocimiento de los signos y síntomas de alarma, y la elaboración de planes de seguridad familiares y comunitarios.

Los talleres comunitarios de capacitación para el autocuidado deben ser mejorados respecto a la metodología de transmisión de los mensajes y sus contenidos, para su adecuación al contexto sociocul-

---

tural de las localidades indígenas, lo que implica la capacitación en competencia cultural del personal médico y paramédico del primer nivel de atención. Es además indispensable promover la participación de los maridos de las beneficiarias en los talleres sobre “maternidad sin riesgo”, “embarazo, parto y puerperio” y “género y salud”.

Tanto las consultas prenatales como los talleres son espacios que institucionalmente exigen corresponsabilidad, por lo cual son atendidos masivamente por la población afiliada. Es crucial utilizar ambas oportunidades para la entrega de información sobre la alarma obstétrica y el plan de seguridad de manera completa, verídica, periódica, constantemente actualizada y, sobre todo, comprensible. Se sugiere además que con el apoyo del personal regional y las vocales del programa Oportunidades, el Sector Salud establezca acuerdos con las autoridades de los municipios de las áreas de cobertura para garantizar el traslado en casos de emergencia obstétrica, y transmitir campañas por perifoneo acerca de los signos y síntomas de alarma obstétrica y del plan de seguridad.

## **Incorporación automática de la población beneficiaria al Seguro Popular**

De acuerdo con sus reglas de operación, el programa Oportunidades “propicia la complementariedad de sus acciones con otros programas de desarrollo social orientados a mejorar el nivel de vida de las familias y las comunidades”, al promover la coordinación y “articulación con otros programas sociales que permitan el cumplimiento de sus objetivos y acerquen oportunidades a los hogares beneficiarios”. Indudablemente, uno de estos programas es el Seguro Popular que proporciona un esquema de protección social en salud para las poblaciones que han estado históricamente excluidas de la seguridad social. El Seguro Popular proporciona atención médica de primer y segundo nivel, incluyendo consultas de especialidad, cirugía y atención hospitalaria, medicamentos y estudios de laboratorio incluidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud. Las familias que no tienen la capacidad de pagar cuotas, están exentas de hacerlo. En el Seguro Popular, la mujer embarazada tiene acceso, además de la atención del embarazo, parto y puerperio fisiológicos, a la operación cesárea y al tratamiento médico y quirúrgico de las complicaciones obstétricas, incluyendo

el legrado para aborto incompleto, tratamiento de hemorragias, pre-eclampsia y eclampsia, infecciones obstétricas y sepsis puerperal, entre otras (13).

A partir de mayo de 2008, el gobierno federal ha establecido el Programa Embarazo Saludable a nivel nacional, por medio del cual se asegura “en todo momento la incorporación al Seguro Popular a todas aquellas mujeres con diagnóstico de embarazo... a fin de proteger la salud de la mujer durante todo su embarazo y al momento del parto...”. A diferencia del Seguro Popular cuyo esquema de incorporación es lentamente progresivo y sujeto a las limitaciones en capacidad de cobertura del Sector Salud en cada estado, en el Programa Embarazo Saludable cualquier mujer de cualquier municipio puede inscribirse y recibir sus beneficios simplemente al resultar embarazada. Sin embargo, su incorporación sigue siendo voluntaria y los requisitos no son sencillos, menos para muchas mujeres rurales indígenas que no conocen los beneficios de la afiliación, no tienen la información sobre cómo o dónde afiliarse y no cuentan en muchos casos con todos los documentos oficiales requeridos<sup>e</sup>.

Esto se vuelve un obstáculo serio para que las mujeres embarazadas y sus familias se incorporen al Seguro Popular. Considerando que, por su perfil socioeconómico y su exclusión de la seguridad social, la población afiliada al programa Oportunidades es seguramente elegible para el Seguro Popular, es recomendable buscar los mecanismos de coordinación interinstitucional, a través de la Coordinación Nacional y del Comité Técnico Nacional del programa Oportunidades, para que su afiliación al Seguro Popular sea automática. Ello contribuiría a que las mujeres embarazadas gozaran de acceso real y gratuito a la atención médica y hospitalaria en caso de urgencia, reduciendo notablemente su mortalidad.

---

e Se requiere de un diagnóstico oficial de embarazo, una identificación oficial con fotografía, comprobante de domicilio, CURP o copia del acta de nacimiento. La inscripción se debe solicitar en los módulos específicamente destinados a este fin, localizados en hospitales regionales o en distintos establecimientos de salud de la capital de cada estado. La otra alternativa son las unidades móviles que visitan de manera periódica los municipios. Cabe mencionar que llegar a los módulos de afiliación en los hospitales implica un traslado largo y costoso desde muchas localidades aisladas y marginadas de las regiones indígenas, sin conocer además los horarios reales de atención. Las unidades móviles, por otro lado, no visitan a todas las localidades y su calendario de visitas puede ser bastante errático, complicando la afiliación.

---

## Los Comités de Promoción Comunitaria

Finalmente, el programa Oportunidades incluye, entre sus reglas de operación, la formación y capacitación de Comités de Promoción Comunitaria, como “instancias de organización de las titulares beneficiarias del programa, conformados por el conjunto de vocales representantes de las titulares beneficiarias”. Los Comités tienen diversas funciones, entre ellas representar a las familias beneficiarias y fungir como enlace entre éstas y las distintas instancias que manejan el programa, tales como los servicios de salud, la Coordinación Estatal y la Coordinación Nacional de Oportunidades. El programa plantea en específico que los Comités deben fortalecer las acciones de nutrición y contraloría social, pudiéndose añadir la promoción de la maternidad segura y en consecuencia la reducción de la mortalidad materna, mediante la discusión de los signos de alarma obstétrica y la elaboración de planes de seguridad.

Adicionalmente, podrían adoptar la negociación con las autoridades municipales para disponer de transporte, combustible y conductor para el traslado al segundo nivel de atención, amén de dar seguimiento periódico a las redes de servicios de salud materna desde el primer nivel hasta los hospitales regionales especializados.

## Conclusiones

Como se puede apreciar, el programa Oportunidades representa una valiosa “oportunidad” para la promoción de la maternidad segura. Su presencia, muy extensa en medios rurales pauperizados como la gran mayoría de las regiones indígenas, abre una posibilidad de intervención a favor de la salud materna que no se debe desaprovechar. Son justamente éstas las zonas geográficas en las que existe un mayor riesgo de fallecer durante la maternidad, y es ahí que se presenta un fuerte reto para reducir sustancialmente la mortalidad y cumplir con una de las grandes Metas del Milenio. Las múltiples acciones que prevé el programa, sus reglas de operación y sus incentivos financieros al Sector Salud, ofrecen un espacio de privilegio para que las mujeres y sus familias aprendan a reconocer los síntomas y signos de complicación obstétrica y prevean sus conductas frente a ellas, las clínicas de primer nivel mejoren su infraestructura y abasto de insumos y medicamentos, el personal médico

y paramédico se vuelva más efectivo en la promoción de la maternidad segura, y los hogares beneficiarios y sus representantes participen de manera activa en el diseño de su Plan de Seguridad.

El programa tiene además una situación particularmente ventajosa para promover sinergias no sólo con la prestación de servicios de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud e IMSS-Oportunidades, sino ahora también con el Seguro Popular, para garantizar el acceso gratuito a la atención hospitalaria de las urgencias obstétricas. Esperamos que esta oportunidad no se pierda y que Oportunidades se convierta en un factor importante para el abatimiento de la mortalidad materna en México.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UN Millenium Project, *UN Millenium Project 2002-2006*, en <http://www.unmilleniumproject.org>, 2007.
2. Lozano Ascencio R., Núñez Urquiza R. M., Duarte Gómez M.B. y Torres Palacios L. M., “Evolución y tendencias de largo plazo de la mortalidad materna en México: análisis de factibilidad y de efecto potencial de intervenciones seleccionadas para el cumplimiento de las metas del milenio”, en Zúñiga Herrera E., (coordinadora), *México ante los desafíos de desarrollo del Milenio*, CONAPO, México, 2005.
3. Secretaría de Salud, *Salud México 2001-2005. Información estratégica por entidad federativa*, Secretaría de Salud, México, 2006.
4. Ruiz Matus C., *Salud materna en México 2007-2012. Avances y retos*, Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, presentación en PowerPoint realizada en la Reunión Anual de Becarios de la Fundación MacArthur, noviembre 2007.
5. Secretaría de Salud, *Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas*, Secretaría de Salud, México, 2005.
6. Anderson F., Morton S., Naik S. y Gebrian B., “Maternal Mortality and the Consequences on Infant and Child Survival in Rural Haiti”, en *Maternal and Child Health Journal*, 2007, 11(4):395-401.
7. Tinker A. y Ransom E., *Healthy mothers and healthy newborns: The vital link*. Population Reference Bureau y organización Save the Children, 2002.
8. Freyermuth G., Meléndez D. y Meneses S., “Plan de seguridad: un modelo de diseño y puesta en marcha de acciones para disminuir la muerte materna”, en *Revista Mujer Salud de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe*, RSMAC, 2008, 4:76-80.
9. Programa Oportunidades. Padrón de familias beneficiarias por estado y por municipio, en [http://www.oportunidades.gob.mx/informacion\\_general/padron\\_familias.php](http://www.oportunidades.gob.mx/informacion_general/padron_familias.php), [http://www.oportunidades.gob.mx/informacion\\_general/padron\\_familias.php](http://www.oportunidades.gob.mx/informacion_general/padron_familias.php)
10. Sesia P., “Mujeres indígenas que mueren en la maternidad: pobreza, etnicidad e inequidad en Oaxaca”, en *Actas del XXVIII Congreso Internacional de Americanistas*, Mérida, 25-29 de octubre de 2006.
11. Freyermuth G., Sesia P. y Cárdenas R., Informe final a Fondos Sectoriales Salud del Conacyt, Proyecto “Muerte materna en municipios indígenas de México: Validación de una propuesta metodológica”, 2007.

- 
12. Programa Oportunidades, Reglas de operación. Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Ejercicio Fiscal 2008. SEDESOL, en [http://www.oportunidades.gob.mx/htmls/Reglas\\_de\\_Operacion\\_2008\\_con\\_links\\_100308.pdf](http://www.oportunidades.gob.mx/htmls/Reglas_de_Operacion_2008_con_links_100308.pdf)
  13. Seguro Popular, información disponible en la web, en la dirección: [http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/menu\\_beneficios/beneficios\\_doc\\_ref.html](http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/menu_beneficios/beneficios_doc_ref.html)
  14. Meléndez D., Freyermuth G. y Sesia P., “Propuesta al Programa Oportunidades”, en Freyermuth G., Meléndez D., Meneses S. y Sesia P., *Propuesta general para mejorar la respuesta del sistema de salud ante la muerte materna*, Comité Nacional por una Maternidad sin Riesgos, marzo de 2008.
  15. Programa Embarazo Saludable del Seguro Popular, en [http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/embarazosa/embsa\\_08.html](http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/embarazosa/embsa_08.html)

# LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO, ESTRATEGIAS Y DESIGUALDADES<sup>a</sup>

---

PATRICIA URIBE\*  
CUITLÁHUAC RUIZ\*  
EDUARDO MORALES\*

La muerte materna es un fenómeno de salud pública que se vincula al desarrollo social, cultural, tecnológico e incluso económico de una nación, de una región o simplemente de un conglomerado social; por ello, desde hace décadas la razón de mortalidad materna ha sido utilizada como un indicador sumamente sensible al desarrollo social, como una manera de acercarse crudamente a las desigualdades y a la injusticia social existente en países como el nuestro, incluso con las facilidades que brinda la modernidad.

Es por todos sabido que una parte muy importante de las defunciones maternas que ocurren en México y en el resto del mundo no deberían suceder, ya que actualmente se cuenta con los conocimientos necesarios, la tecnología adecuada y la infraestructura básica para atender los casos más comunes de emergencias obstétricas; sin embargo suceden y por ello debemos marcar una alerta de salud pública en tanto continuemos registrando niveles de mortalidad materna que no corresponden con el desarrollo de nuestro país.

La mortalidad materna es, sin duda, el indicador que mejor refleja las disparidades entre grupos sociales, regiones y países; por ejemplo,

---

a Este ensayo se obtuvo de la ponencia presentada en el Foro Mesoamericano de Salud Materna y Perinatal el lunes 14 de abril de 2008 en el Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, y en el Foro de Excelencia de Arranque Parejo en la Vida en mayo de 2008.

\* Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud.

---

mientras las diferencias en la mortalidad infantil entre países en desarrollo y desarrollados es de 10 veces, las discrepancias ascienden a 100 veces en materia de mortalidad materna (1). Este rango es considerado como la diferencia más profunda entre todas las estadísticas de salud.

Tan relevante es el tema de la salud materna y perinatal que dos de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que el gobierno de México hizo suyos, junto con 189 países más, marcan el compromiso de disminuir para 2015, en tres cuartas partes (75%) la razón de mortalidad materna (RMM) respecto a la registrada en 1990. Ésta es una meta muy ambiciosa que refleja la importancia del fenómeno de mortalidad materna y sobre todo la prioridad que deben tener las políticas públicas del tema en el ámbito de las agendas nacionales. Sin embargo, el avance en el nivel internacional no es del todo esperanzador; de acuerdo con un estudio publicado en *The Lancet* en octubre de 2007 los países de Latinoamérica y el Caribe han logrado la mayor disminución porcentual de la RMM (26.3%) entre 1990 y 2005, seguidos de los países desarrollados que obtuvieron una disminución de 23.6% y registrando a la zaga a los países africanos con sólo 0.6% de disminución de este importante indicador.

A pesar de que la región de Latinoamérica cuenta con RMM y avances “aceptables”, la realidad es que a su interior las desigualdades son abismales, pues algunos países registran cifras sólo comparables con algunos países africanos. Por ejemplo, mientras que para 2005 la RMM en Chile fue de 30 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, en Haití fue de 680, mucho mayor ésta última incluso que países como Namibia (100 por cada 100 mil) y Botswana (300 por cada 100 mil).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su Informe sobre la Salud Mundial 2005, estima que anualmente suceden 529 mil muertes maternas en el mundo; sin embargo, el patrón de ocurrencia acusa diferencias regionales importantes pues se calcula que en la región de América Latina y el Caribe mueren más de 23 mil mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio, con una razón global de muerte materna de 190 por cada 100 mil nacidos vivos.

El análisis de cifras indica que en efecto las diferencias regionales son definitivas; mas su importancia reside en que éstas reflejan la inequidad de acceso a los servicios, su elevado costo o su escasa calidad; elementos determinantes del bienestar social no sólo de las mujeres, sino de los huérfanos que quedan en el desamparo cuando ellas mueren, de sus familias y comunidades.

Aun cuando desde hace muchos años existe un consenso mundial respecto a la prioridad de salud pública que implica la salud materna e infantil, en muchas regiones de las mencionadas aún hay tareas importantes que realizar, pues los estancamientos, retrocesos y descensos más lentos en el indicador se dan en contextos de pobreza, crisis sociales y efectos directos e indirectos de patologías como el VIH/SIDA. México no se encuentra exento de los efectos de estos factores; sin embargo, como producto de los esfuerzos y la atención y estudio dedicados al tema de la mortalidad materna, además del desarrollo de los sistemas de atención y a los avances tecnológicos, es posible notar un importante descenso en la RMM, aunque en diferentes intensidades: en 1940 morían 530 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos y, de acuerdo con datos oficiales, realizando cortes por décadas a las cifras correspondientes al periodo 1955-2002, para 1957 ya morían menos de la mitad de las mujeres que fallecían en 1940 (205 por cada 100 mil nacidos vivos); diez años después (1967) se denotaba un descenso de 30.2%; pero el declive más evidente del periodo se dio entre 1977 y 1987 (39.7%), calculándose para este último año una RMM de 62.4, casi una cuarta parte de la de treinta años antes. El descenso en esta etapa probablemente está vinculado a los programas de planificación familiar que iniciaron en esta época. Es importante observar que a partir de 1987 la velocidad de disminución se desaceleró, aunque el descenso ha sido constante.

El 8 de septiembre de 2000, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas aprobó la resolución 55/2 “Declaración del Milenio”, en la que los jefes de Estado se comprometieron a reducir la muerte materna en 75% para 2015. Si se considera como punto de referencia el año 1990, México tendría que disminuir la RMM a 22.3 por cada 100 mil nacidos vivos esperados en 2015 para cumplir con la Meta del Milenio, pero de continuar con el ritmo actual se obtendría para ese año una razón de muerte materna de 43.3.

Respecto a las causas de defunción, durante el periodo 1990-2007, se observa que la enfermedad hipertensiva del embarazo y la enfermedad hemorrágica muestran un importante descenso a partir de 2004 y un comportamiento estable hasta 2007; sin embargo, las defunciones maternas por causas indirectas incrementan la RMM –a partir de 2002–, en 17.3 puntos porcentuales.

---

En la distribución de la RMM según grupos etarios no se ve ningún cambio, ya que como se ha descrito, se encuentra más elevada en el grupo de 15 a 19 años y después de los 40 años y más; esto es resultado, entre otros factores, de las bajas coberturas de planificación familiar.

El comportamiento de la muerte materna, de acuerdo con el lugar de ocurrencia, mantiene de alguna manera el mismo comportamiento de la cobertura de atención, es decir, la derechohabiencia. Se sabe a nivel nacional que poco más de 60% de la población no cuenta con una derechohabiencia formal, de tal manera que 46.4% de las mujeres que fallecieron durante 2007 se encontraban bajo esta condición.

Como se ha mencionado, la distribución de la muerte materna en el país no tiene una distribución homogénea, ya que como ocurre con otros padecimientos, se encuentra relacionada con la desigualdad y el rezago social. Existen mayores índices en el sur del país; y de la misma manera se ve afectado este indicador en lo que respecta a los grupos etarios, ubicándose Baja California Sur y el Distrito Federal con el mayor riesgo en el grupo de las menores de 20 años. Las del grupo de 20 a 34 años se encuentran homogéneamente distribuidos en las entidades; no así las de las mayores de 40 años, más elevada en las entidades del sur del país. Sus causas son reflejo de la transición epidemiológica de la muerte materna y su asociación con la desigualdad social. En dos de las entidades más pobres (Oaxaca y Guerrero) se encuentra como principal causa la enfermedad hemorrágica del embarazo, mientras que en entidades de mayor desarrollo económico, como en las del norte del país y en el Distrito Federal, las principales causas son las indirectas.

Las diferencias entre países en los temas de salud sexual y reproductiva son de orden estructural, social y cultural; por ello, las estrategias difícilmente pueden ser homogéneas para todas las naciones ni para las diversas regiones que conforman una misma nación. En un país como México, que cuenta con 106 millones de habitantes y un extenso y diverso territorio, el fenómeno de la mortalidad materna se da de manera específica con una concentración importante, desde el punto de vista numérico, en las grandes urbes, lo cual representa un fenómeno demográfico no tan difícil de entender. Sin embargo, es muy claro también que el mayor riesgo de fallecer por causas maternas lo tienen las mujeres que viven en aquellas zonas con menores niveles de desarrollo, es decir, las zonas más pobres y aisladas de nuestro país.

El hecho de que la mortalidad materna esté ligada íntimamente al desarrollo social y económico de una sociedad, no significa que su presencia se deba necesariamente a la falta de recursos para el gasto en salud. De hecho, mediante un estudio realizado en 2004 por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) se determinó que no existe asociación entre el gasto público en salud materna y perinatal y la mortalidad materna, pero sí con la forma de ejercer el recurso y, de manera contundente, con la actitud y aptitud del personal médico y paramédico. Si observamos el gasto en salud ejercido en las entidades federativas para salud reproductiva en general, encontraremos una asociación entre el monto de éste y el nivel de “riqueza” de cada estado de la República.

Con una visión más focalizada que en el pasado, y tomando en cuenta los datos anteriores, se decidió colocar en el Programa de Acción Específico 2007-2012 *Arranque Parejo en la Vida* (APV) dos metas básicas que reflejan la diversidad del problema de mortalidad materna. Por un lado, con el fin de atacar el problema de la “gran masa” de defunciones maternas que ocurren alrededor de las grandes urbes, definimos de manera coloquial el término “meta universal” mediante la cual nos comprometemos a disminuir en 24% la RMM en el país; y por otro, establecimos la denominada “meta de brecha” que pretende atacar la injusticia y desigualdad que se traducen en un mayor riesgo de fallecer por causas maternas en los municipios y comunidades del país con los menores índices de desarrollo humano; es decir, en los más pobres. Para esta meta nos hemos propuesto disminuir en 50% la RMM en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano, acción que coincide, además, con la denominada *Estrategia 100X100* del gobierno federal, a través de la cual se pretende apoyar el desarrollo general de estas comunidades mediante diversas intervenciones.

Para atacar el fenómeno de la mortalidad materna en las comunidades con mayores rezagos y desigualdades, el CNEGySR ha propuesto estrategias y tácticas basadas en un diagnóstico puntual de la situación encontrada y analizada por los expertos en el tema, lo que proporciona una guía que permite el planteamiento claro y el seguimiento puntual de acciones como las que a continuación se exponen.

Las acciones de salud pública en torno a la prevención de la mortalidad materna deben ser dirigidas y enfocadas de manera específica

---

y puntual; no existen los remedios masivos, las acciones milagrosas ni las medidas generales que ayuden a disminuir este fenómeno, no por lo menos en estos tiempos ni en estos lugares. Es necesario contar con diagnósticos específicos de la situación que lleguen al detalle de municipios o comunidades para que sea más fácil aplicar las soluciones diseñadas, por ello estaremos impulsando una estrategia de **mapeo estratégico que proponga tipologías y conglomerados que permitan el diseño de paquetes de intervención** por comunidad, municipio o conglomerado de municipios que compartan la misma problemática.

Hemos encontrado también que en estas comunidades con menor índice de desarrollo humano existen problemas serios de acceso a la atención obstétrica otorgada por personal calificado y culturalmente competente. La situación hace que los servicios de salud a los que tiene acceso la población (cuando tiene la posibilidad física de acceder a ellos) se conviertan en una “trampa mortal”, toda vez que el tiempo que tarda una paciente con una urgencia obstétrica, primero en tomar la decisión de atenderse, después en trasladarse y posteriormente en percatarse de que la unidad no es resolutive en ocasiones hace la diferencia entre la vida y la muerte. Por ello, proponemos como líneas de acción **la formación y colocación estratégica de enlaces, monitores y traductores comunitarios**; el fomento de las competencias culturales entre los profesionales de la salud; la existencia y funcionamiento de sistemas comunitarios de traslado y posadas AME (Atención de la Mujer Embarazada), así como la formación y colocación estratégica de personal alternativo calificado para la atención de la mujer embarazada, tales como parteras profesionales o enfermeras obstetras.

En México existe un número importante de **parteras tradicionales** que son actores importantes en la atención comunitaria de la mujer embarazada y del recién nacido, y que en la mayoría de los casos cuentan con las competencias culturales y gran experiencia en la atención del parto. Las parteras tradicionales (a diferencia de las profesionales o técnicas) no son consideradas como personal calificado alternativo por lo que es fundamental definir su papel dentro del sistema de atención (personal de primer contacto, identificación de signos de alarma o referencia inmediata para la atención de cualquier emergencia), articulándolas a las redes de servicios, reconociendo su trabajo y apoyándolas para que cuenten con las competencias técnicas para desarrollar su trabajo comunitario con calidad y respetando las normas.

En contraste, las denominadas **parteras profesionales o enfermeras obstétricas** que sí pueden ser consideradas como personal calificado alternativo son aún muy pocas en México, y su formación está limitada toda vez que existen muy pocas instituciones que la proporcionan. Pero este no es el único problema, pues su permanencia en la comunidad es limitada debido a la falta de oportunidades e incentivos, situación que mejoraremos si buscamos personal de la propia comunidad que cumpla con el perfil mínimo requerido y esté dispuesto a capacitarse para después ofrecer este servicio. Por otro lado, también existe el tema de la no aceptación del personal alternativo al interior de los servicios de salud, por lo que el trabajo de sensibilización exhaustiva del personal médico y paramédico nuevamente aparece como un punto álgido en el tema de la prevención de la mortalidad materna. Hay consenso respecto a que el personal profesional alternativo como las enfermeras obstétricas y/o parteras profesionales pueden ser un recurso permanente en las unidades rurales y semiurbanas, y que dado que reciben un entrenamiento durante tres años suelen tener habilidades y destrezas obstétricas más desarrolladas que un médico general, así como un manejo más integral de la paciente en el momento del parto. En la actualidad, a pesar de existir nuevamente el código de enfermera obstetra, hay grandes resistencias para su contratación como responsables de la atención en unidades médicas, y cuando son contratadas se les dan funciones administrativas o de enfermería como apoyo al personal médico.

Existen otras estrategias igualmente valiosas que ha desarrollado la Secretaría de Salud federal y que apoyan de manera contundente la estrategia de APV para la prevención de la mortalidad materna; tal es el caso del denominado Programa **Embarazo Saludable**, un programa del Seguro Popular que pretende afiliar a todas las mujeres embarazadas que no cuenten con seguridad social formal, y darles con ello la protección financiera necesaria para evitar que por falta de recursos no reciban la atención adecuada durante el embarazo, parto y puerperio. Estamos conscientes de que no basta con la afiliación inmediata de la mujer embarazada y su familia, sino que es importante asegurarse de que existe la infraestructura necesaria, la plantilla completa de personal calificado, los insumos básicos y una red de servicios funcionando. En este punto se inserta de manera específica la estrategia denominada “Caravanas de la Salud” que es una manera operativamente viable de

---

acercar los servicios competentes a las comunidades con menor índice de desarrollo humano.

Otra de las acciones que se están promoviendo a nivel comunitario es que las mujeres tengan un **Plan de seguridad** elaborado desde el control prenatal, que considere la ruta crítica a seguir en caso de complicaciones o imprevistos, para que la mujer embarazada y su familia conozcan los signos y síntomas de urgencia obstétrica en un lenguaje comprensible, e identifiquen con anticipación la unidad médica resolutoria más cercana que funcione 24 horas, 365 días al año, a qué distancia está del domicilio y la forma de llegar con el transporte adecuado. Asimismo, el Plan de Seguridad recomienda utilizar la radio comunitaria disponible, definir quién o quiénes deciden el traslado en el momento en que se requiera y anticipar quién o quiénes pueden hacerse cargo de los hijos mientras la pareja se traslada al hospital o clínica.

Para que este Plan de Seguridad tenga un mayor impacto, es necesario garantizar que actores comunitarios clave (sacerdotes, presidente municipal, vocales de salud, madrinas, partera y profesores, entre otros) y el personal de los servicios de salud cuenten con un directorio detallado (dirección, teléfonos, personas responsables, horarios) de las unidades médicas u hospitales resolutivos para la atención del parto normal y de una complicación obstétrica (hemorragia, preeclampsia) o el traslado, además de asegurarse de que todos participen activamente.

Todas éstas, y otras estrategias, como las cajas rosas y guindas para la atención prehospitalaria de la enfermedad hipertensiva del embarazo y de la hemorragia obstétrica, o el aseguramiento de la disponibilidad de hemoderivados, no serán suficientes si no tomamos en cuenta también los determinantes en salud que hacen a las mujeres más susceptibles al riesgo de fallecer por causas maternas. Si no reforzamos las campañas interculturales en torno a la salud sexual y reproductiva y hacemos un mayor y mejor esfuerzo en torno a la oferta e información de métodos anticonceptivos, las acciones descritas tendrán una eficacia limitada; de la misma manera, si otros determinantes de la salud mucho más generales como la construcción de caminos y carreteras o el reforzamiento de la educación primaria en torno a los derechos sexuales y reproductivos no son atendidos, nuestras estrategias seguirán siendo acciones limitadas que no acabarán de raíz con algunas de las causas que generan el fenómeno de la mortalidad materna.

Además de estas estrategias comunitarias que se tienen que realizar para disminuir la brecha respecto a las localidades más marginadas, si

se quiere influir positivamente sobre la razón de mortalidad materna en el país, es necesario reconocer que en los últimos años, más de 80% de las mujeres que fallecieron por muerte materna accedieron a unidades hospitalarias, y que 86% de estas muertes eran totalmente prevenibles (hemorragia obstétrica, preeclampsia, eclampsia, aborto o sepsis puerperal).

La principal falla en relación con las muertes maternas en nuestro país está vinculada a la **calidad de la atención de las emergencias obstétricas**, encontrándose en el análisis que se realiza periódicamente por los grupos multidisciplinarios de Atención Inmediata de Muertes Maternas (grupos AIDEM) que el manejo incorrecto de las complicaciones del parto es el primer componente asociado a ellas. El problema más importante es el incumplimiento de los lineamientos establecidos para el manejo de las emergencias obstétricas, más que una falta de recursos e insumos.

Está documentado que la letalidad de la hemorragia obstétrica y de la preeclampsia-eclampsia –cuando son manejadas adecuadamente– es muy baja (1 y 1.7%, respectivamente) y en varios hospitales del país se han reportado letalidades mucho mayores por estas patologías.

En un estudio realizado a través del análisis de los casos de muerte materna del grupo AIDEM se encontró que de los casos de muerte por eclampsia, 70% tuvieron manifestaciones clínicas para el diagnóstico temprano y no se realizó ni fueron referidas, y que 83% solicitaron atención médica con oportunidad y fueron rechazadas, haciéndose el diagnóstico y proporcionando la atención hasta que el cuadro clínico se complicó (2).

Existe amplia evidencia científica de cuáles son las intervenciones útiles para lograr un impacto en la morbilidad materna; sin embargo, de acuerdo con expertos en la materia, persisten acciones inerciales sustentadas en presunciones o premisas equivocadas como son (3):

- ❑ La salud de la madre no puede separarse de la del bebé;
- ❑ si se ofrece una adecuada atención de la mujer embarazada, muy pocas desarrollarán complicaciones; a través del tamizaje prenatal podemos identificar a las mujeres que necesitarán atención especial; o que
- ❑ las actividades comunitarias (ejemplo: parteras tradicionales) son menos costosas que mejorar los servicios de atención obstétrica.

---

Como resultado de estas premisas, la mayor parte de los programas para abatir la muerte materna se han centrado en la atención de la mujer embarazada, promoviendo acciones comunitarias y dejando en un segundo término la atención de calidad de las emergencias obstétricas.

En México, aún se utiliza la atención prenatal y el enfoque de detección de riesgo como una de las principales intervenciones para combatir la muerte materna, a pesar de que está demostrado que no contribuyen a un uso eficiente de los recursos del sistema de salud ni previenen muertes maternas. No cabe duda que la atención prenatal es importante para lograr impacto en la mortalidad infantil y permite identificar riesgos individuales de la mujer embarazada. Sin embargo, se ha documentado que no tiene un impacto directo en la mortalidad materna y que la mayor parte de mujeres que mueren por complicaciones del embarazo, parto o puerperio estaban catalogadas como de “bajo riesgo”, con más de dos consultas prenatales previas a su muerte. Por lo anterior, es fundamental revisar los alcances del “enfoque de riesgo” durante el embarazo como guía para la atención prenatal y del parto.

El mayor impacto logrado en la mortalidad materna ha sido con intervenciones que garanticen el acceso y calidad de la atención de emergencias obstétricas para cualquier mujer embarazada y la atención por personal calificado. Este último necesita ser parte de un sistema de salud que funcione adecuadamente como un sistema interconectado en una red de servicios de salud resolutivos. Reorganizar el sistema de salud y cambiar inercias puede requerir varios años, sobre todo en un sistema de salud fragmentado y descentralizado, por lo que es fundamental focalizarse a garantizar la atención de emergencias obstétricas de manera oportuna y con calidad para incidir a corto y mediano plazos.

Desde el Foro de Expertos de 2005, se recomendó considerar que **toda mujer embarazada puede presentar una emergencia obstétrica**. El 15-20% de los embarazos se complicarán en algún momento y la mayoría de las complicaciones no pueden ser previstas o prevenidas, pero sí pueden ser tratadas y se requiere garantizarles el acceso a servicios oportunos y de calidad de la atención de las emergencias obstétricas, lo cual no necesita de gran tecnología para lograrlo; además, se recomendó aprovechar la Biblioteca de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud como fuente de información confiable y sencilla para conocer las prácticas basadas en evidencia.

Para que una mujer con una complicación obstétrica no muera se requiere que (4):

- ❑ Llegue a tiempo a una Unidad con capacidad para dar Cuidado Obstétrico Esencial con personal, equipo, insumos disponibles 24 horas 365 días.
- ❑ Sea atendida a tiempo (inmediatamente) por un profesional que sea competente en Cuidados Obstétricos Esenciales y de emergencia.
- ❑ Que haga lo que la medicina basada en la evidencia indica que debe hacer en un sistema que mida y mejore continuamente el proceso de atención.

Para el adecuado desempeño clínico de los proveedores de atención del parto es necesario abatir las resistencias para incorporar las intervenciones sustentadas en evidencia científica y promover las **competencias en atención obstétrica** que no están siendo suficientemente desarrolladas en el personal médico, específicamente en los médicos pasantes. Por ello, se requiere revisar los programas de capacitación del personal de salud y vincular más las áreas de enseñanza y escuelas de medicina para que respondan a las necesidades y realidades del país.

Para mejorar la **atención de emergencias obstétricas** es necesario garantizar el paquete de servicios obstétricos básicos e integrales recomendados a nivel internacional y fortalecer intervenciones específicas dirigidas al mejoramiento muy preciso de ciertas unidades hospitalarias. Asimismo, se requiere incidir en la estructura y en la funcionalidad de la red de servicios para asegurar oportunidad y capacidad resolutiva ante las emergencias obstétricas. Con el fin de facilitar el análisis de la distribución de las unidades y hospitales en la red de servicios, el INSP ha desarrollado una herramienta denominada “Sistemas de Información Geo referenciada”, que permite no sólo ver la distribución de las unidades, sino el flujo de pacientes (Proyecto INSP/DGPLADES).

Asimismo, para mejorar la calidad de atención es necesario impulsar que las áreas de Regulación Sanitaria y Arbitraje Médico actúen sobre casos de negligencia e impericia del personal y, sobre todo, se realice de manera permanente la supervisión de unidades privadas y públicas que tengan altas tasas de letalidad y morbilidad materna, es-

---

tableciendo responsabilidad institucional y profesional en los casos que lo ameriten.

El **monitoreo periódico**, tanto a través de indicadores de proceso como de impacto en cada institución, ámbito de gobierno y sector, resulta indispensable. La recomendación es no basar el monitoreo en indicadores de impacto como la razón de muerte materna, ya que se favorece el ocultamiento de las defunciones maternas. Es más recomendable utilizar indicadores como la medición de la atención esperada de complicaciones obstétricas y de calidad de la atención obstétrica, que permitan medir el funcionamiento del sistema, hospital o red de servicios.

En resumen, en el CNEGySR estamos convencidos de que las estrategias planteadas en el Programa de Acción Específico son las adecuadas; sabemos que el trabajo de identificar microrregiones y generar paquetes de intervención para cada una de ellas a nivel comunitario contribuirá a disminuir las muertes maternas y perinatales. Es necesario que a nivel nacional se centren las estrategias en garantizar que toda mujer con complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio tenga acceso a servicios de calidad y oportunos para la atención de las emergencias obstétricas, mejorando la calidad de la atención obstétrica y haciendo corresponsables a las unidades médicas, hospitales, instituciones y niveles de gobierno de este indicador.

Por último, sabemos también que la salud materna es sólo un componente de la salud sexual y reproductiva, que a su vez forma parte de un concepto mucho más integral relacionado con garantizar servicios de salud sexual y reproductiva, fortalecer las acciones de planificación familiar, mejorar la educación sexual en todos los niveles, y con patrones culturales e inequidades de género que dificultan el acceso y utilización de los servicios de salud por las mujeres y jóvenes favoreciendo las uniones tempranas forzadas, la venta de niñas y adolescentes y la violencia sexual por la falta de autonomía y opciones para las mujeres. Debemos trabajar en todo ello para dar un rostro diferente a la salud materna y perinatal y al papel de la mujer en nuestra sociedad, a nuestro perfil epidemiológico y al futuro de nuestro país.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Maine D., Akalin M. Z., Ward V. M. y Kamara A., *Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna*, Centro para la Población y Salud Familiar, Facultad de Salud Pública, Universidad de Columbia, EUA, 1997.
2. Saldívar N. *et al.*, *Mortalidad materna por preclampsia en México 2005*, Análisis de casos AIDEM.
3. Maine D., “The evidence base for organizing EmOC Services”, Foro Mesoamericano de Salud Materna y Perinatal, 14-16 de abril de 2008, Instituto Nacional de Salud, Cuernavaca, Morelos.
4. Hermida J., “Experiencia. Situación de las redes de atención en Centroamérica”, Foro Mesoamericano de Salud Materna y Perinatal, 14-16 de abril del 2008, Instituto Nacional de Salud, Cuernavaca, Morelos.
5. Freyermuth G., Meléndez D. y Meneses S., “Retos para disminuir la mortalidad materna. Puntos estratégicos para la acción”, Comité por una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas, Red Social para disminuir la mortalidad materna en Tenejapa, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, febrero 2008.

## Anexo

### **Principales estrategias. Programa de Acción Específico de Arranque Parejo en la Vida 2007-2012**

REFORZAR	INNOVAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación comunitaria</li> <li>• Análisis detallado de las defunciones maternas y seguimiento estrecho de los acuerdos</li> <li>• En Hospitales que concentran la atención de la mayor parte de los eventos obstétricos realizar:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigilancia puntual de letalidad y complicaciones obstétricas</li> <li>- Aplicación de estrategias efectivas prioritarias: manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto, y manejo efectivo del sulfato de magnesio</li> <li>- Anticoncepción postevento obstétrico</li> <li>- Intervención de COFEPRIS Y CONAMED</li> </ul> </li> <li>• Establecimiento de redes de atención resolutivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afiliación universal de la mujer embarazada al seguro popular que garantice atención gratuita</li> <li>• Paquete de intervenciones garantizado en atención prenatal: modelo de atención prenatal la OMS modificado</li> <li>• Personal alternativo (enfermeras obstetras y parteras profesionales)</li> <li>• Madrinas obstétricas con “OPORTUNIDADES”</li> <li>• Impulsar el Plan de Seguridad para la embarazada</li> <li>• Indicadores de muerte materna para el Seguro Popular</li> <li>• Supervisión y monitoreo permanente y análisis de casos de muerte y complicación</li> </ul>

# LOS SERVICIOS DE SALUD Y LA MORTALIDAD MATERNA

---

ROSARIO CÁRDENAS\*

La mortalidad debida a complicaciones del embarazo, parto o puerperio comenzó a descender hace más de un siglo en los países hoy desarrollados (1). En contraste, la mortalidad materna continúa siendo uno de los problemas de salud pública más críticos en los países en desarrollo (2).

Aunque en la ocurrencia de la mortalidad materna y, por ende, en las acciones requeridas para su reducción confluyen factores de tipo cultural, social, económico, geográfico e inclusive político, los servicios de salud sobresalen, en el corto plazo, como los de mayor importancia para su disminución (3, 4).

En México, la fragmentación del acceso a los servicios de salud en tres grandes grupos de población, de acuerdo a su inserción laboral o capacidad de pago, ha devenido de facto en lo que podría denominarse una ausencia estructural de cobertura universal. Sin embargo, y pese a ser un factor muy importante en los diferenciales de acceso, las peculiaridades de la conformación del sistema de salud no son el único elemento asociado a las limitaciones de cobertura de la atención médica. Aspectos tales como la distancia entre los lugares de residencia y las unidades médicas, la ausencia de medios de comunicación o transporte, y los costos tanto económicos como en tiempo de traslado o espera, constituyen barreras que afectan la utilización de los servicios de salud aun en donde éstos se encuentran disponibles. Complementariamente, cabe señalar que algunos aspectos culturales pueden también convertirse en obstáculos para la utilización de los servicios médicos. Éstos incluyen, por ejemplo, la preferencia por proveedores de servicios de salud de un sexo específico o las barreras lingüísticas entre el personal de salud y las usuarias en zonas con población indígena.

---

\* Posgrado en Población y Salud. Universidad Autónoma Metropolitana, [carde@correo.xoc.uam.mx](mailto:carde@correo.xoc.uam.mx)

---

Desde la perspectiva de los servicios de salud y su organización, la atención de las complicaciones que devienen en mortalidad por causas maternas exige una articulación amplia y eficaz de varios elementos, todos ellos de igual relevancia. La transmisión de habilidades clínicas al personal de salud a lo largo de su entrenamiento profesional, tanto en el pregrado como en el posgrado, es una de las piedras angulares para la disminución de la mortalidad materna ocurrida en instalaciones médicas. La incorporación o fortalecimiento de las acciones destinadas a capacitar al personal médico en la atención del embarazo, parto o puerperio y sus complicaciones requiere del reconocimiento de las etapas de formación de los profesionales de la salud como de los distintos niveles que conforman el sistema de salud. En el caso de México, los pasantes en servicio social desempeñan un papel fundamental en la provisión de atención médica a población residente en comunidades rurales o marginadas, lugares en los que ocurre una proporción importante del total de fallecimientos por causas maternas. La capacitación durante la formación de pregrado para la atención del embarazo, parto y puerperio, la identificación temprana de sus complicaciones y la instauración de la terapéutica correspondiente son factores esenciales de un programa para reducir la mortalidad materna. Al entrenamiento de pregrado adecuado para atender las complicaciones maternas se añade la necesidad de incorporar aquellos elementos que permitan transitar de una capacitación práctica adquirida en unidades hospitalarias a su aplicación en centros de salud.

Si bien el fortalecimiento de la preparación de los estudiantes de medicina en la atención de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio es un elemento del entrenamiento médico necesario para reducir la mortalidad materna, también lo es extender el entrenamiento periódico de los médicos generales e, inclusive, de los especialistas en obstetricia. Los esquemas de educación continua y de posgrado, así como de certificación del Consejo correspondiente desempeñan un papel de gran relevancia en este sentido.

La revisión y, en su caso, la adecuación y/o mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de las unidades médicas representan otro aspecto primordial de las acciones encaminadas a reducir la mortalidad materna. Además de los elementos necesarios para la atención de un parto sin complicaciones, la atención de las emergencias obstétricas requiere de la disponibilidad permanente de quirófano y banco de sangre, por ejemplo. Ello plantea, por una parte, la urgencia de mejorar el

sistema de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención de los servicios de salud, a fin de lograr la canalización de las complicaciones y emergencias obstétricas hacia las unidades médicas cuya infraestructura y equipo humano posibilite su resolución. Las unidades de primer nivel tendrían como función realizar acciones para estabilizar la condición de las pacientes.

El cumplimiento de las funciones de los distintos niveles de atención requiere de dos elementos adicionales a la disponibilidad de la infraestructura adecuada: la conformación de equipos de atención (5) y los insumos necesarios. La existencia de un quirófano sin la presencia de un anestesiólogo no es funcional, de igual manera que no lo es sin personal de enfermería. Tampoco lo son los gabinetes de radiología e imagen o de laboratorio sin el personal entrenado para hacer uso de ellos. El diagnóstico de hemorragia obstétrica sin acceso a un banco de sangre o de sepsis puerperal sin los antibióticos necesarios, por ejemplo, pondrían de manifiesto un panorama donde, a pesar de que las complicaciones obstétricas fueron correctamente determinadas y la población hizo uso de los servicios de salud, no existió capacidad resolutive por las deficiencias en la calidad de la atención.

Las acciones destinadas a informar y educar a la población en la identificación temprana de las manifestaciones de una posible complicación obstétrica se presentan como una medida de gran relevancia para disminuir la mortalidad materna (6) al aprontar los tiempos para demandar atención médica. Más allá de que el personal de salud sea el adecuado en términos de su entrenamiento o especialidad, la infraestructura permita atender la complicación obstétrica, se cuente con los insumos necesarios y sea posible trasladar a la mujer a la unidad médica indicada, el retraso en esta demanda explica algunos de los fallecimientos por causas maternas registrados en el país.

A la necesidad de fomentar la demanda oportuna de servicios médicos a través de la eliminación de las barreras en el acceso y utilización de atención médica, y a las intervenciones sobre educación para la salud a nivel poblacional, se suma la importancia de reconocer la labor de quienes participan como promotores de salud a nivel comunitario. El papel que éstos desempeñan es particularmente importante en áreas donde reside población indígena debido a las diferencias culturales que frecuentemente se observan entre los proveedores y los usuarios de los servicios de salud. Aun cuando los promotores de salud no forman parte del personal adscrito al sistema de salud, su desempeño

---

puede coadyuvar a adoptar comportamientos saludables por parte de la población y a mejorar la relación entre las instituciones de salud y las comunidades que atienden.

La atención profesional de todos los partos ha sido señalada como un objetivo a alcanzar en el propósito de reducir la mortalidad materna. En el caso de México ello representa un desafío para las instituciones de salud dada la frecuencia con la que todavía ocurren nacimientos fuera de unidades médicas. El diseño de estrategias que posibiliten el entrenamiento de las parteras para identificar complicaciones y el seguimiento de su desempeño destacan como algunos de los derroteros a seguir en este sentido, y en el corto plazo. En el mediano y largo plazos la consecución de la cobertura universal del parto profesionalmente atendido requiere, adicionalmente, la eliminación de las barreras en el acceso a los servicios de salud.

La atención prenatal fue concebida como un espacio de oportunidad para la identificación temprana de complicaciones durante el embarazo y, por ende, como un coadyuvante en la disminución de la mortalidad materna. Sin embargo, la disociación entre los altos niveles de cobertura de atención prenatal alcanzados en el país y la situación que sigue guardando la mortalidad materna revela las dificultades de tratar oportunamente las complicaciones obstétricas. Lo anterior no significa que la atención prenatal deba desaparecer como un tipo de servicio de salud, sino que hace un llamado a redimensionar sus alcances respecto de la mortalidad materna. Indiscutiblemente, la atención prenatal posibilita la instrumentación de medidas correctivas como la prescripción de hierro y vitaminas, preventivas como la aplicación de toxoide tetánico, de identificación de ciertas complicaciones como el retraso en el crecimiento fetal, y la anticipación de acciones requeridas como sería el caso de las cesáreas programadas. Sin embargo, un programa orientado a reducir la mortalidad materna debe construirse tomando como premisas básicas que todo embarazo es susceptible de complicarse, que sólo algunas de dichas complicaciones pueden identificarse mediante la atención prenatal y que, por lo tanto, es indispensable eliminar las barreras en el acceso a los servicios de salud y mejorar la organización y capacidad de respuesta eficiente de éstos.

Reconocer a la mortalidad materna como problema de salud pública requiere considerar, por una parte, que se trata de una condición derivada de una modificación del estado fisiológico por razones no patológicas, con lo cual su origen no es una enfermedad y, por otra,

distinguir que los estándares alcanzados por países desarrollados sobre este particular ponen de manifiesto el rezago presente en nuestro país. Baste señalar, por ejemplo, que la información compilada por la Organización Mundial de la Salud revela que la razón de mortalidad materna para México en el año 2000 fue de 83 defunciones maternas por cada 100 000 nacidos vivos, cifra que supera entre ocho y 16 veces las cifras correspondientes a Canadá, Australia, Suecia y Japón (cinco, seis, ocho y 10 defunciones maternas por cada 100 000 nacidos vivos, respectivamente) para el mismo año (7).

De ahí que, aunque en México la mortalidad materna es responsable de un número menor de defunciones que las ocasionadas por otros problemas de salud de la población femenina, tales como el carcinoma de mama o el cérvicouterino, la urgencia de implementar acciones eficaces para lograr su disminución estriba en lo evitable de estos fallecimientos. Evitables, a la luz de resultar de una condición fisiológica y frente a los logros alcanzados desde varias décadas atrás en los países desarrollados, lo que la convierte en una manifestación del no disfrute cabal del derecho a la protección a la salud y a una reproducción segura, reflejo de la injusticia social.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Högberg U., Wall U. y Broström G., "The impact of early medical technology on maternal mortality in late 19<sup>th</sup> century Sweden", en *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1986, 24(4): 251-261.
2. Hill K., Thomas K., AbouZahr C., Walker N., Say L., Inoue M. y Suzuki E., Maternal Mortality Working Group, "Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005: an assessment of available data", en *The Lancet*, 2007, 370(9595): 1311-1319.
3. Mathai M., "Working with communities, governments and academic institutions to make pregnancy safer", en *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2008, 22(3): 465-476.
4. Sundari T. K., "The untold story: how the health care systems in developing countries contribute to maternal mortality", en *International Journal of Health Services*, 1992, 22(3): 513-528.
5. Bouvier-Colle M. H., Ould El Joud D., Varnoux N., Goffinet F., Alexander S., Bayoumeu F., Beaumont E., Fernandez H., Lansac J., Levy G. y Palot M., "Evaluation of the quality of care for severe obstetrical hemorrhage in three French regions", en *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108(9):898-903.
6. Perreira K. M., Bailey P. E., De Bocalletti E., Hurtado E., Recinos de Villagrán S. y Matute J., "Increasing awareness of danger signs in pregnancy through community -and clinic- based education in Guatemala", en *Maternal and Child Health Journal*, 2002, 6(1): 19-28.
7. Organización Mundial de la Salud, Mortality files, table 1, en <http://www.who.int/whosis/database/mort/table1.cfm>, fecha de consulta: 15 de noviembre de 2007.

# CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MATERNA

---

ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA\*  
POPULATION COUNCIL

A más de dos décadas después del lanzamiento de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos, la mortalidad y morbilidad relacionadas con el embarazo siguen siendo un serio problema para los países en desarrollo. La experiencia de los países desarrollados, y de los de bajos y medianos ingresos, que han logrado disminuir sus niveles de mortalidad materna, sugiere que el acceso a una atención de buena calidad constituye un factor crítico. De ahí que el mejoramiento de la calidad de la atención a la salud materna en todo el mundo fuera la recomendación clave de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos de 1987 (Nairobi), de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 (Cairo), de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 (Beijing) y de las Metas de Desarrollo del Milenio de 2000 (Naciones Unidas).

Aunque no existe una definición universal de “calidad de atención a la salud materna” (CASM), algunos principios básicos para una buena atención incluyen:

- ❑ Ofrecer un nivel mínimo de atención a todas las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, así como a los recién nacidos;
- ❑ brindar un nivel de atención mayor a quienes lo necesitan;
- ❑ obtener el mejor resultado de salud para la madre y el recién nacido;
- ❑ ofrecer una atención que satisfaga a pacientes y proveedores;
- ❑ mantener un sistema administrativo y financiero confiable que permita incrementar los estándares de calidad de atención para todas las mujeres.

---

\* Documento presentado por Arranque Parejo en la Vida y Population Council en el Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal, México D.F., 4 y 5 de abril del 2005.

---

Para identificar los elementos claves de la CASM y, a partir de este diagnóstico, enfocar los esfuerzos para mejorarla es útil adoptar un marco conceptual, tanto desde la perspectiva de las mujeres como de los proveedores. En cualquier ambiente en donde se brinde atención a la salud materna debe asegurarse la calidad, ya sea en el hogar, los centros de salud rurales o urbanos, o los hospitales. En los siguientes párrafos se ofrece un resumen adaptado del marco conceptual “Marco de calidad a la atención” desarrollado por Bruce y Jain (1) para evaluar la calidad de los servicios de anticoncepción. Esta adaptación incluye los siguientes elementos esenciales, mismos que deben considerarse para ofrecer una atención a la salud materna de alta calidad.

### **Información disponible para los proveedores de salud y para las usuarias de los servicios**

La importancia de adherirse a estándares de atención a la salud materna basados en la evidencia no puede subestimarse. La literatura clínica cambia continuamente y existe una gran variedad de procedimientos de rutina que se siguen utilizando aunque no existan evidencias de sus beneficios para las madres o los recién nacidos. De hecho, se ha demostrado que algunos de esos procedimientos de rutina son innecesarios e incluso pueden ser perjudiciales. Por ejemplo, se ha comprobado que la episiotomía para prevenir desgarros perineales no los evita, sino todo lo contrario, y que la extracción del feto mediante fórceps es perjudicial para los recién nacidos. Es por este tipo de prácticas que existe la urgente necesidad de mejorar el acceso de los proveedores a información actualizada basada en la evidencia, que perfile cuáles procedimientos son eficaces y seguros y cuáles no lo son. Esta información está disponible en la Biblioteca de Salud Reproductiva (2).

En cuanto a las usuarias de los servicios, la atención a la salud materna debe incluir información, consejería y opciones para las mujeres y sus familias relacionadas con su salud y sus necesidades. Sin información completa, las mujeres no pueden participar activamente en el cuidado de su propia salud, y es menos probable que se adhieran a los protocolos clínicos que se les indiquen. De ahí que sea crítico informar a las mujeres e involucrarlas en los procesos de toma de decisiones relativas a su propia salud y la de sus recién nacidos.

## **Elección de los servicios y procedimientos del tratamiento**

Para que las mujeres puedan elegir de manera informada es esencial que reciban información confiable, actualizada y comprensible. Aunque existen algunas áreas de la salud materna en donde la participación de la mujer no siempre es factible (como la atención obstétrica de emergencia), existen otras en donde su papel puede y debe ser crítico para asegurar que reciba la atención de la más alta calidad, basada en sus necesidades y preferencias. Por ejemplo, el desarrollo de un plan para el nacimiento (un documento que se prepara durante el embarazo con el proveedor y que indica las preferencias de la mujer en cuanto al trabajo de parto y el parto) puede servir como herramienta de información y negociación. Las mujeres pueden elegir estar acompañadas por un familiar durante el parto o preferir no tener un monitoreo electrónico de rutina del feto para un parto de bajo riesgo. La oportunidad de tomar estas decisiones puede significar la diferencia entre una experiencia satisfactoria o frustrante.

## **Competencia técnica**

Los proveedores deben ser técnicamente competentes y contar con protocolos basados en evidencia científica para el manejo de las condiciones obstétricas y neonatales. La evidencia que puede recabarse a nivel mundial ha mostrado que la adquisición de un título o un grado académico no garantiza, necesariamente, la habilidad o la competencia técnica. Por ejemplo, en algunos países en desarrollo la investigación ha identificado una paradoja: la mortalidad materna se mantiene alta a pesar de que la mayoría de los partos son atendidos en instituciones de salud, por proveedores calificados. Tales hallazgos muestran que el acceso y la disponibilidad de atención institucionalizada no es suficiente para asegurar una buena salud materna. Asimismo, la calidad de la atención obstétrica, especialmente en caso de emergencias, es esencial para salvar la vida de las mujeres y sus recién nacidos. También en algunos países en desarrollo existe una tendencia creciente hacia la sobre-medicalización de la atención. Ha quedado demostrado que prácticas tales como rasurar el área del pubis, los enemas de rutina, la episiotomía, la inducción del parto y las cesáreas innecesarias incre-

---

mentan los costos y las tasas de complicaciones para las madres y los recién nacidos. Por todo ello, es imprescindible contar con sistemas para monitorear regularmente, actualizar y mejorar la competencia técnica de los proveedores de atención a la salud en todos los niveles.

## **Infraestructura adecuada**

La provisión de atención a la salud materna de calidad requiere de instalaciones adecuadas. Los proveedores deben ser capaces de trabajar en lugares apropiados y limpios que cuenten con electricidad y agua limpia, y que ofrezcan espacio y confort para ellos y sus pacientes. Del mismo modo, debe existir una disponibilidad continua de los suministros y el equipo esencial para desempeñar su trabajo.

## **Relaciones interpersonales**

La dimensión personal de la calidad de la atención no puede subestimarse. El personal debe estar capacitado para ofrecer una atención respetuosa, confidencial, culturalmente apropiada y sin prejuicios, que responda a las necesidades de las mujeres y sus familias. La investigación ha mostrado que cuando estos estándares básicos no se observan, es menos probable que las usuarias acudan a los servicios de salud, aun si tales servicios están disponibles. Además, la evidencia señala que el apoyo social que los proveedores y/o los familiares brinden a las mujeres puede tener un impacto positivo sobre su salud, particularmente durante el trabajo de parto y en el posparto. Por ejemplo, se ha demostrado que el apoyo psicosocial durante el trabajo de parto en los servicios de salud altamente medicalizados, reduce la necesidad de aliviar el dolor, la duración del trabajo de parto y las cesáreas, además de asociarse con una experiencia de parto positiva.

## **Mecanismos de seguimiento**

La atención a la salud materna y perinatal demanda una continuidad en la atención. Se requiere enfatizar la importancia de continuar la atención prenatal con la del posparto inmediato, y asegurar que las mujeres regresen a sus consultas de seguimiento para beneficio de ellas mismas (en aspectos relativos, por ejemplo, a la prevención de

infecciones, y la orientación sobre lactancia y planificación familiar) y sus recién nacidos. En México y América Latina se observa que la asistencia a consultas durante el puerperio es muy baja. De hecho, no se aprovechan las consultas relacionadas con el crecimiento de los bebés para ofrecer también atención a las madres, con lo que se pierde una excelente oportunidad para la atención integral.

## **Servicios integrales**

Los servicios deben ser integrales y/o estar vinculados con otros servicios de salud que respondan a otras necesidades de las mujeres. Por ejemplo, es posible aprovechar la consulta prenatal para ofrecer al mismo tiempo servicios de detección oportuna del cáncer cérvico-uterino o atención odontológica. De este modo, se disminuirán las llamadas “oportunidades perdidas” para la atención a la salud de las mujeres y los niños.

Para asegurar una alta calidad deben existir normas de atención basadas en evidencias científicas y estándares de calidad factibles y claros. Los servicios de salud materna deben ser monitoreados de forma continua y evaluarse a intervalos regulares, tanto desde la perspectiva de los proveedores de servicios como de las mujeres.

---

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y REFERENCIAS

1. Bruce J. y Jain A., "Fundamental elements of the quality of care: A simple framework" en *Studies in Family Planning*, 1990, 21(2): 61-92.
2. OMS, *Biblioteca de la Salud Reproductiva No. 7*, Ginebra, Suiza, 2004.
3. Safe Motherhood Interagency Working Group y Family Care International (FCI) *Good quality maternal health services. Safe motherhood fact sheet*, New York, EUA, 1998.
4. Gleit D. A., Goldman N. y Rodríguez G., "Utilization of care during pregnancy in rural Guatemala: Does obstetrical need matter?", en *Social Science & Medicine*, 2003, 57(12):2447-2463.
5. Gulmezoglu M., "Promoting standards for quality of maternal health care", en *British Medical Bulletin*, 2003, 67: 73-83.
6. Pittrof R., Oona C. y Filippi V., "What is quality in maternity care?: An international perspective", en *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2002, 81: 277-283.
7. Pittrof R. y Oona C., *Quality of maternity care: Silver bullet or red herring?*, London School of Hygiene & Tropical Medicine, Londres, 2000.
8. Miller S., Cordero M., Coleman A. L., Figueroa J. y Brito-Anderson S., "Quality of care in institutionalized deliveries: The paradox of the Dominican Republic", en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2003, 82: 89-103.
9. OMS, *World health day, safe motherhood, 7 de April 1998. Improve the quality of maternal health services*, OMS, Ginebra, Suiza, 1998, en [http://www.who.int/docstore/world-health-day/en/pages1998/whd98\\_08.htm](http://www.who.int/docstore/world-health-day/en/pages1998/whd98_08.htm), fecha de consulta: 12 de enero de 2005.

# ATENCIÓN PRENATAL BASADA EN LA EVIDENCIA

---

ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA\*  
POPULATION COUNCIL

El objetivo de la atención prenatal (AP) es asegurar una buena salud para la madre, el feto y el recién nacido. Hasta finales de los años 80 no se había realizado una evaluación crítica de la AP. En los países en vías de desarrollo existían altas tasas de mortalidad materna y se usaba el “modelo occidental” de AP<sup>a</sup>, sin evidencia científica sobre las distintas intervenciones y su utilidad para la AP. Fue en la década de los 90 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) llevó a cabo un estudio para evaluar la efectividad, aceptabilidad y costo de un modelo alternativo de AP que sólo incluyera intervenciones basadas en evidencias científicas y un menor número de consultas prenatales, mismo que se describe brevemente a continuación.

El estudio consistió en una prueba aleatoria para evaluar un nuevo modelo de AP(1). Se trató de un ensayo clínico controlado multicéntrico, realizado en Arabia Saudita, Argentina, Cuba y Tailandia (1996-1998) en el cual se comparó el nuevo modelo de AP contra el de rutina. Para esta comparación se analizaron los siguientes resultados: pre-eclampsia, anemia grave en el posparto (Hgb <90g/L), infecciones de vías urinarias (IVU) y bajo peso al nacer (< 2500 g). Además, se estudiaron algunos resultados secundarios como la admisión hospitalaria, el tratamiento de la madre y el recién nacido, así como la mortalidad

---

\* Documento presentado por Arranque Parejo en la Vida y Population Council en el Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal, México D.F., 4 y 5 de abril del 2005.

a Se entiende por “modelo occidental” de AP a la programación de consultas prenatales con periodicidad mensual antes de las 28 semanas de gestación; cada 2 a 3 semanas hasta las 36 semanas de gestación, y semanales hasta el momento del parto. Este modelo se basa en la evaluación del riesgo de complicaciones del embarazo.

---

materna y neonatal. Los resultados del estudio mostraron que no hubo una diferencia significativa entre la AP estándar y el nuevo modelo de AP de la OMS. En general, las mujeres se mostraron igualmente satisfechas con ambos esquemas de atención, aunque hubo alguna preocupación sobre el tipo de calendarización de las visitas entre quienes recibieron el nuevo modelo de la OMS. Los proveedores no mostraron ninguna oposición importante al nuevo modelo de la OMS. En cuanto a los costos para las mujeres y los proveedores, el nuevo modelo no lo incrementó y, en algunos lugares, hasta fue más económico.

El nuevo modelo de AP de la OMS se diseñó para embarazos de bajo riesgo, constaba de un menor número de visitas y sólo incluía intervenciones que habían demostrado su seguridad y eficacia. Dentro de este modelo, las mujeres estaban sujetas a un proceso de tamizaje que permitía separar, según sus antecedentes de salud, a aquellas de bajo riesgo y las de alto riesgo (en otras palabras, las mujeres con un riesgo elevado de sufrir complicaciones). De acuerdo con este modelo, las mujeres de riesgo bajo (75%) recibirían la atención estándar ofrecida en las clínicas participantes y serían elegibles para el nuevo modelo de AP.

El nuevo modelo de AP consistía en un protocolo de atención de cuatro visitas, cuyos contenidos y periodicidad dependían de la edad gestacional. Las intervenciones realizadas durante cada visita estaban basadas en la evidencia y eran de eficacia comprobada. El protocolo incluía las siguientes actividades:

- ❑ *Tamizaje* por condiciones de salud y socioeconómicas para identificar a las mujeres elegibles para el estudio (de bajo riesgo) y excluir aquellas de alto riesgo.
- ❑ *Intervenciones terapéuticas* que han probado ser benéficas.
- ❑ *Educación* a las embarazadas sobre aspectos normales del parto, emergencias obstétricas y cómo manejarlas.

Los problemas de salud en los que se enfocaba el nuevo protocolo de AP de la OMS y su manejo se detallan a continuación:

- ❑ Anemia grave: suplemento de hierro para todas las mujeres.
- ❑ IVU: tamizaje de orina para diagnosticar infección y prescripción de tratamiento.
- ❑ Infecciones de transmisión sexual (ITS): tamizaje y tratamiento de sífilis y diagnóstico y tratamiento de ITS sintomáticas.

- ❑ Preeclampsia: vigilancia de la presión arterial y tamizaje para la detección de proteinuria.
- ❑ Salud materna: administración de toxoide tetánico, tratamiento de malaria, tuberculosis, VIH/SIDA, problemas nutricionales, espaciamiento de los embarazos, anticoncepción, importancia del seguimiento clínico durante el posparto.
- ❑ Salud fetal / neonatal: identificación de problemas de crecimiento fetal, detección de distocias de presentación y referencia al siguiente nivel de atención para evaluación, educación sobre la lactancia.
- ❑ Prevención de la mortalidad materna:
  - *Informar* a la embarazada acerca de posibles complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, explicar las emergencias obstétricas y las reacciones apropiadas ante la presencia de signos de alarma.
  - Asegurar un acceso a la *atención calificada* del parto.
  - Referencia a *atención obstétrica de emergencia*, garantizar el acceso fácil a consejería y consultas las 24 horas del día en caso de dudas o emergencias, proveer de instrucciones verbales y escritas, incluyendo números de teléfono.

Es importante recordar que la mayoría de las muertes maternas no pueden predecirse y suceden alrededor del momento del parto y durante el posparto inmediato.

El protocolo también incluía los siguientes aspectos generales:

- ❑ Promover el diagnóstico temprano de problemas obstétricos (tamizaje).
- ❑ Ofrecer horarios de atención “amigables” y atención puntual.
- ❑ Uso de pruebas diagnósticas rápidas y fáciles de realizar con administración de tratamiento el mismo día; disponibilidad de pruebas de embarazo.
- ❑ El proveedor de AP puede ser un trabajador de la salud de rango menor siempre y cuando esté adecuadamente capacitado, exista el equipo, los suministros y la supervisión adecuadas.
- ❑ La atención a mujeres con antecedentes de partos complicados pero embarazos normales puede supervisarse bajo el modelo de AP de la OMS siempre y cuando el lugar para el parto se elija cuidadosamente.

- 
- ❑ La inclusión de la pareja, la familia y/o los amigos en los planes para el parto y/o la detección de emergencias.
  - ❑ Un sistema de seguimiento a pacientes que interrumpen la AP y determinar la(s) razón(es) que hubo para que ya no acudieran a las visitas.

Este modelo y sus resultados fueron incluidos en la revisión sistemática descrita en WHO Systematic Review of RCTs of routine ANC (2).

## **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y REFERENCIAS**

1. Villar J. *et al.*, for the WHO Antenatal Care Trial Research Group, “WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care”, en *The Lancet*, 2001, 357(9268):1551-64. Erratum en *The Lancet*, 2001, 358(9292):1556.
2. Carroli G. *et al.*, for the WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care, en *The Lancet*, 2001, 357(9268):1565-70.
3. Gerein N., Mayhew S. y Lubben M., “A framework for a new approach to antenatal care”, en *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2003, 80(2):175-82.
4. Langer A., Villar J., Romero M., Nigenda G., Piaggio G. *et al.*, “Are women and providers satisfied with antenatal care? Views on a standard and a simplified, evidence based model of care in four developing countries”, en *BMC Women's Health*, 2002, 2(1):7.
5. OMS, *Antenatal care in developing countries: Promises, achievements and missed opportunities: An analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001*, Ginebra, Suiza, 2003, en: [http://www.who.int/reproductive-health/docs/antenatal\\_care.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/docs/antenatal_care.pdf), fecha de consulta: 2 de febrero de 2005.
6. OMS, *WHO antenatal care randomized trial: manual for the implementation of the new model*, WHO/RHR/01.30. Ginebra, Suiza, 2001, en [http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR\\_01\\_30/RHR\\_01\\_30\\_contents.en.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_30/RHR_01_30_contents.en.html), fecha de consulta: 4 de febrero de 2005.

# NUTRICIÓN Y SALUD

## MATERNO-FETAL

---

ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA\*  
POPULATION COUNCIL

El feto que está en formación recibe los nutrientes de la madre, existiendo una vasta evidencia de la importancia de una adecuada nutrición materna para asegurar que tanto la madre como el producto se mantengan sanos. En las fases tempranas del embarazo, cuando hay una división y diferenciación rápidas de las células del embrión, los requerimientos nutricionales son altos. Si la madre tiene antecedentes de una nutrición deficiente, o si su dieta durante el embarazo es insuficiente, pueden incrementarse los riesgos de un crecimiento y desarrollo inadecuados del feto. Sin embargo, no está totalmente claro el alcance que tiene la nutrición sobre la salud de la madre. Además de las bien establecidas recomendaciones de no fumar o consumir alcohol durante el embarazo, la indicación de recibir suplementos vitamínicos y micronutrientes no está basada en evidencias concluyentes. A continuación se describen brevemente las evidencias actuales acerca de cinco vitaminas y micronutrientes que suelen recomendarse como suplementos durante el embarazo, lo mismo que las recomendaciones sobre la nutrición de la madre durante la lactancia.

### **Ácido fólico**

Durante las primeras semanas del embarazo, a menudo antes de que la mujer sepa que está embarazada, el ácido fólico juega un papel esencial en el desarrollo del tubo neural (cerebro y columna vertebral). Por esta razón, desde antes de la concepción debe procurarse una reserva

---

\* Documento presentado por Arranque Parejo en la Vida y Population Council en el Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal, México D.F., 4 y 5 de abril del 2005.

---

adecuada de ácido fólico y mantenerse durante el primer trimestre, a fin de reducir el riesgo de defectos del tubo neural (DTN). El ácido fólico es una vitamina del grupo B que es esencial para el correcto desarrollo de las células; si se ingiere en cantidades adecuadas antes y durante las primeras etapas del embarazo puede prevenir entre 50 y 70 por ciento de los DTN. Desde comienzos de los años noventa las organizaciones de salud pública han recomendado a todas las mujeres en edad reproductiva que, para prevenir los DTN si llegaran a embarazarse, ingieran 0.4 mg de ácido fólico diariamente. Además, a las mujeres con antecedentes de haber dado a luz a un bebé con DTN se les recomienda tomar 4 mg diarios, comenzando un mes antes de que inicien el intento de embarazarse, y continuando durante los tres primeros meses de la gestación. Por otra parte, en poblaciones donde la deficiencia de hierro y folatos es común, existe evidencia de que la suplementación rutinaria de esos micronutrientes durante el embarazo (60 mg de hierro y 0.4 a 0.5 mg de ácido fólico diarios) reduce la frecuencia de anemia al término del embarazo así como a las seis semanas posparto. Aunque alimentos como las verduras de hojas verdes, los cítricos y los granos son naturalmente ricos en ácido fólico, es un hecho que el tracto gastrointestinal absorbe más fácilmente el ácido fólico de fuentes sintéticas (como los suplementos vitamínicos o alimentos fortificados) que de las fuentes naturales. Para que las mujeres consuman diariamente la cantidad recomendada de ácido fólico lo más fácil es tomar una multivitamina.

## Calcio

En todo el mundo, la presión arterial alta y la preclampsia durante el embarazo representan una causa importante de morbilidad y mortalidad maternas. Una revisión reciente de la evidencia sugiere que el suplemento de calcio durante el embarazo puede contribuir a reducir la incidencia de presión alta y preclampsia entre mujeres con una ingesta baja de este mineral (<900 mg/día). Además, entre mujeres que tienen un alto riesgo de desarrollar hipertensión, el suplemento de calcio durante el embarazo puede reducir la incidencia de un parto prematuro, que representa la causa principal de mortalidad neonatal e infantil. Por ello se recomienda un suplemento de calcio a las mujeres de comunidades con ingesta baja de este nutriente en su dieta y que tienen un

riesgo alto de hipertensión durante la gestación. Se requiere de investigación adicional para determinar la dosis y frecuencia del suplemento de calcio durante el embarazo; en las intervenciones evaluadas hasta ahora fueron de 1.5 a 2 gramos de calcio suplementario diariamente, comenzando entre las semanas 20 a 32 y hasta el parto (3, 4, 5 y 6) .

## **Hierro**

Una de las intervenciones de salud pública practicadas más ampliamente es la suplementación de hierro durante el embarazo; los lineamientos recopilados por la OMS, UNICEF y el Grupo Consultor Internacional sobre Anemia recomiendan que todas las mujeres embarazadas reciban 60 mg de hierro elemental diariamente para prevenir la anemia materna grave en países donde la prevalencia de dicho mal es mayor a 40%. La anemia por deficiencia materna de hierro puede incrementar el riesgo de un parto prematuro y bajo peso al nacer del producto, aunque la evidencia no es concluyente. Los vínculos entre anemia, deficiencia de hierro y salud materna tampoco están bien definidos. Aunque sabemos que el suplemento de hierro puede prevenir los niveles bajos de hemoglobina al momento del parto y seis semanas después, siguen existiendo muchas dudas acerca de los beneficios sobre la salud de la madre. Por ejemplo, aunque a menudo se supone que las mujeres con concentraciones de hemoglobina más bajas enfrentan un riesgo mayor de morir por hemorragia, la información para sustentar esta hipótesis no es concluyente (4, 5, 6 y 7).

## **Vitamina A**

Durante el embarazo, se requiere de un aporte adicional de vitamina A para el desarrollo del feto. En mujeres alimentadas de forma adecuada, esta necesidad puede satisfacerse a través de una dieta balanceada y de las reservas nutricionales de la madre. En áreas en donde se sabe que existe una deficiencia de vitamina A, el suplemento de ésta durante el embarazo puede contribuir a reducir el riesgo de ceguera nocturna en mujeres embarazadas. En la actualidad, la OMS recomienda un suplemento de hasta 10 000 UI diarias de vitamina A durante el embarazo, sin importar las condiciones que la mujer presente en relación con dicha vitamina. Es importante notar que las mujeres no deben

---

ingerir dosis mayores a las mencionadas, ya que la ingesta excesiva se ha asociado con ciertas malformaciones congénitas. A pesar de que algunos estudios sugieren que un suplemento de vitamina A durante el embarazo puede llevar a una reducción de la mortalidad materna, se requiere de investigación adicional para confirmar este efecto, misma que se está llevando a cabo actualmente en Nepal (5, 8, 9 y 10).

## **Nutrición materna durante la lactancia**

Las demandas alimenticias durante la lactancia son mayores que en el embarazo, por lo que se recomienda una dieta saludable y balanceada. Durante los primeros seis meses de la lactancia, la ingesta de calorías recomendada es de 500 adicionales al día, lo que equivale a uno de los tres alimentos diarios extra. Del mismo modo, es importante que la mujer consuma cantidades adecuadas de líquidos sin cafeína, tales como agua, jugos o sopas. Con respecto a los macronutrientes, las mujeres que amamantan deben consumir un mínimo de 100 gramos de carbohidratos al día, entre ellos panes de granos enteros y cereales, frutas frescas y verduras. La dieta total de la mujer que amamanta no debe incluir más de un tercio de grasa. Las fuentes de calcio, del cual deben consumirse 1 600 gramos como mínimo durante la lactancia, incluyen productos lácteos y verduras de hojas verdes. Las mujeres puedan mostrarse ansiosas por comenzar a perder peso después de dar a luz y la lactancia ayuda a lograrlo ya que el peso extra con el que se llega al fin del embarazo se utiliza para satisfacer las demandas extras de calorías que la lactancia origina. Por ello, las mujeres no deberían hacer esfuerzos específicos para perder peso hasta que el bebé haya llegado cuando menos a los dos meses de edad. Es muy probable que, durante la lactancia, la mujer pierda peso de forma gradual y sin ningún esfuerzo específico; lo ideal es que no pierda más de dos kilos por mes (11, 12).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Geisel J., "Folic acid and neural tube defects in pregnancy: A review", en *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 2003, 17(4):268-279.
2. Mahomed K., "Iron and folate supplementation in pregnancy" (Cochrane Review), en *The Cochrane Library*, Volumen 4, John Wiley & Sons Ltd, Chichester, Reino Unido, 2003.
3. Hofmeyr G. J., Atallah A. N. y Duley L., "Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems" (Cochrane Review), en *The Cochrane Library, Volumen 4*, John Wiley & Sons, Ltd., Chichester, Reino Unido, 2003
4. Christian P., "Maternal nutrition, health, and survival", en *Nutrition Reviews*, 2002, 60(5): S59-S63.
5. Kolsteren P. W. y de Souza S., "Micronutrients and pregnancy outcome", en DeBrouwere V. y Van Lerberghe W. (editores), *Safe motherhood strategies: A review of the evidence*, Studies in health services organisation and policy, ITG Press, Antwerp, Bélgica, 2001, 55-76.
6. Villar J. *et al.*, "Nutritional interventions during pregnancy for the prevention or treatment of maternal morbidity and preterm delivery: An overview of randomized controlled trials", en *Journal of Nutrition*, 2003, 133:1606S-1625S.
7. Bale J. R., Stoll B. J. y Adetokunbo O., *Improving birth outcomes: Meeting the challenge in the developing world*, Institute of Medicine, Washington, DC, EUA, 2003.
8. Van den Broek N., Kulier R., Gülmezoglu A. M. y Villar J., *Vitamin A supplementation during pregnancy (Cochrane Review)*, en *The Cochrane Library*, Volumen 4, John Wiley & Sons Ltd., Chichester, Reino Unido, 2003.
9. West K. P., "Vitamin A deficiency as a preventable cause of maternal mortality in undernourished societies: plausibility and next steps", en *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2004, 85 Suppl1: S24-7.
10. OMS, *Safe vitamin A dosage during pregnancy and lactation: Recommendations and report of a consultation*, OMS, Ginebra, Suiza, 1998.
11. Lawrence, R. A. y Lawrence R. M., *Breastfeeding: A guide for the medical profession*, (5a ed.), Ed. Mosby, St. Louis, Missouri, EUA, 1999.
12. Wilson P. R. y Pugh, L. C., "Promoting nutrition in breastfeeding women" en *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 2005, 34(1):120-124.

# ATENCIÓN DEL PARTO POR PERSONAL CALIFICADO

---

ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA\*  
POPULATION COUNCIL

*“La intervención más crítica para una maternidad sin riesgos es asegurar que un trabajador de la salud con habilidades en partería esté presente en cada nacimiento, y que exista transporte disponible en caso de una emergencia. Debe capacitarse a un número suficiente de trabajadores sanitarios y proveerlos con los suministros y el equipo esencial, especialmente en comunidades rurales y pobres.”*

(Grupo Interinstitucional en favor de una Maternidad sin Riesgos, 1997)

La mortalidad y morbilidad maternas continúan siendo inquietantemente altas en los países en desarrollo. La mayoría de las muertes maternas se concentran durante el parto o el posparto inmediato y las complicaciones obstétricas que amenazan la vida son comunes: llegan a ocurrir en un 15% de las mujeres. A pesar de que algunas complicaciones se pueden detectar durante el embarazo y manejarse oportunamente, el tamizaje durante la atención prenatal no es una estrategia que permita predecir la gran mayoría de las complicaciones obstétricas.

La recomendación de que los partos se atiendan por proveedores calificados se basa en las siguientes observaciones: a) la identificación inmediata y el manejo oportuno y adecuado de las complicaciones obstétricas salvan la vida de las mujeres; b) las tasas de mortalidad materna se reducen en países en donde la mayoría de los nacimientos son atendidos por un proveedor calificado; y c) el entrenamiento de parteras tradicionales ha sido poco eficaz para reducir la mortalidad materna (1).

---

\* Documento presentado por Arranque Parejo en la Vida y Population Council en el Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal, México D.F., 4 y 5 de abril del 2005.

---

Las Metas del Milenio de las Naciones Unidas (en particular la número cinco, que se refiere a la mortalidad materna) tienen como indicador para el año 2015 que, en todo el mundo, el 90% de los nacimientos sean atendidos por personal calificado. Existen diferentes organismos internacionales que promueven la atención del parto por personal calificado. La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Confederación Internacional de Parteras (International Confederation of Midwives) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) abogan por una atención calificada durante el embarazo, el alumbramiento y el periodo del posparto inmediato (2). El Programa de Salud Materna y Neonatal de Jhpiego, de la Universidad Johns Hopkins, promueve que toda mujer embarazada busque atención por parte de un proveedor calificado. A su vez, la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos<sup>a</sup> plantea que la estrategia más importante que, por sí sola, puede reducir la mortalidad materna es asegurar una atención capacitada durante el parto.

El “personal calificado” se define como un profesional de la salud acreditado, ya sea una partera, médico o enfermera, que ha sido educado y capacitado en las habilidades requeridas para manejar embarazos, partos y puerperios inmediatos normales, y para identificar, manejar y referir complicaciones en mujeres y recién nacidos (2). Existen diferentes grupos de trabajadores de la salud que pueden incluirse en la definición de personal calificado, como parteras, enfermeras obstetras, médicos con habilidades en partería y especialistas ginecobstetras. Un proveedor calificado debe contar con las siguientes habilidades de partería y para la atención de emergencias: a) manejo de embarazo, parto, puerperio y recién nacido normales; b) detección temprana y diagnóstico de complicaciones principales; c) manejo o estabilización apropiados y oportunos, y referencia de casos con complicaciones; d) habilidades clave en todos los aspectos de la atención materna y del recién nacido, y e) capacidad para establecer y mantener servicios de atención obstétrica seguros y eficaces (3).

Contar con personal calificado no es suficiente. Además, debe existir un apoyo en infraestructura y un ambiente que permita al proveedor calificado realizar esas funciones. Por ejemplo, se debe contar con acceso a equipo, medicamentos y suministros, capacidad para referir

---

a Conocida como “The Partnership for Safe Motherhood and Newborn Health” desde 2004.

y transporte para la mujer que presente complicaciones. Asimismo, el ambiente de apoyo debe incluir protocolos para el manejo de partos normales y complicaciones, y debe existir colaboración con diversos profesionales de la salud en diferentes niveles de atención (la comunidad y los niveles secundario y terciario) del sistema de servicios de salud. Finalmente, el sistema debe complementarse con actividades de monitoreo, evaluación y supervisión de apoyo basados en estándares nacionales y reforzados por actividades de educación continua.

Lamentablemente, en muchos países o regiones existe una marcada escasez de proveedores calificados. Para cubrir esta deficiencia se requiere de compromiso de aquellos encargados de desarrollar las políticas de salud. Debe reconocerse que el entrenamiento de proveedores capacitados toma tiempo. Mientras tanto, la respuesta debe incluir la certificación de habilidades en el personal auxiliar, en ocasiones incluyendo a las parteras tradicionales, para reconocer y manejar las principales complicaciones obstétricas. Una publicación reciente, por ejemplo, argumenta la necesidad de entrenar a médicos generales y enfermeras en la provisión de anestesia y/o en procedimientos quirúrgicos (como la cesárea) que pueden salvar a la mujer y al feto en sitios donde hay una escasez de especialistas (4).

Las parteras tradicionales se definen como proveedoras de atención durante el embarazo, el parto y el posparto, de base comunitaria y no capacitadas formalmente. A nivel comunitario, las parteras tradicionales son accesibles y respetadas y, por ende, juegan un papel importante en el sistema informal de atención a la salud de la comunidad. La evidencia científica indica que la capacitación de las parteras tradicionales no lleva directamente a un descenso de la mortalidad materna, ya que carecen de las habilidades para salvar vidas maternas aún después de haber sido entrenadas, dado que, en general, carecen de capacidad suficiente o de conocimientos generales cuando inician su entrenamiento (5, 6, 7). Sin embargo, es importante reconocer que las parteras tradicionales han contribuido a que el tétanos neonatal disminuya, a que se incremente el uso y la provisión de atención prenatal y a referencias oportunas de complicaciones del embarazo. Es por ello que los expertos coinciden en que el mejor papel que las parteras tradicionales pueden jugar es el de promotoras de la atención especializada.

Las parteras tradicionales son un importante vínculo entre la comunidad y los servicios de salud y pueden identificar a las embarazadas que pudieran requerir servicios especiales, contribuir a la distribución

---

de medicamentos (tales como hierro, ácido fólico y medicinas para enfermedades endémicas) entre las embarazadas de la comunidad, desempeñarse como educadoras comunitarias y transmitir mensajes de salud materna y neonatal. Por lo tanto, los proveedores calificados deberían trabajar en colaboración con ellas.

## **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y REFERENCIAS**

1. Buttiens H., Marchal B. y De Brouwere V., “Skilled attendance at childbirth: let us go beyond the rhetorics”, en *Tropical Medicine & International Health* 2004, 9(6):653-4.
2. OMS, *Making pregnancy safer: The critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO*. OMS, Ginebra, Suiza, 2004.
3. Maternal & Neonatal Health (MNH) Program, “Mejores prácticas: Proveedores/as calificados/as. Un elemento indispensable para salvar las vidas de las mujeres y sus recién nacidos/as”, Jhpiego Corporation, 2001, en <http://www.mnh.jhpiego.org/translations/skllprvdsp.pdf>, fecha de consulta: 16 de marzo de 2005.
4. Mavalakar D. V. y Rosenfield A., “Maternal mortality in resource-poor settings: policy barriers to care”, en *American Journal of Public Health*, 2005, 19 (2):200-203.
5. Maternal & Neonatal Health (MNH) Program, “The traditional birth attendant: Linking communities and services. Best practices”, 2002, en <http://www.mnh.jhpiego.org/best/tba.asp>, fecha de consulta 16 de marzo de 2005.
6. MacDonald M. y Starrs A., *Skilled care during childbirth policy brief ‘saving women’s lives, improving newborn health*. Family Care International/Safe Motherhood Inter-Agency Group (IAG), 2002.
7. Sibley L. M. y Sipe T. A., “What can a meta-analysis tell us about traditional birth attendant training and pregnancy outcomes?”, en *Midwifery*, 2004, 20:51-50.
8. Grupo Interinstitucional en favor de una Maternidad sin Riesgos, Sri Lanka, Oct. 18-23, 1997.
9. <http://www.mnh.jhpiego.org/translations/skllprvdsp.pdf>, fecha de consulta: 16 de marzo de 2005.

# EL PARTO HUMANIZADO COMO HERRAMIENTA PARA LA PREVENCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA Y LA MEJORA DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL

---

CRISTINA ALONSO\*

TANIA GERARD\*\*

Durante años, la principal estrategia para combatir la muerte materno-infantil ha sido el fortalecimiento de la atención médica, pero se ha llegado a extremos que, lejos de resolver el problema, lo acentúan y conducen hacia derroteros de solución todavía más complejos.

El parto en México muestra actualmente dos caras; por un lado, la tasa de cesárea ha alcanzado 46%, por lo que el país se ubica entre las cinco mayores tasas de cesáreas en el mundo (1); por el otro, la tasa de muerte materna y neonatal se mantiene en niveles inaceptables para el grado de desarrollo nacional. Si fuera adecuado relacionar una alta medicalización del parto con disminución en las tasas de mortalidad de madres y bebés, ¿cómo es posible obtener indicadores tan dispares?

La propuesta de parto humanizado se basa en tres ideas fundamentales:

1. El embarazo y el parto son procesos fisiológicos para los que el cuerpo femenino se encuentra preparado y capacitado, en ambos las mujeres deben tener un papel protagónico.
2. Las herramientas médicas de atención al embarazo y parto son útiles para salvar vidas, siempre y cuando se apliquen al evaluar los casos particulares y sólo en situación de emergencia obstétrica que lo requiera.

---

\* Partera independiente, Casa de partos "Luna maya", A.C.

\*\* Colaboradora de "Luna maya", A.C.

- 
3. La experiencia del parto debe ser satisfactoria para todas las personas involucradas; por ello, se capacita a las mujeres para ser madres más conscientes y seguras, a los bebés para crecer y desarrollarse con niveles óptimos y a las familias para crear vínculos de apoyo y solidaridad.

## **El embarazo y el parto como procesos fisiológicos**

La filosofía del parto humanizado se fundamenta en el hecho de que el embarazo y el parto son procesos fisiológicos; se asume que el cuerpo de la mujer está diseñado para parir y el bebé se desarrolla con la habilidad de nacer. La humanidad se ha valido del parto como evento biológicamente natural para la continuación de la especie.

El parto medicalizado, es decir, intervenido a través de tecnologías, medicamentos y procedimientos, se constituye tal como lo conocemos a partir de la revolución industrial del siglo XIX. Mientras que el propósito de esta medicalización ha sido mejorar la seguridad del parto y el nacimiento, los procesos se han ido incorporando al evento del parto de modo tal que se han convertido en el ritual de éste, por lo que se vuelve muchas veces un hecho despersonalizado, en donde las mujeres son objeto de abusos que afectan su salud mental y física.

Esta medicalización-despersonalización arrebató simbólicamente a las mujeres la comprensión de sí mismas como seres humanos plenos y capaces de vivir sus procesos biológicos. La propuesta del parto humanizado incorpora a los servicios de maternidad el trato respetuoso y digno para las madres y sus bebés, y convierte a la información en herramienta de toma de decisiones para que la madre pueda asumir la responsabilidad sobre su maternidad, eligiendo las mejores opciones para ella y su bebé.

## **El uso de herramientas médicas de atención al parto**

Con el afán de mejorar la seguridad del parto y el nacimiento, la ciencia ha desarrollado nuevas tecnologías que se han implementado en el ritual contemporáneo del parto. Éstas incluyen el uso de ultrasonido como herramienta de monitoreo, la inducción y manejo del parto con oxitocina sintética intravenosa, la ruptura artificial de membranas, el monitoreo fetal, la episiotomía, la posición de litotomía, el corte de cordón, la anestesia y analgesia y la cesárea.

Si bien estas tecnologías y ritos son apropiados en algunos casos, volviéndose fundamentales para mejorar los resultados del parto y reducir muertes maternas y neonatales, su uso indiscriminado y generalizado aumenta los riesgos del parto e impacta de manera negativa en esa experiencia para la madre y el bebé. Actualmente, la evidencia científica ha demostrado lo siguiente:

- ❑ El uso indiscriminado del ultrasonido no mejora los resultados del nacimiento para la madre y el bebé, pero aumenta significativamente la tasa de cesárea (2).
- ❑ El manejo del parto con oxitocina sintética aumenta el riesgo de cesárea en 58% (3).
- ❑ El monitoreo fetal no mejora el Apgar del bebé ni reduce la muerte neonatal, pero aumenta significativamente la tasa de cesárea (4).
- ❑ La episiotomía de rutina no impacta en el Apgar del bebé, pero en el caso de la madre aumenta el sangrado y puede causar problemas a largo plazo en la función del piso pélvico (5).
- ❑ La cesárea es actualmente una de las primeras causas de muerte materna por atonía uterina y hemorragia y sigue sosteniendo una tasa de muerte materna de dos hasta siete veces mayor a la tasa de muerte materna por parto (6, 7).

Por lo tanto, se concluye que aunque las intervenciones médicas del parto son apropiadas en algunos casos particulares, su aplicación generalizada sin valorar el caso individual de la madre y el bebé no sólo es inapropiado, sino peligroso. La propuesta de humanización del parto exige una revisión de las prácticas obstétricas a través de evidencia científica para asegurar que se realicen intervenciones al parto únicamente cuando sean necesarias.

### **El parto como experiencia satisfactoria**

El embarazo, el parto y el puerperio son procesos fundamentales en la vida de madres, bebés y sus familias. Más allá de las intervenciones médicas, la humanización del parto exige que la madre y el bebé sean tratados con respeto y sean los protagonistas. El parto es uno de los momentos más importantes en la vida de una persona, tanto para la

---

que pare como para la que nace. Es un evento familiar, muchas veces recordado anualmente por una celebración.

Las prácticas hospitalarias realizadas durante el parto afectan a la madre y al bebé fisiológica y psicológicamente. Actitudes y recursos de la madre, el bebé y la familia se ven impactados positiva o negativamente por cada persona que los atiende durante el parto y también por el ambiente general en que éste se desarrolla. Por otro lado, durante estas prácticas suelen apartar a los miembros de la familia durante uno de los momentos fundamentales de su vinculación: separan a la madre de su bebé inmediatamente después del nacimiento y generalmente evitan que el padre o personas emocionalmente importantes para la madre participen del evento.

Las prácticas de parto humanizado involucran a la madre y a su bebé como protagonistas, manteniendo la capacidad para decidir qué personas acompañan el nacimiento. La observación empírica sugiere que esto aumenta en la madre su autoestima y confianza en sí misma, así como en su habilidad para dar a luz, cuidar y lactar a su bebé; en éste aumenta su habilidad para lactar y desarrollarse emocionalmente, además de mejorar su psicomotricidad y capacidad para crear vínculos con su familia; finalmente, el padre que forma parte activa del nacimiento de su bebé tiene mayores posibilidades de construir un vínculo emocional con su hijo o hija y de valorar a su pareja como ser humano.

## **La experiencia del parto humanizado en el mundo**

La Organización Mundial de la Salud sostiene que no hay ninguna justificación para que se mantenga una tasa de cesárea mayor a 15%. Existen pocos países donde esta recomendación se respeta. Japón, Holanda y los países escandinavos son los únicos casos que sostienen tasas iguales o menores a este porcentaje recomendado. En todos ellos, son parteras profesionales las que atienden hasta 80% de los partos, y el parto en casa con personal calificado es una experiencia no sólo viable, sino financiada por el Estado.

El parto humanizado es relevante en todos los países y en todos los ámbitos de parto. Aun si éste requiere de intervenciones o cirugía abdominal, debe realizarse con respeto a los principios del parto humanizado.

La incorporación del parto humanizado en los ámbitos de salud pública de un país genera los siguientes resultados (8):

- Menores tasas de mortalidad y morbilidad materno-perinatales.
- Una experiencia del parto cualitativamente más satisfactoria para la mujer y su familia.
- Un importante ahorro económico para el sistema de salud pública.
- Mayores tasas de éxito en la lactancia materna que constituye un factor importante en prevención y promoción de la salud.

## Conclusiones

Mientras que la atención en urgencias obstétricas es esencial, ésta no es la única solución para reducir la muerte y morbilidad materna y neonatal. Estos problemas deben ser resueltos desde su raíz, con medidas para prevenir la enfermedad y mejorar el bienestar, empoderando a las mujeres y los bebés como protagonistas informados del nacimiento. La humanización del parto provee herramientas básicas para que una sociedad pueda mejorar los resultados del nacimiento, no sólo en materia cuantitativa, sino a través de indicadores cualitativos como la satisfacción de la experiencia del parto como un evento seguro, que respeta la integridad familiar y los derechos humanos, además proporciona un sólido principio para una vida saludable.

La calidad en servicios materno-infantiles debe ir mucho más allá de sobrevivir el parto: debe estar enfocada en que la madre y el bebé tengan una vivencia del embarazo, parto y puerperio como procesos satisfactorios, plenos, íntimos y placenteros, que ofrezcan a la madre una serie de herramientas de poder, información y habilidades para criar a su bebé con amor, confianza y salud.

## Para más información:

- Organización Mundial de la Salud: [www.who.int](http://www.who.int)

En América Latina:

- Red Latino Americana para la Humanización del Parto y el Nacimiento: [www.relacahupan.org](http://www.relacahupan.org)
- Clínica La Primavera, Instituto de Parto Humanizado, Ecuador: [www.partoenagua.com](http://www.partoenagua.com)
- Red para la Humanización del Parto y el Nacimiento, Brasil: [www.rehuna.org.br](http://www.rehuna.org.br)

---

## En Norteamérica:

- Iniciativa Internacional para el Parto Mamá Bebé: [www.imbci.org](http://www.imbci.org)
- Alianza de Parteras de Norte América: [www.mana.org](http://www.mana.org)
- Instituto de Investigación en Salud Primal: [www.birthworks.org/primalhealth](http://www.birthworks.org/primalhealth)

## En México:

- Casa de Partos Luna Maya: [www.lunamaya.org](http://www.lunamaya.org)
- Centro Educacional para el Bienestar Humano: [www.amayal.com](http://www.amayal.com)
- Plenitud, Embarazo, Parto y Lactancia: [www.joninichols.com](http://www.joninichols.com)
- Parto libre A.C.: [www.partolibremexico.org](http://www.partolibremexico.org)
- Asociación Nueve Lunas: [www.nuevelunas.org.mx](http://www.nuevelunas.org.mx)

## En España:

- El Parto es Nuestro: [www.elpartoesnuestro.es](http://www.elpartoesnuestro.es)
- Episiotomía: [www.episiotomia.info](http://www.episiotomia.info)
- Asociación Nacer en Casa: [www.nacerencasa.org](http://www.nacerencasa.org)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wagner M., “La Partería global- tradicional y oficial- y la humanización del nacimiento”, *Midwifery Today*, 2007, 83 y presentado en el Congreso Internacional “Midwifery Today”, Costa Rica, mayo 2007.
2. Bricker L. y Neilson J. P., “Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks’ gestation)”, en *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, Issue 1, Art. núm. CD001451. DOI: 10.1002/14651858.CD001451.pub2.
3. Gülmezoglu A. M., Crowther C. A. y Middleton P., “Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term”, en *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Issue 4, Art. núm. CD004945. DOI: 10.1002/14651858.CD004945.pub2.
4. Alfirevic Z., Devane D. y Gyte G. M. L., “Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour”, en *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, Issue 3, Art. núm. CD006066. DOI: 10.1002/14651858.CD006066.
5. Hartmann K., Viswanathan M., Palmieri R., Gartlehner G., Thorp J. y Lohr K., “Outcomes of routine episiotomy. A systematic review”, en *Journal of the American Medical Association*, 2005, 293:2141-2148.
6. Sachs B. P., McCarthy B. J., Rubin G., Burton A., Terry J. y Tyler C. W. Jr., “Caesarean section. Risk and benefits for mother and fetus”, en *Journal of the American Medical Association*, 1983, 250:2157-2159.
7. Lilford R. J., Van Coeverden de Groot H. A., Moore P. J. y Bingham P., “The relative risks of caesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery: A detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances”, en *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1990, 97(10):883-92.
8. Asociación El Parto es Nuestro, Consejo Interterritorial, Sistema Nacional de Salud, Propuesta de estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud, Pleno 79 en <http://www.msc.es/novedades/docs/estrategiaAtencionPartoNormal.PDF>.

# HUMANIZACIÓN DEL PARTO Y NACIMIENTO

---

ARACELI GIL\*

Por miles de años la humanidad actuó de acuerdo a los tiempos de la naturaleza; reconociendo su misterio y sabiduría, observaba y confiaba en sus ciclos, y sabía cuando actuar y cuando esperar. Entre estos ciclos se encontraba el ritual y pasaje del parto y el nacimiento, un evento vivido por las mujeres acompañadas por otras mujeres y sus familias.

El curso de la historia ha diluido nuestro profundo vínculo con la naturaleza; la reciente industrialización y medicalización de nuestra sociedad nos ha alejado de esta sabiduría, llevándonos a cometer actos extremos de control que ponen en peligro la salud e integridad de las personas. Hasta hace tan sólo 300 años el ciclo embarazo-parto-puerperio dejó de ser un evento sagrado, íntimo y cultural para convertirse en un hecho médico y patológico. Esto ha provocado que deje de pertenecer a las mujeres, cediendo su poder a la ciencia médica; de ser protagonistas, las mujeres se han vuelto las “pacientes” o espectadoras pasivas.

La propuesta de humanización del parto y el nacimiento se basa en el respeto a los derechos humanos, los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres y sus parejas; busca cambiar la idea de que el embarazo y el parto son una enfermedad, y trata de recuperar la noción de que es un hecho trascendente, sagrado, íntimo y personal. De esta manera se ofrece a las personas que lleguen a este mundo una bienvenida en un ambiente saludable; es decir, se busca que las mujeres puedan parir y los bebés nacer en un ambiente de amor, respeto y seguridad donde se reconozca la fuerza y sabiduría de su cuerpo, con alegría y acompañamiento.

---

\* Partera, Nueve Lunas, S. C. Proyecto Centro de Iniciación a la Partería de Oaxaca “Luna llena”, 2005, Oaxaca, México, [www.nuevelunas.org.mx](http://www.nuevelunas.org.mx)

---

## Humanización del nacimiento

De todas maneras nosotras atendemos el parto con nuestro conocimiento, nuestras hierbas, nuestras sobadas y nuestros rezos, porque la partera significa vida, luz, amor, trabajo, mujer, responsabilidad, confianza, calidad, economía, esmero, cariño, amabilidad, satisfacción. Esto es lo que nos hace indispensables y diferentes. Y por esto, aunque haya centro de salud en nuestra comunidad las señoras van a atenderse con nosotras.

Parteras del Grupo Gushis, Oaxaca México.

La declaración de la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto celebrada en Fortaleza, Ceará, Brasil en el año 2000, enuncia:

El concepto de humanización designará a un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encauzado hacia la auto-transformación y hacia el entendimiento del espíritu esencial de la vida. La humanización busca, de igual modo, el desarrollo de un sentido de compasión y en unión con el Universo, el Espíritu y la Naturaleza; con otras personas de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global; y con personas que llegarán en el futuro, así como con quienes nos han precedido. La humanización es indiscutiblemente un medio trascendental para alentar y encaminar el poder de individuos y grupos hacia el desarrollo de sociedades sustentables y el goce pleno de la vida. La humanización puede aplicarse a cualquier aspecto del desempeño humano, tales como: parto y nacimiento, enfermos en etapa terminales, envejecimiento, impedidos, salud y enfermedad, educación, ambiente, economía, política, cultura, y pobreza. El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras (1).

La atención humanizada del parto está fundamentada en:

1. Asistencia obstétrica basada en evidencias científicas.
2. Atención basada en la relación de pareja y en el respeto entre dos personas.
3. Visión del parto como un fenómeno fisiológico y no patológico.
4. Parto conducido por la mujer, que sigue tanto sus instintos como sus necesidades, y tiene libertad de movimientos y de expresión.

La práctica de la Medicina Basada en Evidencias (MBE) busca promover la integración de la experiencia clínica a las mejores evidencias disponibles, al considerar la seguridad en las intervenciones y la ética en la totalidad de las acciones. La sensibilidad y la experiencia del profesional médico siguen siendo valoradas, con información necesaria para orientarlo en aquellos campos que fueron ya probados a la luz de la ciencia. Esto permite al personal de salud adquirir experiencia en aquello que funciona y evitar lo que de manera probada puede comprometer los resultados de su trabajo y la salud de sus pacientes. Una referencia de MBE es la base de datos de revisiones sistemáticas de la Biblioteca Cochrane (Cochrane Database of Systematic Review/ CDSR), organización internacional de investigadores que prepara, mantiene y divulga estudios sistemáticos de ensayos aleatorizados sobre intervenciones en asistencia sanitaria, la cual ha desarrollado revisiones específicas para la atención del parto.

El proceso de embarazo, parto y posparto son procesos trascendentes, naturales y fisiológicos en la vida de las mujeres y hombres. Más que algo médico, es un acontecimiento social y cultural. El escenario humano del parto ubica a la mujer como la protagonista, con su pareja y su bebé, con una vivencia de poder y apropiación de su cuerpo, del parir y del nacer. Los intermediarios y acompañantes (otras personas o familiares) solamente son un apoyo. El hombre, compañero y padre, es también un protagonista importante. Para él es una oportunidad de crecimiento como varón, una posibilidad de relacionarse con su compañera de manera profunda y de establecer las bases para una paternidad afectiva, presente y gozosa.

Dar a luz es un acontecimiento natural, con leyes duras y precisas; por eso se necesita de apoyo, ayuda y protección, sin que nadie intervenga; es decir, que se respeten los tiempos de la mujer, los factores emocionales y culturales. Así nació el arte de la partería.

---

El parto: un acontecimiento involuntario, tanto como el orgasmo, la risa, el sueño o la defecación, sólo que más complejo. La sola pretensión de controlar un proceso involuntario lo inhibe: esto es lo que ocurre con el parto hospitalario. Una vez inhibido, se hacen “científicamente” justificables todo tipo de procedimientos para sustituir la función de la naturaleza. Se sustituye un proceso natural sofisticado y sabio por un conjunto de técnicas encaminadas a “salvar” a la madre y al bebé, y también para someter un proceso con un ritmo propio al ritmo acelerado que conviene a los profesionales (2).

## **Diez recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud**

En 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS), con base en las evidencias científicas y estudios comparados, publicó un trabajo donde participaron más de 50 personas, entre ellas parteras, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, economistas, administradores sanitarios y madres, quienes realizaron una revisión de conocimientos y adoptaron 10 valores y principios para proteger, promocionar y apoyar el cuidado efectivo sobre la “Tecnología apropiada para el parto” y en 1996 se actualizó el texto de las recomendaciones.

Estas recomendaciones y meta-análisis de estudios controlados señalan que se continúan practicando en el mundo un cuidado perinatal y uso de tecnología inapropiados, a pesar de que existe una aceptación generalizada acerca de principios de cuidado basados en las evidencias.

## **Principios de la Organización Mundial de la Salud en la atención del parto (3)**

1. No debe ser medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe utilizar un grupo mínimo de intervenciones, sólo las necesarias, y aplicar la menor tecnología posible.
2. Debe basarse en la tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, equipamiento y otras herramientas que ayuden a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada

o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aun superiores.

3. Fundamentarse en las evidencias. Esto significa que debe estar avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorios cuando sea posible y apropiado.
4. Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como parteras, obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores del parto y de la maternidad, así como científicos sociales.
6. Debe ser integral, por lo tanto debe tener en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y familias y no solamente ofrecer un cuidado biológico.
7. Estar centrado en las familias; es decir, debe dirigirse hacia las necesidades no sólo de la mujer y su hijo, sino de su pareja.
8. Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

## **Formas de cuidado que deberían ser abandonadas**

- Impedir a las mujeres que tomen decisiones acerca de su cuidado.
- Participación de los médicos en la atención de todas las mujeres.
- Insistir en el confinamiento institucional universal.
- Dejar a las madres sin atención durante el trabajo de parto.
- Rasurado de rutina.
- Enema rutinario.
- Monitoreo fetal electrónico rutinario sin determinación de pH en cuero cabelludo.
- Restricción de la posición materna durante el trabajo de parto.
- Episiotomía rutinaria.
- Repetir la cesárea en forma rutinaria luego de cesárea anterior.
- Inducción del parto en forma rutinaria antes de las 42 semanas.

- 
- ❑ Uso de sedantes/tranquilizantes de rutina.
  - ❑ Uso rutinario de guantes y mascarillas en las unidades de cuidados del recién nacido.
  - ❑ Separar a las madres de sus hijos cuando éstos se encuentran en buen estado de salud.
  - ❑ Administración de agua/glucosa en forma rutinaria a los niños amamantados.
  - ❑ Lactancia con restricciones.
  - ❑ Distribución sin cargo de muestras de fórmulas lácteas.
  - ❑ Prohibir las visitas de los familiares.

## **Formas de cuidado que reducen los resultados adversos del nacimiento**

- ❑ Proveer apoyo psicosocial a las mujeres.
- ❑ Contacto madre-hijo irrestricto.
- ❑ Tasas de cesárea que no rebasen el 7-15% de los nacimientos.
- ❑ Libre posición durante el trabajo de parto.

## **A manera de conclusión**

Nuestra medicina obstétrica iatrocéntrica (centrada en la figura del médico), biomédica (centrada en la patología y la enfermedad) y “hospitalocéntrica” (que entiende y privilegia a los hospitales y centros de salud), no consigue ofrecer la feminidad que el parto reclama. Ha llegado la hora de que se revisen estos conceptos masculinos aplicados al nacimiento, para que el parto sea nuevamente un asunto de mujeres, y se dé en un ambiente de seguridad, alegría y afecto (4).

Una *práctica humanizada de atención del embarazo y parto* asegura el respeto a los derechos fundamentales; en específico, a los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres y sus parejas. Asimismo, produce como efectos colaterales, no por ello menos importantes, la reducción de complicaciones perinatales, de la mortalidad materna, de complicaciones en la salud del recién nacido, así como de los costos de la asistencia médica.

La humanización del nacimiento es una propuesta que busca trazar caminos para la paz y la sanación del mundo. La ONU define a la cultura de la paz como una serie de valores, actitudes y comportamientos que rechazan la violencia; considera como base los derechos humanos, como el respeto a la vida, al ser humano y a su dignidad, así como a los principios de libertad, justicia, solidaridad y tolerancia, en búsqueda de infundir la generosidad, preservar el planeta y reinventar la solidaridad (5).

Pensar en cambiar la visión del parir y el nacer supone efectuar cambios en la forma en que vivimos, en cómo vemos a “los otros”, “al otro”, en cómo entendemos los códigos que la naturaleza tiene para nosotros, en cómo nos relacionamos con la tierra, en cómo nos entendemos como parte de un sistema en el que todos los acontecimientos afectan al conjunto de seres vivos. Es el cuestionamiento a nuestras actuales posiciones, al balance entre ciencia, arte e intuición, y entre medicalización y confianza. Es, en última instancia, la valoración de lo femenino como sabio y poderoso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. <http://www.relacahupan.org/declaracion.html>
2. Wagner M., “El nacimiento en el nuevo milenio”, ponencia presentada en el Primer Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa, Jerez, España, 2000.
3. Organización Mundial de la Salud, Declaración de Fortaleza, “Tecnología apropiada para el parto”, en *The Lancet*, 1985, 2:436-437, traducción ACPAM.
4. Jones R. H., *Crónicas de un obstetra humanista*, Creavida, Argentina, 2007.
5. Organización de Naciones Unidas, Asamblea General, 6 de octubre de 1999.

# CAPACITACIÓN EN COMPETENCIAS PARA EL MANEJO DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA. LA ESTRATEGIA ALSO

---

JORGE ALBERTO MORA\*

En primer término unifiquemos ideas en relación con la mortalidad materna: ¿a qué nos referimos con este concepto? La respuesta viene de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la define desde 1992 como “la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días después de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y lugar del mismo, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo **o su manejo**, pero no por causas accidentales o incidentales” (1). Subrayo **o su manejo**, pues analizaremos posteriormente esta idea al relacionarla con el manejo de la emergencia obstétrica, entendida ésta como urgencia médica en el proceso de atención del periodo grávido-puerperal.

De acuerdo con esta definición, el número anual mundial de muertes maternas es de 585 mil (OMS/UNICEF); para fines epidemiológicos el indicador está dado en Razón de Mortalidad Materna (RMM), que se calcula dividiendo el número de muertes maternas entre el total de recién nacidos vivos registrados o estimados, por 100 mil, con lo que obtenemos indicadores de comparación internacionales, nacionales, entre los estados, etc. Por ejemplo, la RMM en los Estados Unidos de Norteamérica en el año 2005 fue de 8, según datos de la UNICEF (2), mientras que en México fue de 62, en Haití, de 630, y de 300 en la India. Es importante saber que 15% de las embarazadas pueden presentar complicaciones que pongan en riesgo su vida (3).

---

\* Subdirector médico, Hospital General Regional de León, Guanajuato. Correo electrónico: drmora@gmail.com

---

Hasta este momento conocemos la definición de mortalidad materna y la forma de medirla (en RMM); el siguiente punto es identificar las principales causas de la muerte materna, entre las que sobresalen la hemorragia obstétrica, la enfermedad hipertensiva aguda del embarazo y la sepsis. Agreguemos el concepto de mortalidad fetal y neonatal, teniendo como indicador la Tasa de Mortalidad Neonatal, que en Estados Unidos es de 5 por 1 000 nacidos vivos, en México de 15, en Haití de 34 y en la India de 43; entre cuyas principales causas destacan la asfisia intraparto, la distocia de hombros y la prematuridad. Esto justifica la detección y prevención de estos eventos para el feto durante el control prenatal y el trabajo de parto.

Ante este panorama, la prevención se ha enfocado en el control prenatal, debiéndose identificar los embarazos de alto riesgo y ofrecer atención del evento obstétrico por personal competente, de preferencia trasladando a la mujer a un ambiente hospitalario (la mayoría de las veces ya saturado), que cuente con los requerimientos de recursos humanos, infraestructura, equipo y fármacos adecuados. No obstante, en un alto porcentaje de casos las complicaciones **no muestran factores de riesgo identificables durante el control prenatal** y se presentan de tal forma que se cuenta con poco tiempo para resolverlas, además de que pueden ser secuenciales en una misma paciente; por ejemplo: sufrimiento fetal intraparto/distocia de hombros/hemorragia obstétrica, que deben ser atendidas *in situ*, evitando retardos en la atención y estabilizando tanto a la mujer como al recién nacido. Por ello, la disposición de equipo médico y de fármacos indispensables, así como la capacitación en emergencias obstétricas del personal operativo (personal médico, de enfermería y paramédico responsable de traslados) en los diferentes niveles de atención, constituyen una de las estrategias que han demostrado efectividad para disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal.

En el párrafo anterior se agrega el término emergencia obstétrica (equivalente a urgencia) y se relaciona con el término enfatizado al inicio de este ensayo: manejo. Por lo tanto, el tratamiento adecuado de la urgencia obstétrica permite reducir las muertes relacionadas con el diagnóstico y la terapéutica (manejo) retrasados, uno de los eslabones críticos que señala Núñez Urquiza como factores determinantes de mortalidad materna y perinatal (4).

De esta manera, el proveedor debe ser competente para resolver las principales urgencias en obstetricia; esto es factible mediante la aplicación de programas de capacitación que incluyan aspectos teóricos y prácticos para el manejo de las principales complicaciones materno-fetales y neonatales.

Una interesante opción, propuesta desde 1991 por la Academia Americana de Médicos Familiares (AAFP, por sus siglas en inglés), es el curso-taller denominado ALSO (Advanced Life Support Obstetrics) (5), cuyo objetivo primordial ha sido capacitar en competencias a los proveedores para manejar urgencias en el periodo perinatal en forma estandarizada y validada por evidencias de efectividad.

El proceso de capacitación incluye la entrega previa de un compendio con aspectos teóricos, y un taller de dos días de duración distribuido en estaciones de capacitación en grupos pequeños de alumnos, simulando urgencias obstétricas en maniqués, debiéndose resolver complicaciones a través de mnemotecnias (disponibles como pósters, ver figura) que permiten al alumno recordar fácilmente los procedimientos para salvar o solucionar la situación de urgencia.

## APLICACION VACUM

A B C D E F G H I J

**A** Avise a la paciente  
Avise por ayuda  
Anestesia adecuada

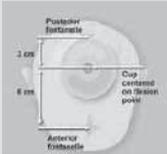
**B** Bladder (vejiga) Vacía?

**C** Cervix dilatado

**D** Determine posición de la cabeza  
Piénsese distocia Hombros  
Distocia. Revise la HELPERR Nemotecnia

**E** Equipo listo  
Extractor listo

**F** Coloque la copa localizando la Fontanela en el punto de Flexion



Colocar la copa en los puntos de flexion es esencial por la seguridad y eficiencia. La traccion centrada en el punto de flexion ayuda a cuello a flexionarse.

**G** Gently traccion siguiendo la curva pelvica



**H** Halt (alto) traccion entre contracciones  
Halt (alto) al procedimiento si la copa se desprende 3 veces.  
Halt (alto) si no se avanza 3 tracciones  
Halt (detenese) despues de 20 minutos de uso.  
Estar preparados para detener el procedimiento y pasar a cesarea.  
Evitar el uso prolongado the "Halt" guidelines.  
Evitar movimientos de girar y oscilar

**I** Incision: Evalue episiotomia el perinear la cabeza (Puede no requerirse)  
Remueva la copa del vacuum cuando Jaw (mandibula) sea visible

**J**

## Vacum Tips de seguridad

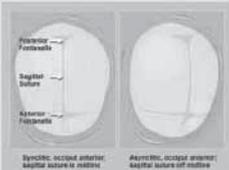
Las campanas y copas son moldeables lo que facilita su insercion



El uso de vacuum puede ser util para flexionar el craneo fetal. Esto ocasiona que la cabeza disminuya el diametro lo que facilita el paso de esta por la cavidad pelvica.



Si el craneo fetal esta asinclico, la sutura sagital estara ubicada lateral a la linea media. Para colocar la copa en el punto de flexion requerira se coloque y posicione lateral a la linea media la cual es referenciada por la sutura sagital



---

Los talleres que incluye ALSO son:

1. Casos obstétricos con técnica de semaforización (innovación del grupo ALSO México).
2. Taller de distocia de hombros.
3. Taller de parto instrumentado.
4. Monitoreo intraparto.
5. Taller de malas presentaciones.
6. Taller de reanimación neonatal.
7. Talleres opcionales.

Dentro del curso taller se incluyen también mnemotecnias para el monitoreo básico intraparto de la condición fetal con el uso de la denominada “DR C BRAVADO”, cuyo objetivo es la competencia clínica en la interpretación de los trazos del registro cardiotocográfico, a fin de identificar datos de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto y con ello disminuir las complicaciones relacionadas con la asfixia perinatal.

Además, se capacita en la resolución de periodos expulsivos prolongados y en el manejo de situaciones emergentes que requieren la extracción rápida del producto —como el sufrimiento fetal—, adiestrando en el uso del vacuoextractor, a través de la mnemotecnia “A, B, C...F”, que lleva con seguridad a la aplicación de este instrumento con el cual pocos médicos en México están familiarizados, obstetras incluidos.

Cabe mencionar que en el curso ALSO que imparte el grupo del Pan American Collaborative Emergency Medicine Development Program (PACEMD) se ha incluido, como parte de los talleres, el análisis sistemático de casos clínicos de complicaciones graves como la enfermedad hipertensiva aguda del embarazo y la hemorragia obstétrica, a fin de que el personal proveedor de capacitación implemente en sus servicios de atención obstétrica los insumos y procesos adecuados para su manejo adecuado y oportuno.

Al final del curso ALSO, y en forma individual, se evalúa la competencia resolutoria “pensar y actuar” de cada uno de los alumnos, simulando un parto complicado, como requisito de acreditación.

El grupo PACEMD (6) tiene su sede en San Miguel de Allende, Guanajuato, y hasta ahora ha impartido nueve cursos para instructores en San Miguel de Allende, Celaya y en León, Guanajuato; en Guadalajara, Jalisco, y en Toluca, en el Estado de México, capacitándose a

389 proveedores de los cuales 189 son médicos ginecobstetras, 109 médicos generales, y 13 médicos residentes y personal de enfermería, entre otros. En agosto de 2008 el autor tuvo la oportunidad de participar en el primer curso ALSO en Argentina, en la ciudad Cutral C6 de la Patagonia, en el cual se ha adiestrado a 54 médicos.

La estrategia de capacitación del personal operativo en el manejo de las emergencias obstétricas forma parte de las actividades prioritarias que se analizan en los comités de mortalidad materna a nivel jurisdiccional, estatal y nacional, y se integra paralelamente a las mejoras en la calidad de la atención, representadas por la identificación y referencia oportuna de mujeres con riesgo obstétrico elevado, la implementación hospitalaria de unidades de obstetricia critica a nivel de terapia intermedia, y la capacitación continua en técnicas y procedimientos de obstetricia crítica de médicos y personal paramédico por equipos multidisciplinarios.

Dado que se reconoce a nivel internacional la necesidad de capacitación en el manejo de las diferentes emergencias médico-quirúrgicas, las autoridades de salud contemplan la adopción del curso ALSO para implementarlo en México; las reuniones preliminares con las autoridades sanitarias federales han sido enfocadas a la adaptación del curso a la normatividad vigente en México y a las características específicas de cada región

Actualmente existe el proyecto de impartir un curso básico, de un día de duración, dirigido al personal de primer nivel de atención, incluyendo la coordinación con parteras para el manejo inicial adecuado y la referencia oportuna de las pacientes, así como un proyecto más avanzado de un curso ALSO GLOBAL que incluye, entre otros aspectos, la reparación de lesiones perineales, la ligadura de arterias hipogástricas, la técnica de B-Lynch, el manejo de expansores de volumen, entre otros temas, y la integración operativa entre redes de referencia y unidades médicas de obstetricia crítica, en proceso de implementación.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Clasificación internacional de enfermedades*, Décima Revisión, OMS, Ginebra, Suiza, 1992.
2. Estadísticas obtenidas en <http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/index.html>, fecha de consulta: 31 agosto de 2008.
3. Herrera M., "Mortalidad materna en el mundo", en *Revista chilena de Obstetricia y Ginecología*, 2003, 68(6):536-543.
4. Núñez-Urquiza R. M., *Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la prevención de las muertes maternas*, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México, 2004.
5. <http://www.aafp.org/online/en/home/cme/aafpcourses/clinicalcourses/also/aboutalso/courseobjectives.html>, fecha de consulta: 31 de agosto de 2008.
6. [www.pacemd.org](http://www.pacemd.org), fecha de consulta: 31 de agosto de 2008.

# MORTALIDAD MATERNA Y ESCASEZ DE SANGRE: UNA VIOLACIÓN A LOS DERECHOS HUMANOS

---

SANDRA M. ALMEYDA\*  
XÓCHITL TERÁN\*\*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año mueren en el planeta más de 500 mil mujeres por complicaciones del embarazo, parto o puerperio; 99% de estas muertes ocurren en el mundo en desarrollo. Entre 1987 y 2007, 10 millones de mujeres perdieron la vida. Se estima que 25% de estas defunciones se debieron a hemorragias intensas durante el parto, lo que constituye la causa más común de mortalidad materna. Esto significa que aproximadamente 125 mil mujeres mueren anualmente en el mundo por falta de sangre disponible para transfusiones. La distribución porcentual y por región de esta cifra es la siguiente: 34% en África, 31% en Asia y 21% en América Latina y el Caribe.

En México, según datos aportados por la Secretaría de Salud, en 2006 fallecieron 1 138 mujeres, con una concentración mayor en las entidades federativas de Guerrero, Oaxaca y Chiapas. La “tasa de mortalidad materna es un indicador fundamental para medir el desarrollo social y sanitario de un país” (1). Dicha mortalidad representa un grave problema de salud pública, injusticia social y de derechos humanos, ya que podría ser evitada si se garantizara el acceso a la atención médica oportuna y de calidad, y a recibir información antes y

---

\* Licenciada en Relaciones Internacionales; actualmente cursa la Maestría en Derechos Humanos. Es asesora ad honorem del Centro Nacional de Transfusión Sanguínea de México. Desde hace casi 20 años trabaja en la promoción de los Derechos Humanos, actividad que ha desarrollado en diversos países: Francia, Argentina y ahora en México, en el marco de organizaciones como Amnesty International, Save the Children y desde otras organizaciones de la sociedad civil y gubernamentales.

\*\* Médica cirujana con especialidad en medicina interna, Directora de Normalización del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea de la Secretaría de Salud.

---

después del embarazo y parto; y si se respetara el derecho a tomar sus propias decisiones acerca de su salud, sin coerción o violencia y con plena información.

La tasa de mortalidad materna varía ampliamente entre los países industrializados y el mundo en desarrollo. Mientras que en un país en desarrollo una mujer que da a luz corre el riesgo de morir en una de cada 13 ocasiones, en los países desarrollados este riesgo disminuye a uno entre 4 100(2). Podemos decir, por tanto, que las muertes maternas son en su mayoría evitables. La muerte evitable es aquella en la que la atención médica efectiva y oportuna habría impedido la defunción. De este modo, la muerte materna es aceptada en el mundo como indicador de la calidad de los sistemas de salud. Así, el conocimiento y la tecnología médica disponibles hacen posible que 90% de las complicaciones obstétricas que causan la muerte materna puedan tratarse exitosamente (3).

Las consecuencias de la mortalidad materna son graves y numerosas; entre ellas se pueden reconocer: la desintegración de la familia; la hija mayor asume las tareas maternas, truncando así su propio proyecto de vida, lo cual impacta sobre la deserción escolar; asimismo, las hijas adolescentes quedan expuestas al acoso sexual y al incesto (4).

Por lo anterior, disminuir la mortalidad materna se encuentra entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU (5), y tiene como meta reducirla entre 1990 y 2015 en  $\frac{3}{4}$  partes. Para abatir estas tasas en los países más afectados deberían destinarse más recursos para lograr que la mayoría de los partos sean atendidos por médicos, enfermeras o parteras capacitados para prevenir, detectar y tratar las complicaciones obstétricas, entre ellas, la necesidad de sangre.

Cuando en un embarazo, parto o puerperio se produce una pérdida sanguínea grave debida a una hemorragia profusa sin un seguimiento médico adecuado, y si la mujer no recibe la atención médica necesaria en forma oportuna, ya sea por inexistencia del servicio, por lejanía o factores culturales, se inicia un proceso de deterioro irreversible. La mujer comienza a acumular una “deuda de salud”, manifestada como deuda de oxígeno debida a la falta de sangre. Si en el muy corto plazo la mujer no recibe el aporte transfusional necesario, sobrevendrá inevitablemente la muerte. No siempre se encuentran disponibles los servicios aptos que dispongan de los recursos humanos capacitados e insumos necesarios, entre los cuales la sangre es un factor determinante para estas ocasiones.

La OMS declara que las transfusiones sanguíneas han sido identificadas como una de las ocho intervenciones clave capaces de salvar vidas en los centros asistenciales que ofrecen servicios de atención obstétrica de emergencia. La realización de una transfusión a tiempo marca la diferencia entre la vida y la muerte para muchas mujeres. El objetivo es mejorar el acceso a las transfusiones de sangre no contaminada, a fin de atender las complicaciones obstétricas, lo cual incluye, además, la prevención y el tratamiento temprano de la anemia. Según la OMS, para que un país tenga suficiente sangre para cubrir sus necesidades debe colectar un número de unidades equivalente al 2% de su población. En las Américas, la mayoría de los países alcanzan apenas 1.5%.

La OMS ha intensificado sus esfuerzos para mejorar la disponibilidad de sangre segura para las madres durante y después del parto. Así, en 2007 puso en marcha, en ocasión del Día Mundial del Donante de Sangre, el lema “*sangre segura para una maternidad sin riesgos*”. El objetivo de la OMS es avanzar hacia el acceso universal de las transfusiones seguras, en apoyo a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (6).

Tal como manifiesta Alain Beauplet,<sup>a</sup> cualquiera que sea el país considerado, la transfusión sanguínea está presente cuando se compromete el pronóstico vital de una persona, y el nivel de seguridad sanitaria de un país depende de la calidad de su cadena transfusional. Asimismo, en su presentación “Cohesión social, esperanza de vida y transfusión sanguínea”, en el marco del 4º Foro Internacional sobre Seguridad Sanguínea en México, organizado por el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea en abril de 2008, Beauplet nos ilustra diciendo que en los países desarrollados –que contienen al 17% de la población mundial– se dispone de 60% de los 75 millones de unidades de sangre extraídas cada año en el mundo. Por otro lado, en los países emergentes –donde se encuentra el 83% de la población mundial–, se tiene acceso sólo a 40% de los recursos en sangre. Esta sangre se extrae en un 60% de donantes remunerados o de reposición,<sup>b</sup> comprometiendo así la calidad y la seguridad transfusional (43% de la sangre de estos países no se somete a estudios microbiológicos). Y luego agrega que, según la OMS, 22% de los países no hacen las pruebas

a Director de Relaciones Internacionales del Establecimiento Francés de Sangre, dependiente del Ministerio de Salud de Francia.

b Personas que acuden a los hospitales a dar sangre para algún familiar o amigo que va a ser sometido a una cirugía.

---

serológicas que garantizarían mayor seguridad transfusional, por falta de reactivos, lo cual impacta sobre seis millones de unidades de sangre de bajo nivel de calidad al año.

Es importante señalar que se requiere cumplir con ciertas condiciones mínimas para lograr un acceso universal a los productos sanguíneos: todas las unidades de atención hospitalaria deben contar con personal capacitado y un servicio de transfusión que conozca las necesidades, mantenga una reserva constante de los productos sanguíneos y una comunicación con el banco de sangre que se la proporciona. Lograr una coordinación eficiente con el área clínica, a través de procedimientos perfectamente establecidos y por escrito, de cómo realizar la solicitud de los productos sanguíneos es un aspecto fundamental. Por su parte, el área clínica debe conocer las indicaciones del tipo de producto sanguíneo y las condiciones de cuándo y cómo debe utilizarse, bajo el principio de que la mejor sangre es aquella que no se utiliza.

Existe la percepción en las áreas clínicas de que las unidades hospitalarias requieren de un banco de sangre como condición para tener acceso seguro a los productos sanguíneos. Esto no necesariamente es así; lo que necesitan (sin que el número de camas sea un factor determinante) es el **acceso a los productos**.

Con base en este criterio, los servicios de transfusión son áreas que sirven de depósito bajo condiciones controladas y como administradores de los productos sanguíneos hacia el área clínica. Estos servicios pueden estar en el área de laboratorio, como una sección de ésta, la superficie no debe rebasar los 46 metros cuadrados y requiere de mesa de trabajo, refrigeradores y congeladores para los productos sanguíneos (dependiendo del número de unidades que almacene y distribuya), una mesa con vertedero, un escritorio y silla secretarial, refrigerador para muestras de sangre, así como refrigerador de reactivos utilizados para pruebas de compatibilidad. Los servicios de transfusión sólo están autorizados para almacenar bajo condiciones controladas los productos sanguíneos, realizar pruebas de laboratorio de compatibilidad sanguínea y suministro hacia el área clínica de la unidad hospitalaria. En México, lograr una cadena transfusional de calidad es uno de los retos que deben enfrentarse para disminuir la mortalidad materna.

Algunas estadísticas ofrecidas por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, indican que cada año se embarazan en México 2.5 millones de mujeres y que

nacen 2.1 millones de niñas y niños. En el año 2000, 370 mil mujeres embarazadas fueron atendidas por personal no calificado, y de ellas, murieron por complicaciones del embarazo, parto o puerperio 1 569 en el año 2000, 1 242 en 2005 y 1 166 en 2006 (7), habiéndose reducido la razón de muerte materna entre 1990 y 2007 en 40.6%. En 2007 ocurrieron en el Distrito Federal 117 muertes maternas y tres en Colima. En 2006, la razón de mortalidad materna más baja se situó en 42.8, en el grupo de edad de 20 y 24 años, y la más alta de 139.8 se ubica en el de 40 y 44 años. De acuerdo con las diversas causas de mortalidad materna, entre 1990 y 2006 de 20 a 25% se produjeron por hemorragia obstétrica. Por ello, el acceso a transfusiones de sangre no contaminada adquiere una importancia vital.

Como hemos señalado, la mortalidad materna se concentra en las poblaciones marginadas, tanto urbanas como rurales. Si bien en México se ha reducido, estas defunciones pueden evitarse si se amplía el acceso a una atención médica de calidad y con el traslado oportuno. En 2005 ocurrieron 1 278 muertes maternas y de ellas, 1 242 correspondieron a muertes maternas directas por causas obstétricas (8).

¿Por qué relacionar la mortalidad materna por hemorragias y una posterior falta de sangre para transfusiones, con los Derechos Humanos? Porque los Derechos Humanos vulnerados por la mortalidad materna han sido suscritos por la gran mayoría de los países, incluido México, en una serie de instrumentos jurídicos internacionales. Esto implica que son jurídicamente vinculantes. Algunos de estos instrumentos son: Declaración Universal de los Derechos Humanos (9); Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (10); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (11); Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (12); Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres (13); Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (14); Convención Americana sobre Derechos Humanos-Pacto de San José de Costa Rica (15); Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer-Belem do Para (16), y el Protocolo de San Salvador del Sistema Interamericano (17), entre otros.

Así, los Estados asumen tres obligaciones en relación con los Derechos Humanos: respeto, protección y cumplimiento. Respetar un derecho implica que el Estado no debe violarlo. Protegerlo significa resguardar a las personas a través de mecanismos legislativos. Y por

---

último, cumplir un derecho implica generar mecanismos de observancia que permitan a las personas gozar de sus derechos. Los Derechos Humanos vulnerados por la mortalidad materna son: el derecho a la vida, el derecho a la salud y el derecho a la igualdad y a la no discriminación.

Según Alda Facio (2), es necesario entender la salud sexual y reproductiva –en la que se inserta la mortalidad materna–, desde una perspectiva de género de los Derechos Humanos. Así, indica que en 2007 se cumplieron 20 años de la Iniciativa para la Maternidad sin Riesgo<sup>c</sup> y que actualmente cada minuto en el mundo, una mujer pierde la vida debido al embarazo o al parto. Más de la mitad de las embarazadas de todo el mundo siguen careciendo de acceso a la atención del parto por personal capacitado, y las consecuencias son devastadoras.

## Conclusiones

En pleno siglo XXI, nos encontramos frente a un grave problema de inequidad social a nivel mundial, producto de la falta de articulación de políticas eficientes y de una debida asignación de recursos, lo cual estaría indicando el lugar que ocupa el tema en la agenda pública. La situación se agrava con la marginación y la pobreza, en particular en los países en desarrollo y emergentes.

De las más de 500 mil mujeres que mueren en el mundo al año, a causa de complicaciones del embarazo o del parto, 495 mil se encuentran en el mundo en desarrollo. Ellas mueren simplemente porque son pobres y por esa razón no tienen acceso a una vida digna ni a un servicio de salud, como requiere todo ser humano.

Así, nos encontramos frente a un problema que sobrepasa el ámbito de la salud. Estamos frente a un vergonzante problema social, humanitario y de corte netamente político, puesto que su solución surgirá solamente de la política. Y depende, por un lado, de la presión que pueda ejercer la sociedad civil para que esto cambie, y por el otro, de la voluntad política de los gobiernos para que pongan a disposición de

---

c La Iniciativa para la Maternidad sin Riesgos es una red mundial creada en 1987, para trabajar conjuntamente en la reducción de la mortalidad materna. Desde 2004, se conoce como “The Partnership for Safe Motherhood and Newborn Health”. Los organismos que la integran son OMS, UNICEF, UNFPA, el Banco Mundial y ONGs, entre otros.

esta causa todos los recursos necesarios para dar fin a esta tragedia. Es importante, además, no olvidar que disminuir la mortalidad materna implica aumentar la esperanza de vida<sup>d</sup> y este es un indicador fundamental de desarrollo.

Del total de causas relacionadas con la mortalidad materna se podría pensar en una solución para el 25% de las muertes relacionadas con las hemorragias: contar con un sistema transfusional organizado y eficaz, capaz de responder a todas las necesidades acuciantes. Lo anterior ayudará a disminuir la muerte materna.<sup>e</sup>

Esto implicaría una fuerte voluntad política por parte de los Estados, que decidieran dar cumplimiento a los instrumentos jurídicos internacionales de Derechos Humanos que han suscrito, invirtiendo seriamente en la transfusión sanguínea y construir así un sistema que satisfaga las necesidades tanto cuantitativas como cualitativas.

La mayoría de los Estados ha ratificado los Pactos y Convenciones Internacionales. Esto implica que han asumido compromisos frente a la comunidad internacional, y que comparten una serie de valores esenciales, lo cual implicaría una apuesta al respeto de los Derechos Humanos. Estos derechos son violados por esos Estados, donde mueren más de 500 mil mujeres al año, pues ellas no pueden gozar de la vida ni de la salud, ni del acceso a los servicios en forma equitativa.

Es importante tomar conciencia y sumarse al movimiento mundial, conformado por organizaciones de la sociedad civil y militantes de los Derechos Humanos, para reclamar a esos Estados por estas muertes, y ejercer la presión necesaria para combatir esta catastrófica situación.

Como siempre, el proceso para lograr instalar un tema en la agenda pública es sumamente lento y requiere de esfuerzos titánicos de incidencia en políticas públicas. Pero es sólo a través de estos esfuerzos, que a veces son pequeñas voluntades aisladas y diseminadas por el mundo, que se logran las grandes transformaciones sociales.

d Esperanza de vida es una estimación del promedio de años que vivirá un grupo de personas nacidas en el mismo año. Es uno de los indicadores de calidad de vida más comunes y se utiliza para medir el retorno sobre la inversión en términos de capital humano en un país o en una región.

e Es importante señalar que las muertes por falta de sangre no son exclusivas de mujeres embarazadas o al momento del parto; de hecho, el sistema transfusional deficiente impacta también sobre hombres y niñas y niños. Con ello, la cifra de mortalidad por falta de sangre para transfusiones sobrepasa ampliamente la cifra de mortalidad materna por hemorragia.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. www.who.org, fecha de consulta: mayo de 2008.
2. Facio A., *Los derechos reproductivos son derechos humanos*, Instituto Interamericano de Derechos Humanos con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José, Costa Rica, 2008, p 29.
3. Freyermuth G., Meléndez D. y Meneses S., *Retos para disminuir la mortalidad materna. Puntos estratégicos para la acción*, Comité por una maternidad voluntaria y segura en Chiapas, Red social para disminuir la mortalidad materna en Tenejapa, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 2008.
4. Ruiz Matus C., “Panorámica de muerte materna en Mexico”, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, ponencia presentada en la Primera Reunión Técnica en Promoción de la Salud Materna: Chiapas, Guerrero y Oaxaca, Oaxaca, 21-22 de febrero de 2008.
5. www.un.org/spanish/millenniumgoals/maternal.shtml, fecha de consulta: mayo de 2008.
6. www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr29/es/, fecha de consulta: mayo de 2008.
7. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México, 2008.
8. Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2007-2012, Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*, Secretaría de Salud, 2007, en [http://portal.salud.gob.mx/contenidos/programa\\_nacional/programa\\_07.html](http://portal.salud.gob.mx/contenidos/programa_nacional/programa_07.html), fecha de consulta: agosto del 2008.
9. Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (iii), del 10 de diciembre de 1948.
10. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General de la ONU, en su Resolución 2106 A (XX), del 21 de diciembre de 1965. Entrada en vigor el 4 de enero de 1969 y ratificada por México en 1975.
11. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de la ONU, en su Resolución 2200 A (XXI), del 16 de diciembre de 1966. Entrado en vigor el 23 de marzo de 1976 y ratificado por México en 1981.
12. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de la ONU en su Resolución 2200 A (XXI), del 16 de diciembre de 1966. Entrado en vigor el 3 de enero de 1976 y ratificado por México en 1981.
13. Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General de la ONU, en su Resolución 34/180, del 18 de diciembre de 1979. Entrada en vigor el 3 de septiembre de 1981 y ratificada por México en 2002.
14. Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana, Bogotá, Colombia, 1948.
15. Adoptada el 22 de noviembre de 1969, por la Secretaría General de la OEA. Entrada en vigor el 18 de julio de 1978 y ratificada por México en 1981.
16. Aprobada el 6 de septiembre de 1994, por la Secretaría General de la OEA. Entrada en vigor el 3 de mayo de 1995 y ratificada por México en 1998.
17. Adoptado el 17 de noviembre de 1988, por la Secretaría General de la OEA. Entrado en vigor el 16 de noviembre de 1999 y ratificado por México en 1996.

# PLAN DE SEGURIDAD: UN MODELO DE DISEÑO Y PUESTA EN MARCHA DE ACCIONES PARA DISMINUIR LA MUERTE MATERNA

---

GRACIELA FREYERMUTH\*

DAVID MELÉNDEZ\*\*

SERGIO MENESES\*\*\*

El Plan de Seguridad es un modelo para el diseño y puesta en marcha de acciones multinivel y multisectoriales para disminuir la muerte materna. Estas acciones fomentan el empoderamiento de las mujeres y delimitan los niveles de responsabilidad y sus alcances, desde el ámbito familiar hasta el gubernamental.

Determinar las prioridades y planear la puesta en marcha de intervenciones en salud representa dificultades, retos técnicos, financieros, políticos, éticos y organizacionales. Este conjunto de elementos se interrelacionan conformando lo que algunos denominan la “complejidad de las intervenciones” (1). Sin embargo, entre más evidencias y modelos estén disponibles para identificar las prioridades, el diseño y la implementación de una intervención serán menos complejos y más efectivos.

En el tema de la salud materna se han logrado reunir evidencias científicas suficientes, producto de investigaciones e intervenciones, que han dado lugar a propuestas claras que permiten aminorar la complejidad técnica en la búsqueda por disminuir la mortalidad materna (2). Estas evidencias proveen información y conclusiones que posibilitan reconocer: a) los servicios –de traslado, apoyo y atención– que deben estar disponibles para atender las complicaciones obstétricas;

---

\* Investigadora CIESAS-Sureste, Secretaria Técnica del Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.

\*\* Secretariado Técnico del Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.

\*\*\* Investigador del Centro Regional de Investigación en Salud Pública (CRISP), Tapachula, Chiapas, México.

---

b) los actores involucrados en la atención de éstas, y c) los niveles y sectores responsables de ofrecer los diversos servicios esenciales para disminuir la muerte materna. Sin embargo, aunque la evidencia técnica y científica ha logrado identificar a los actores y servicios necesarios para disminuirla, los mecanismos y acciones específicas de los diferentes actores, sectores y niveles no se han delimitado de manera puntual en la política de salud materna en nuestro país.

El Plan de Seguridad, además de complementar diversas iniciativas, tales como el programa de Acción Arranque Parejo en la Vida de la Secretaría de Salud federal (3), contiene los elementos indispensables para consolidarse como un modelo de intervención que reconoce los servicios necesarios para garantizar la atención obstétrica de emergencia y, sobre todo, identifica las actividades y funciones que corresponden a cada actor y nivel. De este modo, el Plan de Seguridad distingue los servicios, actores y niveles descritos a continuación.

**Servicios:** educación para la salud a la población, principalmente a las mujeres, las y los jóvenes y todas aquellas personas que toman decisiones durante la complicación; capacitación al personal de salud (técnico, médico, administrativo y responsable de canalización) que permita la identificación de las urgencias obstétricas; formación y educación continua de recursos humanos para la salud; atención oportuna de la urgencia obstétrica en el primer nivel (estabilización); traslado oportuno de la mujer al segundo nivel, acompañada de personal capacitado; recepción inmediata en el segundo nivel; atención resolutive de la urgencia obstétrica en segundo nivel; seguimiento médico durante el puerperio.

**Actores:** la familia (el esposo, la mujer, los padres, los suegros y los hijos e hijas, entre otros); el personal de salud local o comunitario (promotoras, parteras y curanderas, entre otros); organizaciones sociales, civiles o religiosas presentes; las presidencias y agencias municipales; personal de salud de primer nivel; personal de trabajo social en el primer y segundo niveles; personal del servicio de urgencias y del servicio de gineco-obstetricia en el segundo nivel; personal responsable de la ambulancia, la radio y otros medios de comunicación.

**Niveles de acción:** el familiar, el comunitario/municipal y el de servicios de salud/jurisdiccional o regional.

Los actores y servicios se interrelacionan y complementan de acuerdo con cada nivel. Así, es posible establecer las acciones y responsabilidades por cada nivel y actor, las cuales se presentan a continuación.

## Plan de Seguridad para el nivel familiar

1. La mujer embarazada y su familia deben reconocer los signos y síntomas de urgencia obstétrica.

Los servicios de salud tienen la responsabilidad de difundir esta información en el lenguaje local y de manera comprensible. Los signos y síntomas de urgencia obstétrica son los siguientes: presencia de sangrado en cualquier momento del embarazo, el parto y después del parto; trabajo de parto prolongado; retención de placenta; síntomas de toxemia o eclampsia que pueden ser identificados a través de manos y cara “hinchadas”, dolor de cabeza, “zumbidos” y “ataques”. Estos problemas se pueden presentar a pesar de que la mujer haya asistido a las consultas prenatales en la clínica de salud y, por lo tanto, ella y su familia deben estar preparadas para hacerles frente. La consulta prenatal, además de brindar un espacio en el que la médica o el médico realizan el seguimiento del embarazo, también es un lugar propicio para proporcionar información sobre la urgencia obstétrica, para que la mujer embarazada y su familia puedan tomar las mejores decisiones en caso de presentar una complicación.

2. Identificar una clínica que funcione las 24 horas los 365 días del año.

No todas las clínicas de los municipios o departamentos cuentan con servicio y medicamentos todos los días del año ni las 24 horas del día. Si una mujer presenta una complicación debe acudir a la unidad de salud que cuente con personal calificado –un médico/a– y medicamentos. Si no existe una clínica así, es preferible identificar un centro hospitalario en una ciudad cercana, pero que asegure que la mujer con complicaciones va a ser atendida. Para ello la familia debe trasladarse al lugar un día domingo o festivo, con el fin de elegir la mejor ruta y llegar rápidamente en caso de necesitarlo; esto es, debe trazar la *ruta de urgencia*. En caso de que la familia esté adscrita a un sistema de protección a la salud –como el Seguro Popular en México–, es

---

deseable que conozcan cuáles son los servicios a los que tienen derecho para que puedan exigirlos.

3. Conocer la clínica y saber a qué distancia está del domicilio.

No basta saber que hay una clínica que brinda servicio las 24 horas del día los 365 días del año, la familia debe saber a quién tiene que acudir en caso de urgencia. Por ello es recomendable ir antes a esa clínica y saber quién o quiénes son los encargados de la atención de los casos de urgencia. Muchas veces es en el Servicio de Urgencias en donde se atiende a las mujeres con complicaciones, pero si la familia es hablante de una lengua distinta al español debe saber a quién acudir para que puedan comprender mejor sus necesidades. En algunos hospitales hay encargadas/os especiales para estos casos y es necesario identificarlas/os antes de que ocurra una complicación.

4. Conocer la forma de llegar a la clínica en el transporte adecuado.

Si la familia y la mujer ya eligieron la clínica, un segundo paso es conocer la forma de llegar rápidamente. Para ello deben identificar un medio de transporte que puedan utilizar las 24 horas del día durante todo el año y contar con el dinero suficiente para el traslado. En el caso de vivir en una cabecera municipal o en una localidad que cuente con una ambulancia, la familia y la mujer deben conocer el procedimiento para utilizarla, el domicilio del chofer encargado y la manera de conseguir la gasolina o el dinero para ésta.

5. Utilizar los servicios de radiocomunicación disponibles.

Los servicios de radiocomunicación instalados en las clínicas o en las escuelas pueden ser utilizados para conseguir un vehículo en caso de urgencia, para ello la comunidad, y los grupos de mujeres, debe estar organizados y hacer gestiones previas con las presidencias municipales. Si las autoridades locales no anticipan estos trámites será muy difícil conseguir oportunamente un vehículo para el traslado. De la misma manera que en el caso del vehículo, se deberá tener la información necesaria para establecer el contacto con el encargado/a de la radiocomunicación a tiempo.

## Plan de Seguridad dirigido a parteras, promotoras y curanderas

1. La partera, los promotores y los curanderos de la localidad deben conocer los signos y síntomas de urgencia obstétrica, que ya han sido mencionados.
2. Contar con el Directorio de la Red de Servicios disponibles, conocer tanto la clínica que brinda atención primaria las 24 horas los 365 días del año como el hospital que ofrece atención resolutive y saber a qué distancia están de la comunidad.
3. En caso de que la comunidad o las mujeres organizadas cuenten con un sistema de protección a la salud, se deben conocer los servicios a los que tienen derecho durante la maternidad y los canales que pueden ser utilizados para exigir los servicios respectivos.
4. Conocer las gestiones y con quién o quiénes se tienen que realizar para obtener un vehículo para el traslado.

Las promotoras, curanderas y parteras deben saber quién es el responsable de la ambulancia y de los transportes locales particulares. Para ello deben identificar un medio de transporte que las mujeres puedan utilizar las 24 horas del día durante todo el año. En el caso de vivir en una cabecera municipal o en una localidad que cuente con una ambulancia, estos prestadores de salud deben conocer el procedimiento para solicitarla.

5. Utilizar los servicios de radiocomunicación disponibles.  
Los servicios de radiocomunicación instalados en las clínicas o en las escuelas pueden ser utilizados para conseguir un vehículo en caso de urgencia; para ello, la comunidad, y los grupos de mujeres, debe estar organizados y hacer gestiones previas con las presidencias municipales. Si las autoridades locales no anticipan estos trámites será muy difícil conseguir oportunamente un vehículo para el traslado. De la misma manera que en el caso del vehículo, se deberá tener la información necesaria para establecer el contacto con el encargado/a de la radiocomunicación a tiempo.

- 
6. Definir quién o quiénes deciden el traslado.  
La partera, el promotor o el curandero junto con la familia y la mujer embarazada deben acordar quién tomará la decisión del traslado en caso de que el esposo no se encuentre en el hogar, ya que, generalmente por usos y costumbres, él toma esta decisión.
  7. Acompañamiento al primer nivel asegurando la estabilización y el traslado al segundo nivel. La partera, la curandera o la promotora deben conocer los procedimientos para estabilizar a la mujer. Por ejemplo, la necesidad de canalizar y administrar medicamentos vía intravenosa.
  8. Acompañamiento al segundo nivel y promoción de la recepción inmediata de la paciente en caso de que se requiera. La partera, el curandero o el promotor deben conocer el funcionamiento del hospital, a fin de que puedan realizar las gestiones necesarias para el acceso inmediato de la paciente a su llegada. Por ejemplo, con quién acudir para exigir el servicio cuando se rechaza el ingreso de la mujer.

## **Plan de Seguridad dirigido al personal de salud de primer nivel de atención**

1. El personal de salud de la localidad debe conocer los signos y síntomas de urgencia obstétrica.
2. Contar con el Directorio de la Red de Servicios disponibles, conocer tanto la clínica que brinda atención primaria las 24 horas los 365 días del año como el hospital que ofrece atención resolutive, y saber a qué distancia están de la comunidad.
3. En caso de contar con afiliados al sistema de protección a la salud, deben conocer los servicios a los que tienen derecho las usuarias, y los canales que deben utilizarse para proporcionar los servicios con oportunidad en caso se urgencias obstétricas.
4. Asegurar el servicio de traslado para mujeres que requieran referencia a segundo nivel de atención.
5. Utilizar los servicios de radiocomunicación disponibles.
6. Definir quién o quiénes deciden el traslado. El personal de salud de la localidad, junto con la familia de las mujeres embarazadas, debe acordar quién tomará la decisión del traslado en caso de que ocurra algún imprevisto y el esposo no se encuentre en el hogar.

7. Asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para otorgar atención primaria de la urgencia obstétrica.
8. Atención primaria de la urgencia obstétrica, asegurando la estabilización y el traslado al segundo nivel.
9. Acompañamiento al segundo nivel y promoción de la recepción inmediata de la paciente en caso de que se requiera.

### **Plan de Seguridad dirigido al personal de salud de segundo nivel de atención**

1. Asegurar la disponibilidad de los recursos humanos e insumos necesarios para atender inmediatamente la urgencia obstétrica.
2. Contar con personal capacitado y sensibilizado en el servicio de recepción del área de urgencias para evitar que rechace a las mujeres que acuden en busca de atención obstétrica.
3. Contar con intérpretes que puedan proporcionar un servicio con competencia cultural, en aquellos lugares en los que se atiende a mujeres indígenas.
4. Estabilizar y atender a toda mujer con una urgencia obstétrica que acuda al servicio, independientemente de la disponibilidad de camas para el internamiento.
5. Contar con los recursos humanos capacitados para otorgar atención resolutive de la urgencia obstétrica: un cirujano/a o ginecobstetra y un anestesiólogo/a; asimismo, contar con sangre, medicamentos e insumos necesarios.

### **Plan de Seguridad dirigido al nivel gubernamental municipal o delegacional**

El gobierno local debe garantizar un sistema de traslado oportuno a primero y segundo niveles para las mujeres con complicaciones obstétricas, etiquetando un presupuesto destinado a garantizar la disponibilidad de una ambulancia las 24 horas de los 365 días del año.

Para lograr que este servicio sea utilizado durante las complicaciones, es importante que se difunda la información a toda la población respecto al procedimiento para solicitar la ambulancia y lograr un tras-

---

lado oportuno. En ese mismo sentido se deben mejorar tanto la capacidad de comunicación entre las comunidades como el sitio en donde se va a tener disponible el servicio de la ambulancia. Esto se puede hacer mediante la instalación de radios de comunicación en puntos estratégicos y/o mejorando los servicios de telefonía.

## **Plan de Seguridad dirigido a las jurisdicciones sanitarias y a los responsables de la red de servicios de salud**

Las autoridades sanitarias jurisdiccionales o regionales deben realizar campañas masivas de educación e información sobre salud materna; brindar información a la población en general sobre los signos y síntomas de las complicaciones obstétricas; informar sobre los lugares a los cuales acudir en caso de presentarse alguna de esas complicaciones y los mecanismos de queja en caso de recibir una atención deficiente. Al mismo tiempo, deben sensibilizar, persuadir y asesorar a los ayuntamientos municipales para que elaboren su propio plan de seguridad, el cual debe incluir el sistema de traslado y monitoreo de los servicios de salud. Por otro lado, deben capacitar a todo el personal (médico, paramédico, de trabajo social, administrativo, de vigilancia) de primero y segundo niveles, que intervenga en el proceso de atención de una mujer con complicaciones obstétricas, garantizando el máximo estándar (de acuerdo con el nivel de atención) de calidad y calidez.

El Plan de Seguridad es un instrumento sencillo de planeación que proporciona los mecanismos y ordena las responsabilidades de los distintos actores en relación con los servicios y los distintos niveles de atención.

## **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Gericke C. A., Kurowski C., Ranson M. K. *et al.*, “Complejidad de las intervenciones: un marco conceptual para orientar la fijación de prioridades sanitarias”, en *Bulletin World Health Organization* [online], 2005, 83(4):285-293, fecha de consulta: 19 de marzo de 2008.
2. Catholic Relief Services (CRS), *Manual del facilitador para la capacitación de los comités comunitarios de transporte de emergencia en caso de complicaciones obstétricas*, Comité Central de Proyectos de Agua y Desarrollo Integral de Intibucá (Cocepradii), Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras, 2004.

3. Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad, Género y Salud Reproductiva, *Programa de acción: Arranque Parejo en la Vida 2007-2012*, Secretaría de Salud, México, 2008.
4. Cutie R., “La mortalidad maternal en Cuba. Determinantes sociales, económicos y políticos asociados”, en *Mujer y Salud*, revista de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 2007, 3-4:73-80.
5. Disease Control Priorities Project, “The critical role of district hospitals. Providing poor communities with timely, cost-effective care”, 2007, en [www.dcp2.org](http://www.dcp2.org)
6. Family Care Internacional (FCI), *La atención calificada durante el parto. Para salvar la vida de las mujeres y mejorar la salud del recién nacido*, FCI, New York, EUA, 2005.
7. Department of Reproductive Health and Research, “Global action for skilled attendants for pregnant women, family and community health”, en [http://whocc.who.ch/reproductivehealth/publications/global\\_action\\_for\\_skilled\\_attendants/mpr\\_global\\_action.pdf](http://whocc.who.ch/reproductivehealth/publications/global_action_for_skilled_attendants/mpr_global_action.pdf), fecha de consulta: 5 de agosto de 2008.
8. Hermida J., Abarca X., Romero P., Robalino M. E., Vaca L. y Vieira L., “Quality Assurance Project. Investigación operativa ‘Institucionalización y expansión del mejoramiento continuo de la calidad en el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en el marco de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Primer informe de la investigación ‘La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia del Ecuador (LMGYAI)’”, febrero de 2004.
9. Maturana C. y Berlagosky F., “El contexto de la mortalidad materna en Chile”, en *Mujer y Salud*, revista de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 2007, 3-4: 43-52.
10. Maine D., “Detours and shortcuts on the road to maternal mortality reduction”, en *The Lancet*, 2007, 370:1380-1382.
11. Nazar A. *et al.*, “Descentralización, alternancia política y género en la prevención de la muerte materna en Chiapas, México”, en *Mujer y Salud*, revista de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 2007, 3-4:54-72.
12. Paxton A., Maine D., Freedman L., Fry D. y Lobis S., “The evidence for emergency obstetric care”, en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2005, 88:181-193.
13. World Health Organization (WHO), *Working with individuals. Families and communities to improve maternal and newborn health*, WHO, Making Pregnancy Safer Initiative, Reproductive Health and Research, Ginebra, Suiza, 2003.

# REFLEXIONES SOBRE RECURSOS TRADICIONALES Y LEGALES PARA EVITAR LA PRIMERA DEMORA EN LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN EN LAS EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

---

MARCOS ARANA\*  
CAROLINA GUERRERO\*\*

La mayoría de las muertes maternas tiene como causa subyacente el retraso con el que las mujeres que presentan una complicación del parto reciben atención médica de emergencia, y puede deberse tanto a la demora con la que la madre y sus familiares toman la decisión de acudir a un servicio médico de urgencias, como al tiempo que transcurre para trasladarse a un centro hospitalario o a la falta de atención adecuada inmediata, cuando ya está en los servicios de salud. Cualquiera de estas circunstancias puede ocasionar una muerte materna, y no es poco frecuente que ésta sea el resultado de una combinación de dos o más tipos de retraso.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, es muy clara la responsabilidad del Estado de eliminar todos aquellos aspectos que pueden ocasionar demoras en la atención cuando la mujer llega a un servicio médico de emergencia. La prontitud con la que se debe brindar la atención es uno de los componentes fundamentales de la calidad de los servicios médicos y está claramente establecida en varios instrumentos internacionales de derechos humanos, así como en las

---

\* Investigador del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” y director del Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos (CCESC) y la Defensoría del Derecho a la Salud.

\*\* Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos.

---

normas y los manuales de atención de las instituciones públicas de salud (1). La atención sin demora es también uno de los criterios de calidad de los servicios y un importante indicador de proceso para evaluar el derecho a la salud. Lo anterior es, por ende, susceptible de ser objeto de exigibilidad y de monitoreo, de la misma forma que otros aspectos importantes de la atención médica.

De esta manera, el Estado es responsable de la forma en la que están organizados los servicios de salud para atender a la población que vive en regiones geográficas distantes, así como del equipamiento y la disponibilidad de personal capacitado de las unidades de atención para estas comunidades. La distribución geográfica y social de los recursos para la atención a las emergencias obstétricas es, asimismo, un importante indicador del grado de equidad en la disponibilidad y el acceso que tiene la población a éstos. Incluso, la existencia y el estado de los caminos, la disponibilidad de transportes y ambulancia, su calidad y su costo, así como de otros medios de comunicación aluden claramente a las responsabilidades del Estado en materia de derechos económicos y sociales.

Los Estados Partes deben informar sobre las medidas que han adoptado para eliminar obstáculos con que tropieza la mujer para acceder a servicios de atención médica, así como las medidas que han adoptado para velar por el acceso oportuno y asequible de la mujer a dichos servicios. Esos obstáculos incluyen requisitos o condiciones que menoscaban el acceso de la mujer, como los honorarios elevados de los servicios de atención médica, el requisito de la autorización previa del cónyuge, el padre o las autoridades sanitarias, la lejanía de los centros de salud y la falta de transporte público adecuado y asequible (2).

La falta de información suficiente y actualizada sobre la ubicación geográfica de los servicios de emergencia, sus horarios, el tipo de servicios que otorgan, así como del personal capacitado disponible en cada uno de ellos, es un factor de gran importancia que puede propiciar que muchas mujeres sean llevadas de un puesto de salud a otro, antes de ser finalmente atendidas. Son abundantes los casos de muertes maternas que ocurren debido a que, a pesar de haber sido llevadas a tiempo a un hospital, éstas tuvieron que ser trasladadas a otros centros de atención por la falta de insumos, de capacidad de atención o de cirujano (3).

Por otro lado, la decisión de buscar o no atención médica, o hacerlo con una demora fatal está relacionada con otro tipo de factores, en los cuales el peso no parece recaer directamente en los servicios de salud, y por ende en las responsabilidades del Estado. Esta decisión obedece a causas tan diversas como la incapacidad de reconocer los signos de gravedad durante el embarazo y el parto, creencias y tabúes, prácticas tradicionales o factores derivados de la estructura de poder familiar. Sin embargo, es muy cierto que factores relacionados con la calidad de los servicios, tales como la falta de información, la desconfianza debida a experiencias negativas previas o a malos tratos potencian estos factores al grado de convertirse en verdaderas barreras para decidir si se acude o no a un servicio médico de urgencias.

Específicamente, una de las causas de demora en la decisión de buscar atención médica ante complicaciones obstétricas tiene que ver con la estructura de poder en la familia. Con cierta frecuencia en las familias indígenas se niega la búsqueda de atención médica de las mujeres embarazadas por razones de índole cultural o económico. En esas situaciones, la negativa de que la mujer sea trasladada a un servicio de emergencia, puede convertirse en una condena de muerte sin atención. Ante este tipo de circunstancias nos preguntamos: ¿Existe algún tipo de recurso derivado de las normas tradicionales de comportamiento o en el marco de las obligaciones legales que pueda ser utilizado para proteger la vida y la salud de las mujeres? Responder a estas preguntas constituye el objeto de este trabajo.

En sociedades fuertemente patriarcales se ha relegado a la mujer a una posición de falta de poder y de subordinación a las decisiones del esposo o de otras figuras masculinas o femeninas,<sup>a</sup> las cuales han sido, en varias ocasiones, descritas como un obstáculo para buscar una atención que evite una muerte materna.

Las razones por las que un esposo llega a oponerse a que su pareja reciba una atención médica pueden obedecer a un sinnúmero de factores. Entre los que han sido citados destacan los económicos, políticos o religiosos, así como la oposición a que la mujer deje a los niños o el ocultamiento de situaciones de maltrato. Incluso existen descripciones de casos en los que puede identificarse más bien como una actitud

a Frecuentemente, en sociedades campesinas uxorilocales, la mujer se encuentra subordinada a la autoridad de la madre del esposo. En estos casos, la suegra puede jugar un papel importante en la decisión de buscar atención médica ante una emergencia obstétrica.

---

dolosa que una negligencia. Estas razones, todas contrarias al ideal de vida concebido desde la misma cultura.

Durante los años que hemos trabajado en diferentes regiones de Chiapas en los temas de salud y derechos a la salud, hemos conocido numerosas situaciones en las que los trabajadores de salud han acudido al domicilio de una mujer con complicaciones de parto, acompañados de las autoridades locales, con el fin de intentar persuadir sin éxito a la familia para que la madre sea trasladada a un hospital. Frecuentemente, después de perder un tiempo valioso que puede ser decisivo para la vida de la mujer, estas situaciones culminan con un documento firmado por el esposo en el que exime a los trabajadores de salud de la responsabilidad legal en caso de muerte, dejando a la mujer a su suerte.

La voluntad de la mujer de ir o no a un hospital es, con frecuencia, subordinada a la decisión del marido, la suegra o algún otro familiar. Esta situación resulta preocupante, por lo menos en dos sentidos: en primer lugar, porque se niega la posibilidad de que la mujer decida sobre sí misma para recibir una atención médica oportuna, lo cual puede tener como desenlace la pérdida de la vida del niño, la de ella o de ambos. Y en segundo, porque el desinterés o la poca estima que se expresa a la vida de la mujer en un momento crítico es una forma de expresión extrema de violencia hacia ella. Finalmente, esta decisión termina siendo aceptada por la familia, las autoridades y los trabajadores de salud como un hecho inmodificable, que en el caso de tener consecuencias fatales no genera como respuesta ninguna sanción moral, física o económica. Este resultado favorece que este tipo de situaciones se repitan *ad infinitum* y que la aceptación del hecho de haber negado la atención a la mujer en un hospital sea, incluso, susceptible de integrarse al acervo de los usos y costumbres de esa comunidad.

En los hechos, la mujer es tratada como una propiedad del marido sobre la cual puede decidir sin que en ese ámbito privado intervengan las autoridades locales tradicionales o legales. Ante esta circunstancia, cabe la misma discusión que se ha desarrollado en torno a la intervención de las autoridades ante la violencia familiar y que en la última década se ha convertido en legislación vigente y, por ende, el mismo análisis y las conclusiones podrían ser utilizadas.

Esta forma extrema de violencia contra la mujer responde a una multitud de factores sociales, económicos y emocionales, y termina siendo aceptada como parte de una realidad sobre la cual es común la percepción de que no se puede actuar para modificarla. Es frecuente escuchar frases como “el marido no quiso”, “no dio permiso” y “ya no se puede hacer nada”, que son consideradas como un punto final sobre el cual ya no hay nada qué hacer, un terreno que a los ojos de los demás integrantes de una comunidad corresponde a un ámbito privado, no pocas veces considerado incluso fuera de la jurisdicción de las autoridades. La aceptación de un rechazo al traslado de una emergencia obstétrica por parte del esposo o de cualquier otro familiar cuestiona el papel de las autoridades de proteger y brindar seguridad a todos los miembros de la comunidad.

En este ensayo queremos describir dos recursos que pueden ser de utilidad para promover una actitud que ayude a aminorar los casos de rechazo al traslado de emergencias obstétricas o de demoras en la toma de decisiones para buscar una ayuda. El primero consiste en un concepto tradicional y el segundo, en uno jurídico. En forma separada o conjunta, pueden constituir herramientas útiles para promover una actitud más corresponsable de la familia y, en particular, del esposo durante el embarazo y el parto.

## Un concepto tradicional

Las autoridades indígenas tradicionales responden, fundamentalmente, a una concepción propia de un orden y un ideal de vida, para cuya protección y continuidad han sido designados.

Entre los tseltales de Chiapas existe un concepto que simboliza el ideal de vida al cual denominan *lekil kuxlejaj*, que significa literalmente “la vida buena” (4). Este concepto, aunque se ha degradado con el tiempo y también por los profundos cambios que han sufrido las comunidades, sigue siendo una pauta ética de comportamiento que norma los principales aspectos del actuar social y que constituye un ejemplo de referencia para discernir entre un comportamiento adecuado y otro que no lo es. Este concepto tiene un significado y una connotación semejante entre los tsotsiles.

---

De acuerdo con el “deber ser” expresado en *lekil kuxlejal*, el esposo protege a la mujer durante el embarazo, se preocupa por su alimentación, busca a la partera y se encarga de que éste tenga un buen desenlace. Esto coincide con lo que Freyermuth describe sobre la coresponsabilidad de los hombres en Chenalhó:

Se considera muy importante la participación del hombre desde el inicio del embarazo, pues se cree que es menos probable que aparezcan malestares si cuida a su mujer y se preocupa por su salud. Debe llevarla al *j'ilo<sup>b</sup>* y a la partera y pedir a Dios para que su parto se resuelva bien... (5).

La construcción simbólica de orientación ética del *lekil kuxlejal* puede ser fortalecida y resignificada para que le sean incorporados contenidos concretos derivados del análisis y la reflexión de experiencias, así como de las necesidades específicas de las mujeres con el fin de promover una mayor participación de los hombres durante el embarazo y la adopción de una participación más proactiva y eficaz en el caso de complicaciones.

En otras palabras, este concepto constituye una estructura sobre la que pueden tejerse contenidos concretos derivados de un análisis de las necesidades de las mujeres para un embarazo y un parto seguros. De este modo, además de los rezos, de buscar al *jilol* o a la partera, la reflexión anticipada sobre lo que debería ser un comportamiento apegado al *lekil kuxlejal* en un momento de urgencia podría constituir una forma más comprensible y aceptable de la necesidad de que una mujer sea atendida urgentemente en un hospital.

La propuesta de invocar el concepto del *lekil kuxlejal* para recordar y reafirmar el papel que tiene el marido de proteger la vida de la mujer y su hijo durante el embarazo y el parto no consiste en utilizar las palabras y desgastarlas en el estilo imperativo o amenazante con el que frecuentemente los trabajadores de salud formulan sus intentos de persuasión. La propuesta consiste en un proceso educativo en el que, a través de la reflexión, se promueva entre las autoridades, los hombres y el resto de cada comunidad, una definición de las acciones concretas que demandaría actuar, de acuerdo con el *lekil kuxlejal*, en un momento en el que peligran la vida de la mujer y el niño y explicitarlas para su uso general ante este tipo de situaciones.

---

b Curandero tsotsil, que obtiene su capacidad de curar a través de un don otorgado por Dios.

De este modo, la anticipación ante una emergencia obstétrica podría ser explicitada y promovida como un comportamiento apegado al *lekil kuxlejal*. Identificar señales de peligro, pedir ayuda con prontitud, buscar transporte y no dilatar o impedir el traslado pueden ser incorporadas como acciones que constituyen un comportamiento conforme a este concepto del “deber ser”.

La experiencia de la Defensoría del Derecho a la Salud (DDS) en la promoción de una educación para la salud basada en los derechos humanos, ha utilizado con éxito el concepto del *lekil kuxlejal* para que, al trabajar con poblaciones que hablan una lengua en la que no existe la palabra “derechos”, pueda entenderse el concepto de los derechos económicos, sociales y culturales y, en especial, el derecho a la salud.

Al explicar los derechos humanos, entre otras cosas, como lo que a “Toda persona (mujer, hombre, niña o niño) le corresponde, por el sólo hecho de existir para lograr el *lekil kuxlejal*” se facilita la comprensión de todos los derechos humanos. Es también un concepto en el que está plasmado un principio básico de equidad entre hombres y mujeres: “...el *lekil kuxlejal* se genera cuando el marido de veras toma en cuenta a su mujer y la mujer de veras toma en cuenta a su esposo. Que no sólo mande el hombre, que no mande sólo la mujer. No, los dos se toman en cuenta entre sí” (4). Por esta razón, este concepto puede constituir un recurso útil para fomentar la autoestima de las mujeres, condición fundamental para la salud, la seguridad y el ejercicio de los derechos de las niñas y mujeres adultas.

Mediante talleres y trabajo con grupos focales, la DDS ha elaborado con la población una descripción más detallada de lo que a su juicio debe ser el comportamiento, de acuerdo con el *lekil kuxlejal*, para diferentes situaciones; posteriormente, se han elaborado guías sencillas para verificar que un comportamiento esté acorde con este concepto. El propósito es que estas guías se conviertan en acciones que ayuden a reducir riesgos maternos y, al mismo tiempo, estén directamente vinculadas con el ideal de vida contenido en el *lekil kuxlejal*.

Las autoridades constitucionales, autónomas o tradicionales también responden ante este imperativo ético; por ende, las acciones que a éstas corresponden para crear las condiciones para una atención sin demoras de las urgencias obstétricas pueden ser enmarcadas en este concepto y ser objeto de exigibilidad.

---

## Un recurso legal

Toda situación en la que la decisión de un tercero puede definir la vida de una mujer constituye un caso extremo.

Las condiciones físicas y emocionales de una mujer que tiene una emergencia obstétrica la ponen casi invariablemente en una situación en la que ésta depende temporalmente de lo que hagan o dejen de hacer quienes la rodean; lo anterior la coloca en un estado de indefensión. Sobre estas condiciones, al referirse al abandono de personas, el Código Penal Federal establece en su artículo 336: “Al que sin motivo justificado abandone a sus hijos o a su cónyuge, sin recursos para atender sus necesidades de subsistencia, se le aplicarán de un mes a cinco años de prisión o de 180 a 360 días de multa; privación de los derechos de familia y pago por reparación del daño ...” (6). Y en el artículo 339: “Si del abandono al que se refieren los artículos anteriores resultase alguna lesión o la muerte, se presumirán éstas como premeditadas para los efectos de aplicar las sanciones que a estos delitos corresponden” (6). El mismo código tipifica la violencia familiar de la siguiente manera

Por violencia familiar se considera el uso de la fuerza física o moral así como la omisión grave que de manera reiterada se ejerce en contra de un miembro de la familia por otro integrante de la misma... Comete el delito de violencia familiar el cónyuge, concubina o concubinario; pariente consanguíneo en línea recta ascendente o descendente sin limitación de grado... que habite en la misma casa de la víctima... (6).

Las condiciones de impedimento a la atención médica de emergencia o a su retraso deliberado en el caso de emergencias obstétricas bien pueden ser consideradas, por lo tanto, como formas punibles de violencia familiar. La tarea de impulsar acciones encaminadas a hacer que la legislación en esta materia haga una referencia explícita a las condiciones que incrementan el riesgo materno, es aún una asignatura pendiente que debería ser considerada seriamente por las organizaciones civiles.

Por otro lado, al limitarse la definición de violencia familiar a las situaciones reiteradas independientemente de su gravedad, limita su aplicabilidad. Por otro lado, es altamente probable que el acto de obstaculizar la atención médica cuando se presenta una complicación obstétrica esté precedido de otros comportamientos identificables como formas de violencia.

La obligación del Estado de proteger la salud y seguridad de las mujeres comprende también la aplicación adecuada y expedita de los recursos de administración de la justicia; por lo que la promoción preventiva de estas formas de delito son una de sus responsabilidades.

Un trabajo legislativo para incluir una mención específica sobre el impedimento activo para que una mujer reciba atención médica de emergencia como una forma de violencia, indudablemente contribuiría a evitar que valiosas vidas maternas se apaguen porque se les ha arrebatado la oportunidad de ser atendidas.

## Conclusiones

Aunque la invocación de un concepto ético tradicional y un recurso jurídico parezcan contradictorios entre sí, pueden ser recursos complementarios, sobre todo si son utilizados de manera preventiva y para la construcción de una cultura de respeto a la vida de las mujeres en todas las circunstancias.

Las demoras fatales en decidir buscar atención médica, o la negativa a hacerlo, no pueden seguir siendo consideradas como acciones del ámbito privado, fuera del alcance de los esfuerzos por promover una maternidad segura, o de las responsabilidades del Estado de proteger la salud y la vida de las mujeres.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, "Observación General núm 14, Informe del relator especial del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental" Ginebra, Suiza, 2000.
2. Observación núm. 24 sobre la Convención para la eliminación de todas la formas de discriminación contra la mujer, artículo 12, Ginebra, 1999.
3. Brentlinger P., Sánchez-Pérez H. J., Arana-Cedeño M., Vargas M. G., Hernán M. A., Micek M. y Ford D., "Pregnancy outcomes, site of delivery and community schisms in regions affected by the armed conflict in Chiapas, Mexico. A community-based survey", en *Social Science and Medicine*, 2005; 61:1001-1014.
4. Paoli A., *Educación, Autonomía y lekil kuxlejal: Aproximaciones sociolingüísticas a la sabiduría de los tseltales*, UAM-Xochimilco, Depto. de Educación y Comunicación, México, 2003.
5. Freyermuth G., *Las Mujeres de humo. Morir en Chenalhó: Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, CIESAS, México, 2003, p.267.
6. Legislación Penal Federal, décima edición, SISTA, México, 2007, pp. 68 y 69.

# GRUPOS DE ATENCIÓN INMEDIATA DE MUERTE MATERNA

---

SILVIA ROLDÁN\*

## Introducción

En México, la razón de muerte materna se redujo, entre 1955 y 2006, hasta 70.6 % al pasar de 204.4 a 60 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos. En los últimos años, este descenso ha sido constante pero lento, hecho determinado en parte por las grandes diferencias existentes entre los diversos estados del país, prevaleciendo una razón mayor en aquellos que tienen altos índices de marginación, y por ende, bajo nivel de desarrollo (1).

Como una estrategia para disminuir la muerte materna y perinatal, y bajo un acuerdo nacional publicado en el Diario Oficial de la Federación, en 1995 se establecieron los comités hospitalarios, jurisdiccionales, estatales, y el comité nacional, estructurados de acuerdo a los lineamientos contenidos en el Manual de Organización y Procedimientos elaborado por la Secretaría de Salud (comités de prevención, estudio y seguimiento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal).

En lo que toca a la mortalidad materna, los objetivos de estos comités han sido determinar las causas de las muertes maternas y establecer su clasificación y grado de previsibilidad, así como proponer estrategias que contribuyan a reducir los índices de morbi-mortalidad materna.

---

\* Licenciatura en Medicina UNAM, especialista en Salud Pública. Ex directora de los Servicios de Salud de Tabasco; asesora operativa del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y coordinadora del Grupo AIDEM. Actualmente asesora de los Servicios de Salud de Tabasco y coordinadora del Grupo de acción inmediata para muerte materna en Tabasco.

---

En los primeros análisis, frecuentemente se responsabilizaba de las defunciones maternas a las unidades de primer nivel, a las parteras y/o a las propias mujeres. Los argumentos giraban en torno a una mala atención y a la falta de detección oportuna de los embarazos de riesgo; se señalaba que todas estas deficiencias determinaban que las mujeres con complicaciones acudieran al hospital “prácticamente muertas”. Durante muchos años los hospitales soslayaron la responsabilidad del segundo nivel de atención en la ocurrencia de la muerte obstétrica, dejando en segundo término la evaluación de la calidad técnica de la atención obstétrica y de la capacidad resolutoria de los hospitales.

A lo largo del tiempo, y con los sucesivos cambios de gobierno tanto a nivel federal como estatal, la aplicación de los lineamientos se fue volviendo “laxa”. Cuando se inició la organización de los comités, estos se apegaban al Manual de Organización y Procedimientos en el que se especifica quiénes deben participar y qué documentos deben llenarse en cada análisis de muerte materna para control y envío a nivel central. Si bien los comités hospitalarios siguen siendo una estrategia vigente, su importancia se ha hecho cada vez menor pues han dejado su operación a un miembro del hospital, que bien puede ser el propio responsable del servicio de ginecobstetricia, de medicina preventiva, el subdirector del hospital, o incluso un residente de ginecobstetricia. Los análisis de los casos de muerte materna se volvieron cada vez menos rigurosos y consistentes y más complacientes, predominando sólo la opinión de una o dos personas, muchas veces vinculadas directamente con los casos en cuestión.

Con los comités estatales y jurisdiccionales sucedió lo mismo: sus integrantes generalmente eran personas de áreas de conducción en salud pública interinstitucional, sin entrenamiento clínico específico para detectar áreas críticas en el manejo de una mujer en la maternidad, o sin poder de decisión para modificar los procesos. Así, la muerte materna en general fue transitando hacia algo que “tenía que suceder”, y el análisis de casos hacia una rutina general del trabajo cotidiano de las instituciones de salud.

En la pasada administración federal (2000-2006) se establecieron políticas públicas para contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio; de esta manera, la reducción de la muerte materna y perinatal se incorporó a la política de salud con un peso importante.

## Grupos de atención inmediata

En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se incluyó una nueva estrategia para enfrentar el problema de la mortalidad materna y perinatal a través del programa “Arranque Parejo en la Vida”, del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), enfatizando en uno de sus componentes: el monitoreo; la evaluación a través de la notificación inmediata de la muerte materna y su vigilancia (2), y de manera innovadora, la formación de grupos nacionales de atención inmediata de las defunciones maternas (AIDEM).

Los grupos de atención inmediata son tres equipos bajo la responsabilidad directa de la federación, dependientes de la Dirección General Adjunta de Salud Materna y Perinatal del CNEGySR, cuyo objetivo es analizar y describir las causas y el contexto en que ocurrió cada uno de los casos de mortalidad materna, y están constituidos por ginecobstetras, pediatras, médicos generales y sociólogos.

Estos grupos no tienen la capacidad para analizar el 100% de las muertes maternas que ocurren en el país (aproximadamente 1 000 al año). La selección de los casos está determinada por algunos indicadores epidemiológicos y criterios de priorización, como la frecuencia de las muertes en cada estado, las causas de los fallecimientos, y la derechohabiencia, entre otros. Así, iniciaron el trabajo de análisis de muertes maternas de los estados con mayor número de defunciones por causas directas, de las mujeres fallecidas sin derechohabiencia, y las ocurridas por causas prevenibles.

El análisis de los casos se centra en la ruta que transitó la mujer embarazada ya fallecida en relación con los servicios que proporciona el Sector Salud, prestadores de servicios locales como las parteras, servicios privados, de seguridad social (IMSS Oportunidades) y servicios públicos como centros de salud y hospitales. Esta reconstrucción se realiza a través de diversas fuentes como el expediente clínico y la autopsia verbal<sup>a</sup>. La metodología aplicada fue la de eslabones críticos

---

a La autopsia verbal es una metodología que se utiliza para conocer la causa de muerte cuando las estadísticas disponibles no son confiables. Se reconstruye la causa de muerte y la búsqueda de atención a través de una entrevista a los familiares o personas que estuvieron cerca de la enferma antes de fallecer.

---

(que ha sido utilizada con éxito respecto a otros problemas, por ejemplo en el programa de cáncer cérvico-uterino), teniendo como referencia distintas normas relacionadas, entre las que destacan: la norma del expediente clínico (Norma 168-SSA1-1998), la norma para el control del embarazo, parto y puerperio (Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993), los lineamientos actualizados por el CNEGySR para el manejo y tratamiento de emergencias obstétricas, y finalmente el documento sobre entornos habilitantes de acuerdo con el nivel de atención para asistir a una mujer con una complicación obstétrica y poder conjuntar la atención médica con la organización de los servicios de salud.

Los grupos de atención inmediata visitan los estados, y con datos específicos de las defunciones que van a estudiar plantean la logística de trabajo a las autoridades del Sector Salud estatal y recorren la ruta que llevó a cabo la mujer embarazada desde el control prenatal hasta su muerte. Es importante que en esta evaluación el grupo AIDEM sea acompañado por el personal del estado y/o jurisdiccional para que reconozcan, en el proceso de reconstrucción del caso, las debilidades y fortalezas que se van encontrando en la provisión del servicio, sobre todo para reconocer las acciones de mejora que se deben establecer.

Cada análisis de muerte materna debe cumplir una serie de exigencias, entre las que destacan: revisar los expedientes clínicos a profundidad, constatar los entornos habilitantes que se dan para poder atender a una mujer (instalaciones, recursos humanos, insumos y equipo) y entrevistar al personal involucrado. Realizar el trabajo en grupo multidisciplinario permite contar con diferentes puntos de vista y conocer a profundidad el caso.

Los grupos de acción inmediata, al ser externos a los servicios de salud estatales y no estar involucrados en los procesos de atención, tienen la capacidad de realizar un análisis más objetivo; y una vez que cuentan con toda la información del caso se reúnen y en equipo construyen los eslabones críticos, cuyo objetivo es ubicar en un diagrama el modelo de atención que debe recibir una mujer embarazada en atención preventiva (vacuna de toxoide tetánico, papanicolaou, planificación familiar), control prenatal (ingreso al control, interpretación de signos y síntomas, estudios de laboratorio básicos, detección de VIH, detección de riesgos), referencias (estudios de laboratorio y gabinete, interconsulta con especialistas y seguimiento, tiempos y tipos de traslado), atención en segundo nivel, atención del parto, del puerperio y la condición del recién nacido.

Es un hecho que reconstruir un caso de muerte materna bajo este esquema del grupo AIDEM ha logrado sensibilizar a quienes toman las decisiones para reconocer las desviaciones y los errores; incluso los coordinadores de los programas estatales se sienten comprometidos en el reconocimiento y resolución de aspectos importantes que no habían sido identificados en el análisis de la muerte en el seno del comité local. Si los problemas no se reconocen, no se pueden resolver.

Los grupos externos han permitido a la federación el conocimiento pleno de lo que sucede en la operación de los servicios descentralizados del Sector Salud, lo que también ha contribuido a tener un enfoque diferente en la conducción nacional del programa.

El reconocimiento objetivo de las propias omisiones o desviaciones puede ser difícil para el grupo hospitalario responsable de la atención de las mujeres embarazadas, con abortos o con complicaciones posaborto o posparto: en este caso las y los ginecobstetras. Si el análisis de una muerte es realizada por los propios involucrados en la atención médica, o por el responsable de la gerencia de los servicios de salud será imposible encontrar las deficiencias y proponer las soluciones.

Las interrogantes que surgen del análisis de un caso con base en la revisión simple del expediente clínico y para las cuales, en muchas ocasiones, los clínicos responsables no cuentan con argumentos para responder, suelen ser las siguientes:

1. ¿Por qué se usan medicamentos que no están en el lineamiento de atención, a pesar de tener en existencia los que sí recomiendan los lineamientos técnicos?
2. ¿Por qué una mujer que llega clasificada por una partera o un(a) médico(a) general con diagnóstico crítico no se le atiende de manera inmediata como una urgencia obstétrica y se pierde tiempo en integrar nuevamente un diagnóstico?
3. ¿Por qué, si se le detectó un riesgo, no llegó con antelación a un hospital?
4. ¿Por qué no había médicos especialistas en el hospital al que ingresó la paciente a pesar de estar contratados?
5. ¿Por qué el traslado se llevó a cabo en dos horas a un sitio que se encontraba a 30 minutos del hospital?
6. ¿Por qué no se estabilizó con los medicamentos indicados en el primer nivel antes de enviarla a un segundo nivel de atención?

---

Hay muchos “por qué” en un análisis, y la única manera de responderlos es conocer a profundidad los casos, hablar con el personal involucrado y con la familia, reconocer los eslabones críticos en conjunto con el personal responsable y establecer acciones de mejora para cada caso.

La pregunta de oro del análisis es: ¿qué debió hacerse en forma diferente para que esta mujer no falleciera? (3). Si estuvo en nuestras manos hacer algo distinto para evitar una muerte materna y no lo hicimos por múltiples razones –sobre todo por desconocimiento–, ese deceso debe servirnos de enseñanza para que no vuelva a ocurrir una muerte en casos semejantes.

Por otra parte, se han roto paradigmas sobre los problemas en la atención; por ejemplo, que la muerte materna está vinculada a la falta de equipo e insumos. Lo que se ha evidenciado es que los eslabones críticos recurrentes con mayor peso están vinculados con la calidad de la atención, con demoras, omisiones y desviaciones en la atención sobre todo en hospitales de especialidad y/o generales ubicados en grandes ciudades. En los hospitales municipales y/o comunitarios y regionales se suman la falta de recursos humanos especializados y la propia organización de las redes de servicios por regionalización, y no por funcionalidad.

El grupo AIDEM revisa aproximadamente 200 defunciones maternas anuales; de estos análisis podemos concluir las lecciones incluidas a continuación.

## **Lecciones aprendidas**

### **□ En los servicios estatales**

Se requiere de la voluntad política de los Secretarios de Salud Estatales, ya que si no muestran mayor interés en el tema difícilmente se puede caminar hacia las acciones de mejora y tener un impacto en los procesos, y por tanto en la disminución de las muertes.

Las redes de servicio funcionales aparecen en los planes estatales, no en la realidad.

Los análisis que se llevan a cabo en los estados por el personal de mandos medios frecuentemente carecen de profundidad y objetividad para identificar los puntos críticos específicos y proponer acciones de mejora.

En los servicios estatales, generalmente no hay objetivos comu-

nes entre los responsables de diferentes áreas (salud pública, atención médica, calidad). Suele suceder que en cada una de ellas se trabaja de forma descoordinada; por ejemplo, no se comparte la responsabilidad de instrumentar las acciones de mejora para disminuir la muerte materna. Se recomienda instalar módulos de atención materna, conocidos como módulos Mater en el programa APV, con el objeto de atender sin demora a una mujer cuando se le detecta un riesgo y pueda ser valorada por un médico especialista. La instrumentación de esta estrategia generalmente no depende de los coordinadores del programa en los estados, sino de las áreas de atención médica, y suele ocurrir que para los responsables de hospitales no sea prioritario contar con la estrategia del módulo Mater. Frecuentemente, se coloca el nombre y el logotipo de dicho módulo con el único afán de cumplir con la normatividad, pero no para agilizar la atención de las mujeres con riesgo obstétrico.

El tema de muerte perinatal no está incluido como una prioridad en la agenda de todos los estados.

#### □ **En los hospitales de segundo nivel y alta especialidad**

Se requiere una mayor vinculación entre el primero y el segundo nivel de atención. El análisis de los casos de muerte materna por todos los involucrados permite identificar claramente las deficiencias y/o los aciertos en ambos niveles.

Una de las mejores lecciones ha sido que a pesar de las deficiencias del primer nivel de atención, una mujer con una urgencia obstétrica puede salvarse en un hospital con capacidad resolutive.

Los médicos especialistas clínicos desconocen compromisos de salud pública nacionales, normas y lineamientos de atención actualizados. La desviación más común, en cualquier análisis de muerte materna, es la del expediente clínico; cada vez existe menos disciplina para llenarlo, a pesar de ser el documento oficial en caso de demandas legales por mala práctica.

Entre los médicos de hospitales privados se agudiza el desconocimiento de las normas y políticas y prioridades de salud materna establecidas por el gobierno federal y los gobiernos locales. Son, a su vez, los menos supervisados, sólo se les solicitan evidencias ante un caso legal; la mayoría de las veces no se revisa qué sucede con las defunciones maternas y en qué entorno atienden las urgencias obstétricas.

---

En los estados de la República es muy común que los médicos especialistas actúen de acuerdo con su experiencia, más que en función del conocimiento científico en la materia, y que la capacitación esté dirigida solamente a internos de pregrado y a residentes, sin incluir a médicos adscritos o “de base”.

Los programas de enseñanza de los hospitales son escuetos, generalmente sólo especifican los temas y los ponentes que participan en ellos, sin especificar con base en qué se debe impartir tal o cual tema, y desde luego se permite a ponentes o maestros enseñar de acuerdo solamente con su experiencia. En hospitales que son sedes de residencia médica, generalmente hay protocolos de formación de profesionales y de capacitación sistematizados, y obtienen mejores resultados en los procesos de enseñanza que en los hospitales que no tienen esas características.

#### □ **En las unidades médicas de primer nivel de atención**

Las unidades de primer nivel, sobre todo las rurales, continúan operando con médicos en servicio social; es frecuente que los médicos jóvenes no conozcan los programas prioritarios y las estrategias que el sistema de salud nacional está impulsando para mejorar la salud de los mexicanos. Actualmente es infrecuente encontrar una unidad rural y/o urbana que atienda partos, a pesar de que tengan un entorno habilitante suficiente y muchas veces excedido, pues los médicos egresan (la mayoría) con la consigna de sus universidades (exceptuando a los de la UNAM y del Politécnico Nacional) de no exponerse atendiendo un parto sin contar con condiciones hospitalarias para ello; dicha consigna ha ganado adeptos e influenciado seriamente la atención del parto por el hecho de que han surgido demandas legales por muertes maternas.

El médico de primer nivel lleva a cabo el control prenatal, detecta el riesgo y da un pase al siguiente nivel, dejando la responsabilidad a la paciente de si asiste o no; se repite con gran frecuencia la detección de infecciones en vías urinarias y con la misma frecuencia el manejo inadecuado de éstas (vinculadas con partos prematuros); cuando se acerca la fecha de atención del parto se dan citas abiertas para que acudan al hospital más cercano (como puedan), lo que indica que no se han hecho realidad los planes previos de traslado en caso de emergencia. El personal de salud vuelve a tener noticias de la paciente cuando ésta fallece o cuando acude al hospital o centro de salud con su hijo

para la aplicación de las primeras vacunas.

A pesar de que la calidad del control prenatal está relacionada con la toma de estudios de laboratorio, no hay estrategias para acercar los laboratorios médicos a las comunidades rurales, y se deja a la iniciativa y a la posibilidad económica de las mujeres trasladarse a las unidades que tienen laboratorio.

La evaluación del control prenatal se basa generalmente en el número de consultas y no en la calidad de las consultas otorgadas en esta materia. El sistema de salud y el propio Centro Nacional ha dotado de tiras reactivas para correr estudios de laboratorio simples que pueden ser predictivos de complicaciones, pero la mayoría de las cintas caducan sin ser utilizadas porque los médicos desconocen la norma para llevar a cabo la atención prenatal.

#### □ **En la atención por parteras**

Las parteras son, en algunos estados, el personal rural disponible para la atención del parto. Se considera que las parteras son muy hábiles para atender los partos normales, pero no están capacitadas para una emergencia obstétrica porque no tienen el conocimiento ni el entorno habilitante adecuado. Es común que cuando una mujer empieza a sangrar, por ejemplo por atonía uterina o por retención de restos placentarios (muy común), se le atiende con métodos basados en la cultura popular (temazcal, aplicación de compresas calientes, infusiones, entre otros) que muchas veces pueden propiciar mayores sangrados. Sin embargo, la partera no puede ser omitida de los procesos de mejoramiento de la calidad de la atención. Su fuerte presencia en estados como Guerrero, Oaxaca, Chiapas y zonas de Veracruz es indicativa de la importancia que tienen estos agentes comunitarios en la atención del parto en esos lugares, por lo que es necesario brindarles apoyos y considerarlas dentro del sistema de salud. Las parteras pueden ser agentes estratégicos en la identificación temprana de signos y síntomas de urgencia obstétrica, en el establecimiento de planes de emergencia (4), traslado oportuno y el monitoreo de la atención del primer nivel. En estados donde la organización y la infraestructura tienen buena cobertura de servicios médicos, la partera tiene otro papel: es el vínculo con las unidades de primer nivel y la principal promotora para la educación y la identificación del riesgo en las mujeres embarazadas. Incluso puede ser el apoyo del médico para la atención de los partos.

---

Hoy sabemos exactamente cuáles son los puntos críticos en la atención materna, sólo que las soluciones implican un cambio importante en la organización de los servicios de salud; es decir, pasar realmente de servicios regionalizados a redes funcionales de servicios de salud focalizadas. Además, se debe incorporar a personal más adecuado –como las enfermeras obstetras–, en hospitales comunitarios, municipales e incluso regionales, pues están capacitadas para atender partos, detectar y actuar oportunamente en una urgencia obstétrica con el fin de realizar el traslado adecuado para una atención que requiera un entorno habilitante más sofisticado.

## **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y REFERENCIAS**

1. Secretaría de Salud, *Programa de acción específico 2007-2012. Programa de Arranque Parejo en la Vida*, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de Salud, México, 2007.
2. Acuerdo, Diario Oficial de la Federación, 1º de noviembre de 2004.
3. Núñez Urquiza R. M., *Método de detección de eslabones críticos en los procesos de atención materna*, Subsecretaría de Innovación y Calidad, SSA, Cuaderno de Trabajo, Actualización A3, México, 2008.
4. Freyermuth G., Meléndez D. y Meneses S., “Plan de Seguridad: un modelo de diseño y puesta en marcha de acciones para disminuir la muerte materna”, en *Revista Mujer y Salud*, revista de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 2008, 4:76-80.
5. Secretaría de Salud, *Rendición de cuentas en salud 2007*, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud, México, 2008.
6. Secretaría de Salud, Organización Panamericana de Salud (OPS) y Unicef. *Manual de organización, funciones y procedimientos, Comités de Estudio de Mortalidad Materna y Grupos de Estudio de Mortalidad Perinatal*, Secretaría de Salud, OPS, Unicef, 2ª ed., 1993.
7. Secretaría de Salud, *Manual de organización y procedimientos, Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal*, Dirección General de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, 2ª ed., México, 2000.
8. Secretaría de Salud, *Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la infección puerperal*, Dirección General de Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México, 2001.
9. Secretaría de Salud, *Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia, eclampsia*, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, México, 2005.
10. OPS/OMS, Unicef y USAID, *Reducción de la mortalidad y morbilidad neonatal en América Latina y el Caribe*, OPS/OMS, Unicef, USAID, Guatemala, 2007.

# MÉTODO DE DETECCIÓN DE ESLABONES CRÍTICOS. DEFINICION DE ACCIONES DE MEJORA EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN PARA PREVENIR MUERTES MATERNAS (DECIDEM)

---

ROSA MARÍA NÚÑEZ\*

RUFINO LUNA \*\*

El Método de Detección de Eslabones Críticos para Acciones de Mejora (DECIDEM) es la herramienta para transformar la información de una auditoría clínica en conocimiento estratégico. Es un apoyo para que el Comité de Estudio y Prevención de la Mortalidad Materna transite, desde el análisis enfocado en las fallas fisiopatológicas de la paciente, al estudio de las fallas del sistema de atención. Este análisis obliga al Comité a responder lo siguiente:

1. ¿Qué es lo que tengo que hacer distinto para evitar la muerte de las mujeres que están hoy en alguno de los eslabones del servicio en condiciones similares a las que se encontraba la madre que murió ayer?
2. ¿En cuál de las interacciones que tuvo la mujer con los servicios se pudo haber evitado su muerte?
3. ¿Qué factores organizacionales tengo que modificar en la unidad, y en los mecanismos de enlace en la red, para asegurar la continuidad en la atención de la paciente desde los programas preventivos hasta la atención hospitalaria?
4. ¿Qué factores tienen que mejorarse para asegurar la continuidad y oportunidad en la red de servicios?

---

\* Instituto Nacional de Salud Pública.

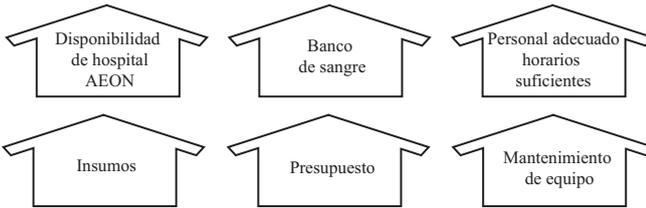
\*\* Dirección de Salud Materna y Perinatal Secretaría de Salud.

## Detección de eslabones críticos: tres dimensiones

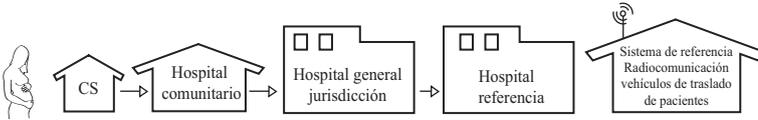
1. Desempeño clínico: omisiones, demoras, calidad: apego a lineamiento clínico



2. Factores organizacionales que sustentan o no a la atención clínica



3. Red de servicios: continuidad de la atención de la paciente con emergencia obstétrica entre los eslabones del servicio.



En síntesis, el análisis aborda tres niveles:

1. Desempeño clínico.
2. Factores organizacionales.
3. La red de servicios.

En México, la arquitectura de la atención obstétrica está fragmentada por diseño. Se cuenta con más de 10 mil centros de salud, 250 hospitales de comunidad y de jurisdicción, y 200 hospitales generales. Según el postulado del enfoque de riesgo, se creyó que podíamos segregar a las mujeres sin riesgo cuyo parto no requeriría sino de una partera o un médico general en un centro de salud con camas, de aquellas que por presentar un factor de riesgo anunciaban una complicación al momento

del parto. Sobre ese falso postulado se construyeron hospitales básicos sin proveerlos de cirujano y anestesiólogo en todos los turnos, sin prever que un parto puede complicarse en cualquier momento y requerir una cesárea. Hoy sabemos que **el parto de bajo riesgo no existe**.

### Organización de redes de atención



A.M., de 27 años, en su embarazo 4, acudió a siete consultas prenatales en su Centro de Salud (CS). Este CS está en reparación y el equipo y los archivos, así como el personal es trasladado temporalmente a otra localidad.

1. En su domicilio, 28 de diciembre, 20 horas, inicia trabajo de parto ayudada por una partera. La partera había sido capacitada por los SESA.
2. El médico de CS no se encontró.
3. Nace niña viva. El parto es gemelar, pero se dan cuenta hasta que la placenta no es expulsada.
4. Son llamadas dos parteras más, para que ayuden a la atención de A.M.
5. A.M. no puede ser trasladada a algún hospital.
6. Sangrado transvaginal abundante. 29 de diciembre, 04:00 horas; nace muerto el segundo producto.
7. 29 de diciembre, 5: horas, fallece A.M.

MUERTE MATERNA 29 DE DICIEMBRE DE 2004; 5:00 A.M.  
Saldo social: 3 huérfanos

DEMORAS en la integración real de las parteras a las unidades de Salud  
Caso presentado por personal del programa APV-CNEGySR

Enfrentar la fragmentación de los servicios requiere asegurar la continuidad en la atención de las pacientes a través de las distintas unidades. El modelo describe los pasos y niveles de atención que idóneamente debe recibir una usuaria, desde programas preventivos como consejería de anticoncepción y vacunación con toxoide tetánico, hasta las 12 acciones esenciales de la atención prenatal, la calificación de riesgo y referencia, atención en segundo nivel, contrarreferencia, referencia para el parto, atención de emergencias obstétricas y del puerperio inmediato.

---

La herramienta básica es un simple esquema, un diagrama de las interacciones que la mujer que falleció tuvo con los servicios de salud. El análisis busca detectar en cuál de esas interacciones se pudo haber evitado la muerte.

Un eslabón crítico es un servicio cuya falla está asociada a la muerte materna. Crítico es un concepto que incluye dos connotaciones: por una parte, en el sentido de que su falla contribuye a la mortalidad, y por otra que su mejora es “crucial” para evitar la muerte materna de otra mujer que llegue en condiciones similares.

La pregunta central que debe hacerse el Comité es: ¿qué oportunidades se perdieron para evitar la evolución de la patología que la llevó a la muerte? Porque esas mismas se están perdiendo “hoy, aquí”, con otras pacientes en igualdad de condiciones, y si no se actúa ya, otras mujeres seguirán en evolución hacia la muerte.

El detectar una falla, asociada a una muerte materna, debe considerarse como **un evento centinela que nos alerta para que evaluemos qué tanto se está cometiendo esa falla en el servicio, inclusive con pacientes que no mueren**. De esta manera, se procede a una “evaluación rápida” en el servicio donde se cometió la falla. Por ejemplo, si una paciente que murió pasó cuatro horas en la sala de espera y eso evitó la reposición oportuna de volumen en el lecho vascular y el choque, de inmediato se hace una observación en sala de espera y se observa en el registro las demoras internas, es decir, desde que la paciente llega hasta que se le atendió.

Mientras más pronto se realice la “evaluación rápida” y se implanten acciones de mejora, el personal comprenderá el valor de la auditoría clínica, y puede seguir el hilo de las mejoras y sus impactos en la disminución de las muertes.

Cada eslabón crítico debe generar, por lo menos, una acción de mejora. Las auditorías que concluyen en recomendaciones generales **no sirven**. Una acción de mejora precisa responder las siguientes cuestiones: ¿qué se va a hacer?, ¿quién va a hacer la acción?, ¿dónde?, ¿cuándo?, ¿con quién y a quién se va a dirigir la acción?, ¿cuál será la periodicidad de la acción? Las acciones de mejora *son un compromiso*, se corroboran con indicadores de desempeño y se evalúan sus efectos intermedios periódicamente.

## **Aplicación del Método de Detección de Eslabones Críticos en los Procesos de Atención Materna y Neonatal en cada una de las dimensiones: desempeño clínico, factores de organización hospitalaria y red de servicios**

### **1. Desempeño clínico**

Se evalúa el desempeño en tres categorías:

- a) Omisiones en la acción clínica reglamentada;
- b) apego o desviaciones del estándar de calidad, es decir, del protocolo de lineamiento de atención;
- c) oportunidad o demora, ¿se hizo la acción dentro del intervalo terapéutico?

### **2. Factores de organización hospitalaria**

Para realizar esta evaluación es conveniente profundizar en las causas mediante por lo menos dos técnicas: el esquema de Ishikawa y la técnica de los cinco “¿por qué?”

Ejemplo: la paciente falleció porque llegó con preeclampsia severa y se internó dos días. No se cumplió con la norma de interrumpir el embarazo en menos de 24 horas: 1. ¿Por qué?: no había especialista ni manera de trasladarla; 2. ¿Por qué no había especialista?: porque sólo hay en el turno matutino; 3. ¿Por qué?: porque no se ha hecho un análisis de la demanda de atención obstétrica y de las muertes; además, no se ha evidenciado la necesidad de contar con especialista en todos los turnos; 4. ¿Por qué?: porque el Comité emitía recomendaciones muy generales, sobre todo dirigidas a mejorar la educación de la paciente.

En la revisión clínica emergen factores como demoras intrahospitalarias por falta de protocolo de *Triage*<sup>a</sup> en el departamento de admisión o de urgencias, falta de personal en turnos nocturnos, falta de insumos, ausencia de un médico especialista, insuficiente número de enferme-

---

a Se entiende por triage la función de clasificación de los enfermos que acuden a un Servicio de Urgencias hospitalario –antes de que reciban prestación asistencial–siguiendo criterios de gravedad clínica que permitan diferenciar lo realmente urgente de lo que no lo es.

---

ras, falta de supervisión del médico adscrito hacia los internos y residentes (médicos en formación), falta de personal en los laboratorios en turnos nocturnos, equipos con insuficiente mantenimiento, etcétera. El esquema de Ishikawa es útil para ubicar el ámbito del problema, con los jefes de servicio involucrados y el administrativo<sup>b</sup>.

### 3. Eslabones críticos en la red de servicios

Se observa la continuidad en la atención de la embarazada en su paso por las distintas unidades. Se busca evaluar factores que fallan en la conectividad entre las unidades, en la interconsulta de médicos de primer y segundo nivel; en los componentes de apoyo como laboratorio y de diagnóstico por imagen; en el hospital receptor de la referencia Módulo Mater; en la referencia y recepción en el hospital de atención del parto, y si lo requirió, apoyo o no del sistema de traslado, referencia y recepción en el hospital de atención de emergencias obstétricas. La comunicación y el transporte en el sistema local y estatal son indispensables para la referencia de pacientes.

### Análisis apareado de casos y “casi-muertes”

En la comparación se revelan los factores puntuales que hicieron la diferencia. C. Berg describe, en el capítulo 4 del libro *Beyond the numbers*, la auditoría de casos de “casi muerte”. En México, la Dra. Leticia Javier Marín hizo un estudio con 69 casos apareados en tres jurisdicciones de Guerrero. Los hallazgos denotan las demoras internas en hacer diagnóstico e implementar una acción, la falta de seguimiento por parte de personal, y las demoras en traslados, como la causa del 80% de las muertes.

---

b El Diagrama Causa-Efecto es llamado usualmente Diagrama de “Ishikawa” por el nombre de su creador, Kaoru Ishikawa, estos esquemas ayudan a pensar sobre todas las causas reales y potenciales de un suceso o problema, y no solamente en las más obvias o simples. Este esquema es también llamado “Diagrama Espina de Pescado” porque su forma nos recuerda a un pescado. Está compuesto por un recuadro (cabeza), una línea principal (columna vertebral), y 4 o más líneas que apuntan a la línea principal formando un ángulo aproximado de 70° (espinas principales). Estas últimas poseen a su vez dos o tres líneas inclinadas (espinas), y así sucesivamente (espinas menores), según sea necesario.

Entre las omisiones y demoras más importantes que se han reportado están las siguientes:

### **Preventivos:**

1. Falta de consejería a las mujeres, es decir, **no hay atención prenatal.**
2. El 54% de los casos no tuvo un reporte de Examen General de Orina (EGO). En los que sí se practicó EGO falta descartar cervicovaginitis después de diagnosticar una cistitis.
3. Omisión por parte del proveedor para alertar a la mujer y a sus familiares sobre la necesidad de anticipar el lugar para la atención del parto, y de prepararse para el caso de una emergencia (prepared/UNFPA).
4. Ante el dolor en epigastrio (Barra de Chausseur) no se sospecha de preeclampsia y se prescribe un antiácido.

### **Atención clínica en hospitales:**

1. Mal manejo de líquidos en la mujer con preeclampsia por temor a “encharcar el pulmón”.
2. Desviaciones del protocolo de manejo preventivo de convulsiones en la mujer con preeclampsia severa.
3. Demoras en la transfusión sanguínea cuando es necesaria.
4. Cesárea no justificada sobre parámetros clínicos.

### **Factores de organización hospitalaria:**

1. Falta de protocolo de Triage en admisión.
2. Rigidez del personal ante la petición de la paciente de parir en una postura distinta a la obstétrica (decúbito supino).
3. Prohibición de entrar con un acompañante a la sala de labor.
4. Falta de acceso al tococardiógrafo porque se queda asegurado por las noches.
5. Falta de personal de laboratorio por las noches.
6. Escasez de enfermeras en turno nocturno.
7. Imposibilidad de conseguir sangre (falta de protocolo en la red de servicios).

- 
8. Ausencia de chofer, o de gasolina, o de la ambulancia para trasladar a la paciente.
  9. Falta de insumos básicos (catgut, soluciones, antibióticos, hidralazina, etc.) y de equipos de diagnóstico; incluso no hay acceso a teléfonos (están bajo llave) en turnos nocturnos y fines de semana.
  10. Falta de análisis sistemático de casos por el Comité de Calidad o por el Comité de Estudios de Muerte Hospitalaria.

### **Factores en la red de servicios:**

1. Falta de comunicación sobre las pacientes entre proveedores de primer, segundo y tercer nivel, así como acerca del seguimiento en el puerperio y del recién nacido.
2. Ausencia de un directorio telefónico.
3. Falta de protocolo y vínculo con laboratorios de apoyo.
4. Falta de protocolo y vínculo con Banco de Sangre.
5. Ausencia de ambulancias en condiciones adecuadas.
6. Falta de protocolo para que el médico pasante en un centro de salud sepa a quién pedirla, en qué teléfono, etcétera.
7. Falta de un sistema de interconsulta de médicos de primer nivel y especialistas de hospital.
8. Imposibilidad de trasladar a las mujeres graves porque los hospitales de referencia están saturados.
9. Reglas de adquisición de insumos básicos, que no están bajo control del director del hospital, sino del sistema estatal administrativo, que a su vez está sujeto a reglas hacendarias de licitación, que hacen lenta la adquisición y distribución de insumos.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Núñez Urquiza R. M., Duarte Gómez M. B. y Marín L. J., “Más allá de las cifras: eslabones críticos en los procesos de atención materna”, en *Boletín Género y Salud en Cifras*, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, diciembre 2005.
2. Núñez-Urquiza R. M., “Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para prevenir muertes maternas”, en Sarabia O., *Seguridad del paciente. Manual de capacitación y acción*, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, México, 2006.
3. Núñez-Urquiza R. M. y Marín L. J., Estudios de casos apareados de muerte materna y casi muerte en tres jurisdicciones sanitarias de México (SPM enviado en abril de 2008) (en prensa).
4. Cerón-Mireles S., Harlow S. y Sánchez C. I. y Núñez-Urquiza R. M., “Risk factors for preeclampsia-eclampsia among working women in Mexico”, *Pediatric Perinatal Epidemiology*, 2002.
5. Lozano-Ascencio R., Núñez-Urquiza R. M., Duarte-Gómez M. B. y Torres-Palacios L. M., “Evolución y tendencias de largo plazo de la mortalidad materna en México: análisis de factibilidad y de efecto potencial de intervenciones seleccionadas para el cumplimiento de las metas del milenio”, en *México ante los desafíos del desarrollo del milenio*, Conapo, México, 2005, pp. 167-191, disponible en: <http://www.conapo.gob.mx>
6. Núñez-Urquiza R. M., González-Block M. A. y Orozco-Núñez E., “La vigilancia de la morbi mortalidad materna y perinatal”, en *Los sistemas de información en salud en México*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México, 2007.
7. Castañeda M., Díaz D., Espinosa G., Freyermuth G., Sánchez D. y de la Torre C., *La mortalidad materna en México; cuatro visiones*, CIESAS, México, 2004.
8. WHO, *Beyond the numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*, WHO, Ginebra, Suiza, 2004
9. Maine D., Wardlaw T. M., Ward V. M., McCarthy J., Birnbaum A., Akalin M. Z. *et al. Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*, New York (NY), UNICEF, WHO, UNFPA, 1997.
10. Núñez Urquiza R. M., Hernández-Prado B., García-Barrios C., González D. y Walter D., “Embarazo adolescente no deseado y uso de métodos de anticoncepción posparto”, en *Salud Pública de Mexico*, 2003, 45 Suppl 1, S92-102
11. Álvarez B., Gorostidi J., Rodríguez O., Antuña A. y Alonso P., *Estudio del Triage y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario Emergencias*. Vol. 10, Núm. 2, Marzo-Abril 1998, en [http://www.semes.org/revista/vol10\\_2/100-104.pdf](http://www.semes.org/revista/vol10_2/100-104.pdf), fecha de consulta 13 de enero del 2009.
12. Diagramas causa efecto, en <http://www.eduteka.org/DiagramaCausaEfecto.php>, fecha de consulta 13 de enero del 2009.

# MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN, ACOMPAÑADA DE INTERVENCIONES INMEDIATAS DE SOLUCIÓN

---

SERGIO MENESES\*  
GRACIELA FREYERMUTH\*\*  
DAVID MELÉNDEZ\*\*\*

## Introducción

Antes de cualquier actividad terapéutica es necesario integrar un diagnóstico. Pero un diagnóstico sin el tratamiento respectivo es una tarea infructuosa. Diagnóstico, tratamiento inicial y seguimiento hasta el desenlace favorable es el proceso ideal de la actividad médico clínica. El mismo bosquejo procesal es aplicable a los servicios de salud: se requiere primero de un diagnóstico de los servicios y, posteriormente y de acuerdo al desorden del sistema, de una intervención terapéutica que los corrija y solucione.

Siguiendo la propuesta conceptual y metodológica desarrollada por el proyecto *Averting Maternal Death and Disability Program* (1), en documentos previos (2 y 3) hemos señalado cuáles serían los aspectos que deben incluirse en las actividades de diagnóstico (es decir, de monitoreo y evaluación) de los servicios de salud para la atención materna. Estas actividades nos permitirían conocer la capacidad de

---

\* Departamento de Investigación en Sistemas de Salud, Centro Regional de Investigación en Salud Pública (CRISP), Tapachula, Chiapas.

\*\* Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Sureste, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

\*\*\* Secretariado Técnico del Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.

---

respuesta del sistema ante las urgencias obstétricas. Fundamentalmente nos hemos referido a la disponibilidad de recursos humanos, materiales y farmacológicos, además de la calidad técnica de la atención (concretamente a los conocimientos y habilidades técnicas del personal médico en las unidades de primer y segundo nivel de atención).

En el presente documento incorporamos una estrategia terapéutica para el sistema, es decir, presentamos una reflexión sobre una intervención que puede contribuir a corregir y solucionar de manera inmediata los desórdenes que presenten los servicios de salud en su capacidad de respuesta ante las urgencias obstétricas. Esta estrategia de intervención inmediata nos permite, además, modificar la conceptualización actual respecto de las actividades de monitoreo y evaluación, **pasando de una figura punitiva** que prevalece tanto entre los responsables de la rectoría del sistema como entre los prestadores de servicios, **a una imagen pro-positiva, eficiente y eficaz**.

La idea general es sencilla: se trata de que aparejado a las actividades de monitoreo y evaluación, el equipo encargado de las mismas ofrezca soluciones inmediatas que puedan corregir las deficiencias encontradas en el sistema, particularmente respecto a la disponibilidad de recursos y la calidad de la atención para la atención obstétrica de emergencia.

## **El equipo de monitoreo, evaluación y solución**

El equipo que realiza las actividades de monitoreo y evaluación debe contar con los recursos (materiales y farmacológicos), conocimientos y habilidades respecto a la atención obstétrica de emergencia que permita subsanar las deficiencias encontradas en los servicios. De este modo, el equipo debe estar constituido con personas instruidas y experimentadas en la atención obstétrica de emergencia básica y avanzada (gineco-obstetras, instructores de *Advanced Life Support in Obstetrics*, enfermeras obstetras, etc.), y acompañarse de un surtido suficiente de los equipos, materiales y medicamentos normados para la atención de las principales urgencias obstétricas.

En otros documentos hemos señalado que las actividades de monitoreo y evaluación pueden realizarse con la ayuda de un *check list* (para constatar la disponibilidad de los recursos necesarios) y una guía de entrevista con prestadores de servicios (para indagar sus conocimientos y habilidades para la atención de las urgencias obstétricas).

En seguida se explica cómo se incorporarían las actividades que pretenden dar solución inmediata a las deficiencias detectadas.

### **Monitoreo, evaluación y solución: el caso de la disponibilidad de recursos**

Si en las actividades de monitoreo y evaluación se detectan deficiencias en la disponibilidad de recursos materiales (falta de baumanómetros, estetoscopios, termómetros, equipos de venoclisis, equipos de parto, formatos de partograma, etc.) y farmacológicos (falta de antibióticos; antihipertensivos como hidralazina, alfametildopa o nifedipino; anti-convulsivos como fenitoína, diacepam o sulfato de magnesio; soluciones intravenosas, etc.), el equipo debe contar con un surtido suficiente de los mismos para proporcionarlos y abastecer a la unidad de salud inmediatamente después de la actividad de evaluación. De este modo, la deficiencia quedaría subsanada de manera inmediata.

### **Monitoreo, evaluación y solución: el caso de la calidad técnica de la atención**

Si en las actividades de evaluación se detectan deficiencias en la calidad técnica de la atención —**a partir del auto reporte de los prestadores de servicios**—, los miembros del equipo deben de contar con los conocimientos y habilidades requeridos para brindar una capacitación *in situ* al personal de salud que muestra carencias. Por ejemplo, deben ser capaces de adiestrar sobre el manejo de la preclampsia/eclampsia, la hemorragia obstétrica, la extracción de restos placentarios o la infección puerperal. Además, dicho adiestramiento *in situ* debe de complementarse con programas y materiales didácticos para la actualización continua del personal que presenta las deficiencias. La detección de los problemas técnicos de la atención será el principio de un proceso de enseñanza-aprendizaje de mayor duración que pretende subsanar cabalmente dichas deficiencias. El equipo de monitoreo, evaluación y solución, junto con las jefaturas de enseñanza de cada jurisdicción sanitaria, deberán acompañar dicho proceso hasta asegurarse de que todo el personal cuente con los conocimientos y habilidades para brindar atención obstétrica, particularmente de emergencia.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Maine D. *et al.*, *Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna*, Universidad de Columbia, Nueva York, 1997.
- 2.- Freyermuth G. y Meneses S., “Evaluación de la atención institucional a la urgencia obstétrica en Los Altos de Chiapas”, en Freyermuth G. (coordinadora), *Maternidad Peligrosa*. SEDESOL, CIESAS, México, 2004.
- 3.- Meneses S., Freyermuth G. y Meléndez D., *Monitoreo y evaluación continua de las condiciones de accesibilidad, la disponibilidad de recursos y calidad de la atención para la atención materna en unidades de primer y segundo nivel de atención*, Comité Promotor Por una Maternidad Sin Riesgos, México, marzo de 2008.

# INDICADORES DE SALUD MATERNA

---

ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA\*  
POPULATION COUNCIL

La mortalidad materna (MM) refleja el estado de salud de las mujeres en edad reproductiva, así como su acceso a servicios de salud y la calidad de la atención que reciben (1, 2). La MM ha sido adoptada por diversas agencias como indicador de desarrollo, sustituyendo a otros como el producto interno bruto (PIB) (3). A su vez, la Organización de las Naciones Unidas propone, dentro de sus Metas de Desarrollo del Milenio, una reducción de tres cuartas partes en la tasa (razón) de MM para el año 2015.

Sin embargo, es importante tomar en cuenta que las cifras oficiales de MM<sup>a</sup> en muchos países adolecen, en diferentes grados, de un grave subregistro (4). En México, un estudio realizado en tres estados del país detectó un subregistro promedio en la MM de 23% (5). Incluso en algunos países desarrollados, se cree que esta subestimación varía entre 17 y 63% (6). En los países con registros vitales adecuados, este fenómeno se atribuye principalmente a errores en la clasificación de la causa de muerte.

## **La mortalidad materna como indicador de impacto**

La MM es, en teoría, el indicador ideal para dar seguimiento y evaluar el impacto de programas de salud materna; sin embargo, su cuantificación es difícil y costosa. La medición de la mortalidad materna puede hacerse a través de las siguientes estadísticas:

---

\* Documento presentado por Arranque Parejo en la Vida y Population Council en el Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal, México D.F., 4 y 5 de abril del 2005.

a Se entiende por muerte materna a la muerte que ocurre en una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a su terminación, sin importar la duración o el sitio del embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por la gestación o su manejo, pero no por causas accidentales o traumatismos (7).

---

**Razón de mortalidad materna** = número de muertes maternas ocurridas en un periodo de tiempo por el número de nacidos vivos durante el mismo periodo de tiempo (normalmente se expresa como el número de muertes maternas por 100 mil nacidos vivos).

La razón de mortalidad materna es un indicador que expresa las muertes maternas por la cantidad de nacidos vivos; cuantifica el riesgo por cada evento obstétrico en una población determinada. Este indicador es utilizado en comparaciones de diferentes grupos poblacionales. Por ejemplo, en el año 2000 la mortalidad materna en México fue de 110 por 100 mil nacidos vivos, mientras que en Bolivia fue de 650 (2).

**Tasa de mortalidad materna** = número de muertes maternas en un periodo dado, por el número de mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) durante el mismo periodo (normalmente se expresa como el número de muertes por 100 mil mujeres en edad fértil).

**Riesgo durante la vida** = la probabilidad de muerte materna que, en promedio, enfrenta una mujer durante su vida reproductiva.

Esta forma de evaluar la muerte materna es una medida más objetiva de los riesgos a los que están expuestas las mujeres en el transcurso de su vida reproductiva (2) y permite apreciar la magnitud del riesgo en relación con el número de embarazos. Por ejemplo, en los países en desarrollo, una de cada 16 mujeres puede morir por causas relacionadas con el embarazo, en comparación con lo que ocurre a una de cada 2 800 en países desarrollados (2).

La MM como indicador de impacto es útil para realizar diagnósticos de salud y actividades de abogacía, pero las estadísticas sobre la MM no permiten identificar qué es lo que se puede hacer para prevenir o evitar estas muertes. Además, la cuantificación de la MM (ver párrafos anteriores) debe complementarse con información acerca de dónde, cómo y por qué ocurren las defunciones y cuáles son los mecanismos de acción que se deben implementar para evitarlas (8). Para ello se han desarrollado los llamados indicadores de proceso.

## **Indicadores de proceso para los programas de atención a la mortalidad materna**

Estos indicadores sirven para el monitoreo de programas de maternidad sin riesgos. En general, y a pesar de que la intención sea

disminuir la mortalidad, es imposible medir el avance de un programa a través de los indicadores de impacto. Son más bien los indicadores de proceso los que permiten realizar estas evaluaciones al medir los efectos de un programa sobre los pasos intermedios que llevan a la disminución de la morbi-mortalidad materna. Dichos indicadores deben incluirse en el diseño de programas y de servicios de prevención o manejo oportuno de los casos de morbilidad materna grave. Algunos indicadores comúnmente utilizados son la proporción de: nacimientos atendidos por personal de salud calificado, de mujeres embarazadas que reciben cuidados prenatales, de mujeres embarazadas que reciben toxoide tetánico y la de nacimientos que ocurren en instituciones de salud, entre otros.

La Organización Mundial de la Salud, en su documento “Beyond the Numbers” (9) resume los métodos que pueden utilizarse para la obtención de indicadores de proceso. Estas metodologías requieren la participación directa de las instituciones de salud y/o de los miembros de la comunidad, lo cual motiva al cambio en las prácticas clínicas, la provisión de servicios y la movilización comunitaria. La selección de los métodos depende de la ubicación del estudio y del tipo de casos que se estudiarán, así como la clase de información que esté disponible, como se muestra en la siguiente tabla (tabla 1).

**Tabla 1.** Tipos de estudio sobre muerte materna

		Resultados		
		Muerte materna	Complicaciones graves	Práctica clínica
Ubicación	Comunidad	Autopsia verbal (revisión de muertes maternas en el nivel comunitario)	No	No
	Institución	Revisión de muertes maternas en el nivel institucional	Revisión de casos de morbilidad materna grave (“near misses”)	Auditoría clínica a nivel local
	Nacional/ regional/ municipal	Revisión confidencial de muertes maternas	Revisión de casos de morbilidad materna grave (“near misses”)	Auditoría clínica a nivel nacional

---

A continuación se describen brevemente las diferentes metodologías, aunque se recomienda consultar el documento completo de la OMS antes citado para conocer todos los detalles.

**Autopsia verbal:** método que permite identificar las causas médicas de la muerte, así como los factores personales, familiares o comunitarios que contribuyeron a ella; en general se aplica en los casos de mujeres que murieron sin ser atendidas en los servicios de salud. El diagnóstico se realiza por medio de entrevistas a personas (familiares, vecinos, parteras) que están familiarizadas con los eventos que llevaron a la muerte.

**Revisión de muertes maternas en el nivel institucional:** método cualitativo que investiga a profundidad las causas y circunstancias que condujeron a las MM ocurridas dentro de una institución y que se identifican en los registros de dicha institución; cuando es posible se analizan también los factores que, al interior de la clínica u hospital o en el ámbito comunitario pudieron contribuir a la defunción. El objetivo es identificar cuáles de esos factores eran prevenibles.

**Revisión confidencial de muertes maternas:** es una metodología multidisciplinaria y anónima que se aplica a una muestra representativa de las MM que ocurren en una zona geográfica determinada (a nivel estatal o nacional) y que identifica el número, las causas y los factores prevenibles o remediabiles asociados a una MM. A través del análisis de los datos agregados, se pueden elaborar recomendaciones específicas para el sector salud y la acción comunitaria, así como desarrollar lineamientos para mejorar los resultados clínicos.

**Encuestas de morbilidad materna grave<sup>b</sup> (near miss):** consisten en la identificación y evaluación de casos en los que la mujer sobrevivió a complicaciones obstétricas graves a nivel institucional. Estos estudios toman como base la información disponible en los expedientes clínicos y resultan en un diagnóstico de situación para las instituciones de

---

b En este contexto, se entiende por casos de morbilidad materna grave (“near miss”; coloquialmente: “que se escaparon por un pelo”) a aquellos de mujeres embarazadas (o cuyo parto ocurrió seis semanas o antes) cuya sobrevivencia inmediata estuvo en alto riesgo o sucedió por azar, o como resultado de la atención hospitalaria recibida.

salud y no a nivel comunitario. Los casos que se incluyan en el estudio deben definirse con base en las circunstancias locales para lograr propuestas concretas a fin de mejorar la atención a la salud materna.

**Auditoría clínica:** ejercicio cuyo objetivo es mejorar la calidad de la atención realizando una revisión sistemática de la estructura, el proceso y los resultados de la atención. En este tipo de estudio se comparan los criterios y lineamientos de atención con la práctica, de lo que resulta una propuesta de cambios en la atención. Uno de sus componentes básicos es el monitoreo continuo para evaluar la implementación de las sugerencias que se hayan planteado en la fase de revisión.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y REFERENCIAS

1. Cook R. J. y Wilson O. A. F., *Advancing safe motherhood through human rights*. Organización Mundial de la Salud, 2001, en [http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR\\_01\\_5\\_advancing\\_safe\\_motherhood.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_5_advancing_safe_motherhood.pdf), fecha de consulta: 24 de noviembre de 2003.
2. OMS, UNICEF y FNUAP, *Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF UNFPA*, 2004, en: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternalmortality\\_2000.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternalmortality_2000.pdf), fecha de consulta: 14 de diciembre de 2003.
3. Currey B., "Maternal mortality and mothers' deaths as development indicators", en *British Medical Journal*, 2000, 321(7264):835.
4. Bergsjö P., "What is the evidence for the role of antenatal care strategies in the reduction of maternal mortality and morbidity?", en De Brouwere V. y Van Lerberghe W. (editores), *Safe motherhood strategies: A review of the evidence*, Studies in Health Services Organisation and Policy, 17, 2001, pp. 35-54.
5. Langer A. et al., "Identifying interventions to prevent maternal mortality in Mexico. A verbal autopsy study", en Berer M. y Ravindran S. (editores), *Safe motherhood initiatives: Critical issues*, Blackwell Science Ltd. for Reproductive Health Matters, Londres, Reino Unido, 1999, pp. 127-136.
6. Bouvier-Colle M. H. et al., "Reasons for the underreporting of maternal mortality in France as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age" en *International Journal of Epidemiology*, 1991, 20:717-21.
7. OMS, *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Décima Revisión, OMS, Ginebra, Suiza, 1992.
8. Ravindran S. y Berer M., "Preventing maternal mortality: evidence, resources, leadership, action", en Berer M. y Ravindran S. (editores), *Safe motherhood initiatives: Critical issues*. Blackwell Science Ltd. for Reproductive Health Matters, Londres, Reino Unido, 1999.
9. OMS, *Beyond the numbers*, OMS, 2004, en <http://www.who.int/reproductive-health/publications/btn/btn.pdf>. Fecha de consulta: 15 de marzo de 2005.
10. Graham W. y Hussein J., "The right to count" en *The Lancet*, 2004, 363:67-68.
11. Gülmezoglu M., "WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: methodological issues and challenges", en *BMC Medical Research Methodology*, 2004, 4: 16.

- 
12. Jhpiego, *Monitoring birth preparedness and complication readiness: tools and indicators for maternal and newborn health*, Jhpiego, 2004, en <http://www.mnh.jhpiego.org/resources/BPCRtoolkit.pdf>, fecha de consulta: 15 de marzo de 2005.
  13. Ronsmans C., “What is the evidence for the role of audits to improve the quality of obstetric care”, en De Brouwere V. y Lerberghe W. V. (eds.), *Safe motherhood strategies: A review of the evidence*, Studies in Health Services Organisation and Policy, 17, 2001, pp. 207-227.

# ATENCIÓN INSTITUCIONAL DE LA URGENCIA OBSTÉTRICA EN UN CONTEXTO MULTICULTURAL. PROPUESTA DE INDICADORES PARA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

---

GRACIELA FREYERMUTH\*

ROSARIO CÁRDENAS\*\*

SERGIO MENESES\*\*\*

Pese a la existencia de programas específicos dirigidos a disminuir la mortalidad materna en México, ésta continúa siendo uno de los principales problemas de salud femenina en el país y una de las expresiones más palpables de las desigualdades socioeconómicas, étnicas y de género.

Los esfuerzos para medir la magnitud de la mortalidad por esta causa han hecho uso de indicadores tradicionales tales como la tasa de mortalidad materna o la razón de mortalidad materna. Si bien ambos permiten reconocer el nivel de dicha mortalidad, adolecen de las limitaciones inherentes a la mayoría de los indicadores. Por una parte, reflejan el comportamiento de la variable de interés, mortalidad materna, de manera puntual, es decir, únicamente dan cuenta de lo ocurrido y registrado a nivel global en el año o años calendario para los cuales se estima. Por otra, el resultado obtenido está referido al conjunto de la población que se considera en riesgo, lo que permite mediciones globales que, aunque útiles, impiden distinguir los posibles diferenciales.

---

\* Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Sureste, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

\*\* Posgrado en Población y Salud. Universidad Autónoma Metropolitana, [carde@correo.xoc.uam.mx](mailto:carde@correo.xoc.uam.mx)

\*\*\* Departamento de Investigación en Sistemas de Salud, Centro Regional de Investigación en Salud Pública (CRISP), Tapachula, Chiapas.

---

Desde la perspectiva del sector salud el énfasis para medir la reducción de la mortalidad materna ha sido establecido en términos de un horizonte temporal que permitiría, al final del periodo previamente definido, haber disminuido este problema en una cierta proporción. De aquí que la evaluación de avance del programa privilegie los denominados “indicadores de impacto”. Si bien esta orientación se sustenta con iniciativas internacionales tales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, no es suficiente para dar cuenta de la complejidad que representa la mortalidad materna en una región multicultural con graves rezagos tanto sociales como económicos, y donde la situación de subordinación de la mujer la sitúa en una posición de gran vulnerabilidad.

La propuesta de indicadores que se presenta está fundamentada en los resultados obtenidos por la investigación *Evaluación de la atención institucional a la urgencia obstétrica en Los Altos de Chiapas*.<sup>a</sup>

Los resultados obtenidos manifiestan la urgencia de reconocer las formas en que la atención a la salud relaciona a la población con el prestador del servicio. Sus características están definidas tanto por el contexto cultural y social en el cual se presenta, como por el entrenamiento y habilidades técnicas de los terapeutas, incluida la infraestructura, materiales y equipo con que trabajen, así como por la interacción entre los diversos agentes (médicos, enfermeras, parteras, etc.), y entre los distintos niveles del Sector Salud.

Los indicadores que se proponen a continuación responden, entonces, a varios objetivos. Por una parte deben permitir identificar los principales problemas obstétricos en la población. Es decir, no sólo deberán limitarse a dar cuenta del número de partos atendidos y la distribución en eutócicos y distócicos, sino también contemplar el surgimiento de complicaciones y su frecuencia, las habilidades que debe tener el personal de salud, las acciones que fueron emprendidas y que debieron realizarse para atenderlas, la comunicación entre distintas partes del Sector Salud y entre éste y las denominadas medicinas alternativas, particularmente las parteras como principales proveedoras de servicios de salud obstétrica en esta región.

La aproximación sugerida para el análisis y seguimiento de los problemas obstétricos es diseñar indicadores de proceso que permitan

---

a Véase, Freyermuth Graciela 2004, *Maternidad peligrosa. Evaluación institucional a la urgencia obstétrica en Los Altos de Chiapas*, CIESAS, INDESOL, México.

identificar las deficiencias, avances y aciertos en los distintos momentos que componen la atención obstétrica, del mismo modo, el papel de los distintos proveedores de los servicios y lo adecuado de la infraestructura para la atención.

Adicionalmente, el ejercicio contempla como punto fundamental para la evaluación de la mortalidad materna en la región, la estimación del número de partos esperados, de complicaciones y de qué tipo cabría esperar. Ello permite conocer no sólo las características de la atención obstétrica, sino también el grado de cobertura de los servicios, y el acceso y utilización que la población hace de ellos.

El análisis y la propuesta de indicadores que se comparte tienen como objetivo evaluar la presencia de complicaciones en la resolución de la urgencia obstétrica. Sin embargo, es necesario reconocer que la atención obstétrica requerida es diferencial de acuerdo con la etapa del embarazo o puerperio de que se trate. Las siguientes etapas de esta línea de investigación buscarán identificar aquellos indicadores de proceso que permitan evaluar la atención del aborto, atención prenatal, parto, posparto inmediato —24 horas—, posparto intermedio —7 días— y posparto tardío —42 días.

El siguiente cuadro resume los aspectos que deben ser atendidos por los indicadores propuestos.

### **Aspectos que deben atender los indicadores propuestos**

1. Distribución territorial del personal de salud y no sólo su número disponible.
2. Número de mujeres referidas por parteras a los servicios médicos y entre los distintos niveles de atención.
3. Comparación entre el número de partos atendidos y número de partos esperados.
4. Distribución de la atención del número de partos entre centros de salud y hospitales, y la proporción que éstos representan respecto del total de partos esperados.
5. Identificación de barreras al acceso, uso y atención de partos en clínicas con hospitalización.

6. Medición de la cobertura de atención del parto distócico en función del número de complicaciones esperadas entre el número de partos totales esperados.
7. Disponibilidad de salas de expulsión en las clínicas.
8. Concordancia entre infraestructura y su uso, por ejemplo: quirófanos para cirugías.
9. Número de horas/día y días/año con disponibilidad de personal médico por unidad.
10. Disponibilidad de equipo y material específico para atención obstétrica.
11. Disponibilidad de equipo y material para la atención de urgencias obstétricas.
12. Existencia y equipamiento de ambulancias.
13. Disponibilidad de medicamentos para atender trastornos hipertensivos del embarazo y convulsiones en casos de eclampsia.
14. Disponibilidad de medicamentos para atender la hemorragia posparto.
15. Disponibilidad de medicamentos antibióticos de primera y segunda elección para atender infección puerperal.
16. Disponibilidad de soluciones intravenosas.
17. Presencia de personal hablante de lengua indígena originaria.
18. Habilidades técnicas del personal de salud para resolver urgencias obstétricas.
19. Número de nacidos muertos: centros de salud vs. parteras.
20. Número de partos atendidos por centros de salud.
21. Número de partos atendidos por parteras.
22. Número de mujeres con dificultades obstétricas referidas por las parteras.

23. Disponibilidad de medicamentos requeridos en atención prenatal: ácido fólico, hierro (fumarato o sulfato), papillas con multivitaminas y minerales, y toxoide tetánico.

24. Accesibilidad cultural: presencia de individuos autóctonos entre el personal.

El conjunto de indicadores propuesto está clasificado en cinco grupos, responden a: 1. disponibilidad de recursos básicos y habilidades técnicas del personal de las clínicas de primer nivel para atender las urgencias obstétricas; 2. fortalecimiento de recursos humanos locales; 3. fortalecimiento de la relación: servicios de salud y población beneficiaria; 4. acceso de las mujeres a los servicios de salud; 5. seguimiento al sistema de referencia y manejo de recursos para referencias.

Seguidamente, desglosamos cada grupo:

1. Disponibilidad de recursos básicos y habilidades técnicas del personal de las clínicas de primer nivel para atender las urgencias obstétricas.

Estos indicadores tienen como objetivo medir las habilidades técnicas del personal de salud para atender las urgencias obstétricas. En el área se identifican las siguientes seis acciones médicas como fundamentales para la resolución de este tipo de urgencias: 1) administración parenteral de antibióticos específicos; 2) administración parenteral de anticonvulsivantes; 3) manejo de la urgencia hipertensiva; 4) administración de oxitócicos; 5) extracción manual de placenta y de restos placentarios a través de aspiración manual endouterina; 6) atención de parto.

Número de eclampsias atendidas / número de eclampsias esperadas

Número de eclampsias canalizadas / número de eclampsias esperadas

Número de hemorragias posparto atendidas / número de hemorragias esperadas

Número de hemorragias posparto canalizadas / número de hemorragias esperadas
Número de infecciones puerperales atendidas / número de infecciones puerperales esperadas
Número de infecciones puerperales canalizadas / número de infecciones puerperales esperadas
Número de abortos atendidos / número de abortos esperados
Número de abortos canalizados / número de abortos esperados
Unidades médicas con capacidad de atención de urgencias obstétricas las 24 horas, los 365 días del año / total de unidades médicas
Número de equipos de venoclisis disponibles/ número total de urgencias obstétricas esperadas
Número de unidades de recursos farmacológicos específicos (i.e., antibióticos, solución fisiológica o Hartmann, oxitócicos, diazepam, fenitoína, alfametildopa, hidralazina) / número de casos específicos esperados (i.e., eclampsias, infección puerperal, abortos, hemorragias posparto)

## 2. Fortalecimiento de recursos humanos locales

Indicadores que tienen como objetivo evaluar el potencial existente y el grado de avance ulterior de una estrategia que permita reducir el impacto, que la intensidad de cambio del personal de salud, tiene sobre la atención de las necesidades de salud de la población.

Número de personal indígena que labora en las unidades médicas / total del personal que labora en las unidades médicas
Número del personal indígena que labora en las unidades médicas / unidades médicas
Número de profesionales de la salud indígenas habilitados en el manejo primario de preeclampsia / eclampsia / total de profesionales de la salud indígenas

Número de profesionales de la salud indígenas habilitados en el manejo primario de hemorragias y aspiración manual endouterina / total de profesionales de la salud indígenas

Número de profesionales de la salud indígenas habilitados en el manejo primario de infecciones puerperales / total de profesionales de la salud indígenas

### 3. Fortalecimiento de la relación: servicios de salud y población beneficiaria

Se reconoce que un elemento que puede coadyuvar a mejorar la relación del personal médico con la comunidad es contar con una persona que sirva de vínculo entre éste y la población. El nombramiento de la persona debe darse a través de las autoridades municipales y en ello debe estar involucrada la propia comunidad, la cual estaría manifestando, a través de este acto, su interés por contar con personal de salud. La existencia de esta persona permitiría atenuar el impacto del frecuente cambio del personal de salud, ya que cada localidad tendría una persona encargada de asesorar al médico sobre todos aquellos asuntos relevantes de la comunidad. La función básica de esta persona, que podría ser un promotor de salud u otra persona del municipio (i.e., síndico) sería la de fungir como enlace cultural entre la población y el servicio.

Número de agentes de vinculación entre las actividades del médico y/o personal de salud y las autoridades del municipio y población / número de comunidades atendidas

### 4. Acceso de las mujeres a los servicios de salud

Los resultados muestran la necesidad de contar con mujeres que proporcionen acompañamiento y consejería en temas relacionados con la salud reproductiva y particularmente la muerte materna. Aquí se pueden considerar varias posibilidades, una es la formación de las

promotoras de Oportunidades y de las encargadas del programa de Vida Mejor para realizar esta función. La otra es la promoción de la organización de parteras, no se trata de establecer una relación con las parteras de manera individual, sino promover un trabajo encaminado a su fortalecimiento como grupo.

Es evidente que las parteras continúan siendo un recurso fundamental para la atención del parto, y que independientemente de que las mujeres jóvenes hayan mejorado su nivel educativo, siguen recurriendo a ellas en primer término. También es cierto que las parteras tienen diversos grados de capacitación y habilidades, y que la disposición para referir a pacientes complicadas varía de municipio a municipio y de partera a partera. Esto representa uno de los nudos en la atención de la maternidad, y sobre todo para la prevención de la mortalidad materna.

Número de sesiones de capacitación a las parteras del lugar por año
Número de sesiones de capacitación brindadas a parteras por el médico de la unidad de salud por año
Número de parteras que conocen los doce signos y síntomas relacionados con las urgencias obstétricas / número total de parteras
Número de promotoras de salud que conocen los doce signos y síntomas relacionados con las urgencias obstétricas / número total de promotoras de salud
Número de clínicas que cuentan con una mujer bilingüe que dé acompañamiento a las mujeres embarazadas durante las consultas prenatales / número total de clínicas
Número de clínicas que cuentan con una mujer bilingüe que dé acompañamiento a las mujeres embarazadas durante el parto / número total de clínicas
Número de urgencias obstétricas referidas por parteras / número de urgencias obstétricas esperadas

Número de urgencias obstétricas referidas por parteras / número de urgencias obstétricas atendidas
--

### 5. Seguimiento al sistema de referencia y manejo de recursos para referencias

En los últimos diez años, la red de comunicación vial y presencia de automóviles ha aumentado en Chiapas. Lo anterior se vuelve un elemento que, en principio, haría posible el traslado de las urgencias obstétricas para su atención. No obstante, la existencia de ambulancias en los municipios debe estar aunada a mecanismos que garanticen el correcto uso de este recurso.

Número de ambulancias debidamente equipadas / número de municipios
--

Número de traslados / número total de municipios
--

Número de traslados por ambulancia / número total de traslados
--

Número de traslados por ambulancia / número esperado de urgencias obstétricas
---

Adicionalmente, los resultados de la investigación permiten proponer estrategias de observación a las barreras o elementos que afectan la atención de la urgencia obstétrica en la región. Si bien algunos aspectos son susceptibles de ser evaluados en este momento, los indicadores adecuados para medir su efecto deberán ser diseñados una vez que alguna o todas estas estrategias fueran puestas en marcha.

Algunos puntos que debe incluir una estrategia para mejorar la atención obstétrica son: a) disminuir la movilidad del personal de salud y fomentar su permanencia y disponibilidad las 24 horas al día, los 365 días del año; b) brindar entrenamiento continuo al personal de salud sobre el manejo de las urgencias obstétricas básicas y evaluar sus habilidades respectivas; c) brindar entrenamiento a las parteras para la identificación temprana de complicaciones durante el embarazo, parto

---

y puerperio; d) establecer mecanismos funcionales de referencia entre las parteras y los centros de salud, y entre éstos y los hospitales; e) implementar campañas en radio que incluyan mensajes informativos en las lenguas indígenas, sobre las principales complicaciones obstétricas.

La utilización de estos indicadores que, en lugar de poner énfasis en la medición del impacto final —ya sea a través de tasas o razones de mortalidad materna—, se centren en los procesos que se siguen para alcanzar la meta de disminuir la mortalidad materna, permitirán llevar un registro minucioso de diferentes elementos involucrados en la complejidad de fenómenos que propician la mortalidad materna en contextos multiculturales, marcados además por graves rezagos sociales, económicos y donde existen profundas desigualdades de género.

Los indicadores propuestos otorgan la oportunidad de identificar deficiencias, avances y aciertos en diferentes aspectos: disponibilidad de recursos, accesibilidad a los mismos, cobertura de población, utilización de servicios, habilidades técnicas y producción de servicios de los diferentes prestadores, detección y manejo de las principales complicaciones obstétricas, funcionamiento de la red de salud, entre otros relevantes aspectos.

Consideramos que la presente propuesta de indicadores de evaluación a la atención institucional de la urgencia obstétrica en el contexto multicultural, puede resultar una herramienta adecuada para el éxito del objetivo final: disminuir las profundas desigualdades que se reflejan en la mortalidad materna.

# DISTRIBUCIÓN MUNICIPAL DE LAS DEFUNCIONES MATERNAS EN MÉXICO 1998-2005<sup>a</sup>

---

ADRIÁN GABRIEL DELGADO\*  
HÉCTOR FERNANDO MORALES\*\*  
CUITLÁHUAC RUIZ\*\*\*

## Introducción

La mortalidad materna es todavía un problema de salud pública. En el mundo fallecen cada año más de 560 mil mujeres por problemas asociados a la maternidad, de las cuales más de 12 mil son mujeres latinoamericanas que sucumben durante el proceso de dar vida.

Desde la década de los noventa del siglo pasado, se han puesto en marcha en México estrategias para reducir la razón de mortalidad materna. Una de ellas ha sido el focalizar las acciones en los municipios de mayor riesgo para defunciones maternas.

Los municipios han sido considerados de riesgo por la presencia de defunciones maternas de forma repetida y por altas razones de ésta. Ya que la razón de muerte materna (RMM) está relacionada con el número de nacidos vivos, en aquellos municipios con alta concentración de población y con un número elevado de nacimientos se llega a presen-

---

a Trabajo presentado en el VI Congreso Nacional de Higiene y Epidemiología, 2007, La Habana, Cuba.

\* Maestro en Salud Pública y Maestro en Estudios Regionales. Asesor Médico, Ipas-México.

\*\* Maestro en Investigación de los Servicios de Salud y Supervisor Médico, Dirección de Atención a la Salud Materna y Perinatal, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud.

\*\*\* Maestro en Administración Pública y Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría Salud.

---

tar –en términos absolutos–, un número elevado de muertes maternas, aunque las RMM para estos municipios puede ser relativamente baja, como en el caso de las grandes urbes. En el país, no se habían establecido planes o programas para municipios con alta concentración de defunciones maternas, tomando únicamente como indicador el número absoluto de ellas y la repetición de las mismas.

Este trabajo se interesa en hacer visible la importancia de considerar el número absoluto de muertes maternas, y su concentración, como una herramienta de política pública para la definición de municipios de alto riesgo materno.

## Consideraciones iniciales

- ❑ La República Mexicana se divide políticamente en 32 entidades federativas y en 2 467 municipios.
- ❑ Las defunciones en general, y en particular las asociadas con las complicaciones del embarazo, parto y puerperio están ligadas a procesos demográficos, especialmente a las concentraciones urbanas y a la migración a los nuevos “polos” de desarrollo económico.
- ❑ Las defunciones maternas tienen un origen multicausal, pero están ligadas al acceso y la calidad de los servicios de salud, así como a nuevos “estilos de vida”.
- ❑ De 1998 a 2005 se registraron 10 556 defunciones maternas.
- ❑ Existe una mayor probabilidad de que ocurran defunciones maternas en las zonas metropolitanas.

## Material y métodos

Se empleó información contenida en las Bases de Datos de Defunciones Maternas de la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño (hoy Dirección General de Información en Salud de la SSA). Los datos básicos de los municipios y delegaciones del Distrito Federal (clave y nombre oficial) fueron obtenidos de la página web del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).

Se analizaron las defunciones maternas ocurridas en el periodo 1998-2005, para identificar la ocurrencia según lugar de residencia

habitual, conocer los municipios en los que se concentra el mayor número de defunciones y agruparlos por regiones de concentración, independientemente del número de habitantes de cada municipio.

## Resultados

En el cuadro 1 se presenta el número de municipios en los que ocurrió al menos una defunción materna durante 1998-2005.

**Cuadro 1**  
Número y porcentaje de municipios con defunciones maternas por año  
Estados Unidos Mexicanos, 1998 - 2005

Año	Número de municipios con defunciones maternas	% del total de municipios
1998	660	26.75
1999	650	26.35
2000	652	26.43
2001	620	25.13
2002	637	25.82
2003	637	25.82
2004	617	25.01
2005	601	24.36

Fuentes: Bases de Defunciones Maternas, DGEI, 1998-2000; DGIED 2001-2003; DGIS 2004-2005.

En el período estudiado, las defunciones sucedieron en menos de 27% de los municipios del país. En 1998 ocurrieron en 660 municipios, disminuyendo a 652 en 2000, y para 2005 a 601. La reducción fue de tres puntos porcentuales y de 59 municipios.

Los siete municipios con mayor número de muertes maternas concentraron al 10% del total en 1999, mientras que para el año 2002 esta fracción de las muertes ocurrió en 8 municipios. Los municipios de residencia habitual del 50% de las fallecidas fueron poco más de 100, y alrededor de 300 los de 75% de las defunciones.

El cuadro 2 presenta el número y el porcentaje representados por los municipios de residencia habitual.

**Cuadro 2**

Número de municipios de acuerdo al porcentaje de defunciones maternas por año en Estados Unidos Mexicanos, 1998 - 2005

Año	Número de municipios con defunciones maternas	Número de municipios que concentran		
		10% de defunciones maternas	50% de defunciones maternas	75% de defunciones maternas
1998	660	7	118	303
1999	650	8	118	304
2000	652	7	119	323
2001	620	7	109	305
2002	637	8	129	309
2003	637	7	114	311
2004	617	7	115	310
2005	601	7	117	291

Fuentes: Bases de Defunciones Maternas, DGEI, 1998-2000; DGIED 2001-2003; DGIS 2004-2005.

A fin de identificar los municipios o delegaciones<sup>b</sup> con alta concentración de muertes maternas en términos absolutos, se revisaron las bases de datos respecto a las demarcaciones de residencia de al menos el 33% de las mujeres; es decir, aquellas delegaciones o municipios en los que habitaban 3 538 de las 10 556 fallecidas en el periodo (1998-2005). Se observó que 63 de ellos correspondían a 25 entidades federativas, que concentraron 3 538 defunciones, representando el 33.52% del total. El Distrito Federal y el Estado de México contribuyeron con 11 y 15 delegaciones y municipios, respectivamente, aunque la mayoría de los 37 municipios restantes están ubicados en la Zona Metropolitana del Valle de México. Los municipios de estas entidades concentraron 16.34% de las defunciones, lo que equivale a 1 724 muertes en términos absolutos (véase el cuadro 3). **De la muestra**, 13 entidades federativas tuvieron muertes maternas solamente en un municipio; once de ellos asiento de las capitales estatales, registrándose 548, una de cada seis de las 3 538 en estudio.

b Para INEGI, las delegaciones son consideradas municipios.

**Cuadro 3**

Entidades federativas con el mayor número y porcentaje de defunciones maternas, por municipios seleccionados. Estados Unidos Mexicanos 1998-2005

Entidad federativa	Número de municipios	Número de defunciones	%
México	15	1 033	9.79
Distrito Federal	11	691	6.55
Jalisco	3	213	2.02
Puebla	2	172	1.63
Baja California	3	153	1.45
Guanajuato	3	151	1.43
Chihuahua	2	121	1.15
Chiapas	3	109	1.03
Guerrero	2	109	1.03
Tamaulipas	2	90	0.85
Coahuila de Zaragoza	2	80	0.76
Veracruz Llave	2	68	0.64
Michoacán de Ocampo	1	58	0.55
San Luis Potosí	1	56	0.53
Nuevo León	1	53	0.50
Querétaro de Arteaga	1	50	0.47
Quintana Roo	1	46	0.44
Aguascalientes	1	43	0.41
Sonora	1	38	0.36
Nayarit	1	36	0.34
Yucatán	1	36	0.34
Morelos	1	35	0.33
Tabasco	1	34	0.32
Sinaloa	1	33	0.31
Durango	1	30	0.28
<b>TOTAL</b>	<b>63</b>	<b>3 538</b>	<b>33.51</b>

Fuentes: Bases de Defunciones Maternas, DGEI, 1998-2000; DGIED 2001-2003; DGIS 2004-2005.

El siguiente cuadro (cuadro 4) presenta la aportación de cada uno de los 63 municipios en el periodo.

Cuadro 4

Número y porcentaje de defunciones maternas en municipios seleccionados  
y por año de defunción. Estados Unidos Mexicanos 1998-2005

Entidad Federativa	Clave	Municipio	Año							Total	%	% Acum.	
			1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004				2005
Distrito Federal	09007	Iztapalapa	27	20	29	18	20	24	26	24	188	1.78	1.78
México	15033	Ecatepec de Morelos	27	22	18	24	22	24	18	25	180	1.71	3.49
México	15058	Nezahualcoyótl	23	24	13	15	17	17	10	21	140	1.33	4.81
Puebla	21114	Puebla	14	10	20	19	21	27	18	10	139	1.32	6.13
México	15057	Naucalpan de Juárez	15	20	23	17	16	13	10	8	122	1.16	7.28
Distrito Federal	09005	Gustavo A. Madero	23	25	7	17	12	14	11	11	120	1.14	8.42
Jalisco	14039	Guadalajara	9	10	15	10	8	11	20	13	96	0.91	9.33
Chihuahua	08037	Juárez	7	10	12	17	9	10	12	14	91	0.86	10.19
México	15106	Toluca	14	11	12	13	10	11	9	8	88	0.83	11.03
México	15031	Chimalhuacán	8	12	9	10	13	15	9	8	84	0.80	11.82
Guanajuato	11020	León	8	12	10	6	9	14	12	8	79	0.75	12.57
Baja California	02004	Tijuana	0	6	15	9	6	10	18	14	78	0.74	13.31
Jalisco	14120	Zapopan	13	8	10	8	4	9	14	7	73	0.69	14.00
Guerrero	12001	Acapulco de Juárez	7	8	12	6	5	14	5	15	72	0.68	14.68
México	15104	Tlalneantla de Baz	18	10	8	8	4	0	13	10	71	0.67	15.36
Distrito Federal	09010	Alvaro Obregón	9	4	8	8	7	10	8	4	58	0.55	15.90
Michoacán de Ocampo	16053	Morelia	9	9	6	9	7	5	6	7	58	0.55	16.45
San Luis Potosí	24028	San Luis Potosí	3	10	8	9	11	8	4	3	56	0.53	16.98
México	15013	Atizapán de Zaragoza	6	12	6	5	2	6	11	5	53	0.50	17.49
Nuevo León	19039	Monterrey	8	6	6	8	7	5	2	11	53	0.50	17.99
Distrito Federal	09003	Coyoacán	6	16	6	4	2	7	8	2	51	0.48	18.47
Distrito Federal	09012	Tlalpan	10	8	3	10	3	5	6	5	50	0.47	18.95
Distrito Federal	09013	Xochimilco	6	6	5	8	6	9	3	7	50	0.47	19.42
México	15122	Valle de Chalco Solidaridad	9	8	6	4	4	7	8	4	50	0.47	19.89
Querétaro de Arteaga	22014	Querétaro	8	6	5	7	9	2	6	7	50	0.47	20.37
Tamaulipas	28022	Matamoros	4	8	9	7	6	3	6	7	50	0.47	20.84
México	15074	San Felipe del Progreso	12	7	13	6	3	2	1	5	49	0.46	21.30
Quintana Roo	23005	Benito Juárez	2	8	8	9	5	3	6	5	46	0.44	21.74
Coahuila de Zaragoza	05035	Torreón	10	2	8	5	4	2	4	10	45	0.43	22.17
Jalisco	14098	Tlaquepaque	4	5	3	8	4	7	4	9	44	0.42	22.58
Aguascalientes	01001	Aguascalientes	1	7	9	7	5	8	2	4	43	0.41	22.99
Distrito Federal	09015	Cuauhtémoc	8	9	5	3	4	5	5	2	41	0.39	23.38
Tamaulipas	28032	Reynosa	2	8	2	2	10	6	1	9	40	0.38	23.76
Baja California	02002	Mexicali	5	3	5	3	5	5	9	4	39	0.37	24.13
Chiapas	07089	Tapachula	4	6	4	3	6	7	4	4	38	0.36	24.49
Distrito Federal	09006	Iztacalco	9	6	4	5	3	3	4	4	38	0.36	24.85
Guanajuato	11007	Celaya	4	5	3	6	8	5	4	3	38	0.36	25.21
Sonora	26030	Hermosillo	6	3	3	6	7	6	4	3	38	0.36	25.57
Guerrero	12028	Chilapa de Alvarez	3	4	4	4	5	10	1	6	37	0.35	25.92
México	15025	Chalco	5	5	5	8	4	3	3	4	37	0.35	26.27
Baja California	02001	Ensenada	3	6	2	4	2	7	3	9	36	0.34	26.61
Chiapas	07101	Tuxtla Gutiérrez	3	8	3	8	4	3	4	3	36	0.34	26.95
México	15039	Ixtapalaca	3	3	7	8	1	3	7	4	36	0.34	27.29
Nayarit	18009	El Nayar	6	0	4	2	7	5	6	6	36	0.34	27.63
Veracruz Llave	30087	Xalapa	6	9	5	4	4	1	5	2	36	0.34	27.97
Yucatán	31050	Mérida	6	7	1	2	6	5	4	5	36	0.34	28.31
Coahuila de Zaragoza	05030	Saltillo	6	4	4	5	4	6	4	2	35	0.33	28.65
Chiapas	07059	Ocosingo	6	3	1	6	5	2	5	7	35	0.33	28.98
Distrito Federal	09017	Verustiano Carranza	8	4	1	8	2	6	4	2	35	0.33	29.31
Morelos	17007	Cuernavaca	6	5	4	5	4	5	3	3	35	0.33	29.64
Guanajuato	11017	Irapuato	8	2	5	2	4	7	3	3	34	0.32	29.96
Tlaxaco	27004	Centro	8	7	3	1	4	2	6	3	34	0.32	30.29
Puebla	21156	Tehuacán	8	0	4	7	4	7	2	1	33	0.31	30.60
Sinaloa	25006	Culliacán	3	5	3	5	8	1	5	3	33	0.31	30.91
Veracruz Llave	30193	Veracruz	4	7	3	1	6	1	6	4	32	0.30	31.21
México	15109	Tultitlán	7	1	3	5	5	0	7	3	31	0.29	31.51
México	15114	Villa Victoria	4	6	8	4	1	4	2	2	31	0.29	31.80
México	15121	Cuautitlán Izcalli	3	4	3	8	3	4	3	3	31	0.29	32.09
Chihuahua	08027	Guachochi	3	4	2	2	6	4	2	7	30	0.28	32.38
Distrito Federal	09008	La Magdalena Contreras	4	5	4	4	4	4	2	3	30	0.28	32.66
Distrito Federal	09011	Tlalhuac	3	2	6	3	4	2	3	7	30	0.28	32.95
Durango	10005	Durango	2	6	3	0	3	3	10	3	30	0.28	33.23
México	15060	Nicolás Romero	3	4	2	3	7	4	3	4	30	0.28	33.52
Total			479	481	438	448	411	438	424	419	3 538	33.52	

Fuentes: Bases de Defunciones Maternas DGEI, 1998-2000; DGIED 2001-2003; DGIS 2004-2005.

## Discusión

La revisión realizada revela una mayor concentración de defunciones maternas en los municipios de las zonas metropolitanas, especialmente en las del Valle de México y Guadalajara.

Se reconoce que en los últimos ocho años, en 10 municipios o delegaciones políticas: Iztapalapa, Ecatepec de Morelos, Nezahualcóyotl, Puebla, Naucalpan de Juárez, Gustavo A. Madero, Guadalajara, Juárez, Toluca y Chimalhuacán, se concentró el 11.82% de las defunciones maternas (1 248 casos). Todos estos municipios forman parte de zonas metropolitanas. Respecto a Jalisco, tres municipios (Zapopan, Tlaquepaque y Guadalajara) quedaron incluidos entre los 63 con alta concentración, y de ellos sólo en Zapopan disminuyeron durante el período estudiado.

También llama la atención que el municipio de Puebla ocupa el cuarto lugar en el periodo, destacando también que en Acapulco de Juárez se observara un incremento en las defunciones maternas, al pasar de siete en 1998 a 15 en 2005; además de que los municipios de Celaya, Irapuato y León, de Guanajuato, ubicados entre los 63 municipios seleccionados, se ubican en el llamado “corredor del Bajío”.

Finalmente, agregamos que en el caso del Distrito Federal las delegaciones Azcapotzalco, Cuajimalpa, Milpa Alta, Miguel Hidalgo y Benito Juárez no aparecen entre los 63 municipios con mayor mortalidad materna.

En algunos de los municipios seleccionados de las principales áreas urbanas se observa un incremento de defunciones maternas, por ejemplo en los municipios de Guadalajara, Jalisco, y Juárez, Chihuahua, en donde el crecimiento promedio fue de 45%. En sentido contrario, se aprecia una disminución importante en Gustavo A. Madero, Distrito Federal; Toluca, México; y Zapopan, Jalisco.

En los municipios de Ocosingo, Chiapas; Guachochi, Chihuahua; Chilapa de Álvarez, Guerrero; San Felipe del Progreso y Villa Victoria, México; y El Nayar, Nayarit, con población hablante de lenguas indígenas ocurrieron 218 defunciones maternas, 2.05% del total.

En esta muestra estuvieron presentes siete municipios fronterizos, seis en la frontera norte (Ensenada, Mexicali, Tijuana, Juárez, Matamoros y Reynosa), y Tapachula, en la del sur. En ellos vivían 372 de las mujeres fallecidas por complicaciones obstétricas; 3.52% del total nacional.

---

## Conclusiones

1. Las defunciones maternas –durante el periodo 1998-2005– se concentraron en menos del 27% del total de los municipios del país.
2. De 1998 a 2005, siete municipios concentraron 10% de las defunciones maternas.
3. Al estudiar los 63 municipios con el 33% de las defunciones en números absolutos, se observó que:
  - ❑ La mayoría son metropolitanos, o municipios capitales de estado.
  - ❑ Los municipios fronterizos, cada año, concentran más defunciones maternas.
  - ❑ La Zona Metropolitana del Valle de México es la de más defunciones registradas.
  - ❑ En esta muestra, una cantidad reducida de defunciones maternas ocurrió en municipios con población hablante de lenguas indígenas. Esto se debe a que la población indígena vive en municipios con un número reducido de habitantes, y aunque son los que presentan las razones maternas más altas, el número total de defunciones no resulta elevado. Además que no existe un marcador demográfico para identificar a la población indígena que fallece en los municipios más densamente poblados.

A partir de estas conclusiones, se recomienda que las acciones de salud materna y perinatal en México deben tener una reorientación, con base en los datos registrados en los municipios con un número mayor de muertes en términos absolutos, así como una elaboración de programas regionales o metropolitanos orientados a disminuir el número y las razones de defunción materna.

Dado que la concentración urbana más importante es la Zona Metropolitana del Valle de México, se propuso a las autoridades de salud del Distrito Federal y del Estado de México un Plan Metropolitano de Salud Materna y Perinatal. Este Plan está siendo operado por una Comisión a cargo de la Dirección General de Hospitales Federales de Referencia.

# VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO. ALGUNOS HALLAZGOS DE UN ESTUDIO EN MORELOS

---

ROBERTO CASTRO\*

## Introducción

La literatura reciente sobre el problema de la violencia contra las mujeres ha insistido sobre la necesidad de estudiar si la violencia se incrementa o disminuye durante el embarazo (1, 2). Esta necesidad es particularmente urgente en el caso de México, donde dicha relación permanece inexplorada. En otros países, hay estudios que muestran que el maltrato a la mujer es un hecho frecuente que puede empezar o empeorar durante el embarazo. La prevalencia de abuso durante el embarazo varía según el tipo de definición de violencia utilizada, según la forma en que dichas definiciones son operacionalizadas y según la población estudiada. Por ello, en la literatura se reportan prevalencias que fluctúan de 4 a 65% (3, 4).

En este artículo se presentan algunos resultados de una investigación realizada por el autor en Morelos que tenía como objetivo central comparar la prevalencia y la severidad de la violencia durante el embarazo y durante el año previo. El detalle de estos hallazgos, así como el análisis de las variables que se asocian a, y predicen la violencia durante el embarazo, han sido publicados anteriormente (5).

---

\* Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (UNAM), Cuernavaca, Morelos.

---

## Métodos

Durante 1998 y 1999 se realizó una encuesta entre mujeres que se encontraban cursando el tercer trimestre de embarazo y que acudieron a control prenatal a diversos centros de salud, tanto de la Secretaría de Salud (SSA) del estado de Morelos como del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del mismo estado. El estudio se realizó en los municipios de Cuernavaca y Cuautla. Un análisis paralelo se hizo en Los Ángeles, California, de manera simultánea. Actualmente se están preparando las publicaciones que dan cuenta del análisis comparativo.

Con base en la escasa información disponible, se estimó una prevalencia de violencia contra mujeres embarazadas de entre 20 y 50%; ello permitió determinar un tamaño mínimo de muestra de alrededor de 400 mujeres por institución, con un nivel de confianza de 95%. Los criterios de inclusión fueron: a) mujeres embarazadas cursando el tercer trimestre de embarazo; b) que estuviesen siendo atendidas en consulta prenatal en los centros de salud seleccionados, y c) que hubieran aceptado participar voluntariamente en esta investigación. A todas las mujeres se les explicó el objetivo y la naturaleza de ésta y se les ofreció información sobre instituciones donde podían obtener apoyo legal y psicológico si así lo deseaban.

Para la recolección de información se elaboró un cuestionario que exploraba, entre otros, los siguientes aspectos: a) datos generales de la entrevistada (edad, lugar de nacimiento, historia de parejas, fecundidad, ocupación, alcoholismo); b) historia de violencia durante la infancia (de la entrevistada y su pareja); c) violencia durante el embarazo (tipos, circunstancias y gravedad), y d) violencia durante los doce meses previos al embarazo (tipos, circunstancia y gravedad).

Para la medición de la violencia el autor realizó una adaptación de las escalas “Index of Spouse Abuse” (6) y “Severity of Violence Against Women Scale” (7). De dichas escalas se seleccionaron 11 ítems para violencia física, tres para violencia sexual y 12 para violencia emocional. Con los 26 ítems de violencia seleccionados se construyó y validó, de manera independiente, una escala de severidad de la misma. El detalle de esta metodología puede consultarse en otras fuentes (5, 8).

## Algunos resultados

Del total de las mujeres entrevistadas, 93% eran casadas o unidas. El promedio de edad de las mujeres fue de 25 años, mientras que el de sus parejas fue de 28. El promedio de escolaridad para las mujeres fue de 8.56 años, y de 8.21 para los hombres ( $t=2.49$ ,  $p<.05$ ). El promedio de hijos de las mujeres entrevistadas fue de 1.12. La inmensa mayoría de las mujeres (89%) no reporta tener hijos muertos, y casi la totalidad de quienes los tuvieron reportan haber tenido sólo uno. Del total de las mujeres entrevistadas, casi 77% reportó estar dedicada a las labores del hogar, mientras que cerca de 16% reportó contar con algún tipo de trabajo formal, ya sea como empleadas o como obreras. El porcentaje restante cuenta con algún tipo de trabajo más informal (empleada doméstica, vendedora ambulante, etc.). Por su parte, un alto porcentaje de las parejas de estas mujeres labora como empleado o como obrero (60%), o bien como albañil (38%), de manera que el porcentaje de desempleo reconocido es muy bajo.

### *Prevalencia de la violencia, general y por tipos, antes y durante el embarazo*

A nivel general, la prevalencia de *violencia total* (combinando los tres tipos) fue muy semejante antes y durante el embarazo: 24.4 y 24.6%, respectivamente (cuadro 1). De hecho, no existe diferencia estadísticamente significativa entre estas dos prevalencias ( $\chi^2=.0118$ ,  $p>.05$ ). Algo muy semejante ocurre cuando examinamos los tres tipos de violencia por separado en la población entrevistada: la *violencia física* pasó de una prevalencia de 12.1% antes del embarazo a una de 10.6% durante éste, sin que ello refleje una diferencia significativa ( $\chi^2=1.2155$ ,  $p>.05$ ); la *violencia emocional* pasó de una prevalencia de 18.2% antes del embarazo a una de 20.5% durante el embarazo; y la *violencia sexual* pasó de una prevalencia de 9.9% a otra de 8.1% durante el embarazo. Como en el caso anterior, estas diferencias no son significativas estadísticamente (respectivamente:  $\chi^2=1.5483$ ,  $p>.05$ ; y  $\chi^2=1.7148$ ,  $p>.05$ ).

### Cuadro 1

Comparación de prevalencias de violencia de género contra las mujeres, antes y durante el embarazo (n=914)

Tipo de violencia (V)	Prevalencia (%)	chi cuadrada	P
V.total en el embarazo	24.62	0.0118	0.913
V.total antes del embarazo	24.4		
V.física en el embarazo	10.61	1.2155	0.27
V.física antes del embarazo	12.12		
V.emocional en el embarazo	20.46	1.5483	0.213
V.emocional antes del embarazo	18.16		
V.sexual en el embarazo	8.1	1.7148	0.19
V.sexual antes del embarazo	9.85		

Fuente: R. Castro, *Encuesta sobre violencia contra mujeres embarazadas en Morelos*, 1998.

Estas prevalencias, sin embargo, incluyen tanto a los casos de mujeres que reportaron haber sufrido violencia *esporádicamente* (un evento de violencia al menos una vez), como a aquellos casos de mujeres que sufren violencia *sistemáticamente*. Como hemos señalado en otros trabajos (9), así medida la prevalencia resulta un indicador poco preciso y por ende poco útil (apenas indicativo) de la complejidad de la violencia contra las mujeres embarazadas. Si restringiéramos nuestro análisis sólo a ese indicador, tendríamos que concluir simplemente que el embarazo no hace mayor diferencia en relación con la violencia que sufren las mujeres.

#### *Variaciones en el índice de violencia*

Con el índice de violencia construido para esta investigación, sin embargo, es posible apreciar con mucho mayor detalle la dinámica del fenómeno de la violencia y los cambios que ésta experimenta antes y durante el embarazo. El cuadro 2 presenta en detalle esta información. En ella se presenta el índice promedio de violencia, general y por tipos, que se registraron para la población estudiada. Hay que señalar que se trata de un índice transformado a una escala del 1 al 100, donde el valor máximo, o sea el 100, corresponde al máximo valor registrado; es decir, a la violencia total antes del embarazo (i=32.42). La comparación de cualquiera de los demás valores con respecto a éste permite

encontrar el valor que les corresponde dentro de dicha escala (8).

**Cuadro 2**

Variaciones en el índice de violencia, general y por tipos, antes y durante el embarazo. Población total y población con violencia en el embarazo

	Media	SD	Dif. medias	T	Sig	Interpretación
<b>Población total (N = 914)</b>						
V. total en el embarazo	4.10	11.78	-0.35	-1.073	0.284	No cambió
V. total antes del embarazo	4.44	12.69				
V. física en el embarazo	1.17	4.38	-0.47	-2.847	0.005	Disminuyó
V. física antes del embarazo	1.65	5.82				
V. emocional en el embarazo	2.31	6.53	0.29	1.75	0.08	No cambió
V. emocional antes del embarazo	2.02	6.09				
V. sexual en el embarazo	0.62	2.46	-0.16	-2.019	0.044	Disminuyó
V. sexual antes del embarazo	0.78	2.69				
<b>Población con violencia en el embarazo (n=224)</b>						
V. total en el embarazo	16.72	18.86	2.12	1.919	0.056	Aumentó
V. total antes del embarazo	14.60	20.37				
V. física en el embarazo	4.77	7.84	-0.64	-1.031	0.304	No cambió
V. física antes del embarazo	5.41	9.98				
V. emocional en el embarazo	9.41	10.38	2.64	4.752	0.0001	Aumentó
V. emocional antes del embarazo	6.76	9.79				
V. sexual en el embarazo	2.54	4.45	0.11	0.419	0.675	No cambió
V. sexual antes del embarazo	2.43	4.40				

Fuente: R. Castro, *Encuesta sobre violencia contra mujeres embarazadas en Morelos*, 1998.

Se aprecia en el cuadro 2, en primer lugar, que al considerar al total de las mujeres entrevistadas (n=914), el índice medio de violencia total *antes del embarazo* (4.44) no cambió significativamente en comparación con el índice medio de violencia total *durante el embarazo* (4.10;  $t=-1.073$ ,  $p > .05$ ), lo que parecería confirmar el hallazgo reportado más arriba en el sentido de que el embarazo no representa una diferencia significativa. El uso de este índice, sin embargo, nos permite apreciar variaciones importantes que la mera prevalencia no nos deja ver. Así, se observa que la violencia física, en términos del índice de severidad, disminuyó significativamente durante el embarazo

---

( $t=-2.847$ ,  $p<.05$ ). *Este constituye uno de los hallazgos más importantes de este proyecto*: el embarazo parece funcionar como factor de protección respecto a la severidad de la violencia física, pues se asocia a una disminución de su severidad en comparación con la que experimentan las mujeres en el año anterior. Lo mismo ocurre con la violencia sexual, que también disminuyó significativamente en su severidad ( $t=-2.019$ ,  $p <.05$ ).

La severidad de la violencia emocional, en cambio, no reporta variaciones significativas ( $t=1.75$ ,  $p >.05$ ), por lo que puede afirmarse que en la población en su conjunto este tipo de violencia no varía en función del embarazo.

Si tomamos en cuenta únicamente a la población que sufrió alguna forma de violencia *durante el embarazo*, las tendencias resultan consistentes con lo anterior, en el sentido de que la severidad de la violencia emocional se comporta de manera independiente de la severidad de las otras dos formas de violencia (física y sexual). Se aprecia en la mitad inferior del cuadro 2 que existe un incremento en la violencia total casi significativo estadísticamente ( $t=1.919$ ,  $p=0.56$ ). Este cambio no está dado por un aumento de la violencia física ni de la sexual, sino enteramente por un incremento de la violencia emocional ( $t=4.752$ ,  $p<.001$ ).

Otro hallazgo importante se refiere a la proporción de mujeres que cambiaron de estatus (con violencia o sin violencia) al quedar embarazadas. Casi un tercio de las mujeres que reportaron violencia durante el embarazo ( $n=135$ ) no la tuvieron antes de éste. Lo anterior parecería apoyar la hipótesis de que la violencia tiende a aparecer o a incrementarse durante el embarazo. Sin embargo, también se registraron cambios en la dirección opuesta: 44% de las mujeres que reportaron haber sufrido violencia durante el año anterior al embarazo ( $n=160$ ), señalaron que en el lapso del embarazo ésta se detuvo. Los datos, entonces, sugieren que el embarazo puede estar asociado a cambios significativos (en ambas direcciones) en el patrón de violencia al que están expuestas las mujeres.

Un último hallazgo revelador se refiere a las zonas del cuerpo de la mujer que son golpeadas durante el embarazo. De acuerdo con la información recabada, *durante el embarazo* las mujeres son golpeadas en primer lugar en los brazos (63% del total de mujeres que reportó violencia física en el embarazo); en segundo lugar, en la cabeza, cara y cuello (57%);<sup>a</sup> en tercer lugar, en las piernas (37%); en cuarto lugar, en los hombros y espalda (27%); en quinto lugar, en el estómago y vientre (14%). Para otras zonas del cuerpo se reportaron porcentajes menores. Conviene destacar que estas proporciones son equivalentes a las reportadas en relación con la violencia *antes del embarazo*. Los datos señalan, entonces, que el embarazo no parece ser un factor que “re-dirija” los golpes a alguna zona del cuerpo en específico. En este sentido, la noción de que durante el embarazo se incrementan los golpes al vientre carece de sustento en este estudio.

## Conclusiones

De acuerdo con nuestros resultados ¿aumenta o disminuye la violencia contra las mujeres durante el embarazo? La respuesta es compleja porque el problema también lo es. En términos de *prevalencia* la violencia permanece igual. En términos de *severidad*, considerando sólo a las mujeres que sufrieron alguna forma de violencia en el embarazo, aumenta la violencia emocional, pero la severidad de la violencia física y sexual permanece constante. O bien, considerando al total de las mujeres entrevistadas (y no sólo a las que sufrieron violencia en el embarazo), la severidad de la violencia emocional se mantiene constante, mientras que la severidad de la violencia física y sexual disminuye. En términos de *status* frente a la violencia, el embarazo sí es un factor de cambio muy significativo pero ambivalente: una alta proporción de mujeres que no sufrían violencia antes del embarazo comienzan a tenerla a partir de éste, al mismo tiempo que una proporción incluso mayor de mujeres que sí sufrían violencia antes del embarazo dejan de tenerla en este período.

a Estos porcentajes no suman 100% porque una misma mujer puede reportar golpes en diferentes partes del cuerpo.

---

Finalmente, en términos de *partes del cuerpo que son golpeadas*, el embarazo no parece ser factor de cambio: las mismas proporciones se registran antes y durante el embarazo.

Es importante destacar el hallazgo reportado en esta investigación, en términos de la magnitud de la prevalencia de violencia contra las mujeres tanto durante el embarazo como en el año previo (en ambos casos, casi 25%). Se trata, evidentemente, de un fenómeno que no puede ser minimizado. Hemos mostrado también que la violencia emocional (alrededor de 20% de prevalencia) predomina por encima de los otros dos tipos de violencia, física y sexual (alrededor de 10%). Si bien la diferenciación entre los diversos tipos de violencia siempre resultará problemática (toda vez que, por ejemplo, toda forma de violencia física presupone también a la violencia emocional), es importante hacer este esfuerzo analítico para poder conocer mejor la complejidad de este fenómeno.

Cabe decir que el problema de la violencia contra las mujeres durante el embarazo sigue siendo una cuestión apenas incipientemente explorada en México. Es necesario realizar más estudios, preferentemente de base poblacional, que permitan confirmar o refinar los hallazgos reportados en este trabajo en términos del comportamiento de la prevalencia y la severidad de la violencia un año antes y durante el embarazo. Y simultáneamente, es impostergable iniciar la investigación que permita comparar la violencia durante el postparto con la ocurrida durante y antes del embarazo. En la literatura internacional se ha comenzado a señalar que la verdadera diferencia en términos de prevalencia y severidad de la violencia puede estar en estos períodos.

## **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y REFERENCIAS**

1. Gazmararian J. A., Petersen R., Sptiz A. M., Goodwin M. M., Saltzman L. E. y Marks J. S., "Violence and reproductive health: current knowledge and future directions", en *Maternal and Child Health Journal* 2000, 4(2): 79-84.
2. Campbell J. C., Moracco K. E. y Saltzman L. E., "Future directions for violence against women and reproductive health: science, prevention, and action", en *Maternal and Child Health Journal* 2000 4(2): 149-154.
3. Bewley C. A. y Gibbs A., "Violence in pregnancy", en *Journal of Nurse Midwifery* 1991 7(3): 107-112.
4. Ramírez J. y Vargas P., "Mujer y violencia: un hecho cotidiano", en *Salud Pública de México* 1993 35:148-160.

5. Castro R., *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*, CRIM-UNAM, Cuernavaca, 2004.
6. Hudson W. y McIntosh S., "The assessment of spouse abuse: two quantifiable dimensions", en *Journal of Marriage and the Family* 1981 43(4): 873-885.
7. Marshall L. S., "Severity of Violence Against Women Scale", *Journal of Family Violence* 1992 7(2):103-121.
8. Castro R., García L., Ruiz A. y Peek-Asa C., "Developing an index to measure violence against women for comparative studies between Mexico and the United States", en *Journal of Family Violence* 2006 21(1): 95-104.
9. Castro R. y Riquer F., "La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos", en *Cadernos de Saúde Pública* (Brasil), 2003 19 (1): 135-146.
10. Peek-Asa C., García L., McArthur D. y Castro R., "Severity of Intimate Partner Abuse Indicators as Perceived by Women in Mexico and the Unites States", en *Women & Health* 2002 35(2/3):164-180.

# MUERTE MATERNA Y DESIGUALDAD SOCIAL

---

PAOLA MARÍA SESIA\*

## Introducción

En los objetivos del Milenio de Naciones Unidas<sup>a</sup> se contempla la reducción de la muerte materna (MM) en tres/cuartas partes para 2015 como una de las ocho metas prioritarias para el desarrollo (1). Sin embargo, en México el Sector Salud federal reconoce que va a ser muy difícil cumplir con esta meta, considerando el perfil epidemiológico complejo y diferenciado en morbilidad y mortalidad materna entre las distintas regiones y las dificultades de elevar el acceso y la calidad de los servicios obstétricos de emergencia en todo el país. Entre los grandes retos se encuentran los estados de “brecha”,<sup>b</sup> como Oaxaca, Guerrero y Chiapas, los cuales sufren un rezago social histórico, en donde las tres “demoras”<sup>c</sup> intervienen de manera acumulativa para que mujeres en edad reproductiva se mueran durante la maternidad en proporciones inusitadas (3).

---

\* Investigadora titular del CIESAS-Pacífico Sur, Co-coordinadora del Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos-Oaxaca (CPMSR-Oaxaca).

a Los Objetivos del Milenio de Naciones Unidas fueron establecidos por el Secretariado General de las Naciones Unidas en el año 2000 y contemplan ocho grandes objetivos, entre ellos la reducción de dos/terceras partes de la mortalidad infantil entre 1990 y 2015, la educación primaria universal para la niñez en 2015 y la reducción de la muerte materna en tres/cuartas partes entre 1990 y 2015.

b Los estados de brecha son aquellos que presentan mayor pobreza y altos índices de marginación (o bajo índice de desarrollo humano) con respecto a otros estados y a los promedios nacionales. Estos perfiles son reflejos de fuertes rezagos sociales y económicos en los campos educativo, de salud, infraestructura y servicios, e ingresos, entre otros. En México los estados del sur son los que históricamente presentan estas condiciones, asociadas a la presencia del mayor número de población indígena en el país.

c El modelo de las tres demoras ha sido un instrumento conceptual muy útil para poder explicar el ocurrir de la muerte materna en todo tipo de contexto a nivel mundial. En él se hace hincapié que la muerte materna ocurre por retrasos que ocurren en uno o más de tres niveles: a) demora en decidir buscar atención médica, b) demora en llegar a los servicios de salud y c) demora en recibir atención médica oportuna y de calidad (2).

---

Considerando que la mayoría de las muertes maternas son prevenibles y evitables,<sup>d</sup> el ocurrir en proporciones muy altas en estos tres estados, año tras año,<sup>e</sup> es un indicador de la desigualdad social que se concentra de manera particularmente acentuada en la región sur del país. Desigualdad social concebida como subordinación, exclusión y discriminación en sus múltiples facetas de género, de etnia-raza y de clase. Y desigualdad social que afecta de manera desproporcionada a las numerosas poblaciones rurales, indígenas y pobres de Oaxaca, Guerrero y Chiapas. Son justamente las mujeres indígenas que viven en condiciones de profunda inequidad genérica, en localidades aisladas y dispersas, y en condiciones de extrema pobreza las que fallecen más por causas clasificadas como Muerte Materna en estos estados. Y son precisamente estas mujeres quienes enfrentan los mayores problemas de acceso económico, geográfico y cultural a servicios de salud oportunos y de calidad (7), o que sufren una mayor carga de discriminación en los hospitales a los que logran finalmente acceder. Lo anterior, como un reflejo importante de la profunda desigualdad social en la que están inmersas sus vidas y que caracteriza, en los casos más extremos, sus muertes.

## Metodología

Las historias de muerte materna que presento a continuación para ejemplificar la profunda desigualdad social que enfrenta la gran mayoría de las mujeres indígenas en la maternidad, son producto de una in-

---

d Esto es, si la mujer tuviera acceso a una atención obstétrica de emergencia oportuna, expedita y resolutive (4, 5).

e En el país fallecen actualmente entre 1 200 y 1 500 mujeres al año por causas relacionadas con la maternidad, con una razón de muerte materna (RMM) de 63/100 mil Nacidos Vivos (NV) (6). Mientras que en Colima la RMM fue de 10/100 mil en 2006, las RMM de los estados de Oaxaca (95/100 mil), Chiapas (88/100 mil) y Guerrero (128/100 mil) en ese mismo año fueron entre las más altas en el país (6). Estas cifras son para 2005, año en que la Dirección Nacional de Salud Reproductiva y Equidad de Género de la Secretaría de Salud implementó una política estricta de monitoreo y notificación inmediata de la muerte materna, teniendo como consecuencia una mejoría notable del registro; por ello aumentaron las razones de muerte materna en todo el país. Es importante señalar que en ese año, además de los tres estados sureños mencionados, las otras tres entidades que tuvieron las RMM más altas en el país fueron Nayarit (98/100 mil), Chihuahua (91/100 mil) e Hidalgo (81/100 mil), estados que cuentan todos con porcentajes importantes y concentrados de poblaciones indígenas profundamente marginadas.

vestigación sobre muerte materna en Oaxaca que se realizó en fechas recientes (2004-2007).<sup>f</sup> En la investigación se dio seguimiento a 474 muertes femeninas en edad reproductiva ocurridas en el periodo 1998-2002 en 33 municipios del estado; gran parte de ellos rurales, de muy alta marginación y con altos porcentajes de población indígena. La metodología de trabajo incluyó la revisión de la información disponible en Oficialías del Registro Civil, su comparación y apareamiento con los datos disponibles en las bases de estadísticas vitales del INEGI y la base de vigilancia epidemiológica de los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO), así como el seguimiento en campo de estas muertes. En el trabajo de campo se usó la herramienta de la autopsia verbal,<sup>g</sup> con entrevistas a familiares cercanos y diagnósticos post-mortem realizados por equipos mixtos de antropólogas y médicos/as. Se corroboró así un total de 97 muertes maternas, de las cuales muchas estaban subregistradas o mal registradas. Se encontraron además 13 MM extemporáneas en campo (muertes ocurridas en 1997, 2003 o 2004), de éstas también se recopilaron las historias de muerte. Nuestro material etnográfico consistió entonces en la reconstrucción a través de entrevistas con familiares de las mujeres fallecidas, además de entrevistas realizadas al personal de salud, parteras y autoridades locales para poder tener el contexto socioeconómico, demográfico, de salud, servicios e infraestructura de la comunidad donde había ocurrido la muerte.

En este breve artículo reporto tres historias recopiladas de MM en regiones rurales indígenas de Oaxaca, con el fin de ilustrar algunas de las múltiples situaciones de desigualdad social enfrentadas por mujeres indígenas en el hogar, la localidad y/o en los servicios médicos; situaciones en donde se dieron complicaciones obstétricas y el resultado último fue la muerte.

Se trata de historias necesariamente fragmentadas y parciales, no sólo porque las protagonistas no están para contar sus historias, sino también porque, en cada caso, las entrevistas nos presentan el punto

f La investigación "Muerte materna en municipios indígenas: una propuesta metodológica" se realizó simultáneamente en Chiapas y Oaxaca bajo la coordinación de Graciela Freyermuth y Paola Sesia, respectivamente. La investigación contó con el financiamiento del Fondo Sectorial Salud del Conacyt.

g Las autopsias verbales contemplaron no sólo aspectos médicos para llegar a un diagnóstico clínico post-mortem, sino también aspectos sociales que rodearon la muerte para poder obtener información de contexto sobre la fallecida y su familia, así como de las circunstancias en que se dio el fallecimiento.

---

de vista específico de uno o más familiares, con sus propios posicionamientos, racionalizaciones, justificaciones y sentimientos frente a la muerte de la mujer. De cualquier forma, las entrevistas nos permiten una mirada que, por lo más parcial y fragmentada que sea, nos deja entrever alguna o más facetas de la terrible desigualdad social que muchas mujeres indígenas enfrentan en su vivencia de la maternidad.

## **La desigualdad social en la maternidad: tres historias de muerte<sup>h</sup>**

**Primera Historia:** *“Vino su esposo a traer(la) y le dijo ‘mejor vamos a mi casa. Ahí te vas a aliviar’”*

María falleció en el 2002 en Monte Alto, una localidad de uno de los municipios de los Loxicha en la Sierra Sur de Oaxaca. Monte Alto es una localidad de más de 100 viviendas, a una distancia de la cabecera municipal de casi dos horas en carro. El camino que junta la localidad con la cabecera es de terracería y el transporte en pesero tiene un costo ordinario de entre 15 y 20 pesos (un viaje especial se cobra entre 300 y 400 pesos). La unidad de salud más frecuentada está en la cabecera, ya que en Monte Alto sólo atiende una auxiliar de salud. El hospital más cercano es el de Pochutla, al cual se hacen cuatro horas de camino y cuyo costo de traslado en un viaje especial es de 700 pesos.

María acababa de dar a luz a su cuarto hijo, una niña, y tenía sólo 23 años cuando murió. Procedente de una familia zapoteca muy pobre, había ido a la escuela sólo hasta segundo grado de primaria y no sabía ni leer ni escribir. Sus padres nos contaron que de adolescente había sido “pedida” a fuerza, ya que al parecer la familia de su marido literalmente la compró, aprovechando un préstamo que les había hecho cuando María se había enfermado y había necesitado

---

<sup>h</sup> Los nombres de las mujeres y de las localidades han sido cambiados por cuestiones de confidencialidad. Asimismo, se ha omitido incluir los nombres completos de los municipios o la localización de clínicas y hospitales mencionados, ya que se trata de información sensible.

de medicinas que los padres no podían costear. Al entregarla contra su voluntad, los padres de María recibieron a cambio un canasto de pan, dos cartones de cerveza, algunas rejas de refresco y mole. No sabemos cuántos años tenía en ese momento ni a los cuántos años tuvo su primer hijo pero seguramente era sólo una adolescente si a los 23 años estaba ya pariendo a su cuarto bebé.

Nos reportaron que en la familia de su esposo donde tuvo que ir a vivir, no la trataban bien; el marido solía tomar mucho y le pegaba con frecuencia. Durante su cuarto embarazo, el marido y los suegros siguieron exigiéndole que fuera a cargar leña y agua hasta muy avanzada la gestación. Nos comentaron que María sufría de dolores de cabeza frecuentes y no comía bien, ya que en casa del esposo vivían 10 personas y era muy difícil poder alimentar a todos. Al acercarse los dolores de su cuarto parto, María trató de regresar a casa de sus propios padres, pero el marido la fue a traer de vuelta a su casa, aun si María no quería. El trabajo de parto duró más de diez horas, la bebé venía grande y fue un parto largo y difícil. Una partera de la localidad, su esposo y su suegra la estuvieron atendiendo. Después de dar a luz, María tuvo una hemorragia repentina y masiva y falleció pocas horas después. El esposo de María no la llevó al médico, aunque ella pidió que la llevaran. La bebé se quedó inicialmente en la casa de los abuelos maternos, pero el papá fue a buscarla y se la arrebató a los abuelos de manera violenta y a son de pistola. Todos los demás hijos de María se quedaron con sus abuelos paternos.

### **Entrevista con el padre y madre de la fallecida. Ellos hablaban zapoteco, por lo que la entrevista se realizó con el apoyo de una traductora**

Antropóloga: ¿Y de qué se murió?

Traductora: Nació su bebé. Nació su bebé, pero (ella) se murió...  
Se murió a las cinco de la mañana.

Antropóloga: ¿Quién la atendió?

Traductora: Su esposo, pero ahí estaba una partera (que le) dijo 'acuéstate un ratito para que descansa un ratito'. Apenas se acostó y se murió.

Médica: ¿Sangró mucho cuando tuvo a su bebé?

- 
- Traductora:* Mucho. Parecía hemorragia.
- Médica:* ¿Y durante el embarazo, ellos (los padres de la fallecida) iban a visitar a María?
- Traductora:* Dice (la mamá de María) que ya vino su hija para aliviarse en su casa de ellos, pero vino su esposo a traer(la) y le dijo ‘mejor vamos a mi casa. Ahí te vas aliviar’. Ya está (María) con su papá y su mamá, y vino su esposo a traer(la).
- Médica:* ¿Y ya estaba para aliviarse?
- Traductora:* ujum... Dice (la mamá) que... María quería ir al doctor, pero el señor (el marido) no tiene dinero para llevarla al doctor. Y dice la señora que cuando murió su hija, (el marido) sí encontró (dinero para) una caja para enterrar, y ¿cómo cuando su hija quería ir al doctor él no quiso llevarla? No la quería llevar.
- Antropóloga:* Pero cuando (María) era joven dicen que ¿se la llevaron antes de que tuvieran hijos? Ellos: ¿estaban de acuerdo que se llevaran a María, o nada más se la robaron?
- Traductora:* La finada no quería ir a juntarse con Pedro (el marido), dice, pero a la fuerza se juntó porque la dieron ellos sus padres.
- Antropóloga:* Ellos la dieron: ¿A cambio de qué?
- Traductora:* Dice (el papá) que le dio un canasto de pan y dos cartones de cerveza, y rejas de refresco nada más, y mole.
- Médica:* Y ellos ¿Por qué quisieron darla?
- Traductora:* Dice que la señora (la mamá) no la quería dar, pero como la vinieron a pedir a la fuerza pues... Y la finada no quería ir. Ella quería ir a trabajar.
- Antropóloga:* ¿Y por qué ellos no podían decir que no, si no querían?
- Traductora:* (Es) que el papá no quería dar(la), pero el señor (el marido)...vino a pedir a la fuerza. Cuando antes se enfermó la finada, compró el señor todo. Dice (el papá) que (le) inyectaron cápsulas y ampollitas (a María cuando estaba enferma). Por eso el señor se cobró, y la fueron a pedir.
- Antropóloga:* ¿Cómo?

*Traductora:* Bueno, el señor, como se enfermó, pues, se enfermó María, y su suegra (la mamá del marido) compró cuatro ampollitas para que se pone bien. Y como el papá de María no tiene dinero... (para) comprar ampollitas para su hija... Por eso al pedir a su hija, el señor se cobró.

*Traductora:* Dice (el papá) que (ella) no estaba ahí (con el esposo) porque se pelean mucho en su casa.

*Antropóloga:* ¿Él le pegaba a María?

*Traductora:* le pegaba... tomaba mucho, le pegaba mucho a su esposa.

*Traductora:* Trabajaba (la fallecida), va a (traer) la leña, va a traer agua.

*Médica:* ¿Embarazada iba a traer leña?

*Traductora:* La mandaban a traer agua, a traer leña.

*Médica:* ¿Quién la mandaba?

*Traductora:* Su suegra, la mamá de su esposo... La mandaba a traer agua, traer leña, estando embarazada, dice.

En el caso de María estamos frente a una joven mujer que en ningún momento parece haber tenido voz o voto sobre el destino de su propia vida. Silenciada y vuelta objeto de intercambio económico por su condición de género, María se volvió literalmente propiedad del marido y de la familia política; historia que se repitió, al fallecer ella, con sus cuatro hijos. Al parecer María no tuvo posibilidad alguna de negociar su posición, las cargas de trabajo, la comida, un trato digno o el descanso en casa de sus suegros durante sus años de convivencia en esta familia. Aún menos, la posibilidad de poder escoger donde dar a luz o de recibir atención médica cuando la necesitaba y la pidió. La atención médica seguramente representa un gasto oneroso en una familia pobre y alejada de los servicios médicos. Sin embargo, si a los ojos de su marido y de sus suegros María no valía mucho, ¿para qué gastar en ella? La subordinación del género femenino implica, en un caso como éste, que la vida de una mujer es finalmente prescindible frente a los gastos que la atención médica implica.

La actuación de los padres de María en su propia narración es ambigua. De alguna manera ellos se representan a sí mismos como víctimas de las circunstancias y del destino, seres subordinados cuya capacidad de negociación frente a los argumentos, el poder económico y la

---

prepotencia de la familia del futuro yerno fue mínima. Pero finalmente no hay cuestionamiento aparente de parte de ellos, menos aún del padre, que su hija pudiera ser vendida, y a bajo precio, en nombre de una deuda incurrida con la familia del yerno. En este sentido, se puede vislumbrar una cierta complicidad en compartir una concepción no sólo patriarcal sino patrimonial de la familia, en donde las mujeres se vuelven objeto de intercambio y propiedad de la familia política; aun si esta complicidad parece matizada en este caso por una relación interfamiliar de poder que se nos presenta como asimétrica. La inacción de los padres frente al yerno que vino a recoger a María para regresarla a la casa de él cuando estaba a punto de parir y en contra de la voluntad de ella nuevamente nos recuerda que para sus propios padres, María es propiedad del marido y de la familia de él. Los padres de María no cuestionan que sea el marido quien tiene el poder de tomar decisiones finales, aun si éstas van en absoluto detrimento de la salud y hasta la vida de una mujer –su propia hija– que está totalmente subordinada en las jerarquías de género y generación a nivel local.

**Segunda historia:** “¿Con qué voy a comprar sangre y comida?”

Juana era una mujer de 39 años cuando falleció en 1999 de anemia severa en el puerperio tardío. Era chinanteca, de una localidad del municipio de Lalana. A su muerte dejó a sus tres hijos huérfanos. Juana había podido terminar la escuela primaria de niña; además del chinanteco, nos dicen que entendía y hablaba el castellano.

De acuerdo con el testimonio de su esposo, al mes de haber dado a luz a su tercer hijo, Juana inició a sangrar. Al parecer, el marido no la llevó a la clínica más próxima, ubicada en un pueblo a 20 minutos de camino de la localidad, sino directamente al hospital de la ciudad más cercana, en el estado de Veracruz, y después al hospital regional más cercano en Oaxaca de la Secretaría de Salud en donde Juana recibió una primera transfusión. Como el sangrado no paraba y Juana se volvía cada vez más débil, unas semanas después su esposo la llevó una segunda vez al hospital de la Secretaría de Salud. Según su testimonio, en ese hospital esta vez no la atendieron porque él no tenía dinero para pagar la transfusión y el ultrasonido que le solicitaron. Aparentemente, Juana falleció durante el traslado de regreso a su casa.

## Entrevista con el esposo

*Antropóloga:* (Ella cuando falleció) ¿acababa de tener a su bebé?

*Entrevistado:* Sí, ya tiene bebé, nació bien el bebé.

*Antropóloga:* Ella, ¿por qué murió?

*Entrevistado:* Murió por enfermedad de anemia severa.

*Antropóloga:* Ella, ¿de qué se quejaba?, ¿cómo fue?, ¿cómo fue que...?, ¿usted cómo la vio? Ella, ¿adelgazó, ella sangró cuando...?

*Entrevistado:* Sangró, sí... Sangró, ya no estuvo fuerte hace dos meses que nació el bebé y como ya no sanó bien pues... y no aguantó de esa enfermedad.

*Antropóloga:* ¿Quién atendió su parto?

*Entrevistado:* La partera fue, y este aquí en Playa (Vicente)...fue cuando fue este en Playa (Vicente) en el hospital fue. Este, compré sangre para que se (re)ponga ella, no? Para quedarse un poco fuerte, no? Y como ella no aguantó...

*Antropóloga:* ¿Perdió mucha sangre?

*Entrevistado:* Sí.

*Médico:* ¿Sus reglas cómo eran si no estaba embarazada? ¿Normales? ¿Le duraban, cuantos días le duraban sus reglas a su esposa?

*Entrevistado:* Cuando nació el bebé y ya este se paró su regla. Estuvo bien cuando ve que nació.

*Entrevistado:* (Al) otro mes, ahora sí ya. Este, regló mucho.

*Entrevistado:* Regló mucho.

*Antropóloga:* ¿Mucha sangre salía? ¿Ya no le paró?

*Entrevistado:* Ya no... Como cuatro cinco seis días (duró el sangrado) creo y luego fui a ver al curandero y le dije "¿Por qué está pasando así?"... Por eso me fui otra vez a Tuxtepec me fui.

*Médico:* ¿Al hospital?

*Entrevistado:* Sí, al hospital. Ahí, este, me dijo el doctor 'Necesita sangre otra vez'. Como yo soy pobre pues, no tengo dinero para comprar cada rato sangre... Es muy cara. Vale 2,000 por litro o más.

*Médico:* ¿Comprar sangre?

*Entrevistado:* Sí.

---

*Médico:* Uhm... No sé cuánto vale una transfusión en Tuxtepec... ¿Nunca le dijeron que le iban a quitar (su matriz) o que presentaba alguna alteración en su matriz?

*Entrevistado:* No. Fue porque cuando me fui otra vez, este, a comprar sangre porque... como yo le dije que no tenemos dinero para comprar otra vez... Para repetir comprar otra vez, no? Y por eso... el doctor dice “Ni modos, pues, si usted no tiene...”. Porque yo hablé claro pues, que no tengo nada, soy pobre de así, y cuando uno se le va al hospital necesita comprar algo y tanto medicamento, cuando el doctor me va a decir no? Y como yo no tengo... ¿Con qué voy a comprar sangre y comida?

*Médico:* ¿Le dijo que necesitaba un ultrasonido?

*Entrevistado:* Sí.

*Médico:* Y ¿No se lo pudo hacer?

*Entrevistado:* Así es.

*Médico:* ¿Por lo mismo que no tenía usted dinero?

*Entrevistado:* Sí.

En esta entrevista vemos la barrera que representa la pobreza para recibir atención médica. Cuando el esposo afirma una y otra vez que no pudo pagar los costos de atención porque son muy caros y él no tenía dinero, hay que tomar en cuenta dos factores. Primero, efectivamente los hospitales públicos de la Secretaría de Salud cobran por los servicios médicos que otorgan, aun si el derecho a la salud está estipulado en la Constitución, por lo que el no tener acceso real a servicios es una violación a ésta. Se supone, además, que la Secretaría de Salud tendría que hacer un estudio socioeconómico de cada caso y cobrar tarifas mínimas. Estas tarifas, sin embargo, siguen siendo muy superiores a la capacidad de gasto que tienen familias pobres del campesinado indígena. Segundo, en el cálculo de gastos, se debe incluir los costos indirectos de la atención, como los de traslado y de estancia de la paciente y de su acompañante en la ciudad donde se ubica el hospital de la Secretaría de Salud; nuevamente, costos prohibitivos para estas familias. Si se requiere salir de la localidad de Juana para buscar mayor atención se va a la localidad veracruzana que está a dos horas, y un viaje especial sale en \$450. Si se va hasta el hospital regional de la

Secretaría de Salud en Oaxaca, el viaje especial sale en \$700, más los gastos de estancia.

Pareciera que para mujeres indígenas como Juana y para sus familias enfermarse es un lujo; atenderse y curarse, un privilegio del cual ellas están a todas luces excluidas. Esta historia nos revela otra faceta más de la desigualdad social: la exclusión de la atención médica para ciertos sectores sociales que no pueden costear servicios que no son gratuitos; exclusión que implica una violación constante y repetitiva del derecho a la salud para todos los mexicanos, independientemente de su clase social.

**Tercera historia:** *“Pues no la atendieron, de veras, no la atendieron, la dejaron abandonada”.*

Ana falleció en 2002 a los 27 años de edad, dos semanas después de dar a luz a su segunda hija. Otomí de Veracruz, se casó con su esposo de un municipio mazateco de Oaxaca. Se habían conocido en el Distrito Federal donde ambos trabajaban. Después de un tiempo, decidieron regresar a Oaxaca y vivían en una localidad de un municipio mazateco. Asistió regularmente a sus consultas prenatales y dio a luz en el hospital regional más cercano por cesárea, ya que la bebé venía “atravesada”. Según su esposo, quedó internada en el hospital tres días y después de que la dieran de alta se regresó a su comunidad adoptiva. Pero, pocos días después, empezó a tener mucha fiebre, escalofríos y su herida inició a darle mucha comezón y abrirse un poco. Su esposo la llevó a consulta a la clínica del pueblo donde el doctor le dio pase inmediato para dirigirse de vuelta al hospital. Inició a vomitar sangre. En el hospital la hicieron esperar antes de internarla. Una vez internada, estuvo con solución intravenosa durante varios días, pero sin mejoría alguna. El esposo indica que durante su estancia en el hospital se quejó mucho de que los médicos y la enfermera no le hacían nada y que ella se sentía cada vez peor. Ana falleció en su casa, firmando la responsiva de alta voluntaria; responsiva que, nos contó el marido, el médico del hospital les ordenó que firmara para que ella saliera del hospital. Ana llegó a su casa a las 7:30 de la noche y falleció a las 4:15 de la madrugada siguiente.

---

## Entrevista con el esposo

*Entrevistado:* Fue de parto...la operaron y tardó como unos...días porque sí estuvo bien. Y luego empezó de diarrea y vómito... El doctor (de la clínica municipal) la revisó... Y me mandó a (hospital regional)...

*Entrevistado:* (La bebé) nació en el hospital por cesárea porque dice que estaba mal la niña. Estaba atravesada. (En el hospital) tardó tres días y después la trajeron por acá. La dieron de alta... Sí tuvo calentura, la llevé por allá (con el médico de la clínica) y le dieron... le dieron un calmante nomás... En su parte tuvo dolor, le dio comezón, todo... le dio comezón todo... y todavía la llevé cada tres días, nomás la vio la enfermera, me dijo este el doctor nomás de por sí es así cuando ya es carne nueva que va formando, da comezón, nomás dijo el doctor. Entonces ya empezó más... tuvo más calentura. Entonces ya empezó a temblar. La llevé al hospital. ... Llegué y ahí se quedó como unas dos horas ahí... y hay muchos pacientes ahí en el hospital... No me atendieron rápido pues... ella estaba vomita(ndo), estaba...vomitaba agua como rojita... Se quejó de muchas cosas... Puro dolor aquí en el estómago... Se sintiera como empujado aquí, su estómago. Sí, el escalofrío y la calentura...y así (la) llevé (al hospital regional) en camión. Pero ahí no la atendieron rápido, tiene que esperar. Esperar más. Afuera. Así, pasaron como dos horas... ahí se quedó... ahí se quedó ella. Le pusieron un suero y empezó a tener más calentura... empezó a, este, a vomitar, mucho como otros tres días se quedó todavía. Ya le empezó a vomitar sangre como ya que está cocinado sangre. Pues (ella) le dijo al doctor... "Creo que no aguanto al rato... Ya tengo 15 días". No... no sanaba. Se enojó el doctor con ella cuando le dijo: "Yo creo que no sirve usted. Qué me está pasando a mí. Tengo 15 días...". Y a la enfermera le dijo: "Creo que no va a salvarme, no me están haciendo nada ya"... Se enojó la enfermera. Ya de ahí, pues le dijo: "Como quieras". Y le aventaba cosas, la

dejaba así pues... No sanaba... Le avisaron al doctor y él viene... Primero preguntó: “¿Cómo te sientes?” Y ella dijo “Me siento muy grave, doctor. Me siento muy grave. Creo que no voy a continuar. Ya me está doliendo más”. Y también le dijo así “Creo que no sirve usted, doctor, ya tengo 15 días...”. No mejoraba, y puro suero el doctor... Ella fue de dolor, solamente de dolor, puro comezón y el vómito, sangre adentro... Nomás como se abrió un poco (la herida de la cesárea) donde le cosieron pues...

*Médico:* Entonces, ¿ella falleció acá?

*Entrevistado:* Falleció acá. Aquí falleció. Aquí en casa. Sí porque le dieron de alta allá (en el hospital). Sí, porque le dieron alta porque dijo el doctor que regresara a su casa.

*Médico:* ¿Firmó ella para salir?

*Entrevistado:* Sí, ella firmó. Era como le estoy diciendo se enojó mucho que no sanaba pues... no sanaba... el doctor dijo: “Aquí no queremos que conteste el paciente, nosotros mandamos...” Nunca nos dijo el doctor (del hospital). Dice el doctor (de aquí) que fue de parto... Nunca nos dijo, todavía le pregunté al doctor, al director del hospital....

*Médico:* ¿No le transfundieron sangre?

*Entrevistado:* No... nunca los pasamos sangre... Cuando la dieron de alta sí vomitaba sangre. Vomitaba todo. Acostada aquí, porque cada rato vomitaba. Cinco minutos, tres minutos vomitaba (sobre las) sábanas todo. Hasta a mí también me regañaba, hasta el doctor me quería sacar afuera.

*Antropóloga:* y luego de ahí: ¿la sacaron y la trajeron para acá?

*Entrevistado:* Me dijo (el doctor) que tenga alta voluntaria, tiene que firmar, sí como cada rato, cada rato vomitaba, vomitaba.

*Médico:* ¿No vieron la posibilidad de trasladarla a otro hospital?

*Entrevistado:* No, no. Nunca dijeron. Lo único... la trajimos para acá. Ya no tardó, tardó otro poco. Llegamos como 7:30 (de la noche) murió en la madrugada. Sí, se murió en la madrugada a las 4, 4:15.

---

La historia de la muerte de Ana nos enseña otras dos facetas de la exclusión social que enfrentan desproporcionadamente mujeres indígenas: la mala calidad de la atención en hospitales regionales ubicados en zonas indígenas y el ocultamiento de sus muertes maternas que sabemos es mayor en dichos lugares. De acuerdo con la narración de su esposo, parece que el personal médico del hospital les pidió que Ana se diera de alta de manera voluntaria, cuando de hecho estaba muy grave. Podemos presumir que de esta forma el hospital evitó así el registro de una muerte materna ocurrida en sus instalaciones y causada inicialmente por iatrogenia. El esposo comentó que nunca le ofrecieron trasladarla a otro hospital. Él nos contó que el médico de la clínica de su municipio afirmó que había sido muerte “de parto”, pero se negó en certificarla. La muerte fue finalmente registrada por el perito municipal y su causa verdadera, ocultada.

Entendemos que el médico del municipio estaba muy enojado con el personal del hospital, porque le querían imputar a él una muerte materna que, todo indica, fue causada por septicemia puerperal postquirúrgica a consecuencia de una cesárea mal practicada en el hospital regional. Para evitarse problemas, la muerte de Ana fue registrada como causada por una anemia multicausal, sin mencionar en su certificado de muerte que ella acababa de dar a luz. Todo indica que esta muerte materna no sólo fue iatrogénica, directamente imputable a la falta de calidad de los servicios de salud a los que tuvo acceso esta mujer en el momento del parto. Al parecer fue también una muerte deliberadamente ocultada por el personal del hospital cuando surgió la complicación en el puerperio. La única forma posible de comprender además por qué no se canalizó a Ana a atención más especializada en Oaxaca, tiene que ver con la probable intención de ocultar la responsabilidad del hospital en la septicemia de esta mujer; responsabilidad que hubiera salido inmediatamente a la luz en tercer nivel de atención, con probables sanciones hacia el hospital regional. Es muy posible entonces que en el hospital se prefirió dejar morir a Ana que canalizarla a Oaxaca por no correr el riesgo de ser descubiertos. De confirmarse la versión, siendo ella (y su esposo) indígenas, habitantes de una localidad serrana, con poca posibilidad de defender sus derechos, exigir una atención de calidad y/o fincar responsabilidades de negligencia, ocultamiento y falta de atención, el riesgo en ocultar esta muerte no fue tan grande. Bajo esta lógica, la vida de una mujer indígena puede ser prescindible y su muerte puede muy bien pasar desapercibida, sobre

todo ocultando causales que se perciben como problemáticas por su alta visibilidad en la vigilancia epidemiológica del sistema de salud.

## Conclusiones

Las tres historias de muerte que acabo de presentar nos ofrecen un panorama crudo y desolador acerca de algunas de las facetas de la desigualdad social que atañe a muchas mujeres indígenas de manera desproporcionada cuando enfrentan la maternidad. Las facetas que aquí se expusieron tienen que ver con la subordinación de género, la exclusión económica y la discriminación, negligencia, ocultamiento y falta de canalización a un nivel más especializado en el ámbito hospitalario.

En el caso de las mujeres indígenas en el México rural contemporáneo, la gran mayoría está inmersa en estructuras sociales y relaciones de poder que tienden a hacerlas sujetos sociales subordinados<sup>i</sup> a la voluntad y decisiones de otros; en particular de sus padres primero, y del marido y los suegros después. Se trata de contextos socioculturales en donde la asimetría en el poder se construye con base en el género y la generación no sólo en la familia, sino también en la comunidad en su conjunto (8, 9). Son las mujeres indígenas las que en la gran mayoría de los casos tienen que vivir en situaciones de una triple subordinación y exclusión: la del racismo y de la clase social que comparten con sus maridos, padres, hijos, hermanos y vecinos varones y que es derivada de su condición étnica y social, y la del sexismo, derivada de su ser mujer (10). El sexismo se construye y se vive en distintos ámbitos adentro y afuera de la comunidad. Adentro, constituye una experiencia que se desarrolla en la vivencia cotidiana de estas mujeres en sus relaciones familiares, sus redes sociales más amplias y sus relaciones comunitarias.

Como pudimos vislumbrar en la primera de las historias de muerte aquí narradas, estas estructuras y relaciones sociales asimétricas en

---

i Me refiero aquí a la mujer joven, niña, adolescente, recién casada o con hijos pequeños. Es evidente que en esta construcción hegemónica de las relaciones de poder, en el momento de su ciclo de vida en que la mujer se convierte en madre de hijos adultos y suegra, va a detentar un poder considerable que ejerce sobre todo frente a sus nueras, reproduciendo así las relaciones asimétricas no sólo a nivel de género, sino de generación.

---

donde la mujer es un sujeto subordinado a la voluntad de otros sin tener autonomía propia, pueden tener (y tuvo en este caso) efectos devastadores en la vivencia de la maternidad precisamente cuando surgen complicaciones y se enfrenta la posibilidad de la muerte (8).

Las dos historias siguientes sirven de contrapunto a la primera. No todas las historias de muerte materna en municipios indígenas que encontramos fueron casos extremos de desidia, negligencia o abandono por parte de aquellos que ejercen el poder frente a mujeres que no tenían ninguna posibilidad de decidir por sí solas. En los casos de Juana y Ana, las narraciones nos indican situaciones distintas, en donde los maridos intentaron hacer lo que estuvo en sus manos para salvar la vida de sus esposas. La historia de Juana nos enseña otra faceta de la desigualdad: la falta de acceso económico a los servicios de salud y, en específico, a una atención médica post-obstétrica que sea oportuna, efectiva y, sobre todo, gratuita. La historia de Ana, por otro lado, nos indica las tremendas carencias en calidad de la atención que hospitales regionales ubicados en zonas indígenas enfrentan. Nos enseña, además, que en estos espacios hospitalarios se utilizan a veces estrategias deliberadas de ocultamiento para librar responsabilidades y deshacerse de muertes incómodas. Este caso es particularmente perturbador porque hay indicios de que se evitó la canalización a un nivel más especializado de atención que hubiera podido salvar la vida de esta mujer, sólo para ocultar la negligencia médica incurrida en el hospital.

Estos factores son profundamente inicuos porque excluyen y discriminan de manera preponderante a las poblaciones, comunidades y mujeres indígenas. Son los municipios indígenas los que tienen las peores carreteras, que están menos comunicados y que están más distantes de los servicios médicos en Oaxaca. Son las familias indígenas de estos municipios de extrema marginación las que no tienen una posibilidad real de acceder a servicios médicos, aun si esta exclusión es profundamente violatoria de las leyes y normas federales y estatales que garantizan en papel el derecho a la salud. Y son las mujeres indígenas y sus familias que, cuando logran acceder a servicios médicos, más comúnmente son objeto de una atención deficiente, sin calidad ni calidez que en ocasiones hasta puede atentar contra su salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UN Millenium Project, *UN Millenium Project 2002-2006*, en [www.unmilleniumproject.org](http://www.unmilleniumproject.org), 2007.
2. Thaddeus S. y Maine D., "Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context", en *Social Science and Medicine*, 1994, 38(8):1091-1110.
3. Ruiz C., *Salud materna en México 2007-2012. Avances y retos*, Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, presentación en PowerPoint realizada en la Reunión Anual de Becarios de la Fundación MacArthur, noviembre 2007.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS), *Reducción de la mortalidad materna. Declaración conjunta OMS/FNUAP/UNICEF/Banco Mundial*, OMS, Ginebra, 2007.
5. United Nations Population Fund (UNFPA), *Mortalidad materna, actualización 2002. En especial, Atención Obstétrica de Emergencia*, UNFPA, New York, 2003.
6. Secretaría de Salud, *Salud: México 2001-2005. Información estratégica por entidad federativa*, Secretaría de Salud, México, 2006.
7. Secretaría de Salud, *Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas*, Secretaría de Salud, México, 2005.
8. Freyermuth G., *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, CIESAS/INM/CPMVSR-Chiapas/ Porrúa, México, 2003.
9. Mallon F., "La conflictiva construcción de la comunidad: género, etnicidad y hegemonía", en Mallon F., *Campesino y nación. La construcción de México y Perú poscoloniales*, Colegio de San Luis/Colegio de Michoacán/CIESAS, México, pp. 183-223, 2003.
10. Hernández R. A., "Entre el etnocentrismo feminista y el esencialismo ético. Las mujeres indígenas y sus demandas de género", en *Debate Feminista*, 2001, 24:206-230.

