



**ESTRATEGIA INTEGRAL
PARA ACELERAR LA REDUCCIÓN DE LA
MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO**



Índice

Introducción	3
El problema	5
Antecedentes en el campo de la atención materna	7
Primer componente (tercera demora)	13
Segundo componente (segunda demora)	21
Tercer componente (primera demora)	25
Disponibilidad adecuada de métodos de planificación familiar	31
Anexos	37
Referencias bibliográficas	43

Se agradece el apoyo de la Dra. Graciela Freyermuth Enciso en la elaboración de este documento y la colaboración del Fondo de Población de las Naciones Unidas en México en la impresión del mismo.

Introducción

El esfuerzo de los diversos gobiernos por disminuir la mortalidad materna no siempre ha sido exitoso. Existen determinantes que no forman parte de las responsabilidades del sistema de salud, tales como la desigualdad social y la exclusión de la seguridad social. Sin embargo, es posible, a partir de evidencias, desarrollar iniciativas o reformas que en su conjunto contribuyan a mejorar el desempeño del sistema de salud en relación a la salud materna. El sistema de salud mexicano ha logrado utilizar las evidencias para diseñar y poner en marcha reformas encaminadas a la mejora sustancial de la salud, un ejemplo es el diseño del Seguro Popular que se estableció una vez que se identificó que la mitad del gasto en salud era gasto de bolsillo (Frenk, 2007). Sin embargo, no se ha conseguido aprovechar las evidencias para mejorar progresiva, homogénea y sostenidamente el desempeño del sistema de salud en beneficio de la salud materna y de un combate más eficaz a la muerte materna.

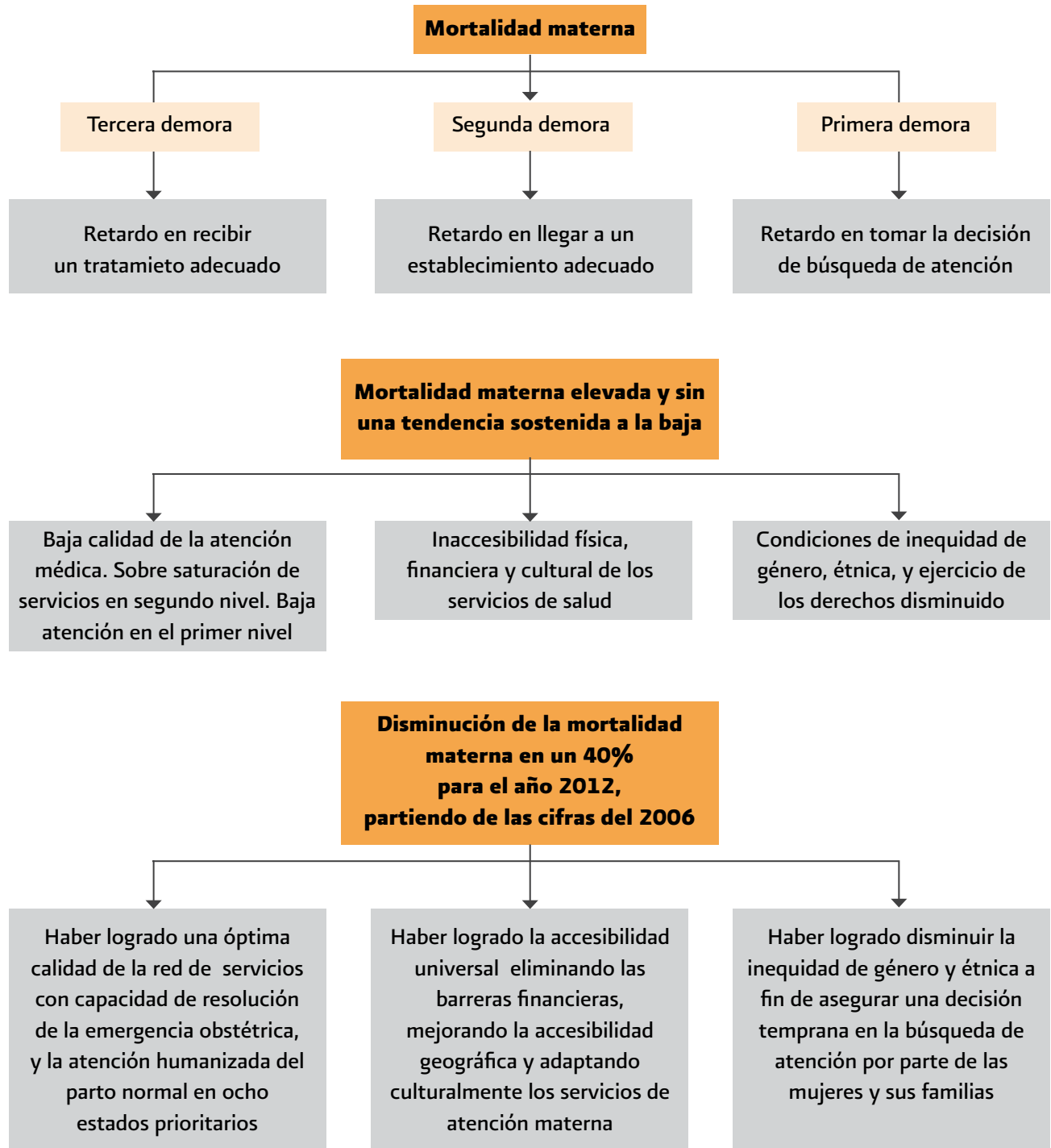
La respuesta del sistema de salud ante el reto de la muerte materna tiene que contener características de equidad, calidad, protección financiera, enfoque basado en derechos, integralidad y transparencia. En años recientes se ha logrado un consenso internacional respecto al qué hacer para disminuir la mortalidad materna: **planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva; atención calificada durante e inmediatamente después del embarazo, y atención obstétrica de emergencia cuando existan complicaciones que pongan en riesgo la vida**¹ son las tres acciones prioritarias. De esta manera se ha puesto el énfasis en cambiar el paradigma

en la prestación de los servicios, procurando pasar de un enfoque de riesgo utilizando a la consulta prenatal como la principal herramienta, a un enfoque de atención oportuna de las emergencias obstétricas. Nadie puede dudar de que este cambio de paradigma es necesario y urgente, sin embargo existen evidencias que sugieren no centrarse exclusivamente en la prestación o diseño de los servicios de atención, sino incorporar la dimensión del diseño de las políticas y los mecanismos o condiciones de acceso a los programas de atención y servicios. De esta manera, se vislumbran cambios en los paradigmas de enfoque de riesgo vs atención obstétrica de emergencia; de parto profesionalizado vs parto profesionalizado y humanizado; de afiliación para acceder a los servicios de atención vs acceso universal basado en la condición de ciudadanía, y de voluntad política vs obligación política.

Para el desarrollo de este documento se utilizó la metodología de marco lógico para apuntar hacia el logro de resultados; asimismo se realizó el ejercicio de árbol de problemas y árbol de objetivos partiendo del modelo teórico de Maine sobre los tres retardos o demoras que determinan una muerte materna, e incluido como una de las guías estratégicas por parte del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR). A partir de este modelo se identificaron los aspectos problemáticos que a su vez se constituyeron en los componentes de la estrategia, y a partir de estos se diseñaron los objetivos, la estructura analítica del proyecto y el marco lógico (cfr. Anexo 1). El documento desarrolla cada uno de estos componentes, señala las problemáticas y las posibles vías de solución.

¹ *Women Deliver* en inglés. Para más información sobre esta conferencia puede visitar: www.womendeliver.org

El problema



En un primer apartado, se presenta un panorama general sobre el cambio de paradigma para disminuir la mortalidad materna que en años recientes se ha gestado. La segunda parte desarrolla cada uno de los componentes: baja calidad de la atención médica; sobresaturación de servicios en segundo nivel y baja atención en el primer

nivel; inaccesibilidad física, financiera y cultural de los servicios de salud, y condiciones de inequidad de género, étnica y ejercicio de los derechos disminuido. La última sección contiene el análisis de los actores y el monitoreo y la evaluación.

Antecedentes en el campo de la atención materna

A pesar de los esfuerzos realizados desde la Conferencia Internacional sobre Maternidad Sin Riesgo (1987), la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha reconocido que las tasas de mortalidad materna continúan siendo inaceptables en un número importante de países (Ramson, 2002), por ello existe un renovado interés mundial en disminuir este tipo de mortalidad. En septiembre de 2002 los miembros de la ONU adoptaron la Declaración del Milenio; el gobierno de México y otros 188 Estados miembros suscribieron los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, entre los cuales el número 5 establece la meta de mejorar la salud materna y reducir la mortalidad en 75% para el año 2015, respecto de los niveles de 1990.

En México, la estimación de la RMM para 1990 ascendía a 89 por cien mil nacidos vivos, cifra que disminuyó a 72.6 en 2000 y a 55.6 en 2007; estos registros implican una reducción de 37.5 por ciento en 17 años. En promedio, el progreso ha sido de 2.2 puntos porcentuales por año, y aunque se ha logrado una mayor reducción a partir del año 2006 (5.2%) –consiguiéndose en 2007 la segunda reducción más importante en los últimos 5 años–, este ritmo no será suficiente para alcanzar la meta establecida para el 2015, para lo cual se requiere avanzar con una reducción anual de al menos 7.7 %.²

De acuerdo a su desarrollo económico y social, se estima que se deberían presentar 417 defunciones maternas cada año. Esa es la meta que se ha planteado para este 2015. En la actualidad, se presentan 2.1 millones de embarazos cada año, alrededor de 300 mil tienen complicaciones obstétricas. El impacto que estas complicaciones obstétricas siguen teniendo en la país es enorme ya que 30,000 mujeres quedan con secuelas obstétricas que las convierten en discapacitadas, falleciendo anualmente, 1,100 mujeres lo que provoca una secuela social de 3,000 huérfanos cada año. Vale recordar que el 80 por ciento de estas defunciones maternas son **prevenibles** (CNEGySR, 2009). Más aún, **280 muertes**, ocurren entre beneficiarias del programa más importante de desarrollo social de este país.

Oportunidades

Las dificultades presentadas para abatir la mortalidad materna a escala mundial (AMDD, 2002) han requerido de nuevas investigaciones –y la relectura de las anteriores– que han modificado el marco lógico, reconsiderando el enfoque de riesgo y planteando que las complicaciones durante la maternidad son difíciles de pronosticar, pero posibles de tratar. Los estudios han llevado a varios supuestos:

² De acuerdo al CONAPO, para el 2015 se tienen estimados 1,871,314 nacimientos, de esta manera tenemos el denominador para calcular el numerador (417) cuyo producto sea una RMM no mayor de 22 (la meta del 2015). Para calcular el progreso necesario anualmente se restó el número de MM requeridas para el 2015 (417) a las registradas en el 2007 (1097), (1097-417=680) 680, esta cifra es el 61.9 % de 1097, este porcentaje, es lo que se debe disminuir a partir del registro de MM del 2007 para alcanzar la meta y se dividió entre los ocho años que restan para llegar al 2015. INEGI, Dirección General de Información en Salud, CONAPO.

- Es muy difícil pronosticar el riesgo de hemorragia que se produce después del parto –una de las principales causas de muerte en los estados con población indígena– (UNFPA, 2002).
- Las investigaciones han mostrado que la eclampsia³ frecuentemente aparece sin previo aviso, incluso en mujeres que han estado bajo control médico (WHO/RHR/00.7/2002:S44).
- El aborto practicado en condiciones inseguras no puede prevenirse en donde existen leyes restrictivas para su realización, como es el caso de México.
- El parto obstruido y las infecciones pueden ser en ocasiones prevenidos y fácilmente solucionados (Kasongo, 1984; Hall *et al.*, 1980).

Atención calificada del parto *versus* atención de la emergencia obstétrica

La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2004^a; WHO, 2004^b) ha centrado su estrategia para abatir la mortalidad materna en la atención universal del embarazo, parto y post-parto por personal profesional o calificado, considerando como tal a médicos ginecobstetras, médicos generales, parteras profesionales y enfermeras obstetras, excluyendo a las parteras tradicionales que son las mujeres que atienden partos en la comunidad, que son independientes del sistema de salud y no han sido entrenadas formalmente. Se argumenta que la atención profesionalizada del parto asegurará la detección y tratamiento oportuno de las emergencias obstétricas, tanto en el primero como en el segundo nivel de atención.^{1, 2} Este enfoque considera que todas las mujeres embarazadas pueden presentar una complicación, lo cual ha llevado a modificar la propuesta de atención y obliga a disponer de dos estrategias: una que privilegia el cuidado profesional del parto, y otra que pone énfasis en la atención obstétrica de emergencia (AOE) para evitar la muerte materna. Ambas propuestas están siendo impulsadas por dos instancias internacionales involucradas en la promoción de una maternidad segura (Freyermuth, 2004).

Family Care International ha respaldado la iniciativa que se centra en promover la atención profesional del parto y se basa fundamentalmente en la experiencia de los países desarrollados en el abatimiento de la mortalidad materna. La atención profesional implica que las personas que se encarguen del cuidado de las mujeres embarazadas, así como de sus partos y pospartos⁴, hayan pasado por un proceso de entrenamiento profesionalizado (FCI; 2003), lo que lleva a que todas las mujeres embarazadas sean atendidas por médicos, enfermeras u obstetras profesionales capacitados para identificar las emergencias obstétricas, canalizándolas a la instancia hospitalaria de manera oportuna. En su propuesta, Family Care estima necesario definir indicadores de referencia con el fin de dar seguimiento al progreso de la atención calificada del parto; elaborar políticas nacionales que garanticen el derecho de toda mujer a la atención calificada durante la maternidad; poner en marcha programas que permitan al personal del sector adquirir las destrezas y conocimientos para este fin; establecer normas y directrices nacionales para dar seguimiento al desempeño del personal calificado; invertir en los recursos necesarios que aseguren la atención calificada (medicamentos, transporte y recursos en los distintos niveles de atención), y eliminar las barreras financieras, de clase y culturales para asegurar el acceso universal (FCI; 2003). Esta propuesta ha tenido impacto en la Declaración del Milenio sobre el Desarrollo, que ha incluido como un indicador de evaluación el número de nacimientos atendidos por personal calificado.

La segunda propuesta ha sido promovida por Averting Maternal Death and Disability Program (AMDD, Columbia University, N. Y.) y está encaminada a resolver la atención obstétrica de emergencia. Se basa en los supuestos de que un embarazo, parto o posparto de evolución normal puede ser tratado por una partera o incluso por los familiares de la mujer embarazada. Sin embargo, la población en general debe tener los conocimientos necesarios para identificar los signos de emergencia obstétrica, para canalizar oportunamente a las mujeres que sufren complicaciones hacia los servicios de salud de primer y segundo nivel con el fin de que los

³ La eclampsia es la hipertensión durante el embarazo y se caracteriza por presentar convulsiones y estados de coma.

⁴ También llamado puerperio, es el periodo de cuarenta días posterior al parto.

resuelvan. Se necesita una red de servicios de salud que cuente con los recursos materiales y humanos necesarios para proporcionar la atención primaria y resolutive de la emergencia. **Esta propuesta se centra en la provisión de atención obstétrica de emergencia las 24 horas de los 365 días del año, en el primer y segundo nivel de atención.** El plan requiere de la existencia de una red de servicios de atención básicos, con personal calificado capaz de instalar una venoclisis a una paciente con hemorragia, extraer una placenta o restos placentarios retenidos, y manejar oxitócicos, antibióticos, analgésicos y anticonvulsivantes intravenosos, propiciando la atención oportuna y la canalización a un servicio de emergencias completo que resuelva cualquier tipo de emergencia obstétrica. El nivel resolutive, además de cumplir con lo anterior, debe contar con un cirujano o ginecobstetra, un anestesiólogo, un pediatra y un banco de sangre, debiéndose promover mecanismos para que dichos servicios sean utilizados por aquellas mujeres que realmente los necesiten, es decir, las que tienen una emergencia obstétrica. Es indispensable mejorar la calidad de la atención de esta red de servicios para disminuir la mortalidad materna, y contar con indicadores de evaluación y monitoreo de las acciones que se realizan.

La diferencia básica entre las dos propuestas es que en la primera se privilegia la atención universal calificada del parto, y la segunda reserva la atención calificada solo para los casos complicados (UNFPA; 2002). Sin embargo, ambas pueden ser complementarias. La propuesta de AMDD/UNFPA, al poner el énfasis en la atención de la emergencia obstétrica presupone que los partos normales pueden ser atendidos sin problemas por las parteras tradicionales. Por lo tanto, es importante asegurar que las mujeres y sus familias, la comunidad en su conjunto, así como las autoridades locales estén preparadas para referir de manera oportuna a una mujer en el momento de padecer una emergencia obstétrica.

La propuesta de Family Care International pone énfasis en la atención profesionalizada del parto y en el seguimiento estrecho del desarrollo del embarazo, con lo que se pretende asegurar la identificación precoz de

los síntomas de emergencia obstétrica, la estabilización de la paciente y su canalización a un nivel resolutive superior. En última instancia, ambas propuestas buscan abatir la mortalidad materna a través de la detección y el tratamiento oportunos de las emergencias obstétricas por parte de profesionales.

En Chile ha tenido lugar una experiencia exitosa en este sentido. Desde 1948 se impulsó en ese país un esquema similar al europeo y se inició un programa de formación de matronas profesionales, quienes han estado a cargo de la atención materna desde entonces. Si comparamos la situación de tres países latinoamericanos, Chile, Brasil y México en el año 2003, podemos percatarnos de que Chile tiene la tasa menor⁵ de mortalidad materna (30), en comparación con las de México (83) y Brasil (260). El porcentaje del gasto en salud respecto del total del gasto gubernamental es mayor en México que en Brasil y Chile, países con un gasto en salud muy parecido. La diferencia básica entre ellos es que la atención del parto en Chile es realizada en su totalidad (100%) por personal calificado, pues desde hace más de 50 años ha asegurado la calificación del personal que atiende a las mujeres durante la maternidad (OMS, 2005). Lamentablemente, las parteras profesionales que en México fueron parte del sistema de salud desde principios del siglo XX –con educación institucionalizada y práctica hospitalaria en diferentes Estados de la república–, no fueron contratadas a partir de 1950 y en 1960 se les prohibió atender partos.⁶ Desde esa fecha, la formación educativa de la partería profesional deja de ser mencionada en el sistema de salud mexicano, y las enfermeras obstetras egresadas de la licenciatura son adscritas a puestos administrativos y gerenciales en los hospitales. Fue hasta 1996, a petición de las propias parteras tradicionales que buscaban un mejor entrenamiento y un mejor futuro, que se abrió en el estado de Guanajuato una escuela de partería profesional llamada CASA (Coronado, s/f), que aunque ha sido reconocida por el gobierno de México, ha tenido dificultades para su reconocimiento formal y por lo tanto para su expansión.

⁵ Tasa calculada sobre la base de 100,000 nacidos vivos para el 2003. Informe sobre la salud en el mundo 2005. Anexo estadístico.

⁶ Comunicación personal Maricruz Corona, CASA San Miguel Allende.

Contar con personal alternativo para la atención obstétrica ha sido históricamente de alta rentabilidad en términos de la mortalidad materna como lo demuestran experiencias de muchos años en países europeos, en México existe desde hace años la figura de la Enfermera Obstetra, que tiene ya una currícula orientada en éste sentido y por lo tanto es importante favorecer la reapertura del código laboral de dicho profesional.

Como se mencionó, la estrategia de atención con parteras profesionalizadas ha sido muy exitosa en Chile, y en nuestro país se han documentado las ventajas de la atención del parto por este tipo de personal respecto de la realizada por médicos. Un estudio retrospectivo (2005/2006) realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP) y el Departamento de Obstetricia, Ginecología y Ciencias Reproductivas de la Universidad de California (UCSF), concluyó que la tasa promedio de cesáreas en el Hospital de CASA –entre 2002 y 2005– fue menor comparada con la tasa promedio en los hospitales del estado que fue de 35%; y que la tasa promedio de recién nacidos de bajo peso en CASA fue menor que en los hospitales del estado, entre otros datos. Estas dos instituciones publicaron recientemente una evaluación realizada al currículo de la escuela de medicina más grande de México, su escuela de obstetricia y enfermería, y el plan de estudios de la escuela de partería de CASA (Cragin *et al*, 2007). El estudio concluyó que el currículo de la Escuela de Parteras Profesionales de CASA está integrado con un 93% de los conocimientos básicos internacionalmente recomendados para la atención del parto, contra 60% en la escuela de medicina y 59% en la escuela de enfermería. Solamente CASA exige a sus estudiantes experiencia clínica y habilidades comprobadas para su graduación.

Adicionalmente, este tipo de profesional es más compatible con el movimiento del parto humanizado, corriente que ha documentado que ciertos procedimientos hospitalarios como la posición de litotomía, la episiotomía de rutina, la tricotomía, y el uso indiscriminado de oxitocina, entre otros, alteran los procesos naturales teniendo como consecuencia más distocias de los

partos y una tendencia al incremento en las cesáreas. En nuestro país la tasa de cesáreas a nivel nacional es de alrededor del 40%, a diferencia de lo que ocurre en países desarrollados, en los que fluctúan entre 25% (EEUU) y 11% (Francia).

Los escenarios

Uno de los retos del Sector Salud ha sido la focalización de las acciones en los lugares donde el problema es más evidente. Hay entidades como el Estado de México que, para el periodo 2000-2004, contribuyó con la sexta parte de las muertes maternas ocurridas en el país, 75% de las cuales fueron evitables en exceso. Por su parte, Veracruz y el Distrito Federal sumaron otra sexta porción del total de las defunciones a las que nos referimos. En los estados de Oaxaca, Chiapas, Puebla, Guerrero, Veracruz, Distrito Federal y Estado de México ocurrieron más del 50% de las muertes totales para el mismo periodo, mientras que Querétaro, San Luis Potosí, Tlaxcala e Hidalgo, aunque presentaron en conjunto alrededor de 100 muertes maternas anuales, casi el 65% de ellas fueron evitables (cfr. SSA, 2006).

Estos datos han llevado a reconocer dos espacios geográficos de trabajo para el Sector Salud y algunos puntos estratégicos para la acción. Entre los espacios geográficos destacan aquellos estados con un mayor porcentaje de habitantes indígenas y pobres, donde la población está dispersa y no tiene acceso oportuno a los servicios de salud debido a diversos factores (la ubicación geográfica de las clínicas a más de dos horas de traslado; la ausencia de servicios las 24 horas de los 365 días al año; la falta de capacidad de los médicos para tratar emergencias obstétricas en el primer nivel de atención; las dificultades para el traslado, y el retardo en la toma de decisiones por parte de las familias). El segundo espacio es el de las grandes ciudades en las que el acceso a los servicios también está siendo limitada, aunque por otras razones como el desmantelamiento del primer nivel como instancia de atención de partos; la sobre-demanda de camas hospitalarias en el D.F. y el

Estado de México por población de otros estados con menores recursos; la consecuente sobresaturación de los servicios y las remodelaciones de nosocomios realizadas en los últimos años que han propiciado el rechazo de las mujeres que requieren atención en los hospitales de segundo nivel, así como la carencia de cunas en las unidades de cuidados intensivos neonatales.

El comportamiento de la mortalidad materna en México revela las dificultades de los servicios de salud públicos para lograr una disminución continuada. De acuerdo a las cifras oficiales, la reducción de las muertes en algunos estados no sigue una tendencia a la baja sostenida, pues la voluntad política para enfrentar el problema depende muchas veces de las autoridades locales. Por otro lado gobiernos estatales que mostraron voluntad política para encararlo no siempre llevaron a cabo transformaciones estructurales en el sistema de salud, por lo que su salida va acompañada de retrocesos. Ejemplo de ello es el caso de Chiapas, que a pesar de haber transitado por un sexenio gubernamental (2001-2006) durante el cual la muerte materna tuvo una alta prioridad política –evidenciada en el discurso de los funcionarios de alto nivel y con la puesta en marcha de planes específicos–, no ha conseguido institucionalizar las estrategias para reducirla de manera sostenida (Freyermuth, de la Torre, 2008).

La mortalidad materna es reflejo de la pobreza, pero también de la inequidad de género, construida a partir de la posición que guardan las mujeres en su familia, así como de las condiciones de vida de una familia en particular (la presencia de violencia doméstica como coadyuvante de muerte materna ha sido documentada ampliamente por activistas y académicas). Es necesario incidir en el espacio de la familia, ya que es en este donde se ubica la mujer en su dimensión individual. La familia es la unidad primigenia de socialización: en ella se interiorizan las relaciones de desigualdad y subordinación o las igualitarias y el empoderamiento; se posibilita o impide poseer capital humano y capital social, y es la unidad en la que se posiciona la persona y determina sus expectativas futuras para la atención de su salud. No

se puede soslayar la necesidad de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en el conjunto de la población. La mortalidad materna está estrechamente ligada a la posibilidad de las mujeres de ejercer plenamente sus derechos; la muerte materna asociada al aborto es muestra de ello.

Los actores y su participación

La consecución de mejoras progresivas para una maternidad segura es un tema que debe impulsarse por diversos actores y en diversos escenarios. Para lograr acciones eficientes, sostenidas, homogéneas y progresivas no basta con esperar la voluntad política de parte de actores fundamentales; existen evidencias suficientes que demuestran que no es suficiente informar y sensibilizar a los actores y que no es dable esperar la voluntad política, sino que la voluntad política se debe construir (Shiffman, 2007).

Para la generación de voluntad política es indispensable disponer de información clara y precisa sobre qué acciones estratégicas se espera que desarrollen los distintos actores y en los distintos niveles, el CNEGySR tiene responsabilidad en ésto.

La federación es responsable de alcanzar o permitir el logro de este objetivo, y su meta, disminuir en 40% la muerte materna. Se necesita la voluntad política para asignar recursos adecuados, así como para crear un ambiente favorable al logro del objetivo. Es menester que este objetivo guíe y ponga en marcha políticas y programas nacionales, y que estas políticas y programas sean del conocimiento de toda la ciudadanía.

Los gobiernos locales también tienen un importante rol que jugar, ya que este plan y la voluntad política federal permite una estructura aprobada por la federación que puede ser empleada para apoyar las reformas en favor de los pobres y aumentar los gastos en salud, asegurar la disponibilidad de los recursos y mejorar la calidad de la atención. Este objetivo también representa la oportunidad, para las autoridades locales, de acercarse a sus ciudadanos y al legislativo que los representa

para ejercer presión y lograr reformas estructurales que garanticen el acceso universal a los servicios de salud, y el etiquetamiento de recursos para el mantenimiento de las ambulancias.

Las redes de organismos internacionales son responsables de organizar sus recursos y conocimientos de la manera más estratégica y eficientemente posible, para apoyar los esfuerzos de los socios a nivel mundial y nacional y controlar los avances. Los ciudadanos, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado deben contribuir con su fuerza para lograr motivación, movilización, acción y evaluación (Boullé, Newton, 2008).

La Presidencia de la República y el Secretario de Salud juegan un papel fundamental en la construcción de la voluntad política. La Presidencia de la República, junto con la coordinación del Gabinete Social son las instancias que pueden hacer posible que el combate a la muerte materna sea una Política de Estado. Ello requiere de la alineación de una parte de los programas ya existentes para este fin común. El Ejecutivo es el que debe impartir este sentido de urgencia a la solución del problema, no sólo en el ámbito federal sino ante los gobiernos estatales, municipales, y en el poder legislativo.

La Secretaría de Salud, evidentemente es el actor más importante, aunque requiere de alianzas con otras Secretarías e instancias: Desarrollo Social, Secretaría de Educación, Secretaría de Comunicaciones y Transportes, así como con el Instituto de la Mujer, el Instituto de la Juventud y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

La tarea que enfrenta la Secretaría de Salud, asimismo, precisa de conjuntar y alinear los esfuerzos principalmente de tres subsecretarías. Se cuenta con la estructura y las instancias que permitan el logro del objetivo que se plantea, y es fundamental que todos los actores conozcan cuáles son las medidas estratégicas, el por qué de ellas, y desde estas impulsar los cambios necesarios para caminar por la misma ruta.

Asegurar el buen desempeño de los servicios en el ámbito estatal es uno de los retos que enfrenta la federación, así como erigirse en promotora de cambios sustantivos en las políticas de salud del país, dejando de lado el papel pasivo que algunos actores han adoptado en el contexto de la descentralización. La transparencia y la rendición de cuentas son dos elementos que deben estar integrados en una iniciativa de esta naturaleza, ya que estos elementos son los que permitirán la participación de otros actores, como la sociedad civil organizada y los organismos no gubernamentales nacionales e internacionales. Las miradas externas permitirán ir calibrando el avance de las iniciativas que se proponen.

Estratégicamente, las acciones deben estar encaminadas inicialmente al abatimiento de la tercera demora, posteriormente de la segunda, y finalmente de la primera. Si no es posible otorgar una adecuada atención, oportuna y de calidad, no es procedente establecer mecanismos de educación y movilización de la comunidad para que acuda a unidades médicas incapaces de manejar con éxito la emergencia obstétrica, pues esto desalentaría en el corto plazo la búsqueda de atención.

Primer componente (tercera demora)

Lograr una calidad óptima en la atención médica

El tercer retardo está relacionado con la incapacidad de resolver oportuna y adecuadamente la atención de la emergencia obstétrica. Esto tiene que ver con la calidad en la organización o la dimensión administrativa y con la calidad técnica/científica de la prestación del servicio.

Entre los años 2000 y 2004 se registraron en el país un total de 2.3 millones de muertes, y según reporte de la Secretaría de Salud, el 38.5% fueron debidas a causas evitables. Las muertes evitables son aquellas en las que la atención médica efectiva y oportuna habría impedido su ocurrencia; por lo tanto estas muertes no deben ocurrir, para el caso de la mortalidad materna se aprecian diferencias importantes entre los estados; así, en Nuevo León no ocurrieron muertes maternas evitables, a diferencia de lo sucedido en Oaxaca (75.9%), Chiapas (79.3%) y Guerrero (82.7%) (SSA, 2006). En los años recientes se ha incrementado la muerte evitable, lo que se ha atribuido a la calidad de la atención médica (SSA, 2006). La muerte materna es evitable y es mundialmente aceptada como indicador de la calidad de la atención a la salud, pues el conocimiento y la tecnología médica disponibles hacen factible que el 99% de ellas sean prevenidas (*Ibidem*).

Así, el deceso prematuro de las mujeres está muy ligado a la calidad de la atención de un país y relacionado también estrechamente con inequidades étnicas, de género o de clase. De acuerdo con Whitehead (2000), el término inequidad tiene una dimensión ética que, en este caso, se refiere a las diferencias en la mortalidad por causas evitables, por lo que deben ser consideradas injustas e inaceptables. Dichas inequidades pueden fundarse en la desigualdad de oportunidades para el acceso a servicios médicos de calidad y culturalmente competentes; a condiciones de vida inadecuadas, determinadas por factores económicos y sociales restrictivos; a la exposición a riesgos para la salud por condiciones de vida particulares, tales como violencia, stress o inadecuadas condiciones de trabajo, o a la inaccesibilidad a la atención médica por discriminación étnica o de género. Las normas internacionales de derechos humanos proveen de un marco concreto, a partir del cual se puede evaluar desde el diseño hasta la puesta en marcha de las políticas públicas y los programas de salud. Un enfoque de salud basado en derechos incluye principios como: no retroceso y progreso adecuado; no discriminación y equidad; participación significativa; rendición de cuentas, y desarrollo de estrategias multisectoriales (PHR, ECOSUR, CCESC; 2006).

La calidad en la organización o la dimensión administrativa y la calidad técnica científica de la prestación del servicio.⁷

El gobierno mexicano ha optado por la atención obstétrica de emergencia como la estrategia central para disminuir la mortalidad materna, esto implica necesariamente la calificación diferenciada del personal de salud (CNEGySR, 2009).

Para el primer nivel de atención deben desarrollarse habilidades específicas para la atención primaria de la emergencia obstétrica, el manejo de antibióticos, anticonvulsivantes, analgésicos y oxitócicos por vía intravenosa, y estrategias muy claras de referencia de la mujer a un segundo nivel de atención en caso de que la emergencia no pueda ser controlada en el primer nivel. Esto tendría diversas ventajas: se promovería el acceso a los servicios de salud para una atención del parto humanizado o competente culturalmente, y cuando se requiriera atención más especializada de la emergencia obstétrica la referencia de las mujeres se realizaría desde el primer nivel de atención, lo que impediría que los servicios hospitalarios se vieran saturados por la atención de partos normales, que puede ser realizada por parteras o por médicos del primer nivel.

Con los recursos humanos y la infraestructura disponibles, es factible impulsar a corto plazo la atención de emergencias obstétricas, debiendo ser un elemento central el funcionamiento continuo de centros de salud con hospitalización ubicados estratégicamente. La propuesta requiere menor cantidad de recursos adicionales que los que exigiría la atención universal por personal profesional. Implica, desde luego, la disponibilidad permanente (24 horas 365 días del año) de personal profesional en lugares clave para atender el 15% del total de embarazos, partos y pospartos que se espera evolucionarán hacia la complicación. Asegurar la calidad implica la realización de auditorías sobre los insumos disponibles en las clínicas

de primer y segundo nivel de atención, que constaten un funcionamiento potencial adecuado dependiendo de su capacidad resolutive.

A partir de la entrada en vigor del Seguro Popular en agosto de 2005, se han fortalecido las clínicas de primer nivel con personal médico e insumos necesarios para la atención primaria de la emergencia obstétrica.⁸ Sin embargo, un monitoreo reciente de estas clínicas en tres de los ocho estados prioritarios –Oaxaca, Chiapas y Guerrero–, demostró la necesidad urgente de proveer de las habilidades necesarias al personal de salud para resolver la emergencia obstétrica; existe una proclividad a referenciar cualquier solicitud de atención, incluso de mujeres con trabajos de parto normal⁹ (Secretariado Técnico del CPMsR en México y CPMVS-Chiapas, 2009; CPMsR-Oaxaca y SSO, 2009).

La fragmentación de los servicios para población abierta persiste en los estados, ya que coexisten dos sistemas de atención: IMSS-Oportunidades y SSA. La microrregionalización de la cobertura de estas instituciones fue un avance en el sentido de que hizo posible evitar duplicidades, pero estudios en campo (Tenejapa, Chiapas) han mostrado que esto impide el funcionamiento de una red de servicios que brinde atención oportuna en caso de emergencia obstétrica, por ejemplo el personal de la clínica Sí Mujer del Instituto de Salud considera que está en capacidad de rechazar a una mujer que proviene de una comunidad bajo el área de influencia del IMSS. Por su parte, los prestadores de servicios del IMSS-Oportunidades afirman que una mujer de su área de influencia no puede hacer uso de una clínica Sí Mujer.¹⁰ Esto retrasa necesariamente la atención de las mujeres y pone en peligro su vida, además de que induce la infrautilización de los recursos públicos instalados para la resolución de estos problemas.

Una observación frecuente en los análisis de muertes maternas está en relación directa con los múltiples

⁷ SICALIDAD sería la instancia apropiada para establecer y monitorear las acciones en la mejora de la calidad de la atención de la emergencia obstétrica, ya que dentro de los componentes de este programa se destacan la evaluación de la calidad técnica de los profesionales de la salud bajo estándares convenidos; el monitoreo de la satisfacción de los usuarios a través de los Avales Ciudadanos; la revisión periódica de los expedientes clínicos; la vinculación con hospitales públicos de mediana y alta complejidad para la seguridad del paciente; la implementación de un programa de uso racional de medicamentos y la Acreditación de Unidades Médicas. Cfr. Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, 2007.

⁸ El monitoreo –realizado en las clínicas de la región Altos de Chiapas–, ha mostrado que en las unidades del Instituto de Salud de Chiapas existe desabasto de oxitócicos y, en ocasiones, de soluciones endovenosas.

⁹ Los proyectos de telemedicina pueden ser de utilidad para asesorar a médicos del primer nivel en la solución de problemas básicos de la maternidad, estabilizar a las pacientes y valorar el envío a segundo nivel.

¹⁰ Es menester una iniciativa que conforme redes de servicios de acuerdo a la disponibilidad de unidades y de estrategias de referencia. Estas iniciativas deben tener un carácter más formal que el de los convenios a fin de asegurar su permanencia a lo largo del tiempo, a salvo de avatares por cambios de gobiernos federales, estatales y locales.

motivos por los cuales se difiere la atención médica a las mujeres embarazadas, y no solamente es los criterios de derecho-habienencia, sino también está en función de carencia en ocasiones de infraestructura física y/o de personal calificado las 24 hrs y las dilaciones en éste sentido pueden condicionar, en cualquier momento un riesgo inminente para la vida. El reto actual en nuestro fragmentado sistema de salud consiste en que no exista ya motivo para negarle la atención médica a ninguna mujer que la solicite de manera urgente, para la consecución de éste objetivo tiene ya, la Secretaría de Salud un diagnóstico basado en un mapa geo-referenciado en el que se pueden apreciar las áreas mas necesitadas de infraestructura y/o de medios de comunicación.

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, es necesario reconsiderar la consulta prenatal y convertirla en un espacio propicio para dotar de información y educación a las embarazadas (información sobre el grupo sanguíneo y rh), llevar a cabo la identificación de mujeres con padecimientos previos a fin de evitar

Los servicios de atención obstétrica de emergencia básica son los siguientes:

- Administración de antibióticos por vía parenteral
- Administración de oxitócicos por vía parenteral
- Administración de medicamentos anticonvulsivos y analgésicos por vía parenteral
- Extracción manual de la placenta
- Extracción de restos retenidos mediante técnica de aspiración endouterina
- Atención del parto vaginal
- El personal de salud que puede proporcionar estos servicios son: enfermeras obstetras, parteras profesionales, médicos y promotores de salud avanzados calificados para este fin.

Los servicios de atención de la emergencia obstétrica integral o resolutive son los siguientes:

- Todos los servicios de la AOE básica enunciados anteriormente
- Quirófano y práctica de cirugías (24 horas, 365 días del año)
- Disponibilidad de transfusiones sanguíneas (24 horas, 365 días del año)
- Disponibilidad de laboratorio clínico (24 horas, 365 días del año)
- El equipo de salud que debe proporcionar estos servicios son: cirujano, ginecobstetra, anestesiólogo y pediatra

las muertes maternas por causas indirectas, y poner en práctica intervenciones que han mostrado ser benéficas (administración de toxoide tetánico, suplementación de hierro, vitaminas y oligoelementos para todas las mujeres, y detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, infecciones urinarias u otros padecimientos como tuberculosis o VIH/SIDA) (Carroli *et al*, 2001), así como para anticipar acciones requeridas en los casos de cesáreas programadas, amén de estrechar el vínculo entre la mujer embarazada y el proveedor del servicio. Informar a las mujeres de las posibles complicaciones, hará posible que no solamente aprendan a identificar los signos y síntomas premonitorios de padecimientos capaces de causar su muerte o la de otras mujeres embarazadas, sino a reconocer la vía más corta para su solución. La operación del Programa Oportunidades ofrece la posibilidad de dar este nuevo sentido a la consulta prenatal, y simultáneamente debemos atender también a la falta de expectativas en crecimiento profesional de los médicos encargados de la atención obstétrica, la estrategia debe iniciar por reconocer a los profesionales involucrados para plantear así un escenario de invitación a sumarse al esfuerzo encaminado al abatimiento de la mortalidad materna..

El reto organizacional en las grandes ciudades

A diferencia de lo que ocurre en algunos estados con bajas coberturas de los servicios de seguridad social que protegen a los trabajadores asalariados, en los estados con una mayor generación de empleos, *la fragmentación del acceso a los servicios de salud en tres grandes grupos de población, de acuerdo a su inserción laboral o capacidad de pago, ha devenido de facto en lo que podría denominarse una ausencia estructural de cobertura universal* (Cárdenas, 2009). En este contexto de fragmentación, la sobre-demanda de los servicios de salud del segundo nivel en las grandes concentraciones humanas como el Distrito Federal y el Estado de México, responde a una lógica muy distinta a la descrita anteriormente. En estas entidades obedece fundamentalmente a la dinámica de las redes sociales familiares y al supuesto de que la medicina de calidad se encuentra en las grandes metrópolis. Un estudio realizado por Sandra Reyes Fraustro (1992) hace varias décadas mostró que un porcentaje no despreciable de las muertes maternas en el Distrito Federal ocurrían como resultado de una atención inicial de mala calidad en clínicas

privadas suburbanas, cuya principal clientela provenía de las pequeñas ciudades cercanas a la capital. Estas mujeres pertenecían a familias de la clase media que contaban con ciertos recursos que les permitieron elegir la atención del parto en la gran urbe, y en muchos casos la elección del servicio estuvo determinada por las redes familiares que aseguraban el contar con habitación y alimentos durante el preparto, parto y posparto inmediato. La atención obtenida las llevó a la muerte prematura. Así, un reto presente en las grandes ciudades es la regulación de una multitud de clínicas que carecen de certificación alguna y cuyos ingresos se basan particularmente en la atención de la maternidad.¹¹

Otra clientela que se traslada desde la provincia a la zona metropolitana está conformada por mujeres jóvenes –muchas veces primigestas–, cuyas madres fueron atendidas en décadas pasadas en algún hospital público y valoraron positivamente los cuidados recibidos entonces. Si su llegada coincide con una remodelación o un rechazo, la familia no contará con el capital social y cultural para elegir un hospital que le resuelva el problema en caso de que padezca una emergencia obstétrica. Se ha documentado (Collado, 2009) que las remodelaciones no parecen estar coordinadas y que algunos de los grandes hospitales de referencia pueden estar cerrados de manera simultánea, sin alternativas reales de atención ante dichas contingencias. Es un hecho la falta de personal, que en teoría siempre está completo pero en la práctica no, pues no hay quien cubra las vacaciones, comisiones sindicales, incapacidades o las ausencias injustificadas. La mala calidad de la atención tiene otras aristas; por un lado, el mal trato del que son objeto las mujeres en las instituciones evita que deseen regresar a los hospitales, pudiendo postergar en otra ocasión o desalentar en otras mujeres la búsqueda de atención. Por otra parte, el no brindarles asesoría anticonceptiva reduce las probabilidades de que opten por la anticoncepción

post-evento obstétrico, incrementando así el riesgo de períodos intergenésicos cortos. Los indicadores de calidad pocas veces toman en cuenta la opinión de las usuarias –basándose en tiempos de espera, por ejemplo–, en lugar de verificar si las mujeres recibieron y comprendieron información relevante, como serían los datos de alarma obstétrica¹² (Collado, 2009). Se ha documentado que la mitad (51%) de las mujeres que han fallecido acudieron a servicios de salud que no estaban en posibilidad resolver su problema (CNEGySR, 2009), de hecho la Secretaría de Salud ha detectado a la fecha un número muy importante de hospitales que teniendo infraestructura adecuada en muchas de sus áreas carecen, por ejemplo, de unidades de terapia intensiva, indispensables por cierto en la atención de la emergencia obstétrica.

Existen múltiples retrasos entre el contacto con el servicio de salud y la evaluación que decide el ingreso definitivo; entre la admisión y la primera nota médica (es decir, la primera evaluación médica en hospital); entre la indicación médica y la ejecución de la misma por el servicio de enfermería; entre urgencias y sala de labor; entre quirófano y la terapia intensiva, y entre la orden de transfusión y la administración de la sangre. Es decir, que los trámites que deben vencerse para que se resuelva de manera definitiva la urgencia ocasiona que un porcentaje importante (80%) de las mujeres que fallecen hayan llegado a una servicio de atención, lo cual no evitó el desenlace fatal (CNEGySR, 2009). La sobresaturación de los hospitales públicos (y sus unidades de cuidados intensivos neonatales) *versus* la infrautilización de hospitales de seguridad social (CNEGySR, 2009), se ha convertido en un espacio de oportunidad para mejorar la atención de las mujeres que lo solicitan. Sin embargo, se requiere que los convenios de colaboración entre instituciones de seguridad social e instituciones públicas que se generen sean de orden estructural, a fin de que los cambios

¹¹ Es necesario contar con un catálogo de clínicas privadas y asegurar que su personal de salud posea la certificación en el manejo de las emergencias obstétricas. Estas clínicas también deben contar con un hospital “centinela” al que puedan recurrir en caso de enfrentar un problema obstétrico que no estén en capacidad de resolver.

¹² Se requiere la reformulación de los indicadores de calidad de la atención, con el fin de que se evalúe la calidad técnica de los servicios y la calidad de la información y transmisión del conocimiento que se brindan a las usuarias.

gubernamentales no impidan una mejora sostenida de los modelos de cooperación que se impulsen, y que aseguren la universalidad de los servicios eliminando las barreras financieras para las usuarias. También es necesario por supuesto, para que dicho convenio pueda operar, garantizar un mecanismo adecuado, en tiempo real, de comunicación inter-hospitalaria, que bien puede ser un tablero virtual.

Calidad de la atención y un trato humanizado para las usuarias

El llamado movimiento de parto “humanizado o competente culturalmente” persigue que el personal de salud del primer nivel de atención, los agentes de salud de la comunidad, las usuarias y los gobiernos locales trabajen juntos en un proceso de negociación para cambiar la atención del parto institucional, haciéndolo más adecuado a la cultura y a las necesidades de la población. Si esto es posible, las usuarias estarán más satisfechas con los servicios después de estos cambios y por lo tanto utilizarán más los servicios de atención del parto (Hermida, 2009).

La atención del parto incluye una serie de medidas fáciles de llevar a cabo y de probada evidencia científica:

- Atención del parto vertical o en la posición que la mujer la demande.
- Acompañamiento a la parturienta por una persona de su elección (partera, pareja, madre, hermana u otro familiar).
- Adecuación amigable de la sala de partos: temperatura, administración infusiones, ropa cómoda para la usuaria, etc.
- Adecuación de los horarios de visita.
- Adecuación de la dieta, incluyendo comidas rituales o tradicionales.

En México existe una iniciativa para la atención del parto vertical, propuesta por la Subsecretaría de Innovación y Calidad, que pretende conjugar los avances tecnológicos con los aportes para una atención con mayor calidez en el parto. Como señala el documento base, con esta propuesta se tiene la intención de disminuir las barreras culturales, enfatizando en la satisfacción de las usuarias como un elemento fundamental. La *Norma Oficial Mexicana 007* también hace posible que las mujeres tengan derecho a gozar de un parto más amigable, facilitando la deambulaci3n durante el trabajo de parto, el permanecer en una postura c3moda y evitando someter a las mujeres a procedimientos de rutina innecesarios, como la episiotomía (OMS, 2004).

Por qu3 promover la atenci3n humanizada en nuestro pa3s. Fortalecer el primer nivel de atenci3n

Un porcentaje importante de los partos sigue siendo atendido por parteras tradicionales a nivel domiciliario. En Chalchihuitán, un municipio de Los Altos de Chiapas, se instal3 en 2003 una Casa de Salud de Parteras.¹³ Durante el a3o 2004, diez de las parteras asociadas a esta Casa atendieron 46% de los partos esperados. En contraste, durante el a3o 2002 el Sector Salud hab3a atendido solamente 4% de los partos de dicho municipio. Por otro lado, una encuesta realizada en 2004 en el municipio de Tenejapa, tambi3n de Chiapas, revel3 que solamente el 20% de las mujeres hab3a acudido en su 3ltimo parto a un servicio de salud, porcentaje que no se increment3 para el 2008 (19%), a3o en que las parteras atendieron al 71% y los familiares de las parturientas al 9%.

Frente a la realidad del parto mayoritariamente atendido por parteras en los domicilios, existe una sobresaturaci3n de los servicios de salud en el medio

¹³ Este proyecto fue coordinado por Sebastiana Vázquez, de Asesoría, Capacitaci3n y Asistencia en Salud A.C. (ACASAC), y forma parte de una red de Casas de Salud de la Mujer Indígena, impulsada por el CDI y PROMSA desde el a3o 2003.

hospitalario, con un número elevado de cesáreas (Tinoco, 2008). En un contexto en el cual la tercera demora prevalece, el envío sistemático de todas las mujeres a los hospitales desalienta la búsqueda de atención en el primer nivel (persistiendo la primera demora), amén de saturar los servicios hospitalarios con partos normales, obstaculizando la atención adecuada de las emergencias obstétricas.

Por ello, una propuesta de atención resolutive debe asegurar que el segundo nivel será utilizado por mujeres con complicaciones –sobre todo en aquellas regiones en donde los recursos son limitados y escasos–, y promoviendo la atención del parto humanizado y/o culturalmente competente con el fin de que los prestadores de servicios en el primer nivel puedan mantener una vigilancia estrecha de la mujer en trabajo de parto.

Calidad técnica/científica de la prestación del servicio. No retroceso y progreso adecuados.

Asegurar el propósito del sector salud demanda además de infraestructura e insumos necesarios, de un personal de salud con conocimientos y habilidades que le permitan resolver los problemas. **El personal a cargo del primer nivel de atención debe poseer las habilidades para proporcionar la atención primaria de la emergencia obstétrica.**

Reformular la prestación de los servicios con base en evidencias científicas forma parte del reto, ya que existe una fuerte resistencia. Por ejemplo, se ha demostrado que no es el número de consultas prenatales lo que reduce la mortalidad materna, pues la consulta prenatal por sí misma no previene las complicaciones durante la maternidad, aunque puede propiciar el acceso oportuno a los servicios de salud; sin embargo, se sigue monitoreando la calidad de la atención con el número de consultas prenatales otorgadas y no con el número de emergencias obstétricas canalizadas oportunamente. Otro ejemplo de esta resistencia es la no utilización de sulfato de magnesio –tratamiento de primera elección para el manejo de la preeclampsia y eclampsia–, pues se sigue utilizando muy escasamente tanto en servicios públicos como privados. Se debe cambiar el paradigma

predominante en las escuelas de obstetricia mexicana para ir modificando las prácticas de los nuevos egresados. Además, la pobre capacidad técnica del personal de salud debe evaluarse a fondo, pues ocasionalmente ni el personal de salud especializado –ginecobstetras–, tratan con criterios uniformes una emergencia obstétrica; que no exista un juicio clínico unificado que les permita identificar la presencia de complicaciones oportunamente, y que la ausencia de normas les conduzca a rechazar a mujeres que, por su condición, deberían ser atendidas de inmediato (Collado, 2009). El CNEGySR (2009) señala que, para el 2008, el 84% de las muertes maternas había estado asociado a la mala calidad de la atención obstétrica, y lo más preocupante es que los análisis realizados revelan que esta asociación ha ido al alza, pues en el 2006 fue del 66% y en el 2007 del 83%.

Formación en el pregrado y posgrado

El paradigma centrado en la atención prenatal y la detección de embarazos de alto riesgo, debe ser sustituido por el de la atención oportuna de la emergencia obstétrica en todas las escuelas y facultades de medicina, así como en todas las instituciones formadoras de personal de salud de nivel medio y técnico. Desde las instituciones educativas, los planes de estudio deben incluir las propuestas de humanización del parto y la competencia cultural. En México, los pasantes en servicio social y los médicos recién egresados desempeñan un papel fundamental en la atención médica de la población que habita en comunidades rurales o marginadas. *Por ello, capacitación durante la formación de pregrado para la atención del embarazo, parto y posparto, la identificación temprana de sus complicaciones y el conocimiento de la terapéutica correspondiente son factores esenciales de un programa para reducir la mortalidad materna. Al entrenamiento de pregrado adecuado para atender las complicaciones maternas se añade la necesidad de incorporar aquellos elementos que permitan transitar de una capacitación práctica adquirida en unidades hospitalarias a su aplicación en centros de salud (Cárdenas, 2009).* La homologación de estos conocimientos debe ser asegurada en todas las escuelas y facultades de medicina,

enfermería y partería y otras, a través de exámenes departamentales y la inclusión de estos contenidos en las evaluaciones finales o en un examen intermedio previo al ingreso al internado de pregrado. Las Normas Oficiales Mexicanas deben ser documentos de revisión obligatoria en todas las facultades y escuelas de medicina, así como en las escuelas técnicas, a fin de que los egresados estén familiarizados con el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de la nación. Para esta iniciativa es estratégica la intervención de la Dirección de Calidad y Educación en Salud (DGCES).

Adicionalmente, la formulación y reformulación de guías y normas de la atención del embarazo, parto y emergencia obstétrica con base en evidencias científicas es una cuestión prioritaria en este tema, así como la reformulación de la Norma para la Atención del Embarazo, Parto y Puerperio, y la actualización de cualquier otro instrumento que permita la actualización de la atención de la emergencia obstétrica. La instauración de un programa de bioética que haga posible la humanización de la práctica médica y el consentimiento informado por parte de las usuarias.

Si bien el fortalecimiento de la preparación de los estudiantes de medicina en la atención de las complicaciones obstétricas es un elemento del entrenamiento médico necesario para reducir la mortalidad materna que debe ponerse en marcha, en estos momentos se requiere la **capacitación inmediata** de los proveedores en funciones –de establecimientos públicos y privados–, a fin de que sean competentes para resolver las principales emergencias en obstetricia. Esto será posible mediante la aplicación de programas de capacitación que incluyan aspectos teóricos y prácticos para el manejo de las principales complicaciones materno-fetales y neonatales.

Profesionales alternativos

A pesar de la gran producción de médicos y enfermeras, las tasas de mortalidad materna no ha disminuido significativamente y el nivel de atención materna es de baja calidad y sin calidez humana. Con la incorporación de parteras profesionales y de Enfermeras Obstetras

(que por cierto ya tienen un perfil profesional definido en nuestro país) al sistema de salud y la creación de Escuelas de Partería Profesional será posible que la problemática de la atención materna se contenga de alguna manera. En el 2005, la Secretaría de Salud a nivel federal, concedió un premio nacional de excelencia a la Secretaría de Salud de San Luis Potosí por haber implementado estrategias innovadoras, como la contratación de parteras profesionales graduadas de CASA, que han contribuido a reducir significativamente el número de muertes maternas. A la fecha el número de graduadas de esta institución es pequeño y no ha habido voluntad política para la puesta en marcha de filiales de esta escuela (Coronado, s/f).

Esta estrategia podría contribuir a mediano plazo a la atención profesionalizada de partos en zonas rurales y en aquellas regiones en las que el recambio de médicos es continuo. Se requiere por tanto, que la Secretaría de Educación Pública (SEP), DGCES y CNEGySR realicen las gestiones necesarias para que sea aprobado el currículo y los campos clínicos abiertos para las prácticas de las estudiantes.

Capacitación continua

Una opción es la propuesta desde 1991 por la Academia Americana de Médicos Familiares (AAFP, por sus siglas en inglés): el curso-taller denominado ALSO (Advanced Life Support Obstetrics) (5), cuyo objetivo primordial ha sido capacitar en competencias a los proveedores para el manejo de emergencias en el periodo perinatal en forma estandarizada y validada por evidencias de efectividad (Mora, 2009).

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

implementación. Esquemas como estos de educación continua y de posgrado pueden contribuir a mejorar la calidad en la prestación de los servicios (Mora, 2009).

Para todas las iniciativas se debe impulsar un esquema de monitoreo de las habilidades técnicas del personal de salud para resolver los problemas que se presentan, de acuerdo al nivel de atención que se trate y la región. La creación de esquemas de certificación institucional o de los Consejos ya establecidos pueden desempeñar un papel de gran relevancia en el monitoreo del éxito de estos entrenamientos.

La dificultad para retener al personal médico en las localidades indígenas apartadas debe llevar a promover la formación técnica científica de los recursos humanos locales. No solamente a las parteras tradicionales, sino a los auxiliares y técnicos en salud. El caso de las regiones indígenas es bastante particular, ya que existe un recambio de personal tan frecuente que los programas de capacitación no aseguran la calidad de la prestación del servicio. Por ello, es necesario asegurar las habilidades técnicas del personal de salud, de acuerdo con el nivel de atención al que esté adscrito y tomando en cuenta los problemas de salud locales que tendrá que enfrentar, que le doten de capacidad resolutoria y de atención primaria de las emergencias obstétricas. Para ello pueden utilizarse las nuevas tecnologías, con módulos de autoenseñanza que sean resueltos previamente por el personal a su

ingreso a un servicio de salud, y con un sistema de asesoría a distancia.

Información disponible para los proveedores de salud

El monitoreo que ha realizado el Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México y sus filiales en los estados, han documentado la inadecuada preparación de los médicos para la atención de las emergencias obstétricas en el primer nivel. La importancia de la práctica médica con estándares de atención a la salud materna basados en la evidencia científica debe enfatizarse. Es evidente que la práctica médica en México no adopta nuevos procedimientos y mantiene otros aunque no existan evidencias de sus beneficios para las madres y los recién nacidos (ejemplo de ello son la práctica de la episiotomía o la tricotomía). Por ello, es necesario el acceso continuo a información actualizada, inclusive en formatos amigables para su consulta rápida en las clínicas. Los algoritmos sobre el tratamiento de hemorragia, preeclampsia/eclampsia y fiebre puerperal pueden ser de gran ayuda en el tratamiento primario de la emergencia obstétrica, y suelen ser adecuados para su consulta rutinaria; también debe disponerse del formato de partograma recomendado por la OMS en las clínicas de primero y segundo nivel, y de las normas y manuales, así como asegurar el acceso a la Biblioteca de Salud Reproductiva (OMSb, 2004).

Segundo componente (segunda demora)

Acceso universal a la atención obstétrica, con sistemas de comunicación disponibles, caminos transitables.

El segundo componente, pretende disminuir el segundo retardo, es decir, que al momento de presentarse una complicación durante el embarazo, parto o posparto se tenga la posibilidad de arribar oportunamente a los servicios de salud, eliminando barreras de acceso y la incertidumbre sobre los mecanismos para demandar oportunamente la atención en los establecimientos pertinentes.

Mejorar el acceso financiero; apuntar hacia la universalidad de la atención Obstétrica

Una de las principales barreras para la utilización de los servicios de salud es el aspecto económico. A partir del 2003 se implantó el Seguro Popular de Salud (SP), con la posibilidad de afiliarse y lograr por este mecanismo la gratuidad al utilizar los servicios de salud. Sin embargo, en la implementación del Programa en estados como Guerrero sólo era posible afiliarse si la familia o la mujer se encontraba ya afiliada al Programa OPORTUNIDADES, o en su defecto se tenía un hijo nacido posteriormente al primero de diciembre del 2006. Cuando la mujer acudía al hospital para atención materna se afiliaba a su hijo, pero ella tenía que pagar el costo de la atención obstétrica. En mayo de 2009, el Presidente de la República anunció un nuevo programa denominado “Embarazo Saludable”, que en la práctica se perfiló como un mecanismo de afiliación directa al SP para que las mujeres embarazadas fueran

incorporadas de manera inmediata y se les garantizara la gratuidad en la atención obstétrica requerida. Así, la afiliación sigue siendo un requisito para recibir atención exenta de pago. En Guerrero, a iniciativa de las autoridades estatales se emitió un oficio a todas las unidades de salud con la orden de no realizar cobro alguno en la atención de la maternidad; sin embargo, evidencias empíricas sugieren que las familias y las mujeres continúan realizando gastos de bolsillo por dos causas fundamentales: la primera es que no lograron afiliarse o ser afiliadas al SP, y la segunda porque una vez en el hospital les solicitaron la compra de diversos insumos para su atención.¹⁴ Otro factor que no contribuye a mejorar el acceso universal a los servicios obstétricos mediante la afiliación al SP es el hecho que la cobertura de este seguro tiene una vigencia temporal y porque muchas mujeres carecen de toda la información necesaria para poder acceder a ésta alternativa, en su idioma y a su alcance.

Por otro lado, la capacidad de afiliación en los estados resulta preocupante cuando se piensa en instalar el mismo mecanismo para el programa Embarazo Saludable. Un ejemplo nuevamente es Guerrero, en donde si se continúa con el ritmo actual de afiliación (6.5% de avance anual respecto a la meta), se logrará alcanzar el 100% hasta el año 2019, y la cobertura de afiliación de la población indígena en el estado apenas llega a una tercera parte del total. De hecho, la misma evaluación del SP refiere que:

“habría que incentivar a las entidades federativas a afiliarse a las familias que residen en zonas marginadas y fortalecer la oferta de servicios de salud en las zonas más marginadas” (SPSS, 2006).

¹⁴ En el monitoreo de Guerrero y Chiapas a la red de servicios 24 hrs los 365 días del año, los propios responsables de las unidades aceptaron que en ocasiones se le pedía a los familiares la adquisición de venoclisis, catéteres u oxitocina.

Adicionalmente, el SP no necesariamente garantiza un mejor acceso a los servicios de salud ni la calidad de los mismos. Esto lo podemos identificar cuando observamos que el número de muertes maternas se está incrementando considerablemente (a mayor número de afiliadas) entre la población que cuenta con SP: en el año 2004 se registraron 20 muertes maternas de personas afiliadas al SP; en el 2005, 77; y en el 2006, 111.¹⁵

Atención Obstétrica Universal

Una propuesta de solución ante el reto de afiliar al mayor número de mujeres embarazadas y una forma de optimizar los recursos ya existentes en las instituciones públicas sería la universalidad de la atención de la emergencia obstétrica bajo el único requisito de ser ciudadana mexicana, tal y como se gestó la vacunación universal.

El artículo 4° de la Constitución mexicana establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. A su vez, la Ley General de Salud (LGS) impone dos criterios de acceso a los servicios: a) ser derechohabiente de alguna institución de seguridad social o del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), o b) pertenecer a la población general no derechohabiente de dichos servicios. La atención materno-infantil es motivo de salubridad general (artículo 3° de la LGS) y se incluye en el paquete de servicios básicos de salud (artículo 27 de la LGS) dirigidos a la toda la población. Los servicios de salud materno-infantil se prestarán en establecimientos públicos de salud, regidos por criterios de universalidad y gratuidad fundada en las condiciones socio-económicas de los usuarios (artículo 35 de la LGS). Sin embargo, a pesar de que el Estado es responsable de garantizar los derechos sociales, ni la Constitución ni la LGS establecen la obligación jurídica del Estado mexicano para garantizar el acceso universal, efectivo, oportuno, de calidad y gratuito a los servicios de salud materna para todas las mujeres, independientemente de su condición de afiliación o no a la seguridad social, al SP, o a cualquier otro

criterio de exclusión. De este modo, y toda vez que los servicios de salud materna son costo-efectivos, generan grandes externalidades positivas y encierran profundas implicaciones para la equidad de género y justicia social, consideramos adecuados dos cambios estructurales en el nivel sistémico de las políticas (Meneses *et al*, 2009):

- a) Se deben redefinir los criterios de acceso a los servicios de atención materna basados en un enfoque de derecho, bajo los principios de universalidad y gratuidad no condicionada a la capacidad de pago, ni al estado de derechohabencia a un esquema de seguridad o de protección social (como es el caso del Programa de Embarazo Saludable).
- b) Debe quedar explícitamente definida la responsabilidad del Estado para garantizar el financiamiento y prestación de los servicios de salud materna, además de definirse claramente las bases para la participación de los diversos niveles de gobierno (federal, estatal y municipal).

Para la integración de una propuesta de Reglas de Operación del Convenio IMSS-ISSSTE-SSA es fundamental la participación de la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la SS, así como de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Mejorar la cobertura de clínicas a menos de 2 horas de desplazamiento y que ofrezcan servicios las 24 horas 365 días al año, con personal calificado y con los insumos necesarios para la provisión de servicios de emergencia obstétrica básica e integral.

Mejorar el acceso geográfico a una red de establecimientos con capacidad de producir servicios de emergencia obstétrica es un reto apremiante. En las regiones rurales las condiciones de dispersión geográfica de la población obligan a la planeación estratégica para la ubicación de los centros de salud. Actualmente, existen localidades que no cuentan con establecimientos próximos (a

¹⁵ SINAI, cubos dinámicos, <http://sinai.salud.gob.mx/>

menos de dos horas de desplazamiento) con capacidad de proveer servicios de atención obstétrica las 24 horas los 365 días del año; los casos más notables son los de Chihuahua (Evaluación Oportunidades, 2008) y Guerrero (CNEGySR, 2009). Es un hecho que esto constituye un determinante central en la dilación para que, una vez tomada la decisión de buscar atención en los servicios de salud por una complicación obstétrica, se alcance el servicio pertinente. No obstante, la experiencia de proyectos de intervención¹⁶ sugiere que es de poca utilidad fortalecer componentes de manera aislada; es decir, no basta con mejorar la distribución espacial de los servicios si no se cuenta con una integración de elementos o servicios indispensables para lograr la utilización y demanda oportuna de la población.

La DGPLADES es la instancia idónea para contribuir a la definición de necesidades de recursos humanos, equipo e insumos en los ocho estados prioritarios, y por su parte el CNTS estaría a cargo del sistema de información georreferenciado para la ubicación de los centros de transfusión. Esta información sería necesaria para ubicar los recursos existentes y planificar la instalación de puestos de sangrado estratégicos.

El transporte adecuado y oportuno (desde las localidades o domicilios a las unidades de salud y desde unidades de salud de primer nivel a los servicios de mayor resolución); caminos transitables y la posibilidad de comunicarse para solicitar transporte.

El transporte desde las localidades a los establecimientos de salud es un tema no resuelto, si bien es cierto que ha mejorado la disponibilidad de ambulancias en los establecimientos de salud, no se ha alcanzado el nivel óptimo, y los vehículos disponibles son utilizados en su mayoría para el traslado desde la unidad de salud a otros establecimientos, y no desde las localidades o domicilios a las unidades de salud.

En el 2008, el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México realizó un monitoreo de la

disponibilidad de los servicios de atención obstétrica en 3 estados (Chiapas, Guerrero y Oaxaca), respecto a las variables de disponibilidad de ambulancias y comunicación entre unidades de salud de primer y segundo nivel, diseñándose un índice de disponibilidad con una escala del 0 al 1, siendo 1 la calificación óptima. Los resultados fueron decepcionantes pues en ninguno de los estados se alcanzó la máxima calificación; en el rubro de disponibilidad de ambulancias Chiapas obtuvo 0.62 y Guerrero 0.57. En la variable de comunicación para caso de referencia se obtuvieron calificaciones de 0.68 y 0.75, respectivamente.

Red integral de servicios

La conformación de una red de servicios con atención obstétrica básica las 24 horas los 365 días al año por localidad, y servicios de atención obstétrica integral por cada 500,000 habitantes, interconectada de manera permanente de acuerdo a la propuesta de organismos internacionales (UNFPA, 2002). Su éxito depende de la capacidad instalada diferencial en los establecimientos que ofrecen Atención Obstétrica Básica o Integral, asimismo la responsabilidad diferencial de estas dos instancias en el otorgamiento de servicios, para ello se requiere además del desempeño como red a través de una comunicación eficiente entre unidades y niveles de atención de la definición de responsabilidades precisas entre cada elemento de la red.

En prácticamente todos los municipios del país existen centros de salud ubicados en las cabeceras municipales, y algunos de estos centros laboran las 24 horas del día. Una de las iniciativas tendría que apuntar a que en todos los municipios –sobre todo en las regiones indígenas y rurales–, los centros de salud localizados en las cabeceras municipales funcionaran las 24 horas y tuvieran la capacidad de proveer servicios de atención obstétrica de emergencia básica, disponiendo de ambulancia de manera continua y con la posibilidad de comunicación desde las localidades al centro de salud, y desde centro

¹⁶ Red Social para Disminuir la Mortalidad Materna en el municipio de Tenejapa, Chiapas.

de salud al Hospital resolutivo para la atención del parto o de la emergencia obstétrica.

La estrategia tendría que incluir a todos los niveles de gobierno en acciones concretas:

- Vigilancia de la disponibilidad del servicio
- Garantizar mediante la etiquetación del presupuesto las condiciones de transitabilidad de los caminos y solventar la disponibilidad de gasolina y chofer
- Instalación de una red de radiocomunicaciones efectiva entre las localidades y el centro de salud (operado por los asistentes o auxiliares de salud comunitarios)
- Vincular a los hospitales resolutivos con los medios de transporte terrestres o aéreos en zonas de difícil acceso
- Definir las responsabilidades en la red hospital-centro de salud-asistente en salud

No basta con la localización de las clínicas a una distancia o tiempo de desplazamiento adecuados; estas unidades deben contar con personal durante las 24 horas de los 365 días del año y disponer de los insumos necesarios para la resolución de los problemas de salud que se requiere atender (medicamentos, instrumentos y

otros). Una evaluación de la calidad requiere de auditorías sobre dichos insumos en las clínicas de primer y segundo nivel de atención que aseguren un funcionamiento potencial adecuado.

Recientemente ha cobrado relevancia la idea de instalar ambulancias aéreas en regiones con elevada dispersión geográfica y dificultad de acceso terrestre; sin embargo, es importante considerar que si las localidades no cuentan con medios para solicitar el servicio a distancia, se daría una infrautilización importante del recurso. Una de las regiones en donde se tiene considerada la operación de ambulancias aéreas es la Montaña de Guerrero, donde uno de los municipios con mayores dificultades de acceso geográfico es Metlatónoc, con localidades a 5 o 6 horas de desplazamiento de un hospital general. La cabecera municipal cuenta con un centro de salud que no ha sido habilitado para producir servicios de AOE básica. Es fundamental fortalecer la creación de este tipo de servicios para posteriormente incluir servicios de ambulancia aérea.

La articulación de la comunicación bi-direccional debe estar aparejada con un mecanismo que favorezca la toma de responsabilidad de los médicos en la sala de labor del hospital resolutivo respecto de cualquier mujer que en su área de influencia inicie con trabajo de parto.

Tercer componente (primera demora)

Reducción de las inequidades de género y étnica a fin de asegurar una decisión temprana en la búsqueda de atención por las mujeres y sus familias, o para la prevención de los embarazos no deseados.

Crear una nueva cultura de la salud; participación significativa y rendición de cuentas

Una condición fundamental para el buen funcionamiento de este modelo es la demanda efectiva de los servicios de salud por parte de la población usuaria y, particularmente, de las mujeres que experimentan complicaciones. Al año fallecen 280 mujeres beneficiarias de Oportunidades.

En este aspecto se presentan dos problemas. Por un lado, las estadísticas oficiales dan la falsa impresión de que no hay demanda y los sistemas de información no incluyen en sus registros la canalización de ese tipo de emergencias, y es que, dado el diseño de los formatos actuales para la captación de información, estos eventos pueden pasar desapercibidos. El segundo problema está relacionado con la demanda de los servicios de salud y, en este caso particular, con la atención del parto. Se ha documentado que en el marco del Programa Oportunidades las mujeres acuden a los servicios de consulta prenatal como parte de su corresponsabilidad. Sin embargo, este incremento no se traduce en un desempeño notablemente más eficaz para la búsqueda de atención (Evaluación de Oportunidades, 2008). Debe señalarse que las evaluaciones de Oportunidades realizadas con anterioridad habían identificado el impacto del Programa con el incremento en la consulta prenatal,

consulta que sin una estrategia específica para la búsqueda de atención tiene poco impacto en la disminución de la muerte materna.

Para el caso de los padecimientos obstétricos, señalamos que la consulta prenatal no es suficiente para identificar a las mujeres que presentarán una complicación. Por ello la consulta prenatal debe estar encaminada a proporcionar información y educación a la mujer embarazada; implementar medidas que han demostrado su utilidad (citadas anteriormente); identificar a las mujeres que sufren violencia doméstica, y que por lo tanto pueden no acudir a un servicio materno en caso de requerirlo (Arana, 2009), y a detectar padecimientos asociados para su tratamiento oportuno.

La presencia de preeclampsia/eclampsia, hemorragia y enfermedades de transmisión sexual se relacionan estrechamente con la calidad de vida, por lo tanto es necesario lograr que el personal de salud desarrolle habilidades para detectar y documentar la violencia doméstica y vincularla con la salud de la mujer, así como para proporcionar consejería aplicando la normatividad vigente en la materia.

Tratándose de población indígena y alejada de los servicios de salud, son indispensables las campañas masivas de comunicación en lenguas vernáculas que hagan posible que las familias conozcan los signos y síntomas de emergencia obstétrica, así como de los padecimientos locales más frecuentes. Además, debe promoverse, ya sea por la Dirección General de Promoción de la Salud, del Programa Oportunidades, o a través de los programas Municipio Saludable, la elaboración para cada familia de un Plan de Seguridad (Freyermuth, 2009) para el acceso oportuno a los servicios de salud, a través del cual:

- La mujer y la familia conozcan los signos y síntomas de urgencia que ameriten la búsqueda de atención.
- La familia acuerde, con el personal de salud o la autoridad local, quién tomará la decisión del traslado de la mujer en caso de que el jefe de familia esté ausente.
- La familia acuerde quién se hará cargo de los hijos pequeños, en caso de traslado de la mujer al hospital.
- La familia tenga identificado el medio más rápido y seguro para el traslado.
- La familia se familiarice con la clínica más cercana que otorga atención las 24 horas. los 365 días al año.
- La familia considere la creación de un fondo de ahorro personal, comunitario o municipal para cubrir los gastos del traslado (o el endeudamiento).
- La familia identifique a quién puede recurrir en la clínica u hospital si no se les atiende rápidamente.

La calidad de los servicios mejorará también en la medida en que la población posea la información que le permita acudir a los servicios de manera oportuna y demande la rendición de cuentas. En esta nueva cultura de la participación, encaminada a apoyar la autonomía de las mujeres y fomentar su libertad para decidir sobre sus derechos sexuales y reproductivos, es fundamental –a través de la transversalidad–, la colaboración del Instituto Nacional de las Mujeres y sus filiales estatales.

La competencia cultural en el servicio, no discriminación y equidad, y el ejercicio de los derechos

En contextos multiculturales es necesario que el personal de salud se capacite en competencia cultural y humana. La competencia cultural, parafraseando a Fazio (1998) es un proceso a través del cual el proveedor de los servicios de salud reconoce la necesidad de una autorreflexión respecto a sus propias prácticas, representaciones y prejuicios acerca de sus pacientes y su cultura; combina un

conocimiento general sobre la población que atiende con la información particular que proviene del paciente y que va interiorizando e incorporando a su propia perspectiva. Como es imposible conocer y entender todos los códigos culturales y los valores de cada población, los proveedores de servicios de salud deben siempre estar abiertos al aprendizaje que sus pacientes y otros proveedores de servicios de salud les pueden brindar.

Debe reconocer que los individuos tienen diferentes representaciones sobre el proceso salud-enfermedad-atención, basadas en la diversidad cultural. Por lo tanto, evita hacer juicios escuchando con atención los valores culturales de sus pacientes; clarificando aquellos aspectos que no comprende, valora las fortalezas de sus pacientes y aquellas que provienen de sus culturas. Está dispuesto a las negociaciones entre los diferentes valores cuando la salud de un paciente está en peligro; por ejemplo, permite que una parturienta indígena de Chiapas tome posol después del nacimiento, adopte la postura que desee durante el trabajo de parto, o que un familiar o la partera la acompañen durante el parto.

La competencia humana, elemento que mucho se ha perdido en la práctica médica, consiste en dar un trato digno y respetuoso a cualquier paciente que acude en condiciones de vulnerabilidad extrema. Esto implica poner como eje rector el respeto a los derechos de las personas, así como obtener el consentimiento informado de todos los procedimientos médicos a los que se le someta, y el ir construyendo una nueva cultura en salud con una participación más activa de las paciente o usuarias de los servicios.

Asegurar, en coordinación con el INALI, que en el 100% de los hospitales generales localizados en las regiones indígenas, cuenten con personal contratado para actuar como gestores y/o interpretes interculturales.

En los hospitales, es deseable:

Que se observen los principios del Programa de Acción Igualdad de Género en Salud 2007-2012 de la Secretaría de Salud y de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 (Atención de la mujer durante el embarazo, parto y posparto y del recién nacido), así como los

critérios y procedimientos para la prestación del servicio, principios a partir de los cuales las mujeres pueden tener un trato digno durante el trabajo de parto, el parto y el aborto. Estos lineamientos permitirían la aplicación preferentemente de aspiración endouterina en caso de aborto, en lugar del legrado uterino instrumental, método más peligroso; la deambulaci3n de la mujer durante el trabajo de parto, en lugar de obligarla a permanecer en posici3n de litotomía, y evitarían la realizaci3n de tricotomías sin previo consentimiento o de episiotomías con fines educativos. Estas prácticas, además de ser intrusivas y obligadas, no permiten a las mujeres el ejercicio de sus derechos.

En los servicios rurales alejados se requiere:

- a) De intérpretes culturales que hablen la lengua original de la poblaci3n atendida y que estén oportunamente capacitadas(os) en los derechos de las usuarias y en la interculturalidad en salud. Gesti3n que puede ser realizada por la Subsecretaría de Administraci3n y Finanzas de la Secretaría de Salud.
- b) Que a trav3s de estrategias de acciones afirmativas, en el ámbito indígena se incorpore a personal local en la prestaci3n del servicio (en el mayor número de puestos posible: auxiliares de salud, parteras, médicos, enfermeras, etc.).
- c) Que donde no haya parteras locales y exista una insuficiencia de personal médico capacitado en el primer nivel para atender partos normales y estabilizar a las mujeres con complicaciones, se contrate a enfermeras-obstetras, parteras profesionales, o en su defecto se formen recursos humanos locales (promotores) para la atenci3n primaria de las emergencias.

Se necesita adaptar los procedimientos y normas de acuerdo a cada contexto cultural y socioeconómico específico. Por ejemplo, es importante asegurar los recursos para la atenci3n obstétrica universal y gratuita, así como que los servicios de salud tengan horarios de trabajo “amigables”, de acuerdo a los ritmos y horarios locales (por ejemplo, la disponibilidad del servicio en días “de plaza”, aun en días domingo, sobre todo pensando en

la poblaci3n que se desplaza desde lugares lejanos).

Es imprescindible sensibilizar al personal médico y paramédico acerca de: a) la diversidad sociocultural de la poblaci3n; b) los derechos de las poblaciones indígenas, los derechos de las mujeres y los derechos de los y las usuarias de los servicios de salud; c) la presencia y extensi3n de la discriminaci3n hacia poblaciones indígenas –y mujeres indígenas en particular–, en los servicios de salud; d) la promoci3n del respeto a la diversidad cultural que en los servicios de salud se debe traducir en una actitud de respeto frente a la manifestaci3n de conocimientos, conceptos y creencias sobre la salud, las enfermedades y las formas de curarlas de la poblaci3n indígena, incluyendo por supuesto, al embarazo, parto y posparto; e) el derecho de las mujeres indígenas, así como cualquiera otra mujer que así lo desee, de atenderse durante el trabajo de parto y el nacimiento en la posici3n que más le plazca, incluyendo la posici3n vertical, y f) el hecho de que toda cultura está en constante transformaci3n, para evitar estereotipos que no ayudan a la comprensi3n de las realidades locales. Acciones que debe promover el CDI.

Dentro de este enfoque, se ha visto además que hay intervenciones adicionales con la poblaci3n en general (incluyen a las mujeres y hombres en edad reproductiva y a sus familias), las autoridades municipales, y el personal médico y paramédico de salud a nivel local que son altamente efectivas y muy poco costosas. Entre estas se ubica la difusi3n de los signos y síntomas de complicaciones obstétricas entre la poblaci3n para que pueda reconocer el surgimiento de una emergencia obstétrica, así como la formulaci3n y actualizaci3n continua de un Plan de Seguridad municipal, en el que se identifiquen con claridad y oportunidad los servicios de salud disponibles con capacidad resolutive en AOE, su ubicaci3n y distancia, costos y medios de transporte. La elaboraci3n de guiones y la difusi3n por las radios indígenas de campañas que informen sobre los signos y síntomas de emergencia obstétrica y los planes de seguridad en las lenguas vernáculas de los estados prioritarios, es un acci3n urgente que debe impulsar la CNEGySR para que sea puesta en marcha por la Comisi3n Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

El Programa Oportunidades

El programa Oportunidades debiera ser un instrumento que facilite la detección oportuna de la emergencia obstétrica. Sin embargo, al centrar sus actividades en corresponsabilidades tales como la asistencia al control prenatal, no ha tenido impacto en el abatimiento de la mortalidad materna. **De 2005 a 2007, de acuerdo a estadísticas oficiales disponibles, 45% de las muertes maternas en las zonas rurales ocurrieron entre beneficiarias de Oportunidades; en las áreas semiurbanas 29% y en las urbanas 12%; es decir, que con mejorando la estrategia de atención de estas beneficiarias cautivas sería posible disminuir casi el 25% de las muertes maternas anuales (280 en promedio).** Bajo estas premisas y aprovechando la cobertura masiva del Programa Oportunidades en poblaciones de escasos recursos (que coinciden con la población femenina con mayor riesgo de muerte materna), proponemos la implantación algunas líneas estratégicas de acción en este Programa:

La integración del padrón de familias

Es pertinente ampliar el padrón sobre todo en regiones indígenas en donde existen personas que viven en pobreza extrema y no se encuentran afiliados al Programa. Esta ausencia en la afiliación al Programa no solo los excluye de los diversos apoyos que ofrece Oportunidades, sino que además perciben que el no ser afiliado les priva del derecho a solicitar atención médica en los servicios públicos de salud. Es por ello que en las regiones indígenas es vital reconsiderar y mejorar el procedimiento para la identificación de localidades y familias, propiciando una ampliación de la cobertura de afiliación al menos

en los municipios de alto rezago, mayores índices de pobreza y altas tasas de mortalidad femenina en edad reproductiva.

La prestación de servicios de salud

En el momento en que se incorporan al Programa, se proporciona a los integrantes de las familias beneficiarias las Acciones del Paquete Esencial (Básico) de Servicios de Salud previstas en las actuales Reglas de Operación, en especial a los grupos vulnerables específicos: menores de 5 años, embarazadas y mujeres en periodo de lactancia. Esta es una oportunidad para proporcionarles (en materiales gráficos, en video y en audio) los elementos de un Plan de Seguridad familiar para las mujeres embarazadas, que incluya de manera clara los signos de alarma, las acciones que como familias de Oportunidades deben realizar para evitar una muerte materna en su familia, y la información completa y actualizada de la red de servicios con capacidad resolutive a nivel regional.

- Consolidar la incorporación automática de población con Oportunidades al Seguro Popular

Si bien es cierto que no toda la población en situación de pobreza extrema está incorporada a Oportunidades, un buen sector de este grupo poblacional se encuentra afiliado; sin embargo, estar afiliado al Programa no garantiza el acceso gratuito a servicios de salud que están fuera del paquete básico de servicios, como la atención de complicaciones obstétricas.

Actualmente, en Chiapas Guerrero y Oaxaca la afiliación al SP se ha reservado exclusivamente para la población con Oportunidades, a las familias que tuvieron un hijo después del primero de diciembre de 2006, y a las mujeres embarazadas que se incorporan a Embarazo

Saludable. Sin embargo, el procedimiento de afiliación se ha dejado a la responsabilidad personal y las familias de Oportunidades tienen que llevar sus papeles y hacer el trámite. Esto ha circunscrito la cobertura del SP a población con Oportunidades, y persiste a veces, la barrera económica para que mujeres con complicaciones obstétricas accedan a servicios de salud en el segundo nivel de atención. Ante tal situación, es pertinente obviar los trámites administrativos y **que se favorezca la incorporación automática de la población de Oportunidades al SP.**

- El paquete básico de los servicios de salud de Oportunidades

Este paquete incluye acciones de carácter principalmente preventivas y de detección oportuna de problemas de salud, que se proporciona a cada uno de los integrantes de las familias beneficiarias, en forma gratuita y a través de citas programadas. Es urgente incluir en este paquete la atención gratuita de las complicaciones obstétricas en los servicios de salud de primer y segundo nivel. Es decir, independientemente del estado de aseguramiento de la familia al SP se debe incluir como un servicio la atención exenta de pago de las emergencias obstétricas, precisando los establecimientos responsables de brindar ese servicio a nivel regional. Por otro lado, la capacitación sobre el Plan de Seguridad a las familias debe ser también parte de los servicios del paquete básico que ofrece el Programa.

- La certificación de corresponsabilidad del programa Oportunidades

El Programa Oportunidades, en su componente de prestación de servicios, contiene como objetivo

el informar sobre el grado de corresponsabilidad de las familias. La corresponsabilidad se presenta como la acción que realizan los integrantes de las familias al asistir de acuerdo a las citas programadas a las unidades de salud, a recibir las acciones del Paquete Esencial (Básico), así como a la capacitación para el autocuidado de la salud. Este componente se puede ampliar con la inclusión del Plan de Seguridad, verificando el grado de corresponsabilidad que adopta una familia al diseñar su Plan de Seguridad familiar.

- La formación de estructuras comunitarias

El Programa contiene un componente denominado “formación de estructuras comunitarias” el cual se traduce como la conformación de “comités de promoción comunitaria” y tiene como objetivo “Conformar, renovar y actualizar los Comités de Promoción Comunitaria, para fortalecer la operación y enfocar sus acciones a mejorar el impacto social del programa”. A su vez, este comité tiene como funciones “Contribuir a establecer una mejor vinculación entre las familias beneficiarias y el personal de los servicios de salud, educación y la Coordinación Nacional, a canalizar solicitudes y sugerencias de las familias, así como fortalecer las acciones de nutrición, contraloría social y transparencia del Programa, preservando en todo momento la libertad de las familias beneficiarias de interlocución directa con instancias operativas y normativa”. Considerando lo anterior, es factible que a este comité se le asigne la promoción y diseño del Plan de Seguridad comunitario para evitar las muertes maternas, y al mismo tiempo se le otorguen facultades para que realicen monitoreo de la red de servicios y presenten quejas y sugerencias relacionadas con el acceso a los servicios de las mujeres con complicaciones obstétricas.

Disponibilidad adecuada de métodos de planificación familiar

En la conferencia internacional Las Mujeres Dan Vida (2007) se hizo hincapié en que una de las estrategias para disminuir la mortalidad materna que ha probado éxito es el acceso universal y gratuito a métodos de planificación familiar, anticoncepción de emergencia y aborto seguro. En México, los derechos reproductivos consagrados en la constitución señalan el derecho de decidir cuándo iniciar la reproducción, cuántos hijos tener y el espaciamiento entre ellos. Lo anterior, como señala Cárdenas, conlleva tres elementos fundamentales: el conocimiento de la población sobre los aspectos fisiológicos de la reproducción; la disponibilidad de los métodos para regular la reproducción, y el acceso a los anticonceptivos.

Desde la década de los setentas del siglo XX, el gobierno mexicano ha tenido como política de estado a la planificación familiar, y a lo largo de tres décadas la cobertura anticonceptiva se amplió de manera muy significativa (Cárdenas, 2008). Así, entre 1976 y 1997 el porcentaje de mujeres, unidas o casadas que utilizaban medios para regular su fecundidad se elevó de 30.2 a 68.5 por ciento. Sin embargo, esta política ha cambiado significativamente; Zúñiga y García señalan que en los últimos años se ha visto un pobre desempeño de los programas de información y servicios de planificación familiar. Documentan, a través de las encuestas sociodemográficas, que la difusión del uso de métodos de regulación de la fecundidad entre la población menor de 35 años de edad se ha estancado. La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos entre las mujeres menores de 20 años se elevó de 27 a 37 por ciento entre

1997 y 2006, y el porcentaje de aquellas que regulaban su fecundidad se redujo de 45 a 39 por ciento para el mismo periodo. El incremento del grupo de mujeres en edad fértil no fue siquiera de dos puntos porcentuales, pasando de 68.5 por ciento a 70.9 por ciento (Zúñiga y García, 2008). Estos datos coinciden con el diagnóstico realizado por el CNEGySR que señala que la limitada información y acceso a métodos de planificación familiar en el primer nivel de atención (36.6%) son uno de los eslabones más débiles y uno de los principales focos para la atención de acciones de mejora.

Aunado a esto, en los últimos cinco años las campañas de comunicación que promueven la búsqueda de información y la utilización de los servicios públicos de planificación familiar han estado casi ausentes. Zúñiga y García afirman que mientras que en el periodo 1996-2000 el CONAPO transmitió 184 mensajes de radio y televisión sobre el tema, permaneciendo en el aire prácticamente de manera permanente, entre 2001 y 2005 se difundieron sólo 15 mensajes y no se transmitieron mensajes entre el 2006 y 2008.

También es cierto que los métodos anticonceptivos no son infalibles y que se pueden presentar fallas de éstos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año alrededor del mundo ocurren 26,5 millones de embarazos por fallas anticonceptivas. Según Schiavon y Troncoso (2008), entre mujeres que aspiran a tener en promedio dos hijos debe alcanzarse una cobertura de anticonceptivos del 75%, para evitar 12 abortos a lo largo de su vida reproductiva. Si las mujeres aspiran a tener seis hijos, 25% de cobertura

anticonceptiva puede prevenir cuatro abortos. Es decir, que la cobertura que está teniendo el Sector Salud en anticoncepción es propia para una población que aspira a tener de 3 a 4 hijos y en la que se pueden prevenir alrededor de 6 abortos. Por ello, es quizás que se ha venido incrementando el número de abortos en el país. La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1992, 1997 y 2006, y la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva de 2003 muestran que este fenómeno comenzó a aumentar hasta llegar a 218 mil en 1995 y a 248 mil en 2001 (Zúñiga y García, 2008).

Los egresos hospitalarios del Sistema Nacional de Información en Salud, de la Secretaría de Salud, para el periodo 1991-2006 registraron en los primeros ocho años cifras de alrededor de 120 mil abortos atendidos anualmente, con una variación de 2 por ciento a la baja entre 1991 y 1998. Los siguientes ocho años reportaron una clara tendencia hacia al alza, con un crecimiento entre 1998 y 2006 de 28 por ciento, registrándose en el último año 151 mil abortos atendidos en los servicios públicos de salud (Zúñiga y García, 2008). El incremento del aborto en México, con un programa de planificación familiar que hasta hace una década había suministrado permanentemente anticonceptivos de manera gratuita, y el fallecimiento de mujeres por abortos nos impele a hacer más eficiente este programa. El panorama descrito enfatiza la necesidad impostergable de fortalecer y ampliar los servicios de planificación familiar, además de proveer de educación sexual e información sobre anticoncepción a las y los jóvenes, de tal suerte que las y los mexicanos puedan continuar el ejercicio de su sexualidad y reproducción sin detrimento de sus perspectivas de desarrollo escolar, profesional, personal o familiar (Cárdenas, 2008).

Es preocupante la cada vez más frecuente restricción en los estados de la república de las causales de aborto legal, penalizándolo inclusive en casos de violación. Las restricciones legales del aborto ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres en el mundo. Se ha estimado que en América Latina la tasa de abortos inseguros por 1,000 mujeres entre los 15 y 44 años es de 29, mientras que en regiones donde hay un amplio acceso a procedimientos legales, como en Europa, sólo tres de cada 1,000 procedimientos se realizan en condiciones inseguras. En los países donde el aborto está legalmente restringido, suceden en promedio 30 veces más muertes maternas que en los países donde este procedimiento es legal a solicitud de la mujer (Lerner, 2008).

Las campañas del Sector Salud y CONAPO, en medios masivos de comunicación en horarios de alta audiencia, no pueden seguir difiriéndose, y deben proporcionar información y referir como anteriormente se hacía, a números telefónicos 01800 en los cuales sea factible obtener asesoría. Se requiere de una política de compras consolidadas a fin de asegurar la provisión de anticonceptivos de forma permanente en el primer nivel de atención, así como fortalecer los programas de consejería dirigidos a las y los adolescentes. Por ello, el diagnóstico de salud materna en la adolescencia que realizó el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CENSIA), puede resultar fundamental para que todos los niveles de gobierno emprendan acciones de prevención del embarazo dirigidas a adolescentes que acudan o no a las unidades de salud, como incorporar a las Semanas Nacionales de Salud acciones vinculadas a promover la anticoncepción entre adolescentes con vida sexual activa, y promover campañas de planificación familiar a nivel nacional, incluyendo los números 01800 de consejería (CONAPO, INMUJERES, SSA).

Actualmente, México cuenta con la ventaja del “bono demográfico” que si bien implica una mayor proporción de población en edad de ahorrar, invertir, trabajar y producir, es decir de jóvenes en edad productiva, el fenómeno poblacional también va aparejado a una mayor posibilidad de reproducción, lo cual puede traducirse en un incremento en el número de parejas unidas y por lo tanto de embarazos.

Evaluación, monitoreo y rendición de cuentas

La posibilidad de éxito de cualquier estrategia o programa dependerá de los mecanismos que se generen para su monitoreo y evaluación. El monitoreo continuo y las evaluaciones con triangulación de métodos y llevadas a cabo por distintos actores e instancias, pueden contribuir enormemente a la consecución de sus objetivos. Monitoreo y evaluación están íntimamente emparentados con la transparencia y la rendición de cuentas. En México, es relativamente reciente la evaluación de los programas, y más aún la rendición de cuentas.

Los ejercicios de evaluación externa iniciaron en México en la década de los noventa del siglo XX, y se establecieron como obligatorios para programas federales con reglas de operación en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación a partir del año 2000. La evaluación prosigue a la descentralización y focalización del gasto como una estrategia para abatir a la pobreza extrema. En 1997, con el Programa Progresá se inicia una evaluación de impacto de tipo experimental, y a partir de ésta –en el año 2000–, se institucionaliza la práctica, y se establece como obligatoria la evaluación para aquellos programas con reglas de operación.

Sin pasar por alto que desde entonces algunos programas realizaron evaluaciones de impacto rigurosas, en la mayoría de ellos la calidad de las evaluaciones han sido deficientes, y la ausencia de una supervisión sobre la calidad y utilidad de los estudios y su escaso uso para la toma de decisiones, se reflejó en un efecto limitado de los esfuerzos de evaluación sobre la mejora de los programas y la rendición de cuentas de la acción gubernamental (Coneval, 2008). Aquí es pertinente señalar que la mayoría de esas primeras evaluaciones tenían como objeto estimar las actividades de los programas federales, más no sus resultados, y adicionalmente no tenían un carácter vinculatorio; por tanto, las modificaciones, partiendo de los resultados, quedaban a criterio de las direcciones encargadas de los programas.

Un aspecto que sigue siendo un obstáculo para el avance en los mecanismos de rendición de cuentas y transparencia es el escaso número de programas sujetos a reglas de operación, y por tanto al carácter obligatorio de ser evaluados, difundir públicamente los resultados y modificar los aspectos susceptibles de mejora. Así, solamente aquellos programas que cuentan con reglas de operación, muchos de ellos focalizados y en los que hay de por medio subsidios a los estados de la república, son sujetos a evaluaciones externas, a la publicación en internet del resultado de las mismas, y a partir de este año, a argumentar públicamente y justificar cuales serán los aspectos que se modificarán.¹⁷ En el caso del Sector Salud son solamente seis los programas que cuentan con reglas de operación y son evaluables obligatoriamente. Por otro lado, el acceso a la información de manera oportuna permite a la sociedad civil coadyuvar en el monitoreo de la calidad de los servicios.

¹⁷ El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), conjuntamente con las secretarías de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y de la Función Pública (SFP) emitieron el “Mecanismo para el Seguimiento a los Aspectos Susceptibles de Mejora derivados de Informes y Evaluaciones Externas a Programas Federales 2008” que tiene como objetivo establecer el procedimiento general para dar seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora derivados de los resultados de las evaluaciones de consistencia y resultados y de diseño 2007.

Por ello, el monitoreo y seguimiento de los avances en la salud materna no solamente deben incluir iniciativas que fortalezcan los sistemas de seguimiento, evaluación, sanción o reconocimiento en los avances logrados al interior del Sector Salud o de la Secretaría de Salud, sino que también se deben incluir mecanismos para asegurar un sistema de información oportuna y accesible para que los organismos gubernamentales y estatales, la sociedad civil organizada, los organismos no gubernamentales nacionales, y los organismos internacionales puedan tener acceso libre a la información con fines de evaluación, monitoreo y planeación.

Partir de un nuevo paradigma implica una reformulación de los indicadores de proceso y de evaluación y también de la reformulación de la estrategia de seguimiento y evaluación de estos indicadores. Esto es fundamental, ya que poner un énfasis extremo en la sanción conlleva al ocultamiento de las cifras, resultando quizá premiados aquellos servicios de peor calidad y estigmatizados otros que están haciendo un mayor esfuerzo en la provisión de la atención.

La Dirección General de Información en Salud, la Dirección General de Evaluación del Desempeño y el CNEGySR serán los responsables de reformular el sistema de notificación inmediata de defunciones maternas y participar activamente en la propuesta de un sistema de información coordinado con la DGIS; establecer nuevos procesos, flujos, indicadores y procedimientos para el seguimiento y la evaluación del sistema de vigilancia para la mortalidad materna, así como diseñar un sistema sectorial de indicadores que faciliten monitorear el avance de la salud materna, por ejemplo el seguimiento del número de partos eutócicos y emergencias obstétricas atendidas *versus* las esperadas.

La DGIS tiene un papel fundamental para hacer eficiente y oportuna la entrega de cifras definitivas de mortalidad materna dentro de los tres primeros meses del año, y adicionalmente puede diseñar un sistema en línea que permita monitorear el avance de cada entidad federativa. Estas acciones llevan a fortalecer los mecanismos de difusión de la información hacia las áreas que requieren realizar acciones inmediatas y a mediano plazo.

El monitoreo en campo es fundamental; no basta con garantizar que los estados cumplan con los objetivos del sistema de vigilancia de la mortalidad materna de manera eficaz (DGE e Institutos Estatales de Salud) –que puede ser instaurado a través de los convenios de gestión que se firman con las entidades federativas, o mediante indicadores basados en demanda satisfecha y calidad de la atención obstétrica (CNPSS)–, sino que se requiere de un monitoreo permanente y estrecho de la calidad de la producción de los servicios y no solo del seguimiento de las muertes maternas. Integrar a los residentes de Epidemiología con el grupo AIDeM para el análisis de las defunciones maternas es pertinente, pero también deberían participar en el monitoreo de las redes de atención obstétrica, y validar los resultados que se obtienen a través del registro de los estados.

Es cierto que hay que fortalecer los mecanismos de seguimiento de las muertes maternas y sancionar cuando sea pertinente. La Conamed y la CNDH son las instancias para realizar un seguimiento de oficio a la acción médica que conduzca a una defunción materna, y la DGCEs puede apoyar la capacitación como reconocimiento a las buenas prácticas, otorgando estímulos a la calidad, especialmente a los profesionales que cuenten con indicadores de buena práctica.

El programa SICALIDAD, además de estar sujeto a reglas de operación y a evaluaciones periódicas, es el programa mandatado para asegurar una óptima calidad de los servicios de salud. En SICALIDAD los beneficiarios son la totalidad de las unidades médicas de los servicios públicos de salud del país, y su objetivo es poner en marcha una estrategia de mejora de la atención, de manera permanente, en las diferentes instituciones que proporcionan servicios públicos de salud. Cuenta con un diagnóstico de las unidades del Sector Salud y a través de él es posible realizar transferencias de recursos a los estados, y prevé la modalidad de los recursos sujetos a concurso a través de convocatorias. Para el plan emergente que se presenta puede ser un instrumento adecuado para la adjudicación de recursos, asegurando al mismo tiempo la transparencia y rendición de cuentas. SICALIDAD pretende contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de salud por lo menos en tres aspectos: a) mejora de la calidad técnica y la seguridad del paciente; b) mejora de la calidad percibida por los usuarios, y c) mejora de la calidad en la gestión de los servicios de salud (Nigenda, 2008). Para el caso que nos ocupa, tendría que incluir como otro elemento de la evaluación de la calidad a la resolución de la emergencia obstétrica. Sin embargo, precisa de su alineación a la nueva estrategia, ya que su concepción de monitoreo de salud materna se basa fundamentalmente en la atención prenatal, privilegiando el registro de los datos.

Adicionalmente, SICALIDAD cuenta con el Sistema Nacional de Indicadores de Salud (INDICAS); la Acreditación de unidades que garantizarán una mejora en aspectos técnicos y de infraestructura; los Acuerdos de Gestión para promover transferencias de fondos extras a unidades que tengan un proyecto, cuyo objetivo sea

incrementar diversos aspectos que redundan en una mejor atención, y con la incorporación de la sociedad civil en la vigilancia y monitoreo de los servicios de salud a través de la figura de Avales Ciudadanos y los Comités Estatales de Calidad.

Otra instancia idónea para dar seguimiento y realizar el monitoreo de un programa de acción emergente para disminuir la mortalidad materna puede ser el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). La Ley General de Desarrollo Social (LGDS) establece los actores que deberán contribuir al objeto de la política social y en este sentido se creó el CONEVAL, que asume la evaluación de la política y los programas sociales. La LGDS hace extensiva su facultad para evaluar otros instrumentos de política, así como a instituciones, facilitando la evaluación integral de la política social y dando pauta para impulsar un sistema de monitoreo y evaluación al solicitar la aprobación de indicadores de gestión, servicios y resultados. Iniciativas como ésta podrían ser evaluadas por el CONEVAL. (CONEVAL, 2007).

Para un avance progresivo y sostenido se requiere también de la puesta en marcha de Observatorios Ciudadanos que monitoreen la calidad del servicio, no en lo general sino en lo específico, en la capacidad de resolver la atención básica y resolutive de la emergencia obstétrica, y que vaya más allá de la satisfacción de los usuarios. Los Observatorios Ciudadanos son instancias que dan seguimiento a los compromisos que realizan los gobiernos, como en este caso la voluntad política para disminuir la mortalidad materna, poniendo en marcha iniciativas integrales para lograr este fin.

Estos Observatorios pueden estar a cargo de organizaciones civiles nacionales, comités interinstitucionales

o coaliciones, así como de organismos internacionales interesados en el tema. Para que estos Observatorios funcionen eficazmente deben construirse reglas claras en el monitoreo y acceso transparente a la información. Las experiencias en el monitoreo del Comité Nacional por una Maternidad sin Riesgos en México, o el papel que ha jugado el FNUAP en las evaluaciones de los servicios de salud en México (Arranque Parejo en la Vida), y

organismos como el Population Council e IPAS-México pueden coadyuvar a sentar las bases de monitoreos y evaluaciones futuras.

Estas opciones no son excluyentes o exclusivas, ya que una iniciativa de esta naturaleza requiere del esfuerzo en el monitoreo de las acciones que desempeña cada uno de los actores en los distintos niveles de gobierno y de la sociedad.

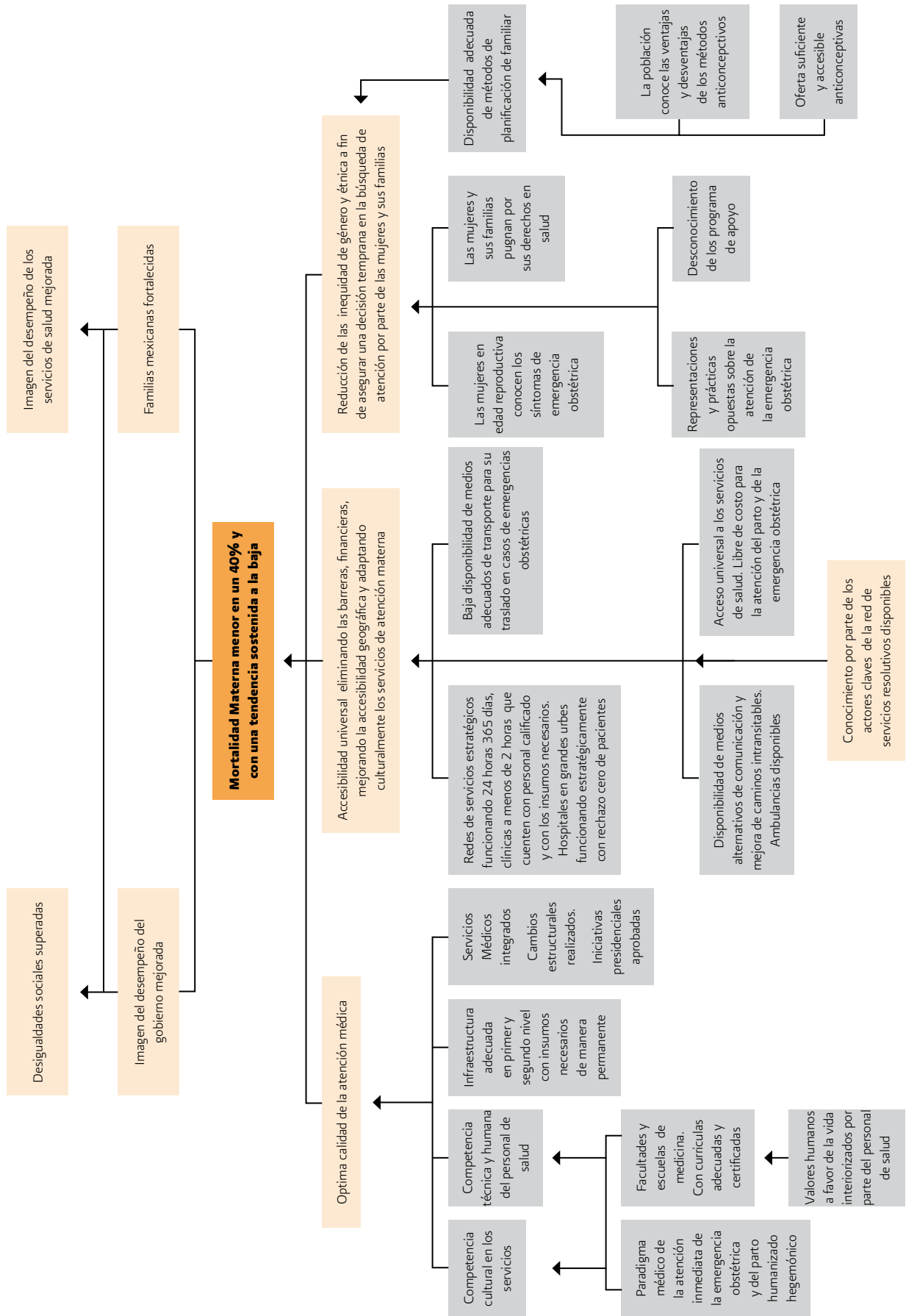
ANEXOS

INDICADORES RELACIONADOS CON EL FIN, EL PROPÓSITO Y LOS COMPONENTES DE LA PROPUESTA

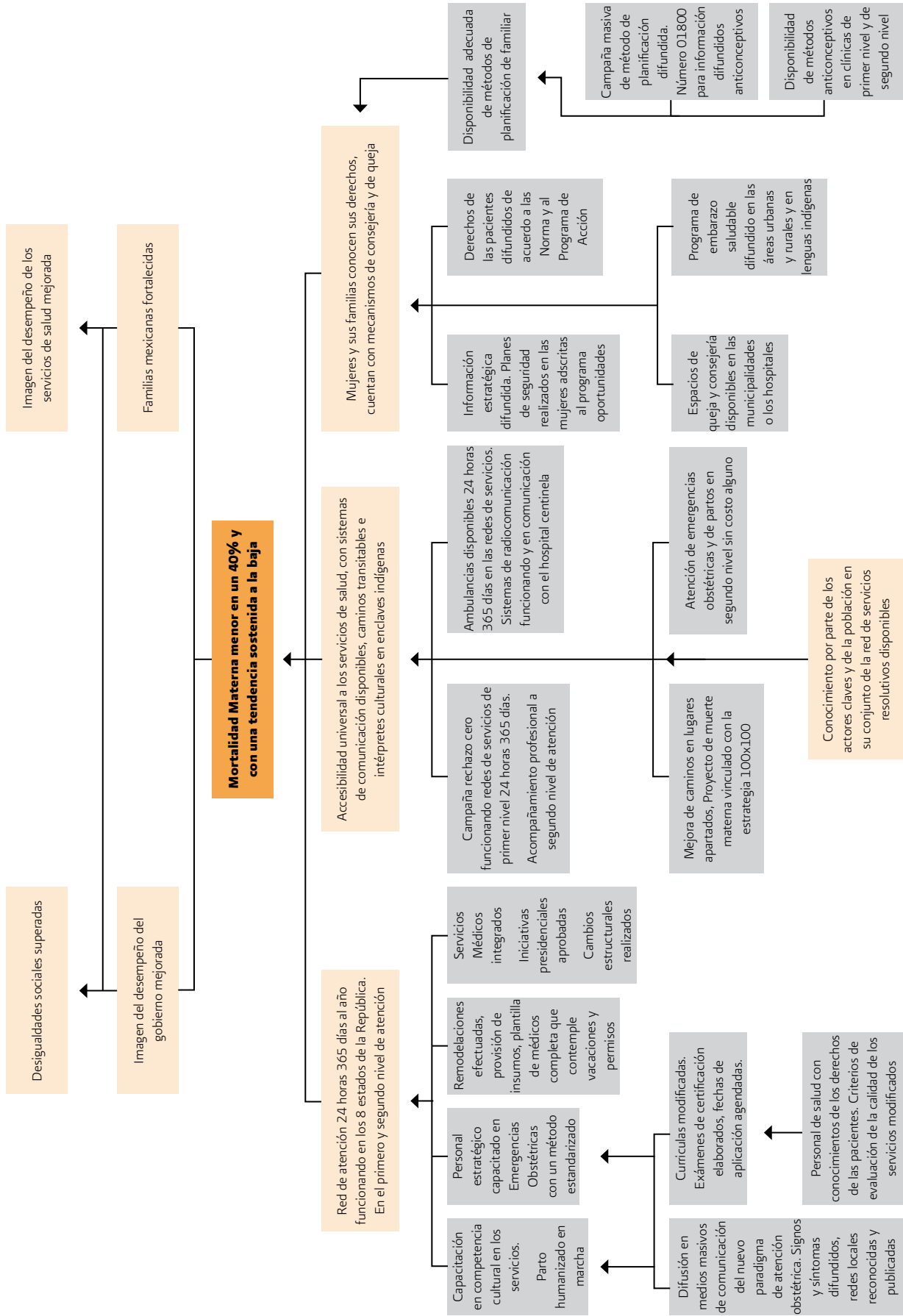
	INDICADOR
Fin	F1 En el 2015 no ocurren mas de 417 muertes maternas en el país
Contribuir al cumplimiento del Objetivo 5; de los Objetivos del Milenio para el 2015	F2 La razón de muerte materna es igual o menor a 22 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos estimados
Propósito	P1 Razón mortalidad materna Número de muertes maternas/ nacidos vivos estimados
Disminuir la ocurrencia de la Mortalidad Materna en un 7.7% anual durante el periodo 2007-2015 y con una tendencia sostenida a la baja	P2 Razón mortalidad materna en el área urbana Número de muertes maternas en el área urbana/ nacidos vivos estimados en el área urbana
	P3 Número de muertes maternas en el localidades de menos de 15 mil habitantes/nacidos vivos estimados en menos de 15 mil habitantes
	P4 Número de muertes materna en beneficiarias de Oportunidades/ Número de muertes maternas totales
	P5 Razón Mujer: hombre de la tasa de mortalidad general en el grupo de edad fértil (15 a 49 años) en regiones indígenas
Componente 1	Indicador C1.1 Proporción de partos eutócicos atendidos en segundo nivel respecto al primer nivel de atención.
Eficiente producción de servicios con óptima calidad técnica e interpersonal de atención de emergencias obstétricas básica e integral en la Red de servicios médicos disponibles las 24 horas 365 días al año funcionando al menos en los 9 estados prioritarios de la República desde el nivel municipal. (Oaxaca, Chiapas, Guerrero, Veracruz, Nayarit, Puebla, Durango, Estado de México y Distrito Federal)	Indicador C1.2 100% de las mujeres que según se estima (15% de nacimientos estimados) padecen complicaciones, reciben atención de emergencias obstétricas. Número de partos esperados, número de emergencias obstétricas esperadas en relación con el número de emergencias obstétricas atendidas en los servicios básicos y resolutivos de la red de servicios 24 hrs los 365 días del año.
	Indicador C1.3 Tasa de mortalidad materna hospitalaria de menos del 1% de mujeres que padecen complicaciones obstétricas (Número de defunciones maternas intrahospitalarias entre el número de mujeres atendidas por emergencias obstétricas)
	Indicador C1.4 Tasa de discapacidad a consecuencia de complicaciones obstétricas (esterilidad, fistulas, incontinencia, prolapso uterino, insuficiencia pituitaria, insuficiencia renal entre otras)
	Indicador C1.5 Todos los centros de salud instalados en municipios con menos de 70,000 habitantes producen servicios de emergencias obstétricas las 24hrs los 365 días del año
	Indicador C1.6 Al final del 2010, el 90% de los médicos generales que atienden los servicios de emergencias en los centros de salud con hospitalización y en los Hospitales Generales han recibido capacitación de calidad de emergencias obstétricas
	Indicador C1.7 Al final del 2009 el 90% de los médicos generales que atienden los servicios de emergencias perciben que cuentan con todos los elementos técnicos e insumos necesarios para atender las emergencias obstétricas en el primer nivel de atención (incluyendo los hospitales básicos comunitarios)
	Indicador C1.8 El 100% de las unidades consideradas dentro de la red de servicios tienen disponibles en el área de emergencias y en el servicio de obstetricia los algoritmos de Atención de las principales emergencias Obstétricas (hemorragia, preeclampsia-Eclampsia, infecciones puerperales, parto Obstruido y Aborto
	Indicador C1.9 El 100% de las unidades de consideradas dentro de la red de servicios tienen disponible los manuales de atención de emergencias Obstétricas editados por APV
	Indicador C 1.10 El 100% de los hospitales generales cuentan con terapia intensiva y con los insumos e infraestructura funcionando 24 Hrs. 365 días del año

	INDICADOR
<p>Componente 2</p> <p>Accesibilidad universal a los servicios de salud, con sistemas de comunicación disponibles, caminos transitables y intérpretes culturales en enclaves indígenas</p>	<p>Indicador 2.1.</p> <p>1 Se encuentran disponibles establecimientos de atención obstétrica resolutive por cada 500 mil habitantes y/o que se encuentren a 2 horas de dicho establecimiento.</p> <p>Indicador 2.1</p> <p>Se encuentran disponibles establecimientos por municipio con capacidad de ofrecer atención obstétrica básica 24 horas 365 días en áreas rurales y en áreas urbanas 4 establecimientos por cada 500 mil habitantes.</p> <p>Indicador 2.2</p> <p>100% de las mujeres que egresan por atención obstétrica de las unidades de salud no han ejercido gasto de bolsillo</p> <p>Indicador 2.3</p> <p>El 100% de los municipios rurales cuentan con un sistema de radiocomunicación entre las comunidades y el centro de salud y un centro de atención básica con el centro de atención integral, con cobertura estratégica en al menos el 50% de las localidades.</p> <p>Indicador 2.4</p> <p>El 100% de los hospitales que comparten la red metropolitana cuentan con un sistema de información que les permita realizar referencias de acuerdo al % de ocupación.</p> <p>Indicador 2.5</p> <p>El 100% de los hospitales generales localizados en las regiones indígenas cuentan con gestores y/o interpretes interculturales para los principales grupos étnicos de la región (número de interpretes culturales/ número de hospitales localizados en regiones con el 40% o más de hablantes de lengua indígena)</p> <p>Indicador 2.6</p> <p>El 70% del total de las emergencias obstétricas atendidas en los hospitales provienen de una referencia del primer nivel de atención (número total de referencia del primer nivel de atención / número total de emergencias obstétricas atendidas en el segundo nivel)</p> <p>Indicadores 2.7</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura de parto institucional • Cobertura de partos atendidos por personal c alternativo (partera profesional, enfermera obstetra y personal de salud con competencia) • Letalidad por hemorragia en unidades de primer y segundo nivel • Letalidad por enfermedad hipertensiva en unidades de primer y segundo nivel • Letalidad por sepsis en unidades de primer y segundo nivel
<p>Componente 3</p> <p>Reducción de las inequidad de género y étnica a fin de asegurar una decisión temprana en la búsqueda de atención por parte de las mujeres y sus familias o en la prevención de los embarazos no deseados</p>	<p>Indicador 3.1</p> <p>Una campaña diseñada y promocionada en radio y televisión sobre signos y síntomas de riesgo, alarma y transmitida al menos 3 veces al día en horarios de alta audiencia.</p> <p>Indicador 3.2</p> <p>Una campaña diseñada y promocionada en radio y televisión que informe sobre los derechos a un atención universal de los servicios obstétricos y transmitida al menos 3 veces al día en horarios de alta audiencia</p> <p>Indicador 3.3</p> <p>El 100% de las campañas de medios diseñadas y promocionadas son traducidas en el 100% de las lenguas habladas en los 8 estados Prioritarios y se transmiten en los medios locales de radio y televisión.</p> <p>Indicador 3.4</p> <p>El 100% de las embarazadas que acuden a control prenatal a los servicios públicos de salud han elaborado su plan de seguridad (disponen de la cartilla)</p> <p>Indicador 3.5</p> <p>El 100% de las mujeres atendidas por evento obstétrico en la red de servicios (24 x 365) han recibido información de APEO</p> <p>Indicador 3.6</p> <p>El 100% de las mujeres atendidas por evento obstétrico que desearon la Anticoncepción Post Evento Obstétrico lo recibieron</p> <p>Indicador 3.7</p> <p>El 100% de la red de servicios 24 hrs los 365 días del año cuentan con el cuadro básico y los insumos para proveer los servicios de planificación familiar establecidos en la norma de Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar</p> <p>Indicador 3.8</p> <p>Incremento de 5% en la cobertura del uso de anticonceptivos y APEO en adolescentes y mayores de 35 años</p> <p>Indicador 3.9</p> <p>No mas de 10% de la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en los estados prioritarios</p>

ÁRBOL DE OBJETIVOS



ESTRUCTURA ANALÍTICA DEL PROYECTO



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso C. y T. Gerard, El parto humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna y la mejora de la salud materno-infantil en: Freyermuth G. y P., Sesia coord. La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Serie evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, Número 2, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2009.

AMDD, UNFPA, Para comprender las causas de las defunciones maternas, Módulo, Sistema de Aprendizaje a Distancia sobre Cuestiones de Población, 2002.

Arana M. y Guerrero C. Reflexiones sobre recursos tradicionales y legales para evitar la primera demora en la búsqueda de atención en las emergencias obstétricas en: Freyermuth G. y P., Sesia coord. La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Serie evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, Número 2, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2009.

Boulle J. y D., Newton, ODM: Herramientas para campañas, la Campaña de los Objetivos del Milenio y de la Alianza Mundial para la Participación Ciudadana en www.civicus.org/new/media/odmtoolkit-spanish.pdf fecha de consulta 8 de marzo 2008.

Cárdenas R. Los servicios de salud y la mortalidad materna en: Freyermuth G. y P., Sesia coord. La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Serie evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, Número 2, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2009.

Cárdenas R. Reproducción elegida, planificación familiar y políticas públicas en: Freyermuth G. y E., Troncoso coord. El aborto. Acciones médicas y estrategias sociales. Serie evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, Número 1, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México e Ipas México, 2008.

Carroli G. Elementos del Paquete de Control Prenatal de la OMS, Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal. Organizado por Arranque Parejo en la Vida y Population Council, 3-5 de abril 2005.

Carroli G. et al., for the WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care, en The Lancet, 2001, 357(9268):1565-70.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Focalización en 6 acciones para disminuir la Mortalidad Materna, (presentación) 2da Reunión Técnica Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna, Chiapas Oaxaca y Guerrero, 12 y 13 de febrero del 2009.

Collado Peña S., "Tienes que buscar otro hospital": acceso y rechazo hospitalario en la resolución obstétrica, Tesis para optar por el título de maestría en Estudios de la Mujer, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, 2009

Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en Oaxaca, Monitoreo de la red de servicios de salud en municipios con muertes maternas en 2008, (presentación) 2da Reunión Técnica Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna, Chiapas Oaxaca y Guerrero, 12 y 13 de febrero del 2009.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social y la medición de la Pobreza CONEVAL, Programa Institucional, 2007

Coronado M., Historia de la Escuela de Partería Profesional con nivel técnico Terminal de CASA, s/f, documento interno.

Cragin L., DeMaria L.M., Campero L. y D. M., Walker, Educating Skilled Birth Attendants in Mexico: Do the Curricula Meet International Confederation of Midwives Standards? *Reprot Health Matters*, 2007, Vol. 15, No. 30, 50-50.

Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Equipo del Proyecto Kosongo, "Antenatal Screening for fetopelvic Dystocias. A cost Effectiveness Approach to the Choice of Simple Indicators for Use by Auxiliary Personnel", *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, agosto de 1984, 87 (4), No 1, Págs. 29 a 73.

Family Care International, La Atención Calificada del Parto. Un Cuaderno Informativo, preparado por Mia MacDonald con Ann Stars, 2003.

Fazio, J. Ruiz-Contreras A., 1998, Domestic Violence; Cultural Competency in the health care setting, en *Trainers Manual for Health Care providers, Family Violence Prevention Fund*, San Francisco CA, EUA.

Frenk, J. Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias. *Salud pública Méx* [online]. 2007, vol. 49, supl. 1 [citado 2009-02-24]. Disponible en: < <http://www.scielosp.org/scielo.php>?

Freyermuth Enciso Graciela y Cecilia de la Torre. "Inequidad Étnica y tropiezos en los programas. Crónica de la muerte materna en Chiapas". En *Salud reproductiva y condiciones de vida en México Tomo II*. En Lerner Susana e Ivonne Szasz (compiladoras). El Colegio de México. Programa Salud Reproductiva y Sociedad. Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales 2008.

Freyermuth Enciso Graciela, Ivonne Villalobos Vazquez, Hilda Argüello y Cecilia de la Torre. Urgencia obstétrica y saber popular en Tenejapa Chiapas. En *Perinatol Reprod Hum Vol. 20 No. 4*. Octubre-diciembre 2006. Pp. 60-68. México, D. F.

Freyermuth G. y E., Troncoso coord. El aborto. Acciones médicas y estrategias y estrategias sociales. Serie evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. *Mujeres y hombres en el siglo XXI, Número 1*, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones e Ipas México, 2008.

Freyermuth G. y P., Sesia coord. La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Serie evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. *Mujeres y hombres en el siglo XXI, Número 2*, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2009.

Freyermuth G., Meléndez D. y Meneses S., "Plan de Seguridad: un modelo de diseño y puesta en marcha de acciones para disminuir la muerte materna", en *Revista Mujer y Salud*, revista de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, 2008, 4:76-80.

Freyermuth G., Meléndez D. y Meneses S., "Retos para disminuir la mortalidad materna. Puntos estratégicos para la acción", Comité por una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas, Red Social para disminuir la mortalidad materna en Tenejapa, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, febrero 2008.

Freyermuth, G., Sesia, P. y Cárdenas, R., Informe final a Fondos Sectoriales Salud del Conacyt, Proyecto "Muerte materna en municipios indígenas de México: Validación de una propuesta metodológica", 2007.

Freyermuth. G. y Sergio M., "Evaluación de la atención institucional a la urgencia obstétrica en Los Altos de Chiapas", en Freyermuth G. (coord), *Maternidad Peligrosa*. SEDESOL, CIESAS, México, 2004.

Gil A., Humanización del parto y nacimiento en Freyermuth G. y P., Sesia coord. La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Serie evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. *Mujeres y hombres en el siglo XXI, Número 2*, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2009.

Gonzalez-block, M. A. et al., Utilización de la investigación por gestores de salud en México: diagnóstico de la capacidad y propuestas de fortalecimiento. *Salud pública Méx* [online]. 2008, vol. 50, no. 6 [citado 2009-02-25], pp. 498-507. Disponible en: < http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000600011&lng=es&nrm=iso >. ISSN 0036-3634.

Hermida J., Humanización - Adecuación Cultural de la Atención del Parto (HACAP) Proyecto HCI-USAID. Experiencia de Ecuador (presentación) 2da Reunión Técnica Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna, Chiapas Oaxaca y Guerrero, 12 y 13 de febrero del 2009.

www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/evaluacion_monitoreo/HomeEvalMonitoreo.jsp

INEGI y Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud. Nacimientos estimados por Conapo, Versión Conteo 2005

INEGI, Dirección General de Información en Salud, CONAPO <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/proy/RM.xls>, fecha de consulta febrero 2009.

- Leite M.** Ministerio de la Salud – Brasil, Universidad Federal de Santa Catarina, El parto humanizado institucionalizado en Brasil
- Lerner S.**, La legislación sobre el aborto: del derecho a la práctica en: Freyermuth G. y E., Troncoso coord. El aborto. Acciones médicas y estrategias sociales. Serie evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, Número 1, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, E Ipas México, 2008
- Maine D.**, “Detours and shortcuts on the road to maternal mortality reduction”, en *The Lancet*, 2007, 370:1380-1382.
- Maine D., Akalin M. Z., Ward V. M. y Kamara A.**, Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna, Centro para la Población y Salud Familiar, Facultad de Salud Pública, Universidad de Columbia, EUA, 1997.
- Maine D., Wardlaw T. M., Ward V. M., McCarthy J., Birnbaum A., Akalin M.Z. et al.** Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services, New York (NY), UNICEF, WHO, UNFPA, 1997.
- Maine, D.**, “The evidence base for organizing EmOC Services”, Foro Mesoamericano de Salud Materna y Perinatal, 14-16 de abril de 2008, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos.
- Meléndez D.**, Informe final del proyecto de intervención en el municipio de Tenejapa Chiapas, Asesoría Capacitación y Asistencia en Salud A.C. 2009.
- Meneses S., Freyermuth G. y D., Meléndez,** Acceso universal y gratuito a la atención obstétrica. La necesidad de modificaciones sistémicas para la definición de una política de salud materna en Freyermuth G. y P., Sesia coord. La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Serie evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, Número 2, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2009.
- Meléndez, D., Freyermuth, G. y Sesia, P.**, “Propuesta al Programa Oportunidades”, en Freyermuth, G., Meléndez, D., Meneses, S. y Sesia, P., Propuesta general para mejorar la respuesta del sistema de salud ante la muerte materna, Comité Nacional por una Maternidad sin Riesgos, marzo de 2008.
- Meléndez N. D.**, “La atención obstétrica de emergencia: una estrategia viable para disminuir la muerte materna ante las insuficiencias, ineficiencias e inequidades del sistema de salud en Guerrero en: Mortalidad materna y presupuesto público, FUNDAR, México, 2005. Documento de difusión.
- Mora J. A.**, Capacitación en competencias para el manejo de la emergencia obstétrica. La estrategia ALSO en: Freyermuth G. y P., Sesia coord. La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Serie evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, Número 2, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2009.
- Nigenda G., Juárez C. Ruíz J.R.**, Informe Final de Evaluación Programa SICALIDAD, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, consultado 25 de febrero del 2009 en: <http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/evaluasicalidad.pdf> consultado el 23 de febrero del 2009
- OMS**, Antenatal care in developing countries: Promises, achievements and missed opportunities: An analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001, Ginebra, Suiza, 2003, en: http://www.who.int/reproductive-health/docs/antenatal_care.pdf, fecha de consulta: 2 de febrero de 2005.
- OMS, FNUAP, UNICEF, Banco Mundial, IMPAC**, Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetras y médicos WHO/RHR/00.7, 2002.
- Physicians for Human Rights (PHR), El Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR), Centro de Capacitación en Ecología y Salud para Campesinos- Defensoría del Derecho a la Salud, (CCESC).** 2006. Pueblos excluidos comunidades erosionadas. La situación del derecho a la salud en Chiapas, México, pp. 49-64.
- Ramson I.E., Yinger V.N**, Making Motherhood Safer. Overcoming Obstacles on the Pathway to Care, Population Reference Bureau, 2002.
- Reyes Fraustro, S**, Mortalidad Materna en México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica, México D.F., 1992.
- Shiffman J.**, Generating Political Priority for Maternal Mortality Reduction in 5 Developing Countries, *American Journal of Public Health* | May 2007, Vol 97, No. 5.
- Schiavon R. y Troncoso E.** Aportes para el debate sobre la despenalización del aborto en: Freyermuth G. y E., Troncoso coord. El aborto. Acciones médicas y estrategias sociales. Serie evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, Número 1, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones e Ipas México, 2008.

Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, 2006, La Mortalidad en México, 2000-2004. "Muertes Evitables: magnitud, distribución y tendencias" 368 pp. México D.F.

Secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño Sistema de Protección Social en Salud, Evaluación Financiera, Tomo II, Primera Edición / octubre de 2006a, Pag. 41. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/seguropopular/spss-tomoll.pdf>

Secretaría de salud, Subsecretaría de prevención y promoción de la Salud, Programa de acción específico Arranque Parejo en la Vida 2007-2012, versión 7 de abril 2008.

Secretariado Técnico del Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Comité por una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas, Monitoreo de la producción de servicios obstétricos en Chiapas, (presentación) 2da Reunión Técnica Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna, Chiapas Oaxaca y Guerrero, 12 y 13 de febrero del 2009.

Secretariado Técnico del Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Monitoreo de la producción de servicios obstétricos en Guerrero, (presentación) 2da Reunión Técnica Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna, Chiapas Oaxaca y Guerrero, 12 y 13 de febrero del 2009.

SINAIS, cubos dinámicos, <http://sinais.salud.gob.mx/>

Shiffman J., Generating Political Priority for Maternal Mortality, Reduction in 5 Developing Countries, American Journal of Public Health | May 2007, Vol 97, No. 5.

Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural Estrategias de Institucionalización del Parto en Posición Vertical. Aportes a la humanización del parto en un marco de seguridad y amigabilidad cultural (presentación) 2da Reunión Técnica Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna, Chiapas Oaxaca y Guerrero, 12 y 13 de febrero del 2009.

Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural Estrategias de Institucionalización del Parto en Posición Vertical. La atención intercultural a las Mujeres. El trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud.

Tinoco-Ojanguren Rolando, et al. "Risk screening, emergency care, and lay concepts of complications during pregnancy in Chiapas, Mexico", Journal of Social Science and Medicine, vol. 66, 2008.

Torres, Cristina, Mujica Oscar J. Health, equity, and the Millennium Development Goals. Rev Panam Salud Pública. [online]. 2004, vol. 15, no. 6 ,pp.430-439: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892004000600012&lng=en&nrm=iso

Transparencia Mexicana, Creando voluntad política en <http://www.transparenciamexicana.org.mx/documentos/Sourcebook/capitulo5.pdf> fecha de consulta 8 de marzo

Whitehead, M., The concepts and principles of equity and health, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000.

United Nations Development Program. Human Development Report 2003. Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty. New York: UNDP; 2003.

World Health Organization, Global Action for Skilled Attendants for Pregnant Women. Family and Community Health, Department of reproductive Health and Research, Geneva, 2004.

World Health Organization, Making pregnancy Safer: the critical role of the skilled attendant. Department of reproductive Health and Research, Geneva, 2004.

World Health Organization, Prevention of Maternal Mortality. Report of a WHO Interregional Meeting, Geneva, 11-15 November 1985.

WHO, The World Health Report 2005. Make every mother and child count. Se pueden consultar diversas experiencias exitosas en la disminución de la mortalidad materna cuando media una buena planeación en el nivel de las políticas, los programas y los servicios de salud.

www.who.int/reproductive-health/publications/global_action_for_skilled_attendants CONAPO

www.conapo.gob.mx/00cifras/proy/RM.xls

Zúñiga E. y García J. E., El aborto en México: estimaciones recientes en: Freyermuth G. y E., Troncoso coord. El aborto. Acciones médicas y estrategias sociales. Serie evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, Número 1, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, e Ipas México, 2008.

