

# Monitoreo Ciudadano de la Política Pública Federal para Reducir la **Morbimortalidad** **Materna** en México

Marzo 2005 - mayo 2006

**Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población**

**Capítulo Distrito Federal**

[www.mortalidadmaterna.com.mx](http://www.mortalidadmaterna.com.mx)





# Presentación

---

**E**l presente documento es producto del monitoreo de las políticas pública 2005-2006 que la Secretaría de Salud del Gobierno federal dirige a la reducción de la morbimortalidad materna. Incluimos la situación que guarda esta problemática en los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca, por ser las entidades con las más altas tasas de muertes maternas; así como el Estado de México y el Distrito Federal por ser localidades que en el 2004 formaron parte de las 12 entidades federativas que concentran el 75% del total de las defunciones maternas de todo el país.

El Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población –FNMPP– fue fundado en 1993 por grupos de mujeres de 17 estados de la República Mexicana para promover alianzas y diálogos con la sociedad civil y el sector público, a fin de incidir en el mejoramiento de las políticas de población del gobierno mexicano y el respeto de los derechos sexuales y reproductivos. A lo largo de todos estos años hemos dado seguimiento para exigir y avanzar en el cumplimiento del Programa de Acción emanado de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas. Todos los Capítulos Estatales adoptan este mismo objetivo.

Teniendo como referencia los acuerdos internacionales firmados por el gobierno mexicano y la legislación vigente, enfocamos nuestros esfuerzos al fortalecimiento y colaboración entre instancias que trabajan para mejorar las políticas públicas en materia de salud y el respeto de los derechos sexuales y reproductivos.

Entre las diversas actividades que desarrolla el Foro en su Capítulo D. F.<sup>1</sup> se encuentra el impulso del proyecto “Morbilidad Materna: Monitoreo y Desarrollo de Propuestas de Políticas Públicas en México”<sup>2</sup> del cual este documento forma parte y cuyo objetivo es presentar los avances, obstáculos



y los grandes pendientes en materia de políticas públicas hacia la reducción de morbimortalidad materna en el marco de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres, a fin de generar comentarios entre las instancias gubernamentales así como con las organizaciones ciudadanas para enriquecer propuestas que conlleven a mejorar las políticas públicas hacia un real ejercicio del derecho a una maternidad libre, voluntaria y sin riesgos.





# Introducción

---

**L**a muerte ocasionada por problemas relacionados con el embarazo, parto y puerperio<sup>3</sup> es uno de los principales problemas de salud de las mujeres en edad reproductiva en México y representa un indicador de la profunda desigualdad social al estar íntimamente relacionado con la pobreza, con el acceso a servicios de salud con calidad y con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Si bien el embarazo es un proceso fisiológico natural ante el cual las mujeres pueden reaccionar de diferente manera, no son precisamente los factores biológicos los que las ponen en riesgo ante este evento. En el caso del embarazo, factores de tipo económico, social, cultural y la calidad con que se proveen los servicios de salud juegan un papel sustancial en la evolución y resolución satisfactoria de la gestación.<sup>4</sup>

Las muertes asociadas con el embarazo están prácticamente erradicadas como un problema de salud pública entre grupos de población con acceso a condiciones de vida adecuadas y a servicios de salud con calidad.

En México ocurren anualmente alrededor de 4 millones 200 mil embarazos, de los cuales sólo llega a término el 60%, es decir, aproximadamente 2.5 millones de nacimientos al año. El restante 40% -1 millón 680 mil embarazos- terminan por abortos espontáneos o abortos inducidos.<sup>5</sup>

Si bien, la tendencia de las muertes maternas parece ir disminuyendo lentamente, los cambios en el sistema de registro y “problemas de cobertura, omisión y clasificación errónea de la causa de muerte”<sup>8</sup> impiden valorar el impacto real de esta tendencia.

La magnitud del problema es mayor si tomamos en cuenta que, según la Organización Mundial de la Salud, por cada muerte materna, alrededor de 30 mujeres quedan con lesiones irreversibles en su salud después del parto.



El Estado mexicano se comprometió a abatir la mortalidad materna en diversos acuerdos internacionales, como la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Pekin, 1995). Asimismo, forma parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, al comprometerse México, junto con los países miembros de las Naciones Unidas, a “reducir las muertes maternas en tres cuartas entre 1990 y el 2015”.<sup>6</sup>





# La morbimortalidad materna en la política federal,

**L**a mortalidad materna es la cuarta causa de muerte entre mujeres en edad fértil<sup>8</sup> y es reconocida por el gobierno federal como uno “de los indicadores más relevantes de injusticia social e inequidad de género, que afectan primordialmente a las entidades federativas con menor desarrollo socioeconómico, a las comunidades rurales y a las poblaciones indígenas”<sup>9</sup>

El abatimiento de la mortalidad materna se adoptó como uno de los principales indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio por los países miembros de las Naciones Unidas, y en cuyo Informe de Avance 2005, el gobierno mexicano reconoce que “los niveles de mortalidad materna deberían ser más bajos, lo que indica la necesidad de impulsar medidas para mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de salud”<sup>10</sup>

En dicho documento, también señala que la razón de mortalidad materna por cada 100 mil nacimientos, en el período de 1990-2003 se redujo de 89 a 65.2 y concluye que la meta de 22.2 se encuentra más lejana de cumplir que la meta de reducir la mortalidad infantil, ante lo cual las autoridades se comprometen a redoblar las medidas para alcanzar los compromisos de los Objetivos del Milenio.

Según autoridades sanitarias, la tendencia de la mortalidad materna a nivel nacional tiene un ritmo de descenso de un 3.4% en promedio anualmente, durante el actual gobierno<sup>11</sup>. Sin embargo, la tendencia de disminución es poco clara debido a los cambios en el sistema de registro.<sup>12</sup>



Según datos oficiales, la razón de mortalidad materna a nivel nacional es de 62.6 fallecimientos por cada 100 mil nacimientos.<sup>13</sup>

### **Mortalidad Materna Total nacional**

<b>Año</b>	<b>Razón Mortalidad Materna</b>
1995	83.2
2000	72.6
2001	79.8
2002	63.9
2003	65.2
2004	62.6
2005	n.d.

\*Por cada 100 000 nacidos vivos estimados  
n.d. no disponible

Preocupa el hecho de que en 12 entidades federativas se concentra el 75% del total de las defunciones maternas: Chiapas con una razón de 103.2, Guerrero de 99.8, Oaxaca: 86.9, Puebla: 80.8, Durango con 80.3, Veracruz con 78.1, Hidalgo: 75.3, el Estado de México con 73.4, San Luis Potosí: 73.0, Baja California con 62.8, el Distrito Federal con 62.6 y Querétaro con 58.4.<sup>14</sup>

De acuerdo a los datos de la Comisión Nacional de Pueblos Indígenas (CNPI), en las regiones tarahumara, huichola y cora la mortalidad materna es tres veces más alta que en el resto del país y tiene una estrecha relación con los altos índices de desnutrición. La alta prevalencia de anemia entre las embarazadas, sumado a la falta de acceso a los servicios de salud y el hecho de que tres de cada cuatro niños nazcan sin ningún tipo de cuidado profesional en el parto, conllevan grandes riesgos para la salud materna.<sup>15</sup>

Este dato coincide con la media nacional de muerte materna en zonas indígenas: por cada cuatro mujeres mestizas que fallecen por causas relacionadas con su maternidad, mueren 14 mujeres indígenas según la CNPI y la Secretaría de Salud.

Según la SS, se ha logrado que cerca del 90% de las mujeres tengan más de 3 consultas prenatales y que el 91 % de los partos sean atendidos por personal médico especializado.<sup>16</sup> Sin



embargo, el 82 % de las muertes maternas en el 2003, ocurrieron en unidades médicas.<sup>17</sup> Al respecto, la SS informa que de las mujeres que fallecieron "... una de cada tres mujeres acudió a más de dos unidades médicas en búsqueda de resolución de la complicación obstétrica" de lo cual concluyen las propias autoridades: "La cantidad de unidades hospitalarias sin capacidad resolutoria de urgencias obstétricas ya no representa un elemento benéfico para evitar la mortalidad materna, sino un riesgo..."<sup>18</sup>

Las principales causas directas de muerte materna son: 1) los trastornos hipertensivos, con 31.6% del total 2) las hemorragias obstétricas, con 26.1% y 3) las complicaciones del aborto, con 6%, que en conjunto representan el 64% del total defunciones maternas<sup>19</sup>. La mayoría de las cuales, reconoce la SS, "se debe a que en las unidades médicas no se siguen estrategias efectivas basadas en evidencias. Sólo el 12% del personal de salud de primer nivel conoce las medidas para atender urgencias obstétricas"<sup>20</sup>

Constantemente, las autoridades reconocen que la mayor parte de las muertes maternas son prevenibles y curables, si son atendidas de manera oportuna y adecuada. El Dr. Frenk expresó que "en México, entre 75% y 85 % de las defunciones maternas son previsibles"<sup>21</sup> Sin embargo, sigue siendo una realidad que las acciones que se realizan para evitarlas -cuando las mujeres tienen acceso a ellas- no están siendo lo suficientemente oportunas ni de calidad. Más de mil mujeres siguen muriendo año con año por estas causas.

Las acciones implementadas por el actual gobierno para disminuir las muertes maternas son diversas: el componente de salud del Programa Oportunidades, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud y en especial, el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, que intentan lograr la cobertura universal y fomentar la calidad de los servicios obstétricos a través de estrategias como la notificación inmediata de defunciones maternas y su monitoreo a través de grupos de Atención Inmediata a la Defunción Materna (AIDEM), la llamada estrategia de búsqueda intencionada de las defunciones, la promoción de la participación comunitaria, la operación de los Albergues para Mujeres Embarazadas (AME) en algunas localidades donde existe la dificultad de acceso a los centros de salud, la capacitación del personal en urgencias obstétricas y perinatales, así como la incorporación de la AE para evitar embarazos no deseados, entre otras.



En otros documentos<sup>22</sup> hemos señalado algunas de las limitaciones que el Programa Arranque Parejo en la Vida, programa prioritario del actual gobierno para atender las muertes maternas y puesto en marcha en mayo del 2001, tiene desde su diseño. Hemos insistido en que los recursos públicos asignados son insuficientes y prevalece una grave inequidad en la asignación de recursos a los estados de la república.

Señalamos también, un grave vacío en su concepción al no tomar en cuenta la diversidad de aspectos socioculturales de las mujeres a las que va dirigido; la ausencia del tema del aborto, problemática profundamente relacionada con las muertes maternas; así como una grave debilidad al dejar de lado el aspecto de que cada embarazo y cada nacimiento sean deseados, es decir, la maternidad libremente decidida, gozosa, sin violencia y atendida con calidad así como la paternidad responsable. Aspectos fundamentales para el ejercicio de los derechos reproductivos.

Por otro lado, es visible el desdibujamiento del propio PAPV como parte de las acciones que plantea el Seguro Popular –ambos dirigidos a la población sin seguridad social- tanto en su aplicación como a nivel de los recursos económicos asignados a cada uno, con lo cual el problema de las muertes maternas corre también el riesgo de perder su carácter de prioritario tanto en el ámbito ejecutivo como en el legislativo y por ende, en la asignación de mayores recursos económicos.

### **Falta de acceso a métodos anticonceptivos**

Según datos de la SS, el uso de anticonceptivos entre mujeres en edad fértil presenta un ascenso año con año. Sin embargo, es un hecho que pese a los avances, a miles de mujeres les es aún negado este derecho. Los elevados niveles de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en las zonas rurales, en las zonas indígenas y entre jóvenes están estrechamente reaccionados con la falta de acceso a servicios de salud con calidad, a la pobreza, marginación y a la falta de información.

Existe una amplia brecha de desigualdad en las posibilidades de acceso a métodos anticonceptivos entre mujeres de áreas rurales y urbanas. Según los datos más recientes de la SS, la prevalencia del uso de anticonceptivos de mujeres unidas en edad fértil es del 74.5%, sin embargo en las áreas urbanas fue de 77.6% mientras que en las rurales apenas alcanzó el 65%.

Si bien, el acceso universal a la amplia gama de métodos anticonceptivos es por sí mismo uno de los derechos sexuales y reproductivos en tanto permite a las mujeres ejercer el derecho a decidir

si tener o no hijos, cuántos y cuándo, está vinculado con la maternidad voluntaria, con la salud de la mujer y con otros aspectos poco investigados estrechamente vinculados a las muertes maternas.

### **Embarazo de adolescentes y muerte materna en jóvenes**

Según CONAPO, en el país se registran alrededor de 600 mil nacimientos anuales en mujeres de 20 a 24 años de edad y alrededor de 300 mil en jóvenes de 15 a 19 años. Con ello, el 45% de los nacimientos en el país, se concentra entre las mujeres de entre 15 y 24 años de edad.

Las muertes maternas entre las mujeres de 20 a 24 años representan el 22% mientras que en las mujeres de 15 a 19 años se registra el 13% de los fallecimientos.<sup>23</sup>

Asimismo, son las y los jóvenes quienes presentar el mayor nivel de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, tanto en las zonas urbanas como en las rurales.

### **¿El mayor esfuerzo posible?**

La creciente pobreza y la grave desigualdad social son factores relevantes asociados a la mortalidad materna. La profunda desigualdad social de las mujeres en zonas marginadas y rurales conlleva afectaciones graves a su salud y a la negación de sus derechos fundamentales, la imposibilidad de acceder a la información y a la educación; la imposibilidad de acceder a servicios médicos oportunos y de calidad; la falta de información y de acceso a métodos anticonceptivos; las condiciones de desigualdad de género y falta de empoderamiento para la toma de decisiones.

Además de la urgencia de ampliar y mejorar la capacitación del personal médico, así como profundizar el componente preventivo tanto hacia el sector salud como hacia la población para la detección oportuna de factores de riesgo, cuidados necesarios y asistencia oportuna a servicios médicos, es fundamental avanzar hacia el acceso universal a servicios de salud. Los datos muestran que las medidas diseñadas para atender las muertes maternas son insuficientes y no están siendo una realidad en todo el territorio nacional.

El Secretario de Salud anunció la realización próxima de una evaluación externa del Programa Arranque Parejo en la Vida para conocer la efectividad de las estrategias planteadas y de ahí hacer las adecuaciones necesarias.<sup>24</sup> Estaremos pendientes de los resultados.



## **Aborto: ¿Quién decide?**

El aborto es la cuarta causa de muerte materna en el país<sup>25</sup>. La Secretaría de Salud, a través del propio Programa Arranque Parejo en la Vida señala que “las principales causas de muerte materna son: preeclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica, sepsis puerperal y complicaciones del aborto, que en su conjunto representan el 68% del total de las defunciones maternas.”<sup>26</sup> El Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres –PROEQUIDAD– señala las muertes por aborto como la cuarta causa de mortalidad materna y como uno de los indicadores centrales de la salud de las mujeres.<sup>27</sup>

No obstante lo anterior, la clandestinidad en que son realizados la mayoría de los abortos impide contar con datos precisos sobre abortos realizados y mucho menos sobre la morbimortalidad que generan. Factores legales, culturales y religiosos son obstáculos que la Secretaría de Salud no ha podido o querido enfrentar.

Algunos investigadores señalan que en México, “de los 4.2 millones de embarazos que ocurren al año, el 60% de éstos llega a término; es decir, que 1.7 millones de embarazos se interrumpen en etapas tempranas; según cálculos conservadores, la mitad de estas pérdidas son abortos inducidos.”<sup>28</sup> Estas cifras contrastan con las de CONAPO, que señala que anualmente se practican alrededor de 200 mil abortos: 100 mil abortos inducidos y 100 mil espontáneos.<sup>29</sup> CONAPO reconoce que “existe evidencia de un subregistro de la mortalidad materna y de una incorrecta asignación de ciertas causas de defunción, en particular del aborto.”<sup>30</sup>

La Secretaría de Salud, en tanto rectora de la política nacional en materia de salud, tiene la responsabilidad de promover que se cumplan las disposiciones legales para dar atención a los casos de aborto no penalizados en todo el país<sup>31</sup> Asimismo, tiene la facultad<sup>32</sup> de emitir “propuestas de reforma” hacia el Poder Legislativo como el Judicial en aras del mejoramiento de la salud de las personas. Facultad que ha sido sustituida por un grave silencio frente a los casos de negación del derecho de las mujeres a interrumpir un embarazo no deseado cuando se trata de causales permitidas por la ley.

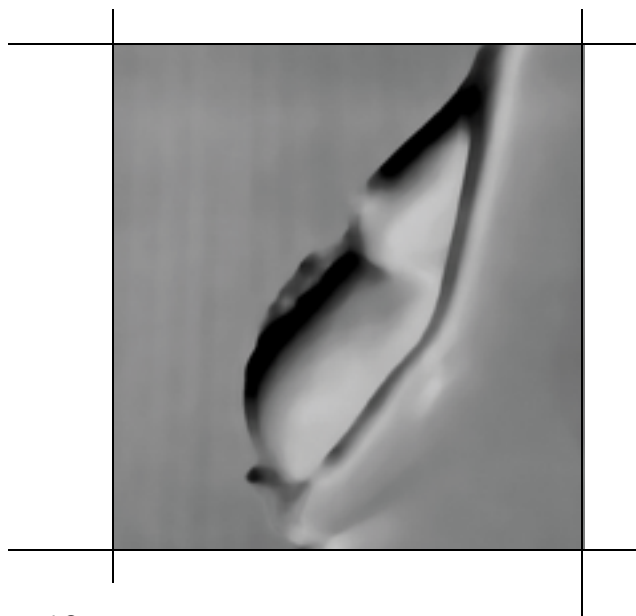
Es ampliamente sabido que para las causales permitidas, no existe en la mayoría de los estados de la República una definición clara de los procedimientos para acceder a este servicio, lo



que ha permitido a funcionarios y prestadores de servicios la violación al derecho de las mujeres a interrumpir un embarazo no deseado.

Es urgente y necesario que en todas las entidades federativas se avance hacia la ampliación de causales de aborto legal y en su reglamentación, en aras de la homologación en todo el país, ya que en la situación actual “el derecho y acceso al aborto legal sólo está reconocido para algunas mujeres. Sólo con ello será una realidad la garantía constitucional de que todas las personas somos iguales ante la ley”<sup>33</sup>. El Estado mexicano, laico y democrático, está en la obligación de promover una política legislativa, congruente con sus características y fundamentada en factores objetivos para atender la salud de las mujeres que desean interrumpir un embarazo no deseado, salud que es puesta en riesgo en las condiciones de clandestinidad en que se practica actualmente el aborto.

Ninguna mujer debe ser condenada a continuar un embarazo no deseado. Si bien, el aborto es un problema de salud pública que muestra la grave injusticia social, ya que conlleva la realización de abortos clandestinos y a la muerte y afectación de la salud de miles de mujeres pobres que no pueden pagar un aborto en óptimas condiciones, es también y fundamentalmente un tema de derechos: la libertad de decidir; de ahí que la despenalización del aborto sea un asunto relacionado con la democracia y con la justicia social.





# Chiapas, Guerrero y Oaxaca

---

## La más alta mortalidad materna

Para el 2004, la razón de mortalidad materna más alta del país la tenían los Estados de Chiapas con 103.2, Guerrero con 99.8 y Oaxaca 86.9; cifras muy por encima de la media nacional, que es de 62.6. Le seguían los estados de Puebla (80.8), Durango (80.3), Veracruz (78.1), Hidalgo (75.3), Estado de México (73.4), San Luis Potosí (73.0) y Baja California (62.8).<sup>34</sup> Destacan como los estados con menos muertes maternas, en primer lugar, Nuevo León con una razón de 5.9, le sigue, Aguascalientes con 23.6 y Colima con 28.6.

Los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca comparten características en cuanto a la existencia de grandes grupos de población en situación de pobreza y pobreza extrema dentro de los cuales se encuentran grupos indígenas cuyas condiciones socioculturales y necesidades particulares han sido ignoradas en el diseño de políticas públicas. La población indígena en todo el país –entre el 8 y 12% de la población total– vive los más grandes rezagos sociales y carece de los servicios básicos de salud; en general, los indicadores de salud de esta población están muy por debajo del resto del país y de los promedios nacionales.

En base al enfoque del PNUD que mide el desarrollo de un país tomando en cuenta los ámbitos de salud, ingreso y educación, el llamado Índice de Desarrollo Humano (IDH), se presenta a los estados de Chiapas, Oaxaca y Guerrero como las entidades con los niveles de IDH más bajo del país,<sup>35</sup> zonas con alta concentración de población campesina e indígena, que padecen discriminación y graves violaciones a sus derechos humanos, con grandes procesos de migración interna y externa.





# CHIAPAS

---

**E**n Chiapas, el estado con la más alta tasa de muertes maternas del país en base a datos oficiales del 2004 y con profundos contrastes de muertes maternas al interior del propio estado. La razón de MM de Chiapas, 103.2, fue en el 2004, 17 veces mayor que la del estado de Nuevo León -5.9-. Asimismo, al interior del estado de Chiapas, la tasa de MM en la región Costa fue de 3 por cada 10 mil mientras que en Los Altos es de 18 por cada 10 mil.<sup>36</sup>

Contrastante con la situación durante el 2004, Chiapas reporta una reducción significativa de cerca del 50% de muertes maternas en el Informe estatal de gobierno presentado en diciembre del 2005.<sup>37</sup>

## Mortalidad Materna

Año	Nacidos vivos estimados	Muertes maternas	Tasa*
2000	95,608	69	7.2
2001	98,553	87	8.8
2002	98,022	94	9.6
2003	97,296	107	11.0
2004	96,407	95	9.9
2005	95,371	50	5.2

\*Por cada 10 000 nacidos vivos estimados



En el 5 Informe del Gobierno federal, en base a datos de la Secretaría de Salud<sup>38</sup> se reportaron los siguientes datos:

### Mortalidad Materna

Año	Razón Mortalidad Materna
1995	117.2
2000	80.2
2001	105.5
2002	97.4
2003	112.1
2004	103.2
2005	n.d.

\*Por cada 100 000 nacidos vivos estimados  
n.d. no disponible

El gobierno del estado reconoce grandes dificultades en materia de datos estadísticos que permitan un diagnóstico confiable. La mortalidad materna requiere conocer el número de nacidos vivos registrados en un año y esta cifra “presenta subregistros, sobre todo en el caso de las localidades dispersas, en donde no hay oficinas para efectuar dicho trámite, ocasionando que el registro se realice mucho tiempo después del nacimiento del hijo”. Asimismo, sobre las causas de muerte, señalan que “tienen problemas de subregistro o confiabilidad, en donde influye la escasa capacitación del personal encargado de elaborar los certificados de defunción, los cuales no especifican las causas verdaderas del deceso”.<sup>39</sup>

No obstante lo anterior y sin dejar de lado la discrepancia de cifras entre los dos informes así como el hecho de que la tendencia de muertes maternas es irregular en los últimos 10 años, incluso de aumento, la reducción en el 2005 de cerca de la mitad de muertes maternas con respecto al 2004 es sumamente relevante.

El Gobierno del estado reconoció en su Plan de Desarrollo 2001-2006 la grave problemática en materia de salud de la población, en particular las graves desigualdades sociales e inequidades en el acceso a servicios al interior del estado y la insuficiencia y el gran atraso existente en las tareas de prevención, detección y tratamiento de los padecimientos de la población femenina.<sup>40</sup>

Uno de los objetivos del Plan en materia de salud es: "Disminuir el rezago en la atención a la salud de la mujer y de los pueblos indios, a través de la instrumentación de programas intersectoriales".

La política estatal de atención a mujeres embarazadas incluye diversos programas y acciones que se plantean como objetivo promover las consultas médicas prenatales, mejorar la atención médica así como ampliar la infraestructura hospitalaria, entre otras.

A través del Instituto Estatal de Salud y el Programa IMSS-Oportunidades se da atención y promueven las consultas prenatales entre la población sin seguridad social. Estrategias como Vida Mejor para las Mujeres y los Niños de Chiapas se da atención a casos detectados de desnutrición en mujeres embarazadas así como acciones para mejorar la atención inmediata de urgencias médicas. Con estas acciones, informa el Gobierno, se atendieron durante el 2005, 53 mil partos, 12 mil cesáreas y mil 162 mujeres a quienes se les detectó algún estado de desnutrición.<sup>41</sup>

Por su parte, el Programa Arranque Parejo en la Vida, acción prioritaria del gobierno federal para disminuir la mortalidad materna, al igual que en el resto del país, se ha desdibujado tanto en las acciones como en el presupuesto al ser subsumido por el Seguro Popular.

El Programa de Desarrollo Integral para la Salud y Nutrición de los Pueblos Indígenas también incluye acciones para mejorar el estado de salud de las mujeres embarazadas -32 mil 805 atendidas- que junto con el reconocimiento de lo que el gobierno llama la "salud indígena tradicional y doméstica" ha promovido la participación y capacitación de las parteras y los médicos tradicionales de los pueblos indios en coordinación con el personal del Sistema Único de Salud del Estado. e integra la capacitación de parteras tradicionales.<sup>42</sup>

En Chiapas, el 53% de los partos son atendidos por parteras tradicionales;<sup>43</sup> fundamentalmente en zonas indígenas y rurales, existen localidades en las que la totalidad de éstos están a cargo de las parteras por lo que las estrategias para abatir la mortalidad materna deben incluirlas y "concentrar su capacitación en la identificación de signos de alarma y en la gestión y canalización de pacientes con urgencias obstétricas"<sup>44</sup>

Dos acciones fundamentales para la disminución de muertes maternas en el estado -y que forman parte de la estrategia federal en el tema- son el rastreo "casa por casa" que ha permitido en buena medida la detección de embarazos de riesgo, su seguimiento, atención y prevención de emergencias obstétricas; así como el análisis de cada uno de los casos de muerte materna en unidades médicas.

Otro aspecto significativo en la disminución de las muertes maternas es el hecho de que el actual gobierno del estado promovió la elaboración de Planes Municipales de Salud en los 118 municipios que conforman el Estado, generando con ello la coordinación entre éstos y las autoridades estatales para atender los principales problemas de salud de la población. Asimismo, la incorporación de la sociedad y su participación en el campo de la salud ha jugado un papel central al involucrar a promotores y asistentes rurales de salud y la creación de comités comunitarios de salud que funcionan como enlace entre las comunidades y las autoridades municipales y locales a fin “de acercar los servicios básicos”.

En agosto del 2005, diversas organizaciones y autoridades promovimos la realización del Foro Nacional Derecho a la Maternidad Voluntaria y Segura y Prevención de Muerte Materna en México, en San Cristóbal de las Casas, Chiapas; con la participación de mujeres indígenas y mestizas de los estados de Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Veracruz, Hidalgo, Estado de México y el Distrito Federal; así como legisladores federales y locales. En este Foro, las autoridades de los gobiernos se comprometieron a impulsar la asignación y etiquetación de recursos destinados a la prevención de la muerte materna, así como a promover las reformas necesarias en la Ley General de Salud en materia de salud sexual y reproductiva, para el cumplimiento de las Metas del Milenio y al avance en la defensa, protección y ejercicio de los Derechos Humanos de las Mujeres, entre otros.

Las acciones realizadas han tenido un impacto relevante en la atención a mujeres embarazadas; sin embargo, será fundamental hacer el seguimiento de dicha disminución así como de la institucionalización de estas acciones y su sostenibilidad ya que preocupa el hecho de que fueron implementadas desde el 2001 sin lograr incidir en la disminución de la mortalidad materna y es hasta ahora que tienen un impacto significativo.

Es necesario recordar que Chiapas es un estado con una profunda desigualdad social en donde la situación de seguridad social es de las peores en el país ya que únicamente el 20% de la población es derechohabiente de la seguridad social; un estado con una profunda diversidad cultural que al ser ignorada, desatendida o equivocadamente aborda por las autoridades generó el levantamiento de grupos de población indígena, conflicto aún no resuelto por el Gobierno Federal.



# Un aporte desde Chiapas

## MORTALIDADMATERNAENCHIAPAS

**Diana**DamiánPalencia\*

*De parto se murió mi mamá, ya no se nació el bebé, se lo llevó con ella.*

*Dice mi papá que la partera no quiso sacarla, está normal el parto le dijo. Le dieron mucha medicina caliente. Meses antes mi mama sangraba mucho y mi papá preguntó si es normal que se adelante la regla, le dijeron que sí las mujeres de la comunidad a ellas les pasaba seguido en sus embarazos. Murió a los 45 años o así, no sé. Diez hijos tuvo. Cuatro hermanas mujeres somos, menos la Rosita que también murió. Yo no quería tener hijos tengo miedo de morir así.*

**Cecilia, mujer tzeltal de comunidades de Ocosingo Chiapas**

**L**a realidad es más dura a veces que las estadísticas, las estadísticas en Chiapas no son certeras, son un poco aproximadas tomando en cuenta que muchas mujeres no han sido censadas y su muerte por supuesto no tuvo ningún registro, no existió ni para las estadísticas.

El escuchar el testimonio de Cecilia (mujer de 30 años, que no existe en el censo y por supuesto su mamá muerta durante el parto tampoco) me pregunté: ¿Cuántas muertes maternas suceden en cada comunidad indígena cada año? ¿y qué consecuencias además de la muerte conlleva esto? Es una respuesta que difícilmente se puede contestar con certeza, ya que ni el INEGI, ni ninguna



organización cuenta con los registros totales de una población, y por lo tanto de datos de mortalidad materna más apegados a la realidad.

Si hacemos un grupo de muestreo con la familia de Cecilia tenemos que la familia está compuesta por 5 mujeres, dos de ella han muerto, una por muerte materna y otra por cáncer de mama, si tomamos ésto como una muestra estadística, nos alarmaría demasiado saber que de 5 mujeres, dos mueren por causas de salud reproductiva y sexual. Siendo optimistas decimos que no puede ser la realidad de la población en comunidades de la Selva, sin embargo, también podemos sospechar que no está tan alejada de la verdad.

Otro grupo de estudio. En un taller de salud sexual y reproductiva, con 18 mujeres indígenas de Ocosingo, tres de ellas platicaron que sus madres murieron durante el parto. ¿Puede ser casualidad que estos grupos de estudio nos muestren datos similares? Podemos analizar varios datos. Uno, que las muertes dentro de la familia de Cecilia, una es la madre y otra la hija, representan dos generaciones en donde existe una muerte de mujer. En el grupo dos, dentro de las mujeres que acudieron al taller, de 18 mujeres de edades entre los 15 y los 50 años, había tres casos cuyas madres habían muerto durante el parto. Hablamos de que la mortalidad materna sucedió en una generación anterior. Pueda ser que la realidad de ellas sea más favorable que la de sus madres.

## **¿Pero qué es la mortalidad materna en las comunidades indígenas, cómo se ha vivido a través de la historia y cómo se vive ahora?**

En la historia. Entre los antiguos nahuas la procreación era considerada un regalo divino que los creadores otorgan a la pareja humana.<sup>1</sup> Los hijos eran parte de la riqueza familiar. Por tanto el embarazo era considerado un signo de salud en la mujer, y el parir con éxito, su capacidad más natural. En contraposición, se consideraba que la esterilidad era la inicio de grandes desasosiegos: el ser humano infértil voltea la espalda a su naturaleza, falla en su deber y rompe la continuidad de la familia, dañando el trabajo de la creación. (Nájera, 2000).

Durante la Colonia e incluso hasta los años ochenta del siglo pasado, las ideas sobre la procreación como atributo divino continuaron vigentes, siendo además manipuladas por gobiernos, iglesia y hacendados para asegurar, por un lado, la fuerza de trabajo, y por otro, los tributos y

posteriormente para el pago de los impuestos oficiales sobre la producción agropecuaria. No obstante es a finales de los ochenta cuando se plantea la necesidad de controlar el crecimiento demográfico del país y con la idea de la “disminución de los pobres para combatir la pobreza”, se instrumentan programas y políticas públicas de planificación familiar.

Numerosos son los programas que se han puesto en marcha en el país y especialmente en zonas rurales e indígenas de Chiapas. Programas que las más de las veces violan los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres indígenas y campesinas -como el estar informadas y no ser obligadas a usar métodos anticonceptivos- pues mediante un apoyo económico las presionan para el control y la limitación de su fecundidad, tal como el Programa “Oportunidades”. Este tipo de prácticas institucionales son parte de la violencia estructural de género que impide la autodeterminación de las mujeres indígenas.

La realidad nos permite constatar la poca efectividad de esos programas pues aunque ha habido una reducción en la tasa de fecundidad, aún hoy es común encontrar en las comunidades indígenas de Chiapas a mujeres con 10 hijos ó más<sup>2</sup>. Y en ello, la madre de Rosita y Cecilia no era diferente al resto de las mujeres indígenas. Sus 10 partos dan cuenta de “su buena salud”, de su capacidad reproductiva y del buen desempeño que tuvo como mujer de acuerdo con el sistema de valores vigente.<sup>3</sup>

Tal vez es por esta “naturalización” de la maternidad prolífera es que las muertas de parto se deificaban en la época prehispánica y que actualmente sea un ejercicio culturalmente complicado relacionar la muerte de las mujeres con el embarazo o con el parto. Así lo muestra Freyermuth (1997) en su investigación sobre muerte materna cuando al entrevistar a los allegados de mujeres indígenas muertas, la mayoría excluyó las complicaciones del embarazo o del parto como posible causa de la muerte. Más bien refirieron las causas a elementos sobrenaturales como “la pérdida del alma”, a “envidias”, al “mal echado por algún enemigo”, a “la presencia del diablo durante el parto” y aún, a que “ella pidió morir”. En el caso que nos ocupa, la madre de Cecilia muere de parto, pero nadie considera este hecho como feminicidio, sino como parte de los sucesos de la vida de las mujeres: “era su destino”.

La madre de Cecilia podría no haber muerto de parto si su esposo la hubiera llevado al hospital ¿Por qué no lo hizo? Tenía poco dinero, es claro. ¿La situación económica pesaba más que el valor real

y simbólico de la vida de su esposa? ¿O era más bien que prefería utilizar la medicina tradicional?, ¿No tenían ningún acceso al servicio médico?

Encontrar una sola respuesta es simplificar la complejidad de la realidad. Probablemente fue una combinación de factores, por un lado la miseria extrema, la falta de información y la falta de atención médica cercana, factores vinculados con las construcciones culturalmente generalizadas, es decir, con la producción de estereotipos de género culturalmente específicos que reflejan y reproducen la superioridad del hombre y la inferioridad de la mujer. Desequilibrio que se representa en lo material y lo simbólico, prestigio y valor para todas las actividades y costumbres relacionadas con lo masculino, y que socialmente se traduce en formas de desigualdad y de violencia hacia las mujeres.

En las comunidades indígenas de Chiapas la autoridad y el ejercicio del poder son elementos constitutivos de la identidad masculina en contraposición con la sumisión y la obediencia que constituyen la femenina. Por tanto, resulta singular en el caso ya expuesto, que quien tomara la decisión sobre la vida de la parturienta haya sido la partera y no el marido como él mismo señala. Más aún, si consideramos que en la mayoría de los grupos indígenas la función de la partera es la de ocuparse del embarazo y del parto, pero no la de resolver las complicaciones de este último –pues se cree que estos casos requieren la intervención de un personaje con mayor poder: el curandero (Freyermuth, 1997)- la actitud pasiva del marido es agudamente paradójica.

Si bien es cierto que entre los antiguos nahuas las mujeres que morían de parto eran consideradas como guerreras y conducidas por la diosa Cihuacóatl<sup>4</sup> a un cielo especial, en la actualidad ese valor simbólico se ha desdibujado y en su lugar la muerte materna es a veces y en el mejor de los casos, sólo un dato estadístico.

En diversas manifestaciones y reclamos que han realizado los pueblos indígenas de México, una de las problemáticas que han planteado las mujeres indígenas es la ausencia de servicios médicos y medicamentos en sus comunidades, así como la discriminación con que son tratadas cuando acceden a los servicios médicos. Actualmente en Chiapas, aún con los 3 nuevos hospitales de segundo y tercer nivel, uno en Tuxtla Gutiérrez (capital de estado), otro en Tapachula, anunciados por el gobierno estatal como un paso importante en el ámbito de la salud, representan el 70% para

atención a la población mestiza de las dos ciudades y de municipios con mayor comunicación, el otro 30% será para la población indígena que se arriesgue a llegar a las ciudades, en situación de vulnerabilidad dado que no hablan el idioma castellano, son discriminados no sólo por el personal médico si no por la misma población y por su situación de pobreza. El tercer hospital, ubicado en San Andrés, está aún en proceso de construcción; en este caso sí es un municipio mayoritariamente de población indígena y de alta marginación. Es un solo municipio de los 28 ubicados en extrema pobreza en el estado. ¿Podemos preguntarnos si estos hospitales tendrán la capacidad para disminuir el índice de mortalidad materna realmente?

Chiapas es un estado en el cual la tercera parte de la población es indígena; en 28 de sus municipios, el promedio de hablantes de lengua indígena es de 90%; en nueve municipios es del 50% y en 71 de los municipios es el 10%. En su división por regiones, la región de Los Altos tiene una cifra de más del 80%, le sigue la región Selva con más del 60% y la región Norte con un poco más de 40%.<sup>5</sup>

El estado de Chiapas ocupa el tercer lugar de desnutrición en el país, después de Guerrero y Yucatán, según un estudio realizado por el Instituto Nacional de Nutrición "Salvador Zubirán" en 2003. La desnutrición es la séptima causa de morbilidad en el estado y la décima causa de mortalidad. En 1994, era la sexta causa de mortalidad entre gente indígena. La desnutrición en la población indígena es del 71.6%. Entre las mujeres indígenas llega a un 98% los casos de desnutrición.<sup>6</sup>

En la educación: según el Censo del 2000, Chiapas tiene el nivel más alto en el país en cuanto al analfabetismo. El 22.91% de la población chiapaneca de 15 años o más, no sabe leer ni escribir mientras que en la población indígena del estado de más de 15 años es del 42% de la población. El promedio nacional es analfabetismo es del 12.6%. Por cada 100 hombres analfabetos, hay 182 mujeres que no cuentan con la capacidad de comunicarse por escrito.<sup>7</sup>

En cuanto a los servicios de salud: en los municipios en donde la población indígena supera el 70%, la presencia médica es de un médico por cada 25,000 habitantes.<sup>8</sup>

La mortalidad materna en Chiapas afecta principalmente a las mujeres pobres e indígenas y las causas están relacionadas con la deficiencia y la inaccesibilidad a los servicios de salud de calidad y calidez para las mujeres indígenas que los requieran en el seguimiento y cuidado de su embarazo,

parto y posparto, los cuales son responsabilidad del estado. La desnutrición que es la visibilidad de la extrema pobreza en la que se ha mantenido y se sigue mantenido a la población indígena y sobre todo a las mujeres, la violencia familiar y la desigualdades de género son responsabilidades de un estado y de un sistema patriarcal que no se ha creado medios diferentes y alternativos de educación para sensibilizar y concientizar a la población indígena y en general de ir combatiendo las desigualdades de género.

El no tener acceso a la información y a los métodos anticonceptivos -éstos como alternativa no como programa que obliga- sin hacer toma de conciencia en el cuidado a la salud y a la vida de la mujer y en respeto de sus derechos sexuales y reproductivos, son también responsabilidades del Estado.

Por lo tanto al reducir el acceso a la educación a la población indígena, esta población reduce también la educación a las mujeres y las niñas, para que continúen cumpliendo con rol establecido como niñas y mujeres de casa, teniendo en respuesta a ello, mujeres dependientes de las decisiones del padre o del esposo. Dejando de ser niñas para ser madres, llegando así los embarazos no deseados y por lo tanto los abortos mal practicados.

En el recorrido por años trabajando salud reproductiva y sexual en las comunidades indígenas me he encontrado con realidades dolorosas siempre en todos los casos, abortos voluntarios e involuntarios de mujeres que están en un sometimiento total a su esposo, a sus costumbres y a su religión, y que por falta de información y toma de conciencia en su salud y derechos y en la apropiación de sus cuerpos. Existen casos de mujeres que deciden abortar en la clandestinidad, provocándose abortos de diferentes maneras más peligrosas para su salud y sus vidas: cargando leña y subiendo cuestras hasta sangrar y tener hemorragias que en algunas ocasiones les han costado la vida; o tomando plantas abortivas que les causan hemorragias; introduciéndose agujas en la vagina; perforándose y teniendo igualmente hemorragias, etc. Algunos de estos abortos son realizados por mujeres jóvenes que viven su sexualidad sin ninguna información, que frente a un embarazo no deseado y al temor a sus padres y a los castigos que pueden ser físicos o de destierro optan por un aborto. Otros muchos casos son mujeres cansadas de tener hijos y no poder mantenerlos y cuidarlos, mujeres que poden en riesgo su vida por no tener más alternativa y que con suerte llegan a un hospital o con la partera para ser atendidas.

Otra causa importante es la falta de control del embarazo. Muchas mujeres llegan al momento del parto sin ninguna revisión médica y en donde la partera se sorte a la vida de la mujer y el niño o la niña, presentándose en muchas ocasiones casos de hemorragias causadas por diferentes problemáticas, desde por una fuerte anemia hasta por desprendimiento de útero. Por estas razones la hemorragia es la primera causa de muerte en mujeres.

En las estadísticas no encontramos con que en los países desarrollados se dan 10 muertes de mujeres por cada 100,000 nacimientos. En México, 51 mujeres mueren por cada 100,000 nacimientos. Y en Chiapas, 117 mujeres mueren por 100,000 recién nacidos, ocupando así el tercer lugar en el ámbito nacional. Las regiones que registraron un mayor número de casos de muerte materna son la Selva y Los Altos, regiones indígenas mayoritariamente.<sup>9</sup>

Cuando “sugerimos” que las muertes maternas son “feminicidio” debido a la situación de inseguridad en la atención y preservación de la salud integral de las mujeres indígenas, se toma como una forma provocadora de politizar los procesos reproductivos, sin embargo éste término explicita el vínculo entre muerte materna y violencia de género. Puede considerarse audaz este término, pero también cercano a una realidad actual ya que no sólo mata el que apuñala o dispara, igualmente el que ignora, margina y agudiza la discriminación y no aboga y trabaja por la preservación de la salud de las mujeres indígenas.<sup>10</sup>

Es importante decir que disminuyó la mortalidad en edad reproductiva en general y también por causas maternas en la región Selva y Altos. Esto parece estar más articulado con la presencia de bases zapatistas en esas zonas y nos debe hacer pensar en que los procesos de autonomía han ayudado a esta disminución de muerte materna.

Las diversas investigaciones y propósitos en los diferentes programas de la SS hacia la salud reproductiva han colaborado para iniciar el camino pero falta aún mucho por recorrer y diseñar de manera que la población indígena y las mujeres específicamente, sean realmente beneficiadas.

La muerte materna debe ser un problema con soluciones, si el Estado y sus instituciones, organizaciones y mujeres que investigamos y proponemos y ubicamos la mortalidad materna además de un problema de salud, igualmente de educación, desarrollo, derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos y de justicia. Será necesario escuchar y tomar en cuenta las diferentes voces que han estado proponiendo desde todos los foros, como el Congreso Nacional indígena y Los Acuerdos de



San Andrés, teniendo como referentes las diferentes convenciones internacionales como la de Beijín. Las mujeres indígenas igualmente lo han hecho, han dicho su palabra y han propuesto soluciones: combatir la pobreza extrema en donde las mujeres son las más pobres, proporcionar, mejorar y acercar los servicios de salud a todas las mujeres, un oportuno seguimiento durante el embarazo, con una óptima atención durante el parto; educación con igualdad de oportunidades para los pueblos indígenas incluyendo en la igualdad a las mujeres y niñas indígenas, mayor información para las mujeres para transformar las concepciones discriminatorias de género y las relaciones de poder.

La mortalidad materna es un problema de salud, educativo, de desarrollo, de derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos y fundamentalmente de justicia, en donde todos y todas podemos aportar y el Estado tiene la responsabilidad de dar respuestas.

## Notas

---

\* Coordinadora de Formación y Capacitación, A. C. en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Coordinadora del Área de Salud Sexual y Reproductiva dirigida a población indígena.

1 Los creadores que otorgaban el regalo eran Ometecuhtli y Omecíhuatl otorgar este regalo. Véase: Fray Bernardino de Sahagún, 1989; López Austin, 1989; Nájera, 2000.

2 Hecho que no oculta el cambio generacional que se esta produciendo en los últimos años. Es posible encontrar que entre las mujeres jóvenes e incluso aquéllas que ya tienen más de 5 hijos se piense en el uso de métodos anticonceptivos como la opción para regular la procreación.

3 Martha Moreno y Diana Damián. Rosita, la finada, Violencia femenicida en Chiapas. San Cristóbal de las Casas, 2006

4 López Austin, 1989.

5 CIEPAC, Chiapas en Cifras.

6 Fuentes: Secretaría de Desarrollo Social del Estado de Chiapas 2003; CIEPAC 2001; Secretaría de Salud 2003; Comunicación e Información de la Mujer A.C. (CIMAC) 2003, 2004

7 Ibid.

8 Ibid.

9 Fuentes: Secretaría de Desarrollo Social del Estado de Chiapas 2003; CIEPAC 2001; Secretaría de Salud 2003; Comunicación e Información de la Mujer A.C. (CIMAC) 2003, 2004

10 Martha Moreno y Diana Damián. "Rosita, la finada, Violencia femenicida en Chiapas" San Cristóbal de las Casas, 2006



# GUERRERO

---

**E**n los últimos 10 años, el estado de Guerrero ha estado entre las entidades federativas del país con las tasas más altas de mortalidad materna. En base al 5 Informe de Gobierno Federal, el desarrollo de la tendencia de muertes maternas en el estado es el que se presenta a continuación y en el que Guerrero ocupaba el 2º lugar más alto de mortalidad materna en el país. Actualmente ocupa el primer lugar.

## Mortalidad Materna

Año	Razón Mortalidad Materna
1995	98.5
2000	116.3
2001	123.1
2002	104.3
2003	119.2
2004	99.8
2005	n.d.

\*Por cada 100 000 nacidos vivos estimados  
n.d. no disponible

El Gobierno estatal reconoce en su Plan de Desarrollo 2005 – 2011 la compleja y grave situación de la salud de una gran parte de la población. Dicho documento señala que alrededor del 70.2% de la población no tiene acceso a la seguridad social.<sup>45</sup>

De los 17 programas de acción que implementa el gobierno estatal en torno a la Salud, los que incorporan acciones dirigidas a la salud de las mujeres son cinco: el de Salud Reproductiva, de Atención a la Nutrición, el de Desarrollo Humano Oportunidades, Salud para Pueblos Indígenas y el Seguro Popular. Con éstos se propone “Mantener la vigilancia sanitaria permanente con enfoque de riesgo de los establecimientos que prestan servicios de atención médica ginecoobstétrica, con base en la legislación sanitaria vigente, para prevenir y proteger contra riesgos sanitarios a usuarios del servicio”. Asimismo, se propone que la política de salud pública será impulsada “con respeto a la multiculturalidad lingüística y étnica que caracteriza a la población guerrerense”.

Asimismo, desde un discurso de respeto y promoción de los derechos sexuales y reproductivos de la población, y en particular de las mujeres, establece como uno de los objetivos “Fomentar una cultura de salud preventiva y brindar acceso universal a los servicios de salud a todas las mujeres en estado de embarazo y lactancia, que contribuya a abatir la mortalidad materna.”<sup>46</sup>

De los 77 municipios del estado, 30 están considerados como de muy alta marginación de los cuales el 73% se encuentra en las regiones de La Montaña y la Costa Chica, lugares en donde se concentra el 74% de la población indígena del estado.<sup>47</sup>

Es en estas regiones en donde se concentra el 50 % de las muertes maternas que ocurren en Guerrero: en 17 municipios de las regiones de La Montaña, Costa Chica y Zona Centro, en ellas el gobierno implementó recientemente el Programa Red Roja dirigido a la atención de mujeres embarazadas.<sup>48</sup>

El 47% de las muertes maternas en el estado fueron causadas por hemorragia y más de la mitad ocurrieron fuera de una unidad médica ya sea en el hogar o en el traslado. Aquí es importante el que en las zonas rurales de todo el país, se documenta como antecedente de muertes maternas el hecho de que “la mujer fue a más de tres unidades en búsqueda de la atención y que fue referida de una a otra porque la unidad carecía de capacidad resolutive”.<sup>49</sup>

En mayo de 2005, organizaciones de mujeres promovimos la realización del Foro Nacional “Prevención de Muerte Materna ¿Y las Mujeres Indígenas?” en San Luis Acatlán, Guerrero, uno de los municipios del país con la más alta tasa de muertes maternas. Participaron mujeres indígenas de la Costa Chica y La Montaña, así como legisladores federales y estatales, autoridades y funcionarios de los tres niveles de gobierno y representantes de los estados de Chiapas, Oaxaca, Veracruz, Baja California y el Distrito Federal.<sup>50</sup>

En este Foro, los gobiernos se comprometieron a que la mortalidad materna sería un asunto de alta prioridad en las agendas estatales y en la nacional, así como a impulsar programas integrales. En materia legislativa, el compromiso fue el aumento y etiquetación de presupuestos a nivel federal, estatal y local para la atención y combate a la muerte materna, vinculado a indicadores y metas específicas relacionadas a este problema.

Será fundamental el monitoreo y seguimiento de estos compromisos así como la transparencia y rendición de cuentas de todas las autoridades y en particular, del gobierno del estado de Guerrero.





# Un aporte desde Guerrero

---

Aproximación a la problemática de la mortalidad materna en Guerrero.  
Una expresión de injusticia social.

**Leticia**Cuevas\*

Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia A.C.\*\*

## **Datos básicos del estado Guerrero... que explican el por qué es primer lugar en mortalidad materna del país.**

En el contexto nacional, Guerrero es la entidad federativa con el índice más alto de marginación. Se considera que el 57.7% de la población vive en 67 municipios con alto y muy alto grado de marginación, el 6.3% en 5 municipios con grado medio y el restante 36% en municipios de bajo grado de marginación.<sup>11</sup> Es decir, más de la mitad de los habitantes no participa del disfrute de bienes y servicios esenciales para el desarrollo de sus capacidades básicas. En los ambientes de alta marginación se presentan elevados niveles de mortalidad, edades tempranas al momento de contraer matrimonio y tener al primer hijo, un reducido espaciamiento entre los embarazos y elevados niveles de fecundidad.

Lo anterior se muestra claramente en los indicadores de Salud Sexual y Reproductiva de Guerrero,<sup>12</sup> que es la entidad más rezagada respecto del país en su conjunto: en cuanto a la adopción de la planificación familiar se estima que el porcentaje de mujeres casadas o unidas en edad fértil que hace uso de alguna forma de control de la fecundidad es de 51.8%, cifra muy por debajo del promedio nacional que es de 70.8%. En el estado se observa una persistencia de pautas tempranas



en el inicio de la vida marital: alrededor de seis de cada diez mujeres guerrerenses viven en unión o matrimonio antes de cumplir los 20 años.

La mortalidad materna se asocia, en gran medida, con la insuficiencia en la cobertura y calidad de los servicios de salud reproductiva que se otorgan a la población y afecta mayormente a las mujeres que viven en condiciones sociales y económicas desfavorables, lo que provoca precariedad nutricional y un limitado acceso a los servicios de salud.

Guerrero registró una mortalidad materna de 5.3 por 10 mil nacimientos registrados en 1997, lo que lo ubicó en el séptimo lugar entre los estados con mayor rezago en esta materia. Es importante mencionar que las muertes maternas se concentran en los grupos de edad que más aportan a la fecundidad: más de la mitad de las mujeres que murieron entre 1995 y 1997 por causas maternas tenían entre 20 y 34 años de edad, una de cada cuatro tenía 35 años o más y poco menos de dos de cada diez eran menores de 20 años.<sup>13</sup> Sin embargo, para el 2005 Guerrero se convirtió en el primer estado del país con más alta tasa de mortalidad materna.

La principal causa de mortalidad materna en Guerrero en los años noventa fueron las hemorragias del embarazo y del parto, mismas que produjeron tres de cada diez fallecimientos. La toxemia del embarazo fue la segunda causa más importante y representó poco menos de la cuarta parte de las defunciones entre 1995 y 1997. La tercera causa correspondió a las complicaciones del puerperio, la cual duplicó su participación relativa al pasar de 5.6% en 1989-1991 a 11.4% en 1995-1997. El aborto constituyó la cuarta causa más importante de muerte materna y su participación casi se triplicó entre ambos cortes temporales, al representar 3.4 y 9.1% del total de muertes maternas, respectivamente.<sup>14</sup>

Se estima que en Guerrero la cobertura de servicios institucionales de atención prenatal, al parto y puerperio es menor que en el resto del país. Ello condiciona, junto a otros factores de tipo social, educativo y de acceso a los servicios, que los daños a la salud reproductiva presenten mayor incidencia. Una manifestación de estas condiciones es el hecho de que solamente el 61.4% de la atención prenatal que reciben las mujeres proviene de personal médico y 2.2% de enfermeras, auxiliares o promotoras de salud; mientras que el 16.5% recibe atención de parteras y casi el 20% no recibe atención alguna. Del total de mujeres que no reciben atención durante el embarazo, casi el

50% habla lengua indígena, más de un tercio habita en el medio rural, el 44% no tiene escolaridad, casi el 30% de ellas han tenido cuatro hijos o más y el 19% son menores de 19 años.<sup>15</sup>

Una característica del estado de Guerrero es su diversidad étnica. Para el año 2000, la población hablante de lengua indígena fue de más de 367 mil personas de 5 años y más que representaron el 13.9% de la población. La población indígena radica, principalmente, en las regiones de la Costa Chica y Montaña, donde se presentan altos niveles de marginación y dificultades de acceso. A pesar de que en agosto del 2004 al cumplirse la usuaria número un millón e identificada por el gobierno federal en el recién establecido Hospital de Tlapa en la Montaña, a pesar de los Compromisos de Acatlán<sup>16</sup> firmados por representantes de gobierno federal, estatal, municipal y organizaciones civiles, durante el mes de abril, San Luis Acatlán fue “foco rojo” en mortalidad materna del país.<sup>17</sup>

Sin duda, los indicadores básicos para la evaluación del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida 2001-2006,<sup>18</sup> evaluados en Guerrero se han mejorado según los registros y reportes oportunos, el registro de expedientes clínicos de las acciones en las mujeres embarazadas, en los niños menores de 2 años y la evolución y atención del parto, del puerperio y del recién nacido; en la formación y capacitación a los equipos 4 x 4 de supervisión; la capacitación técnica en la operación del programa y la cobertura a una mayor cantidad de mujeres.

El cambio reciente del gobierno estatal ha permeado en la ejecución de los programas. A pesar de haber incorporado en el Plan Estatal de Desarrollo<sup>19</sup> y en el de salud metas claras para la reducción de la mortalidad materna y los programas y políticas públicas específicas para erradicar la muerte materna en comunidades indígenas, no tienen todavía una visión integral.<sup>20</sup> No logra incluir en las acciones de combate a la pobreza y la promoción de su desarrollo social y económico, el impulso a la autonomía de las mujeres y el pleno respeto a sus derechos sexuales y reproductivos, prevención, sanción y eliminación de la violencia contra las mujeres.

El nuevo gobierno ha asignado partidas presupuestales<sup>21</sup> en los Planes Operativos Anuales de las distintas dependencias, para la atención de la muerte materna, hay una mayor existencia de insumos para la atención de la salud de las mujeres en los hospitales, se hacen intentos de crear programas interinstitucionales y aunque son claras las menciones a que los Usos y Costumbres son en gran medida en los que recaen muchas de las limitaciones así como de la incorporación de la transversalización de la perspectiva de género; eso en la operación y ejecución de los mismos todavía no es una realidad.

## **La Cosmovisión y los usos y costumbres de Guerrero... que no se reflejan en la operación y ejecución de los programas.**

En nuestro trabajo de monitoreo hemos detectado múltiples obstáculos, enseguida algunos ejemplos.

1. La falta de capacitación del personal que opera los programas, en cuestiones técnicas se ha cubierto en el sexenio anterior, pero no el entendimiento de los prestadores de servicios en la cosmovisión de las mujeres y las comunidades más rezagadas.

2. Todavía, sobre todo en la región de La Montaña, existen costumbres arraigadas en la comunidad sobre la validez de la mujer a partir del momento de la menstruación; las niñas desde los 12 años están ya comprometidas para la unión marital, esto repercute en que las mujeres adolescentes casi niñas se embaracen.

3. Las mujeres y la población en general de las comunidades identifican a los servicios de salud como "enemigos" debido a que se sienten violentadas en sus costumbres, se ha implementado el programa de visita domiciliaria, sin embargo, cuando acuden la trabajadora social o el médico las mujeres se esconden.

4. No se retoma la idea de que las mujeres no son libres para decidir, sino que tiene que pedir permiso a los esposos o a la suegra para que puedan ser atendidas, esto no lo toman en cuenta los prestadores de servicios<sup>22</sup>

5. Están muy ligados a las cuestiones partidistas, todavía por lo menos en la región de San Luís Acatlán, se observa que hay preferencia en la atención a mujeres afines políticamente al partido político que gobierna.

6. La unión del programa Oportunidades con el de Arranque Parejo en la Vida hace que las mujeres asistan por el pago mensual, no por la información y la atención que les puedan dar, esto aunado a que el personal que lleva a cabo las pláticas de prevención no está capacitado para traducir la información de una manera acorde a su lenguaje y a su cosmovisión, se emplea terminología que las mujeres no entienden, los términos médicos no son traducidos al lenguaje cotidiano

7. El número de personal que atiende a las personas adscritas al programa Oportunidades es muy reducido. Una sola médica para atender a más de 500 mujeres a la vez, con todos los requerimientos de seguimiento de consulta que implica el Programa Arranque Parejo pocas veces es cumplido.

8. Se hacen esfuerzos por realizar acciones interinstitucionales, involucrando a la Secretaría de Salud, de la Mujer, de Educación Pública, de Desarrollo Social, DIF estatal. En el nivel estatal se cumplen, pero en el nivel local y sobre todo comunitario no es una realidad, los esfuerzos son aislados y se centran en la Secretaría de Salud.<sup>23</sup>

9. Sólo en contadas ocasiones el personal entiende la lengua de las mujeres, las zonas de más marginación de Guerrero, el 13.9% de la población de la Costa Chica y de la Montaña son monolingües.

10. Siguen siendo estas dos regiones las de mayor dificultad de acceso geográfico, esto es un grave impedimento para las ambulancias asignadas a los casos de atención de emergencia a mujeres embarazadas, esto aunado a la consideración del embarazo y sus riesgos como algo “natural” por parte de las autoridades locales quienes sólo consideran casos de emergencia los que tienen que ver con ataque de armas.

Aunque hay un compromiso en el Plan Estatal de Desarrollo de tratar el problema de la mortalidad maternal desde una mirada integral esto no es retomado en la realidad, en la actualidad se siguen operando los programas nacional sin lograr incluir la visión integral. Las ODM, el Plan Nacional de Salud... que no reflejan en los resultados de reducción de mortalidad materna en Guerrero. Si bien la disminución de la muerte materna es una prioridad de las Metas del Milenio acordadas por los gobiernos del mundo con el objetivo de reducir para el año 2015 en tres cuartas partes sus índices comparado con el año 1990, y en México según el Informe Oficial de las ODM 2005<sup>24</sup> de 1990 al 2000 se logró una disminución total de la Reducción de la Muerte Materna (RMM) del 12.9% con las cifras observadas. En el 2004 se reportaron 1,239 muertes con una RMM de 62.6, lo que demuestra también que la velocidad de disminución entre 2000 y 2005 ha sido de 3.6%. Esto no se ha reflejado en el estado de Guerrero en donde pasó del séptimo lugar del país definido en 1997 al primer lugar en el 2005.

Según el informe del Programa Nacional de Arranque Parejo en la Vida,<sup>25</sup> mientras que en Querétaro todas las MM ocurrieron en unidades médicas, en Chiapas y en Guerrero 4 de cada 10 ocurrieron fuera de las unidades médicas, lo cual indica que las mujeres no acuden a los servicios. También nos indica que hay todavía una baja cobertura de los servicios de Planificación familiar, en niveles muy semejantes a los reportados en 1995 y 1997.<sup>26</sup> El nivel de conocimientos sobre urgencias

obstétricas y hospitales se encuentra según datos de agosto de 2005 por debajo de la media nacional, 54 a 45. Las causas de mortalidad tienen la misma tendencia que en 1997 mencionadas anteriormente, no ha habido un cambio significativo. Lo anterior nos hace notar que si bien ha habido una mejoría en el nivel nacional, en las entidades federativas todavía hay rezagos importantes y Guerrero sigue ocupando el primer lugar.

Si no se retoma un concepto de salud materna en la prevención de la mortalidad no se lograrán avances significativos, los programas se reducen a detectar riesgos, a mejorar la atención gineco-obstétrica en casos de gravedad. El tema de la reducción de la mortalidad materna y los derechos sexuales y reproductivos está contemplada en eventos internacionales como el Cairo, 1994 y Beijing, 1995, y aunque está retomado en el concepto del objetivo 5 de las Metas del Milenio, no incluyen indicadores de medición que haga que los gobiernos tomen acciones que seguramente contribuirían a la reducción de la mortalidad materna, lo anterior hace preciso mejorar la condición de la mujer reduciendo la cantidad de matrimonios precoces y embarazos de alto riesgo, posibilitando que las mujeres adopten sus propias decisiones, amplíen el acceso a la atención durante el embarazo, impartir educación, logrando una sexualidad saludable.



## Notas

---

\* Coordinadora ejecutiva del proyecto: ddeser: Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México

\*\* Se presenta aquí una síntesis del diagnóstico y la sistematización que sobre el tema se realiza en Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia A.C

11 CONAPO, Índices de Marginación 2000, Colección Índices sociodemográficos, p. 17

12 CONAPO, Cuadernos de Salud Reproductiva, Guerrero, 2000

13 Ibid. P. 40.

14 Ibid. P.42.

15 Ibid. P. 44.

16 Compromisos de San Luis Acatlán para la prevención de la muerte materna y una vida digna para las mujeres con énfasis en las comunidades Indígenas., Foro Nacional, Prevención de muertes maternas en México, Y las mujeres indígenas, San Luis Acatlán, Guerrero, 26 y 27 de mayo, 2005

17 Periódico el Sur, 16 de abril de 2006

18 Informe de Arranque parejo en la vida, Situación Actual, Centro Nacional de Equidad de Género, Secretaría de Salud, 2006

19 Plan Estatal de Desarrollo del estado de Guerrero 2005-2010

20 Lo relacionado con este monitoreo tiene que ver con un avance de los resultados del proyecto de una sistematización de políticas públicas que Equidad de Género realiza en el estado, particularmente en San Luis Acatlán.

21 Existen estudios realizados sobre la asignación de presupuestos en Guerrero, pero no son tomados en cuenta en este documento.

22 Sistematizamos un caso en Tecoaapa en donde la médica informó a una mujer de 40 años, quien en el parto del hijo noveno, le proponía la Oclusión Tubaria Bilateral, la mujer dijo que ella si quería pero que su suegra no le daba permiso.

23 Hay una propuesta integral del Consejo Estatal de Población, a través del Programa de País 2006-2007 del Fondo de Población de Naciones Unidas en coordinación con Sedesol, Sria de salud, SEP, DIF, Autoridades municipales de creación de Centros Integrales de apoyo para atender entre otras problemáticas la reducción de la mortalidad materna, sin embargo lograr un acuerdo de la ejecución de manera interinstitucional no ha sido posible

24 Informe Oficial ODM 2005, México, [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)

25 Informe de Arranque parejo en la vida, Situación Actual, Centro Nacional de Equidad de Género, Secretaría de Salud, 2006, con datos tomados de la Base de datos actividades AI-DeM/CNEGySR/SSA, Hasta la semana epidemiológica 45/2005

26 Dato comparativo de la autora



# OAXACA

---

**O**axaca ocupó el tercer lugar en muertes maternas según el 5 Informe de Gobierno, con una tendencia muy irregular que marca tanto aumentos como descenso en el transcurso de los últimos diez años.

## Mortalidad Materna

Año	Razón Mortalidad Materna
1995	148.6
2000	112.2
2001	93.2
2002	103.1
2003	65.7
2004	86.9
2005	n.d.

\*Por cada 100 000 nacidos vivos estimados  
n.d. no disponible

El actual gobierno del estado, que asumió la gobernatura en diciembre del 2004, plantea en su Plan Estatal de Desarrollo Sustentable 2004-2010 el objetivo de "Lograr la cobertura universal real del sistema estatal de salud con servicios de calidad, eficiencia, eficacia, oportunidad y prioridad en

la prevención de enfermedades”; asimismo, se compromete a “gestionar y asignar mayores recursos federales y estatales para la salud materna, no sólo en infraestructura sino en capacitación de los recursos humanos y en insumos para complementar la funcionalidad de los servicios de salud”.<sup>51</sup>

El Apartado 10 del Plan correspondiente a la Equidad de Género, se propone en las estrategias y líneas de acción: “Garantizar que se ejercite el derecho jurídico que la mujer tiene al aborto, cuando el embarazo ha sido producto de una violación o implique alto riesgo”. Así como “Promover reformas legislativas que garanticen el derecho de las mujeres a la libertad en temas como: aborto, derechos sexuales y reproductivos...” entre otros.

Con un discurso de respeto y promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, de equidad de género en las políticas públicas, se compromete también a “Defender los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres dentro de los principios del Estado laico y las exigencias de la salud pública”.

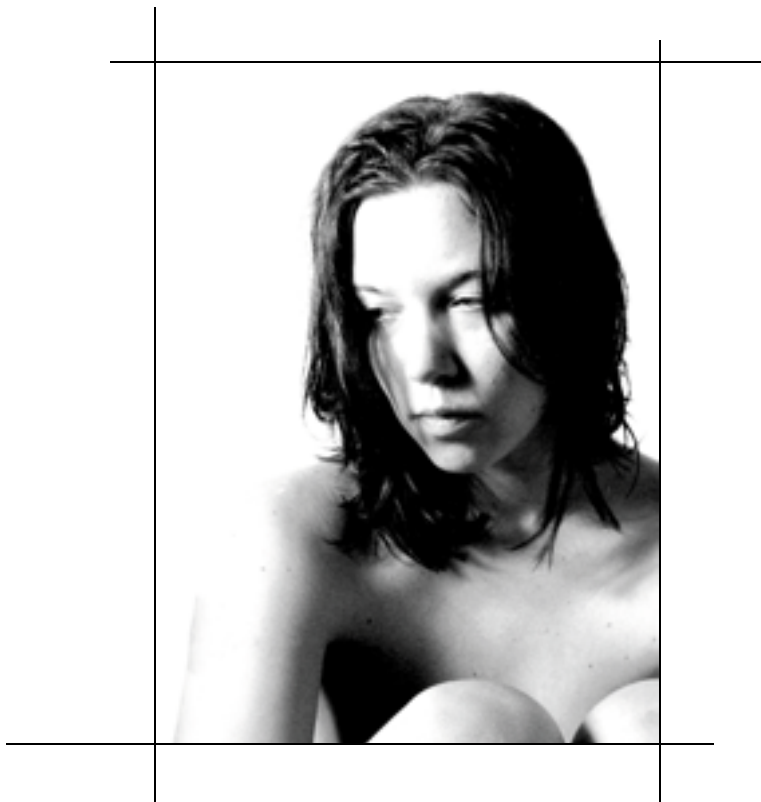
En dicho documento, el Gobierno estatal señala que “En materia de salud reproductiva, Oaxaca es uno de los tres estados del país con mayores riesgos de mortalidad por causas asociadas al embarazo, al parto y al puerperio” siendo las “enfermedades que originan la morbilidad hospitalaria son las obstétricas directas y el parto único espontáneo”.

El diagnóstico que el actual gobierno hacía en el 2004 al asumir la gobernatura es aún vigente: “...los servicios médicos de las zonas más alejadas y en riesgo son cubiertos por personal poco capacitado, escaso compromiso social y sin la sensibilidad necesaria para comprender la realidad sociocultural de la población”. Asimismo, señala que “...la cobertura de los servicios de salud es insuficiente, ya que en las zonas indígenas o el medio rural, en general, no hay disponibilidad de personal médico especializado las 24 horas del día ni los 365 días del año o la infraestructura médica es limitada, se carece de equipamiento, medicamentos y transporte para emergencias”.<sup>52</sup>

Una investigación reciente señala, que si bien, la red de servicios de salud del estado es muy amplia al permitir que el 80% de la población llegue a alguna unidad médica de primer nivel en una hora o menos, la realidad es que un gran número de éstas no ofrece servicios las 24 horas ni los fines de semana. Asimismo, en relación a la cobertura hospitalaria, plantea que “el 40% de la población abierta en el estado tenía que viajar más de 2 horas y hasta 16, para llegar a un hospital”. Esta dificultad

se ve agravada con el hecho de que la mayoría de los hospitales generales, comunitarios y rurales de los Servicios de Salud de Oaxaca y del IMSS-Oportunidades no tienen capacidad resolutive para enfrentar algunas urgencias obstétricas.<sup>33</sup>

Otra investigación del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social –Istmo– apunta en el mismo sentido al señalar que las muertes maternas se concentran mayoritariamente en municipios con población indígena. Datos del 2002, muestran que el 71% de las muertes maternas ocurrieron en comunidades indígenas o rurales; estas muertes se registraron en instalaciones o zonas de cobertura del IMSS-Oportunidades y de la Secretaría de Salud, instituciones que atienden a población abierta, es decir, que carecen de seguridad social.<sup>34</sup>



# Las muertes maternas en el Estado de México

**E**l Estado de México ocupa el 8° lugar en muertes maternas de todo el país, por encima de la media nacional, según el 5 Informe del Gobierno federal 2005.

## Mortalidad Materna

Año	Razón Mortalidad Materna*
1995	100.1
2000	92.7
2001	100.8
2002	70.4
2003	77.4
2004	73.4
2005	n.d.

\* Por cada 100 mil nacimientos

El Instituto de Salud del Estado de México –ISEM– anunció a principio del 2006, la creación del Sistema Estatal de Atención Materno Infantil como respuesta a la alta tasa de muertes maternas en el Estado y como una de las acciones prioritarias llevadas a cabo desde el Instituto Materno Infantil del

Estado de México. Este Sistema tiene el objetivo de “incrementar la calidad de la atención médica”, “sin aumentar la infraestructura con la que se cuenta hasta el momento, sino simplemente fortaleciendo los servicios a nivel hospitalario”.<sup>55</sup>

Una de las estrategias implementadas es el “Cero Rechazo a Mujeres Embarazadas”, una especie de “pase automático” de toda mujer embarazada que llegue por atención médica a los hospitales del ISEM, con lo cual deberán “ser atendidas de inmediato y sin excusa alguna, un pase que no estará a criterio del policía o la secretaria del centro de salud u hospital, sino de los propios médicos especialistas”, siendo los directores de las 19 jurisdicciones sanitarias del Estado, responsables de evaluar y supervisar la calidad de los servicios médicos que se brindan así como de “inspeccionar” lo que se está haciendo para evitar muertes maternas.

Con la finalidad de disminuir el número de muertes maternas, se incluye también un sistema de evaluación “para medir el desempeño profesional de todos los trabajadores de la salud que atienden en el servicio de ginecología” así como la realización de 19 Foros Operativos de Mortalidad Materna que se realizarán en igual número de Jurisdicciones Sanitaria del ISEM, cuyo objetivo es “aplicar los lineamientos técnicos en la atención perinatal con enfoque de riesgo y de esta manera identificar y atender de manera oportuna a toda mujer gestante que demande los servicios de salud en las comunidades rurales y centros de salud urbanos y suburbanos en los 125 municipios del territorio estatal”.<sup>56</sup>

Las autoridades sanitarias del Estado reconocen dificultades y riesgos para abatir la mortalidad materna. La falta de atención y calidad en la atención de los servicios médicos es sin duda uno de los obstáculos centrales. Otros riesgos, reconocen, son los embarazos no deseados y los embarazos muy seguidos, que se dan “especialmente entre las adolescentes y las mujeres que viven en zonas marginadas y rurales” quienes no tienen acceso a la información ni a métodos de planificación familiar.

De ahí que la estrategia para disminuir las muertes maternas incorpora también, según la titular de Salud del Estado, “la prestación de servicios de planificación familiar en el periodo de parto y posaborto”.<sup>57</sup>

Otras dificultades que mencionan las autoridades sanitarias son los casos de algunas comunidades en las cuales “los hombres no permiten que las mujeres vayan al centro de salud,

teniendo que esperar que la decisión sea tomada por un miembro de la familia” o bien, el que “las mujeres no están listas para afrontar las complicaciones que puedan ocurrir y no las identifican cuando éstas se presentan, por lo tanto no piden ayuda pues no reconocen que esto es un problema.”<sup>58</sup> Para atender estas dificultades, expresan la necesidad de mejorar la labor de orientación hacia las mujeres así como el trabajo de formación de las parteras tradicionales.

Este programa recién empieza; serán fundamentales los acuerdos y acciones específicas que se emitan en cada uno de los Foros así como su seguimiento y evaluación por parte de la sociedad civil.



# Las muertes maternas en la Ciudad de México, cifra similar a la nacional

---

**E**l Distrito Federal se encuentra entre las 12 entidades federativas con las tasas más altas de mortalidad materna que juntas concentran el 75% de éstas. En el 2005 -en base a cifras del 2004- ocupaba el lugar número 11 en muertes maternas de entre todas las entidades federativas del país<sup>59</sup> con una tasa similar a la nacional -62.6-.

## Mortalidad Materna

Año	Razón Mortalidad Materna*
1995	83.1
2000	77.9
2001	83.1
2002	53.7
2003	69.6
2004	62.6
2005	n.d

\* Por cada 100 mil nacimientos

Si bien, la muerte materna en el D.F. muestra una tendencia de disminución -con cierta irregularidad- llama la atención el hecho de que el D. F. cuenta con una amplia infraestructura hospitalaria y avances significativos hacia la universalidad del acceso a servicios de salud.

El Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos marca una política trascendental para la salud de la población en tanto apunta hacia la universalidad y la gratuidad en el acceso a servicios de salud, lo que contribuye a disminuir las profundas desigualdades sociales.

Este programa, junto con el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, con su componente de Atención Perinatal, así como el Modelo de Atención Ampliada a la Salud que contempla acciones hacia la salud sexual y reproductiva conllevan acciones dirigidas a reducir las muertes maternas, tales como la "atención de embarazo, parto y puerperio inmediato", la política de "cero rechazo y atención oportuna" y la creación e instalación del llamado Comando de Urgencias Obstétricas<sup>60</sup> cuyo propósito es "iniciar un manejo terapéutico coordinado especializado y disminuir los tiempos de traslado de las pacientes en estado grave". Otro componente de suma trascendencia para la salud de las mujeres e íntimamente vinculado con las muertes maternas es la interrupción legal del embarazo.

No obstante lo anterior, la propia SSDF reconoce que "se siguen dando muertes maternas por hemorragia y preclampsia, eclampsia y sepsis"<sup>61</sup>; datos que muestran que estos riesgos no están siendo detectados y atendidos oportunamente, ya sea porque las mujeres no acuden a las consultas prenatales con suficiente oportunidad, o bien, por la falta de calidad de la atención médica.

En su informe 2005, la SSDF señala que casi la mitad de las muertes maternas en los hospitales del SSDF se dan antes de cumplir una estancia de 24 horas en el hospital. Es decir, llegan al hospital ya en una situación grave. Esta situación se da a pesar de que se ha logrado incrementar el promedio de consultas prenatales.

Según la SSDF, la posibilidad de reducir la mortalidad materna depende, en primer lugar, de una adecuada atención prenatal y, en segundo lugar, de la atención correcta y oportuna del parto.

En ese mismo documento, la SSDF señala que la institución más exitosa en el D.F. en cuanto al abatimiento de las muertes maternas es el IMSS, a pesar de que atiende más partos que ninguna otra institución, mientras que los hospitales de la Secretaría de Salud federal muestran una tendencia inversa. Para la SSDF se registra un número decreciente de muertes maternas a pesar del incremento sostenido en los partos atendidos.

Con la legalización de la interrupción del embarazo en caso de violación, grave riesgo de salud de la madre, inseminación no consentida y/o defectos genéticos graves del producto, se dieron avances importantes hacia la despenalización del aborto y el derecho a decidir de las mujeres. Entre abril de 2002 y septiembre de 2005, se llevaron a cabo 49 interrupciones de embarazo en las unidades médicas de la SSDF. De las interrupciones realizadas, 31 fueron por violación y 18 por riesgo de vida de la mujer.



# A manera de conclusiones

---

**E**l Gobierno federal se comprometió en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 a “reducir en 35 por ciento la tasa de mortalidad materna con relación a la tasa del 2000”, meta que difícilmente será alcanzada si tomamos en cuenta que el promedio de reducción anual durante el actual gobierno es de 3.2 %.

Si bien, la tendencia de muertes maternas muestra una disminución, ésta es sumamente moderada en el promedio nacional y la realidad es que existe una tendencia muy desigual entre los estados del país y al interior de éstos, mostrando algunos de ellos, incluso, un aumento de muertes maternas.<sup>62</sup>

El Programa Nacional de Salud así como el Programa Arranque Parejo en la Vida reconocen la Mortalidad Materna como un problema asociado fundamentalmente a la falta de cobertura y a la falta de calidad de los servicios, tanto en la detección oportuna de riesgos como en la atención misma del parto. La meta 6 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio incluye como indicadores de avance el incremento de la cobertura de la atención prenatal y el incremento de la atención del parto por personal calificado. Indicadores ambos que muestran avances significativos en sí mismos pero que poco han incidido en la reducción de la mortalidad materna.<sup>63</sup>

Además de esas dos problemáticas asociadas directamente con las muertes maternas, la SS reconoció como la causa principal “la deficiencia de las acciones de planificación familiar”.<sup>64</sup>

En base a la metodología llamada de “eslabones críticos” la SS identifica “aquel procedimiento cuya omisión o demora se asocia a la incapacidad del servicio para evitar una muerte evitable”.<sup>65</sup> Así, en segundo lugar, menciona la falta de identificación de riesgos en la consulta prenatal y en tercero, la falla en la atención por médicos especialistas en los servicios de salud.

Es reconocido por diversas autoridades que el uso de métodos anticonceptivos entre mujeres indígenas está muy por debajo del promedio nacional, actualmente es “semejante al promedio nacional registrado hace 25 años.”<sup>66</sup>

Preocupa el hecho de que las “deficiencias de las acciones de planificación familiar” sean producto de una política conservadora, contraria al avance y consolidación de los derechos sexuales y reproductivos, y en particular, del derecho a decidir de las mujeres. Muestras de ello han habido muchas durante el actual gobierno: los innumerables obstáculos al rededor de la inclusión de la Anticoncepción de Emergencia en la Norma Técnica; la obstaculización de abortos por causales legales por parte de funcionarios públicos; la evasión por parte de las autoridades sanitarias a abordar el tema del aborto hacia la homologación de causales así como falta de cumplimiento de las disposiciones legales para dar atención a los casos de abortos no penalizados en todo el país, responsabilidad ésta última de la SS en tanto rectora de la política nacional en materia de salud.

Si el análisis de lo que rodea cada una de las muertes de mujeres por razones asociadas al embarazo permite a las autoridades contar con una “herramienta para transitar desde el análisis enfocado en las complicaciones de la paciente, al escrutinio de las fallas del sistema de atención”, éstas últimas son muy claras. La realidad muestra que las estrategias llevadas a cabo no están dando los resultados esperados.

El reconocimiento por parte de las instancias gubernamentales de Salud de la deficiencia en las acciones de planificación familiar como problemática asociada a la mortalidad materna deberá traducirse en un paso importante hacia la promoción de una Maternidad Voluntaria en el marco del Derecho a Decidir de las Mujeres, lo cual, deberá implicar una política real de promoción y respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

### **Retos y prioridades ¿Falta de voluntad política?**

Las graves deficiencias en las estrategias de la SS para disminuir las muertes maternas siguen siendo reconocidas como retos para avanzar en la disminución de las muertes maternas. Parece claro lo que se tiene que hacer, pero no se está realizando de la mejor manera y poco se ha hecho para resolver los obstáculos que estas acciones tienen en el terreno, al momento de su operación. A 5 años de tener como una de las prioridades en la política federal de Salud, la atención y disminución de las muertes maternas, la SS reconoce la necesidad de<sup>67</sup>:

- Elevar la calidad de la atención, tanto en la capacidad de identificación oportuna de los riesgos como la capacidad de referencia oportuna y la capacidad resolutive para atender urgencias obstétricas, sobre todo en las zonas rurales y de alta marginación, en donde la mortalidad materna es más elevada.

- Incrementar la cobertura de servicios de planificación familiar, con énfasis en población adolescente y en los grupos vulnerables para evitar los embarazos no deseados y no planeados.

- Asegurar la atención calificada durante las 24 horas del día por personal calificado, para resolver las urgencias obstétricas en todas las unidades de referencia.

- Promover la participación de los hombres en el cuidado de la salud de las mujeres y los hijos, en la asistencia a las consultas prenatales.

- Mejorar la calidad del registro de muertes maternas.

Es importante señalar la ausencia de una política sanitaria de Estado dirigida a la población indígena. Los obstáculos que enfrentan las estrategias del sector salud en su implementación en comunidades mayoritariamente indígenas son el resultado del desconocimiento de las condiciones socioculturales y necesidades particulares de esta población que poco y mal ha sido tomada en cuenta en las políticas públicas.

La asignación de recursos del presupuesto público es una señal de las prioridades del Gobierno Federal, más allá de lo que se diga en los discursos. Por ello, consideramos como un grave retroceso que el presupuesto dirigido a la atención materna dejó de ser etiquetado, tanto a nivel federal como estatal y parecería que se ha diluido como parte de la gran bolsa destinada a promover el Seguro Popular.<sup>68</sup>

Seguiremos insistiendo en que se destinen y etiqueten mayores recursos y que mejoren las estrategias, en que la revisión de los resultados de las políticas públicas y el impacto del gasto público deberán tener como ejes de evaluación del ejercicio de gobierno, el respeto, la protección y la promoción de los derechos humanos; lo contrario, por acción u omisión, deberá ser sancionado.



## Notas

---

- 1 Integrado por Afuentes, S.C.; Católicas por el Derecho a Decidir, A.C.; Consorcio para el Diálogo Parlamentario y la Equidad, A.C.; Equidad de Género: Ciudadanía, Trabajo y Familia, A.C.; Grupo en Información en Reproducción Elegida, A.C (GIRE); Modemujer, Red de Comunicación Electrónica y Salud Integral para la Mujer, A.C (SIPAM).
- 2 Las organizaciones responsables de llevarlo a cabo son: Consorcio para el Diálogo Parlamentario y la Equidad, Modemujer, y SIPAM.
- 3 Una muerte materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores a su terminación por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, sin tener en cuenta la duración de éste.
- 4 Ballesté, Mercedes. "Analizando la mortalidad materna en el Distrito Federal, desde una perspectiva de género" en Elu, María del Carmen y Santos, Elsa. A lo Largo del Camino. Comité por una Maternidad sin Riesgos /Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A. C. México, abril del 2005.
- 5 Díaz de León, M. F., Gasman, N., Campos, C. A. Mortalidad Materna. Mortalidad Materna. IPAS México
- 6 En la Cumbre del Milenio, llevada a cabo en Nueva York en el 2000. Gobierno de la República. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005.
- 7 Capitulo tomado de SIPAM. Los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en la Política de Salud del Gobierno Federal 2005. Un Balance Ciudadano. México, marzo del 2006.
- 8 Gobierno de la República. "Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México" Informe de Avance 2005. México, abril del 2005. P. 72
- 9 Programa de Acción "Arranque Parejo en la Vida". Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud. Secretaría de Salud. México, 2002. p.14
- 10 Gobierno de la República. "Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México" Informe de Avance 2005. México, abril del 2005.
- 11 Secretaría de Salud. Salud Gaceta de Comunicación Interna de la Secretaría de Salud. N° 35, junio del 2005.
- 12 Mojarro, Octavio; Tapia, Graciela, Hernández, María F. y Macián, Ignacio. Situación Demográfica de México, 2003. "Mortalidad Materna y Marginación Municipal".
- 13 5 Informe de Gobierno. Presidencia de la República. México, 1° de septiembre del 2005. Anexos estadísticos. Desarrollo humano y Social. P.177
- 14 5 Informe de Gobierno. Presidencia de la República. México, 1° de septiembre del 2005. Anexos estadísticos. Desarrollo humano y Social. P.177
- 15 CIMAC. Miriam Ruiz. "Entre indígenas, los más altos índices ...". Enero 13 del 2005 en [www.cimacnoticias.com](http://www.cimacnoticias.com)
- 16 Gobierno de la República. "Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México" Informe de Avance 2005. México, abril del 2005. P.73
- 17 Secretaría de Salud. Boletín Género y Salud en Cifras. Vol. 3. N° 2/3. Mayo-diciembre del 2005. P.7
- 18 Secretaría de Salud. Boletín Género y Salud en Cifras. Vol. 3. N° 2/3. Mayo-diciembre del 2005. P.7
- 19 Gobierno de la República. "Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México" Informe de Avance 2005. México, abril del 2005. P. 72-73
- 20 Secretaría de Salud. Comunicado de Prensa N° 227. Se reduce 10% la mortalidad materna. 01/Mayo/2005
- 21 Secretaría de Salud. Comunicado de Prensa N° 227. Se reduce 10% la mortalidad materna. 01/Mayo/2005
- 22 SIPAM. Los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos de las Mujeres en la Política de Salud del gobierno Federal 2003. Un Balance Ciudadano. Enero del 2004.
- 23 CIMAC. "Pide CONAPO revisar programas de salud reproductiva. Alta mortalidad materna entre mujeres jóvenes". 28 de marzo del 2005 en [www.cimacnoticias.com](http://www.cimacnoticias.com)
- 24 Secretaría de Salud. Gaceta de Comunicación Interna. N°35. Junio del 2005. P.4
- 25 México: Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994-2003. Comité Técnico para la revisión de avances. Secretaría de Gobernación, Secretaría de Relaciones Exteriores, Consejo Nacional de Población, Senado de la República LIX Legislatura y Cámara de Diputados LIX Legislatura. México, marzo del 2004. P.225
- 26 México: Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, 1994-2003. Comité Técnico para la revisión de avances. Secretaría de Gobernación, Secretaría de Relaciones Exteriores, Consejo Nacional de Población, Senado de la República LIX Legislatura y Cámara de Diputados LIX Legislatura. México, marzo del 2004. P. 21
- 27 Instituto Nacional de las Mujeres. "Indicadores" en [www.inmujeres.gob.mx/pprincipal](http://www.inmujeres.gob.mx/pprincipal)





- 28 Blanco Muñoz, Julia. "El Aborto Inducido: ¿Un problema legal o de salud?. Centro de Salud Pública Poblacional del Instituto Nacional de Salud Pública en [www.insp.mx/salvia/9712/sal97121](http://www.insp.mx/salvia/9712/sal97121)
- 29 La Jornada. Claudia Herrera. "La cifra oficial de 200 mil puede variar porque los nosocomios no lo declaran, afirma CONAPO" en Sec. Sociedad y Justicia. 23 de abril del 2003
- 30 En "Aborto. Las Cifras Disponibles en México" GIRE. Agosto 2003. [www.gire.org.mx/aborto](http://www.gire.org.mx/aborto)
- 31 Ley General de Salud. Artículo 7
- 32 Establecida en el Artículo 17 de la Ley General de Salud.
- 33 Ver GIRE. "Leyes sobre el Aborto. Los avances en la Ciudad de México" Hoja Informativa. Marzo del 2004.
- 34 5 Informe de Gobierno. Presidencia de la República. México, 1º de septiembre del 2005. Anexos estadísticos. Desarrollo humano y Social. P.177
- 35 PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano México 2004. México, 2005.
- 36 En base a datos de 1995.
- 37 Gobierno del Estado de Chiapas. 5 Informe. Un Chiapas Diferente. Demanda Cumplida. Anexos estadísticos. IV. Desarrollo Social y Humano. Diciembre del 2005. P. 140
- 38 5 Informe de Gobierno. Presidencia de la República. México, 1º de septiembre del 2005. Anexos estadísticos. Desarrollo humano y Social. P.177
- 39 Plan de Desarrollo Chiapas 2001-2006 en [www.chiapas.gob.mx/gobierno/plan](http://www.chiapas.gob.mx/gobierno/plan)
- 40 Plan de Desarrollo Chiapas 2001-2006 en [www.chiapas.gob.mx/gobierno/plan](http://www.chiapas.gob.mx/gobierno/plan)
- 41 Gobierno del Estado de Chiapas. 5 Informe. Un Chiapas Diferente. Demanda Cumplida. IV. Desarrollo Social y Humano. Diciembre del 2005. P. 173-174
- 42 Gobierno del Estado de Chiapas. 5 Informe. Un Chiapas Diferente. Demanda Cumplida. IV. Desarrollo Social y Humano. Diciembre del 2005. P.174
- 43 Freyermuth, Graciela. "Políticas internacionales orientadas a abatir la mortalidad materna: atención obstétrica de emergencias vs. atención calificada de parto. Un análisis de costos para Chiapas" en Díaz, Echeverría Daniela (Coord.) Muerte Materna y Presupuesto Público. FUNDAR. México, 2006. P. 30
- 44 Freyermuth, Graciela. "Políticas internacionales orientadas a abatir la mortalidad materna: atención obstétrica de emergencias vs. atención calificada de parto. Un análisis de costos para Chiapas" en Díaz, Echeverría Daniela (Coord.) Muerte Materna y Presupuesto Público. FUNDAR. México, 2006. P.31
- 45 Gobierno del Estado de Guerrero. Plan de Desarrollo 2005-2011. Apartado 6.2.4.2. Mujer y Salud. P. 117
- 46 Gobierno del Estado de Guerrero. Plan de Desarrollo 2005-2011. Apartado 6.2.4.2. Mujer y Salud. P. 160
- 47 Meléndez, David M. "La atención obstétrica de emergencia: una estrategia viable para disminuir la muerte materna ante las insuficiencias, ineficacias e inequidades del sistema de salud de Guerrero" en Díaz, Echeverría Daniela (Coord.) Muerte Materna y Presupuesto Público. FUNDAR. México, 2006. P.64
- 48 CIMAC. Ana Lilia Torres. "Busca Programa Red Roja abatir muerte materna en Guerrero. 27 de febrero del 2006 en [www.cimacnoticias.com](http://www.cimacnoticias.com)
- 49 Secretaría de Salud. Boletín Género y Salud en Cifras. Vol.3. Mayo-diciembre del 2005. P6
- 50 Para mayor información consultar [www.modemmujer.org/mm](http://www.modemmujer.org/mm)
- 51 Gobierno del Estado de Oaxaca. Plan de Desarrollo Sustentable 2004-2010. En [www.oaxaca.gob.mx/gobtecnica/gob/peds](http://www.oaxaca.gob.mx/gobtecnica/gob/peds)
- 52 Gobierno del Estado de Oaxaca. Plan de Desarrollo Sustentable 2004-2010. P.75 En [www.oaxaca.gob.mx/gobtecnica/gob/peds](http://www.oaxaca.gob.mx/gobtecnica/gob/peds)
- 53 Castañeda P., Martha A. "Atención de Urgencias Obstétricas en Clínicas Rurales: Una propuesta factible" en Díaz Echeverría Daniela (Coord.) Muerte Materna y Presupuesto Público. FUNDAR. México, 2006. P.84-85
- 54 CIMAC. Soledad Jarquín. "Continúan altas las cifras de muerte materna en Oaxaca". 6 de abril del 2005 en [www.cimacnoticias.com](http://www.cimacnoticias.com)
- 55 Secretaría de Salud/Instituto de Salud del Estado de México. Boletín 19-2006 UCS/SSEM/019/19/I/2006. "Se creará en breve, el Sistema de Atención Materno Infantil más grande del país: María Elena Barrera Tapia". Febrero del 2006.
- 56 Secretaría de Salud/Instituto de Salud del Estado de México. Boletín 38-2006 UCS/SSEM/038/07/II/2006 "En el combate a la Mortalidad Materna, no más médicos de escritorio: María Elena Barrera". Febrero del 2006.
- 57 Secretaría de Salud/Instituto de Salud del Estado de México. Boletín 32-2006 CS/SSEM/032/01/II/2006 "Los embarazos continuos plantean mayores riesgos para la salud de las madres y sus lactantes: ISEM" Enero del 2006.
- 58 Secretaría de Salud/Instituto de Salud del Estado de México. Boletín Boletín- 90-2006 UCS/SSEM/090/30/III/2006 "María Elena Barrera Tapia inauguro el primer Foro Operativo de Mortalidad Materna Jurisdiccional de Ixtlahuaca y Toluca". Marzo del 2006.
- 59 5 Informe de Gobierno. Presidencia de la República. México, 1º de septiembre del 2005. Anexos estadísticos. Desarrollo humano y Social. Indicadores de Mortalidad Femenina por Entidad Federativa. P.177





- 60 Secretaría de Salud. Gobierno del Distrito Federal. Informe de Trabajo 2004. Marzo del 2005
- 61 Secretaría de Salud. Gobierno del Distrito Federal. Informe de Trabajo 2005. Marzo del 2005.
- 62 Tales como: Baja California, Chihuahua, Durango, Querétaro, Sinaloa, Tamaulipas y Veracruz. En base al 5 Informe de Gobierno. Presidencia de la República. México, 1º de septiembre del 2005. Anexos estadísticos. Desarrollo humano y Social. P.177
- 63 Sobre los indicadores de los ODM, una visión crítica y una propuesta, ver Díaz, Echeverría D. (Coord.) "Muerte Materna y Presupuesto Público". Fundar, Centro de Análisis e Investigación. México, 2006. P.10-12
- 64 Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. "Arranque Parejo en la Vida. Situación Actual". Febrero del 2006.
- 65 Secretaría de Salud. Boletín Género y Salud en Cifras. Vol. 3. N° 2/3. Mayo-diciembre del 2005. P.10
- 66 CONAPO. Comunicado de prensa 17/05 14 de abril del 2005. "Presenta CONAPO y CDI campaña de salud reproductiva para población indígena" en [www.conapo.gob.mx/prensa/2005](http://www.conapo.gob.mx/prensa/2005)
- 67 En Gobierno de la Republica: "Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de Avances 2005". México, abril del 2005. P.77 y 78
- 68 Díaz, Echeverría Daniela. "El costo de medicamentos para la atención obstétrica de emergencia: hacia una estrategia alternativa contra la mortalidad materna" en Muerte Materna y Presupuesto Público. FUNDAR. México, 2006. P.17

---

## **Monitoreo Ciudadano de la Política Pública Federal para Reducir la Morbimortalidad Materna en México**

### **Autora**

Soc. Nuria Marrugat Mendoza

Como parte del proyecto "Morbilidad Materna: Monitoreo y Desarrollo de Propuestas de Políticas Públicas en México" realizado con el apoyo de la Fundación MacArthur. México, junio del 2006.

*monitoreo@sipam.org.mx*

Vista Hermosa N° 89 Col. Portales

03300 México, D. F.

[www.mortalidadmaterna.com.mx](http://www.mortalidadmaterna.com.mx)

---

### **Diseño**

purpuramedia creative crew / [purpuramedia@gmail.com](mailto:purpuramedia@gmail.com)

ricardo morales pozos

[www.purpuramedia.com](http://www.purpuramedia.com)

