

# Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la muerte materna

Perspectivas a nivel nacional y en los estados de Chiapas y Oaxaca

Daniela Díaz / Coordinadora

Martha A. Castañeda Pérez

Sergio Meneses Navarro

# **Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la muerte materna**

## **Perspectivas a nivel nacional y en los estados de Chiapas y Oaxaca**

Daniela Díaz / Coordinadora

Martha A. Castañeda Pérez

Sergio Meneses Navarro

Esta publicación refleja los hallazgos del monitoreo de las políticas del Estado mexicano orientadas a disminuir la mortalidad materna que Fundar realiza en el ámbito federal y en Chiapas y Oaxaca, realizado entre 2006 y 2009. A partir de la pregunta por los alcances y limitaciones del Seguro Popular de Salud para garantizar una atención médica gratuita, oportuna y de calidad a las mujeres embarazadas.

Las actividades del proyecto y la publicación contaron con el apoyo de la Fundación John D. and Catherine T. MacArthur.

Diseño e impresión: Mono Comunicación S.A. de C.V.

© 2010 Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C.

Cerrada de Alberto Zamora 21, Col. Villa Coyoacán, C.P. 04000, México D.F.

ISBN: 9786077631057

Impreso en México

**Fundar, Centro de Análisis e Investigación**, es una asociación civil plural, independiente, sin afiliación partidista y horizontal que busca avanzar hacia la democracia sustantiva. Fundar se dedica a la incidencia y monitoreo de políticas e instituciones públicas por medio de la investigación aplicada, la reflexión crítica y propositiva, la experimentación y la vinculación con actores civiles, sociales y gubernamentales.

El trabajo de Fundar parte de una concepción integral de los derechos humanos, del reconocimiento explícito de la necesidad de incorporar y promover la perspectiva de género, la participación ciudadana, la justicia social y la protección del medio ambiente. Estos principios se complementan con un esfuerzo por encontrar soluciones creativas a los problemas que el país enfrenta y formular propuestas caracterizadas por el rigor en la investigación y la interdisciplinariedad.

Fundar se creó en enero de 1999 por un grupo de personas con trayectorias en diferentes disciplinas, con el objetivo de desarrollar mecanismos para la participación ciudadana, identificar modelos de acción que hayan tenido éxito en otros países y experimentar con nuevos modelos que puedan contribuir a resolver problemas sociales específicos.

Actualmente, Fundar trabaja a partir de cuatro grandes programas:

- Presupuestos y políticas públicas
- Derechos humanos y seguridad ciudadana
- Transparencia y rendición de cuentas
- Fortalecimiento de capacidades ciudadanas

**[www.fundar.org.mx](http://www.fundar.org.mx)**



# ÍNDICE

<b>Presentación .....</b>	<b>9</b>
 <i><b>Mortalidad materna y Seguro Popular. Un balance a 5 años de su implementación</b></i> <b>Daniela Francisca Díaz Echeverría</b>	
<b>1. Introducción .....</b>	<b>19</b>
<b>2. Mortalidad materna en México .....</b>	<b>22</b>
2.1. La mortalidad materna: componente de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las plataformas internacionales .....	22
2.2. México y las Metas del Milenio .....	24
2.3. Razón y número de MM de 1990 a 2006. ....	28
2.4. Acciones gubernamentales para atender las causas de la mortalidad materna .....	34
<b>3. Arquitectura financiera: Sistema de Protección Social (Seguro Popular): Gasto para salud materna y mortalidad materna.....</b>	<b>38</b>
3.1. La ecuación perfecta ¿a mayor dinero más opacidad?.....	41
3.2. Indicadores en el programa APV: la vinculación con el presupuesto y el Seguro Popular.....	45
3.3. Gasto etiquetado: Anexo 10. Erogaciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.....	48
<b>4. Conclusiones .....</b>	<b>52</b>
<b>5. Anexos .....</b>	<b>56</b>

*El Seguro Popular de Salud y atención materna en Los Altos de Chiapas. Reflexiones sobre sus alcances y limitaciones*

<b>Sergio Meneses Navarro</b>	<b>59</b>
1. Introducción	59
2. Muerte materna en el estado de Chiapas y la región de Los Altos	60
3. La política de salud materna en México y Chiapas	67
4. Cobertura y gasto del Seguro Popular en Chiapas	70
5. Breves estudios de caso	76
6. Conclusiones	85

**La salud materna y el Seguro Popular en regiones indígenas de Oaxaca: ¿Cuánto más hay que esperar?**

**Martha A. Castañeda Pérez**

**Centro para los Derechos de la Mujer Nääxwiin, A.C.**

<b>Presentación</b>	<b>89</b>
1. Deficiencias médicas	91
2. ¿Calidez y respeto en la atención?	95
3. Las Redes de Servicios de Salud	99
3.1. Cobertura y funcionamiento de las redes de emergencia obstétrica: dos ejemplos	101
3.1.1. Red de Miahuatlán de Porfirio Díaz	
3.1.2. Red Tamazulapan del Espíritu Santo	
3.2. El IMSS-Oportunidades en la Red de Servicios de Salud	104
4. El Seguro Popular	109

<b>5. La atención a la salud materna en el periodo 2004-2008: un pasito para adelante y otro para atrás.....</b>	<b>115</b>
<b>6. La mortalidad materna en regiones indígenas de Oaxaca.....</b>	<b>119</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>121</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>124</b>
<b>Bases de datos.....</b>	<b>127</b>





## PRESENTACIÓN

Desde el año 2002, el Estado mexicano asumió como política pública específica, la atención del fallecimiento de las mujeres por causas asociadas a la maternidad.

La mortalidad materna, –según la definición de la OMS– es la muerte de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio (los 42 días después del parto), y constituye una de las expresiones más dramáticas de injusticia social, y de la inequidad y desigualdad de género.

En México la muerte durante el embarazo, parto o puerperio se concentra en mujeres pobres, indígenas, afrodescendientes, urbano-marginales, sin seguridad social, habitantes de zonas de alta o muy alta marginalidad. Evidentemente es un problema en salud vinculado al incumplimiento de la justicia social y de diversos derechos de la mujer: reproductivos, sexuales, maternidad voluntaria y segura, económicos sociales, políticos, a una vida libre de violencia. Todos plasmados en diferentes instrumentos internacionales.<sup>1</sup>

En el año 1990 murieron 2, 190 mujeres por muerte materna, representando una razón de un 89.0,<sup>2</sup> la cifra del año 2007 a corresponde a 1,097 mujeres con una razón de 55.6 , para el año 2008 aumentó a 1,115 mujeres con una razón de 57.2; la meta para México a cumplir en el año 2015 en el marco de los Objetivos de Desarrollo y Metas del Milenio, es de una razón de 22.3. La actual administración federal, reconoce que al ritmo presente de disminución, dicha meta será incumplida. Es plausible que esta sea una de los motivos por el cual se estableció una meta de la administración federal para el año 2012, de una razón de 44.5.

---

<sup>1</sup> Entre los más paradigmáticos resaltan: la declaración de Alma Ata (1978), las convenciones sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, 1979), y de Belém do Pará (1994); la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del Cairo (1994); la Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Mujer (1995); y más recientemente pero con muchas restricciones los Objetivos de Desarrollo del milenio (2000).

<sup>2</sup> Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos estimados.

Actualmente se dispone del cabal conocimiento técnico y científico en salud, para atender con capacidad resolutive las diferentes causas que mal atendidas o simplemente no atendidas desembocan en el fallecimiento de la mujer. Asimismo, está todo el conocimiento de las prácticas de la medicina tradicional (en la mayoría de los casos condensado en las mujeres indígenas: parteras, sobadoras, curanderas, chamanas, promotoras de salud a nivel comunitario). Acaeciendo una evidente tensión entre ambos paradigmas en salud. De igual manera existe suficiente información de las determinantes sociales en salud que actúan como variables en la muerte materna, incluyendo los factores de género. La ausencia del enfoque de género en la medicina occidental –por lo menos claramente en el contacto entre la mujer y el personal de salud– actúa como innegable impedimento para el éxito de la política pública en salud y mortalidad materna.

El diseño de las estrategias para afrontar la muerte materna, totalmente enmarcadas en el enfoque costo-beneficio (en el contexto de ampliar la cobertura de los servicios de salud básicos), se concentró en el paradigma de la atención prenatal (es decir durante el embarazo) y atención calificada del parto.

Fueron las expertas feministas quienes insistente y contundentemente demostraron que dicho paradigma y por ende prácticas en la atención— contenían profundos e importantes errores. Con base en los datos e investigaciones de campo, era de suma claridad que los fallecimientos ocurrían y ocurren todavía, en las situaciones de emergencia obstétrica. Por tanto, era prioritario modificar la política pública al respecto y dar un giro significativo.

Uno de los planteamientos del paradigma de la atención obstétrica de emergencia, adoptados en México, se basa en las llamadas tres demoras:

- a) Primera demora: Retardo en tomar la decisión de búsqueda de atención.
- b) Segunda demora: Retardo en llegar a un establecimiento adecuado.
- c) Tercera demora: Retardo en recibir un tratamiento adecuado.<sup>3</sup>

En cualquiera de estas tres demoras, es básico introducir la categoría de género, iniciando con el análisis de cada uno de los factores que provocan las demoras, posteriormente en las acciones para solucionarlas y finalmente en el monitoreo ante las acciones en salud pública desplegadas para su solución.

---

<sup>3</sup> Ssa, *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*, p. 5.

Ello es fundamental para fortalecer las diferentes acciones desde la política pública que al momento del presente estudio están en el quehacer de las administraciones federales y estatales:

Embarazo Saludable, Estrategia 100X100, y Arranque Parejo en la Vida, y la más recientemente presentada al país es la *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*, la administración federal, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud la publica el 28 de mayo de 2009.

En esta se examinan diferentes factores relevantes en el problema de la muerte materna como son la inequidad de género, las inequidades de clase y étnicas.<sup>4</sup>

No obstante estos reconocimientos, hoy por hoy, el determinante de la política pública en salud para población abierta, es el enfoque financiero. Tal perspectiva se fortalece y toma cuerpo con la implementación en el año 2004 del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). El objetivo último era contar con un mecanismo financiero –el Seguro Popular– que se plasmara en la Ley General de Salud, el cual asegurara una asignación presupuestaria ascendente año tras año, para cubrir a la población que por su condición de pobreza no accedía a la atención en salud, o que al hacerlo, incurría en un deterioro de la situación económica familiar.

En términos macros, tal paradigma financiero puede resultar atractivo, al plantearse como una herramienta legal que fortalece la asignación de gasto público para la atención en salud para la población carente de seguridad social– salvaguardando los vaivenes políticos, sociales y sobre todo económicos.

Sin embargo, a seis años de su funcionamiento existen una serie de cuestionamientos que van desde si obstaculiza o contraviene el derecho a la salud establecido en el 4° Constitucional, hasta que incumple con el objetivo de reducir los rezagos en el acceso a la salud.

Un eje del Sistema de Protección Social en Salud, es disminuir las brechas en la población pobre, para hacer efectivo su acceso a los servicios de salud y de la mano, dichos servicios tendrían la capacidad de otorgar la atención en salud pertinente a la necesidad de la persona que solicita la atención.

---

<sup>4</sup> Op. cit. Ant., Pp. 11-26, y Pp. 40-41.

La mortalidad materna expresa con trágica nitidez el problema trazado por el SPSS, por tal razón, era básico dar continuidad a la investigación para monitorear como el Sistema de Protección Social en Salud le estaba repercutiendo o no.

Más aun si con los anteriores estudios elaborados en el marco de la investigación promovida por Fundar, Centro de Análisis e Investigación– se estaba en conocimiento de que el financiamiento para las acciones de política pública determinadas para su disminución, fueron absorbidas en el esquema de asignación del gasto determinado por el Seguro Popular (SP).

El presente volumen presenta tres investigaciones, una en el ámbito federal y dos en los estados de Chiapas y Oaxaca.

La investigación que mira la ejecución de la política pública desde el espacio federal, parte de la paradoja de que el aumento del presupuesto que supone el Seguro Popular, han implicado que los programas de salud reproductiva estén debilitados en términos financieros porque los recursos precisamente se concentran en el Seguro Popular. Con base en tal afirmación, la investigación por un lado aborda la presente situación de la mortalidad materna en México, recalcando lo irresoluto del problema, pese a la serie de compromisos internacionales signados por México. Por el otro, escudriña el comportamiento y estructura presupuestaria desde el ámbito federal para la atención en salud en población abierta en general. Especialmente el Sistema de Protección Social en Salud y las diferentes estrategias dirigidas a atender la mortalidad materna.

Esta investigación plantea que un eje en el análisis de la política pública en estas materias, debe ser la reflexión en torno a la *realización progresiva del derecho a la salud: Los datos de mortalidad materna reflejan las fallas del sistema de salud, particularmente en el sector de servicios.*

Por ello enfatiza:

*...el que en México la incidencia de casos de muerte materna se concentre en mujeres pobres, se vincula no sólo con las deficiencias en los servicios, sino también con el ejercicio real al derecho a la salud, y en consecuencia con los mecanismos efectivos del Estado por cumplirlo. Es claro que el señalamiento del artículo 4º Constitucional no es suficiente para ello. La desigualdad en el acceso a los servicios de salud por razones socioeconómicas, geográficas y étnicas patenta la*

*debilidad en la extensión del derecho a la salud en México. Las características del lugar donde las mujeres embarazadas viven –especialmente si es indígena, pobre y/o urbano marginal – determinan las condiciones de seguridad o desventaja en las cuales son atendidas durante el embarazo, parto o puerperio.*

Coincidiendo con las dos investigaciones que hacen parte de este volumen, en la investigación federal parte de que la desigualdad en el acceso efectivo a los servicios de salud es un factor sustantivo de la mortalidad materna. Un dato irrefutable son las últimas cifras reportadas por la Secretaría de Salud: “Las mujeres que son atendidas por embarazo, parto o puerperio, en Oaxaca, tienen un riesgo de morir por estas causas del 4.6 veces más que las mujeres en Tlaxcala”.

Es una constante, que la razón de mortalidad materna en las entidades federativas con mayor población indígena, sea considerablemente más alta que en los estados no sólo con mayor población mestiza, sino también con mejores condiciones en los servicios públicos de salud.

El complejo devenir del seguimiento al presupuesto público para salud y mortalidad materna, finalmente y en términos amplios, constata el supuesto de la investigación:

*La lógica economicista se fortaleció con la puesta en marcha del Sistema de Protección Social en Salud, profundizándose la descentralización del sistema de salud para población abierta, la puesta en marcha de esta arquitectura financiera a través de su brazo operativo el Seguro Popular, ha tenido como consecuencia la disociación entre los programas y el presupuesto público asignado al sector.*

*El funcionamiento del Sistema de Protección Social en Salud no ha logrado disminuir las profundas desigualdades sociales y económicas que se presentan en México y en consecuencia, tampoco los serios problemas relacionados con la salud de amplios sectores de la población. Evidentemente uno de estos problemas es la mortalidad materna, pues las condiciones de los servicios de salud públicos son extremadamente disímiles e inequitativos.*

*Por lo tanto, otra recomendación es que efectivamente existan recursos financieros públicos, transparentes y explícitos a las últimas acciones y estrategias presentadas desde lo ámbito federal: Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México, Embarazo Saludable, Estrategia 100X100, y Arranque Parejo en la Vida. Si la administración federal asume como prioritaria la disminución de la mortalidad materna en su política pública en salud, y hace suyas las Metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio, es indispensable que todos*

*esos compromisos oficiales se fortalezcan con una asignación de presupuesto real, con un ejercicio del gasto oportuno y eficaz, y con una rendición de cuentas de su uso a todos los partícipes del tema de la salud materna y del problema de la mortalidad materna, indiscutiblemente incluyendo a las mujeres.*

En palabras de Sergio Meneses Navarro, su trabajo examina los alcances y limitaciones del Seguro Popular de Salud, respecto a la garantía de la accesibilidad a la atención médica gratuita al momento de uso, particularmente en la atención obstétrica oportuna y de calidad, para las mujeres afiliadas a dicho seguro médico en Los Altos de Chiapas. Se exponen algunos antecedentes en cifras de la muerte materna en Chiapas y la región de Los Altos. Posteriormente se presenta el contexto de la política de salud que ha enmarcado la lucha contra la muerte materna en las presentes administraciones federal y estatal. A continuación describe y analiza la cobertura y gasto en salud en el marco del Seguro Popular en Chiapas. La parte medular del análisis se sustenta en cuatro estudios de caso que ejemplifican el funcionamiento del Seguro Popular en Los Altos de Chiapas. Tres de estos casos corresponden a familias que cuentan con Seguro Popular; uno de ellos se refiere a una familia que carece del mismo. Tres de los casos tienen que ver con la atención materna; uno más se refiere a la atención infantil, pero ilustra otras problemáticas relacionadas al funcionamiento SP en Los Altos de Chiapas.

Entre las conclusiones contundentes resalta:

*...“toda vez que los servicios de salud materna son costo-efectivos y generan grandes externalidades positivas para la equidad de género y la justicia social, serían adecuados dos cambios estructurales en el nivel sistémico de las políticas:*

- a) Se deben redefinir los criterios de acceso a los servicios de atención materna basados en un enfoque de derecho, bajo los principios de universalidad y gratuidad no condicionada a la capacidad de pago ni al estado de derechohabencia, a un esquema de seguridad o protección social (como el SP).*
- 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 diferentes niveles de gobierno (federal, estatal y municipal).*

*En el nivel programático deben definirse las intervenciones costo-efectivas para incluirse dentro de los servicios de atención materna universales y gratuitos. Dichas intervenciones deben contener, por lo menos, los servicios de planificación familiar y anticoncepción,*

*atención calificada del parto, y atención obstétrica de emergencia. Vale señalar que dichas intervenciones ya se incluyen en el paquete esencial de servicios del Seguro Popular, pero aun no queda clara la responsabilidad del Estado, ni la concurrencia de los diferentes niveles de gobierno e instituciones para garantizar el acceso, financiamiento y prestación de los mismos.”<sup>5</sup>*

Por otro lado, la antropóloga Martha Aída Castañeda Pérez, aborda desde una mirada integral el desarrollo, dificultades, retos y espacios de oportunidad existentes en la política de salud para atender la salud y mortalidad materna en el estado de Oaxaca.

Su trabajo examina los cuatro problemas que a decir de la autora, impiden la reducción de la mortalidad materna al ritmo deseado en Oaxaca:

1. Deficiencias médicas de los prestadores de servicios.
2. Trato a las usuarias sin respeto a su dignidad.
3. Insuficiente cobertura de los servicios para atender urgencias obstétricas.
4. Falta de mecanismos que aseguren los recursos en donde hacen falta.

Se destaca su impacto sobre la población indígena en particular y se muestran algunos problemas que han impedido al IMSS-Oportunidades brindar los servicios del Seguro Popular, conforme al convenio firmado con esta institución en 2007. Posteriormente, presenta una sucinta revisión de las políticas del ejecutivo federal para atender la salud materna y disminuir su mortalidad. Por último se exponen los datos duros de la mortalidad materna en Oaxaca, como resultado de las acciones emprendidas.

En sus conclusiones y recomendaciones, específicamente en relación al Seguro Popular es de resaltar lo siguiente:

*...el Sistema de Protección Social en Salud como herramienta para reducir la inequidad en la distribución de los recursos para la salud, y con ello, reducir la mortalidad materna, no lo está logrando. La población que sigue siendo excluida es la población indígena. En los municipios indígenas del estado se han integrado al Seguro Popular 17.5 por ciento de las familias, en contraste con el 30.7 por ciento de las que viven en los municipios no indígenas y el 62 por ciento*

---

<sup>5</sup> Meneses, Sergio, Graciela Freyermuth y David Meléndez, 2008, *Modificaciones sistémicas para la definición de una política de salud para disminuir la muerte materna*, Secretariado Técnico del Comité por una Maternidad Sin Riesgos, México.

*de las defunciones maternas en el periodo 2004-2008 es de mujeres que vivieron en municipios indígenas.*

*Un problema adicional, el Seguro Popular que cuenta con recursos financieros importantes y se propone afiliarse a las familias sin acceso a seguridad social —la mayoría en el estado de Oaxaca— no está respondiendo a las prioridades epidemiológicas y avanza en un contexto de inconsistencias tales como: la red de servicios de salud no pueda brindar con calidad y eficacia el paquete de servicios que ofrece; el que sólo haya 72 unidades médicas de primer nivel acreditadas por el SPSS; la disminución del número de miembros por familia originalmente considerado para costear las intervenciones del SP; la falta de acceso real a los servicios para numerosas familias afiliadas al SP de municipios de alta marginación, aún y cuando existe un recurso erogado para ellas.*

Lo anterior a la autora le hace plantear la siguiente pregunta: ¿En dónde y cómo se están gastando los recursos del SPSS y del Régimen Estatal del SPSS? Interrogante que queda abierta, pendiente de responder.

De igual manera plantea un cuestionamiento central:

*Una de las bases de los seguros de gastos médicos, más aún, en un sistema de aseguramiento universal, es la solidaridad: quienes tienen más salud y más recursos económicos financian a quienes tienen menos. Sin embargo en el caso del Seguro Popular en estados con alta concentración de población indígena ocurre lo contrario.*

Finalmente cierra con una recomendación que por general, igualmente fundamental:

*Un plan efectivo para reducir la mortalidad materna en el estado de Oaxaca tendría que expandir el acceso a la atención médica hacia las regiones indígenas, reformar al IMSS-Oportunidades y destinarle más recursos; diseñar y poner en marcha un plan estratégico para el desarrollo de las capacidades del personal de salud, tanto el que está en funciones, como el que se está formando; escuchar e incluir la perspectiva de los pueblos indígenas y generar estrategias y políticas que permitan articular, con respeto y tolerancia, las prácticas indígenas y los beneficios que ofrecen los sistemas modernos de atención a la salud.*

Los tres estudios reunidos en este volumen dan cuenta que efectivamente a través del Sistema de Protección Social en Salud se ha ampliado la cobertura de los servicios, pero esto que se esgrime desde la Ley General de Salud como un fin último, y que ciertamente sólo es una estrategia para un objetivo más amplio que



es el acceso efectivo al derecho a la salud por las poblaciones pobres del país. Esto último que ha hecho parte de la justificación de la reforma financiera en salud, está sumamente lejos de ser cumplido. Mediante el seguimiento al problema de la mortalidad materna se ilustra claramente que las actuales dinámicas de distribución y ejercicio de los recursos lejos de fortalecer debilitan de sobre manera las acciones de política pública para atender tanto dicha problemática específica, como la garantía efectiva de salud para la población por el Estado mexicano.

La asignación presupuestaria concentrada en el Seguro Popular conlleva a la cancelación del paradigma de atención en salud ligado a una visión de programas y de salud, basado en la comunidad, para instalar uno concentrado en la atención individual y la lógica financiera. Lo cual tiene como consecuencia que aun se esté lejos de disminuir las desigualdades financieras en salud entre entidades federativas, municipios y localidades. Por ende, si se piensa en el presupuesto público como un mecanismo para abatir inequidades sociales como es el rezago en el acceso a la salud, particularmente para el caso de la salud materna en su expresión más ilustrativa que es la mortalidad materna, no está siendo así.

Daniela Francisca Díaz Echeverría  
genero@fundar.org.mx  
www.fundar.org.mx  
Ciudad de México, primavera de 2010



# Mortalidad materna y Seguro Popular. Un balance a 5 años de su implementación

Daniela Francisca Díaz Echeverría<sup>1</sup>  
genero@fundar.org.mx

## Introducción

Este trabajo presenta los resultados del monitoreo al Sistema de Protección Social en Salud, particularmente al Seguro Popular (SP), enfocándose a la salud materna en general y a la muerte materna en particular.

Para responder a la pregunta si la puesta en marcha del SP contribuyó o no a disminuir la mortalidad materna, se realizó un balance general a cinco años de su implementación, analizando el gasto federal en salud dirigido a población abierta.

**Lo conclusión principal de este seguimiento, es que en vez de introducir un presupuesto específico para la salud materna desde la perspectiva de garantizar su atención universal, el Poder Ejecutivo desde el año 2007 a la fecha, ha desarrollado acciones tendientes a reforzar estrategias focalizadas ante dicha problemática.** No obstante, tales estrategias tampoco han contado con recursos financieros, sólo para el ejercicio de rectoría desde el ámbito federal. En consecuencia, la asignación de gasto público no ha sido un mecanismo de fortalecimiento de los servicios sanitarios para la salud y mortalidad materna, ni de las acciones específicas implementadas en pro de su atención.

Explicaciones plausibles para esta situación son el que la arquitectura financiera determinada por el Sistema de Protección Social en Salud, profundizó el marco de la descentralización financiera que rige al sistema de salud para población

---

<sup>1</sup> Quiero agradecer a Nellys Palomo toda su presencia en y por el trabajo en pro de los derechos de las mujeres indígenas. Si algo he aprendido de poblaciones indígenas, mujeres indígenas, salud y mortalidad materna en comunidades indígenas ¡mucho! ha sido por ella. Tantas otras cosas que espero haber aprendido sólo con la convivencia con Nellys, compartiendo la vida...También quiero agradecer a las compañeras de la Coalición por la Salud de las Mujeres, que con su alegría, terquedad y constante lucha, han refrescado mi quehacer en esto que más que un trabajo, es una causa. Sinceramente gracias.

abierta; y que el Seguro Popular se transformó en el camino de asignación de la mayor parte del presupuesto no sólo del total de la Secretaría de Salud a nivel federal, sino también de las estatales. Teniendo como resultado su uso para el sostenimiento financiero de los servicios de salud con sus redes de atención en general.

Paradójicamente, aunque ha aumentado el gasto etiquetado en salud reproductiva hacia las mujeres, los programas de salud reproductiva se han debilitado en términos financieros porque los recursos se concentran en el Seguro Popular. Sin embargo, el tema se ha mantenido como parte del análisis de los indicadores presupuestarios. En este esfuerzo, las organizaciones abocadas a la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género, han jugado un rol clave en empujar tal acción afirmativa.

En función de este argumento, el presente trabajo se divide en dos capítulos. El primero describe la situación actual de la mortalidad materna en México evidenciando que no es un tema resuelto pese a los compromisos internacionales asumidos por el Estado mexicano. El segundo, analiza el comportamiento y estructura presupuestaria desde el ámbito federal para la atención en salud en población abierta, es decir las fuentes de financiamiento derivadas del Ramo 33-FASSA (Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud) pero sobre todo, el gasto asignado a través del Ramo 12-Salud, específicamente del Seguro Popular, brazo operativo en términos financieros del Sistema de Protección Social en Salud

La operación del Seguro Popular plantea cuestiones serias respecto a la realización progresiva del derecho a la salud: Los datos de mortalidad materna reflejan las fallas del sistema de salud, particularmente en el sector de servicios. El que en México la incidencia de casos de muerte materna se concentre en mujeres pobres, se vincula no sólo con las deficiencias en los servicios, sino también con el ejercicio real al derecho a la salud, y en consecuencia con los mecanismos efectivos del Estado por cumplirlo. Es claro que el señalamiento del artículo 4° Constitucional no es suficiente para ello. La desigualdad en el acceso a los servicios de salud por razones socioeconómicas, geográficas y étnicas patenta la debilidad en la extensión del derecho a la salud en México. Las características del lugar donde las mujeres embarazadas viven –especialmente si es indígena, pobre y/o urbano marginal–

determinan las condiciones de seguridad o desventaja en las cuales son atendidas durante el embarazo, parto o puerperio.

Las últimas cifras reportadas por la Secretaría de Salud son contundentes: “Las mujeres que son atendidas por embarazo, parto o puerperio, en Oaxaca, tienen un riesgo de morir por estas causas del 4.6 veces más que las mujeres en Tlaxcala”.<sup>2</sup> Es una constante, que la razón de mortalidad materna en las entidades federativas con mayor población indígena, sea considerablemente más alta que en los estados no sólo con mayor población mestiza, sino también con mejores condiciones en los servicios públicos de salud.

Una serie de organizaciones e investigadoras expertas en el tema –y desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos– han argumentado desde hace años la necesidad apremiante de modificar el modelo de atención dominante, basado en la atención prenatal y seguimiento del embarazo de alto riesgo. La Atención Obstétrica de Emergencia (AOE) como nuevo paradigma, se orienta a que los servicios de salud en salud materna enfaticen en las urgencias obstétricas, sin abandonar los espacios de acción mencionados.

Años posteriores a la presentación de la AOE, la última versión de Arranque Parejo en la Vida (APV)<sup>3</sup> incluía elementos de la AOE. Asimismo es el elemento sustancial de la recientemente anunciada *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*.<sup>4</sup> No obstante lo anterior, cualquiera sea el paradigma desarrollado, sin recursos financieros específicos tiene serias dificultades para funcionar de manera efectiva.

Si bien sería importante analizar las acciones gubernamentales para bajar la mortalidad materna tomando en cuenta el modelo de protección social subyacente, incorporar en esta investigación el debate conceptual sobre las ventajas y desventajas de políticas sociales focalizadas versus universales hubiera excedido

---

<sup>2</sup> Dr. Rufino Luna Gordillo, Director de Atención a la Salud Materna y Perinatal, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Ssa, Eslabones Críticos en las Defunciones Materna de Chiapas, Oaxaca y Guerrero a partir de los Estudios de Caso. Grupo AIDeM, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, Febrero 2009.

<sup>3</sup> Ssa, *Programa de Acción Específico 2007-2012. Arranque Parejo en la Vida*, disponible en <http://www.spps.salud.gob.mx/interior/programas/apv.html>

<sup>4</sup> Boletín de la Ssa, con fecha 28 de mayo de 2009, disponible en [http://portal.salud.gob.mx/redirector?tipo=0&n\\_seccion=Boletines&seccion=2009-05-28\\_3991.html](http://portal.salud.gob.mx/redirector?tipo=0&n_seccion=Boletines&seccion=2009-05-28_3991.html)

sus límites. Sin embargo, realizar esta discusión de manera seria e informada es de suma importancia, porque el diseño e instrumentación del Seguro Popular se llevó a cabo sin un debate nacional serio, amplio, participativo e incluyente y su necesaria revisión tendría que hacerse precisando las diferentes visiones que existen tanto en el ámbito gubernamental como en la sociedad civil sobre el modelo de política en salud.

## **2. Mortalidad materna en México**

### **2.1. La mortalidad materna: componente de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las plataformas internacionales**

Es conocida la existencia de una serie de conferencias y pactos internacionales –con sus respectivas recomendaciones, plataformas y programas de acción– que abordan la atención en salud materna bajo el marco de los derechos sexuales y reproductivos, los cuales México ha suscrito y en algunos casos alentado.

Son los casos de la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) adoptada en 1979; la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en El Cairo, en 1994; y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer desarrollada en septiembre de 1995 en Beijing. En todos estos espacios de encuentro mundial participaron activamente las organizaciones sociales y activistas feministas mexicanas, tal y como lo hicieron hace 21 años cuando tomó cuerpo en Nairobi en 1987, la Iniciativa Mundial por una Maternidad sin Riesgos; replicándose en 1993 en México con la creación de la red intersectorial Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> El Comité se conforma por un grupo plural y multidisciplinario representado por organizaciones civiles, gubernamentales, académicas y agencias internacionales mujeres de cooperación, preocupadas por mejorar la salud de las durante la maternidad y evitar la mayoría de las muertes prematuras de mujeres que fallecen a causa de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. El Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México (CPMSR), inicia sus actividades en 1993 con la Misión de contribuir al abatimiento de la mortalidad materna y a la búsqueda de una Maternidad sin Riesgos para todas las mujeres mexicanas: lo cual quiere decir que puedan vivir una maternidad gozosa, libremente decidida, sin violencia y atendida con calidad. Tomado de <http://maternidadsinriesgos.org.mx>

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y en particular el *Objetivo 5: Mejorar la salud materna*<sup>6</sup> pasó a ser un referente obligado tanto para los gestores de política pública como para organizaciones e investigadores que abordan la problemática. Este indicador tiene la limitación que, si bien expresa un consenso internacional respecto a la necesidad de cerrar brechas de desigualdad, no explicita los derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, el Indicador de Razón de Mortalidad Materna no expresa las variables de género, clase y etnia que inciden en el fallecimiento de la mujer.

En parte para visibilizar estos factores, en la Cumbre del Milenio de septiembre del 2005, cuyo fin era dar seguimiento a los compromisos y reflexionar en torno a los primeros cinco años de las Metas del Milenio, se acordó agregar una meta: lograr para 2015 el acceso universal a la salud reproductiva. Es de llamar la atención que esta nueva meta se ubicó bajo el *Objetivo 5*, ratificando el que la carencia o el real acceso a servicios de salud reproductiva, hacen una diferencia sustantiva en ampliar las posibilidades de disminuir la mortalidad materna. De esta manera se reconoce la necesidad de reforzar acciones integrales para el cumplimiento de dicho Objetivo, planteadas ya desde el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994).

En síntesis, las Metas del Milenio no incorporan contundentemente componentes sustantivos de los derechos sexuales y reproductivos, que están directamente relacionados con la concepción de política pública y el papel del Estado en la provisión de los servicios de salud. Por tanto, al concentrar la atención en el cumplimiento de las metas de reducción de la razón de mortalidad materna y atención calificada del parto, se pierde de vista que una reducción sostenida requiere de acciones gubernamentales orientadas a mejorar todo el servicio de salud reproductiva. Por ejemplo, en el caso mexicano, el empuje por parte de las autoridades sanitarias en relación con la mortalidad materna debería ir acompañado por acciones igualmente prioritarias para asegurar los métodos anticonceptivos de emergencia, el desarrollo del Parto Humanizado o la aplicación de la NOM-046-SSA2-2005 de *Violencia familiar, sexual y contra las mujeres, criterios para la atención universal*.

<sup>6</sup> Objetivo 5: Mejorar la Salud Materna. Meta 6: Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes (o en un 75 %). Los indicadores son: 1. Tasa de mortalidad materna y 2. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado. Tomado de ONU, *Objetivos de Desarrollo del Milenio y Metas del Milenio*. EB/Retreta/03/Discusión Paper 1, 11 de noviembre de 2003. Accra (Ghana) 19-20 de noviembre de 2003.

## 2.2. México y las metas del Milenio

No cabe duda que los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género, son temas que ocupan un lugar relevante en el espacio público –sobre todo en la esfera de la política pública en salud–, gracias a la ratificación de las iniciativas y acuerdos internacionales, mencionadas anteriormente, por el Estado mexicano. Con todo, en cuanto a las cifras nacionales de la mortalidad materna, se observa que México incumple con las metas internacionales comprometidas.<sup>7</sup> El problema se agrava si se toma en cuenta el sesgo territorial: en las entidades federativas con mayor población en condición de pobreza y en los municipios y localidades de alta y muy alta marginación, donde las cifras nacionales se disparan todavía más a la alza.

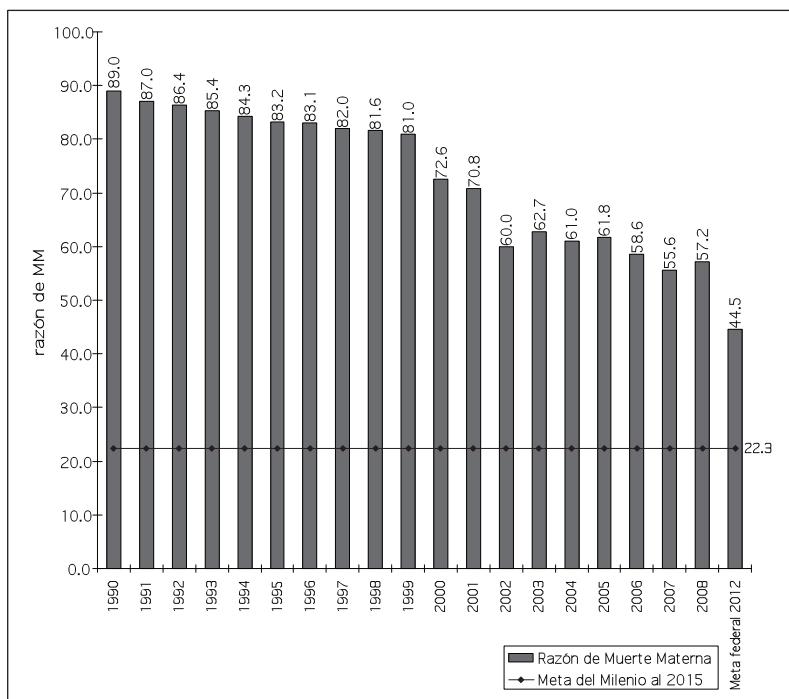
La Gráfica 1 muestra la distancia entre la razón de Mortalidad Materna registrada en el año 2008, la meta federal 2012 y la meta 2015. Al ritmo actual de disminución al año 2015 no se logrará la meta de una razón de 22.3. Reconocimiento reiterado por la Secretaría de Salud, y que refrenda en la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México: “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 %.”<sup>8</sup>

<sup>7</sup> Las conferencias del El Cairo y Beijing reconocieron la prevalencia del problema de la mortalidad materna, lo establecieron como punto central en sus respectivos programas de acción, y fijaron metas específicas de disminución: para el 2000, reducir a la mitad las tasas de muerte materna de 1990, y para el 2015 hacer lo propio respecto del 2000. Además, como parte de las metas se incluyó lo siguiente: para el año 2005, los países con altos índices de mortalidad habrán de reducirla a una tasa de 125 por cada 100 000 nacimientos, y los países con rangos intermedios, a un índice menor de 100 fallecimientos por cada 100 000 nacimientos; para el año 2015, en los países con altos índices se fijará una meta de 75 muertes por cada 100 000 nacimientos, y en los países con índices intermedios, metas inferiores a 60 por cada 100 000. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, Resumen del Programa de Acción, cap. VIII.C. Salud de la mujer y maternidad sin riesgos, y Resoluciones Aprobadas por la Conferencia. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, objetivo estratégico C.1, apartado 106.i. Instituto del Tercer Mundo/ Control Ciudadano, 2002. Estas metas también se acordaron en la Segunda Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Copenhague, Dinamarca, en julio de 1980. Para las metas de los años 2000 en Copenhague, POA 36 d; en El Cairo, POA 8.21, y en Beijing, PFA 106i.; para el año 2005, El Cairo, POA 8.21, y para el año 2015, El Cairo, POA 8.21.

<sup>8</sup> Secretaría de Salud, *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*, p. 7. México, 2009.



**Gráfica 1.**  
**Razón de Mortalidad Materna 1990-2008, Meta del Milenio al año 2015**  
**y meta sexenal al año 2012**



Fuente: Elaboración propia con datos para la Razón de mortalidad materna, *Salud materna en México 2007-2012 Avances y retos*; Ssa, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, noviembre 2007.

Del año 2002 al 2008, Secretaría de Salud, Dirección General de Información, Sistema Nacional de información en Salud. Disponible en <http://www.sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>

Para la Meta Federal, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, Presentación hecha en la 2ª Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna: Chiapas, Guerrero y Oaxaca, 12 y 13 de febrero de 2009, San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Disponible en <http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/index.php/reuniones-del-comite>

Para la Meta del Milenio, Programa Arranque Parejo en la Vida, p. 18, México, 2007. Disponible en <http://www.generoy saludreproductiva.salud.gob.mx/Razon de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos estimados>.

Las últimas cifras oficiales reflejan aumento en la mortalidad materna: de 55.6 en 2007, pasó a 57.2 en 2008. Esto representa un incremento de 1,097 a 1,115 en la mortalidad de mujeres por causas asociadas a complicaciones obstétricas sobre todo para la población que está bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud. De esta manera, México se coloca por arriba de otros países de la región

latinoamericana, como demuestran los datos de la Organización Panamericana de la Salud para Argentina, Costa Rica, Cuba y Chile, que para el 2006 reportaron tasas de mortalidad materna de un 47.8, 39.3, 49.4, y 19.8 respectivamente.<sup>9</sup>

¿Por qué en México la razón de mortalidad materna no ha presentado una disminución sustantiva? Entre las razones plausibles están, por una parte, la visión aislada de la mortalidad materna de los demás componentes de la salud sexual y reproductiva, aun cuando en APV se mencione. Por ejemplo, son evidentes las dificultades en desarrollar una política pública vigorosa en torno a los mínimos incorporados en la plataforma del Cairo:

1. *Información, consejería y servicios e insumos de anticoncepción (o planificación familiar), incluida la familiar, incluida la anticoncepción de emergencia.*
2. *Servicios de salud materna de calidad (atención prenatal, parto y posparto; y atención obstétrica de emergencia).*
3. *Servicios de interrupción del embarazo (aborto) y de atención post-aborto seguros y accesibles, dentro de lo legalmente permitido en cada país.*
4. *Prevención, tratamiento y atención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el VIH.*
5. *Educación integral e información sobre sexualidad.*<sup>10</sup>

Por otra parte, es notable la falta de una perspectiva comprometida con el principio de la maternidad segura, que incorpore las medidas de carácter urgente (avaladas por la serie de compromisos internacionales) a una visión de salud pública basada en la justicia social e inserta en un proyecto de nación en el cual el Estado garantiza el acceso a la salud.

<sup>9</sup> Fuente: Comisión Económica para América Latina, CEPAL, Naciones Unidas (coordinación), *Objetivos de desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe*, mayo 2008. [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/33064/CapituloIII\\_ODMSalud.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/33064/CapituloIII_ODMSalud.pdf) Visitado el 21 de enero de 2009. Organización Panamericana de la Salud, *Situación de salud en las Américas. Indicadores Básicos 2008*, p. 4. Disponible en [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=307&Itemid=](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=307&Itemid=) Visitado el 21 de enero de 2009. Es de resaltar el llamado de atención que se hace en este último documento sobre las diferencias en las cifras reportadas por los países y las estimadas por la OPS, que para todos los casos son mayores.

<sup>10</sup> Family Care International, Youth coalition, *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la salud sexual y reproductiva. Perspectiva desde la gente joven de Latinoamérica y el Caribe*. P. 14, agosto 2008.

Para dar cuenta de las posibles vías alternativas se tiene el caso de Chile, país que inicialmente desde la década de los treinta –y sostenidamente desde la de los cincuenta– incorporó a la salud materna dicha visión de salud pública, lo cual contribuyó a la disminución de la mortalidad materna.<sup>11</sup> Esta tendencia se interrumpió durante el periodo dictatorial (1973-1990), caracterizado por la implementación de un modelo mercado-céntrico con la consecuente privatización de los servicios sociales (entre estos la salud, si bien no en su totalidad) y la reducción del presupuesto asignado a salud. Estrategias sustantivas se vieron seriamente afectadas por dichos recortes, como la atención prenatal y la planificación familiar, evidenciando el carácter de clase e ideológico de la dictadura militar. En dicho periodo, primero se estancó la disminución de la razón de mortalidad materna para aumentar en los últimos años.<sup>12</sup> No obstante, algunas de las estrategias de Estado realizadas en las décadas anteriores lograron enraizarse en las prácticas y políticas en torno a la salud materna; por ejemplo el acompañamiento del embarazo y la atención del parto por parteras capacitadas (llamadas matronas) como un eje estructural de atención durante el embarazo, el parto y el puerperio. La existencia de ejes estructurales de atención, como el caso de las *matronas*, es una de las razones por las cuales, en la actualidad, Chile es el país latinoamericano con la menor razón de mortalidad materna.

Para efectos del presente análisis se parte de la premisa que las estrategias que se promueven, plantean y efectúan como políticas de Estado, tienen mayores posibilidades de arraigarse en la práctica del personal de salud y contribuir, de esta manera, a una disminución sostenida de la mortalidad materna, que acciones orientadas exclusivamente a objetivos de corto plazo. Hay que valorar, entonces, dónde se encuentra México y cuáles son las razones por las cuales la tendencia hacia la disminución de la mortalidad materna es relativamente lenta.

<sup>11</sup> "La mortalidad materna e infantil es uno de los hechos demográficos sobre los cuales se puede influir en forma más o menos seria porque depende en gran medida de los cuidados que reciba la madre y el niño antes, durante y después del parto". Dr. Salvador Allende, Ministro de Salubridad (1940). Tomado de Dr. René Castro Santero, Programa Salud de la Mujer, Ministerio de Salud, presentación en diapositivas: *Reducción Mortalidad Materna en Chile: Lecciones aprendidas 1950-2000*, Buenos Aires, Argentina, agosto 2005.

<sup>12</sup> En 1955 la razón de muerte materna fue de 276.0, en 1971 de 142.0, en 1983 de 41.0 y en 1987 de 48.0 (todos por 100 mil nacidos vivos). Fuente: Facultad Latinoamérica de Ciencias Sociales, Sede Chile, *Mujeres Latinoamericanas en Cifras*, disponible en <http://www.eurosur.org/FLACSO/mujeres/chile/salu-7.htm>

### 2.3. Razón y número de MM de 1990 a 2006.

#### 2.3.1. Número de muerte materna

Los resultados respecto a la disminución de la muerte materna son magros, si se considera que en los últimos 19 años se han realizado una serie de estrategias y acciones para reducirla: si en 1990, morían 2,209 mujeres durante el embarazo, el parto o el puerperio, en 2008 la cifra descendió a 1,119.

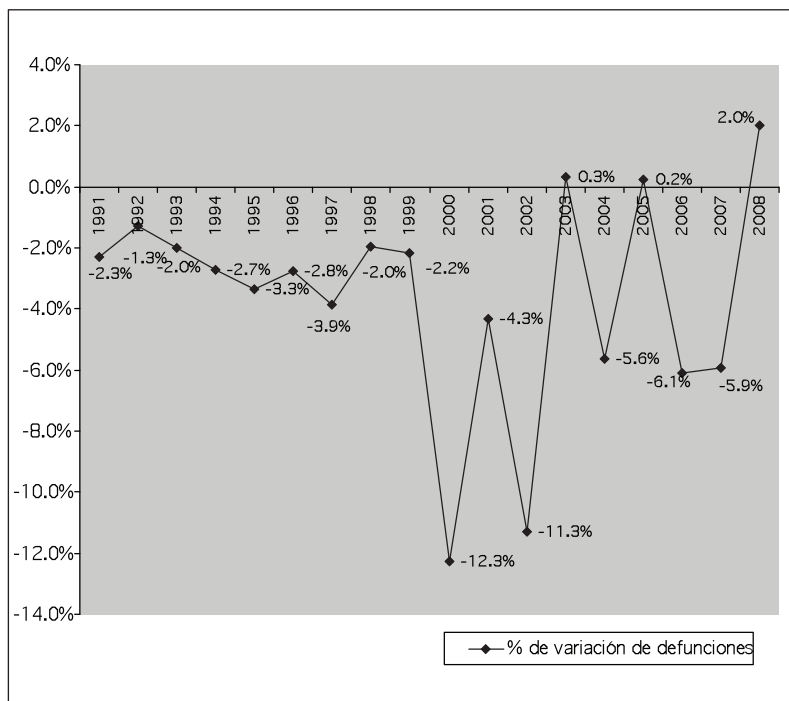
Si se observa la gráfica 2, a pesar de la tendencia a la baja durante este período, de un año y otro se presentan comportamientos variables que se traducen en mujeres fallecidas por razones evitables, todas vinculadas a su condición de pobreza.<sup>13</sup> Así, del 2001 al 2002 se registraron 167 muertes más; y del año 2003 al 2004 74 fallecimientos, aún y cuando estaba vigente y en operación el programa Arranque Parejo en la Vida.

Si bien estas variaciones pueden estar relacionadas a deficiencias en el registro de las causas de muerte, cabe la pregunta de si se deben también a las dificultades en la ejecución del APV y de acciones pertinentes para asegurar una atención en salud materna de calidad.<sup>14</sup> En este marco, resulta indispensable hacer el seguimiento desde diversos sectores sociales, a las últimas acciones y estrategias presentadas desde el ámbito federal, como son Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México, Embarazo Saludable, Estrategia 100X100, y Arranque Parejo en la Vida.

<sup>13</sup> La relación entre pobreza y mortalidad materna está ampliamente estudiada y documentada. Su relación con pobreza alimentaria y población indígena en condiciones de marginalidad ha sido abordado por investigadoras como Paola Sesia y Graciela Freyermuth. Véase Graciela Freyermuth y Paola Sesia coordinadoras, "La Muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura". Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos, México, Centro de Estudios en Antropología Social, CIESAS, Instituto Nacional de las Mujeres. México, agosto de 2009. Disponible en [http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/wp-content/uploads/2009/03/muerte\\_materna.pdf](http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/wp-content/uploads/2009/03/muerte_materna.pdf)

<sup>14</sup> Véase Secretaría de Salud, *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*, México, 2009. Disponible en [http://maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/Estrategia\\_para\\_reducir\\_la\\_mortalidad\\_materna.pdf](http://maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/Estrategia_para_reducir_la_mortalidad_materna.pdf) También, se sugiere revisar Rosa María Núñez et. Al, *Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas*. México, 2005. Disponible en [http://www.salud.gob.mx/dirgrss/foro\\_2005/page/dctos/eslabones.pdf](http://www.salud.gob.mx/dirgrss/foro_2005/page/dctos/eslabones.pdf)

**Gráfica 2.**  
**% de variación de defunciones maternas**



Fuente: Elaboración de Alberto Serdán y Daniela Díaz, Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C. con datos de *Salud materna en México 2007-2012 Avances y retos*; Ssa, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, noviembre 2007 y del año 2002 al 2008, Secretaría de Salud, Dirección General de Información, Sistema Nacional de información en Salud. Disponible en <http://www.sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>.

### 2.3.2. Causas de muerte materna

Existe el consenso que la mayoría de los eventos que podrían causar la muerte materna, en caso de contar con una pertinente y oportuna atención, no desembocan en el fallecimiento de la mujer.

La Tabla 1 muestra las principales causas de mortalidad materna entre 1990 y 2006. Como en el caso de la razón de mortalidad materna, resalta la variación de las cifras de un año a otro, que se presentan en algunas de las causas como los

trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia-eclampsia) y hemorragia obstétrica (ver Tabla 1). La alta prevalencia de estas dos causas es de suma preocupación, pues son amplios los conocimientos técnicos que existen para su manejo. Su deficiente atención refleja los problemas y carencias al momento de atender a una mujer durante una complicación ya sea en el embarazo, pero sobre todo en el parto y el puerperio.

**Tabla 1.**  
**Principales Causas de Mortalidad Materna 1990, 1995, 2000 al 2006**  
**Estados Unidos Mexicanos**

Año	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
<b>Defunciones totales</b>	<b>2,190</b>	<b>1,977</b>	<b>1,543</b>	<b>1,476</b>	<b>1,309</b>	<b>1,313</b>	<b>1,239</b>	<b>1,242</b>	<b>1,166</b>
Trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia-eclampsia)	556 (25.4%)	574 (29.0%)	543 (35.9%)	<b>544</b> <b>(36.9%)</b>	<b>427</b> <b>(32.7%)</b>	412 (31.4%)	365 (31.4%)	322 (25.9%)	<b>343</b> <b>(29.4%)</b>
Hemorragia obstétrica	506 (23.1%)	<b>468</b> <b>(23.7%)</b>	<b>297</b> <b>(19.2%)</b>	301 (20.4%)	238 (18.2%)	344 (26.2%)	316 (25.5%)	304 (24.5%)	<b>258</b> <b>(22.1%)</b>
Otras causas maternas	782 (35.7%)	581 (29.4%)	378 (24.5%)	381 (25.8%)	304 (23.2%)	243 (18.5%)	222 (17.9%)	260 (20.9%)	226 (19.4%)
Causas obstétricas indirectas	58 (2.6%)	98 (5.0%)	164 (10.6%)	125 (8.5%)	187 (14.3%)	181 (13.8%)	193 (15.6%)	222 (17.9%)	217 (18.6%)
Aborto	145 (6.6%)	158 (8.0%)	104 (6.7%)	79 (5.4%)	97 (7.4%)	86 (6.5%)	88 (7.1%)	93 (7.5%)	94 (8.1%)
Infección puerperal	139 (6.3%)	79 (4.0%)	50 (3.2%)	37 (2.5%)	52 (4.0%)	45 (3.4%)	43 (3.5%)	30 (2.4%)	28 (2.4%)
Parto obstruido	34 (1.6%)	19 (1.0%)	7 (0.5%)	9 (0.6%)	4 (0.3%)	<b>2</b> <b>(0.2%)</b>	<b>12</b> <b>(1.0%)</b>	<b>15</b> <b>(1.2%)</b>	<b>16</b> <b>(1.4%)</b>

Fuente: *Salud materna en México 2007-2012 Avances y retos*; SSA, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, noviembre 2007. <sup>15</sup>

Por eso es fundamental asegurar que efectivamente se implementen y operen acciones e intervenciones estratégicas en la atención de las emergencias obstétricas:

<sup>15</sup> Recientemente la Secretaría de Salud publicó las causas de mortalidad materna del año 2007, no obstante su agrupación no es compatible con exactitud a la fuente utilizada en la Tabla 1., pero de todas formas es pertinente el señalamiento de las cifras para el presente trabajo, las cuales son: Total de fallecimientos: 1,097, que se desagregan bajo las causas siguientes: Aborto 81, Enfermedad hipertensiva del embarazo 278, Hemorragia del embarazo, parto y puerperio 267, Otras complicaciones principalmente del embarazo y parto 143, Sepsis y otras infecciones puerperales 28, Complicaciones venosas en el embarazo, parto y puerperio 9, Otras complicaciones principalmente puerperales 49, Muerte obstétrica de causa no especificada 0, y Causas Obstétricas indirectas 242. Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información, Sistema Nacional de información en Salud. Disponible en <http://www.sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>

rápido traslado de la mujer, capacitación del personal del primer nivel para que establezca la urgencia, y capacidad resolutive en el segundo nivel de atención, abasto de los insumos (por ejemplo sangre y soluciones endovenosas) y los medicamentos necesarios para su atención.

Es imprescindible que este paquete de intervenciones, cuenten con recursos financieros para su operación de manera permanente.<sup>16</sup>

Expertos en mortalidad materna enfatizan este aspecto al indicar que: “Las intervenciones de salud materna deben, por lo menos contener, los servicios de planificación familiar y anticoncepción, atención calificada del parto y atención obstétrica de emergencia. Vale señalar que dichas intervenciones ya se incluyen en el paquete esencial de servicios, sin embargo, aún no se ha establecido su universalidad y gratuidad, ni la responsabilidad clara de los diferentes niveles e instituciones de gobierno en su financiamiento, prestación y regulación.”<sup>17</sup>

Los códigos de clasificación que se utilizan para las muertes maternas provienen de lo que establece la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

En dicha Clasificación definen como Causas obstétricas indirectas a:

“O98 Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificadas en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio”, y “O99 Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, parto y el puerperio”.

Asimismo para Otras causas incluyen: “C58 Tumor maligno de la placenta”, “D392 Tumor de comportamiento incierto o desconocido de la placenta” y “E230 Hipopituitarismo”.

Fuente: Ssa, respuesta a la solicitud de información 0001200036109.

<sup>16</sup> En el paradigma *Evitar Muerte Materna y Discapacidad, Averting Maternal Death and Disability Program, AMDD* (elaborado por la Universidad de Columbia y el Fondo de Población de Naciones Unidas) se desarrolla la estrategia de atención que incluye la atención las 24 horas los 365 días del año, en el esquema de una red de servicios de salud, con el objetivo de priorizar la capacidad resolutive de las emergencias obstétricas. AMDD, UNFPA, *Curso 6. Reducción del número de defunciones maternas: Selección de prioridades, registro del progreso*. Sistema de Aprendizaje a Distancia sobre Cuestiones de Población.

<sup>17</sup> Graciela Freyermuth, David Meléndez, Sergio Meneses y Paola Sesia, *Propuesta general para mejorar la respuesta del sistema de salud ante la muerte materna*, Comité Nacional por una Maternidad Sin Riesgos en México, Comité por una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas Comité por una Maternidad Sin Riesgos en Oaxaca, México, 31 de marzo de 2008. Disponible en <http://maternidadsinriesgosenmexico.pbwiki.com/>

### 2.3.3. Embarazos en adolescentes y riesgo de fallecer por muerte materna

Pese a que las defunciones maternas se concentran en el rango de edad de 25 a 34 años, es de llamar la atención la poca atención que recibe el aumento de los embarazos en adolescentes y los riesgos específicos a los que se enfrentan. Por eso, en el 2008, diversas instituciones nacionales e internacionales, conjuntamente con organizaciones no gubernamentales,<sup>18</sup> se unieron para promover el Día Nacional para la Prevención del Embarazo no Planificado en Adolescentes”, reforzando este llamado de manera contundente con los siguientes datos:

“La salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes es un tema fundamental para crear mejores condiciones en el desarrollo de ese importante grupo de la población. Una de las características de las sociedades actuales es el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, en México el 14.4% de los adolescentes del país refiere haberlas tenido; y existe un aumento considerable conforme aumenta la edad, pues de los 12 a los 15 años, 2% de los adolescentes reportaron haber iniciado su vida sexual, mientras que en el grupo de 16 a 19 años, son de 29.6% los que refieren ya haberla iniciado. En nuestro país el porcentaje de embarazos no planificados en adolescentes es del 21%, se calcula que entre el 30 y 60% de los embarazos no planificados en adolescentes son no deseados y terminan en abortos inducidos o provocados. Las complicaciones del aborto representa la cuarta causa de muerte en las mujeres mexicanas.”<sup>19</sup>

De nueva cuenta llama la atención que las autoridades de Salud reconocen la gravedad de la problemática: APV incorpora en su matriz de indicadores y resultados –aunque todavía en términos muy amplios– algunos vinculados a la

<sup>18</sup> La Secretaría de Salud (SS), el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), el Instituto Mexicano de la Juventud (IMJ) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Educación Pública (SEP), en conjunto con el Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), IPAS México, la Asociación Mexicana de Obstetricia y Ginecología Infanto Juvenil (AMOGIJ), la Asociación Mexicana para la Salud de la Adolescencia (AMSA) y la Federación Internacional de Ginecología Infanto Juvenil (FIGIJ). Información disponible en <http://www.censia.salud.gob.mx/interior/adolescencia/dnalembarazo.html>

<sup>19</sup> Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia, información disponible en <http://www.censia.salud.gob.mx/interior/adolescencia/dnalembarazo.html>



atención del embarazo en adolescentes, como son los siguientes: i) Incremento en la cobertura del uso de anticonceptivos y Atención Post Evento Obstétrico en adolescentes y mayores de 35 años y ii) Disminución del embarazo en adolescentes (Planificación Familiar).<sup>20</sup> Por otra parte, en 2008 se presentó por primera vez un Programa de Acción Específico denominado *Salud sexual y reproductiva para adolescentes*. También en los documentos *Salud México 2001-2005* y *Salud: México 2006*.<sup>21</sup> *Información para la rendición de cuentas*, de la Secretaría de Salud, se resalta la urgencia de atender esta situación, dedicándole un apartado específico, donde se define como uno de los indicadores de evaluación de la política pública del sector salud. En *Salud México 2001-2005* se resalta que el riesgo de morir de una mujer adolescente es 1.2 veces mayor que el resto de las mujeres.

Asimismo, en el documento de la Ssa *Rendición de Cuentas en Salud 2007* de la Ssa, se reconoce lo perentorio de abordar el embarazo en adolescentes con la siguiente afirmación: “Tampoco se logrará dar cumplimiento a la meta [del Milenio] si no se fortalecen los programas de salud reproductiva, con énfasis en la reducción de los partos entre adolescentes y el número de embarazos no deseados, entre otras acciones.”<sup>22</sup> Por tanto, es fundamental sostener año tras año la información sobre el embarazo adolescente y analizarla a profundidad.

Esta situación obliga a pasar de los enunciados y señalamientos en los programas de elementos de los derechos sexuales y reproductivos, a su incorporación en calidad de ejes o plataformas de los mismos, que se traduzcan en acciones concretas. Tales como el abasto y distribución gratuita de métodos anticonceptivos como es la Anticoncepción de Emergencia y los preservativos femeninos y masculinos, según la *Norma Oficial de Servicios de Planificación Familiar*. De igual manera, la aplicación efectiva en todo el territorio nacional de la *Norma-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*, la cual instruye a que en caso de violación las instituciones de salud –públicas y privadas–, deben proveer a la mujer tanto de anticoncepción de emergencia, como de los servicios necesarios de aborto médico.<sup>23</sup> Una mujer

<sup>20</sup> Ssa, *Programa de Acción Específico 2007-2012. Arranque Parejo en la Vida*, Pp. 73-74, México, 2008. Disponible en <http://www.spps.salud.gob.mx/interior/programas/apv.html>

<sup>21</sup> Ambos documentos de rendición de cuentas disponibles en <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/saludmexico/saludmexico.htm>

<sup>22</sup> Ssa, *Rendición de Cuentas en Salud 2007*. P. 60, México, agosto de 2008. Disponible en <http://www.dged.salud.gob.mx/interior/evaseserv/rendicuen.htm>

<sup>23</sup> *Norma-046-SSA2-2005 Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención*, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* con fecha 16 de abril de 2009.

violada -y en mayor medida una adolescente- debe contar con todas las garantías necesarias para la interrupción del embarazo, ya que es un derecho humano elemental el contar con el resguardo al derecho a decidir una maternidad libre e informada. Por ello resulta esencial la aplicación efectiva de estas normas, pues las cifras al respecto son categóricas: A nivel mundial *entre 7 y 48 por ciento de las adolescentes tuvieron su primera experiencia sexual forzada y el uso de anticonceptivos a menudo depende de su pareja; y en México de acuerdo con la ENSANUT 2006, del total de partos atendidos un 15 por ciento correspondió a partos en adolescentes.*<sup>24</sup>

Es de recordar que en el *Plan Nacional de Salud 2007-2012* se plantean las metas de: Incrementar el conocimiento de los métodos anticonceptivos y el uso del condón en la población adolescente, e Implementar un modelo interinstitucional de salud sexual y reproductiva para la población adolescente. La meta es reducir la tasa de fecundidad en adolescentes a 58 nacimientos por 1000 mujeres de 15 a 19 años de edad.<sup>25</sup>

La procreación es una decisión de vida que debe responder a un deseo voluntario y gozoso de la mujer. Bajo esa perspectiva, el Estado Mexicano, tiene el mandato constitucional, los instrumentos normativos y las instituciones públicas de salud para su garantía; siendo la Secretaría de Salud la entidad rectora responsable de que así sea.

#### **2.4. Acciones gubernamentales para atender las causas de la mortalidad materna**

En el Plan Nacional de Salud 2007-2012 se ubica a la mortalidad materna como un problema de salud prioritario, y se establece como la Meta 2.1: Disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano. Para dar cumplimiento al plan, se determinan nueve estrategias agrupadas en tres áreas; en el área de *Rectoría efectiva en el sector*, se incorpora la línea estratégica 2.12 Fortalecer las políticas de salud materna y perinatal, y con el fin de cumplir con el Objetivo 5 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se fija entre otras, la meta de reducir al año 2012 en un 24 la razón de mortalidad materna, esto significa registrar a ese año una razón de 44.5.<sup>26</sup>

<sup>24</sup> Ssa, *Salud: México 2006. Información para la rendición de cuentas*. P. 93, México, 2007.

<sup>25</sup> Ssa, *Plan Nacional de Salud 2007-2012*. P. 104. Disponible en <http://portal.salud.gob.mx/>

<sup>26</sup> Ssa, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Focalización en 6 acciones para disminuir la Mortalidad Materna Presentación hecha en la 2ª Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna: Chiapas, Guerrero y Oaxaca, 12 y 13 de febrero de 2009, San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Las acciones gubernamentales pueden agruparse en tres estrategias:

- 1) Ampliación de cobertura que es *Embarazo Saludable*;
- 2) Portabilidad que es la *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*;
- 3) Focalización como es la estrategia de los *municipios con menor IDH*,

En mayo de 2008 se implementa Embarazo Saludable, una estrategia que extiende la afiliación del Seguro Popular a las mujeres embarazadas y a sus familias. No implica la gratuidad en la atención a todas las embarazadas, pues de todas formas se mantiene la normativa de realizar un estudio socioeconómico para determinar si pertenece o no al régimen no contributivo.

Un año después, en mayo de 2009 se anunció la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México cuyo objetivo es brindar atención universal en complicaciones del embarazo y promover una cultura de prevención de riesgos y de autocuidado de la salud entre las mujeres embarazadas.<sup>27</sup> Esto a través de la atención de las emergencias obstétricas en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado (ISSSTE) o en la Secretaría de Salud, sea la mujer derechohabiente o no, de alguna de las instituciones de seguridad social nombradas. La existencia de esta estrategia es en gran medida la respuesta a las propuestas basadas en evidencia desarrollada desde hace años por investigadoras y organizaciones, quienes las han empujado y sostenido como propuesta de plataforma para la atención de la salud y la mortalidad materna. Ciertamente es un avance en la política pública en salud materna, por tanto es imprescindible su seguimiento y monitoreo.

A la par de las estrategias mencionadas, se cuenta con la estrategia de política social 100X100, de poca claridad en su aplicación, y que para el caso de la mortalidad materna, se traduce en líneas de acción específicas –tampoco claras– dirigidas a los 125 municipios con el menor Índice de Desarrollo Humano (IDH) del país. En APV se mencionan metas o indicadores de impacto como, por ejemplo, Disminuir la Razón de Mortalidad Materna en 50% en los 100 municipios

---

<sup>27</sup> Fuente: <http://www.presidencia.gob.mx/prensa/notas/?contenido=45291>

de menor IDH,<sup>28</sup> e indicadores de proceso como por ejemplo: Porcentaje de embarazadas de municipios con < IDH atendidas desde el primer trimestre gestacional.<sup>29</sup> Las acciones se han concentrado en la ampliación de la cobertura, en este caso fortalecer la extensión de la afiliación de mujeres embarazadas según Embarazo Saludable y la incorporación de establecimientos de salud al Seguro Popular.<sup>30</sup>

Actuar sobre los municipios con menor IDH, puede interpretarse como un reconocimiento a los problemas serios y profundos que representan las inequidades y desigualdades geográficas –históricos rezagos existentes entre las entidades federativas en materia de servicios de salud– y de las cuales dan cuenta los indicadores tradicionales de impacto: razón de mortalidad materna y porcentaje de partos atendidos por personal. Chiapas, Guerrero y Oaxaca son las entidades con el menor porcentaje de partos atendidos por personal médico (ver anexo 2 y gráfica 4.).<sup>31</sup> Para el año 2008 los tres primeros lugares de razón de muerte materna, lo siguen ocupando los estados de Oaxaca, Chiapas y Guerrero y (ver gráfica 3.).

El real cumplimiento y éxito de estas estrategias territoriales, dependen esencialmente de la voluntad política de los tomadores de decisión en los ámbitos federal y estatal; y por consiguiente, de que elaboren y gestionen elementos estructurales para su soporte como podría ser una asignación específica, transparente, pública y sujeta a rendición de cuentas de presupuesto público. Sin embargo, hay aspectos pendientes de atención como son las inequidades de género, raciales y de clase que afectan a las mujeres.

---

<sup>28</sup> Ssa, APV. p. 39.

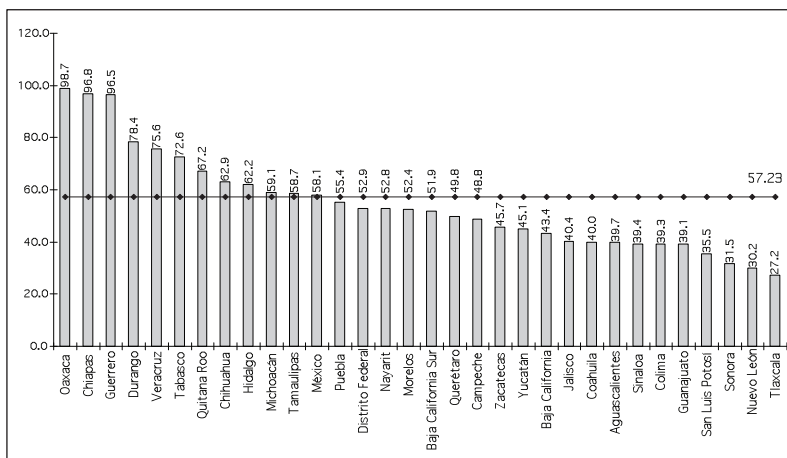
<sup>29</sup> Ibid., p. 61.

<sup>30</sup> Fuente: Ssa, respuesta a la solicitud de información 0001200067309.

<sup>31</sup> La Secretaría de Salud en el documento *Rendición de Cuentas en Salud 2008*, publica cifras de porcentaje de partos atendidos por personal de salud del año 1990 y 2000 hasta el año 2008 sin precisar los números, solamente los totales nacional y sin desagregar por entidad federativa. Resalta el que la cifra correspondiente al año 2008 –que sí se indica– es sumamente menor a la publicada para el año 2006 en el documento también de la Secretaría de Salud, *Salud: México 2006. Información para la rendición de cuentas*, es decir se aprecia una notoria inconsistencia en las cifras. Por ello es de suma importancia que los indicadores y temas parte de las publicaciones cuyo objetivo es la rendición de cuentas a la ciudadanía– su información sea desagregada y sostenida año tras año.

**Gráfica 3.**

**Razón de muerte materna por entidad federativa y nacional, año 2008 1/**

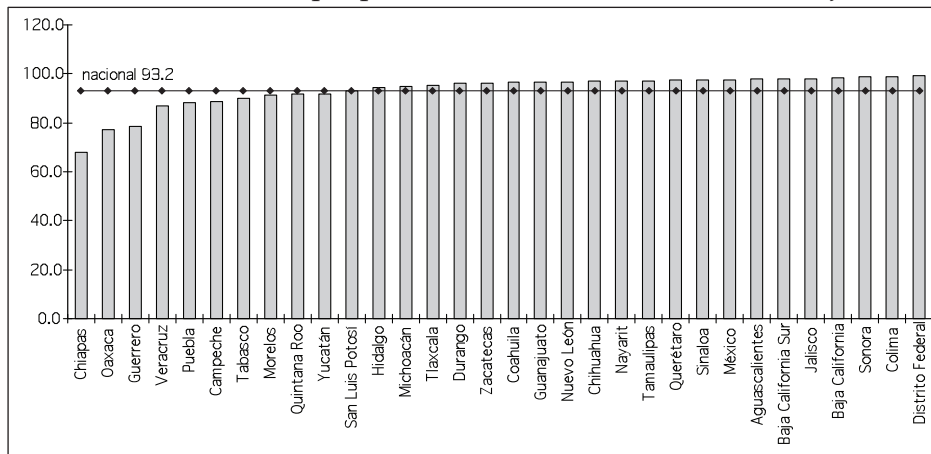


1/ Razón de mortalidad materna por cada 100 mil nacimientos estimados.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud, Dirección General de Información, Sistema Nacional de información en Salud. Disponible en <http://www.sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>

**Gráfica 4.**

**Partos atendidos por personal médico, año 2006 1 / Porcentaje**



1/ Porcentaje de mujeres de 20 años o más, cuyo último hijo nació vivo en los cinco años previos a la encuesta. Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. SS.

Fuente: Elaboración propia, con datos de la Secretaría de Salud, *Salud: México 2006. Información para la rendición de cuentas*, p. 269, México. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/saludmex2006/SM06.pdf>

### 3. Arquitectura financiera: Sistema de Protección Social (Seguro Popular): Gasto para salud materna y mortalidad materna

Desde el año 2002 (inicialmente como programa piloto), se desarrolla e implementa el Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como el Seguro Popular. Su puesta en marcha ha implicado el aumento constante en la asignación de presupuesto para el Ramo 12-Ssa; de igual forma ha significado que el programa por excelencia para atender la mortalidad materna, Arranque Parejo en la Vida, no cuente con presupuesto etiquetado para su operación. Sólo se especifican recursos para la instancia rectora en el ámbito federal: el Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva. Este hecho dificulta de sobre manera la ejecución, el sostenimiento a las acciones realizadas y el consecuente éxito de APV.

El Seguro Popular profundizó el proceso de descentralización del sistema de salud para población abierta: a los recursos del Ramo 33 —FASSA (Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud), se le sumaron los del SP, para ser transferidos a los gobiernos locales, quienes tienen serios problemas de control y rectoría desde el ámbito federal.<sup>32</sup> Son las instancias estatales quienes administran y operan los recursos financieros y los servicios de salud, y no siempre la atención de la mortalidad materna es un tema prioritario en la agenda de salud local, por lo menos en lo que al momento de definir la distribución y uso de los recursos se refiere.

En el Catálogo de Intervenciones en Salud ofertado por el Seguro Popular están prácticamente todas las situaciones en salud que afectan a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, incluyendo las emergencias obstétricas.

---

<sup>32</sup> Daniela Díaz, *Presupuesto para mujeres, Seguro Popular y salud materna*, en Coalición por la Salud de las Mujeres. "Retos Legislativos", 2008. Disponible en <http://www.fundar.org.mx/np2008/coalicionindex.htm>

**Tabla 2.**  
**Presupuesto asignado a la Secretaría de Salud y al Sistema de Protección Social**  
**en Salud 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010,**  
**Millones de pesos constantes al año 2009**

Concepto	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total Secretaría de Salud	29,913.58	40,331.96	47,584.93	58,980.95	73,091.16	85,036.47	89,892.93
Total Sistema de Protección Social en Salud (con el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades)	9,540.16	15,707.58	24,471.77	32,948.17	40,275.92	49,718.56	58,164.99*
%Total SPSS/Total Ramo12-Ssa	31.89	38.95	51.43	55.86	55.10	58.47	59.22*
Total Sistema de Protección Social en Salud (sin el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades)	6,245.04	11,168.07	20,149.29	28,792.78	36,535.69	46,251.58	53,238.50*

\* Se excluye el gasto destinado a Actividades de Apoyo Administrativo. El total incluye el gasto asignado a: [PP E020] Dignificación, conservación y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento en salud, [S201] Seguro Médico para una Nueva Generación, [U005] Seguro Popular, y [S072] Programa de Desarrollo Humano Oportunidades.

Fuente: Elaboración propia con datos SHCP, del año 2004 al 2008, Cuenta de la Hacienda Pública Federal, año 2009 y 2010 PEF Aprobado, disponibles en [www.shcp.gob.mx](http://www.shcp.gob.mx)

Pese al sostenido y descomunal incremento del presupuesto para salud en el Ramo12-Ssa, que ha conllevado el Seguro Popular (ver Tabla 2.) esto no se ha traducido en una mejora sustantiva en las condiciones en la atención en salud reproductiva de las mujeres en general, ni menos aun en las pertenecientes a las poblaciones de alta y muy alta marginalidad. Además, en la atención de los partos –evento en el cual se concentran las emergencias que desembocan en la muerte de la mujer– la incidencia de los servicios para la atención de estos a nivel nacional, con recursos del Seguro Popular es sumamente baja (ver Tabla 3.).

El gasto asignado al Ramo 12 -Secretaría de Salud del periodo comprendido entre los años 2004 y 2009- aumentó en un 19.02 por ciento; de igual manera el Sistema de Protección Social (incluyendo el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades) presentó una tasa de crecimiento de un 31.67 por ciento, cifra que se amplía a un 39.61 por ciento si se le quita lo correspondiente a Oportunidades.

**Tabla 3.**  
**Partos atendidos por el Seguro Popular 2005-2008**

Años	Número de Mujeres afiliadas en edad reproductiva 15-45 años	Partos atendidos	Promedio de partos atendidos, en %
2004	1,460,234	31,955	0.022
2005	3,320,355	57,082	0.017
2006	4,117,009	130,492	0.032
2007	4,430,888	150,543	0.034
2008*	7,305,325	244,279	3.3

\* Cifras al 31 de octubre de 2008. Para este año el dato abarca a la población de 10 a 45 años o más.

Fuente: Para los años 2004 al 2007. Respuesta a la solicitud de información, folio 0001200278808, Oficio No. CNPSS/823/08, Comisión de Protección Social en Salud, a 18 de diciembre de 2008.

Para el año 2008, Sistema de Protección Social en Salud. *Informe de Resultados 2008*. Pág. 66. México, 2009. Disponible en <http://www.seguro-popular.gob.mx/>

Un incremento en el presupuesto debería traducirse en un mejoramiento en la calidad de la atención hacia las mujeres. La atención de la salud materna se ubica como una estrategia fundamental en el Plan Nacional de Desarrollo 2007–2012.<sup>33</sup> Planteamiento refrendado en el Plan Nacional de Salud 2007-2012 que señala como segundo objetivo la reducción de las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, conteniendo la meta de disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano.<sup>34</sup>

<sup>33</sup> En el eje tres: Igualdad de Oportunidades.

Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2007-2012. Disponible en [http://portal.salud.gob.mx/contenidos/programa\\_nacional/programa\\_07.html](http://portal.salud.gob.mx/contenidos/programa_nacional/programa_07.html)

<sup>34</sup> El 9 de mayo de 2008, Felipe Calderón, anunció la puesta en marcha del Programa de Embarazo Saludable como una ampliación al Seguro Médico para una Nueva Generación, motivo por el cual a partir de esa fecha se garantiza en todo momento la incorporación al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) a todas aquellas mujeres con diagnóstico de embarazo, sin considerar el tiempo de gestación que tengan, a fin de proteger la salud de la mujer durante todo su embarazo y al momento del parto, así como al recién nacido desde el momento mismo de su nacimiento. Cita tomada de: [http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/embarazosa/embsa\\_08.html](http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/embarazosa/embsa_08.html) Esta información es parte de Daniela Díaz, *Mortalidad materna y el presupuesto público*, Boletín PeSo\$ y Contra PeSo\$, Año 3/Número 1/Abril 2009. Disponible en [www.fundar.org.mx](http://www.fundar.org.mx)



Una consecuencia de la absorción del presupuesto destinado a los programas vinculados a la salud sexual y reproductiva, entre estos, Arranque Parejo en la Vida por el Seguro Popular, ha sido el debilitamiento de su funcionamiento. Aunque los programas siguen existiendo como planteamiento, su desarrollo y capacidad de rectoría de la Secretaría de Salud se han visto afectados, debido a que el Seguro Popular ofrece solamente un paquete de intervenciones sin ninguna de las perspectivas y visión integral contenida en los programas.

### 3.1. La ecuación perfecta ¿a mayor dinero más opacidad?

Es de resaltar lo extraordinariamente complejo y difícil que es la identificación del gasto asignado al Sistema de Protección Social en Salud, (SPSS). Los documentos presupuestarios publican solamente el gasto agregado sin dar cuenta del gasto establecido para cada entidad federativa.

En el Presupuesto de Egresos de la Federación 2009, por primera vez se clasifica parte del gasto destinado al SPSS en tres rubros: Seguro Popular, el componente de salud del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades y Programa del Seguro Médico para una Nueva Generación (ver Tabla 4). Dicha etiquetación continúa existiendo en el PEF 2010, Ello plantea la siguiente pregunta: si se etiquetaron dichos programas ¿por qué no se etiquetó también Embarazo Saludable o Arranque Parejo?

**Tabla 4.**  
**Gasto Ramo12, Seguro Popular, Programas Oportunidades y Seguro Médico para una Nueva Generación en el PEF 2009 y 2010 Pesos**

Concepto	2009	2010
Ramo 12-Secretaría de Salud	85,036,468,164	89,892,930,927
Seguro Popular (SP)	41,368,161,540	48,842,127,045
Programa de Desarrollo Humano Oportunidades	3,466,985,864	4,926,496,104
Programa Seguro Médico para una Nueva Generación	2,641,533,522	2,450,000,000

Fuente: Presupuesto de Egresos de la Federación 2009 y 2010, SHCP, [www.shcp.gob.mx](http://www.shcp.gob.mx)

Otro cambio que logra mejorar la transparencia presupuestaria en el Sistema de Protección Social en Salud, ha sido la incorporación, en los Decretos de

Presupuestos de Egresos de la Federación 2008, 2009 y 2010 de los artículos 38, 39 y 40, relativos a la operación del Sistema de Protección Social en Salud que obligan a:

- a) La publicación de información correspondiente a la afiliación;
- b) El establecimiento de disposiciones respecto a la transferencia de los recursos federales a las entidades federativas por concepto de cuota social y aportación solidaria federal;
- c) La formulación de reglas relativas al uso del gasto, como por ejemplo: *e) Los recursos federales transferibles hacia proyectos de inversión en infraestructura médica nueva deberán cumplir con los siguientes requisitos: i. Los proyectos de obras a desarrollar deberán estar incluidos en el Plan Maestro de Infraestructura que emita la Secretaría de Salud; ii. Los gastos de operación asociados al funcionamiento de la infraestructura nueva serán responsabilidad de las entidades federativas, con cargo a su presupuesto;*<sup>35</sup> y
- d) La elaboración de encuestas de satisfacción; la obligatoriedad de publicar en las páginas de internet de la Unidad de Protección Social en Salud de la entidad federativa materias referentes a la compra de medicamentos y equipamiento, entre otros asuntos.

Es de suma importancia que estas normativas de carácter obligatorio, sean cumplidas, profundizadas en cuanto a la transparencia y rendición de cuentas, sostenidas año con año en este documento pilar de la ejecución del presupuesto público, y monitoreadas por las organizaciones civiles. Ellas presionaron a favor de la introducción de mecanismos de apertura de la información presupuestaria sobre el Sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular.

Una de las razones de lo trascendente de esta práctica es la posibilidad de introducirla como tal en las Secretarías de Salud a nivel Federal y Estatal. Uno de los problemas estructurales de mayor relevancia surgidos por la implementación del SPSS, es la separación entre la perspectiva de los programas y la asignación de los recursos financieros; ya que en la práctica se desarrollan por caminos separados, con perspectivas y paradigmas disímiles.

---

<sup>35</sup> Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2009.

Este complejo y enmarañado panorama se complica aun más por el contexto de la descentralización del sistema de salud bajo la tutela de la Secretaría de Salud. Los tomadores de decisión son diferentes, por ejemplo, tanto el puesto de secretario de salud federal como el estatal, son cargos políticos, en cambio, los/as directores/as de las diversas áreas que componen la dependencia, son puestos de confianza (que en algunos casos pueden no contar con el conocimiento sobre cómo diseñar y ejercer política pública en materia de salud), las y los jurisdiccionales también son cargos de confianza, quienes generalmente cuentan con experiencia en el ámbito de gestionar los servicios de salud, de igual perfil suelen ser las y los directores de los establecimientos de salud. En estos dos últimos casos, se observa que generalmente no tienen poder de decisión en la definición de los recursos financieros para la prestación de la atención en salud y por ende la ejecución de los servicios de salud.

En muchos casos tampoco lo tienen los responsables de área o de programas en los ámbitos estatales - y como ya se ha señalado, para el caso de la salud materna- de igual modo en el ámbito federal. Ello debido a que los recursos se canalizan sobre todo a través de las direcciones o áreas de programación y presupuestación y del Sistema de Protección Social en Salud.

En consecuencia, el camino de la toma de decisiones de los programas, estrategias y acciones en salud, es distinto al camino del presupuesto público o al de los tomadores de decisión en cuanto al gasto público.

Ante las deficiencias de los programas de salud reproductiva – relacionados a la carencia de recursos financieros específicos— ocasionadas por la estructura del sistema de salud para población abierta, la propia Secretaría de Salud ha ido creando mecanismos para contrarrestarlas, como son los casos de los acuerdos firmados entre la Secretaría de Salud Federal y los gobiernos estatales. Para el caso que aborda la presente investigación, están: a) los Acuerdos de Coordinación derivados del Sistema de Protección Social en Salud, y sobre todo b) los AFASPE.

a) Los Acuerdos de Coordinación son firmados entre el Secretario de Salud Estatal y el Comisionado Nacional de Protección Social en Salud. Desde la puesta en marcha del Sistema de Protección Social en Salud a la fecha, se han definido las metas de afiliación anuales y trimestrales a algunas acciones, estrategias o

programas por ejemplo a Embarazo Saludable y al Seguro Médico para una Nueva Generación, no obstante sólo el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades cuenta con recursos específicos.

Por último, con respecto a los Acuerdos de Coordinación, es de llamar la atención que la firma de los Anexos I, II, III o IV del Acuerdo de Coordinación entre el SPSS y gobierno estatal, generalmente son firmados durante el segundo semestre del año fiscal en curso. Ello abre interrogantes de lo sostenible de las acciones, estrategias y diversos requerimientos para otorgar atención en salud, preferentemente en las entidades federativas en condiciones de mayor rezago. Se ha documentado los casos del Anexo IV, que es el instrumento donde se establecen las disposiciones por concepto de cuota social y aportación solidaria federal que conforman los recursos federales que se transfieren a los estados, por tanto no existe rendición de cuentas del gasto en curso, no son claros ni públicos –si los hay– los mecanismos de control acerca del uso de los recursos durante el periodo de desfase entre presupuesto aprobado y su firma.<sup>36</sup> Lo mismo para el caso del Anexo I, donde se especifican el Catálogo Universal de Servicios de Salud, el Listado de Medicamentos del CAUSES y las Intervenciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.<sup>37</sup>

b) El otro documento es el AFASPE, que básicamente es un acuerdo marco -que al igual que los Acuerdos de Coordinación- se celebra entre la Secretaría de Salud Federal y la entidad federativa. Es de resaltar que han sido impulsados por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Su antecedente está en los documentos denominados Anexos de Ejecución del año 2007, posteriormente en los Convenios Específicos de Insumos y Recursos del año 2008, ambos acuerdos abordan solamente a los programas bajo la responsabilidad del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en términos generales establece tanto los insumos y recursos financieros como determina las responsabilidades y obligaciones que le corresponde a cada una de las partes firmantes. Ese esquema se mejora en los AFASPE pues además de ampliar el número de programas a 30 programas de acción<sup>38</sup> dependientes de otras instancias

<sup>36</sup> Daniela Díaz, *Presupuesto para mujeres, Seguro Popular y salud materna*, en Coalición por la Salud de las Mujeres. "Retos Legislativos", 2008. Disponible en <http://www.fundar.org.mx/np2008/coalicionindex.htm>

<sup>37</sup> Respuestas de la Secretaría de Salud, a las solicitudes de información No. 0001200236008 y No. 0001200067009.

<sup>38</sup> En anteriores trabajos se ha señalado que los Programas de Acción, carecen de reglas de operación, por ende no se les etiqueta recursos en el Presupuesto de Egresos de la Federación y adolecen de obligaciones de rendición de cuentas.

federales como por ejemplo los Centros Nacional para la Prevención y Control de VIH/SIDA y para la Salud de la Infancia y la Adolescencia— identifica las fuentes de financiamiento desagregando en Ramo 12 y sus diferentes presupuesto: Seguro Popular este a su vez en FASC (acciones y servicios de salud a la comunidad) y ANEXO IV (del Acuerdo de Coordinación antes mencionado); Ramo 33-FASSA (Fondo de Aportaciones de Servicios de Salud) desagregándolo en FASSA-P (a la persona) y FASSA-C (a la comunidad), para ambos ramos se determina el gasto destinado a acciones de rectoría. Asimismo determina el calendario de ministraciones de los recursos. Esa estructura de acuerdo marco, da cuerpo a un esfuerzo e intención de la Secretaría de Salud planteada desde la aparición del Sistema de Protección Social en Salud, de alinear las fuentes de financiamiento en los programas, es decir, que para cada programa se pudiera visibilizar de donde provienen sus recursos financieros. Esto no sólo ordena el tema de ejercicio del gasto, sino que eventualmente debería controlar e implicar un mejor uso del mismo. Por ende el que los programas contaran con presupuesto y que estos se usaran para lo que en los documentos se acuerda y que corresponde a los objetivos y metas de los mismos.

### 3.2. Indicadores en el programa APV: la vinculación con el presupuesto y el Seguro Popular

Se ha vuelto una práctica desde la existencia de APV que el indicador de porcentaje de partos atendidos por personal calificado sea parte del Presupuesto de Egresos de la Federación, particularmente del gasto asignado al Ramo 12-Ssa. Por ejemplo, se encuentra en dos de los tomos dedicados a cumplimiento de metas a través de la medición de indicadores de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2008: *Resumen del Cumplimiento de los Indicadores de Desempeño por Eje de Política Pública del Plan Nacional de Desarrollo, y Análisis del Cumplimiento de los Indicadores de Desempeño Secretaría de Salud*. De hecho se establece como un **indicador estratégico**, cuya realización implica fortalecer el objetivo de reducir la mortalidad materna. La meta está vinculada al Programa Arranque Parejo en la Vida. Para el año 2008, se sobrepasó la meta establecida, y seguramente lo mismo ocurrirá para el año 2009: en el PEF 2009 la meta es lograr un 90.3 por ciento de atención de parto por personal calificado, cuando para el año anterior era de un 89.8 por ciento y se logró alcanzar un 90.8 por ciento.<sup>39</sup>

<sup>39</sup> Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2008. Disponible en <http://www.apartados.hacienda.gob.mx/contabilidad/index.html>

Es importante sostener el indicador en los documentos presupuestarios, pues es un instrumento para salvaguardar la prevalencia del problema de la mortalidad materna en la agenda de la política pública en salud; asimismo es una herramienta para empujar la inclusión de más y mejores indicadores y metas vinculadas en lo general, a la salud reproductiva y materna y en particular a la mortalidad materna.

En el capítulo 5, *Evaluación y Rendición de Cuentas del programa Arranque Parejo en la Vida 2007-2012*, se detallan indicadores de proceso, de impacto intermedio y final; además, se establece la evaluación de resultados. Es evidente que todas estas estrategias están enfocadas a fortalecer Acciones de Rectoría, que igualmente son puntualizadas.<sup>40</sup> En esta última se señala la acción siguiente: **el Seguro Popular incluirá en sus criterios de evaluación y de asignación de recursos el cumplimiento de metas establecidas en los programas de salud prioritarios incluidos en el CAUSES, haciendo énfasis en las metas de mortalidad materna e infantil como un indicador de desempeño.**

Este indicador de desempeño es una herramienta base para visibilizar la enorme brecha existente entre asignación del gasto y las necesidades en salud de los grupos marginados, particularmente de las mujeres con mayor riesgo de fallecer por condiciones vinculadas a la maternidad. Este es un elemento al cual se debe darle seguimiento, pero que no será suficiente si no se plasma en el documento del Presupuesto de Egresos de la Federación,<sup>41</sup> tanto desde la perspectiva de la rendición de cuentas de los programas prioritarios en la política pública en salud, como desde la óptica de transparentar los cuantiosos recursos asignados a través del Seguro Popular. Esto es especialmente importante en un esquema de gasto descentralizado pero de presentación agregada en el PEF. En ese sentido es clara y contundente la recomendación de la Auditoría Superior de Federación: la Secretaría de Salud debe realizar las gestiones pertinentes a fin de que se fortalezcan los mecanismos de control y supervisión que garanticen la confiabilidad de las cifras consignadas en la Cuenta Pública, así como la conciliación de las operaciones presupuestarias y contables de cada ejercicio fiscal, relacionadas con las acciones específicas para promover la atención integral de la salud de la mujer...

<sup>40</sup> Ssa, *Programa de Acción Específico 2007-2012. Arranque Parejo en la Vida*. Pp. 55 a 62. Disponible en <http://www.spps.salud.gob.mx/interior/programas/apv.html>

<sup>41</sup> Auditoría Superior de la Federación, Cámara de Diputados, *Informe del Resultado de la Revisión y Fiscalización Superior de la Cuenta Pública 2007*. Instituciones Públicas de Educación Superior de Sector Salud. Tomo V, Volumen 4. Disponible en <http://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/ir2007i/indice.htm>

Si la meta es afiliar al Seguro Popular para el año 2010 el cien por ciento de la población abierta, y además es la vía de asignación presupuestaria para la atención de dicha población, es fundamental **el desarrollo de indicadores que relacionen los objetivos, metas e indicadores de programas, especialmente los prioritarios, con el presupuesto del Seguro Popular.**<sup>42</sup>

Ello es perentorio, pues en los actuales documentos tanto de rendición de cuentas por la Secretarías de Salud y de Hacienda y Crédito Público como en los documentos presupuestarios, se presenta información limitada o simplemente no se publica, o bien, en el mejor de los casos es disociada, es decir no se vinculan las acciones, estrategias o programas relacionados con la salud y la mortalidad materna con el presupuesto.

Por ejemplo en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2010, se establece en el tomo de Objetivos, Indicadores y Metas para Resultados del Ramo 12 Salud, para el caso de la mortalidad materna una Meta para el año 2010 de 49.7 de razón de mortalidad materna, pero total nacional sin desagregar por entidad federativa y sin explicar porqué o cómo se decide esa cifra. Además se carece de indicadores vinculados al acceso y acciones en atención en salud con el fin de disminuir la muerte materna. En cuanto al Sistema de Protección Social, se definen metas en este caso de afiliación y número de consultas para el Seguro Popular, y de afiliación para el Seguro Médico para una Nueva Generación. No se incorporan metas para Embarazo Saludable.

Independientemente de este esquema de presentación de la información que responde tanto a la estructura del Presupuesto de Egresos de la Federación, como a la voluntad política de la administración federal por ampliarla; la Secretaría de Salud en su administración interna sí cuenta con una estructura que alinea el gasto con indicadores de los programas, particularmente y para el tema abordado, el programa Arranque Parejo en la Vida. La alineación significa por un lado visibilizar los recursos provenientes de las distintas fuentes de financiamiento, por ejemplo del Ramo 12, del Sistema de Protección Social en Salud (que también es parte del ramo 12) y del Ramo 33-FASSA y por el otro, vincular el presupuesto a indicadores de resultados de los programas. Esto es algo que se venía desarrollando y que se reforzó con la creación en el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación,

<sup>42</sup> Esta información es parte de Daniela Díaz, *Mortalidad materna y el presupuesto público*, Boletín PeSo\$ y Contra PeSo\$, Año 3/Número 1/ Abril 2009. Disponible en [www.fundar.org.mx](http://www.fundar.org.mx)

del en su momento el Anexo 9.A. (en los PEF 2008 y 2009), actualmente Anexo10. Erogaciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

Dicho ordenamiento, además de responder a una iniciativa de la Secretaría de Salud, responde asimismo a presiones constantes de las organizaciones de la sociedad civil. Es fundamental entender que el problema de la mortalidad materna y el presupuesto que se asigna ya fuera para su disminución o para mejorar la atención en salud materna, se ha ubicado como un aspecto esencial de la movilización de organizaciones e integrantes abocadas al tema en el marco de empujar los derechos reproductivos de las mujeres en México. Un claro ejemplo es lo acaecido con la etiquetación de presupuesto para tal fin mediante el Anexo 10, que se aborda a continuación.

### **3.3. Gasto etiquetado: Anexo 10. Erogaciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres**

El Presupuesto de Egresos de la Federación es una herramienta pilar de la política pública, incluso más allá, es una base de la estructura de la administración pública y de su quehacer, es impensable una gestión e inclusive el desarrollo del país sin su existencia. Tal relevancia provoca en el imaginario –y también en la práctica– una gran dificultad en introducirle modificaciones estructurales (a excepto que la voluntad de la administración federal a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público así lo disponga). Sin embargo, desde el movimiento feminista vinculado a los derechos sexuales y reproductivos, la conformación del presupuesto con enfoque de género ha sido una lucha que en México ya lleva varias administraciones y legislaturas federales. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, pasó a ser parte de esa reivindicación y esfuerzo de incidencia.<sup>43</sup>

<sup>43</sup> Desde el año 2007, recobró fuerza la demanda del gasto con perspectiva de género, al ser plataforma de acción de la Red: Coalición por la Salud de las Mujeres, un espacio de articulación ciudadana, especializado en derechos humanos, perspectiva de género y análisis de presupuestos públicos que promueve los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y el derecho de todas las mujeres al más alto nivel posible de de salud física y mental. En particular sus acciones están encaminadas a impulsar la perspectiva de género en la legislación, las políticas públicas y el presupuesto público en los poderes legislativo y ejecutivo a nivel federal y local. Está integrada por las organizaciones civiles: Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México, Comunicación e Información de la Mujer (CIMAC), Consorcio para el Diálogo Parlamentario y la Equidad, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, IPAS-México, K'inal Antzetic D.F., Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM), Salud Integral para la Mujer (SIPAM) y Balance. Promoción para el desarrollo y juventud, todas ellas con un consolidado trabajo en el tema de salud y derechos sexuales y reproductivos. Para mayor información, visitar el micro sitio: <http://www.fundar.org.mx/np2008/coalicionindex.htm>



Una primera modificación plausible es la etiquetación del presupuesto dirigido a las mujeres, lo cual para el caso de México se ha visto fortalecido por la incorporación en el Decreto de Presupuesto de la Federación, del Anexo 9.A. Presupuesto Para Mujeres y la Igualdad de Género, en el año 2008 y al cual se le dio continuidad en el año 2009 y en el año 2010, que pasó a denominarse Anexo 10. Erogaciones para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.<sup>44</sup> Evidentemente esto es un adelanto de suma importancia en la agenda para avanzar en los derechos no sólo de las mujeres, sino desde la mirada amplia e incluyente de la equidad de género.<sup>45</sup> En su momento el Anexo 9.A. respondió como un primer paso, al artículo 25 que indicaba: El Ejecutivo Federal impulsará la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres a través de la incorporación de la perspectiva de género en el diseño, elaboración, aplicación, seguimiento y evaluación de resultados de los programas de la Administración Pública Federal.<sup>46</sup>

Reconociendo la acción afirmativa que es el Anexo 10., es importante siempre tener en consideración de que por su categoría de mecanismo de etiquetación del gasto dirigido a las mujeres, tiene una serie de limitaciones. Una de ellas, de suma importancia es que quedan fuera la inmensa mayoría de los recursos que son dirigidos o que impactan en el ámbito de la salud reproductiva de las mujeres de la llamada población abierta. Como se ha visto, la causa es que el financiamiento de la atención en los servicios de salud se canaliza a través a) del Seguro Popular, que depende de la estructura financiera del Ramo 12; y b) del Ramo 33-FASSA (Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud) el cual es absolutamente descentralizado. Es en el ámbito de estructura que provoca la disociación entre programas y presupuesto.

<sup>44</sup> La etiquetación de gasto para las mujeres establecida en el Anexo 9. A. Presupuesto para las Mujeres y la Igualdad de Género se logró durante los años 2007 y 2008 gracias a la confluencia de diversos actores políticos y sociales en la **Mesa Interinstitucional de Presupuestos hacia la Igualdad de Género**. Dicha mesa fue propuesta por la Comisión de Equidad y Género de la H. Cámara de Diputados, y respaldada por el Instituto Nacional de las Mujeres. Además, contó con la participación activa de las Secretarías de Salud, Función Pública, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), el Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG) y la Coalición por la Salud de las Mujeres. Daniela Díaz, PEF 2009 y el presupuesto para las mujeres: etiquetación en el Anexo 9. A., Boletín PeSo\$ y Contra PeSo\$, Año 2/Número 3/Diciembre 2008. Disponible en [www.fundar.org.mx](http://www.fundar.org.mx)

<sup>45</sup> Esta información es parte de Daniela Díaz, PEF 2009 y el presupuesto para las mujeres: etiquetación en el Anexo 9A, Boletín PeSo\$ y Contra PeSo\$, Año 2/Número 3/Diciembre 2008. Disponible en [www.fundar.org.mx](http://www.fundar.org.mx)

<sup>46</sup> Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2009.

La existencia del Artículo 25 y el Anexo 9. A. *Presupuesto Para Mujeres y la Igualdad de Género*, ha significado que en documentos presupuestarios enmarcados en los criterios o conceptos de transparentar y rendir cuentas en el uso del gasto público federal, como es el caso del Informe Trimestral sobre la Situación Económica, las Finanzas Públicas y la Deuda Pública, se incluya un anexo a modo de tomo, específicamente para el gasto etiquetado: Avance de programas presupuestarios con recursos destinados a las mujeres y equidad de género.<sup>47</sup> Allí se detalla la información referente a la Unidad Responsable, al grado o porcentaje de avance en el cumplimiento de la meta establecida con su correspondiente indicador; y el monto aprobado entre los más importantes. Aquí nuevamente se utiliza el indicador de parto atendido por personal calificado. Ciertamente toda esta información es de suma utilidad y cumple con el mandato y acuerdo político comprometido en los actores partícipes de la Mesa Interinstitucional y a su vez es una respuesta a la entrada en funcionamiento de la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres. Es una herramienta que debe profundizar y ampliar la información, utilizarse a su vez, con la audacia que se necesite para transformarse en puente entre los programas y estrategias dirigidas a la salud y mortalidad materna y el presupuesto público.

Son variados los elementos presupuestarios fundamentales todavía ausentes:

- a) gasto asignado a los programas prioritarios o estratégicos en el ámbito de la salud reproductiva,
- b) información desagregada del gasto por entidad federativa,
- c) apertura de la información correspondiente al Sistema de Protección Social en Salud,
- d) indicadores de proceso de los programas, estrategias y/o acciones, indicadores de disminución de desigualdad y brechas de la atención en salud.

Para el año 2008, la propuesta del proyecto para los recursos del Anexo 9. A. fue de 4,797.2 millones de pesos. La Cámara amplió los recursos en 1,525.0 y etiquetó 701.4 millones de pesos. Esto finalmente se tradujo en un total de 7,024.8 millones de pesos enfocados exclusivamente para las mujeres, cifra histórica en cuanto a recursos presupuestarios visibles para este fin. Además de las voluntades puestas en el trabajo de la Mesa Interinstitucional, la tarea se fortaleció con la puesta en

---

<sup>47</sup> Disponibles en [http://www.shcp.gob.mx/FINANZASPUBLICAS/Paginas/InformeTrimestral\\_2.aspx](http://www.shcp.gob.mx/FINANZASPUBLICAS/Paginas/InformeTrimestral_2.aspx)

marcha de los sistemas para operar las Leyes Generales de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

Durante el año 2008, se continuaron las labores de la Mesa Interinstitucional –aunque lamentablemente ya sin la participación del CEAMEG– lo que enriqueció no sólo la discusión y las propuestas en torno al tema, sino también se posicionó el tema como parte de la agenda de discusión presupuestaria con miras al Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2009. Todavía falta mucho para institucionalizar la práctica de que año con año un conjunto de actores sociales y políticos participen en la discusión sobre el presupuesto destinado a la igualdad de género y, especialmente, a las mujeres.

La Coalición por la Salud de las Mujeres enfatizó la necesidad de hacer cambios sustanciales a la propuesta del proyecto de Decreto del hoy aprobado Anexo 9. A., ya que existían una serie de deficiencias. Cabe resaltar la demanda por excluir el componente alimentario del programa de Desarrollo Humano Oportunidades, canalizado a través de la Secretaría de Desarrollo Social, del gasto etiquetado por tratarse de un programa de superación de la pobreza y no de promoción de la igualdad de género. De igual forma, se habían observado múltiples dificultades para ejercer los recursos durante el ejercicio fiscal ya que las vías de asignación al interior de las dependencias eran confusas. Es decir, los montos por ramo se presentaban de manera totalmente agregada, sin identificar puntos básicos como unidad responsable ni a qué se dirigían tales recursos, como por ejemplo programas, proyectos, estrategias y acciones. Por esta razón, era prioritario su mayor desagregación y especificidad.

Todos estos aspectos fueron discutidos amplia y abiertamente en la Mesa Interinstitucional. Ciertamente, los representantes de la administración federal fueron bastante reticentes en quitar el programa Oportunidades; con todo, sí hubo señalamientos claros por parte de la representación de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para desagregar el Anexo. Es importante señalar que todo esto fue avalado por el INMUJERES. El compromiso se asumió por la Comisión de Equidad y Género. No obstante, dicho acuerdo se incumplió -a pesar de que fue establecido públicamente– y el Anexo 9. A. quedó completamente agregado. Todavía no se ha informado por ninguna de las partes cuales fueron las razones de ello; pero, vale la

pena resaltar el retroceso que significa en un proceso incipiente, que ha implicado un gran esfuerzo de las interesadas en el tema.

Evidentemente, esto no demerita el aumento importante en el gasto etiquetado: la Comisión de Equidad y Género identificó, tras restar el gasto asignado a Oportunidades, que el monto asignado en el proyecto era de 7,344.0 millones de pesos, cifra superior en 319.2 millones de pesos a lo aprobado para el ejercicio en curso. En definitiva, se aprobó en el Anexo 9. A. del PEF 2009 la cantidad de 8,981.6 millones de pesos. Es decir, hubo un aumento de 27.86 por ciento con respecto al PEF 2008.<sup>48</sup>

Esta última discusión en torno a los criterios de etiquetación prevaleció durante el año 2009 ante el Presupuesto de Egresos de la Federación 2010. No obstante, a diferencia de los años anteriores, el trabajo en la Mesa Interinstitucional fue interrumpido por el cambio de Legislatura, no así la discusión sobre el gasto etiquetado para mujeres y el referido anexo. Ello da cuenta de que en la agenda legislativa el tema logró un posicionamiento que trasciende renovaciones en la Cámara e inclusive su composición de representación partidaria. Aunque es de señalar, que los sectores conservadores siempre constituyen oposición al tema.

Finalmente en el PEF 2010 continúa en su Decreto el Artículo 26 (ex 25)<sup>49</sup> con básicamente los mismos señalamientos, y de igual manera el Anexo 10., se le asignaron 10,920.70 millones de pesos, de estos 2,635.70 corresponden al Ramo12-Salud, representando un 24.13 por ciento del total del anexo, el ramo con mayor asignación de presupuesto después del Ramo 20-Desarrollo Social a través de esta modalidad y herramienta de etiquetación.<sup>50</sup> En consecuencia, con todas las salvedades presentes en la modalidad de etiquetación a través de un anexo del Decreto del PEF, sigue siendo fundamental darle continuidad e igualmente su perfeccionamiento.

<sup>48</sup> Daniela Díaz, *PEF 2009 y el presupuesto para las mujeres: etiquetación en el Anexo 9A*, Boletín Pe\$oS y Contra Pe\$oS, Año 2/Número 3/ Diciembre 2008. Disponible en [www.fundar.org.mx](http://www.fundar.org.mx)

<sup>49</sup> En el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2010, está en el CAPÍTULO IV. De la perspectiva de género. Artículo 26.

<sup>50</sup> Presupuesto de Egresos de la Federación 2010, disponible en [www.shcp.gob.mx](http://www.shcp.gob.mx)

## 4. Conclusiones

Aun cuando entre diversos sectores en el país, existe el consenso de que la atención en salud materna es un derecho fundamental de las mujeres y que la mortalidad materna es la expresión concentrada de una serie de incumplimientos a derechos vinculados a su condición socioeconómica, el acceso a la salud, condición de género y racial; es decir a los derechos humanos en su expresión más integral. Pese a este lugar común, la mortalidad materna continúa siendo un problema sin resolver en México.

Se dificulta enormemente la posibilidad de revertir esa situación si se sostiene un diseño de financiamiento público en que el ejercicio del presupuesto destinado a otorgar servicios de salud a las poblaciones más pobres, continúa bajo un esquema de asignación presupuestaria que desvincula el gasto público de los programas y las necesidades de las mujeres al enfrentar un embarazo, parto o posparto.

Mientras prevalezca la lógica del sostenimiento financiero en la política pública en salud por sobre los planteamientos de la vigencia de derechos, difícilmente se revertirá el actual escenario: la mortalidad materna afecta sobre todo a las mujeres pobres, indígenas y urbano- marginales.

**Esta lógica economicista se fortaleció con la puesta en marcha del Sistema de Protección Social en Salud, profundizándose la descentralización del sistema de salud para población abierta, la puesta en marcha de esta arquitectura financiera a través de su brazo operativo, el Seguro Popular, ha tenido como consecuencia la disociación entre los programas y el presupuesto público asignado al sector.**

El funcionamiento del Sistema de Protección Social en Salud no ha logrado disminuir las profundas desigualdades sociales y económicas que se presentan en México y en consecuencia, tampoco los serios problemas relacionados con la salud de amplios sectores de la población. Evidentemente uno de estos problemas es la mortalidad materna, pues las condiciones de los servicios de salud públicos son extremadamente disímiles e inequitativos.

Como se ha señalado en el presente trabajo, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, ha hecho esfuerzos por romper con el grave problema de que las estrategias, acciones y programas creados para atender la

mortalidad materna, carezcan de presupuesto específico, como se indicado, en la actualidad existen documentos del tipo de convenios entre los ámbitos federal y estatal, donde se establecen recursos delimitados para estos. No obstante, dicho mecanismo aun es insuficiente, pues están sujetos a la voluntad política de los tomadores de decisión, en consecuencia no constituyen ni hacen parte de la estructura del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF).

Una muestra de las debilidades estructurales, es lo deficitario de los indicadores establecidos en el PEF. El indicador que usa la actual administración únicamente evalúa la meta pero no da cuenta del proceso, y por tanto es insuficiente para informar de los avances en la atención en salud de manera precisa, ni de todos los factores y variables que inciden sobre la misma. Por lo menos, no sirve para medir los factores y variables directamente relacionados con el gasto público porque –por ejemplo- no existe un indicador de tipo de atención universal, como es la gratuidad en la atención del embarazo, parto y puerperio. Tampoco es útil para medir los avances en la atención focalizada como se establece en el Plan Nacional de Salud en el capítulo III de Objetivos y Estrategias, Objetivo 2: “Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas”; Meta 2.1: “Disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano”.

Este esquema de distribución de los recursos financieros y su indicador no aseguran, ni son coherentes. con el cumplimiento de lo determinado en el Plan Nacional de Desarrollo para la Estrategia 6.1: Promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal...

“Los sistemas de salud proveerán una atención adecuada para evitar que los embarazos deriven en complicaciones, enfermedades, discapacidades permanentes o en la muerte de la madre o del niño.” La estrategia 6.1 habla de proceso y como ya se ha señalado, esto no es tomado en cuenta.

Se corre el riesgo de que con base en un indicador que contiene deficiencias importantes se evalúe la política pública aplicada como exitosa y consecuentemente se reasignen gastos sin reparar en los errores en la forma de medir y vincular el ejercicio de estrategias y programas con el gasto público.

Es urgente, si realmente se pretende desarrollar un presupuesto con perspectiva de género, que se retomen las propuestas de indicadores hechas desde las organizaciones sociales, la academia y la propia Secretaría de Salud.<sup>51</sup>

Como se ha visto el Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, incorpora indicadores tanto que dan cuenta del impacto y a la vez de procesos y los relaciona con el presupuesto, tarea reforzada por la Dirección General de Programación y Presupuestación de la Ssa, sin embargo esto procede únicamente al interior de la dependencia. No así en el Presupuesto de Egresos de la Federación, que finalmente es la directriz del ejercicio del gasto, sobre todo en la relación de la ejecución del presupuesto entre el ámbito federal y las entidades federativas.

Por lo tanto, otra recomendación es que efectivamente existan recursos financieros públicos, transparentes y explícitos a las últimas acciones y estrategias presentadas desde lo ámbito federal: Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México, Embarazo Saludable, Estrategia 100X100, y Arranque Parejo en la Vida.

Si la administración federal asume como prioritaria la disminución de la mortalidad materna en su política pública en salud, y hace suyas las Metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio, es indispensable que todos esos compromisos oficiales se fortalezcan con una asignación de presupuesto real, con un ejercicio del gasto oportuno y eficaz, y con una rendición de cuentas de su uso a todos los participantes del tema de la salud materna y del problema de la mortalidad materna, indiscutiblemente incluyendo a las mujeres.

---

<sup>51</sup> Boletín Pe\$oS\$ y Contra Pe\$oS\$, Año 2/Número 3/Diciembre 2008. Disponible en [www.fundar.org.mx](http://www.fundar.org.mx)

## 5. Anexos

### Anexo 1.

#### Número de defunciones por mortalidad materna en México de 1990 a 2008

Año	Número
1990	2209
1991	2158
1992	2130
1993	2087
1994	2030
1995	1962
1996	1908
1997	1834
1998	1798
1999	1759
2000	1543
2001	1476
2002	1309
2003	1313
2004	1239
2005	1242
2006	1166
2007	1097
2008	1119

Fuente: Para los años 1990 a 2006, *Salud materna en México 2007-2012 Avances y retos*, Ssa, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, noviembre 2007.

Para los años 2007 y 2008: Ssa, Sistema Nacional de Información en Salud, disponible en <http://www.sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>



## Anexo 2.

### Partos atendidos por personal médico, año 2006 1/ Porcentaje

Nacional	93.2
Chiapas	68.0
Oaxaca	77.0
Guerrero	78.4
Veracruz	86.9
Puebla	88.1
Campeche	88.8
Tabasco	90.1
Morelos	91.5
Quintana Roo	91.8
Yucatán	91.8
San Luis Potosí	93.0
Hidalgo	94.6
Michoacán	94.8
Tlaxcala	95.4
Durango	96.0
Zacatecas	96.2
Coahuila	96.6
Guanajuato	96.6
Nuevo León	96.6
Chihuahua	96.9
Nayarit	97.0
Tamaulipas	97.0
Querétaro	97.3
Sinaloa	97.6
México	97.7
Aguascalientes	97.9
Baja California Sur	97.9
Jalisco	97.9
Baja California	98.2
Sonora	98.7
Colima	99.0
Distrito Federal	99.4

1/ Porcentaje de mujeres de 20 años o más, cuyo último hijo nació vivo en los cinco años previos a la encuesta. Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. SS.

Fuente: Secretaría de Salud, *Salud: México 2006. Información para la rendición de cuentas*, p. 26, México. Disponible en [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)



# El Seguro Popular de Salud y atención materna en Los Altos de Chiapas. Reflexiones sobre sus alcances y limitaciones

Sergio Meneses Navarro<sup>1</sup>

## 1. Introducción

Durante el año 2007 ocurrieron 1,097 muertes maternas en México, lo que representa una razón de muerte materna de 55.6 por cada 100 mil niños nacidos vivos registrados.<sup>2</sup> La Secretaría de Salud de México reconoce que casi 900 de estas muertes pudieron evitarse.

Los conocimientos y estándares técnicos actuales son efectivos para evitar la muerte materna.<sup>3</sup> La alta prevalencia de muertes maternas en un país, en sus entidades federativas o en sus diversas regiones y municipios expresa profundas injusticias sociales, económicas, étnicas y de género.<sup>4</sup> Asimismo, la muerte materna es testimonio de la ineficiencia del sistema de salud.<sup>5</sup>

Con la firma de la Declaración del Milenio, México se comprometió a disminuir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015.<sup>6</sup> No obstante, hasta el 2007, a ocho años de cumplirse el plazo de las metas, la reducción ha sido a penas de poco más del 37%<sup>7</sup> (véase cuadro 1).

---

<sup>1</sup> Agradezco la buena disposición de las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria II del Instituto de Salud de Chiapas –encabezada por la Dra. Leticia Montoya-, a los médicos, enfermeras, técnicos y personal administrativo que colaboraron para el logro del presente trabajo. Agradezco a Marisol Vega por su apoyo en el trabajo de campo, la sistematización y elaboración de algunos cuadros.

<sup>2</sup> Córdova Villalobos, José Ángel, "Estrategia para disminuir el avance la mortalidad materna", presentación del Secretario de Salud de México, Residencia Oficial de Los Pinos, Febrero 16 de 2009.

<sup>3</sup> Freedman L.P, et. al. "Practical lessons form global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation", *The Lancet*, 2007, 370:1383-1391; World Health Organization, *Managing Complications in Pregnancy and Child Birth*, Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, 2000; Fortney, J. A., "Emergency obstetric care: the keystone in the arch of safe motherhood", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 74, 2001: 95-97; AMDD, *Quality improvement for Emergency Obstetric Care, Averting Maternal Death and Disability Program*, Maiman School of Public Health, Columbia, University, New York, U.S.A., 2003.

<sup>4</sup> Freyermuth, Graciela; Sergio Meneses y David Meléndez, 2009, *Mortalidad materna en Los Altos de Chiapas. Validación de una propuesta metodológica para identificar municipios con alto riesgo materno en regiones indígenas*, en prensa.

<sup>5</sup> Freedman, Op. Cit.; SSA, *Salud: México 2001 - 2005*, Secretaría de Salud, México, 2006:138; OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2005. ¡Cada madre y cada niño contarán!*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2005.

<sup>6</sup> Gobierno de la República, *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005*, Sistema de las Naciones Unidas en México, Gobierno de la República, México, D.F., 2005.

<sup>7</sup> SSA, 2007, Op. Cit. p. 32 y 33.

Es importante señalar que para reducir la muerte materna es obligatorio **garantizar que todas las mujeres reciban atención obstétrica oportuna, principalmente cuando presentan una complicación durante la maternidad**.<sup>8</sup> Es indispensable contar con los recursos y la red de servicios para la atención obstétrica de emergencia, asegurando que sean siempre plenamente accesibles y de calidad para todas las mujeres mexicanas sin distinción de ninguna índole.<sup>9</sup>

En el presente documento se examinan los alcances y limitaciones del Seguro Popular de Salud, respecto a la garantía de la accesibilidad a la atención médica gratuita al momento de uso, particularmente en la atención obstétrica oportuna y de calidad para las mujeres afiliadas a dicho seguro médico en Los Altos de Chiapas. Al inicio se exponen algunos antecedentes en cifras de la muerte materna en Chiapas y la región de Los Altos. Posteriormente se presenta el contexto de la política de salud que ha enmarcado la lucha contra la muerte materna en el presente sexenio del gobierno nacional y estatal. Seguimos con una descripción y análisis de la cobertura y gasto en salud en el marco del Seguro Popular en Chiapas. La parte medular del análisis se sustenta en cuatro estudios de caso que se presentan al final del documento y finalmente, después del análisis de los estudios de caso, se presentan algunas conclusiones.

## 2. Muerte materna en el estado de Chiapas y la región de Los Altos

El estado de Chiapas cuenta con 19 mil 386 localidades distribuidas en 118 municipios, 53 de los cuales son considerados como “de muy alta” y 40 de ellos como “de alta marginación”. De este modo, Chiapas se ubica en el segundo lugar de marginación según los datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), en el último lugar nacional de acuerdo al Índice de Desarrollo Humano elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)<sup>10</sup> y en el último

<sup>8</sup> Freedman, L. P. 2007, Op. Cit.; Freyermuth, Graciela, David Meléndez, Sergio Meneses y Paola Sesia, 2008, Propuesta general para mejorar la respuesta del sistema de salud mexicano ante la muerte materna, Secretariado Técnico del Comité por una Maternidad Sin Riesgos, México; Fortney, J. A., “Emergency obstetric care: the keystone in the arch of safe motherhood”, International Journal of Gynecology and Obstetrics, 74, 2001: 95-97.

<sup>9</sup> Fortney, 2001, Op. Cit.; Freedman, 2007 Op. Cit.; Borghi, Jo, Tim Ensor, Aparnaa Somanathan, Craig Lisner, Anne Mills, Mobilising financial resources for maternal health, The Lancet, Vol. 368, October 21, 2006: 1457 – 1465; OMS, 2005, Informe sobre la salud en el mundo 2005. ¡Cada madre y cada niño contarán!, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2005; Véase también Meneses, Sergio, Graciela Freyermuth y David Meléndez, 2008, Modificaciones sistémicas para la definición de una política de salud para disminuir la muerte materna, Secretariado Técnico del Comité por una Maternidad Sin Riesgos, México.

<sup>10</sup> PNUD, 2005, Informe sobre el Desarrollo Humano. México, 2004, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, México.

lugar nacional según el índice de rezago social construido por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL).<sup>11</sup>

De los 4 millones 300 mil habitantes chiapanecos, el 26% (1 millón 136 mil) son indígenas. La mayoría de ellos vive en alguna de las 19 mil 237 localidades rurales con menos de 2 mil 500 habitantes (52% de los chiapanecos viven en alguna de estas localidades).<sup>12</sup> Esta amplia dispersión poblacional en pequeñas localidades apartadas, que habitualmente carecen de caminos asfaltados e inmersas en una difícil orografía, se erige como un serio obstáculo para garantizar el acceso a los servicios básicos para el bienestar social (agua, vivienda, energía eléctrica, servicios de salud, educación, etc.) y estimular el desarrollo económico. De este modo, 8 de cada 10 chiapanecos que habitan en estas localidades rurales dispersas se encuentran en condiciones de pobreza extrema (si bien, por otro lado, el 50% de la población que habita en las zonas urbanas comparten dicha condición de pobreza extrema).<sup>13</sup>

Estos determinantes sociales condicionan que en el estado de Chiapas se presenten demasiadas muertes prematuras, evitables, innecesarias, injustas.<sup>14</sup> Las condiciones de salud y enfermedad en Chiapas son hostiles y representan retos de primer orden: los chiapanecos son los que tienen la menor esperanza de vida al nacer en México -tanto para hombres como para mujeres,<sup>15</sup> la mayor probabilidad de morir durante el primer año de vida,<sup>16</sup> la mayor tasa de mortalidad por enfermedades diarreicas en niños y niñas menores de 5 años<sup>17</sup> y ocupa el segundo lugar nacional en mortalidad por tuberculosis pulmonar.<sup>18</sup> Además, mujeres y hombres en Chiapas pierden dos veces más años de vida saludable en comparación con las mujeres de Baja California o los hombres de Nuevo León.<sup>19</sup>

<sup>11</sup> Gobierno de Chiapas, 2007, *Plan de Desarrollo Chiapas Solidario 2007-2012. Resumen ejecutivo*, Secretaría de Planeación y Desarrollo Sustentable, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, p. 4; CONEVAL, 2007, *Mapas de la pobreza en México*, Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, México, disponible en: <http://www.coneval.gob.mx/mapas/>

<sup>12</sup> Gobierno de Chiapas, 2007, Op. Cit. p. 4-6.

<sup>13</sup> *Ibid.*

<sup>14</sup> Véase SSA, 2006, *La Mortalidad en México 2000 – 2004. Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias*, Secretaría de Salud, México, p. 66-75.

<sup>15</sup> SSA, 2007, Op. Cit., p. 17 y 18.

<sup>16</sup> *Ibid.*, p. 19.

<sup>17</sup> *Ibid.*, p. 25.

<sup>18</sup> *Ibid.*, p. 63.

<sup>19</sup> *Ibid.*, p. 67 y 68.

Respecto a la estructura del sistema de salud en Chiapas, este posee menos de un médico por cada mil habitantes; umbral mínimo aceptable para atender las necesidades básicas de la población según la Organización Mundial de la Salud y la Secretaría del ramo en México.<sup>20</sup> Se cuenta con menos de 10 unidades de consulta externa y un hospital por cada 100 mil habitantes;<sup>21</sup> además, es el estado de la república con menor porcentaje de partos atendidos por personal calificado, con una cobertura menor al 70%<sup>22</sup> y su cobertura de afiliación a la seguridad social es de alrededor del 20% de la población (figura 2).

**Cuadro 1.**  
**Mortalidad materna en Chiapas y México**  
**2000 – 2007**

Año	Razón de mortalidad materna (RMM)	
	Chiapas <sup>2</sup>	Nacional <sup>2</sup>
1990	107.4	89.0
1995	90.4	83.2
2000	72.0 <sup>3</sup>	72.6
2001	88.0 <sup>3</sup>	70.8
2002	93.2	63.9
2003	112.1	65.2
2004	103.2	62.6
2005	88.5	63.4
2006 <sup>4</sup>	90.1	60.0
2007	81.54	55.6
<b>Cambio 01-06<sup>1</sup></b>	<b>3.38%</b>	<b>-15.25%</b>
<b>Cambio 01-07</b>	<b>-7.3%</b>	<b>- 21.46%</b>
<b>Cambio 90-06<sup>1</sup></b>	<b>-16.1%</b>	<b>-32.58%</b>
<b>Cambio 90-07</b>	<b>-24.07%</b>	<b>-37.5%</b>

Elaboración propia.

RMM se obtiene de dividir el número de mujeres muertas en un año por complicaciones del embarazo, parto y puerperio entre los nacidos vivos del mismo periodo, multiplicado por cien mil.

<sup>1</sup>El cambio 01-06 toma como denominador la tasa de mortalidad para 2001 y como numerador la tasa de mortalidad de 2006, el resultado se multiplica por cien y, posteriormente, se resta de cien. La fórmula es:  $100 * (TM2006/TM2001) - 100$ . El signo de menos (-) antes del porcentaje de mejora indica disminución en la mortalidad; los números positivos indican aumento de la mortalidad. Cambio 90-06, toma como denominador la tasa de mortalidad para 1990; el resto permanece igual.

<sup>2</sup> Fuente: SSA, *Informes Salud: México* de 2001 a 2005.

<sup>3</sup> Fuente: Instituto de Salud de Chiapas (ISECH), Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones 2001 a 2005, en Pablo Salazar Mendiguchía, 5º *Informe de Gobierno*, Anexo 1, Chiapas, 2006, p. 137 – 140.

<sup>4</sup> Fuente: SSA, 2007, *Salud México 2006: información para la rendición de cuentas*, Secretaría de Salud, México, p. 32 y 33.

<sup>20</sup> Ibid., p. 112.

<sup>21</sup> Ibid., p. 114 y 115.

<sup>22</sup> Ibid., p. 140.

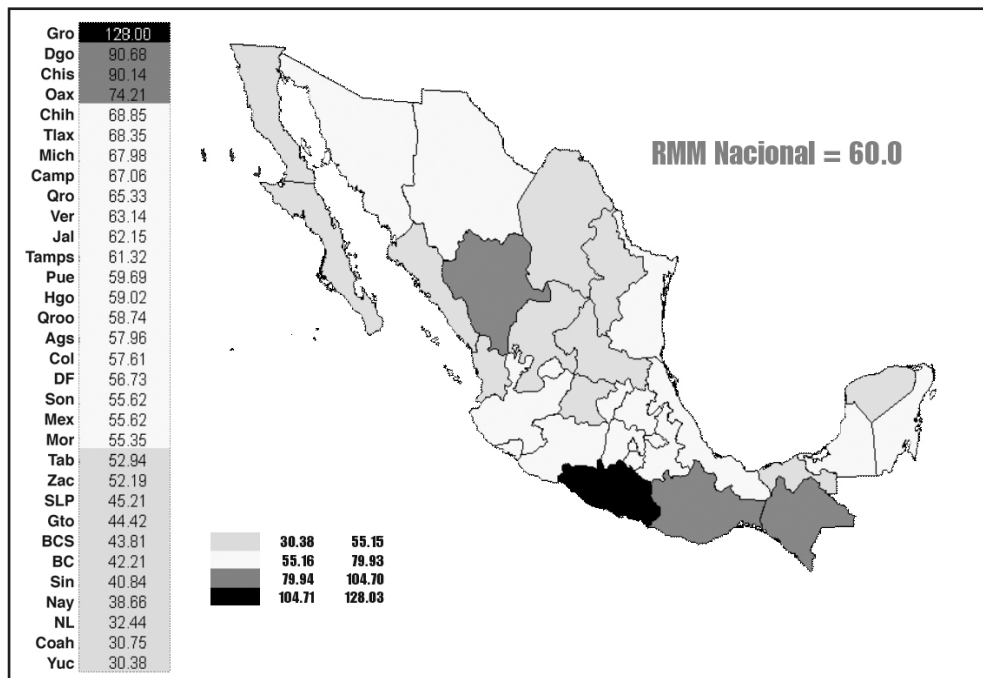
Chiapas ha tenido cifras históricamente altas de muerte materna (véase cuadros 1 y 3). Su razón de muerte materna (RMM) en 2006 fue de 90.1 por cada 100 mil nacidos vivos registrados, ocupando el tercer lugar del país (véase figura 1). La media nacional de muerte materna para el mismo año fue de 60. En el cuadro 1 se observa que a pesar de que desde 2003 a 2005 Chiapas registró un descenso importante de la RMM, y de que entre los años 2005 y 2006 se incrementó ligeramente, en 2007 y 2008<sup>23</sup> nuevamente se registra una tendencia descendente. Esta fluctuación de la RMM en el estado no coincide con la baja sostenida de la RMM a nivel nacional. Es necesario analizar y explicar estos cambios mediante estudios epidemiológicos retrospectivos específicos que respondan a la pregunta de qué factores han determinado este comportamiento oscilante de la RMM en Chiapas. Algunas hipótesis que podrían explicar este comportamiento de variabilidad en la mortalidad materna en el estado, consisten en establecer la relación entre los tiempos políticos, con los cambios en la visibilidad, prioridad política y el descuido de la respuesta del sistema de salud ante la muerte materna, y /o el ocultamiento y subregistro deliberado de los decesos. Si bien Freyermuth y colaboradores han evidenciado un subregistro de MM superior a 70% en la región Altos, para el año 2001,<sup>24</sup> los supuestos planteados para explicar la fluctuación de la MM en Chiapas deben ser explorados a partir de estudios particulares.

El cuadro 3 también ejemplifica el comportamiento variable de la RMM en Chiapas a partir de su comparación con otras entidades federativas. Para el año 1999 Chiapas era la entidad con mayor RMM del país. A partir de entonces su ubicación a fluctuado entre los primeros cinco lugares a nivel nacional. Para 2008, las cifras preliminares ubican a Chiapas en el onceavo lugar según su RMM. Nuevamente, esta variabilidad en la RMM debe ser analizada y explicada a partir de estudios epidemiológicos centrados en este aspecto.

<sup>23</sup> Según datos de la Dirección de Salud Materna del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, la RMM preliminar para 2008 en Chiapas es de 60. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, SSA, *Eslabones Críticos en las defunciones maternas de Chiapas, Oaxaca y Guerrero a partir de estudios de caso*, presentación del Dr. Rufino Luna, en la Segunda Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna: Chiapas, Oaxaca y Guerrero, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, Febrero 12 y 13 de 2009.

<sup>24</sup> Freyermuth, G, et. al., 2009, "Mortalidad materna en Los Altos de Chiapas. Validación de un indicador alternativo para identificar subregistro de muerte materna en regiones indígenas", en prensa.

**Figura 1.**  
**Razón de mortalidad materna según entidad federativa, México, 2006**



Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *Salud Materna en México 2007-2012. Avances y Retos*. Secretaría de Salud, presentación en la Reunión de organizaciones becarias en Mortalidad y Morbilidad Materna (MMM), Fundación MacArthur, México, Noviembre 15 y 16 de 2007.

Pese a lo señalado, Chiapas se ha distinguido como una de las entidades federativas con mayores RMM. La figura uno señala gráficamente que las mujeres chiapanecas embarazadas tenían tres veces más riesgo de fallecer en comparación con las embarazadas de Yucatán, que es el estado con menor RMM en 2006. Al interior del estado de Chiapas, la jurisdicción sanitaria de la región de Los Altos (cuya sede se ubica en San Cristóbal de Las Casas) ha sido una de las que mayores RMM ha presentado año con año. Para el 2006, casi el 16% de las muertes maternas del estado se registraron en dicha región (véanse cuadros 2 y 4).<sup>25</sup>

<sup>25</sup> Freyermuth y colaboradores (2009) han documentado un subregistro importante de muerte materna en la región Altos de Chiapas. Este subregistro debe tomarse en cuenta al ponderar el peso específico que la región tiene en la muerte materna del estado. Véase, Freyermuth, G.; C. de La Torre; S. Meneses y D. Meléndez, "Mortalidad materna en Los Altos de Chiapas. Validación de un indicador alterno para identificar subregistro de muerte materna en regiones indígenas", en prensa.



**Cuadro 2.**  
**Mortalidad materna en Chiapas por jurisdicción sanitaria**  
**2006**

	Defunciones	RMM
Ocosingo	11	181.6
Pichucalco	11	134.3
San Cristóbal de Las Casas	13	110.9
Villaflores	5	98.0
Motozintla	4	95.2
Tapachula	13	87.9
Comitán	6	64.7
Tuxtla Gutiérrez	13	63.3
Tonalá	2	56.4
Palenque	4	53.0

Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *Salud Materna en México 2007-2012. Avances y Retos*. Secretaría de Salud, presentación en la Reunión de organizaciones becarias en Mortalidad y Morbilidad Materna (MMM), Fundación MacArthur, México, Noviembre 15 y 16 de 2007.

**Cuadro 3.**  
**Lugar que ha ocupado Chiapas en muerte materna, respecto a otros estados**  
**1999 – 2008**

1999	1 <sup>er</sup> lugar (empatado con Guerrero)
2000 y 2001	Sin dato
2002	2 <sup>o</sup> lugar (superado por Oaxaca)
2003	2 <sup>o</sup> lugar (superado por Guerrero)
2004	1 <sup>er</sup> lugar
2005	5 <sup>o</sup> lugar
2006	3er lugar
2007	3er lugar
2008	2 <sup>o</sup> lugar (superado por Oaxaca)

Elaboración propia.

Fuente: SSA, *Salud: México 2001*, Secretaría de Salud, México, 2002, p. 152; SSA, *Salud: México 2002*, Secretaría de Salud, México, 2003, p. 188; SSA, *Salud: México 2003*, Secretaría de Salud, México, 2004, p. 215; SSA, *Salud: México 2004*, Secretaría de Salud, México, 2005, p. 201; SSA, *Salud: México 2001 - 2005*, Secretaría de Salud, México, 2006, p. 191; Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *Salud Materna en México 2007-2012: avances y retos*, Secretaría de Salud, México, Noviembre de 2007. Para el año 2008: Ssa, Sistema Nacional de Información en Salud, disponible en <http://www.sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>

**Cuadro 4.**  
**Participación de Los Altos en la muerte materna de Chiapas**  
**2005 y 2006**

Muertes maternas	Números absolutos	Porcentaje de participación
<b>Chiapas 2005</b>	<b>76*</b>	<b>100%</b>
<b>Los Altos 2005</b>	<b>12*</b>	<b>15.78%</b>
<b>Chiapas 2006</b>	<b>82**</b>	<b>100%</b>
<b>Los Altos 2006</b>	<b>13**</b>	<b>15.85%</b>

Elaboración propia.

\* Fuente: Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH), Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones, 2005.

\*\* Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *Salud Materna en México 2007-2012. Avances y Retos*. Secretaría de Salud, presentación en la Reunión de organizaciones becarias en Mortalidad y Morbilidad Materna (MMM), Fundación MacArthur, México, Noviembre 15 y 16 de 2007.

Las principales causas de muerte materna en el estado para el año 2006 fueron la hemorragia obstétrica (con el 34% de los casos), seguida por los trastornos hipertensivos del embarazo (con 24% de los casos) y el aborto (con el 12%),<sup>26</sup> es importante reiterar que con los conocimientos y la tecnología actuales, estas complicaciones obstétricas pueden tratarse con éxito en la mayoría de los casos y no deberían finalizar con el deceso de la mujer (cuadro 5).

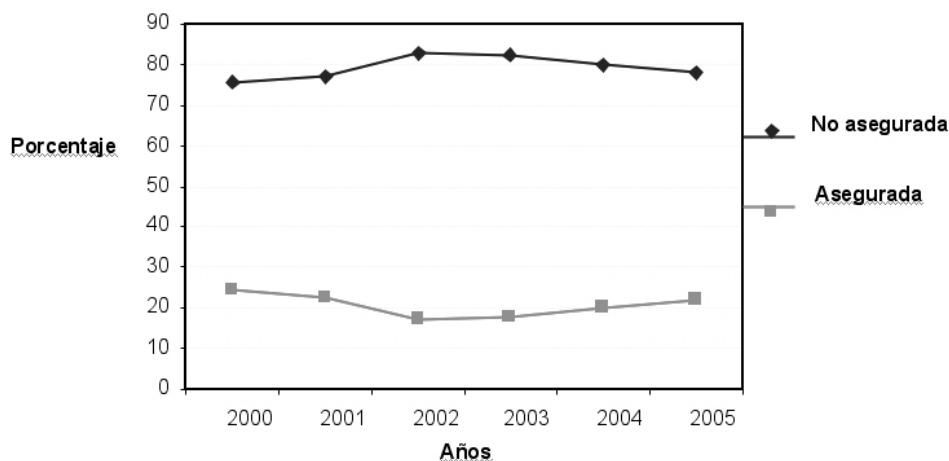
**Cuadro 5.**  
**Defunciones maternas en Chiapas por causa**  
**2004 – 2006**

Causa	2004	2005	2006
	%	%	%
Aborto	9.4	6.1	12.0
Enfermedad hipertensiva del embarazo	14.6	18.2	24.0
Hemorragia del embarazo, parto y puerperio	37.5	32.9	34.0
Otras complicaciones principales del embarazo	13.5	15.8	12.0
Sepsis y otras infecciones puerperales	4.1	8.5	1.0
Otras complicaciones principales del puerperio	6.2	2.4	1.0
Muerte obstétrica de causa no específica	1.0	1.2	2.0
Causas obstétricas indirectas	13.5	14.6	12.0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Elaboración propia. Fuente: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *Salud Materna en México 2007-2012. Avances y Retos*. Secretaría de Salud, presentación en la Reunión de organizaciones becarias en Mortalidad y Morbilidad Materna (MMM), Fundación MacArthur, México, Noviembre 15 y 16 de 2007.

<sup>26</sup> Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2007, Op. Cit.

**Figura 2.**  
**Evolución de la población asegurada y no asegurada a la seguridad social en Chiapas, 2000 a 2005**



Elaboración propia.

Fuente: ISECH, INEGI, CONAPO, en Pablo Salazar Mendiguchía, *5º Informe de Gobierno*, Gobierno del Estado, Chiapas, 2006, Anexo I, p. 119.

A continuación se describe y analiza el contexto de la política de salud que ha enmarcado la lucha contra la muerte materna, en el inicio del presente sexenio de los gobiernos nacional y estatal.

### 3. La política de salud materna en México y Chiapas

Gobernar un Estado implica elegir ciertos valores, criterios, objetivos, rutas estratégicas de acción, actores, procedimientos, tiempo e instrumental.<sup>27</sup> La política de salud materna es un campo de actividad gubernamental, una propuesta de acción específica, cuyo propósito es proteger la salud de las mujeres durante la maternidad; es el comportamiento gubernamental de hecho en la materia, pero también su modelo teórico y normativo. Vale señalar que lo que norma o decide un gobierno como política no siempre corresponde con lo que se hace de hecho. De este modo, la política de salud materna es, por un lado, lo discursivo y, al mismo

<sup>27</sup> Aguilar, Luis, 2000, *La hechura de las políticas*, Colección Antologías de Política Pública, Porrúa, México, p. 15.

tiempo, un curso de acción de doble sentido: es el curso de acción deliberadamente diseñado y el curso de acción efectivamente seguido.<sup>28</sup> En este apartado mencionaremos el marco normativo que establece la política de salud materna en México y en Chiapas. Las consecuencias de dicha política son analizadas en el resto del documento.

El eje tres del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (PND 2007-2012) del gobierno de Felipe Calderón, se refiere a la *Igualdad de Oportunidades*. El tercer apartado del eje aborda el tema de la salud; el sexto objetivo del apartado se propone *reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables*. La primera estrategia propuesta para lograr el objetivo señalado es: *Promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal, así como la prevención contra enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, y otras enfermedades asociadas al rezago social que persiste en la sociedad*.<sup>29</sup> El texto que acompaña esta estrategia reconoce que *la mortalidad materna, así como la morbilidad asociada a sus factores determinantes, constituyen un grave problema de salud pública que revela algunas de las más profundas inequidades en las condiciones de vida*;<sup>30</sup> señala, además, que para atender esta realidad se requiere de *acceso a la atención (médica) rápida y eficaz en caso de urgencia (obstétrica)*, y se reconoce la responsabilidad de los sistemas de salud de proveer atención médica adecuada para evitar la morbi-mortalidad materna y perinatal.<sup>31</sup> Pese al carácter focalizado del objetivo, el reconocimiento de problemas de salud pública prioritarios –como la muerte materna–, las profundas inequidades que implican y la responsabilidad ineludible del sistema de salud para darles respuesta, son un aliciente importante hacia la universalidad de los servicios que respondan a estas necesidades.<sup>32</sup>

Conforme a lo convenido en el PND 2007-2012, el segundo objetivo del Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PNS 2007-2012) también se propone *reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas*.<sup>33</sup> Para lograr lo anterior, una de sus metas es *disminuir*

<sup>28</sup> *Ibíd.*, p. 25.

<sup>29</sup> Presidencia de la República, 2007, *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*, Poder Ejecutivo Federal, Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, México, p. 169.

<sup>30</sup> *Ibíd.*, p. 170.

<sup>31</sup> *Op. Cit.*, p. 170.

<sup>32</sup> Véase, Meneses, Sergio, Graciela Freyermuth y David Meléndez, 2008, *Modificaciones sistémicas para la definición de una política de salud para disminuir la muerte materna*, Secretariado Técnico del Comité por una Maternidad Sin Riesgos, México.

<sup>33</sup> SSA, 2007, *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, Secretaría de Salud, México, p. 83.

a la mitad la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano.<sup>34</sup>

Para dar forma concreta a la política de salud materna, la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, ha mantenido y renovado el *Programa Arranque Parejo en la Vida* (APV). El propósito principal de APV es *ampliar las capacidades y oportunidades de las mujeres para ejercer su derecho a cursar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones, así como para proteger el derecho a la salud del recién nacido*.<sup>35</sup> APV también se propone los objetivos específicos de reducir las brechas en salud materno-infantil que existen entre entidades federativas y al interior de las mismas –entre los municipios con menor índice de desarrollo humano–; además de corregir y optimizar la coordinación del programa, mejorar las actividades de monitoreo y evaluación que permita generar información estratégica, e incrementar la movilización de recursos para fortalecer el programa.

A nivel estatal, el *Plan de Desarrollo Chiapas Solidario 2007-2012* de la administración de Juan Sabines Guerrero, se plantea en salud un objetivo más amplio: garantizar el acceso universal a los servicios de salud. Su objetivo dice a la letra: *Lograr que toda la población chiapaneca tenga acceso a los servicios de salud, estableciendo un sistema de salud universal con criterios de equidad y calidad, creando infraestructura necesaria y garantizando el abasto de medicamentos*.<sup>36</sup> En el Segundo Eje Rector del Plan –*Desarrollo Social y Combate a la Desigualdad*– se plantea la disminución de la muerte materna y la cobertura universal de servicios de salud como una responsabilidad del actual gobierno del estado.<sup>37</sup> Sin embargo, llama la atención el descuido y las imprecisiones que presenta el texto introductorio del Eje, donde se señala: *La salud de las mujeres es crítica, lo cual se evidencia en el incremento en la morbilidad y mortalidad materna por cáncer cérvico uterino*.<sup>38</sup> Con este fragmento se demuestra que se ha confundido el término “muerte materna”. Da la impresión que el autor del texto considera que la muerte materna se refiere al fallecimiento de una madre

<sup>34</sup> SSA, 2007, *Ibid.*, p. 84.

<sup>35</sup> SSA, 2007, *Programa Arranque Parejo en la Vida*, Secretaría de Salud, México. Disponible en <http://www.spps.salud.gob.mx/interior/programas/apv.html>

<sup>36</sup> Gobierno de Chiapas, 2007, *Plan de Desarrollo Chiapas Solidario 2007-2012*. Secretaría de Planeación y Desarrollo Sustentable, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, p. 8.

<sup>37</sup> Gobierno de Chiapas, Op. Cit. p. 15.

<sup>38</sup> Gobierno de Chiapas, Op. Cit. p. 98. El subrayado es mío.

de familia, de modo que el cáncer cérvico uterino bien puede ser una causal de muerte materna, siempre que afecte a una madre. Dicha idea es errónea, pues la mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días después del mismo, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales. El Plan de Desarrollo del Estado es un instrumento programático de la política del estado, de modo que este error resulta inadmisibles y debe corregirse en el documento.

#### 4. Cobertura y gasto del *Seguro Popular* en Chiapas

Históricamente el gasto en salud en México se ha financiado con fuentes privadas, principalmente en forma de gasto de bolsillo.<sup>39</sup> No obstante, el gasto de bolsillo es la forma más ineficiente e injusta de financiar la salud. Es ineficiente porque los costos de la atención se incrementan excesivamente; es injusta porque rompe con la solidaridad financiera en caso de enfermedad, de modo que el más enfermo tiene que pagar más y recibir sólo la atención que pueda costear, no necesariamente la más apropiada.

Precisamente, el Seguro Popular (SP) ha sido una estrategia cuyo propósito es corregir diversos desequilibrios financieros del sistema de salud, entre ellos la injusta preponderancia del gasto de bolsillo. El SP propone brindar “protección financiera” a las familias afiliadas, a partir de un esquema de aseguramiento médico de prepago. Examinaremos cómo se ha desarrollado la cobertura y el gasto del SP, que opera bajo este esquema en Chiapas en los últimos años.

En 2006 el gasto en salud en México ascendió a 6.5% del Producto Interno Bruto (PIB). De éste, el gasto público representó el 46%, y el restante 54% fue gasto privado.<sup>40</sup> En números absolutos, el gasto en salud ha tenido un incremento de 70% entre 2001 y 2006.<sup>41</sup>

Respecto al origen de los recursos públicos que llegan a las entidades federativas para el gasto en salud, la contribución federal al gasto público en salud *para la población sin seguridad social* representa el 85% como promedio nacional, mientras

<sup>39</sup> Knaul F, Arreola-Ornelas H, Méndez O, Martínez A, “Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: impacto del Seguro Popular de Salud en México”, Salud Pública de México, 2005, suplemento 1:S54-S65.

<sup>40</sup> SSA, 2007, *Salud México 2006: información para la rendición de cuentas*, Secretaría de Salud, México, p. 167-168).

<sup>41</sup> *Ibíd.*, p. 170.

que la contribución estatal, en promedio, representa el 15%.<sup>42</sup> En el caso de Chiapas, durante el año 2006, el gasto público en salud correspondió al 4.9% de su PIB y representó casi el 20% del gasto público total del estado.<sup>43</sup> Asimismo, la contribución estatal al gasto público en salud fue de casi el 20% del gasto público total, superando así la media nacional.

El cuadro 6 muestra el incremento sostenido del presupuesto federal transferible al estado de Chiapas en el marco del SP, de 2004 a 2007. En cuatro años el presupuesto tuvo un incremento de nueve veces, pasando de 171 millones de pesos (mdp) en 2004, a casi mil quinientos millones en 2007. De este modo, el subsidio federal promedio por familia afiliada al SP en 2007 fue de 4 mil 378 pesos (o mil 528 pesos por persona).

**Cuadro 6.**  
**Presupuesto transferible al Seguro Popular en Chiapas,**  
**2004 a 2007**

Presupuesto transferible				
	2004	2005	2006	2007
Chiapas	\$171,195,248	\$224,351,899	\$324,230,615	\$1,495,200,000

Fuente: SSA, 2006b y 2006c.

SSA, 2008, *Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2007*, Secretaría de Salud, México, p. 28.

De la mano al incremento del presupuesto federal y estatal en salud, la cobertura del SP también se ha incrementado notablemente en los últimos cuatro años. **En 2004 sólo el 20% de los chiapanecos se encontraban protegidos por la seguridad social. En ese año se puso en marcha el SP y para 2007 rebasó el 50% (un millón 433 mil 721 personas, de 491 mil 456 familias) de cobertura entre la población que no tenía seguro médico (cuadro 7).**<sup>44</sup> Además, el 99.9% de las familias afiliadas hasta 2007 estuvieron exentas de la aportación familiar, toda vez que se ubicaban en los dos primeros deciles de ingresos (cuadro 8). De este modo, **actualmente todos los municipios de Chiapas están incorporados al Seguro Popular.**<sup>45</sup> De las 19 mil 386 localidades del estado, para el año 2006, 4 mil 297 de ellas (22.2% del

<sup>42</sup> *Ibid.*, p.172.

<sup>43</sup> *Ibid.*, p. 168 y 171.

<sup>44</sup> Sabines Guerrero, Juan, 2007, *Primer Informe de Gobierno. De las palabras a los hechos*, Gobierno del estado de Chiapas, México, p. 117.

<sup>45</sup> Sabines Guerrero, Juan, 2007, *Op. Cit.*, p. 47.

total) estaban cubiertas por el SP. Para el año 2007, el Seguro Popular extendió su presencia a 6 mil 116 localidades (31.5%). Con todo, **todavía falta extender los beneficios del SP a 13 mil 279 localidades**,<sup>46</sup> y aunque el incremento de cobertura entre 2006 y 2007 fue de 33.8%, **todavía hay 690 mil 396 familias pendientes de afiliación**, mismas que deberán estar cubiertas para el año 2010.

**Cuadro 7.**  
**Familias y personas afiliadas al Seguro Popular en Chiapas**  
**2004 a 2007**

	Año			
	2004	2005	2006	2007
Familias	60,000	178,397	367,337	491,456
Personas	203,331	555,331	560,647	1,433,721

Fuente: SSA, 2006b, 2006c y 2007;

SSA, 2008, *Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2007*, Secretaría de Salud, México, p. 26 y 33.

**Cuadro 8.**  
**Familias afiliadas al Seguro Popular por decil de ingreso en Chiapas**  
**2004 a 2007**

Decil	2004		2005		2006		2007	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
1	51,360	85.6%	143,878	80.65%	148,052	82.99%	414,041	84.2%
2	8,617	14.36%	34,463	19.32%	30,257	16.9%	77,165	15.7%
3	23	0.038%	41	0.02%	75	0.04%	239	0%
4 al 10	0	0	14	0.01%	12	0.01%	11	0%
<b>Total</b>	<b>60,000</b>	<b>100%</b>	<b>178,397</b>	<b>100%</b>	<b>178,397</b>	<b>100%</b>	<b>491,456</b>	<b>100%</b>

Fuente: SSA, 2006b y 2006c.

SSA, 2008, *Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2007*, Secretaría de Salud, México, p. 44.

Además, en el año 2007, 44 mil 726 recién nacidos chiapanecos fueron afiliados al Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG). Sin embargo, 33% de ellos (14 mil 760 niños) nacieron en familias que ya contaban con Seguro Popular y el restante 67% (29 mil 966 niños) correspondían a familias nuevas o sin SP.<sup>47</sup> Este dato da pie a preguntarnos sobre el sentido de afiliar al SMNG a los recién nacidos que provienen de familias ya afiliadas al SP. Esta práctica parece apuntar más hacia

<sup>46</sup> Sabines Guerrero, Juan, 2007, *Ibid.*, p. 48.

<sup>47</sup> *Ibid.*, p. 58.



el dividendo político de la afiliación de niños al SMNG, que como meta en salud por sí misma. La sola medición de la cobertura de un programa, no deja de ser un objetivo intermedio, que poco o nada muestra sobre los resultados o efectividad del mismo.

Por otro lado, la afiliación al SP ha ido de la mano de la cobertura del programa *Oportunidades*. El 48.6% de los afiliados al SP en Chiapas son, al mismo tiempo, beneficiarios de *Oportunidades* (cuadro 9). Esta referencia nos lleva a reflexionar sobre la duplicidad de intervenciones y presupuestos –y no necesariamente su complementariedad- toda vez que con ambos programas se pretende extender la cobertura en salud. No obstante, todavía existe un amplio sector de la población del estado –principalmente población indígena, que habita en localidades rurales y dispersas en condiciones de pobreza extrema- quienes carecen de cualquier cobijo institucional en salud (véase cuadro 11). Un dato que llama la atención es que el 83% de las familias beneficiarias del SP son encabezadas por madres de familia (cuadro 10).

**Cuadro 9.**  
**Familias beneficiarias de Oportunidades afiliadas al**  
**Seguro Popular en Chiapas,**  
**2004 a 2007**

	2004	2005	2006	2007
Chiapas	32,886	91,063	99,826	206,726

Fuente: SSA, 2006b y 2006c.

SSA, 2008, *Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2007*, Secretaría de Salud, México.

**Cuadro 10.**  
**Familias encabezadas por mujeres afiliadas al Seguro Popular en Chiapas**  
**2004 a 2007**

	2004	2005	2006	2007
Chiapas	43,404	151,494	306,019	406,490

Fuente: SSA, 2006b y 2006c.

SSA, 2008, *Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2007*, Secretaría de Salud, México, p. 26 y 33.

Al tiempo que la cobertura del SP en Chiapas ha dando preferencia a la población más pobre y que habita en regiones de alta o muy alta marginación (75.3% de los afiliados en 2007 vivían en estas regiones, véase cuadro 11), el porcentaje de participación de la población indígena chiapaneca –la más postergada, marginada

y excluida en el estado- es relativamente bajo; apenas dos de cada diez familias afiliadas al SP son indígenas y sólo tres de cada diez se ubican en zonas rurales (cuadro 11). Lo anterior puede explicarse -si bien no justificarse- por la dispersión poblacional y la histórica falta de infraestructura mínima para brindar los servicios de salud en las localidades indígenas del estado. El señalamiento es importante toda vez que en el 8° artículo transitorio de la reforma a la Ley General de Salud se señala que “la cobertura de los servicios de protección social en salud iniciará dando preferencia a la población de los dos primeros deciles de ingreso en las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas”,<sup>48</sup> pero esta no ha sido la experiencia en el estado de Chiapas. Sin duda, deben diseñarse estrategias sólidas para garantizar la ampliación de la cobertura en salud y la afiliación al SP en aquellas localidades dispersas, donde el acceso a servicios básicos ha sido postergado.

### Cuadro 11.

**Familias afiliadas al Seguro Popular que pertenecen a localidades de 40% o más hablantes de lengua indígena, regiones de alta o muy alta marginación, y localidades rurales, Chiapas**  
2005 y 2007

Número de familias	2005		2006		2007	
	Familias totales	Porcentaje de participación	Familias totales	Porcentaje de participación	Familias totales	Porcentaje de participación
En localidades de 40% o más de hablantes de lengua indígena	2,034	1.1%	80,394	21.9%	108,878	22.2%
En regiones de alta o muy alta marginación	119,653	67.1%	281,841	76.7%	370,196	75.3%
En localidades rurales	42,601	23.9%	103,044	28.1%	160,674	32.7%

Fuente: SSA, 2006b y 2006c.

SSA, 2008, *Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2007*, Secretaría de Salud, México, p. 39-42.

El Instituto de Salud del Estado de Chiapas actualmente dispone de una infraestructura de 304 unidades de atención primaria, 39 unidades de atención especializada y dos hospitales de alta especialidad;<sup>49</sup> sin embargo, sólo 41 centros de salud, 8 hospitales y una unidad de alta especialidad han sido incorporadas al

<sup>48</sup> DOF, Título Tercero Bis, “De La Protección Social en Salud”, Reforma y adición a la Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación, México, mayo 15 de 2003.

<sup>49</sup> Sabines Guerrero, Juan, 2007, Op. Cit., p. 114.

Seguro Popular, de modo que la capacidad instalada con la que actualmente opera el programa es mínima (cuadro 12).

**Cuadro 12.**  
**Número de unidades de salud incorporadas al Seguro Popular, Chiapas**  
**2004 al 2007**

	2004	2005	2006	2007
Centros de salud	25	31	39	41
Hospitales Generales	2	6	6	8
Unidades de Alta Especialidad	0	1	1	1
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>38</b>	<b>46</b>	<b>50</b>

Fuente: SSA, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Reporte No. 6. Indicadores de Resultados. Segundo Semestre, 2005. México, 2006.

SSA, 2008, *Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2007*, Secretaría de Salud, México, p. 44.

Pese a que el SP opera con una infraestructura limitada y más allá de la cobertura como meta en sí misma, debemos preguntarnos sobre la productividad y la utilización de servicios. Como se muestra en el cuadro 13, es notable el incremento en el número de consultas otorgadas por el SP; entre 2004 y septiembre de 2007 el incremento en la productividad fue mayor al 400%. Este dato no refleja la calidad brindada durante la atención, para ello se requeriría un estudio particular que rebasa los alcances del presente documento. No obstante, llama la atención que la atención de urgencias ha disminuido sostenidamente desde 2004. El dato es relevante toda vez que las complicaciones obstétricas que ponen en peligro la vida de la madre aparecen como urgencia y como tales deben ser atendidas en las unidades de salud. Sin embargo, con la información disponible no podemos conocer qué proporción de estas consultas de urgencia otorgadas en el marco del SP son debidas a eventos obstétricos. Del mismo modo, los egresos hospitalarios han aumentado en forma considerable, aunque tampoco sabemos cuántos de éstos corresponden a eventos obstétricos (cuadro 14). Lo que sí sabemos es que hasta septiembre de 2007 el SP había atendido 2 mil 581 partos en Chiapas, incrementando en más de 600% su productividad en este rubro en comparación con el año 2004 (cuadro 15).

**Cuadro 13.**  
**Número de consultas otorgadas por el Seguro Popular, Chiapas**  
**2004, 2005 y 2007**

	2004	2005	2007*
Consulta externa en unidades de salud	110,165	165,767	564,199
Consulta externa en hospitales	6,850	14,519	39,734
Consultas de urgencia	16,758	7,329	2,456
Total	133,773	187,615	606,389

Fuente: SSA, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Reporte No. 6. Indicadores de Resultados. Segundo Semestre, 2005. México, 2006.

\* Cifras actualizadas hasta el 30 de septiembre de 2007, SSA, 2008, *Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2007*, Secretaría de Salud, México, p. 97.

**Cuadro 14.**  
**Egresos hospitalarios en el marco del Seguro Popular, Chiapas**  
**2004, 2005 y 2007**

	2004	2005	2007*
Hombres	143	644	1,029
Mujeres	726	2,983	4,514
Total	869	3,628	5,543

Fuente: SSA, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Reporte No. 6. Indicadores de Resultados. Segundo Semestre, 2005. México, 2006.

\* Cifras actualizadas hasta el 19 de diciembre de 2007. SSA, 2008, *Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2007*, Secretaría de Salud, México, p. 98.

**Cuadro 15.**  
**Número de partos atendidos en el marco del Seguro Popular, Chiapas**  
**2004, 2005 y 2007**

	2004	2005	2007*
Partos atendidos	418	916	2,581

Fuente: SSA, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Reporte No. 6. Indicadores de Resultados. Segundo Semestre, 2005. México, 2006.

\* Cifras acumuladas hasta el 30 de septiembre de 2007. SSA, 2008, *Sistema de Protección Social en Salud, Informe de Resultados 2007*, Secretaría de Salud, México, Cuadro 6.3.

## 5. Breves estudios de caso

A continuación se presentan y analizan cuatro casos que ejemplifican el funcionamiento del Seguro Popular en Los Altos de Chiapas. Tres de estos casos

corresponden a familias que cuentan con Seguro Popular; uno de ellos se refiere a una familia que carece del mismo. Tres de los casos tiene que ver con la atención materna; uno más se refiere a la atención infantil, pero ilustra otras problemáticas relacionadas al funcionamiento SP en Los Altos de Chiapas.

La presentación de cada caso se organiza de la siguiente manera: primero se exponen algunos antecedentes familiares, seguida de una descripción del proceso de afiliación al SP y la utilización de los servicios que ofrece; al final de cada caso se presentan algunas observaciones y reflexiones referidas al mismo.

### ***Cecilia. El Seguro Médico por una Nueva Generación y nuevas formas de exclusión***

Cecilia es una mujer mestiza de San Cristóbal de Las Casas. A sus 25 años es madre de cuatro niños: Jesús de siete años, Juan de cuatro, Lupita de tres y Cristóbal de ocho meses. Viven en la casa de su suegra, doña Male, en el popular barrio de El Cerrillo. Cecilia, su marido Nacho y sus hijos ocupan uno de los cuartos de la casa; los hermanos de Nacho y sus respectivas esposas e hijos también viven en casa de doña Male. En total 21 personas comparten el mismo techo, la misma cocina y el mismo baño. Los hombres de la casa tienen un trabajo remunerado, son el sostén económico de sus respectivas familias. Las mujeres se ocupan en las faenas domésticas. Nacho gana 500 pesos semanales trabajando como ayudante de un hojalatero. La familia de Cecilia no se encuentra inscrita al programa *Oportunidades*.

### ***Sobre el proceso de afiliación al SPS***

Debido a que sus hijos se enfermaban con demasiada frecuencia, una vecina le recomendó a Cecilia que se inscribiera al Seguro Popular, “para que no tengas que gastar en las consultas y en medicinas”, le dijo. Siguiendo el consejo de su vecina, Cecilia acudió en varias ocasiones a la unidad de salud y al hospital para solicitar su inscripción al Seguro Popular, pero cada vez recibía la misma respuesta: que por el momento no había afiliaciones.

A mediados de 2006 Cecilia supo que se encontraba nuevamente embarazada y se preocupó por los gastos que eso representaría. Ahora fue su suegra quien le propuso se inscribiera al Seguro Popular, “ya vez que lo anuncian en la tele”, le dijo. Y acudió otra vez a la unidad de salud y al hospital, sólo para recibir la misma respuesta: por el momento no era posible afiliarse, sin más explicaciones.

En mayo de 2007 llegó el momento del parto y Cecilia acudió al hospital regional. Sin contrariedad alguna parió a Cristóbal, “que trae torta bajo el brazo”, le dijo la

trabajadora social cuando Cecilia se recuperaba del parto, “usted no pagará nada por el parto, de ahora en adelante su hijito y usted tendrán Seguro Popular”. El único requisito era la copia de la credencial de elector y la constancia del nacimiento de Cristóbal que expedía el mismo hospital. Cecilia se alegró por la noticia y quiso saber cómo podría afiliarse al resto de su familia; pero no se podía, el seguro era sólo para los niños nacidos después del primero de diciembre de 2006 y sus madres. Los demás miembros de la familia debían esperar.

### ***Utilización de servicios***

Desde entonces Cecilia ha utilizado el Seguro Popular en dos ocasiones más, ambas por enfermedad de Cristóbal. La primera fue en septiembre de 2007, cuando su pequeño hijo “tenía cólico, se retorció mucho y lloraba”, señala y después agrega, “el médico le levantó su camiseta, le tocó la pancita y ya. No lo revisó bien, no le dio nada, no anotó nada. Me dijo: ‘dale a tu hijo té de manzanilla y se le quita’. Eso fue todo, pero como seguía con cólico lo llevamos a la *Farmacia de Similares*. Ahí sí lo revisaron y el médico le recetó *Espaven* en gotitas y se curó”. Para cubrir los gastos de consulta y medicamentos en las *Farmacias Similares*, Nacho, el esposo de Cecilia, tuvo que pedir 300 pesos prestados a uno de sus hermanos.

La segunda ocasión en que utilizaron al Seguro Popular fue en diciembre de 2007, cuando “el bebé tenía anginas, tos y mucha calentura, pero me dijeron que el médico no estaba, que andaba en campo, y no atendieron a mi hijo. Nada más fui a gastar mi pasaje, porque tuve que tomar combi”, señala. Nuevamente, Cecilia acudió a una de las *Farmacias Similares* donde Cristóbal recibió atención. En aquella ocasión el gasto ascendió a 180 pesos en medicinas, que cubrieron con sus propios recursos.

Cecilia comenta: “hasta ahora no veo para que me sirve el Seguro Popular, porque mis otros hijos igual se enferman y tenemos que llevarlos a *Similares*. Además, para qué voy hasta la clínica si no hay médico, y ahora dicen que no hay ni medicinas”.

### **Consideraciones del caso**

El caso de Cecilia expone las dificultades administrativas por las que atraviesan algunas familias para afiliarse al Seguro Popular en Los Altos de Chiapas. Aun en la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, donde se ubican dos unidades de primer nivel y un hospital regional, la inscripción al SP tiene tiempos restringidos y no es posible afiliarse en el momento que la persona o la familia así lo decida o cuando se presenta una necesidad de atención (por ejemplo, durante el embarazo).

Debido a que sus hijos se enferman frecuentemente y la atención médica resulta costosa para los bajos ingresos familiares, Cecilia notó la conveniencia de afiliarse a su familia al SP. Acudió en repetidas ocasiones al centro de salud para tratar de inscribirse, pero siempre encontró la misma respuesta: por el momento no se realizaban afiliaciones. Fue hasta que nació el último de sus hijos cuando, después del parto, ella y el menor fueron afiliados al SP a través del Seguro Médico para una Nueva Generación. No obstante, pese al interés de Cecilia por inscribir al resto de su familia al SP, se le informó que eso no era posible, toda vez que en el marco del SMNG, por el momento sólo se está afiliando a los recién nacidos y sus madres. Esta política, por supuesto, es discriminatoria, toda vez que excluye a un segmento de la población de la posibilidad de contar con los beneficios de un seguro médico y del acceso efectivo a los servicios públicos de salud.

Por otro lado, Cecilia señala que a pesar de que su pequeño hijo cuenta con el SMNG de poco le ha servido. En las dos ocasiones que ha requerido de atención médica ha acudido, primero, a los servicios públicos de salud donde, a pesar de todo, no ha encontrado la atención apropiada. De este modo, ha tenido que recurrir a la atención médica privada, incurriendo en gastos de bolsillo gravosos para la endeble economía de su familia. Es elocuente el corolario con que Cecilia finaliza su narración: “hasta ahora no veo para qué me sirve el Seguro Popular, porque mis otros hijos igual se enferman y tenemos que llevarlos a *Similares*. Además, para qué voy hasta la clínica si no hay médico, y ahora dicen que no hay ni medicinas”.

### **Margarita. De la seguridad social tradicional a la nueva protección social**

Margarita es una mujer indígena hablante de chol originaria del municipio de Tumbalá, Chiapas. Siendo joven aprendió a hablar también el español, cuando emigró a San Cristóbal de Las Casas en busca de trabajo. Lo que no ha aprendido Margarita es a leer y escribir.

Actualmente tiene 38 años de edad, vive en unión libre y tiene dos hijas: Joana, de cinco años, y la pequeña Rosita, de 18 meses. Su esposo, Faustino, se encuentra desempleado desde hace varios meses, pero ella trabaja en el servicio de limpieza municipal donde percibe 400 pesos semanales de salario (mil 600 pesos al mes). No obstante ser empleada del gobierno municipal, su situación laboral es informal y no cuenta con ninguna prestación que la ley conviene para los trabajadores asalariados o al servicio del Estado. Su circunstancia no es excepcional, pues el resto de sus compañeras y compañeros de trabajo la comparten: el gobierno municipal de San Cristóbal de Las Casas les ofrece contratos cortos y temporales para evadir así

la formalidad laboral que pauta la ley. De este modo, Margarita no cuenta con el seguro médico que brinda el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Chiapas (ISSSTECH) ni con otras prestaciones laborales. En lugar de la seguridad social tradicional, Margarita cuenta con la nueva protección social representada por el Seguro Popular. Vale señalar que Margarita y su familia tampoco cuentan con los apoyos que ofrece el programa *Oportunidades* para las familias de escasos recursos.

### **Sobre el proceso de afiliación al SPS**

Mientras barría con su escoba la acera que se extiende a un costado de la fachada del hospital regional de la ciudad, Margarita recibió la invitación de una enfermera del módulo de afiliación para inscribirse al Seguro Popular. Era el año 2006. La enfermera le explicó que con dicho seguro le brindarían atención médica gratuita cuando ella o su hija lo requirieran. Además le atenderían su embarazo y el parto (entonces Margarita se encontraba embarazada de Rosita). Margarita aceptó la invitación y decidió afiliarse al día siguiente. El proceso fue sencillo y eficiente: una copia de la credencial de elector, de las actas de nacimiento suya y de su primer hija, y le entregaron una hoja que consigna la afiliación de su familia al seguro. Fue todo. En el año 2007 se reinscribió de nueva cuenta con celeridad y sin contratiempo alguno. Otra vez le entregaron una constancia escrita de afiliación. En ninguna ocasión ha pagado cuota alguna para adherirse al Seguro Popular.

### **Utilización de servicios**

Recién afiliada, Margarita acudió a sus citas de control prenatal en la unidad de salud. Llegado el momento del parto fue atendida en el hospital regional sin dificultad alguna. No tuvo que realizar ningún gasto médico entonces –ni en consultas, estudios o medicamentos–, pues estaban cubiertos por el Seguro Popular. Actualmente Margarita utiliza poco los servicios de salud, “nada más voy cuando se enferman mis hijas”, dice, “si yo me enfermo prefiero ir a las farmacias de *Similares*, porque me atienden más rápido y no es muy caro”. Sin embargo, reconoce que desde que se encuentra afiliada al Seguro Popular “me han atendido bien, me dan la consulta y las medicinas para mis hijas, aunque no lo usamos tanto”.

### **Consideraciones del caso**

Vale señalar el vínculo correcto y eficiente que existe en este caso, entre el Seguro Popular y la atención durante la maternidad, además de las facilidades dadas



para la afiliación. Sin embargo, un aspecto que requiere análisis detenido es la decadencia de las condiciones laborales y el desplazamiento de la *seguridad social tradicional* por un *nuevo esquema de protección social* acotada, individualizada y focalizada, representado por el SP. Esto sucede en el marco de un recorte de las responsabilidades sociales del Estado para con sus ciudadanos –y aun para los propios trabajadores al servicio del Estado- y se reestructura para “proteger” de manera acotada a ciertos conjuntos sociales considerados pobres. Esta reorganización del Estado encierra hondas contradicciones; a la vez que persigue el desarrollo económico y humano, él mismo genera los principales obstáculos para dicho desarrollo: decadentes condiciones laborales y empobrecimiento de la seguridad social tradicional, lo que da lugar a mayor desigualdad social y económica, exclusión y pobreza.

### **Sebastiana. *Que no tiene un buen trabajo***

Sebastiana es originaria del municipio indígena San Juan Cancuc, Chiapas. Su lengua materna es el tseltal, aunque también habla español. Desde hace cuatro años vive en San Cristóbal de Las Casas, donde labora como trabajadora doméstica y lavando ropa ajena. Vive en unión libre con un joven indígena que estudia en la Universidad Autónoma del Estado de Chiapas (UNACH). Debido a que su pareja estudia, Sebastiana es el sostén económico de la familia; sus ingresos alcanzan los 200 pesos semanales cuando no le falta trabajo. La pareja tiene dos hijas: Marcela, de 2 años 4 meses, y Juanita, de 11 meses de edad. La familia habita en un pequeño cuarto de alquiler a las afueras de la ciudad. No se encuentran inscritos al programa *Oportunidades*, ni al Seguro Popular de Salud.

### **Utilización de servicios**

Durante el segundo semestre de 2006 Sebastiana se supo embarazada, sin embargo, en ninguna ocasión acudió a consultas de control prenatal, “porque mi esposo y yo pensamos que me atendería la partera”, señala. En febrero de 2007 nació Juanita, su hija menor. Sebastiana no fue atendida por la partera, como habían planeado, sino en el Hospital Regional. Acudió al nosocomio de manera fortuita, pues cuando llegó el momento del parto no localizaron a la partera y las contracciones eran muy fuertes y dolorosas. En el hospital la atendieron sin contratiempo alguno. Cuando la dieron de alta le cobraron 260 pesos por la atención del parto. El médico que la atendió le recomendó que visitara la unidad de salud para que la orientaran sobre métodos de planificación familiar, pero Sebastiana no acudió. Posteriormente, una

de sus patronas le aconsejó que acudiera a Mary Stopes<sup>50</sup> para que le pusieran inyecciones anticonceptivas. Desde entonces, cada tres meses acude a dicho servicio para que le pongan “la inyección”, misma que le cuesta 40 pesos.

Durante su estancia en el hospital, en ningún momento le comentaron nada respecto al Seguro Popular ni al Seguro Médico para Una Nueva Generación. Sebastiana opina que “el seguro social o cualquier seguro de salud es para quien tiene un buen trabajo, no como yo. Pero si lo tuviera sí acudiría por mí y por mis hijas, porque sí me atendieron bien y sería mejor si no me cobran”.

### Consideraciones del caso

Del caso de Sebastiana llama la atención que no se le haya ofrecido la afiliación al SMNG como señala la actual política de salud, toda vez que tuvo un hijo después del 1º de diciembre de 2006 dentro de las instalaciones de un nosocomio público. Más aún, no sólo no fue informada sobre la posibilidad de inscribirse al SMNG sino que la atención de su parto no fue gratuita; tuvo que pagar 260 pesos de su bolsillo después del parto, lo que representa una cantidad mayor que lo que percibe por una semana de trabajo. Sebastiana considera que los beneficios de un seguro médico, si bien deseables, no son accesibles para ella, sino “para quien tiene un buen trabajo”.

*Con la ampliación de la cobertura del seguro popular se asegura mayor calidad en la atención y garantiza la adquisición gratuita de medicamentos*

Lic. Juan Sabines Guerrero,  
Gobernador del estado de Chiapas  
Primer Informe de Gobierno, p. 105

### **Martha, “el Seguro Popular sí sirve para atender consultas sencillas”**

Martha es originaria de la Colonia el Paraíso, del municipio de Sabanilla. Como muchas otras mujeres de la región norte de Chiapas, hace más de una década migró a la ciudad de San Cristóbal de Las Casas buscando mejores oportunidades de trabajo. Entonces se encontraba en la década de sus veinte años y no tenía hijos. Ahora, aunque las ásperas facciones de su rostro le hacen aparentar mayor edad, tiene 41 años y es madre de dos pequeños de 5 años: Rafael y Flor, son gemelos. Ambos muestran trazas de la desnutrición que han resistido desde el vientre

---

<sup>50</sup> Mary Stopes es una organización no gubernamental médica, que realiza actividades asistenciales en salud sexual y reproductiva. Cuenta con un consultorio en San Cristóbal de Las Casas.

materno: baja talla, apariencia emaciada, manchas hipocrómicas en las mejillas, cabello despigmentado, cierta apatía. Flor, además, nació con Síndrome de Down. Su padre los abandonó sin dar oídos a su primer llanto.

Solos, Martha y sus dos hijos habitan en un pequeño cuarto en la Colonia Revolución, cerca del mercado municipal José Castillo Tielemans. El alquiler del lugar tiene un costo de cuatrocientos pesos mensuales, no obstante los ingresos familiares apenas rayan los seiscientos o seiscientos cuarenta pesos al mes; a veces menos.

Martha se emplea como trabajadora doméstica con diversas familias mestizas de la ciudad, además de lavar ropa ajena por las tardes, con lo que “saco ciento cincuenta o ciento sesenta a la semana, cuando me va bien... o cien, si me va mal”, así dice. Por supuesto, su condición laboral es informal y no cuenta con prestación alguna. Tampoco cuenta con los beneficios del *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*, la estrategia principal del gobierno mexicano desde hace tres sexenios para el combate a la pobreza: “no sé cómo se puede entrar en ese programa”, dice Martha. Sin embargo, desde los primeros meses de 2006 ella y sus dos hijos se encuentran afiliados al Seguro Popular de Salud.

### **Sobre el proceso de afiliación al Seguro Popular**

Martha señala que por iniciativa propia fue a preguntar al hospital regional cómo afiliarse al Seguro Popular, “nadie me lo dijo, yo sola llegué a preguntar”, dice. El motivo: sus hijos enferman con frecuencia de “tos”, “calentura”, “del estómago”, y constantemente los lleva a consulta médica, sea en la Clínica del Instituto de Salud o en las farmacias del *Doctor Simi*, donde “cobran un poco menos la consulta”.

Según Martha el proceso de afiliación resultó sencillo: le pidieron copia de su credencial de elector, del acta de nacimiento de sus hijos, comprobante de domicilio “y ya”, indica, “no me cobraron nada; hasta ahorita no me han cobrado nada”. Le dieron su credencial días más tarde, “es rápido”, dice.

Le explicaron que el Seguro Popular es un seguro médico gratuito para aquellas personas que no se encuentran afiliadas a la seguridad social: “me dijeron que es para quienes no tienen IMSS y que no iba a pagar nada”, y agrega, “me dijeron que me iban a dar consulta gratis y medicinas gratis para mis hijos y para mí”. Martha se ha reafiliado al Seguro Popular en dos ocasiones.

### **Utilización de los servicios del Seguro Popular**

Dos o tres veces cada mes Martha acude a la unidad de salud, “es que se me enferman mis hijos de tos, calentura y el estómago”, dice, “paso a consulta, me dan

medicinas y ya". Con todo, la falta de medicamentos es un problema constante que, sin embargo, se ha agudizado en los últimos meses, "por ejemplo, este año (2008) no tienen nada de medicinas", dice Martha, "la farmacia de la clínica está cerrada y hay que comprar los medicamentos en otra farmacia".

Para Martha y sus hijos, el Seguro Popular no ha brindado la protección financiera que explícitamente pretende, ni ha garantizado el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. Martha relata que el año pasado (2007), un médico de la unidad de salud de Los Pinos, en San Cristóbal de Las Casas le detectó a su hija un problema cardíaco (Martha menciona que su hija "se sofoca mucho, respira rápido y le late fuerte su corazón"). La refirieron entonces al hospital regional de Tuxtla Gutiérrez, para que fuera valorada por el pediatra. Tres ocasiones acudió Martha a dicho nosocomio sin ser atendida, "me decían que no estaba el pediatra, que regresara otro día", menciona. El pasaje redondo de San Cristóbal de Las Casas a Tuxtla Gutiérrez tiene un costo de setenta pesos; Martha tuvo que pagar el pasaje de ella y su hija en tres ocasiones en un periodo de dos semanas, lo que significa un gasto de 420 pesos sin contar pasajes locales ni alimentos en Tuxtla Gutiérrez. Dicho gasto representa entre el 65 y 70 por ciento del ingreso familiar mensual total (sin descontar el gasto en alimentos y alojamiento). Sin embargo, dicho dispendio fue inútil, pues de cualquier modo Flor no fue atendida por el pediatra: "nos trataron bien", dice Martha, "aunque no me atendieron nunca. Tenía miedo de que se muriera mi hija". De este modo, ni se brindó protección financiera ni se garantizó el acceso efectivo a la atención médica.

Después de las reiteradas visitas sin éxito al hospital regional de Tuxtla, Martha llevó a su hija a la Clínica de Campo del Instituto Mexicano del Seguro Social que brinda atención gratuita a *población abierta* (se encuentren o no afiliadas al Seguro Popular) en San Cristóbal de Las Casas. "Ahí sí nos atendió el pediatra Góngora, que es muy bueno", dice Martha, "y no nos cobraron nada". El pediatra, no obstante, dispuso se practicara a Flor estudios de gabinete: un electro y un ecocardiograma. "Tuve que ir otra vez a Tuxtla a hacerle los estudios a mi hija", dice Martha, "yo los pagué; conseguí dinero con mi patrona, ella me prestó".

Martha concluye: "el Seguro Popular sí sirve para atender consultas sencillas, pero los médicos del seguro no saben atender problemas más graves, como los del corazón; para eso se necesitan pediatras". Además, "no tienen medicinas. Este año (2008) ya fui tres veces a consulta porque mi hijo tenía gripa y tos, pero no tienen medicinas; dicen que la farmacia está cerrada".

## 6. Conclusiones

Los Altos de Chiapas, inmersa en una configuración multiétnica con profundas desigualdades sociales y económicas, es una de las regiones más complejas del país respecto al desafío que representa superar graves rezagos de salud. Las mujeres indígenas de la región han padecido múltiples inequidades que, en el campo de la salud, se han traducido en la exclusión de sistemas de protección social, barreras para el acceso a los servicios y una elevada incidencia de muerte materna.

En el presente documento hemos examinado los alcances y limitaciones del Seguro Popular de Salud respecto a la garantía de la accesibilidad a la atención médica con protección financiera, particularmente a la atención obstétrica oportuna y de calidad para las mujeres afiliadas a dicho seguro médico en Los Altos de Chiapas. Si bien los estudios de caso que se han comentado permiten percatarnos de algunos éxitos del SP, también nos dejan ver algunas dificultades operativas –como las complicaciones que algunas familias experimentan para lograr su afiliación– y nuevos problemas –como las prácticas de exclusión que genera el SMNG–.

La muerte materna sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública en Chiapas. El SP ha pretendido garantizar el acceso efectivo a la salud materna para todas las mujeres chiapanecas. A cuatro años de operación el SP ha ampliado su cobertura a casi 500 mil familias, dando preferencia a la población más pobre y que habita en regiones de alta o muy alta marginación, si bien el porcentaje de participación de la población indígena chiapaneca es relativamente bajo. Persiste el reto mayúsculo de extender los beneficios del SP a las personas que habitan en las localidades más remotas y dispersas.

Por otro lado, la productividad de servicios obstétricos en el marco del *Seguro Popular* ha aumentado notablemente, pasando de la atención de 916 partos en 2005, a 2 mil 581 en 2007. El dato de productividad por sí solo no nos ayuda a describir y analizar la cobertura efectiva del Seguro Popular respecto a la atención materna. Por otro lado, se debe señalar que aun persiste el desafío de incorporar a la inmensa mayoría de las unidades de salud al SP.

Si bien es evidente que disminuir las inequidades sociales es parte sustantiva de la agenda política nacional e internacional, aún hay pendientes importantes. Basados

en la noción de derecho, el marco normativo internacional reconoce la obligación de los Estados de garantizar la *igualdad de hombres y mujeres para el goce de todos sus derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos*. Así, el Estado es responsable de adoptar medidas progresivas que aseguren el pleno ejercicio de estos derechos por parte de todos los ciudadanos. Son necesarios cambios sistémicos en la definición de una política de salud dirigida a disminuir la MM en el país. En este nivel –el sistémico– se deben redefinir, por un lado, los criterios de acceso a la atención materna y, por otro, la obligación del Estado al respecto. El artículo 4º de la Constitución mexicana establece que *toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud*. A su vez, la Ley General de Salud (LGS) implanta dos criterios de acceso a los servicios:

- a) ser derechohabiente de alguna institución de seguridad social o del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), o
- b) pertenecer a la población general, no derechohabiente de dichos servicios. La atención materno-infantil es motivo de salubridad general (artículo 3º de la LGS) y se incluye en el paquete de servicios básicos de salud (artículo 27 de la LGS) dirigidos a 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).

No obstante, 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 o al SPSS o a cualquier otro criterio de exclusión. De este modo, y toda vez que los servicios de salud materna son costo-efectivos y generan grandes externalidades positivas para la equidad de género y la justicia social, serían adecuados dos cambios estructurales en el nivel sistémico de las políticas:

- a) Se deben redefinir los criterios de acceso a los servicios de atención materna basados en un enfoque de derecho, bajo los principios de universalidad y gratuidad no condicionada a la capacidad de pago ni al estado de derechohabiencia, a un esquema de seguridad o protección social (como el SP).
- 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 diferentes niveles de gobierno (federal, estatal y municipal).

En el nivel programático deben definirse las intervenciones costo-efectivas para incluirse dentro de los servicios de atención materna universales y gratuitos. Dichas intervenciones deben contener, por lo menos, los servicios de planificación familiar y anticoncepción, atención calificada del parto, y atención obstétrica de emergencia. Vale señalar que dichas intervenciones ya se incluyen en el paquete esencial de servicios del Seguro Popular, pero aun no queda clara la responsabilidad del Estado, ni la concurrencia de los diferentes niveles de gobierno e instituciones para garantizar el acceso, financiamiento y prestación de los mismos.<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> Meneses, Sergio, Graciela Freyermuth y David Meléndez, 2008, *Modificaciones sistémicas para la definición de una política de salud para disminuir la muerte materna*, Secretariado Técnico del Comité por una Maternidad Sin Riesgos, México.





# La salud materna y el Seguro Popular en regiones indígenas de Oaxaca: ¿Cuánto más hay que esperar?

Martha A. Castañeda Pérez  
Centro para los Derechos de la Mujer Nääxwiin, A.C.

## Presentación

El Gobierno Mexicano tiene el compromiso de reducir el número de defunciones maternas en el país, y alcanzar una razón de mortalidad materna de 22.3 para el año de 2015. La mortalidad materna ha disminuido lentamente en los últimos años: en 2002 éste indicador era de 60.0 y en 2007 fue de 55.6. Sin embargo, los promedios nacionales no reflejan las realidades estatales. En Oaxaca por ejemplo, la razón de mortalidad materna en 2007 fue cerca del doble del promedio nacional (102.3) y se concentra en comunidades indígenas.

Son cuatro los problemas que impiden la reducción de la mortalidad materna al ritmo deseado en Oaxaca:

1. Deficiencias médicas de los prestadores de servicios.
2. Trato a las usuarias sin respeto a su dignidad.
3. Insuficiente cobertura de los servicios para atender urgencias obstétricas.
4. Falta de mecanismos que aseguren los recursos en donde hacen falta.

En el presente documento se examinan estos cuatro problemas; se destaca su impacto sobre la población indígena en particular y se muestran algunos problemas que han impedido al IMSS-Oportunidades brindar los servicios del Seguro Popular, conforme al convenio firmado con esta institución en 2007. Posteriormente, se presenta una sucinta revisión de las políticas del ejecutivo federal para atender la salud materna y disminuir su mortalidad. Por último se exponen los datos duros de la mortalidad materna en Oaxaca, como resultado de las acciones emprendidas. Al final se presentan algunas conclusiones.



## 1. Deficiencias médicas

El monitoreo de las muertes maternas realizado por la Secretaría de Salud a nivel nacional<sup>1</sup> ha dado evidencia de que alrededor del 80 por ciento de las defunciones maternas se debieron a una mala calidad de la atención; en 2008 esta cifra asciende a 84 por ciento.<sup>2</sup> El 63 por ciento de estas muertes está directamente asociado a deficiencias médicas de los prestadores de servicios, tales como: errores en los diagnósticos durante la consulta prenatal y la atención del parto; inadecuado manejo de urgencias obstétricas; equivocaciones en la solicitud e interpretación de estudios de laboratorio; deficiencias en la técnica quirúrgica; atención ineficiente durante el puerperio inmediato, mediato y tardío.<sup>3</sup> En el estado de Oaxaca el 67 por ciento de las muertes maternas analizadas se debieron a dicha incompetencia médica.<sup>4</sup>

La efectividad de la práctica médica comenzó a llamar la atención de los planificadores de la atención a la salud, hace poco tiempo. Apenas en el año 1996 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció que “la mayoría de los modelos de atención prenatal en el mundo, no han sido sometidos a una evaluación científica rigurosa para determinar su efectividad”,<sup>5</sup> y en 2003 publicó el *Nuevo modelo de control prenatal*, basado en la revisión sistemática de la evidencia científica disponible. Con respecto a la atención del parto, actualmente se siguen procedimientos cuya utilidad y efectos secundarios no han sido evaluados científicamente. También se utilizan técnicas que están contraindicadas por la evidencia, algunos ejemplos de ellas son: la episiotomía de rutina, el parto quirúrgico ante la aparición de líquido teñido con meconio o cambios de la

<sup>1</sup> La Secretaría de Salud institucionalizó en 2004 la investigación de cada una de las muertes maternas. Los grupos AIDEM (atención inmediata de las defunciones maternas) de la Dirección de Atención a la Salud Materna y Perinatal, son los encargados de realizar la investigación, mediante un análisis de los procesos de atención de las complicaciones que ocurrieron durante el embarazo, parto o puerperio para identificar las fallas en los sistemas y corregirlas.

<sup>2</sup> CNEGYSR, “Focalización en 6 acciones para disminuir la mortalidad materna” en CMSR, *Memoria de la 2ª Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna Chiapas, Guerrero, Oaxaca*. San Cristóbal de las Casas, febrero de 2009, p. 9.

<sup>3</sup> Rufino Luna Gordillo/ Grupo AIDEM- APV: en CMSR *op.cit.*, 2009, p. 7.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 30.

<sup>5</sup> OMS. Nuevo modelo de control prenatal de la OMS. Ginebra, Suiza, 2003, prólogo.

frecuencia cardíaca fetal,<sup>6</sup> clampeo temprano del cordón umbilical en bebés prematuros;<sup>7</sup> cesáreas innecesarias. Es hasta el año 2001 que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) puso a disposición de la Secretaría de Salud un instrumento para tener acceso a los avances en la investigación y práctica médica: la *Biblioteca de Salud Reproductiva*; y más recientemente, vía Internet, acceso a *The Conchrane Collaboration*, una organización internacional de investigadores que prepara y divulga revisiones sistemáticas de ensayos aleatorizados sobre intervenciones en asistencia sanitaria, y que ha desarrollado revisiones específicas para la atención del parto.

La evidencia científica es el pilar de los sistemas de salud derivados del modelo médico hegemónico o de la medicina occidental. No obstante, la práctica médica transita también por otros caminos: lo que los profesores de medicina les enseñaron y lo que en la institución se hace cotidianamente; rutinas médicas que poco a poco se han ido convirtiendo en una especie de *sistema médico de usos y costumbres* que poco se confronta con la evidencia científica.

La búsqueda de la evidencia científica ha sido un proceso lento en relación a los requerimientos de atención a la salud reproductiva de las mujeres, y la actualización en la enseñanza de la medicina ha resultado poco consistente.<sup>8</sup> El problema se complica aún más cuando uno de los efectos de la visibilización del grave problema de la mortalidad materna, ha sido el temor de atender un parto, principalmente entre los prestadores de servicios del primer nivel. Probablemente los médicos no se sienten seguros de sus conocimientos y experiencia o evaden la responsabilidad de atender un parto que puede complicarse, pues una muerte materna es un estigma para quien atendió el caso, principalmente si es médico general y no especialista. Otra posibilidad es que las mujeres no quieran atender su parto en estas unidades médicas.

<sup>6</sup> Hofmeyr G.J., Kulier R. Tratamiento quirúrgico versus conservador para el "sufrimiento fetal" en el trabajo de parto, en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2.

<sup>7</sup> Rabe H, Reynolds G, Díaz-Rossello. Clampeo precoz versus clampeo tardío del cordón umbilical en prematuros en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2.

<sup>8</sup> Directores de hospitales comentan que "el hospital tiene que lidiar con la mala preparación de los egresados de escuelas y facultades de medicina, nos transfieren ese problema" en CMSR-Oaxaca. Relatoría del Taller de análisis de la mortalidad materna, Oaxaca 2003.

El hecho es que la proporción de los partos atendidos en unidades de primer nivel es muy bajo en relación a los nacimientos esperados, tal y como se demuestra en el siguiente cuadro.

**Cuadro 1.**  
**Atención materna en unidades médicas de 1er nivel de la SSO en los 58**  
**municipios de menor índice de desarrollo humano.**

**Oaxaca 2007**

Nacimientos esperados		Embarazos atendidos		Partos atendidos	
Num.	%	Num.	%	Num.	%
2674	100%	2192	82%	385	14.4%

Fuente: SSO, DPD, Sistema de Información en Salud. Oaxaca, anual 2007 y CONAPO, proyecciones de población 2000-2050.



## 2. ¿Calidez y respeto en la atención?

Uno de los principios de la atención médica es el respeto a la dignidad humana y el trato cálido y amable a las y los pacientes.<sup>9</sup> Sin embargo, cuando se pregunta a las mujeres sobre las experiencias que han tenido en la atención ginecológica, nos encontramos con que la calidez en el trato y el respeto a su persona dejan mucho que desear.

Quienes trabajamos con grupos de mujeres en temas sobre el cuidado de la salud, escuchamos frecuentemente testimonios como los siguientes: que sintieron malestar en una auscultación de rutina, que se sintieron ofendidas por las palabras que le dijo el médico o la enfermera, que se sintieron humilladas por la manipulación de su cuerpo, que les hicieron intervenciones innecesarias y dolorosas, que pasaron frío durante el trabajo de parto o que tenían hambre, que no les permitían acomodarse cómodamente para tener su parto, que las intervenciones quirúrgicas les han causado discapacidades de por vida, que las consecuencias secundarias de un tratamiento las mantienen con un desorden hormonal, que sintieron tanta presión para elegir tal o cual procedimiento o tratamiento que no pudieron adoptarlo libremente, que les dijeron que merecen sufrir porque gozaron durante la relación sexual, que las regañaron por haber ido con otra u otro especialista o con una partera, que si no van a consulta médica no tendrán apoyo alimentario, que para resolver su problema de salud tuvieron que ir de una a otra unidad médica, que se han gastado mucho dinero y siguen sin recibir el tratamiento adecuado. Sólo algunas dicen que encontraron un médico que resolvió su problema de salud y las ha tratado bien.

Ésta es una dimensión poco atendida por el Sector Salud e incide de manera importante en la disposición de las mujeres para regresar o no a las unidades médicas para el cuidado de su salud. En estados como Oaxaca, médicos y servidores públicos señalan que las mujeres de áreas rurales, principalmente las

---

<sup>9</sup> SSA. Código de conducta del personal de salud. México 2002. Presentación.

indígenas, son renuentes a asistir a consulta prenatal y a la atención de su parto en unidades médicas, y ubican dos problemas principales: los usos y costumbres en los pueblos y el factor humano o mal trato de los prestadores de servicios médicos hacia las usuarias.

Lo anterior es grave en estados como Oaxaca que concentra el mayor número y diversidad de población indígena del país (el 54 por ciento de los municipios del estado son de población indígena), y en cuyas localidades y regiones la institución médica y la población sostienen visiones distintas sobre el cuerpo, la salud, la enfermedad y su atención. Así pues, no basta con atender sólo los factores geográficos y económicos para que la población tenga acceso a los servicios: es necesario considerar también los factores culturales. Si los servicios gubernamentales de salud continúan siendo espacios de prejuicio y discriminación, no cumplirán su misión en las regiones indígenas.

Este problema no es menor, pues aún cuando las mujeres indígenas puedan tener acceso a sus propios recursos para la atención de su embarazo y parto —como son las parteras tradicionales o la atención doméstica—, cuando se presentan complicaciones graves como son la pre-eclampsia severa, la eclampsia y la hemorragia, estos recursos no son suficientes y es necesaria la atención médica especializada para evitar discapacidades o la muerte de la mujer y del bebé.

La dimensión que debe integrar las características culturales de la población es la calidad de la atención médica, ya que abarca tres aspectos básicos: la competencia técnica que se refiere a la capacidad que tienen los servicios de salud de brindar respuestas efectivas, apegadas a la evidencia científica y eficientes a las demandas de atención de la población; la competencia humana que se refiere al trato digno y respetuoso que debe ofrecerse a las usuarias, y la competencia cultural que implica mantener la disposición de negociar los diferentes valores cuando la salud de un paciente se encuentra en peligro.

Actualmente la competencia cultural en la atención médica, las intervenciones basadas en evidencia científica, el derecho universal a la protección de la salud y el respeto de los derechos de las humanas (cuyo centro es la dignidad humana) están acercándose. En países de América Latina se están desarrollando importantes



iniciativas que colocan en el centro de la atención de la salud materna, precisamente a las madres y a su entorno familiar y social.

En Brasil, el Ministerio de Salud ha logrado articular el respeto a la dignidad de las mujeres y la atención basada en evidencia, incorporando prácticas provenientes de culturas originarias como son el parto vertical; el alojamiento conjunto de la madre y el o la hija; la alimentación durante el trabajo de parto; el acompañamiento durante el embarazo, parto y postparto; garantía de acompañamiento durante el trabajo de parto, parto y postparto inmediato. Así mismo ha logrado reducir el número de episiotomías y cesáreas y el uso de oxitócicos, entre otros.<sup>10</sup> Ecuador es otro de los países que están avanzando en la humanización y adecuación cultural de la atención del parto.

En México y especialmente en Oaxaca, la situación es muy distinta: renunciar a las prácticas de atención a la salud de los pueblos originarios sigue siendo una condicionante para tener acceso a los servicios gubernamentales de salud, aún cuando muchas de estas prácticas estén avaladas por la evidencia científica. El Sector Salud no ha logrado generar las estrategias y las acciones eficaces que permitan articular con respeto y tolerancia, las prácticas comunitarias y los beneficios que ofrecen los sistemas modernos de atención a la salud; y en buena medida tampoco ha logrado que el personal de salud en contacto directo con la población, respete la dignidad de las personas.

---

<sup>10</sup> En el año 2004 el Ministerio de Salud de Brasil firmó un Pacto por la reducción de la mortalidad materna y neonatal; en 2005 organizó la II Conferencia Internacional sobre la humanización del parto en la que participaron profesionistas de 34 disciplinas, representantes de 14 países, así como representantes de todas las unidades médicas de atención materna del Brasil y de todas las escuelas y facultades de medicina y en 2007 la atención humanizada del parto se convirtió en una política de Estado.



### 3. Las Redes de Servicios de Salud

Desde el año 2006, la política principal de la Secretaría de Salud para reducir la muerte materna, ha sido revisar y fortalecer la red de servicios de salud. El propósito es asegurar que las mujeres tengan acceso a servicios de atención médica preventiva, básica y hospitalaria, así como garantizar que puedan transitar oportunamente de un nivel de atención a otro de mayor complejidad, para prevenir complicaciones durante su embarazo, parto y post parto, atender urgencias obstétricas y evitar la muerte.

Se trata de identificar regiones con carencia de servicios de atención de urgencias obstétricas, capacitar al personal de salud de las unidades médicas existentes y proporcionar los insumos y equipo necesarios. El propósito es que en las unidades de primer nivel se tenga la capacidad de proporcionar las atenciones básicas a las mujeres con una emergencia obstétrica, para que estén en condiciones de ser enviadas a un hospital, en el que puedan brindarles servicios integrales y resolver la emergencia. A este conjunto de servicios se le ha nombrado Red de Atención de Emergencia Obstétrica.

Con el funcionamiento de estas redes se pretende que en las unidades médicas de primer nivel se tenga la capacidad de: atender un parto vaginal; proveer antibióticos; suministrar oxitócicos y anticonvulsivos —en casos de preclampsia y eclampsia—, así como solución salina y oxitócicos en la vena umbilical; extraer manualmente la placenta; extraer productos retenidos por medio de absorción manual endouterina y, por supuesto, contar con personal que sepa cuando aplicar estos medicamentos y técnicas. En las unidades médicas de segundo nivel se debe tener la capacidad de realizar estas intervenciones y además transfusiones sanguíneas, operaciones cesáreas programadas o de urgencia, histerectomía y ligadura de la arteria hipogástrica y brindar cuidados intensivos para mujeres con preclampsia-eclampsia y recién nacidos con complicaciones. Supone también que estas unidades médicas deben estar ubicadas a no más de dos horas del lugar en

donde viven las mujeres y deben contar con transporte asegurado las 24 horas del día, todos los días del año.<sup>11</sup>

La Secretaría de Salud afirma que con las unidades médicas existentes y la infraestructura disponible puesta al servicio para atender urgencias obstétricas, así como identificando las regiones en donde existe una demanda insatisfecha de servicios de salud, en cuatro años es posible disminuir las muertes maternas en un 40 por ciento.<sup>12</sup>

Sin embargo, he venido documentando desde hace cinco años<sup>13</sup> que en Oaxaca la red de servicios de salud no está en condiciones de brindar estos servicios, tanto por su cobertura, como por su capacidad resolutive. Alrededor del 40 por ciento de las defunciones maternas están directamente asociadas con el hecho de que las mujeres no lograron acceder oportunamente a servicios de atención de emergencias obstétricas, porque el hospital más cercano le quedaba a 2 o más horas y de todas formas, con frecuencia, sin la capacidad necesaria para atender la urgencia.<sup>14 15</sup>

En el estado, en el año 2006, se integraron 4 redes de atención de emergencias obstétricas y a finales de 2008 había 19 redes formadas. Aún con estos avances, la situación no ha cambiado mucho.

Durante el año 2008 se registraron 70 muertes maternas en el estado de Oaxaca con una razón de mortalidad materna de 103.13<sup>16</sup> (la más alta del país). Las defunciones que no ocurrieron en una unidad médica son el 47 por ciento en el hogar y 13 por ciento en el traslado; 10 por ciento fueron de mujeres que vivían en municipios con el más bajo índice de desarrollo humano del país; y 72 por ciento sucedieron

<sup>11</sup> Deborah Maine *et. al.* Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. Universidad de Columbia 1997, p. 26 y CNEgy SR, *op. cit.* 2009.

<sup>12</sup> CNEgy SR, *op. cit.* 2009.

<sup>13</sup> M. Castañeda P, 2005, 2006 y 2007.

<sup>14</sup> M. Castañeda P, 2005, pp. 72 a 78.

<sup>15</sup> A finales de 2008 la Secretaría de Salud comenzó a identificar estas regiones utilizando una herramienta georeferenciada —diseñada por el Instituto Nacional de Salud Pública para Plan Maestro Sectorial de la Dirección de Planeación y Desarrollo de la Secretaría de Salud—, que contiene las bases de datos de infraestructura sanitaria y atención obstétrica. Esta herramienta ubica sobre un mapa las unidades médicas y así se localizan fácilmente los *hoyos* de accesibilidad por distancia, que son las regiones en donde las comunidades se encuentran a más de 2 horas del hospital más cercano. Así mismo, traza líneas de las unidades médicas de primer nivel que demandan servicios de emergencia obstétrica hacia el hospital que la atendió, y si éste es el más cercano; de esta manera se identifica también a los hospitales sin capacidad resolutive. Del mismo modo, localiza las localidades en donde ocurrieron muertes maternas y su entorno en relación a la red de servicios de salud y su capacidad resolutive.

<sup>16</sup> Fuente: SSO. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna, hasta la semana 53. Datos preliminares.

en regiones aún no cubiertas por las redes de servicios de salud para emergencia obstétrica.

He señalado en otros trabajos que es poco eficaz focalizar acciones para la reducción de la mortalidad materna en el estado, pues entre los años 2000 y 2006 ocurrieron muertes maternas en 210 de los 570 del estado<sup>17</sup>, y que sería más eficaz localizar las regiones en donde la cobertura de los servicios de salud es insuficiente, invertir en esos lugares y diseñar estrategias para articular las propuestas de las comunidades y los servicios públicos de salud.<sup>18</sup>

Es por ello que se afirma que la integración de las Redes de Atención de Emergencia Obstétrica, tiene varios problemas. Analicemos la cobertura solo de dos de ellas.

### **3.1. Cobertura y funcionamiento de las redes de emergencia obstétrica: dos ejemplos**

#### **3.1.1. Red de Miahuatlán de Porfirio Díaz**

Cubre 28 municipios y a una población sin seguridad social de 74,142 personas: 93.8 por ciento atendida por la SSO y 6.2 por ciento por el IMSS-Oportunidades. En la región también habitan 4,142 personas que están aseguradas por el IMSS Ordinario o por el ISSSTE. El Hospital de esta red es un Hospital Rural del IMSS-Oportunidades que tiene una cobertura mayor de la población cubierta por esta red: atiende a 79,209 personas más de 41 municipios de la región, por lo que en realidad la cobertura del hospital es 144,147 personas de 52 municipios. Más de 31,000 personas que habitan en esta región tienen que desplazarse por más de 2 horas (algunas hasta 6 horas) para llegar al hospital.<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> M. Castañeda P. *op. cit.* 2007, p. 114.

<sup>18</sup> M. Castañeda P. *op. cit.*, 2006, p. 98.

<sup>19</sup> Fuente: SSO, Dirección de información de recursos para la salud (DIRS). Listado de redes de servicios de salud, base de datos 2008 y SSO, Estudio de Regionalización Operativa (ERO), base 2008.

### 3.1.2. Red Tamazulapan del Espíritu Santo

Cubre a 34,177 personas, la SSO atiende al 79 por ciento y el IMSS-Oportunidades al 17 por ciento; están aseguradas al IMSS o ISSSTE el 4 por ciento restante. Sin embargo el Hospital de la red, que pertenece a la SSO y está ubicado en Tamazulapan (Hospital Básico Comunitario con 12 camas), cubre 21 municipios con una población de 61,900 personas, la SSO atiende al 44 por ciento y el IMSS-Oportunidades al 52 por ciento. Los Centros de Salud en la región son 20 de la Secretaría de Salud y 12 del Programa IMSS-Oportunidades.<sup>20</sup>

En la región viven 1,221 niños y niñas menores de un año<sup>21</sup> y la Secretaría de Salud atendió solo 95 nacimientos durante el año 2007 en sus unidades del primer nivel de atención. Podría pensarse que los partos fueron atendidos en el hospital, pero no, el hospital de la región atendió durante 2007 a 392 mujeres en trabajo de parto, pero 126 de ellas fueron enviadas a la ciudad de Oaxaca pues el hospital de Tamazulapan no tuvo capacidad resolutive para atender esos casos (Cuadro 2). Hay solo una ginecóloga que trabaja 24 horas los lunes y 12 horas los miércoles y los viernes; así mismos hay horarios que no están cubiertos por el anestesiólogo ni por el cirujano. El hospital no cuenta con terapia intensiva, ni laboratorio para química sanguínea; en el área de tococirugía el espacio es para 2 pacientes y es frecuente que coincidan 3 o 4 partos. A veces hay ambulancia disponible y chofer otras veces no; el hospital no tiene teléfono.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> Fuente: SSO, DIRS y ERO, *op cit.*, base de datos.

<sup>21</sup> En el año 2008, de acuerdo a CONAPO. Fuente: CONAPO, Proyecciones de población 2000-2050.

<sup>22</sup> M.A. Castañeda P. et al., Diagnóstico de redes locales de servicios de salud en el estado de Oaxaca. 1ª Fase. Documento de trabajo. Oaxaca, enero 2008, pp. 24 y 25.

## Cuadro 2.

### Atención del embarazo y del parto en la Red Tamazulapan en 2007.

Cobertura SSO*	
Partos esperados <sup>1</sup>	537
Embarazos atendidos <sup>2</sup>	832 (155%)
Partos atendidos en UM 1er nivel <sup>2</sup>	95 (17.6%)
Partos atendidos en el hospital de la red <sup>3</sup>	266 (22.7%)
Partos referidos del hospital de la red a otro hospital <sup>3</sup>	126 (10.7% de los partos esperados) (32% de las mujeres recibidas en el hospital)
Atención a mujeres lactantes en unidades de 1er nivel	231 (43%) <sup>2</sup>

\*Incluye solo la cobertura de SSO: 44% de la población cubierta por el hospital Tamazulapan, el resto corresponde al IMSS-Oportunidades.

<sup>1</sup> CONAPO, Proyecciones de población 2000-2050.

<sup>2</sup> SSO. Sistema de Información en Salud, anual 2007.

<sup>3</sup> SSO. Sistema de Información en Salud. Obstetricia 2007.

Afortunadamente los pueblos de esta región tienen una cultura ancestral, con conocimientos y prácticas propias para cuidar y atender el embarazo y parto. En 20 de los 21 municipios que cubre el hospital de Tamazulapan, el 70 por ciento y más de la población es mixe o ayuuk y son las parteras tradicionales e incluso las señoras mayores y los esposos, quienes atienden el parto con éxito: una partera dice: *“recientemente atendí un parto con temascal, eran gemelos y allí están los bebés, está bien la mamá y los bebés”*.<sup>23</sup> Saben identificar cuando el embarazo debe ser atendido en una unidad médica de primer nivel o en un hospital: *“cuando los pies están hinchados y duele la cabeza es que el bebé está mal, entonces se soba y se acomoda; si no se cura la señora debe ir con un doctor; es peligroso porque si no se atiende puede morirse”*; otra partera dice: *“la hemorragia nasal, el latido y algunos otros males se le orienta a la gente que los atiendan en el hospital”*.<sup>24</sup>

<sup>23</sup> M.A. Castañeda P. et al., *Informe del proyecto: Fortaleciendo las capacidades de los municipios indígenas para impulsar su desarrollo*. Documento de trabajo, junio 2008, Anexo 3, p 33.

<sup>24</sup> Loc. cit.

Las parteras tradicionales acompañan a sus pacientes al hospital de Tamazulapan en casos de urgencia obstétrica, pero *“a veces los médicos no atienden, más cuando ellos no hablan mixe ni nosotras español”*.<sup>25</sup>

*“Yo le digo a la gente que acuda a la clínica pero muchas veces prefieren los servicios de nosotras las parteras”*.<sup>26</sup> Cabe recordar, que ni el especialista más apto podría atender exitosamente casos de hemorragia, preclampsia severa o eclampsia, ni parto obstruido, en las condiciones en que atienden las parteras en esta región. No obstante, las parteras han salvado la vida de muchas mujeres; ellas mismas señalan que *“el Hospital Regional de Tamazulapan debería estar más equipado”*.<sup>27</sup>

Por lo que toca a los servicios del IMSS-Oportunidades, lamentablemente no tengo datos para toda la región, sin embargo, analizo los casos de dos Unidades Médicas Rurales (UMR) ubicadas en cabeceras municipales.

### 3.2. El IMSS-Oportunidades en la Red de Servicios de Salud

En las Unidades Médicas Rurales (UMR) que se ubican en las cabeceras municipales de los dos municipios más grandes de la región que cubre el hospital de Tamazulapan: Santa María Tlahuitoltepec y San Miguel Quetzaltepec, el IMSS-Oportunidades atendió al 47 por ciento de las mujeres embarazadas bajo su cobertura y el 1.8 por ciento de los partos. También valoró el estado nutricional del 72 por ciento de los niños y niñas menores de 5 años, de éstos 35 por ciento estaban desnutridos y le dio seguimiento a un poco más de la mitad (54%).<sup>28</sup>

Estas UMR tienen una cobertura de 4,013 habitantes una mientras que la otra cubre a 4,333,<sup>29</sup> pero siempre llegan personas de otras localidades. Tanto los médicos de base como las autoridades locales consideran que estas unidades médicas son insuficientes para las necesidades de la población. La carga de trabajo es alta, el personal de salud atiende la consulta médica, da seguimiento

---

<sup>25</sup> Loc. cit.

<sup>26</sup> Ibidem., p.32.

<sup>27</sup> Ibidem., p.33.

<sup>28</sup> M.A. Castañeda P. et. al., op.cit., enero 2008, p. 21 y 22.

<sup>29</sup> Fuente: SSO, ERO base de datos 2008.



a las familias beneficiadas por el programa Oportunidades, da pláticas de promoción de la salud a éstas y a la población en general, hace visitas a las rancherías e integra toda la documentación que la institución exige. Un médico opina *“me solicitan pláticas en la secundaria que tiene una población de 500 alumnos y es difícil trabajar, ya trabajar con un grupo de noventa es completamente difícil, no me entienden ni yo puedo transmitirles lo que sé, si les pido que hagamos grupos más pequeños, los maestros dicen que no es posible”*. El médico se siente rebasado: *“a veces me estreso demasiado por los papeles que tengo que llenar, a veces me desespero por no poder atender a toda la gente: yo quisiera verlos, revisarlos bien: tómame esto, haz aquello; o sea darles la atención adecuada, con tiempo”*.<sup>30</sup>

Las usuarias de la UMR se quejan de que tienen que esperar mucho tiempo para recibir atención, que a veces vienen de las Rancherías y las regresan sin atenderlas: *“hace tres meses había un médico pero no atendía, porque salía o se iba cuando había personas esperando consulta y les preguntaba: ¿...y ustedes de donde son?, y la gente simplemente se quedaba esperando con su derivación”*.<sup>31</sup> También se quejan de que las discriminan pues atienden mejor a las que hablan español, que a las que no, no les explican bien, y no las escuchan en la consulta.<sup>32</sup> Precisamente este es otro problema que no se ha resuelto tanto en las UMR como en los hospitales: el del idioma. *“La cuestión del idioma es lo que nos hace la atención más lenta, porque en lo que viene la enfermera, el comité o quien esté a la mano para ayudarme a traducir pierdo mucho tiempo”*.<sup>33</sup>

En las UMR no siempre hay los medicamentos e insumos necesarios: en el primer trimestre de 2008 regresaron a señoras en trabajo de parto, porque no tenían gasas estériles.<sup>34</sup> Los médicos y el supervisor de zona no saben de la existencia de las cajas “guindas” y “rosas”, que son botiquines que contienen lo necesario para estabilizar a las embarazadas con preclampsia y eclampsia (la guinda) y para la atención básica de la hemorragia obstétrica (la rosa). La distribución de estas cajas es una de las acciones de la Secretaría de Salud para brindar atención básica a urgencias obstétricas en unidades de primer nivel.

<sup>30</sup> M.A. Castañeda P. et. al., op.cit. enero 2008, p. 18.

<sup>31</sup> M.A. Castañeda P. et al., op. cit. junio de 2008, p. 30

<sup>32</sup> Loc. cit.

<sup>33</sup> M.A. Castañeda P. et. al., op. cit. enero 2008, p. 18.

<sup>34</sup> M.A. Castañeda P. et al., op. cit. junio de 2008, Anexo 6 p. 55.

En casos de urgencia obstétrica en la UMR de Santa María Tlahuitoltepec reciben apoyo de la autoridad municipal: *“los traslados cuestan mucho porque la ambulancia está vieja, entonces disponen alguna camioneta del palacio, en ambos casos se tiene que meter todo el equipo lo cual cuesta mucho y a veces no hay llave o gasolina o chofer y hay que esperar”*; en la UMR de San Miguel Quetzaltepec el doctor saca a las enfermas con su propio vehículo. Esto se realiza para las personas que viven en la cabecera municipal, pero para las que viven en rancherías, ellas se trasladan por su cuenta, además no hay radio en las rancherías para poder comunicarse.<sup>35</sup>

El IMSS tiene un hospital de Régimen Ordinario en Tlacolula (ubicado a 30 km. de la ciudad de Oaxaca), pero a las pacientes obstétricas con algún grado de complicación se les envía directamente a Oaxaca, porque en el hospital de Tlacolula es frecuente que no haya personal y además no cuenta con terapia intensiva, así es que *“no arriesgamos a la paciente llevándola a este hospital, ni tampoco perdemos tiempo llevándola al hospital de la SSO en Tamazulapan, vamos directo al Hospital Civil [H. Aurelio Valdivieso] o al Hospital de Régimen Ordinario del IMSS en la ciudad de Oaxaca”*.<sup>36</sup>

Estas UMR fueron construidas hace 28 años cuando la disminución de la mortalidad materna no estaba en la agenda pública y las enfermedades crónicas degenerativas eran menos frecuentes. Desde entonces el programa IMSS-Oportunidades ya no ha invertido en aumentar ni fortalecer su infraestructura; las ampliaciones que se han hecho a los edificios han sido financiadas por la hacienda municipal y construidas con el trabajo de las y los ciudadanos. Las ampliaciones eran necesarias, pues en el diseño original solo cabían cinco personas: tres sentadas y dos paradas pero ahora, además de que la consulta se ha incrementado, citan aproximadamente a 20 mujeres con sus hijos e hijas beneficiarias del programa Oportunidades quienes tienen que estar afuera, incluso en temporada de lluvia cuando permanecen a la intemperie y mojándose, con el riesgo de enfermarse.

Las necesidades de material y equipo las conocen los supervisores de zona y regionales, pero la respuesta es que no hay dinero, que la institución está en

<sup>35</sup> M.A. Castañeda P. et. al., op. cit. enero 2008., p.8.

<sup>36</sup> Ibid., p. 16.

números rojos. Si las autoridades municipales solicitan una ambulancia o algún otro equipo al Gobierno del estado, el oficio de solicitud es enviado del Gobierno estatal al IMSS y de ahí regresa a la UMR con una llamada de atención: “¿por qué estas pidiendo esto si no tenemos de donde sacarlo?”<sup>37</sup>

La actualización del personal de las UMR deja mucho que desear, hace seis años que no se imparten cursos formales, les dan alguna conferencia, plática o instrucciones cuando van a entregar información. Los temas que han tratado en los últimos meses son salud materna y urgencias obstétricas, pero el tema recurrente es planificación familiar, lo cual para algunos médicos les resulta aburrido: *“nosotros ya no aguantamos pero tenemos que escuchar y escuchar que “¿por qué no ingresan las mujeres a PF?, que hay que cumplir la meta”*. No han recibido información sobre nuevas evidencias científicas en lo relativo a la atención de la salud materna. El único curso formal que hubo sobre el tema, fue sobre las Redes Rojas que dio la SSO en el hospital de Tamazulapan y tuvo una duración de dos días.<sup>38</sup>

Lo que más preocupa, tanto al personal de estas UMR, como a las autoridades municipales, es que el personal médico y de salud no disminuya, pues estarían en peores condiciones para atender la demanda; la preocupación es porque no se sabe si van a enviar a un médico pasante en servicio social en cuanto el que está en funciones termine su periodo a los 6 meses, y tampoco se sabe si van a conservar al médico de contrato.

En estas UMR todo el trabajo depende de la autoridad municipal, si no hay apoyo del municipio indígena no se puede cumplir con el programa de trabajo. La asamblea de la comunidad de Santa María Tlahuitoltepec, por ejemplo, ha nombrado a 41 hombres y mujeres, más la regidora de salud y su equipo integrado por cinco personas, quienes brindan sus servicios de manera gratuita para atención de la salud y el saneamiento de la comunidad; ellas y ellos están pendientes de las personas que presentan problemas graves de salud, de las mujeres con un embarazo complicado, de enviar a la unidad médica a las niñas y niños desnutridos que no han ido a consulta; ayudan al personal médico en las campañas de desparasitación, en la semana de vacunación y en la semana odontológica; trabajan

---

<sup>37</sup> *Ibid.*, p. 18.

<sup>38</sup> *Ibid.*, p.19.

en los albergues y dos personas hacen guardia todo el día en la UMR. El municipio ha construido con recursos propios las ampliaciones de la clínica y 9 Casas de Salud; también ha abierto una farmacia comunitaria, en donde se pueden comprar a bajo precio los medicamentos que no existen en la UMR; se ocupa además del transporte de emergencia.

A estos municipios se les asignan muy pocos recursos provenientes del IMSS y de la SSA, a pesar de estar catalogados como de muy alta marginación. Aún así la población y el gobierno municipal hace su trabajo, pero es indispensable que los gobiernos estatal y federal inviertan en personal médico capacitado y unidades médicas con capacidad resolutive.

## 4. El Seguro Popular

El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) es fundamental en Oaxaca para reducir la mortalidad materna en regiones indígenas por cuatro razones:

- es la fuente de financiamiento principal para la atención a la salud
- es la base para fortalecer las redes de servicios de salud en equipamiento, medicamentos y recursos humanos
- es el sistema que garantiza el acceso económico a los servicios médicos
- uno de sus objetivos prioritarios es la afiliación de familias de localidades mayoritariamente indígenas.<sup>39</sup>

El Sistema de Protección Social en Salud aporta el 77 por ciento del presupuesto para la salud en el estado.<sup>40</sup> En 2007 proporcionó 236.2 millones de pesos para construcción, conservación y mantenimiento de unidades médicas,<sup>41</sup> y en 2008 participó con 159 millones de pesos para la construcción de hospitales<sup>42</sup> (47 por ciento de la inversión total en la construcción de hospitales).<sup>43</sup> También es la fuente de financiamiento para los recursos humanos: en 2008 pagó el sueldo del personal médico de 23 hospitales y en 2010 pagará al personal médico de 50 hospitales.<sup>44</sup>

El SPSS es la estrategia para garantizar que todos los individuos, independientemente de su capacidad de pago, cuenten con acceso regular a servicios básicos de salud de calidad; para no tener que postergar la atención médica por falta de recursos económicos, y para minimizar el riesgo de incurrir en gastos catastróficos y empobrecimiento por motivos de salud.

La afiliación al Seguro Popular (SP) de personas que viven en municipios indígenas ha sido lenta. Revisaremos a continuación la situación en los municipios de menor índice de desarrollo humano (idh) que se ubican en el estado.

---

<sup>39</sup> CNPSS. Informe de resultados 2007, p. 40.

<sup>40</sup> Acuerdo de coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en Oaxaca. Anexo III, 2007.

<sup>41</sup> Acuerdo de coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en Oaxaca. Anexo IV, 2007.

<sup>42</sup> Acuerdo de coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en Oaxaca. Anexo IV, 2008.

<sup>43</sup> Fuente: Gob. Edo. de Oaxaca, SSO. Plan Maestro de Infraestructura, propuesta de inversión 2008-2010.

<sup>44</sup> *Ibid.*

Para disminuir la brecha de inequidad que existe en el país, el ejecutivo federal plantea focalizar acciones de desarrollo en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano de todo el país.

Considero que esta política de focalización no traerá avances significativos en Oaxaca pues en el estado se ubican, no solamente 58 de estos 125 municipios, sino también 156 de los 300 municipios del país con menor índice de desarrollo humano; de modo que el estado concentra el 52 por ciento de los 300 municipios con menor índice de desarrollo humano de todo el país. Se trata de pequeños municipios oaxaqueños cuyo promedio de población es menor a 5 mil habitantes, en contraste con el promedio de población de los municipios a nivel nacional, que es 42,080 habitantes por municipio.

Para reducir la brecha en el desarrollo ¿Por qué se toma como unidad de intervención a estos pequeños municipios oaxaqueños? Sería más eficaz invertir en regiones más amplias para afiliar al Seguro Popular a su población, fortalecer la red de servicios de salud e implementar estrategias para prevenir la muerte materna.

Lo que está sucediendo con la política de focalización y fragmentación de la inversión, es dejar grandes huecos en la población que requiere de atención y servicios, particularmente en regiones indígenas.

La etnicidad es uno de los indicadores del bajo idh: 127 de los 300 municipios de menor idh del país que se ubican en Oaxaca son indígenas. En estos municipios, hasta marzo de 2007, el 13.3 por ciento de sus familias estaban afiliadas al Seguro Popular y en todos los municipios indígenas del estado se habían integrado al Seguro Popular 17.5 por ciento de sus familias, en contraste con el 30.7 por ciento de las que viven en los municipios no indígenas.

**Cuadro 3.**  
**Familias afiliadas al Seguro Popular en municipios de población indígena y según grado de desarrollo humano en el estado de Oaxaca en 2007.**

Tipo de municipio		Número de municipios	Número de familias sin seguridad social <sup>1)</sup>	No de Familias afiliadas al Seguro Popular <sup>2)</sup>		% de familias afiliadas en relación al total
				Num.	%	
Prioritario con bidh	Indígena <sup>3)</sup>	52	95,183	15,482	16.3	5.6
	No indígena <sup>4)</sup>	6	2,989	1,343	44.8	0.5
Entre los 300 con menor idh no prioritarios <sup>5)</sup>	Indígena <sup>3)</sup>	75	145,190	16,610	11.4	6.0
	No indígena <sup>4)</sup>	23	28,009	7,370	20.6	2.7
No se ubican entre los 300 del país con menor idh	Indígena <sup>3)</sup>	181	317,854	65,716	20.6	23.6
	No indígena <sup>4)</sup>	233	556,024	171,537	30.9	61.7
Total		570	1,145,249	278,058	-	100

<sup>1)</sup> Estimación a partir del promedio de integrantes por familia afiliada al SP.

<sup>2)</sup> CNPSS. Municipios con presencia del Seguro Popular, grado de marginación y número de familias por decil de ingreso, cifras al primer trimestre de 2007.

<sup>3)</sup> Municipios con 40% y más de población hablante de lengua indígena.

<sup>4)</sup> Municipios con menos de 40% de población hablante de lengua indígena

<sup>5)</sup> No incluye a los 58 municipios de menor idh.

La meta de afiliación para 2008 fue de 95,111 familias: 50,013 para población abierta y 45,098 del IMSS-Oportunidades,<sup>45</sup> pero la dirección de afiliación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud señala que tiene pendientes de afiliar a 233,344 familias del IMSS-Oportunidades.<sup>46</sup>

Así mismo, por lineamientos del CNPSS solamente se pueden afiliar familias que estén en el padrón del Oportunidades, mujeres embarazadas y sus familias y niños o niñas que hayan nacido después del 30 de noviembre de 2006.<sup>47</sup> Estas

<sup>45</sup> Acuerdo de coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en Oaxaca. Anexo: Metas de afiliación anual y por trimestre para el ejercicio 2008.

<sup>46</sup> Entrevista con el Jefe de Afiliación del REPSS. Oaxaca, noviembre 2008.

<sup>47</sup> SSA-Seguro Popular disponible en [http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/embarazosa/embsa\\_08.html](http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/embarazosa/embsa_08.html) y <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/smng.html>

condiciones para la afiliación nos alejan de la universalización de la cobertura médica y del derecho universal a la salud.

Aún cuando se pudieran afiliar a las familias del IMSS-Oportunidades, hemos visto la calidad de los servicios de esta institución y su infraestructura: la población ha crecido, pero la institución no. La consulta se satura, el servicio baja de calidad, los medicamentos no alcanzan, las UMR no atienden a toda la población de su cobertura.<sup>48</sup>

Daremos tres ejemplos más:

En abril de 2007 hubo una movilización de representantes, comités de salud y autoridades de localidades atendidas por el IMSS-Oportunidades en la Región del Istmo oaxaqueño. Exigían médicos para las UMR, medicamentos y 4 especialistas que hacían falta desde dos años anteriores en el hospital regional de 42 camas ubicado en Matías Romero, entre ellos ginecólogo, cirujano y anestesiista. Los quejosos decían: “a todos los enfermos los envían a Salina Cruz”; “el IMSS preparó una unidad modelo para la visita de una licenciada del nivel federal: llevaron todos los medicamentos de las UMR cercanas; terminó el evento y ahora ya no hay ni médico”; “no hay médico en la UMR de la localidad, me han tocado accidentados que debo llevar al Hospital de Matías Romero y no los reciben: llevarlos vivos es fácil, para regresarlos muertos ya cuesta”.<sup>49</sup>

La SSO ha documentado que el 27 por ciento de las intervenciones obstétricas atendidas en el Hospital de la SSO en Pinotepa Nacional, han sido transferidas del Hospital general del IMSS en Santiago Jamiltepec.<sup>50</sup>

La SSO ha documentado que de los años 2004 a 2008, el IMSS-Oportunidades ha transferido la atención de 59,604 personas a los servicios de la SSO.<sup>51</sup>

---

<sup>48</sup> *Confere.*, capítulo 3.3 en este trabajo.

<sup>49</sup> Reunión de negociación con autoridades del IMSS-Oaxaca. Oaxaca, abril de 2008.

<sup>50</sup> SSO. Diagnóstico para la propuesta de colaboración entre el IMSS-Oportunidades y los Servicios de Salud de Oaxaca. Febrero 2009.

<sup>51</sup> *Ibid.*



Un aspecto interesante de analizar es el número de miembros por familia afiliada al Seguro Popular. En 2004 y 2006 el promedio fue de 3.4 y de 3.1, cifras inferiores a los indicadores del INEGI que son de 4.04 y 3.95 personas por familia respectivamente. Oaxaca es uno de los estados con más alto porcentaje de familias unipersonales y pequeñas afiliadas, con un promedio de 2.5 miembros, el segundo más bajo del país.<sup>52</sup> En consecuencia, considero que el número de familias por asegurar tendrá que aumentar y no se podrá alcanzar el aseguramiento universal planteado en 2004, cuando inició el Seguro Popular.

Si las familias son pequeñas, el SPSS dispone de más recursos para atender a menos personas, en virtud de que el presupuesto se asigna por familia. Un aspecto por indagar es si el aumento en el número de familias afiliadas compensa los recursos que suponemos no erogaron las familias pequeñas, o se está invirtiendo más en la infraestructura sanitaria y menos directamente en las personas.

Por otra parte, llama la atención que en Oaxaca sean tan importantes los recursos provenientes del SPSS para ampliar y fortalecer la infraestructura y para el gasto en recursos humanos, sin embargo al cierre de 2007 solo estaban acreditados 72 centros de salud de los 735 en el estado.<sup>53</sup>

El hecho de que la red de servicios de salud no pueda brindar con calidad y eficacia el paquete de servicios que el Seguro Popular ofrece, como se ha venido exponiendo a lo largo de este trabajo; que sólo haya 72 unidades médicas de primer nivel acreditadas por el SPSS; que el número de miembros por familia originalmente considerado para costear las intervenciones del SP haya disminuido y que familias afiliadas al SP de municipios de alta marginación no tengan un acceso real a los servicios, pero si hay un recurso erogado para ellas, nos hacen plantear una pregunta ¿En dónde y cómo se están gastando los recursos del SPSS y del Régimen Estatal del SPSS?

---

<sup>52</sup> CNPSS. *op. cit.*, Anexo 4, cuadro 3.

<sup>53</sup> CNPSS. Informe de resultados 2007, p. 96.



## 5. La atención de la salud materna en el periodo 2004-2008: un pasito para adelante y otro para atrás

Para enfrentar los problemas de equidad en el acceso a los servicios de salud se creó el Sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular.

La atención de urgencias obstétricas no estaba considerada en el paquete inicial de servicios del Seguro Popular porque en su planeación se pensó que la mortalidad materna y perinatal pueden prevenirse con intervenciones costo-eficientes que no son complicadas, y desde un enfoque de riesgo.<sup>54</sup> Esta perspectiva es útil para ayudar a ajustar el tratamiento a personas individuales y vivir un embarazo saludable, pero el riesgo relativo no es el enfoque adecuado cuando las evidencias muestran que el 75 por ciento de las muertes maternas en el país ocurrieron por complicaciones en embarazos a término que no pudieron ser detectadas con oportunidad.<sup>55</sup> las hemorragias post parto no se pueden prever, y en numerosas ocasiones, la preeclampsia/eclampsia tampoco.

La metodología elaborada por la Mtra. Rosa Ma. Núñez para el análisis de los eslabones críticos en la atención de las mujeres que murieron por maternidad,<sup>56</sup> y las evidencias que ha aportado este análisis, así como la vigorosa promoción y difusión de información sobre la necesidad ineludible de atender las urgencias obstétricas que hiciera la Dra. Graciela Freyermuth<sup>57</sup> y numerosas organizaciones civiles, y el interés y excelente gestión de la Dra. Patricia Uribe,<sup>58</sup> permitieron que la mortalidad materna se colocara como un problema de baja y media complejidad, para el cual es necesario aumentar el acceso efectivo de las mujeres con un parto complicado a la atención primaria y hospitalaria, así como regular y normar los procedimientos. Afortunadamente en 2006 las intervenciones para atender

<sup>54</sup> González-Pier E, et. al. *Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México*. Salud Pública México 2007; 49 supl. 1:S37-S52, 2007

<sup>55</sup> Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, CNEGySR. *Intervenciones y retos para la reducción de muertes maternas y neonatales*. México, 2005.

<sup>56</sup> Rosa María Núñez. *Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas*, México, 2004.

<sup>57</sup> Investigadora del CIESAS y actual Secretaria Técnica del Comité Nacional por Una Maternidad sin Riesgos.

<sup>58</sup> Directora del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud.

urgencias obstétricas fueron incorporadas al Catálogo Universal de Servicios de Salud del Seguro Popular.

Con la administración federal que inició su periodo en diciembre de 2006, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 dio pasos atrás: el objetivo que alude a la mortalidad materna es “Reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas”, y la meta que plantea es “disminuir a la mitad la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano”,<sup>59</sup> es decir, las acciones se concentran en el 5 por ciento de los municipios del país. Afortunadamente en el programa de acción específico 2007-2012 Arranque Parejo en la Vida, publicado en agosto de 2008, se corrige esta meta, se define como objetivo específico 1 “garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto, puerperio y en la atención de emergencias obstétricas (AEO) a todas las mujeres mexicanas sin distinción de condición socioeconómica, cultural y social”, y se establecen metas diferenciadas para el nivel nacional, los niveles estatales y los municipios con menor índice de desarrollo humano.<sup>60</sup>

Respecto al derecho de las mujeres a tener un parto seguro, sin necesidad de devengar gastos de su bolsillo, ni gastos catastróficos si se presenta alguna complicación, el Seguro Popular no transita por el camino correcto. Aún cuando a la entrada de la actual administración, el Ejecutivo federal se comprometió a que cada niño o niña que naciera a partir del 1º de diciembre de 2006 estaría asegurada con el Seguro Médico para una Nueva Generación, sus mamás no tenían esta garantía durante el proceso de gestación de la nueva generación. A los bebés y sus familias los aseguraban solo cuando nacía el bebé, pero la mamá tenía que pagar por la atención de su embarazo y parto, así como por la atención de alguna complicación o urgencia obstétrica que pudiera presentársele.

En febrero de 2008, por iniciativa del Comité Oaxaca y el Comité Nacional por una Maternidad sin Riesgos, se realizó la 1ª Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna Chiapas, Guerrero, Oaxaca. En esta reunión se logró el acuerdo con los Secretarios de Salud de Guerrero y Oaxaca, la gratuidad en la atención del embarazo, del parto y del puerperio para toda su población y se solicitó al ejecutivo

<sup>59</sup> SSA. PNS-2007-2012, p.84.

<sup>60</sup> SSA. Programa de acción específico 2007-2012. Arranque Parejo en la Vida, Pp.39 y 40.

federal que esta política se aplicara en todo el país.<sup>61</sup> El 9 de mayo de 2008 Felipe Calderón anunció la puesta en marcha del Programa Embarazo Saludable como una ampliación del Seguro Médico para una Nueva Generación en todo el país.

Llama la atención que la salud de las mujeres no vale por sí misma. La atención de la salud materna dio un paso hacia adelante para transitar hacia un aseguramiento universal, pero como ampliación del seguro médico para los bebés, incluso uno de los argumentos de peso por parte de altos funcionarios del Sector fue que *habría que extender el Seguro Médico para una Nueva Generación hasta la vida intrauterina*; en consecuencia el Programa Embarazo Saludable no tiene presupuesto etiquetado en el PEF 2009. Así mismo, el Director de Prestaciones Médicas del IMSS declaró en abril de 2008: “En el Instituto Mexicano del Seguro Social ya no se necesita una coordinación de salud reproductiva, toda vez que se cumplió el objetivo de reducir el índice de natalidad de seis a 1.9 hijos por mujer, y tenemos que atacar otros problemas más relevantes... hace 20 años en el país teníamos un problema bárbaro (el de la natalidad) que se atacó y resolvió.” (La Jornada, abril 2008).

En 2008 las políticas principales para reducir la mortalidad materna son: la reorganización de redes de servicios en redes de atención de urgencias obstétricas; la capacitación del personal de salud para elevar su competencia médica; la concentración de acciones y recursos en los 125 municipios con menor índice de desarrollo humano del país y la identificación de zonas con falta de cobertura en atención de urgencia obstétrica para establecer planes locales. Se está en proceso de planeación, la ejecución es incipiente.

Para que estas políticas comiencen a producir efectos es necesario que la Secretaría de Salud y con ella el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) fortalezcan su función de rectoría: asegurando mecanismos para que el aumento de recursos financieros al Seguro Popular fortalezca y enriquezca sus propuestas en los estados, así como estableciendo instrumentos para que el IMSS-Oportunidades fortalezca su servicios y responda con eficacia a los problemas de salud materna que se presentan en su área de cobertura. También es necesario que el Gobierno del Estado de Oaxaca asuma vigorosamente y de manera proactiva su ámbito de responsabilidad.

---

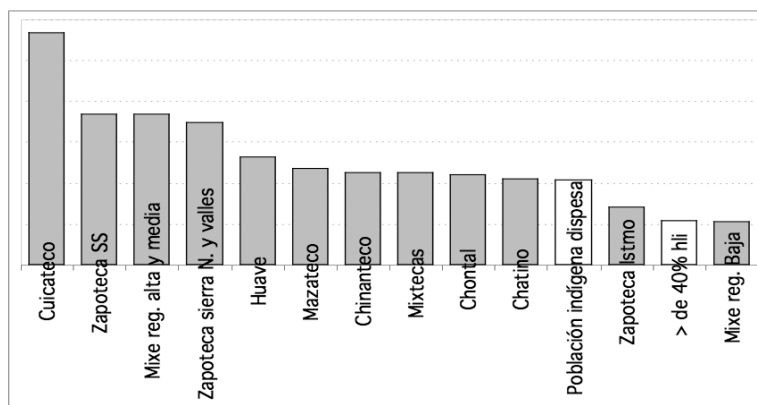
<sup>61</sup> Comité por una Maternidad sin Riesgos-Oaxaca, 2008.

Están pendientes los problemas de la calidez y el respeto a las mujeres en el proceso de dar vida, así como generar estrategias y acciones eficaces, que permitan articular con respeto y tolerancia las prácticas indígenas y los beneficios que ofrecen los sistemas modernos de atención a la salud. En estos temas la Secretaría de Salud de Oaxaca, dadas las características de la población a la que sirve, podría asumir el papel de diseñar acciones y políticas que dieran la pauta a nivel nacional.

## 6. La mortalidad materna en regiones indígenas de Oaxaca

Los problemas que he documentado de falta de competencia médica, de limitada capacidad resolutoria de las unidades médicas de primer y segundo nivel; de dudosa calidez y respeto a las mujeres en la prestación de los servicios y de los problemas para que el Seguro Popular pueda afiliar a las familias indígenas y garantizar los servicios que ofrece; así como los sinuosos avances de las políticas, han producido como uno de sus efectos que, en los años 2004 a 2008, el 62 por ciento de las defunciones maternas en Oaxaca hayan sido de mujeres que viven en municipios indígenas, y que en el nivel estatal la razón de mortalidad materna no se haya reducido.

**Gráfica 1.**  
**Mortalidad materna en población indígena de Oaxaca 2000-2007.**



Fuente: SSO. Municipios con muerte maternas 2000-2007 y CONAPO Proyecciones de población en México 2000-2050.

**Cuadro 4.**  
**Razón de Mortalidad Materna 2007 y 2008**

	2007	2008
Nacional	55.6	57.2
Oaxaca	102.3	98.7
Guerrero	97.7	96.5
Chiapas	81.54	96.8

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Información, Sistema Nacional de información en Salud. Disponible en <http://www.sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>

La meta del ejecutivo federal para el estado de Oaxaca es haber reducido la razón de mortalidad materna a 63.0 en el año 2012.



## Conclusiones

Las deficiencias médicas en la atención a la salud materna y a las urgencias obstétricas son un problema con graves consecuencias. En 2008 el 63 por ciento de las defunciones maternas se debieron a errores médicos. Aún cuando la ciencia y la evidencia científica son el pilar de los sistemas de salud modernos, las rutinas médicas en las instituciones de salud han ido construyendo una especie de *sistema médico de usos y costumbres* que poco se acerca a la práctica médica basada en evidencia científica.

Otro principio de la atención médica: el respeto a la dignidad humana y el trato cálido y amable a las pacientes, que incide de manera importante en la disposición de las mujeres para regresar o no a las unidades médicas, es poco atendido por las autoridades del Sector. A pesar de que es recurrente la discriminación y el maltrato a las mujeres, principalmente a las pobres e indígenas, no existen evaluaciones profundas sobre esta problemática.

La confianza de las mujeres en la atención médica es fundamental, particularmente en regiones indígenas. En estas regiones la población sostiene visiones sobre el cuerpo, la salud, la enfermedad y la atención, distintas a las de la institución médica, por lo que se requiere disposición para negociar los diferentes valores cuando la salud de una paciente se encuentra en riesgo. En estados como Oaxaca, en donde el 49 por ciento de su población es indígena, es imprescindible generar estrategias y acciones eficaces que permitan articular, con respeto y tolerancia, las prácticas comunitarias y los beneficios que ofrecen los sistemas modernos de atención a la salud, brindando servicios con calidad técnica y humana. En este sentido las experiencias de países como Brasil y Ecuador sobre parto humanizado y adecuación cultural en la atención del parto, pueden ayudar.

Una de las políticas más importantes que está siguiendo la Secretaría de Salud para evitar muertes maternas, es la reorganización de redes de servicios en redes de atención de emergencias obstétricas. Es fundamental que existan estos servicios en las regiones indígenas, pues aún cuando las mujeres que viven en estas regiones

pueden tener acceso a sus propios recursos para la atención de su embarazo y parto –como son las parteras tradicionales o la atención doméstica–, cuando se presentan complicaciones graves como son la pre-eclampsia severa, la eclampsia y la hemorragia, estos recursos no son suficientes y es necesaria la atención médica especializada para evitar discapacidades o la muerte de la mujer y del bebé.

Sin embargo, la red de servicios de salud no está en condiciones de ofrecer servicios de urgencias obstétricas, hay grandes regiones en donde no existen servicios médicos, o los que están no tienen capacidad de atención, ya sea por incompetencia médica o por carecer del equipo e insumos indispensables, en este sentido el IMSS-Oportunidades tiene una gran responsabilidad pues *cubre* el 57 por ciento de la población que habita en municipios indígenas; su capacidad instalada no responde a la demanda de los servicios y no cuenta con los recursos humanos suficientes.

En este contexto, el Sistema de Protección Social en Salud como herramienta para reducir la inequidad en la distribución de los recursos para la salud, y con ello, reducir la mortalidad materna, no lo está logrando. La población que sigue siendo excluida es la población indígena. En los municipios indígenas del estado se han integrado al Seguro Popular 17.5 por ciento de las familias, en contraste con el 30.7 por ciento de las que viven en los municipios no indígenas y el 62 por ciento de las defunciones maternas en el periodo 2004-2008 es de mujeres que vivieron en municipios indígenas.

La lenta afiliación al Seguro Popular en los municipios indígenas –y entre ellos los prioritarios por su bajo índice de desarrollo humano–, se debe a tres factores: 1) en estas regiones la red de servicios de salud no está en condiciones de proporcionar los servicios que ofrece el Seguro Popular, 2) el 57 por ciento de la población de estos municipios está cubierta por el IMSS-Oportunidades y, por la lamentable situación de esta institución, no hay todavía bases seguras para operar un convenio con la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y proveer los servicios del Seguro Popular, 3) los pueblos indígenas no están incluidos en la planeación del desarrollo del estado.

Existe un problema adicional, el Seguro Popular que cuenta con recursos financieros importantes y se propone afiliar a las familias sin acceso a seguridad social –la mayoría en el estado de Oaxaca– no esta respondiendo a las prioridades epidemiológicas y avanza en un contexto de inconsistencias tales como: la red de servicios de salud no pueda brindar con calidad y eficacia el paquete de servicios que ofrece; el que sólo haya 72 unidades médicas de primer nivel acreditadas por el SPSS; la disminución del número de miembros por familia originalmente considerado para costear las intervenciones del SP; la falta de acceso real a los servicios para numerosas familias afiliadas al SP de municipios de alta marginación, aún y cuando existe un recurso erogado para ellas. Lo anterior me hace plantear la siguiente pregunta: ¿En dónde y cómo se están gastando los recursos del SPSS y del Régimen Estatal del SPSS?

Una de las bases de los seguros de gastos médicos, más aún, en un sistema de aseguramiento universal, es la solidaridad: quienes tienen más salud y más recursos económicos financian a quienes tienen menos. Sin embargo en el caso del Seguro Popular en estados con alta concentración de población indígena ocurre lo contrario.

Para que las políticas y estrategias generadas desde el nivel federal y dirigidas a la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas comiencen a producir efectos, es necesario que la Secretaría de Salud y con ella el CNEGySR fortalezcan su función de rectoría: asegurando mecanismos para que el aumento de recursos financieros al Seguro Popular fortalezca y enriquezca sus propuestas en los estados y, estableciendo instrumentos para que el IMSS-Oportunidades fortalezca su servicios y responda con eficacia a los problemas de salud materna que se presentan en su área de cobertura. También es necesario que el Gobierno del Estado de Oaxaca asuma vigorosamente y de manera proactiva su ámbito de responsabilidad.

Un plan efectivo para reducir la mortalidad materna en el estado de Oaxaca tendría que expandir el acceso a la atención médica hacia las regiones indígenas, reformar al IMSS-Oportunidades y destinarle más recursos; diseñar y poner en marcha un plan estratégico para el desarrollo de las capacidades del personal de salud, tanto el que está en funciones, como el que se está formando; escuchar e

incluir la perspectiva de los pueblos indígenas y generar estrategias y políticas que permitan articular, con respeto y tolerancia, las prácticas indígenas y los beneficios que ofrecen los sistemas modernos de atención a la salud.

## Bibliografía

- Castañeda Pérez, Martha A. *Seguridad de las mujeres para dar vida: infraestructura sanitaria, presupuesto y cuentas claras*, en Muerte Materna y Presupuesto Público. Fundar, Centro de Análisis e Investigación. México, 2005.
- Castañeda Pérez, Martha A. *La atención de urgencias obstétricas en clínicas rurales: una propuesta factible*, en Daniela Díaz coordinadora, Martha A. Castañeda Pérez, David Meléndez Navarro, Sergio Meneses Navarro, autores, Muerte Materna y Presupuesto Público. Fundar, Centro de Análisis e Investigación. México 2006.
- Castañeda Pérez, Martha A. *El Seguro Popular en la atención a la salud materna: los pendientes del sexenio*, en Daniela Díaz coordinadora, Martha A. Castañeda Pérez, David Meléndez Navarro, Sergio Meneses Navarro, autores, Muerte Materna y Seguro Popular. Fundar, Centro de Análisis e Investigación. México 2007.
- Castañeda Pérez, Martha A, Martínez Tovar Juan O y Carmona Luna, Guadalupe. *Diagnóstico de las redes locales de servicios de salud en el estado de Oaxaca. Primera fase*. Documento de trabajo, enero 2008.
- Castañeda Pérez, Martha A, Martínez Tovar Juan O y Carmona Luna, Guadalupe. *Informe del proyecto: Fortaleciendo las capacidades de los municipios indígenas para impulsar su desarrollo*. Documento de trabajo, junio 2008.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *Focalización en 6 acciones para disminuir la mortalidad materna*. Ponencia presentada en la 2ª Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna Chipas, Guerrero, Oaxaca. San Cristóbal de las Casas, febrero 12 de 2009.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *Intervenciones y retos para la reducción de las muertes maternas y neonatales*. Ponencia presentada al Comité por una Maternidad sin Riesgos. México, junio de 2005.

Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos-México. Memoria de la 2ª Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna Chipas, Guerrero, Oaxaca. San Cristóbal de las Casas, febrero 12 de 2009. Disponible en CD.

Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos- Oaxaca. *Memoria del Taller de análisis de la mortalidad materna*, Oaxaca 2003.

Comité por una Maternidad sin Riesgos-Oaxaca. *1ª Reunión técnica de promoción de la salud materna: Chiapas, Guerrero y Oaxaca, 21 y 22 de febrero de 2008*. Disponible en CD.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe de Resultados. Primer Semestre 2007.

González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M, Porras Condey R, Carvalho N, Loncich K, Dias RH, Kulkarni S, Casey A, Murakami Y, Ezzati M, Salomon JA. *Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México*. Salud Pública Mex 2007; 49 supl 1:S37-S52.

Freyermut, Graciela. *El programa de Arranque Parejo en la Vida y sus tropiezos con las inequidades de la realidad* en Muerte Materna y Presupuesto Público. Fundar, Centro de Análisis e Investigación. México. 2005.

Hofmeyr G.J., Kulier R. *Tratamiento quirúrgico versus conservador para el “sufrimiento fetal” en el trabajo de parto*, en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2.

Maine, Deborah, Akalin, Murat Z., Ward, Victoria M y Kamara, Angela. Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. Centro para la población y salud familiar, Facultad de Salud Pública, universidad de Columbia. Junio 1997.

Ministerio de Salud de Brasil. *Pacto por la reducción de la mortalidad materna*.

Núñez Urquizo, Rosa María. *Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas*. Secretaría de Salud, Programa Arranque Parejo en la Vida. México, 2004.

OMS. Nuevo modelo de control prenatal de la OMS. Ginebra, Suiza, 2003.

PNUD, 2005. *Informe de Desarrollo Humano, Capítulo 2 Desigualdad y Desarrollo*.

Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. *Clampeo precoz versus clampeo tardío del cordón umbilical en prematuros* en La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2.

Rufino Luna Gordillo, CNEGySR. *Eslabones Críticos en las Defunciones Maternas de Chiapas, Oaxaca y Guerrero a partir de los Estudios de Caso*. Grupo AIDeM, Ponencia presentada en la 2ª Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna Chipas, Guerrero, Oaxaca. San Cristóbal de las Casas, febrero 12 de 2009.

SS. *Código de conducta del personal de salud*. México 2002.

SS, 2006. *Indicadores de resultados 2001-2005*.

SS. Programa Nacional de Salud 2007-2012.

SS, APV, Cruzada Nacional por la Calidad. *Mortalidad Materna 2005. Situación actual de los Procesos críticos Asociados*. Febrero 2006.

SSO, Gobierno del Estado de Oaxaca. Plan Maestro de Infraestructura, propuesta de inversión 2008-2010.

SSO. Diagnóstico para la Propuesta de colaboración entre el IMSS-Oportunidades y los Servicios de Salud de Oaxaca. Febrero 2009.

## Bases de datos

CONAPO, Proyecciones de población 2000-2050.

SSO. Departamento de Vigilancia Epidemiológica. Municipios con muerte maternas 2000-2005.

SSO. Departamento de Vigilancia Epidemiológica. Mortalidad Materna en Oaxaca 2006 y 2007.

SSO. Sistema de Información en Salud, anual 2007.

SSO. Sistema de Información en Salud. Obstetricia 2007.

SSO, Dirección de Planeación y Desarrollo. *Estudio de Regionalización Operativa, base 2008.*

SSO, Dirección de información de recursos para la salud. Listado de redes de servicios de salud 2008.

CNPSS. Municipios con presencia del Seguro Popular, grado de marginación y número de familias por decil de ingreso, cifras al primer trimestre de 2007.

Acuerdo de coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en Oaxaca 2007. Anexos III, IV y V. Oficio No. CNPSS/659/ 08, con fecha de 25 de septiembre de 2008, como respuesta a la Solicitud de información N° 0001200236008.

Acuerdo de coordinación para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud en Oaxaca 2008. Anexos III, IV y V. Oficio No. CNPSS/659/ 08, con fecha de 25 de septiembre de 2008, como respuesta a la Solicitud de información N° 0001200236008.

# **Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la muerte materna**

**Perspectivas a nivel nacional y en los estados de Chiapas y Oaxaca**

se terminó de imprimir en mayo de 2010.

La edición consta de 500 ejemplares más sobrantes para reposición.

Edición a cargo de:

Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C.



Este libro es resultado del monitoreo de las políticas del Estado mexicano orientadas a disminuir la mortalidad materna que Fundar realiza desde 2006 en el ámbito federal y en Chiapas y Oaxaca. A partir de la pregunta por los alcances y limitaciones del Seguro Popular de Salud para garantizar una atención médica gratuita, oportuna y de calidad a las mujeres embarazadas los tres estudios evidencian como la estructura de financiamiento del Seguro Popular a nivel federal, y su instrumentación en los estados, afectan directamente la accesibilidad a los servicios de salud, sobre todo de mujeres pobres e indígenas en dos de los estados más pobres de la República (Chiapas y Oaxaca). De esta manera el libro, que está dirigido a tomadores de decisión, organizaciones civiles que promueven los derechos sexuales y reproductivos y personas interesados en la temática, ofrece nuevos insumos para el debate sobre las políticas más adecuadas para garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva para toda la población, incluyendo los grupos más vulnerables.