

La mortalidad materna en México

Cuatro visiones críticas



**Martha Castañeda
Daniela Díaz
Gisela Espinosa
Graciela Freyermuth
Dora Sánchez-Hidalgo
Cecilia de la Torre**

MARTHA AÍDA CASTAÑEDA es antropóloga física dedicada al monitoreo de programas de salud desde el punto de vista de las beneficiarias e integrante del Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población en Oaxaca. Entre sus trabajos destaca la obra *Capacitación a parteras tradicionales: ¿articulación o desfase con el sistema institucional de salud?*, publicada por El Colegio de la Frontera Sur y el Consejo Estatal de Población de Chiapas.

GISELA ESPINOSA DAMIÁN es maestra en el Posgrado en Desarrollo Rural de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, e integrante del Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población del Distrito Federal. Con el foro ha realizado diversos estudios sobre las políticas de salud reproductiva y los presupuestos públicos destinados a ella. Entre sus publicaciones en este campo destaca el libro *Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México: una mirada a la situación nacional y a cuatro estados*, publicado en el año 2000 por el Foro y por la UAM Xochimilco.

DANIELA DÍAZ ECHEVERRÍA estudió la maestría en Estudios Latinoamericanos en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México. Participó como becaria en el proyecto coordinado por el doctor John Saxe Fernández, "La inversión extranjera directa: los casos de Pemex, CFE, FFRR, Aeropuertos y Puertos (geoconomía y geopolítica del capital)", que se desarrolló en el Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM. Desde agosto de 2000 se desempeña como investigadora de Fundar, Centro de Análisis e Investigación; actualmente es responsable del proyecto "Mortalidad materna y presupuesto público en salud".

LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO
CUATRO VISIONES CRÍTICAS

Querido Miguel Ángel
Este libro también es fruto
de tu trabajo y de tu
apoyo.

Gracias por todo

Reina

26/05/04

Se agradece a la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur el decidido apoyo para las investigaciones y la edición de la obra que aquí se presenta.

La mortalidad materna en México

Cuatro visiones críticas

MARTHA AÍDA CASTAÑEDA

DANIELA DÍAZ

GISELA ESPINOSA

GRACIELA FREYERMUTH

DORA SÁNCHEZ-HIDALGO

CECILIA DE LA TORRE



FUNDAR, CENTRO DE ANÁLISIS E INVESTIGACIÓN, A. C.
K'INAL ANTZETIK, A. C.
FORO NACIONAL DE MUJERES Y POLÍTICAS DE POBLACIÓN
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
COORDINADORA NACIONAL DE MUJERES INDÍGENAS

Diseño de portada
Virginia Flores y Mariza Flores

Fotografía de portada
Jesús Sánchez Uribe

Composición tipográfica, diseño, producción y cuidado editorial
Sans Serif Editores, tel. 5611 37 30, telfax 5611 37 37
serifed@prodigy.net.mx

Primera edición 2004

D.R. © Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C.
D.R. © K'inál Antzetik, A. C.
D.R. © Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población
D.R. © Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco
D.R. © Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas

ISBN: 970-31-0276-X

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

PRESENTACIÓN

Este volumen reúne cuatro investigaciones, tres de las cuales fueron realizadas como parte del proyecto financiado por la Fundación MacArthur y coordinado por Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C., cuyo objetivo central consistió en analizar el presupuesto del Programa de Ampliación de Cobertura, vinculando el uso de los recursos al comportamiento de las tasas de mortalidad materna, tanto en el ámbito federal como en los estados de Chiapas y Oaxaca. La cuarta investigación fue realizada para la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas y K'inal Antzetik, instancias que no sólo solicitaron el estudio, sino que colaboraron convocando a mujeres indígenas de cinco estados de la república. Esta investigación también fue financiada por la Fundación MacArthur.

Los cuatro estudios convergen en una preocupación común: el grave problema de las altas tasas de muertes maternas en México, especialmente en las zonas rurales e indígenas, caracterizadas por su extrema pobreza y marginación. El problema es grave no sólo por la tragedia que significa para las familias, las comunidades y el país, sino también porque desde 1987 la mortalidad materna es considerada internacionalmente uno de los indicadores más claros de las desigualdades de género, de clase y étnicas, pues se trata de muertes prevenibles, evitables, que no se producen allí donde se dispone de una infra-

estructura de salud pública que funciona adecuadamente, y de acceso universal.

El primer paso de las autoras de estos cuatro textos ha sido dar visibilidad al problema de las muertes maternas y dimensionar su magnitud. Todavía en 1998 el representante del Programa de Salud Reproductiva del Instituto de Salud de Chiapas afirmaba que la mortalidad materna no era un problema relevante de salud. Las organizaciones indígenas y de mujeres y un pequeño grupo de investigadoras han cuestionado y desmentido esta versión oficial. Como en el caso de la lucha contra la violencia doméstica, han tenido que producir "datos duros" que prueban que se trata de un problema de salud pública prioritario. En esto ha sido fundamental el impulso dado por los Comités Estatales por una Maternidad sin Riesgos, en los que varias de las autoras de este volumen han participado activamente.

Construir un panorama de la evolución de las tasas de muertes maternas en las regiones más pobres es tarea difícil, que requiere desarrollar metodologías innovadoras. En este sentido, han sido precursoras las investigaciones de Graciela Freyermuth, que demostraron que las cifras oficiales para el estado de Chiapas quedaban invalidadas por un extraordinario subregistro. Ella partió de una cuestión sencilla y obvia, pero que no se tenía en cuenta: la información disponible y que se maneja se refiere exclusivamente a la población que está en contacto con las instituciones; pero, como sucede en los municipios de los Altos chiapanecos, gran parte de la población indígena continúa teniendo un acceso muy limitado a las instituciones de salud pública.

Para demostrar el subregistro de las muertes maternas, Graciela Freyermuth utilizó en primera instancia la técnica de las autopsias verbales de mujeres que murieron en el embarazo, parto y puerperio. Este procedimiento reveló un subregistro de 45% en el municipio de Chenalhó. Pero las autopsias verbales son una técnica que exige mucha dedicación y tiempo, ya que implican la reconstrucción de lo sucedido en casos individuales, mediante múltiples entrevistas a personas cercanas a las mujeres fallecidas. Para lograr información a mayor escala,

Freyermuth propone un indicador clave para la identificación de los municipios de alto riesgo mediante las estadísticas vitales disponibles: la sobremortalidad de mujeres en edad reproductiva, puesto que la causa más frecuente de muerte en este periodo son las complicaciones no atendidas o mal atendidas del embarazo, parto y puerperio.

La información que habitualmente se maneja sobre mortalidad materna se refiere a tasas globales en el nivel de los estados. Uno de los objetivos del presente volumen es, en cambio, mostrar que los datos agregados enmascaran desigualdades. Incluso las tasas del plano municipal dan una idea imprecisa de la situación, cuando en el municipio hay población indígena y no indígena. En muchos casos es necesario introducirse en el nivel de las comunidades y compararlas por pertenencia étnica para descubrir hasta qué punto las desigualdades son abismales. Ésta es una de las cuestiones fundamentales que abordan las investigaciones de este libro: las desigualdades por pertenencia étnica, que hace que los indígenas estén en peores condiciones que sus vecinos. Pues si bien en el ámbito nacional ha habido avances en la última década en materia de mortalidad materna, en las zonas indígenas éstos han sido mínimos frente a los rezagos que subsisten. Las comunidades indígenas siguen concentrando gran parte de las muertes maternas, e incluso hay regiones en las que hubo francos retrocesos en la década de 1990.

Una segunda contribución fundamental de los estudios reunidos en este volumen se refiere al análisis y seguimiento de las asignaciones presupuestales del gobierno y el uso de los recursos en uno de los principales programas gubernamentales dirigidos a mejorar la situación: el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC). Asimismo, se hace una revisión (en este caso más breve, por tratarse de un programa reciente) del Programa Arranque Parejo en la Vida, puesto en marcha en el presente sexenio. Este tipo de investigaciones forman parte de un esfuerzo reciente de algunas organizaciones no gubernamentales para evaluar, de manera crítica e independiente, la acción del Estado, reuniendo la información sobre la evolución del gasto público, indispensable para exigir el cumplimiento

de los compromisos internacionales contraídos por el gobierno, en particular los que resultaron de la Conferencia de Población y Desarrollo, mejor conocidos como los Acuerdos de El Cairo.

La capacidad de monitorear los presupuestos destinados a los programas vinculados a la salud reproductiva, y específicamente los dirigidos a abatir la mortalidad materna, es parte del proceso de adquisición de nuevas destrezas, requeridas para realizar un cabildeo serio y profesional. De esta manera, las demandas se sustentan en información obtenida en diversas fuentes, que incluyen los datos oficiales y las voces de las y los protagonistas, entre las cuales destacan el personal de las instituciones de salud pública y las mujeres que en sus comunidades enfrentan problemas en la atención de sus embarazos, partos y puerperios. La complementación de información cuantitativa con información cualitativa nos da un panorama complejo, que contrasta con el discurso oficial y los informes de las instituciones gubernamentales, que habitualmente pintan un cuadro de éxitos y metas alcanzadas.

Para valorar el aporte de las investigaciones aquí reunidas hay que tener en cuenta que a pesar de las nuevas reglamentaciones respecto a la transparencia en la información gubernamental, son muchos los obstáculos para lograr un panorama claro de la evolución del gasto público en materia de salud, desenmarañando cifras y datos. En efecto, las autoras han ido descubriendo estos obstáculos en el camino y han tenido que desarrollar nuevas metodologías y técnicas que les permiten ir armando el rompecabezas de la situación. Por ejemplo, la información sobre las asignaciones presupuestarias para el PAC cambian de rubro de un año al otro y es difícil seguirles la pista, como nos muestran los estudios que componen este volumen. Ellos representan las primeras aproximaciones y experiencias en la ardua tarea de entender qué ha sucedido respecto al gasto que puede incidir en las tasas de muertes maternas.

El artículo de Dora Sánchez-Hidalgo y Daniela Díaz Echeverría, "Mortalidad materna: un problema sin resolver. La experiencia del Programa de Ampliación de Cobertura (1996-2002)", tiene por objetivo evaluar el impacto de la asignación presupuestal del PAC en la reducción de las tasas de

mortalidad materna en el ámbito nacional. Un problema que debieron enfrentar las autoras y que no logra resolverse del todo es el de las dificultades metodológicas para reconstruir la evolución de las asignaciones presupuestales. No obstante, la investigación logró hallazgos importantes. Uno de ellos es que, al ampliarse el número de personas atendidas, sin que se haya incrementado proporcionalmente el presupuesto destinado al PAC, el gasto per cápita (por pacientes atendidos) disminuyó entre 1998 y 2000.

Paralelamente, y con base en datos del Consejo Nacional de Población, Sánchez-Hidalgo y Díaz Echeverría muestran que si bien el PAC ha tenido logros en algunos estados, en cuatro de ellos la tasa de muertes maternas habría aumentado. Queda la duda de si este aumento se debe al empeoramiento de las condiciones de vida y de la atención a la salud, o a que ha mejorado el registro de los casos, con el consiguiente incremento en las cifras de muertes. Lo que sí resulta claro es que, inevitablemente, la ampliación de la cobertura sin un aumento proporcional en la inversión en la infraestructura y en el presupuesto para la operación del programa tiene efectos negativos inmediatos: una sobrecarga en el trabajo de los médicos, y que se ponga énfasis en el trabajo casi gratuito de las auxiliares de salud y de la comunidad.

Pero, sobre todo, esta investigación devela dos problemas de suma relevancia en el actual desarrollo de las políticas de salud dirigidas a la mujer: uno es que los programas de salud para población en pobreza se llevan a cabo en un "entorno deficiente de atención en salud", es decir, sin que se hayan nivelado primero las condiciones de los servicios de salud existentes en las entidades federativas; y, en segundo término, el hecho de que se hayan puesto en funcionamiento programas que otorgan atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio sin crear los medios necesarios para atender las urgencias obstétricas, que son las que desembocan en la mayoría de las muertes maternas. Y todo esto se da en el contexto de una escasa asignación de recursos financieros, que da prioridad a las áreas del sector público que no participan en el combate a la pobreza.

El artículo de Graciela Freyermuth, con la colaboración de Cecilia de la Torre, "Los programas de Ampliación de Cobertura y Arranque Parejo en la Vida en los Altos de Chiapas", es de gran riqueza, pues sintetiza un conjunto de trabajos desarrollados por Freyermuth desde principios de la década de 1990 hasta la actualidad, tanto en la investigación como en el esfuerzo por establecer un modelo de colaboración entre la academia, las ONG y las instituciones gubernamentales, en la lucha por lograr el descenso de las tasas de mortalidad materna en Chiapas, uno de los estados que tienen las peores condiciones del país. Esta colaboración ha permitido llevar adelante una campaña por mejorar el registro de las muertes maternas y para elaborar una propuesta interinstitucional muy completa y compleja, fundamentada en la identificación de los principales problemas que existen para la prevención de las muertes maternas en tres niveles: el de las instituciones, el de las relaciones de género que afectan la situación de las mujeres dentro de sus familias y en la comunidad, y el de las relaciones entre la medicina tradicional y la medicina institucional.

Un trabajo de campo cuidadoso, prolongado, a profundidad, le permitió a Graciela Freyermuth descubrir cuestiones finas, fundamentales para la elaboración de propuestas de estrategias de acción. Tal es el caso del mal manejo de los oxitócicos en el nivel local, muy extendido en la actualidad, que produce hemorragias y rupturas uterinas con desenlaces fatales. Otra cuestión sumamente preocupante es la alta mortalidad intrahospitalaria, a lo que se agrega que el actual criterio de selección de los municipios de alto riesgo, aplicados por los programas PAC y Arranque Parejo para focalizar su acción, deja fuera los municipios donde existen los mayores riesgos, puesto que la población no tiene contacto con los servicios de salud. Freyermuth subraya entonces la necesidad de extender los programas a estos municipios.

Asimismo, al hacer el análisis presupuestal del PAC, Freyermuth pone de manifiesto el déficit de recursos financieros para atender tanto partos normales como de riesgo. Esto significa que se mantienen inalteradas las condiciones que propician la mortalidad materna.

De la misma manera, la propuesta desarrollada por Freyer-muth con base en la experiencia de casi dos décadas de investigación y acción, subraya que los programas deben reconocer la importancia del papel de la medicina indígena (especialmente por medio de las parteras), y, en consecuencia, deben dar prioridad a la relación entre la medicina tradicional y la institucional. Al igual que las dos siguientes investigaciones de este libro, el artículo recomienda que los programas tengan en cuenta que se está trabajando en un contexto multicultural, que exige el desarrollo de destrezas para una comunicación fluida y respetuosa, donde el manejo de las lenguas indígenas constituye un componente clave para la transmisión de mensajes a la población.

El artículo de Martha Castañeda, "La atención médica a la salud materna en Oaxaca: políticas, programas y presupuesto", entrelaza la historia de los servicios de salud pública regionales con los principales procesos en los ámbitos nacional e internacional, y destaca el papel que en esta historia han tenido las mujeres organizadas para atraer la atención sobre el problema de las muertes maternas. Al igual que el primer artículo del volumen, este trabajo desarrolla una metodología para analizar el presupuesto que, en este caso, el estado de Oaxaca destina a la salud materna, calculando —entre otros aspectos— la proporción de los costos de los partos que deben ser absorbidos por las mujeres pobres. Este análisis indica que un alto porcentaje de los costos mencionados (que incluso puede llegar hasta 40%) está siendo cubierto por las mismas pacientes, lo que para muchas familias se convierte en un gasto catastrófico en sentido lato. En lo que respecta a las familias extremadamente pobres, que no pueden afrontar estos gastos y no pueden pagar, los partos siguen ocurriendo en los hogares sin el beneficio de parteras ni médicos, y es en estos contextos donde se produce un número considerable de muertes maternas. La información presentada por Castañeda hace un llamado de atención muy fuerte, pues sugiere que los fallecimientos de parturientas en el hogar habrían aumentado entre 1999 y 2001. En palabras de la autora, esto significa que el acceso a las unidades médicas se ha dificultado.

Oaxaca es uno de los estados en los que se ha reportado un notable descenso en la tasa de mortalidad materna, pues ésta era el doble de la tasa media nacional en 1990, y para el 2000 estaba 36% por encima de la media nacional. Sin embargo, el estudio de Martha Castañeda puntualiza lo que significa hablar de necesidades insatisfechas. Una de ellas es que, en Oaxaca, sólo entre 31 y 41% de las mujeres embarazadas cubiertas por el PAC reciben consulta prenatal. En este estado, cuya población es mayoritariamente indígena, 70% de las muertes maternas de las que se tuvo noticia para el periodo estudiado ocurrieron por complicaciones del parto y porque los casos complicados no pudieron ser derivados oportunamente a los centros de primer y segundo nivel de atención.

Por otra parte, las entrevistas realizadas a mujeres beneficiarias y a operadores de los programas estudiados, así como los testimonios recogidos en talleres de autodiagnóstico de salud con mujeres zapotecas, revelaron fuertes carencias en los servicios, en cuanto a la infraestructura disponible, el equipamiento y la capacitación del personal. La gente observa y sabe que los pasantes que los atienden en los centros de salud —cuando los hay— en su región, están en proceso de aprendizaje y difícilmente están preparados para enfrentar casos complicados. En algunas zonas el problema no es tanto de acceso sino de la resistencia de la población a convertirse en el medio a través del cual los pasantes de medicina adquieran su experiencia práctica. Como nos dice Martha Castañeda con base en los testimonios: “El trato que reciben las mujeres en los hospitales es otra razón por la que la medicalización del parto no ha avanzado paralelamente a la promoción que se ha hecho”.

Para el artículo de Gisela Espinosa, la principal —pero no la única— fuente de información fueron las voces de 213 mujeres de 17 estados, convocadas por la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas con el propósito de reflexionar sobre sus experiencias en torno al embarazo, parto y puerperio. Aquí el interés de la investigadora está puesto en analizar las condiciones en que se ejerce la maternidad en contextos indígenas con prácticas diversas. Más allá de esta diversidad, Espinosa encuentra puntos en común: el hecho de que las hablantes de

lenguas indígenas tienen mucho menos información sobre anticoncepción que otras mujeres rurales, especialmente en Guerrero y Oaxaca; que tienen dificultades de acceso a los métodos anticonceptivos o que éstos les resultan inaccesibles; y que hay factores de la cultura local que obstaculizan que las mujeres acudan a solicitar los servicios. En definitiva, el *status* subordinado de las mujeres indígenas se combina con condiciones de escasez, ausencia o mala calidad de los servicios públicos de salud, para dificultar que ellas puedan “ser madres por elección, no por azar o destino”.

Las voces de las mujeres dan cuenta de la diversidad de factores que se conjugan para que pocas indígenas puedan realmente adueñarse de sus cuerpos, de su sexualidad y de sus procesos reproductivos. Por ahora, la “disputa por controlar los úteros” —en palabras de Gisela Espinosa— por parte de familiares, los usos y costumbres, y las instituciones de salud, hacen que se sientan presionadas en diferentes direcciones, a favor y en contra de la maternidad. Por desgracia, con demasiada frecuencia las presiones llegan incluso a la coerción y la violencia. El reto es crear las condiciones para que las mujeres puedan ejercer sus derechos y construir su autonomía. En este panorama tan cargado de carencias, las voces también recuperan el esfuerzo que las mujeres organizadas están haciendo para caminar en esa dirección.

Para finalizar, los cuatro estudios reunidos en este volumen prueban que si bien se ha ampliado la cobertura de la población atendida por el PAC y el Programa Arranque Parejo en la Vida, esto no es suficiente ya que las necesidades insatisfechas siguen siendo muchas y básicas. Visto el problema desde el ángulo de la distribución de los recursos de salud entre población indígena y no indígena, todavía estamos muy lejos de atenuar las desigualdades en el acceso a los servicios y en alcanzar la calidad de los mismos. Ciertamente, estas investigaciones sugieren que hasta ahora ha habido discriminación al distribuir los recursos, y que desde luego ésta no se va a superar con una asignación restringida y focalizada de los presupuestos. En este sentido, el volumen muestra que todavía falta mucho por hacer para alcanzar una cobertura óptima en

materia de anticoncepción, control prenatal y atención de los partos, pues el acceso a los servicios sigue siendo un problema en contextos rurales e indígenas, así como la detección y la canalización de los casos complicados y de las urgencias obstétricas.

Esperemos que las autoridades correspondientes tengan muy en cuenta la información que aquí se presenta y retomem las propuestas que se formulan; sólo así demostrarán un genuino compromiso para abatir la mortalidad materna en zonas rurales e indígenas, y de este modo dar cabal cumplimiento al derecho de esta población a una vida saludable y libre de muertes evitables.

SOLEDAD GONZÁLEZ MONTES*

* Profesora-investigadora del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer/Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México.

MORTALIDAD MATERNA: UN PROBLEMA SIN RESOLVER

La experiencia del Programa de Ampliación de Cobertura (1996-2002)

DORA SÁNCHEZ-HIDALGO*
DANIELA DÍAZ ECHEVERRÍA*

INTRODUCCIÓN

En 1996 el gobierno mexicano puso en marcha el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), destinado a extender el acceso a servicios básicos de salud de la población abierta en los estados con mayores índices de marginación. En el programa se establece específicamente la reducción de las tasas de mortalidad materna como una de las metas por alcanzar en el proceso de brindar atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.¹

En este documento se analizará la asignación del presupuesto del PAC, con el propósito de comprobar cómo se utilizaron esos recursos en las acciones orientadas a resolver la problemática aludida y si fueron usados de manera adecuada para reducir la mortalidad materna.

En términos médicos la muerte materna se define como "la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o por su atención, pero no por causas accidentales o incidentales".² Sin embargo, para entender la complejidad

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

¹ *Diario Oficial de la Federación*, "Reglas de Operación del PAC", marzo, 2001, p. 18.

² Definición citada en Elsa Gómez Gómez, "La salud y las mujeres en América

de esta problemática, debe tenerse en claro que la muerte materna es la consecuencia última de una maternidad poco saludable. Aunado a esto, detrás de cada muerte de una mujer se ocultan problemas socioeconómicos³ como la desintegración de la familia, elevada mortalidad y morbilidad infantil, la deserción escolar y el ingreso prematuro de los hijos al mercado de trabajo.⁴

El hecho de que la mortalidad materna sea en gran medida prevenible —es decir, que se tienen identificados claramente ciertos elementos que la causan, así como determinados factores que la pueden evitar— la ubica como un problema de salud pública que evidencia las desigualdades económicas, sociales y culturales, tanto en el ámbito regional como en el interior de un país. Por tanto, es evidente la estrecha relación entre las tasas de mortalidad materna y las condiciones sociales y económicas de las mujeres.⁵ En suma, la muerte materna no es accidental; es más bien el resultado de una serie de relaciones económicas, sociales y culturales que ubican a la mujer en una posición de franca desventaja.

Esto queda claramente ilustrado por las tendencias reflejadas en el plano internacional: alrededor de 99% de las más de 500 000 muertes maternas anuales en el mundo ocurren en los países en desarrollo. Así, una mujer en el mundo en desarrollo tiene una en 48 posibilidades de morir por causas relacionadas con el embarazo, mientras en los países más ricos esa proporción es de una en 1 800.⁶ Ante esta situación de desigualdad, la

Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques”, en Serie Mujer y Desarrollo, Santiago de Chile, Naciones Unidas, abril, 1997.

³ Isafas Gutiérrez, “La maternidad segura en su contexto conceptual”, en María del Carmen Elú y Ana Langer (comps.), *Maternidad sin riesgos en México*, Chiapas, México, Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos, 1994, p. 9.

⁴ Ana Langer, “La mortalidad materna en México: la contribución del aborto inducido”, en A. Ortiz (ed.), *Razones y pasiones en torno al aborto*, México, Edamex/Population Council, 1994, pp. 149-153.

⁵ María del Carmen Elú, “Iniciativa para una Maternidad sin Riesgos en México”, en Graciela Freyermuth y María Cristina Manca, *Luna golpeada. Morir durante la maternidad: investigaciones, acciones y atención médica en Chiapas y otras experiencias en torno a la mortalidad materna*, Chiapas, México, Comités Promotores de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México, 2000, p. 14.

⁶ Human Development Networks, *Safe motherhood: lessons of ten years of experience*, Washington, D.C., Banco Mundial, 1999.

mortalidad materna fue un punto central de la discusión en las dos últimas conferencias internacionales sobre población, desarrollo y mujer —celebradas en El Cairo y Beijing—, donde se fijaron metas para reducir las defunciones maternas.

REFORMA DEL SECTOR SALUD

En la década de 1980 se sentaron las bases para la actual reforma del sector salud. El doctor Guillermo Soberón —durante el periodo presidencial de Miguel de la Madrid— encabezó y propuso las iniciativas de mayor envergadura: la elevación a rango constitucional del derecho a la protección a la salud (lo que finalmente se logró con la adición del artículo 4°); la promulgación de la Ley General de Salud (que derogó el Código Sanitario de 1973); la creación de un Sistema Nacional de Salud y los primeros convenios de descentralización.

Aunque desde los años setenta se iniciaron en el país los esfuerzos gubernamentales para extender la cobertura por medio del IMSS-Coplamar —programa que de alguna manera daba continuidad a un esfuerzo similar realizado en los cincuenta con el Programa de Bienestar Social Rural—, en la década de los noventa aún se estaba lejos de cumplir los acuerdos de Alma Ata: salud para todos en el año 2000.

En consecuencia, en la década pasada el déficit de atención a la población abierta todavía era muy elevado, al tiempo que se observaban la permanencia y el resurgimiento de padecimientos ligados a condiciones de pobreza, además de la expansión de enfermedades de mayor complejidad. Durante este cambio del cuadro epidemiológico permanecieron los altos índices de mortalidad materna y de mortalidad infantil y propagación de enfermedades ligadas a la salud reproductiva y de transmisión sexual. A la vez, México estaba interesado en cumplir con la meta planteada en Alma Ata, mientras a escala internacional se impulsaba en el continente la reforma del sector salud a través del Banco Mundial.

Esta situación obligó a impulsar nuevamente la reforma del sector salud iniciada en los ochenta, y con el gobierno de

Ernesto Zedillo se puso en marcha el Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000, en el que se establecían cuatro objetivos:⁷

1) Establecer instrumentos para promover la calidad y la eficiencia de la prestación de servicios.

2) Ampliar la cobertura de la atención de las instituciones de seguridad social, facilitando la afiliación de la población no asalariada, así como de la ligada a la economía informal.

3) Concluir el proceso de descentralización de los servicios de salud a población abierta en las entidades federativas aún centralizadas y profundizarlas en las restantes.

4) Ampliar la cobertura de los servicios de salud a la población marginada residente en zonas rurales y urbanas con acceso limitado o nulo a dichos servicios.

La descentralización y la ampliación de la cobertura son dos de los ejes que conciernen a todos los objetivos perseguidos. Para alcanzar estas metas se pusieron en práctica diversas medidas: la reforma a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, la instauración del Seguro de Salud para la Familia, la creación del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (Fassa, del ramo 33), la aplicación del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) y el componente de salud del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresas).⁸

Otro eje de la reforma es la premisa de costo-efectividad. En otros términos, que con pocos recursos se logre subsanar las carencias de la atención, incorporando a la población no derechohabiente, al tiempo que se sostiene el funcionamiento de los servicios de salud. El PAC es uno de los programas que engloban esta premisa a cabalidad, por lo que constituye una de las experiencias centrales en la reforma de 1995.

⁷ Poder Ejecutivo Federal, "Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000", p. 14.

⁸ Briseida Lavielle, Gabriel Lara y Daniela Díaz, *Curitas para la salud: el mapa de la inequidad*, México, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C., noviembre, 2001, pp. 9-10.

PROGRAMA DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA (PAC)

Dónde y cómo opera

El antecedente del PAC es el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para Población Abierta (PASSPA), que operó en Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y el Distrito Federal entre 1991 y 1995, en el marco del Modelo de Atención en Salud para Población Abierta (MASPA). Su objetivo central es incrementar la cobertura integral de los servicios de salud del primer nivel de atención para cubrir a la población desatendida.⁹ El PAC está orientado hacia la población abierta del medio rural, que habita en pequeños asentamientos dispersos y de difícil acceso —donde privan condiciones de insalubridad y exposición a las enfermedades propias de la pobreza— concentrados en municipios y localidades de alta y muy alta marginalidad.¹⁰ Opera en las 19 entidades federativas que presentan los mayores rezagos en el campo de la salud (Campeche, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, México, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Veracruz, Yucatán y Zacatecas).¹¹

En términos generales, en el PAC la estructura territorial en el plano estatal está conformada por los servicios de salud estatales y las jurisdicciones sanitarias. Éstas, a su vez, se hallan constituidas por municipios, que son la unidad geográfica base para la selección de territorios que habrá de atender el programa.¹² En el caso del PAC corresponden a las localidades de menos de 5 000 habitantes.

La estructura organizativa en la localidad está ordenada de la siguiente manera: el Equipo Zonal de Supervisión (conformado por un médico, una enfermera y un promotor); el Núcleo Básico de Servicios (constituido por un médico familiar o general y una o dos enfermeras, personal que puede ser sustituido con pasantes o promotores); el Equipo de Salud

⁹ *Diario Oficial de la Federación*, "Reglas de Operación del PAC", marzo, 2001, p. 12.

¹⁰ *Ibid.*, p. 12.

¹¹ *Ibid.*, p. 13.

¹² *Ibid.*, p. 14.

Itinerante (ESI,¹³ integrado por un médico, una enfermera, un promotor polivalente y, en algunos casos, un odontólogo, quienes pueden ser profesionales titulados o pasantes, así como la enfermera puede ser auxiliar de enfermería); el coordinador comunitario de salud y el auxiliar de salud (ambos pertenecientes a la comunidad).

El esquema de funcionamiento opera en dos modalidades: *a)* ampliación geográfica y *b)* ampliación funcional. La primera busca llevar los servicios indispensables de salud —que incluyen un Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS)— a las comunidades más dispersas, marginadas y sin acceso permanente a esos servicios. La ampliación funcional consiste en el fortalecimiento de las unidades de salud existentes, pertenecientes a los Servicios Estatales de Salud que atienden a la población beneficiaria del PAC.¹⁴

Además de la participación estatal y municipal, el PAC considera la participación en el ámbito local uno de los pilares fundamentales para su operatividad. Por medio de las asambleas comunitarias se designan los comités locales y se organiza a la comunidad para que aporte las casas de salud y elija a los auxiliares en esa materia. El programa promueve la contraloría social, cuya función es recibir y atender quejas, denuncias y reconocimientos por parte de la población atendida por el PAC.¹⁵

La atención de la salud en el PAC

Para dar cumplimiento a su objetivo general, el programa se diseñó con base en un Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS) que comprende 13 intervenciones esenciales de salud (cuadro 1).

Las características principales de las acciones registradas en el cuadro 1 son las siguientes:

- Prevalencia del enfoque preventivo sobre el curativo
- Modificación de hábitos higiénicos inadecuados

¹³ Los ESI pueden ser de tres tipos: Brigada Ambulante, Brigada Motorizada o Unidad Móvil y Brigada Mixta. *Ibid.*, p. 25.

¹⁴ *Ibid.*, p. 27.

¹⁵ *Ibid.*, p. 14.

- Promoción de la participación comunitaria
- Gratuidad de los programas prioritarios de salud
- Atención en el medio rural donde residen los estratos de población abierta más vulnerable

CUADRO 1. *Intervenciones establecidas del Programa de Ampliación de Cobertura*

-
1. Saneamiento básico en el medio familiar
 2. Planificación familiar
 3. Atención prenatal, del parto y puerperio, así como del recién nacido
 4. Vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil
 5. Inmunizaciones
 6. Manejo de casos de diarrea en el hogar
 7. Tratamiento antiparasitario a las familias
 8. Manejo de infecciones respiratorias agudas
 9. Prevención y control de la tuberculosis pulmonar
 10. Prevención y control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus
 11. Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones
 12. Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud
 13. Prevención y detección del cáncer cérvico-uterino
-

La intervención 6.3 del PAC —“Atención prenatal, del parto y puerperio, así como del recién nacido”— está dirigida especialmente a la mujer embarazada, busca cuidar y atender con oportunidad los riesgos de salud durante el embarazo, parto y puerperio, y tiene como objetivo reducir la mortalidad materna e infantil en el periodo perinatal.¹⁶ Para lograrlo se definieron 14 acciones concretas que son preferentemente de prevención (cuadro 2).

De tal modo, el PAC reconoce de modo explícito que la mortalidad materna es un problema importante en las localidades

¹⁶ *Ibid.*, p. 18.

CUADRO 2. *Acciones de la intervención 6.3 del PAC
(Atención del embarazo, parto y puerperio)*

Identificación de embarazadas
Consulta prenatal por primera vez
Consulta prenatal subsecuente
Aplicación del toxoide tetánico
Ministración de hierro y ácido fólico
Promoción de la lactancia materna
Identificación y referencia de mujeres embarazadas de alto riesgo
Consejería en planificación familiar
Atención del parto eutócico
Cuidados inmediatos del recién nacido
Detección y referencia del recién nacido con problemas
Aplicación de las vacunas Sabin y BCG al recién nacido
Atención del puerperio
Educación para la salud

de alta y muy alta marginalidad, e identifica a las mujeres rurales, indígenas y pobres como uno de los grupos más vulnerables en este renglón. Por tanto, uno de los factores que tiene relación directa con la muerte materna es la condición socioeconómica en la que se encuentran las mujeres no sólo durante el embarazo, parto y puerperio, sino desde que están en etapa de gestación. La pobreza y marginalidad del entorno en el que se desarrollan las niñas y las mujeres determina la presencia mayor o menor de elementos de riesgo que pueden desembocar o no en el fallecimiento de la madre. Por ende, si la condición de marginalidad se mantiene, permanece una de las determinantes fundamentales de la mortalidad materna.

Según los indicadores de marginalidad que se consideran en la selección de las localidades PAC (instrucción y analfabetismo, características de la vivienda, hacinamiento, ingresos y población en localidades de menos de 5 000 habitantes), al año 2000 seguían siendo evidentes las condiciones de iniquidad y desigualdad en las mujeres que viven en las localidades que

tienen esa densidad poblacional (aproximadamente 15 millones de mujeres).¹⁷

Así pues, hay una situación por resolver en materia de desarrollo integral para la población marginada, que se debe considerar para el diseño y la operatividad del PAC y de otros programas que aborden el tema de la salud reproductiva, en particular el problema de la mortalidad materna.

¿CÓMO SE REFLEJA EN EL PAC EL CONSENSO INTERNACIONAL EN SALUD REPRODUCTIVA?

En el marco de la campaña mundial Maternidad sin Riesgos —que surgió en Nairobi, Kenia, en 1987— México organizó en 1993 la Primera Conferencia sobre Maternidad sin Riesgos. En ella se analizó la problemática de la mortalidad materna, considerando causas, factores y consecuencias.¹⁸ Con base en esta iniciativa nacional se suscribió la Declaración de México por una Maternidad sin Riesgos y se creó el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos (CPMSR),¹⁹ organismo que impulsa la participación de un amplio espectro de la sociedad, incluidos organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, organismos de cooperación internacional y algunos gobiernos estatales.

De esta conferencia nacieron una serie de planteamientos sobre salud reproductiva y maternidad que serían presentados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en septiembre de 1994. Tales planteamientos fueron retomados en la Cuarta Conferencia Mundial

¹⁷ El total de poblaciones de menos de 5 000 habitantes es de 197 908, que equivale aproximadamente a 30 185 895 personas, de las cuales 50.5% son mujeres y 49.5% hombres. En el contexto nacional el porcentaje de población que vive en localidades de menos de 5 000 habitantes constituye 30.97% del total de la población del país. Por sexo se distribuye de la siguiente manera: 15.64% del total de mujeres y 15.33% del total de hombres del país habitan en dichas localidades, INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

¹⁸ Graciela Freyermuth y María Cristina Manca (coords.), *Luna golpeada. Morir durante la maternidad: investigaciones, acciones y atención médica en Chiapas, y otras experiencias en torno a la mortalidad materna*, op. cit., p. 14.

¹⁹ El comité actualmente opera bajo la figura de una organización no gubernamental que se vincula con las instancias ya señaladas.

sobre la Mujer, efectuada en Beijing en septiembre de 1995. Ambas conferencias 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 2000.²⁰ Estas metas constituyen un eje para abordar la problemática de la mortalidad materna en México desde la perspectiva del rezago en el cumplimiento de las mismas, ya que el país ratificó los mencionados programas de acción.

La mortalidad materna se sitúa en el contexto de la salud reproductiva y de la salud en la mujer. En El Cairo y en Beijing, el concepto de la salud reproductiva²¹ se retomó y profundizó al vincular aspectos de género y democracia, ya que se pasó de una visión demografista y procreadora de la mujer a una participativa del hombre y la mujer en la salud sexual y reproductiva. Además, se definió a la salud sexual y a la sexualidad como pilares en la salud de la mujer en cada parte de su ciclo vital.

Antes de las reuniones de El Cairo y Beijing, en México se venía aplicando esta nueva concepción de salud reproductiva en el diagnóstico de diferentes programas de salud pública que abordaban estas temáticas.

²⁰ 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.

²¹ Definición citada en Gisela Espinosa Damián (coord.), *Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México: una mirada a la situación nacional y a cuatro estados*, México, UAM-Xochimilco, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, El Atajo Ediciones, 2000, pp. 27-28.

En 1994 la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos se vio favorecida por la coyuntura de la firma de los acuerdos de El Cairo. El gobierno mexicano —y particularmente el sector salud— sentó las bases para que se adoptara este nuevo enfoque sobre la salud reproductiva, lo cual implicó reestructurar las instancias que ya venían funcionando a partir de dos programas: el de Planificación Familiar y el de Salud Materno-Infantil, para crear el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.

Conviene subrayar que en este nuevo enfoque el concepto de salud no quedó restringido al sector gubernamental correspondiente, sino que se le vinculó a una perspectiva de desarrollo y a las políticas de educación y de combate a la pobreza. Así, la salud reproductiva se ligó a una estrategia para el desarrollo basada en un empoderamiento de las mujeres, que se espera conduzca a una transición demográfica. Esto se refleja en que la salud reproductiva apareció como un concepto importante en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y en otros programas, como el Programa Nacional de Población y el Programa Nacional de la Mujer.²²

Podría pensarse que parte de los planteamientos de Beijing fueron recogidos en el Programa de Ampliación de Cobertura, al atender a los grupos vulnerables²³ identificados allí y al reconocer la relación entre la morbilidad y mortalidad materna y el acceso y la calidad de los servicios de salud. Sin embargo, esta propuesta de atender grupos focalizados de alta externalidad mediante un paquete básico deriva de propuestas del Banco Mundial, a partir de su documento "Invertir en salud".²⁴ En él incorpora en el diseño la atención prenatal, del parto y puerperio, la capacitación a parteras, la referencia al segundo nivel de atención de las mujeres con embarazos de alto riesgo y la educación para la salud a toda la comunidad.

²² Gisela Espinosa, *op. cit.*, p. 49.

²³ Se llegó al consenso de que los grupos más vulnerables están conformados principalmente por mujeres pobres, o adolescentes o indígenas, si bien pueden tener más de una de estas características.

²⁴ Banco Mundial, "Invertir en salud", en el Informe sobre el Desarrollo Mundial, julio, 1993.

Por esto, en la práctica el PAC tiene mayor cercanía con la propuesta del Banco Mundial que con los acuerdos de El Cairo y Beijing, lo que produce cierta tensión entre la concepción de salud reproductiva y las recomendaciones sobre el problema de la mortalidad materna que se desprenden de las conferencias, y la realización del programa. Un ejemplo claro es que la participación de la mujer en el diseño de las acciones y en la aplicación del programa es limitada, pues no tiene derecho a decidir ni a participar en la toma de decisiones. Tampoco se incorpora al hombre para que se conduzca de manera responsable en la salud sexual y reproductiva. Por añadidura, el PAC no ha respondido a la recomendación de instaurar servicios de maternidad y de obstetricia de urgencia, como se acordó en los programas de acción de las conferencias.

De la misma manera, durante el periodo de duración del PAC no se ha atendido la recomendación en lo que respecta al financiamiento, es decir, el aumento en la asignación presupuestal para el gasto en salud por parte de los gobiernos, ni se ha considerado que este tipo de gasto tenga en cuenta el enfoque de género.²⁵

Cabe subrayar que si bien el PAC no se desprendió de los planteamientos de las conferencias de El Cairo y Beijing —pues su objetivo central es la ampliación de cobertura—, sí se puso en marcha a partir de ellas. En tal sentido, llama la atención que no haya recogido aspectos centrales de las conferencias, referidos a la relación entre morbilidad y mortalidad materna, por una parte, y el acceso y la calidad de los servicios de salud, por la otra. Más aún cuando incorpora una acción de atención prenatal, parto y puerperio.

PERFIL DE LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO

En gran medida las causas de muerte materna son evitables si las mujeres gozan de atención durante las etapas prenatal, parto

²⁵ Ciertamente, también se recomienda que las organizaciones no gubernamentales, el sector privado, las propias comunidades y otras instituciones busquen allegarse recursos suplementarios. No obstante, se hace hincapié en que la responsabilidad principal corresponde a los gobiernos.

y puerperio. Por tanto, existe consenso sobre lo fundamental, que es la cobertura y calidad de los servicios de salud para prevenir y evitar la muerte materna, ya que la mayoría de las complicaciones que amenazan la vida de las mujeres pueden resolverse con acceso a cesárea, transfusión sanguínea y medicamentos.

Vale la pena subrayar dos factores que inciden en la prevención de la mortalidad materna: 1) El éxito de la atención prenatal como mecanismo para detectar oportunamente casos de alto riesgo —y, por tanto, prevenir la muerte materna— depende de manera significativa de la efectividad del número de consultas, el momento en que éstas se llevan a cabo, la etapa de gestación en que se inician y la calidad de la atención brindada, que incluye la capacidad técnica del proveedor de los servicios de salud.²⁶ 2) A pesar de que se cuenta con elementos técnicos que permiten prever un caso de alto riesgo, esto no significa que exista una metodología de prevención infalible para identificar a las mujeres que tendrán complicaciones. Así, una mujer aparentemente sana puede llegar a verse en una situación peligrosa. Por esta razón, las intervenciones más efectivas son la atención del parto por personal calificado y un diagnóstico oportuno para el tratamiento de las complicaciones.²⁷

Las causas de la morbi-mortalidad materna pueden dividirse como sigue:²⁸

1) *Causas obstétricas directas*, que son complicaciones agudas que ocurren durante el embarazo, el trabajo de parto, el nacimiento y el posparto inmediato; destacan entre éstas la hemorragia, la infección, la obstrucción, la hipertensión inducida por el embarazo, el aborto séptico y las secuelas de violencia sexual.

2) *Causas obstétricas indirectas*, las cuales están relacionadas con las enfermedades asociadas, es decir, aquellas que se pre-

²⁶ Paz López, "Indicadores sociales para evaluar el riesgo de morbilidad y mortalidad materna", en María del Carmen Elú y Elsa Santos (comps.), *Una nueva mirada a la mortalidad materna en México*, México, CPMR/FNUAP, 1999, p. 72.

²⁷ Banco Mundial, *Human development networks, safe motherhood: Lessons of ten years of experience*, Washington D.C., Banco Mundial, 1999, p. 2.

²⁸ Ana Langer et al., "La morbi-mortalidad materna en México: niveles y causas", en *Maternidad sin riesgos...*, op. cit, p. 27.

sentan o se complican en presencia del embarazo. Entre otras destacan: anemia, hepatitis, malaria, diabetes, hipertensión y algunas enfermedades de transmisión sexual.

3) *Problemas crónicos que se hacen evidentes tiempo después del nacimiento*, como el prolapso uterino y las fístulas (éstas corresponden a la morbilidad).

De acuerdo con los registros disponibles, las causas obstétricas directas son las que ocasionan mayor número de muertes,²⁹ y son también las más estrechamente vinculadas a las carencias de cobertura y a la falta de calidad de la atención perinatal, del parto y el posparto inmediato. En lo que se refiere a la toxemia (o hipertensión), en la mayoría de los casos sólo se requiere medir la presión arterial. Las muertes por hemorragia son resultado de la falta de acceso y disponibilidad que permitan la aplicación oportuna de transfusiones sanguíneas.

En México, de los 2.5 millones de embarazos que se registran al año, 370 000 mujeres no tienen acceso a una atención profesional al momento del parto. De las 1 400 muertes anuales que se estiman por problemas ligados al embarazo, el parto y el puerperio, prácticamente 70% se concentran en los estados del centro y el sureste del país.³⁰ Estas cifras revelan una situación de desigualdad real en el acceso a los servicios de salud de calidad.

Un elemento básico en el análisis de esta problemática es que, pese a los esfuerzos gubernamentales de los últimos años,³¹

²⁹ Elsa Gómez Gómez, "La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques", en *Serie Mujer y Desarrollo*, Santiago de Chile, ONU, abril, 1997.

³⁰ Secretaría de Salud, *Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida*, www.ssa.gob.mx, p. 21.

³¹ Entre 1994 y 1995 se registró un incremento en las tasas de mortalidad materna debido, en parte, a la aplicación sistemática de un nuevo modelo de certificado de defunción, en el que se investiga la existencia de embarazo en todos los casos de fallecimiento de una mujer en edad fértil. Además, se inició la búsqueda de casos de muerte materna en los servicios de cirugía general, medicina interna, terapia intensiva y urgencias de todos los hospitales públicos del país. Una acción complementaria fue la aplicación de autopsias verbales en todos los fallecimientos de mujeres en edad fértil con sospecha de muerte materna. Comité Técnico para la revisión y el seguimiento del Programa de Acción, *Informe México: Ejecución del Programa de Ac-*

aún persiste un margen de error en la medición de las tasas de mortalidad, por el subregistro. Esta subestimación se deriva básicamente de dos hechos. Por un lado, las deficiencias en el llenado del certificado de defunción y, por el otro, que los familiares pueden llegar "a ocultar que la mujer murió por causas relacionadas al embarazo, muchas veces para evitar la condena moral, e incluso problemas legales".³² Esto ocurre con mayor frecuencia cuando se ha inducido un aborto,³³ aunque también sucede cuando una familia busca evitar un trámite burocrático de registro mucho más complicado.

Si bien en el informe de labores de la Secretaría de Salud 1999-2000 se reconoce que "la mortalidad materna continúa una tendencia descendente, al pasar de 5.4 en 1990 a 4.9 por 10 000 nacidos vivos registrados (nvr) en 1999",³⁴ la meta establecida para el año 2000 (2.7 por 10 000 nvr) evidentemente no se alcanzó; pues para ese año la tasa fue de 4.68 (gráfica 1).³⁵

De acuerdo con este informe, 20.8% de las muertes maternas ocurren en el hogar y 49% en localidades con menos de 15 000 habitantes.

Las principales causas siguen siendo los trastornos de hipertensión relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio, así como la hemorragia del embarazo y el parto. En 68.3% de los casos se trata de mujeres que no tienen derecho a la seguridad social. Por consiguiente, las tasas prevalecientes en la mortalidad materna se relacionan directamente con problemas de acceso real a los servicios de salud, pues 49% del total de los casos ocurre en localidades con menos de 15 000 habitantes, que son las que cuentan con menos servicios.³⁶

ción de la Conferencia Internacional sobre el Desarrollo y la Pobreza, cap. V, Salud, Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva, 1999, pp. 36-37.

³² Ana Langer, "La mortalidad materna en México: la contribución de aborto inducido", en A. Ortiz (ed.), *Razones y pasiones en torno al aborto*, México, Edamex/Population Council, 1994, pp. 149-153.

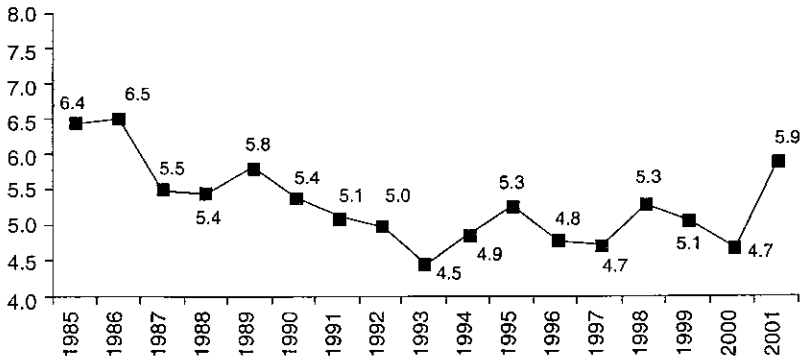
³³ En casos como las muertes causadas por aborto o por violencia, el problema no es el subregistro sino el traslado del registro a otra causa.

³⁴ Secretaría de Salud, *Informe de Labores, 1999-2000*, p. 13.

³⁵ Secretaría de Salud, *Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida*, versión definitiva, abril, 2002, p. 21.

³⁶ *Loc. cit.*

GRÁFICA 1. Tasa de mortalidad materna, 1985-2001
(por 10 000 nacidos vivos registrados)



FUENTE: SSA/DGEI, *Mortalidad materna*, 1990-1997.

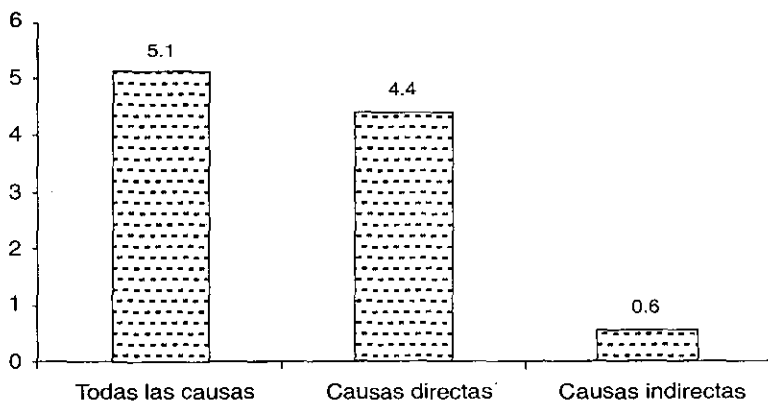
*Para 1999 Ssa, *Informe de Labores, 1999-2000*. Para 2000 Ssa, *Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida*, abril, 2002, p. 21. Para 2001 es sobre los 10 000 nacidos vivos esperados por nacer. Ssa/DGEI, *Mortalidad materna*, www.ssa.gob.mx.

Como se señaló anteriormente, las causas de mortalidad materna se clasifican en directas e indirectas, y se relacionan con el momento del proceso reproductivo en que se presentan. Así, durante el embarazo las causas de muerte más significativas son las hemorragias, la toxemia y el aborto. En el parto, a las dos primeras complicaciones se les agrega el parto obstruido, que tiene lugar cuando el feto no logra nacer por dificultades mecánicas. En el tercer periodo —es decir, el puerperio— la muerte por lo regular se relaciona con infecciones (que por lo general se derivan de una atención no higiénica del parto) o con hemorragias.³⁷

En México, las causas directas representan casi la totalidad de las muertes maternas (véase la gráfica 2). Las muertes asociadas con este tipo de causas, si bien no son necesariamente prevenibles por medio de un diagnóstico, suelen estar vinculadas a problemas de acceso y de calidad en la atención. En tanto, las mujeres con posibilidades de verse afectadas por causas indirectas pueden ser tipificadas como embarazos de alto riesgo a partir de las consultas prenatales.

³⁷ Ana Langer, "La mortalidad materna en México", *op. cit.*, p. 1.

GRÁFICA 2. *Causas de muerte materna, 1999*
(tasa por 10 000 nacidos vivos registrados)

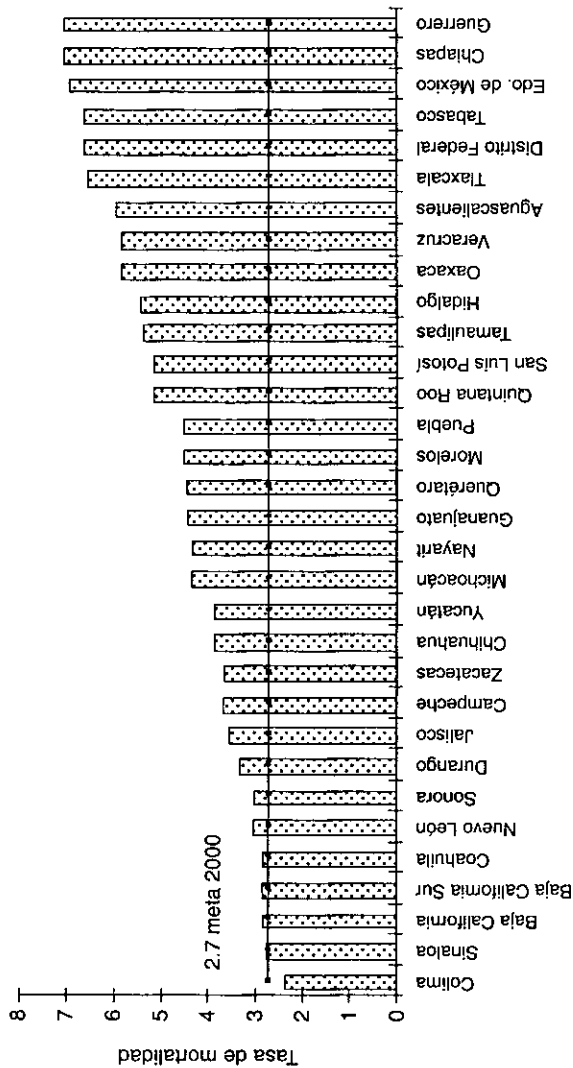


FUENTE: Ssa, *La situación de la salud, 1999*, www.ssa.gob.mx.

En el cuadro 3 se observa que la toxemia y las hemorragias concentran más de la mitad de las defunciones y que para 1999 la toxemia representó más de 38% de las muertes. Las complicaciones del puerperio representan la tercera causa, con 8% de las muertes. Esta última causa está relacionada directamente con una atención deficiente, que puede resultar del abuso de realización de cesáreas o de un parto poco higiénico.

Un análisis de la distribución geográfica de la mortalidad materna por estados (1999) confirma que donde existen las peores condiciones de marginalidad y pobreza, la tasa de mortalidad materna es mayor. Los estados de Baja California (2.8), Baja California Sur (1.9), Coahuila (2.8), Colima (2.3), Nuevo León (3.0), Sinaloa (2.7) y Sonora (3.0), prácticamente registraron una tasa de muerte materna igual a la meta comprometida para el año 2000 (2.7 por 10 000 nvr). Los estados que registraron un nivel de mortalidad igual o mayor al valor nacional de 1990 (5.4) son Aguascalientes (5.9), Chiapas (7.0), Distrito Federal (6.6), Estado de México (6.9), Guerrero (7.0), Hidalgo (5.4), Oaxaca (5.8), Tabasco (6.6), Tlaxcala (6.5) y Veracruz (5.8).

GRÁFICA 3. *Mortalidad materna, 1999*
(tasa por 10 000 registrados vivos al nacer)



FUENTE: Ssa, *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, p. 42; www.ssa.gob.mx.
Tasa por 10 000 nacidos vivos registrados, con base en la población estimada por el Conapo.

CUADRO 3. Defunciones por causas asociadas a la maternidad, 1999

Causas	Número	Tasa (por 10 mil nacidos vivos registrados)
<i>Directas</i>	1 226	4.4
Edema, protenuriam, hipertensión	472	1.7
Resto de causas directas	357	1.3
Hemorragia del embarazo y parto	172	0.9
Complicaciones del puerperio	109	0.6
Embarazo terminado en aborto	93	0.4
Sepsis	49	0.2
Trabajo de parto obstruido	14	0.3
Diabetes	9	0*
<i>Indirectas</i>	161	0.6
Muertes obstétricas por causas no identificadas	4	0*

FUENTE: Ssa, *La situación de la salud*, 1999, www.ssa.gob.mx.

NOTA: el presente cuadro registra las causas específicas que conforman cada subgrupo de mortalidad materna; por ello, al sumarse da un número mayor al registrado.

* Para ambos casos, la tasa cero no significa —como se observa— que no se produzcan muertes.

LA MORTALIDAD MATERNA Y EL PROGRAMA DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA (PAC)

La ruta crítica del análisis

El objetivo central de este estudio, como se dijo, es evaluar las repercusiones de la asignación presupuestal al PAC en la reducción de las tasas de mortalidad materna.

El registro de dichas tasas para la etapa del PAC que se analiza va de 1997 a 1999. Si bien este corto periodo no permite afirmar que la reducción o el aumento se debe directamente al impacto del PAC, los indicadores de proceso³⁸ sí permiten ob-

³⁸ Los indicadores de proceso son una herramienta metodológica que permite medir los avances y retrocesos dentro del proceso que tiene una repercusión directa en el fenómeno planteado.

servar, por un lado, qué acciones se han llevado a cabo —es decir, qué se ha hecho— y, por el otro, realizar comparaciones de este fenómeno entre los estados PAC que dan una señal sobre los aciertos y las debilidades del programa.

Los indicadores de proceso que se utilizan en este estudio resultan del análisis de los factores que influyen en la disminución de la mortalidad materna. En primer lugar se estudia la ampliación del acceso a los servicios de salud brindados por el PAC, lo cual se hará revisando las tendencias de ampliación de la cobertura de los servicios de salud del programa en distintos estados. Para identificar la capacidad de respuesta del PAC se analiza la velocidad con que se amplió la cobertura durante el periodo 1996-2001, por medio de una relación entre la tasa de crecimiento de la población atendida y la de crecimiento de las localidades PAC. A este primer indicador de proceso se le ha denominado ritmo de ampliación.

En segundo término se establecerá una relación entre la falta de acceso a los servicios de salud (clínicas de primer y segundo nivel) y la calidad en la atención por parte del personal de salud, con las tendencias de cambio de las tasas de mortalidad materna.³⁹ Con ello se obtienen dos indicadores de proceso: la calidad de los recursos humanos y la infraestructura brindada por el PAC.

Por último, es pertinente aclarar los problemas metodológicos que ha implicado esta investigación. Dadas las dificultades para contabilizar las muertes que resultan del embarazo, parto y puerperio, no existe consenso sobre un método de medición único de la mortalidad materna. Esto se debe a que en los países en desarrollo en general, y en las zonas más pobres en particular, hay claros problemas en la certificación de defunciones, por lo que a menudo las muertes maternas son registradas como fallecimientos provocados por otras causas.

En el ámbito del análisis presupuestal también hay dificultades metodológicas. En primer lugar, la forma en que se presentó el presupuesto del PAC no fue consistente a lo largo de la duración del programa, ya que algunos años el gasto sólo fue

³⁹ J. McCarthy y D. Maine, *A framework for analyzing the determinants of maternal mortality: Studies in Family Planning*, 23, pp. 23-33.

reportado como gasto corriente y otros sólo como gasto de capital. Asimismo, en el Presupuesto de Egresos de la Federación no es posible identificar en qué se gastan específicamente los recursos del PAC, tales como salarios, prestaciones, medicamentos, insumos médicos o material para infraestructura.⁴⁰

En tercer lugar, la Secretaría de Salud no ha actualizado la determinación de costos por acción en cada intervención del Paquete Básico de Servicios de Salud que realizó en 1998. Ello dificulta la evaluación pública de dichas intervenciones y, en consecuencia, la formulación de recomendaciones más específicas sobre el uso del gasto.

Ritmo de ampliación de cobertura: 1996-2001

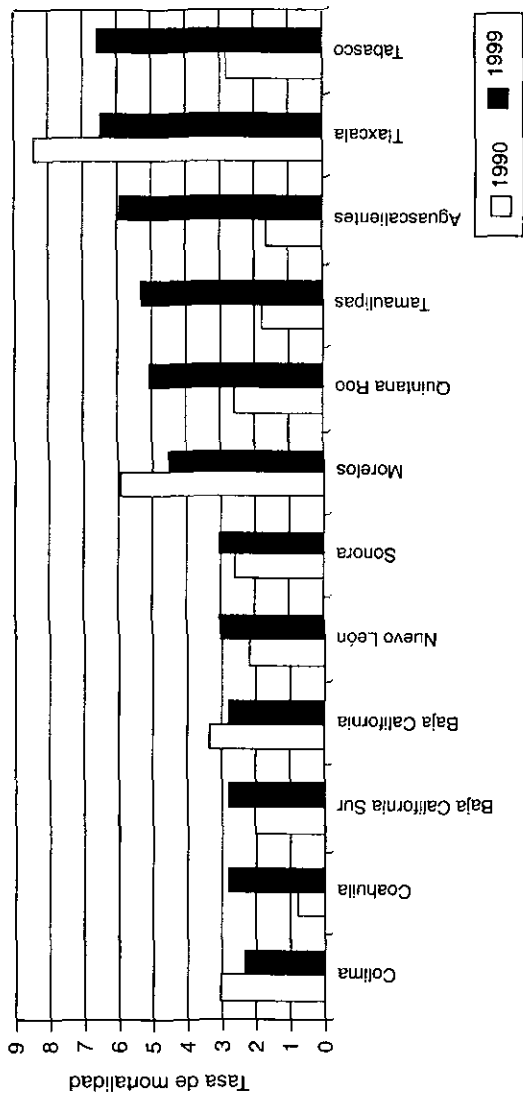
Entre 1990 y 1999 la distribución de las tasas de mortalidad materna en los estados del país registró cambios notables. Hacia 1995 se realizó un esfuerzo por evitar el subregistro, de lo que se desprende que en algunos estados —donde no se contaba con un registro confiable y por tanto la tasa era muy baja— el aumento fue considerable. En las gráficas 4 y 5 se muestra cómo varió la tasa de mortalidad materna en este periodo en los estados PAC y no PAC. Entre 1990 y 1999 la mayoría de los estados PAC redujeron sus tasas de mortalidad materna, excepto Chiapas, Guerrero, Michoacán, Nayarit y Sinaloa.

En lo que se refiere al ritmo de ampliación del programa, se comprueba que en Chiapas y Guerrero —dos de los estados PAC con mayores índices de marginación— la población atendida es mayor que en el resto de los estados focalizados por el programa, pero es menor la tasa de crecimiento de la ampliación de cobertura a población beneficiaria. Entre 1997 y 1999, en ambos estados se registró un aumento en las tasas de mortalidad materna.

En el mismo periodo, en los estados donde la ampliación del número de localidades aumentó significativamente, pero las tasas de crecimiento de la población cubierta tuvieron un

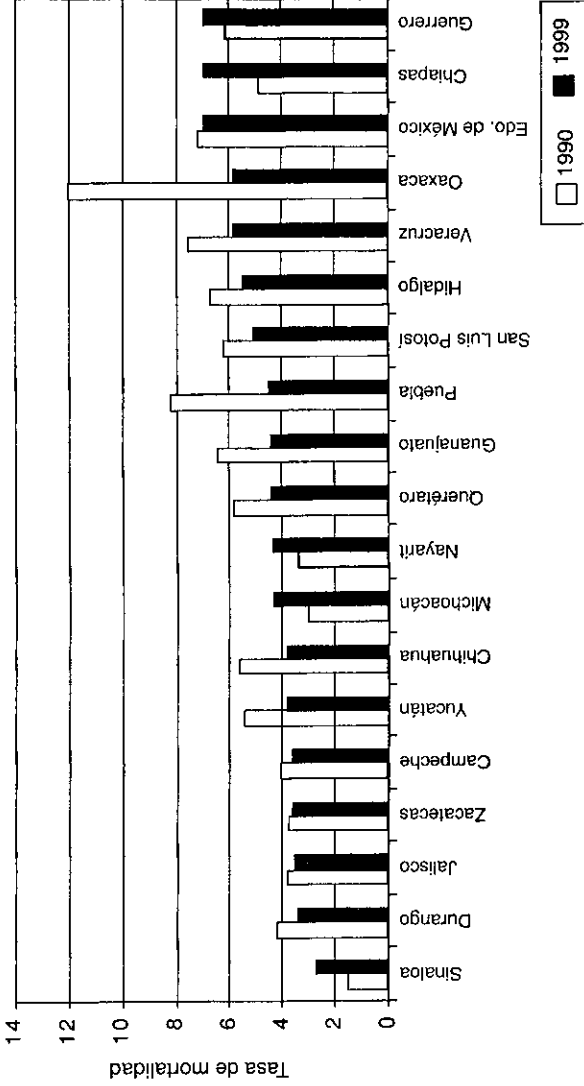
⁴⁰ Esta información sólo incorpora el tomo III del PEF Proyecto, en el cual se establece el tipo de gasto y su estructura económica.

GRÁFICA 4. Mortalidad materna en los estados que no atiende el PAC



FUENTE: elaboración propia, con datos del Consejo Nacional de Población, www.conapo.gob.mx.

GRÁFICA 5. Mortalidad materna en los estados PAC



FUENTE: elaboración propia, con datos del Consejo Nacional de Población, www.conapo.gob.mx.

ritmo moderado, se observa que las tasas de mortalidad materna descendieron de 1997 a 1999. Éste es el caso de Oaxaca (7.5 a 5.9), Nayarit (5.0 a 4.2), Yucatán (6.1 a 3.9) y Chihuahua (5.0 a 3.8).

En Veracruz y Sinaloa, donde el ritmo de crecimiento tanto de la población atendida como de las localidades fue sumamente acelerado, las tasas de mortalidad materna aumentaron de 4.2 a 5.9 y de 2.0 a 2.7, respectivamente.

Por último, en Zacatecas y Campeche, donde la tasa de crecimiento de la población atendida fue decreciente (así como el número total de la población atendida), aun cuando se amplió la cobertura a otras localidades, las tasas de mortalidad tienden a disminuir.

Como se ha señalado, evitar la mortalidad materna implica calidad en la atención, identificación y seguimiento de los casos de alto riesgo, así como recursos económicos para brindar los insumos necesarios en una situación de emergencia. El indicador del ritmo de la ampliación de cobertura muestra cómo los estados que tuvieron mayor éxito respecto al objetivo cuantitativo del PAC también presentaron una tendencia a la alza en las tasas de mortalidad materna. Con base en este resultado, es posible afirmar que la solución del problema que nos atañe está relacionada más directamente con la calidad de la atención y el acceso *real* a los centros de salud que con la ampliación potencial medida únicamente en términos cuantitativos.

COMPORTAMIENTO PRESUPUESTAL DEL PAC, 1996-2002

Como se indicó, hay dos factores en la atención a la salud directamente vinculados con el problema de la mortalidad materna: la calidad y el acceso a los servicios, los cuales a su vez están estrechamente relacionados con los recursos humanos y materiales.

En esta perspectiva se aborda, en términos presupuestales, la relevancia de los montos asignados al PAC⁴¹ durante este pe-

⁴¹ El programa tuvo un financiamiento tripartito: préstamo externo, recursos federales y, en menor cantidad, recursos de las entidades federativas (las cuales te-

riodo de siete años. Para ello es necesario relacionar esos recursos con lo que se ha hecho y con la población incorporada, así como verificar qué importancia tiene este programa eje dentro del sector salud. Por tanto, es fundamental hacer una revisión general del sector, incluyendo la asignación estatal del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (Fassa) del ramo 33, conocer la totalidad del gasto y su evolución, y revisar la asignación per cápita del gasto a los estados.

La evolución del gasto en el PAC

El sector salud⁴² incluye las instituciones de seguridad social que atienden a la población derechohabiente y las instituciones o dependencias de la Secretaría de Salud, IMSS-Solidaridad o el Instituto Nacional Indigenista, que deben brindar atención a la población sin derecho a la seguridad social, también llamada población abierta.

El PAC busca atender a un amplio número de la población abierta: en 1998 ésta representó 13.50%; en 1999, 14.64%, y en 2000, 14.55% del total de la población nacional. Ello significa 6.57, 7.44 y 8.08 millones de personas, respectivamente. Este solo hecho cuantitativo obligaría a que la asignación de recursos fuera coherente con la proporción de población que comprende el programa; pero, como se observará más adelante, en el caso del PAC no es así. Tal situación denota un déficit que afecta tanto al PAC como a la Secretaría de Salud en su conjun-

nían la obligación de aportar recursos financieros al programa). La asignación más significativa fue la del préstamo que se concretó tras un acuerdo suscrito entre el gobierno de México y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) el 8 de octubre de 1995. Los recursos asignados son para el periodo 1996-2001. El monto del préstamo externo fue de 310 millones de dólares y el aporte mexicano, de 133.4 millones de dólares. Acuerdo de préstamo Loan Agreement 3943-ME.

⁴² El sector salud está compuesto por la Secretaría de Salud, el componente de salud de la Secretaría de la Defensa Nacional y de Pemex, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), las Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios (ramo 33) y la Secretaría de Marina. En esta última secretaría no es posible identificar los recursos en el Presupuesto de Egresos de la Federación ni en la Cuenta Pública Federal, que son las fuentes utilizadas en el presente documento.

to, pues exigiría que los recursos destinados a dicha instancia fueran más que los otorgados a la fecha.

El poco peso relativo del PAC en la función salud, y la baja relevancia de la asignación presupuestaria a las entidades federativas, quedan claramente evidenciados en el cuadro 4.

Ahora bien, si se compara el PAC con otros programas del sector salud, como el Componente de Salud de Oportunidades (antes Programa de Alimentación, Educación y Salud, Progresá) y el IMSS-Solidaridad —los cuales benefician al mismo tipo de población e incorporan acciones específicas de atención a la mujer—, el PAC presenta una asignación presupuestal considerablemente más baja que éstos (véase el cuadro 5).

Surge la interrogante de por qué un programa que incorpora a un porcentaje considerable de la población abierta de todas las edades, que atiende enfermedades complejas como la diabetes mellitus y que espera aminorar problemas tan graves como el de la mortalidad materna, no cuenta con recursos significativos, tanto si se contrasta con los del ramo 12 como con todo el sector salud (función 08).

El gasto en el PAC se integra con los recursos asignados a las entidades federativas y a la dirección del programa. Desde

CUADRO 4. *Presupuesto destinado a los servicios de salud (1998-2002)*
(millones de pesos constantes)

Concepto	Total función 08	Total PAC*	Total PAC estados	% Total PAC/ función 08	% PAC estados/ función 08
1998	35 044.55	301.39	222.73	0.86	0.63
1999	36 716.87	261.83	229.39	0.71	0.62
2000	38 287.24	320.27	114.55	0.83	0.29
2001	41 320.02	336.23	101.03	0.81	0.24
2002	32 450.76	346.11	85.32	1.07	0.26

FUENTE: elaboración propia con datos de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal para los años 1998, 1999, 2000 y 2001. Para el año 2002, Presupuesto de Egresos de la Federación Aprobado.

* El total del PAC comprende lo asignado a las entidades federativas más lo destinado a la dirección del programa.

CUADRO 5. *Comparativo presupuestos PAC, Progresá, IMSS-Solidaridad (2002)*
(pesos corrientes)

PAC	1 306 702 681
Componente Salud Oportunidades	3 173 600 000
IMSS—Solidaridad	4 365 836 679
% PAC/Progresá	41.2 %
% PAC/IMSS—Solidaridad	29.9 %

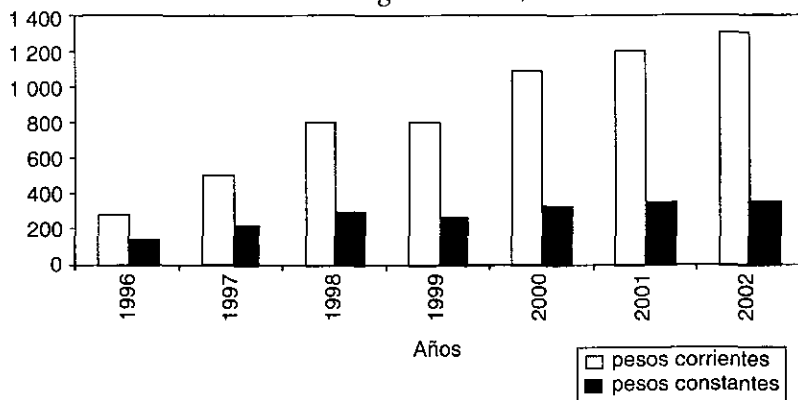
FUENTE: SHCP, Presupuesto de Egresos de la Federación Aprobado 2002, www.sse.gob.mx.

el comienzo de éste, en términos generales se ha registrado un aumento sostenido en la asignación del gasto total, con una tasa de crecimiento real, en el periodo 1996-2002, de 13.27%. Pero al dividir el total del gasto entre el total de la población beneficiaria, es decir, al revisar el gasto en términos per cápita, se observa que de 1998 a 2001 el mismo presentó una caída, al pasar de 45.90 a 37.47 pesos constantes por cada beneficiario.

De igual manera, pese al incremento del presupuesto, se verifica una contracción en el ritmo de crecimiento de los dos primeros años, en contraste con los cuatro siguientes, en los que resalta la fuerte caída de 1999 (-13.13%). Esto se refleja en la tasa de crecimiento anual, que pasó de 47.92% en 1997 a 2.94% en 2002 (gráfica 6).

Finalmente, es importante resaltar el hecho de que el PAC, a partir del año 2003, fue transferido completamente a las entidades federativas —sin financiamiento externo—, sólo con recursos de la federación más las aportaciones que efectúen los propios estados. Los recursos se canalizan a través del ramo 33. Ahora bien, cabe preguntarse cuál es la capacidad de la federación para suplir enteramente el aporte externo y si los estados podrán cubrir posibles carencias desde la federación o aportar lo suficiente para que el programa siga funcionando. Es pertinente destacar que mediante la transferencia de recursos por el ramo 33 es difícil realizar, desde el nivel federal, un seguimiento del gasto que se asigne al programa, y más aún a cada una de las intervenciones del mismo.

GRÁFICA 6. Gasto asignado al PAC, 1996-2002



FUENTE: para los años 1996 y 1997, Ssa, Información Histórica, www.ssa.gob.mx; para los años 1998, 1999, 2000 y 2001 SHCP, Cuenta de la Hacienda Pública; para el año 2002, Presupuesto de Egresos de la Federación Aprobado, www.sse.gob.mx.

Pesos corrientes: es el valor presente.

Pesos constantes: es el valor con base en un año, al que se le suprime el efecto de la inflación.

Los recursos para las entidades federativas

El Presupuesto de Egresos de la Federación y la Cuenta de la Hacienda Pública Federal son los instrumentos presupuestales por los cuales es posible identificar cuánto se le asignó al PAC en cada estado. El gasto dirigido al programa lo entregó apenas en el año 2002 la Secretaría de Salud (ramo 12), por medio de sus Servicios Estatales de Salud Pública.

Los recursos se distribuyeron entre lo que va directamente a los estados y a la Dirección General de Extensión de Cobertura (hasta 2001) o la Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud (desde 2002). En esta instancia el financiamiento se repartiría tanto en el nivel central como en el estatal. Sin embargo, sólo en la Cuenta Pública de 2001 se hace la observación de que gran parte de sus recursos fueron para el pago de sueldos y salarios del personal que opera en los estados y la diferencia para el nivel central.⁴³ En consecuencia, para los años

⁴³ De un total de 840 851.9 miles de pesos, 810 016.4 miles fueron repartidos entre las entidades federativas; y la diferencia, es decir, 30 835.5 miles de pesos, fue para el nivel central. SHCP, Cuenta de la Hacienda Pública Federal 2001.

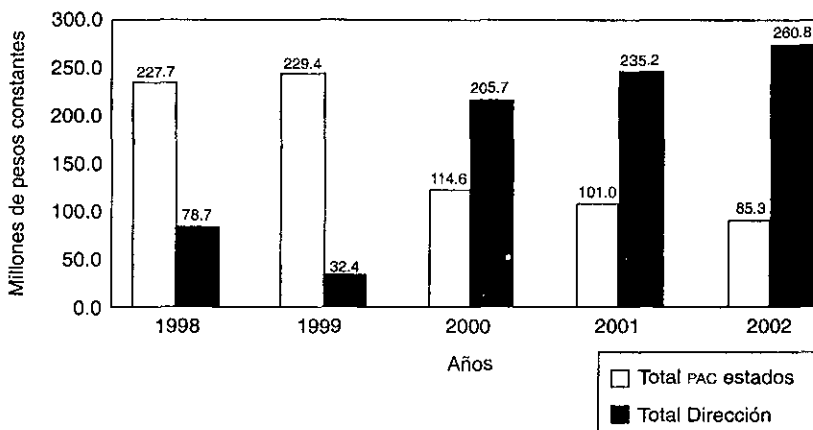
anteriores no es posible saber con veracidad si la distribución en dicha dirección operó así. Tampoco se reporta cuánto es el monto para el nivel central y cuánto para cada una de las entidades federativas. Además, esa información no se incorpora en el documento del Presupuesto de Egresos de la Federación. En los documentos presupuestales mencionados lo que se desglosa por estado es el financiamiento que se asigna directamente a las entidades federativas.

Como se observa en la gráfica 7, en comparación con los demás años, sólo en 1999 es posible visualizar con mayor claridad lo que se establece exclusivamente a los estados para la operatividad del PAC.

Con base en lo señalado, se trabajará con dicho año al revisar la distribución per cápita por estados.

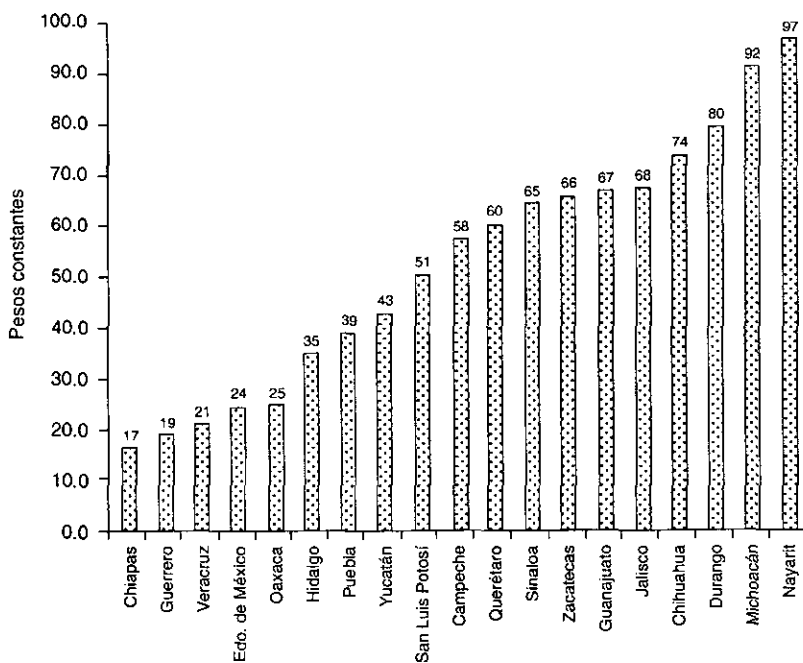
Por entidad federativa la asignación no es homogénea, pues responde a criterios de selección que entre otras variables incluyen la marginalidad y el número de habitantes. Por ello, estados como Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Veracruz

GRÁFICA 7. Total de recursos PAC a los estados y a la Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud, 1998-2002
(miles de pesos constantes)



FUENTE: SHCP, Cuenta de la Hacienda Pública para los años 1998, 1999, 2000 y 2001. Para el año 2002, Presupuesto de Egresos de la Federación Aprobado.

GRÁFICA 8. Gastos per cápita PAC 1999
(pesos constantes)



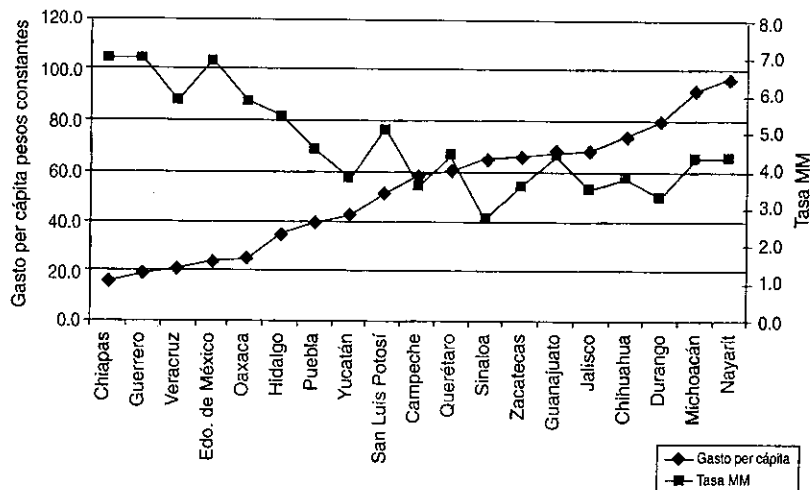
FUENTE: elaboración propia con base en SHCP, Cuenta de la Hacienda Pública, 1999.

cuentan con una mayor entrega de recursos, en contraste con entidades como Nayarit, Campeche, Guanajuato y Querétaro, que reciben menos.

No obstante, al revisar el gasto per cápita,⁴⁴ los estados con más financiamiento y por ende con mayor población cubierta, presentan un gasto por persona significativamente inferior; por ejemplo, el gasto per cápita de Oaxaca de 1998 a 2002 es prácticamente tres veces menor que el de Nayarit (véase la gráfica 8). Es decir, hay una relación inversa entre el número de población y el gasto per cápita por entidad federativa (véase la gráfica 10).

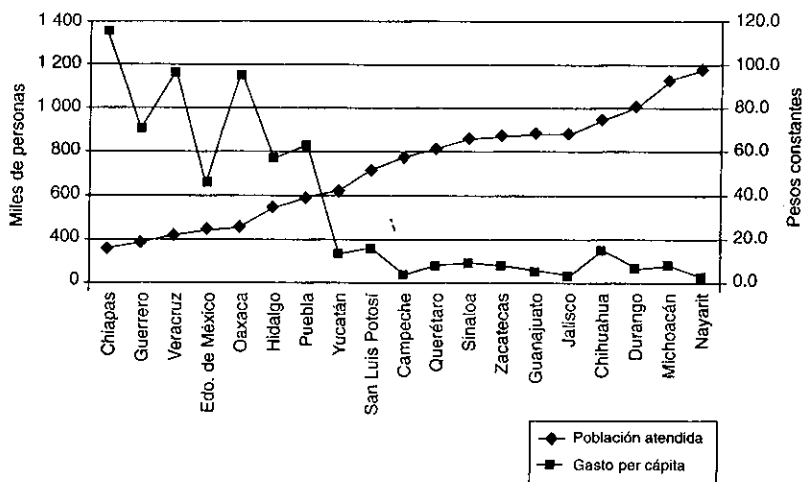
⁴⁴ Esto es, al dividir el total del gasto asignado identificable para cada entidad federativa por el total de población PAC atendida.

GRÁFICA 9. Tasa de mortalidad materna y gasto per cápita del PAC 1999



FUENTE: Ssa, Programa Nacional de Salud 2001-2006, p. 40, www.ssa.gob.mx. SHCP, Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1999, www.shcp.sse.gob.mx.

GRÁFICA 10. Gasto per cápita y población atendida PAC 1999



FUENTE: elaboración propia con datos de la Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud, www.ssa.gob.mx y SHCP, Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1999.

Es sumamente preocupante la coincidencia entre los estados que disponen de los recursos per cápita más bajos y los que en 1999 tuvieron las tasas de mortalidad materna más altas (Chiapas, Guerrero, Veracruz, México, Oaxaca e Hidalgo) (véase la gráfica 9). Además dos de éstos, en el periodo 1990-1999, aumentaron sus tasas de mortalidad materna (Chiapas y Guerrero), y cinco lo hicieron entre 1997 y 1999 (Chiapas, Guerrero, Hidalgo, México y San Luis Potosí). Asimismo, como se verá más adelante, son los que cuentan con menos infraestructura PAC per cápita y con la atención per cápita más alta por el personal médico del programa.

Esto no es un problema menor, ya que son entidades que, según los índices de marginación de Conapo de 1995, se ubican en la categoría de muy alta. Asimismo, concentran a la mayor parte de la población abierta y presentan importantes rezagos en materia de atención a la salud.

Queda abierta la pregunta de qué tan exitoso es el PAC para combatir la mortalidad materna, si no se cuenta con una política de asignación presupuestaria consistente no sólo con las condiciones de marginalidad, sino también con los avances o retrocesos de la intervención de atención del embarazo, parto y puerperio del programa.

Para 1999 la tasa de unidades de atención en la salud por cada 100 000 habitantes para población abierta en el primer nivel era en Chiapas 29.0, en Guerrero 47.0, en Hidalgo 42.9, en México 12.6, en Oaxaca 40.1 y en Veracruz 25.9. Para el segundo nivel, era en Chiapas 0.8, en Guerrero 0.7, en Hidalgo 1.0, en México 0.4, en Oaxaca 0.8 y en Veracruz 0.8. Para el tercer nivel era en Chiapas 0.0, en Guerrero 0.0, en Hidalgo 0.1, y en México 0.1, en Oaxaca 0.0 y en Veracruz 0.1.

FUENTE: Helena Hofbauer y Gabriel Lara, *La salud: un derecho social, no un privilegio*, abril de 2002, p. 30.

*Acceso y disponibilidad:
infraestructura y recursos humanos*

Al revisar el financiamiento del programa se observa que una parte significativa del mismo se encuentra registrada como gasto de capital, con 74.77% del total (véase el cuadro 6).

No obstante, tal situación responde a que —según lo señalado en la Cuenta Pública de los años 1998 a 2001— la Secretaría de Hacienda y Crédito Público ubica los recursos del PAC en el rubro de gasto de capital, “toda vez que están vinculados a un crédito externo”.⁴⁵ Esta clasificación del financiamiento tiene como consecuencia que resulta en extremo difícil determinar cuánto es lo específicamente asignado al gasto corriente y a gasto de inversión, ya sea el total nacional o desagregado por entidad federativa.

¿Qué se ha hecho en obra?

En el gasto de capital, lo que se puede determinar con mayor exactitud —puesto que se desagrega en la Cuenta Pública— es la información de lo ejercido en las acciones de construcción (obra nueva), ampliación, rehabilitación, y conservación y mantenimiento.

Al revisar cuánto corresponde al gasto de capital en el periodo 1998-2001 en las acciones descritas, se constata que es sumamente bajo en relación con el gasto total del programa: para 1998 representa 3.9%; para 1999, 7.1; para 2000, 4.5%, y para 2001, sólo 2.2 por ciento.

La distribución de los recursos por entidad federativa en general no sólo es mínima, sino que además es desigual o discontinua, y en algunos casos nula (véase el cuadro 7).

Como se registra en estos datos, hubo estados que no tuvieron gastos en obras, lo cual obviamente coincide con que no presentaron ningún tipo de acción. En otras entidades el gasto fue intermitente o disminuyó significativamente en 2001

⁴⁵ SHCP, Cuenta de la Hacienda Pública Federal, ramo 12 Salud, Presupuesto Programático, Análisis del Ejercicio del Presupuesto Programático.

CUADRO 6. *Gasto de capital y gasto corriente PAC 1998-2002*
(pesos corrientes)

Años	Gasto corriente	Gasto de capital	Gasto total
1998	0	798 765 500	798 765 500
1999	0	797 020 900	797 020 900
2000	1 746 000	1 079 471 000	1 081 227 000
2001	0	1 202 065 746	1 202 065 746
2002	1 306 702 681	0	1 306 702 681
<i>Total</i>	<i>1 308 448 681</i>	<i>3 877 323 146</i>	<i>5 185 771 827</i>

FUENTE: elaboración propia con datos de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal para los años 1998, 1999, 2000 y 2001. Para el año 2002, Presupuesto de Egresos de la Federación Aprobado.

CUADRO 7. *Total del gasto ejercido en obra: construcción, ampliación, rehabilitación, y conservación y mantenimiento*
(miles de pesos corrientes)

Estados	1998	1999	2000	2001
Campeche	0.0	0.0	0.0	0.0
Chiapas	0.0	11 851.5	3 721.4	2 945.8
Chihuahua	2 913.0	1 249.0	1 663.0	600.0
Durango	2 568.2	909.7	1 613.2	479.0
Guanajuato	792.4	1 100.0	0.0	0.0
Guerrero	3 499.9	1 500.0	2 650.0	2 199.9
Hidalgo	2 672.7	7 884.7	7 230.1	4 337.5
Jalisco	0.0	1 147.8	278.8	1 493.2
Estado de México	3 184.9	7 264.6	5 646.9	2 860.5
Michoacán	1 309.4	2 849.1	514.8	344.1
Nayarit	0.0	0.0	0.0	0.0
Oaxaca	0.0	4 220.5	0.0	750.0
Puebla	5 500.0	3 551.5	5 291.4	3 365.9
Querétaro	560.0	893.1	1 772.5	773.2
San Luis Potosí	2 178.3	1 555.4	6 721.1	2 853.8
Sinaloa	2 500.0	3 909.6	1 795.0	0.0
Veracruz	1 489.7	3 995.5	8 936.9	2 423.0
Yucatán	840.0	850.0	889.8	399.9
Zacatecas	838.9	1 781.3	388.3	420.8
<i>Total</i>	<i>30 847.4</i>	<i>56 513.3</i>	<i>49 113.2</i>	<i>26 264.9</i>

FUENTE: elaboración propia con datos de SHCP, Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1998, 1999, 2000 y 2001.

respecto a 1998. Este comportamiento del gasto es congruente con la cantidad y el tipo de obras que se realizaron.

Si se considera dicho comportamiento más el número de construcción de obras y se contrarresta con la cantidad de unidades médicas reportadas, es posible concluir que la mayoría de los recursos para las unidades médicas corresponde a infraestructura existente o fueron financiados con otros aportes. Por ejemplo, para 2000 el número de unidades médicas fue de 2 258 y en el mismo año sólo se efectuó la construcción de 66, la ampliación de 13, la rehabilitación de 34 y la conservación y mantenimiento de 60, lo que da un total de 173.⁴⁶

En síntesis, lo que el PAC gastó en infraestructura —en cualquiera de las acciones— es mínimo en relación con el total del financiamiento y de lo específicamente asignado para las entidades federativas. Por ello, contrariamente a lo registrado en gasto de capital y corriente, la mayoría de los recursos fueron utilizados en el gasto corriente.

El hecho de que el programa presente tal vulnerabilidad a la hora de proveer de manera continua una infraestructura mínima para funcionar, afecta en forma directa la atención en salud y el acceso a los servicios en salud que el mismo programa ofrece. Ello debilita un plan de largo plazo orientado concretamente a la acción de seguimiento de la mortalidad materna, lo que dificulta el cumplimiento de metas tendientes a disminuir el problema, puesto que de un año a otro puede variar la infraestructura existente.

Calidad de la atención y recursos humanos

La calidad de la atención se evaluará con un análisis del número per cápita del personal del servicio de salud previsto en las reglas de operación del PAC.

En este punto es pertinente recalcar que dos de las figuras más importantes en la atención personalizada en las comuni-

⁴⁶ El año 2000 presenta una disminución respecto de 1999, ya que el comportamiento fue: construcción, 146; ampliación, 4; rehabilitación, 48, y conservación y mantenimiento, 97, con un total de 295; y con el registro de 2 098 unidades médicas. Datos de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1999-2001, y de la Ssa, Información Histórica del PAC, www.ssa.gob.mx.

dades no están debidamente contabilizadas en los reportes del programa. Por un lado, aun cuando se establece que los Equipos de Salud Itinerante (ESI) son parte fundamental para la operatividad, no existe un registro de éstos sino hasta 2001, y únicamente para los estados de Oaxaca (255), Hidalgo (214), Chihuahua (120) y Nayarit (6). Tampoco se incluyó en el análisis a las brigadas "a pie", porque en la mayoría de los estados, o no operaron, o no se realizó registro alguno. Esta situación se repite para el caso de las parteras, ya que no se cuenta con un registro nacional sobre las parteras capacitadas, y por lo tanto tampoco es posible identificar el número de partos exitosos atendidos por ellas.

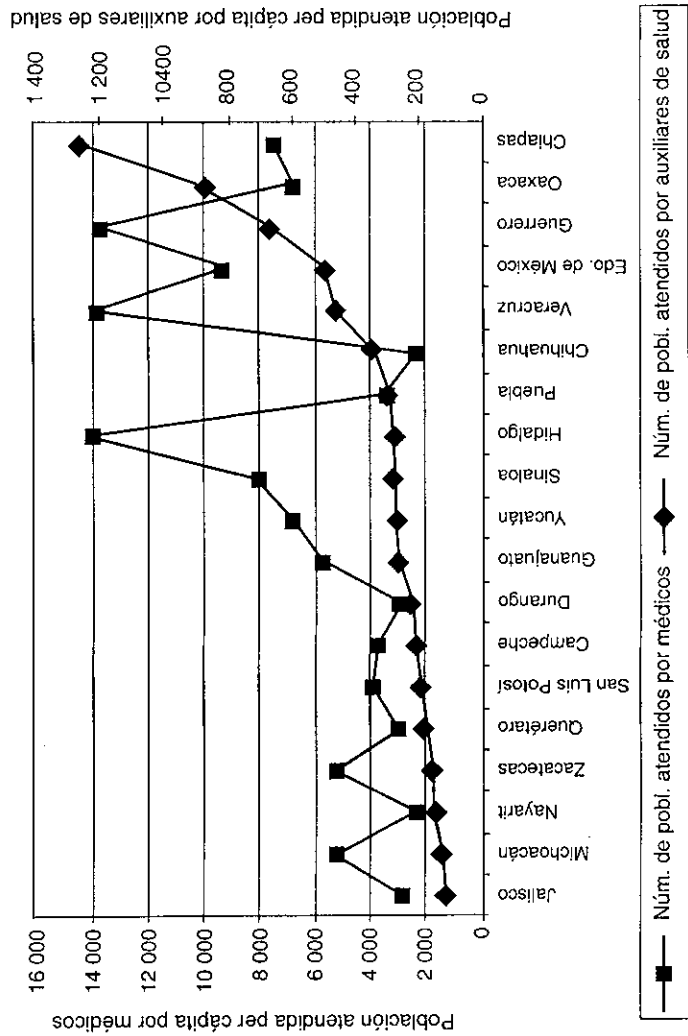
Ante semejante situación en el indicador de la calidad de los recursos humanos, se analiza la atención per cápita por personal capacitado (médicos, enfermeras, paramédicos y auxiliares de salud).

En los estados con mayores tasas de mortalidad materna la proporción de pacientes por médico continúa siendo muy alta (por ejemplo, en Chiapas en 1999 fue de un médico por cada 14 555 personas). En contraposición, en estados de baja mortalidad materna, como Durango y Campeche, hay un médico por cada 2 430 y 2 389 habitantes, respectivamente. En lo que se refiere a la atención de auxiliares de salud per cápita, la relación es inversa, ya que en los estados donde las tasas de mortalidad materna registrada son elevadas la atención se brinda en gran medida por los auxiliares de salud (Guerrero, Hidalgo, Veracruz) (véase la gráfica 11).⁴⁷

Finalmente, conviene puntualizar que si bien en los estados más pobres se registró una tasa de crecimiento acelerado de médicos (en Chiapas fue de 86.40%, en Guerrero de 60.95% y en Oaxaca de 36%), la proporción de pacientes por médico se mantuvo significativamente alta.

⁴⁷ Estos cálculos se efectuaron sólo con base en el personal médico contratado exclusivamente por el programa, ya que en el PAC también participa personal médico contratado por los Servicios Estatales de Salud. Esta situación implica que el personal de salud trabaja en diferentes programas a la vez, lo cual debilita la atención específica que pueda otorgarse a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.

GRÁFICA 11. Número de pobladores per cápita por médicos y auxiliares de salud en el PAC 1999



FUENTE: elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud, el Programa de Ampliación de Cobertura 1996-2000, Recuento y testimonio de un esfuerzo de equidad y extensión de servicios de salud en México, 2000, pp. 52-88, y snccr, Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1999.

Con base en estos datos es posible relacionar la rapidez con que se amplió la cobertura —de población y de localidades— con el ritmo de crecimiento de las tasas de atención per cápita tanto del personal capacitado como de las unidades de salud (de primer nivel y móviles). Esto permitirá identificar si la atención brindada por los servidores de salud es de calidad (para lo cual se considera que cuanto menor sea el número de pacientes por servidor, mayores posibilidades hay de brindarles mejor atención) y medir cómo los avances y retrocesos en la ampliación del acceso a los servicios de salud repercuten en las tasas de mortalidad materna.

Para medir la calidad de la atención se asignó un índice, dependiendo del número de personal⁴⁸ y de las unidades de salud per cápita en cada estado. Comparando el año 1996 con el 2001, a los estados donde: *a*) la relación per cápita disminuye a más de la mitad se les asigna un 10, es decir, menos pacientes por personal y unidad de salud; *b*) cuando esta relación disminuye a la mitad, la calificación equivale a 8; *c*) si no se registró ningún cambio, es de 6, y *d*) si la relación per cápita aumenta, se les asigna un 4 (véase el cuadro 8).

El desglose del índice que agrupa los estados en cuatro se detalla en el anexo.⁴⁹ Los criterios de agrupación son los siguientes: 1) Donde los ritmos de ampliación de cobertura de la localidad aumentaron, pero la tasa de crecimiento de la población tuvo un incremento moderado, 2) Donde el ritmo de crecimiento de la ampliación de cobertura tanto de localidades como de población fue muy acelerado, 3) Donde la tasa de crecimiento de la población y de las localidades aumentaron a un ritmo semejante, y 4) Donde las localidades aumentaron pero la ampliación de población tuvo una tasa de crecimiento negativo.

De estas comparaciones se desprende que en la mayoría de los estados donde disminuyó la tasa de mortalidad mater-

⁴⁸ Diferenciando médico, personal capacitado —enfermeras, paramédicos y “otros”— y auxiliares de salud.

⁴⁹ Los cuadros del anexo contienen las siguientes variables: estado, tasa de mortalidad 1990, 1997 y 1999; tasa de crecimiento: localidad y población, atención per cápita (1996-2001): médico, personal y auxiliares.

CUADRO 8. Comportamiento de la mortalidad materna e infraestructura y recursos humanos

Entidad	Tasas de MM 1997 y 1999	Calidad			Población total PAC año 2001
		Ritmo de ampliación (población/localidades)	de la atención (población/ recursos humanos)	Infraestructura (población/ unidades de salud)	
<i>Reducción de las tasas de mortalidad materna</i>					
Oaxaca	7.5 a 5.9	10	10	10	1 118 800
Yucatán	6.1 a 3.9	10	8	8	230 800
Zacatecas	6.0 a 3.7	8	10	10	98 900
Campeche	4.1 a 3.6	8	10	10	47 600
Chihuahua	5.0 a 3.8	10	10	10	183 300
Guanajuato	6.4 a 4.4	10	10	8	63 500
Puebla	4.8 a 4.6	6	6	8	802 200
Nayarit	5.0 a 4.2	10	6	4	34 300
Querétaro	4.8 a 4.2	6	4	4	96 500
<i>Aumento de las tasas de mortalidad materna</i>					
Guerrero	5.3 a 7.0	10	10	8	940 500
Chiapas	5.0 a 7.0	6	10	6	1 610 700
Michoacán	4.1 a 4.2	8	10	10	118 700
San Luis Potosí	4.7 a 5.2	10	6	8	252 400
Durango	3.0 a 3.2	10	6	8	85 800
Hidalgo	4.0 a 5.4	6	6	4	748 000
Veracruz	4.2 a 5.9	4	4	4	1 501 000
Sinaloa	2.0 a 2.7	4	4	4	215 300
México	6.2 a 6.9	6	4	4	779 200

FUENTE: elaboración propia con datos de la Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud, www.ssa.gob.mx. Para los índices, revítese el anexo. No se incluyó el estado de Jalisco porque allí el PAC no entró en funcionamiento sino hasta 1999.

na el ritmo de ampliación de cobertura fue equilibrado y la calificación, tanto para los recursos humanos como para las unidades de salud, es alta. En cambio, en los casos en que aumentaron las tasas de mortalidad, la tendencia es que la calificación de la atención per cápita fue baja.

La conclusión general es que la calidad de la atención y la capacidad de respuesta de los centros de salud son factores que repercuten de manera directa en la reducción de las tasas de mortalidad materna. La importancia de visualizar este hecho radica en reconocer que en gran medida el éxito del programa depende de la capacitación y seguimiento del personal que brinda los servicios de salud y de que este personal disponga de los elementos instrumentales (por ejemplo, equipo mínimo y acceso a los bancos de sangre) y tenga la capacidad real de referir al segundo nivel de atención médica para resolver situaciones de emergencia. Además, si la base operativa del programa se sostiene precisamente en el personal de salud, es necesario crear incentivos económicos reales para que estas personas permanezcan en la región.

Este último punto nos remite al tema de los salarios del personal y los incentivos de los auxiliares de salud. De acuerdo con un cálculo basado en los montos asignados para ello en el estado de Chiapas en 1999, se observa que en promedio un médico titulado recibe, cada mes, 7 817.99 pesos; una enfermera, 4 464.48 pesos, y un médico pasante, 1 200 pesos, en tanto que a los auxiliares de salud se les otorgan 250 pesos. Si partimos de que 20% del total de los médicos del PAC en los 19 estados son titulados, el monto asignado para salarios de personal de salud en el presupuesto del PAC para dicho año fue de 162 233 932 pesos, lo cual representa 20.36% del total del PAC, 23.23% del total asignado a los estados y 164.75% del monto total destinado a la Dirección del PAC en el nivel federal.⁵⁰

La baja remuneración destinada al personal (sea o no voluntario) puede provocar la rotación del mismo, y por tanto

⁵⁰ Los datos de Chiapas fueron proporcionados por Graciela Freyermuth (investigadora del CIESAS Sureste), y el cálculo se hizo con base en la Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1999 y la Información Histórica de la Ssa, www.ssa.gob.mx. Cabe señalar que el año 1999 es el de menor asignación a la Dirección del PAC.

que la experiencia acumulada y los vínculos establecidos con la comunidad se pierdan, lo que influye en la calidad de la atención de la salud.

Colateralmente se corre el riesgo de hacer un uso indebido de la comunidad, pues —como ya se apuntó— en gran medida la operatividad del programa se sustenta en los auxiliares de salud (habitantes de localidades en condiciones de marginalidad), los cuales reciben un “incentivo” que está muy lejos del salario mínimo. Por ello, los costos dirigidos a recursos humanos son tan bajos en relación con el total de recursos del programa.

PROGRAMA ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA

El Programa Arranque Parejo en la Vida (APV) forma parte de la estrategia programática dos del Plan Nacional de Salud 2001-2006 que busca “reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres”. De igual manera es parte de la estrategia Contigo, que es el eje del Programa Nacional de Superación de la Pobreza 2001-2006.

El APV tiene como uno de sus elementos centrales el reconocimiento de que la mortalidad materna y la infantil son dos de los indicadores más relevantes de la injusticia social y de la inequidad de género.⁵¹ Sus objetivos centrales son:

1) Lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, así como a las niñas y los niños desde antes de su nacimiento hasta los dos años de edad.

2) Disminuir la mortalidad materna con prioridad en las regiones con mayor incidencia y número de defunciones.

3) Disminuir la mortalidad neonatal e infantil y prevenir los defectos de nacimiento para reducir las diferencias entre las diversas regiones del país.

4) Conjuntar esfuerzos de sociedad y gobierno para la operación del programa.⁵²

⁵¹ Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, México, Secretaría de Salud, 2002, p. 13.

⁵² *Ibid.*, p. 33.

Si bien a la fecha no se han publicado las reglas de operación, en el programa de acción del APV se plantean mecanismos para dar seguimiento a los casos de mujeres embarazadas de alto riesgo y para crear una red que vincule la atención entre el primer y el segundo nivel. Esto en primera instancia podría significar un claro avance respecto al PAC.

Al analizar con mayor profundidad la operatividad de esta red se identifican dos dificultades. La primera responde a que el acceso, la instalación y el funcionamiento de las Casitas y Posadas AME (Atención a la Mujer Embarazada)⁵³ dependen totalmente de la "participación comunitaria", es decir, de los voluntarios y auxiliares de salud. Asimismo, el traslado a los hospitales o clínicas Sí Mujer dependen de la acción voluntaria de la comunidad. Al igual que en el PAC, los voluntarios no cuentan con un salario ni se establece claramente cómo se asignarán los incentivos o reconocimientos entre los prestadores de salud.⁵⁴

La segunda dificultad es que parte importante de los recursos para operar el programa provendrán de una "red social", la cual estará conformada por un Comité Estatal del APV con la participación de titulares de las instituciones de salud y organizaciones de los sectores público, social y privado. La vinculación de las actividades de dicho comité con empresas, organismos privados y clubes sociales (Rotarios, Leones, grupos de damas, patronatos, etc.) estará a cargo de la esposa del gobernador estatal y del secretario de Salud.⁵⁵

Acerca de la asignación de recursos al APV, llama la atención que el gobierno delegue una parte importante del financiamiento a grupos privados. Por ejemplo, para el año 2002 —periodo en el cual se instaló en 17 estados—⁵⁶ el presu-

⁵³ Las Casitas AME son el espacio comunitario en donde se brindan cuidados y alimentación a las hijas e hijos de las mujeres mientras éstas reciben atención de su embarazo y parto en las clínicas y hospitales Sí Mujer. Las Posadas AME son lugares donde la embarazada con alguna complicación recibe asistencia, alimentación, hospedaje y vigilancia médica, en tanto se controla y se atiende el parto. *Ibid.*, pp. 61-63.

⁵⁴ *Ibid.*, p. 45.

⁵⁵ *Ibid.*, p. 46.

⁵⁶ Las entidades federativas fueron: Aguascalientes, Campeche, Colima, Chiapas, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Veracruz y Yucatán; con 330 municipios en total.

puesto del programa fue de sólo 67 194 151 pesos, de los cuales prácticamente la totalidad se destinó a gasto corriente y únicamente 138 200 al gasto de capital.

Sin embargo, según el documento del Informe 2002 del Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, en su Tercera Sesión Ordinaria, durante los años 2001 y 2002 hubo una inversión hacia el programa de 217.3 millones de pesos, la mayor parte gestionada por la Fundación Vamos México, y correspondió a gasto en equipo médico.

Este hecho ratifica lo afirmado anteriormente, es decir, que en gran medida se depende del sector privado para todo lo que se refiere a implementación del APV.

En el año 2003 se produjo un cambio significativo en la asignación de los recursos, pues se destinó financiamiento para la operación del programa a todos los estados de la república, incluyendo el Distrito Federal. El financiamiento se canalizó a la administración central por medio de la Secretaría de Salud (ramo 12), y a las entidades federativas mediante el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (Fassa) (ramo 33).

Cabe resaltar dos aspectos: uno, que nuevamente el gasto se concentra en el gasto corriente; y dos, que en los documentos presupuestales no se puntualizan los criterios de asignación estatal, explicación por demás necesaria para entender por qué un estado como Chiapas solamente recibió 0.16% del total de los recursos Fassa para el programa.⁵⁷

Con esto la federación no sólo delega la responsabilidad de suministrar recursos de un programa público al sector privado, sino también la gestión de esos recursos. Este hecho puede afectar la operatividad y la planeación a corto y largo plazos del programa, ya que la asignación dependerá de las fluctuaciones anuales de los recursos que se obtengan a partir de las actividades que realicen los distintos actores del ámbito privado vinculados a dicho programa.

⁵⁷ En el Presupuesto de Egresos de la Federación Aprobado 2003, el total para el programa Arranque Parejo en la Vida, a través de los recursos Fassa, es de 602 902 757 pesos corrientes. A Chiapas se le destinaron 980 192 pesos. La asignación por medio del ramo 12 fue de 64 453 769 pesos corrientes. Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Presupuesto de Egresos de la Federación Aprobado 2003, www.shcp.sse.gob.mx.

Ciertamente, el esquema de financiamiento y operación del programa repercutirá en la calidad de la prestación de los servicios y, por tanto, en las tasas y número de muertes maternas. Por un lado, el abastecimiento y la provisión de insumos necesarios para atender sobre todo situaciones de emergencia quedan sujetos a la gestión que realice el Comité Estatal. Por otro lado, una vez que el sector privado otorgue donaciones en especie (ambulancias, partogramas, equipo médico), no se establece claramente con qué recursos se operarán dichos insumos ni cómo se les dará mantenimiento. Adicionalmente, un tercer factor que se desprende de esta estrategia de financiamiento privado es la desigualdad de recursos a la que pueden aspirar las distintas entidades federativas.

CONCLUSIONES

En la presente investigación se analizó la asignación presupuestal del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), con la finalidad de verificar si el uso de los recursos tuvo algún grado de efectividad para mejorar la atención durante el embarazo, parto y puerperio, y si contribuyó a disminuir las tasas de mortalidad materna en los estados donde el programa opera.

En primer lugar, es preciso tener en cuenta que se trató de un programa clave dentro de la reforma al sector salud, hecho que delineó sus metas y los mecanismos para alcanzarlas, y que el objetivo central del PAC se estableció desde un principio en términos cuantitativos y no cualitativos.

Una segunda determinante del diseño y la operatividad del programa es la estrategia del combate a la pobreza extrema, que se desprende de la política neoliberal del Estado y se sustenta en la descentralización del gasto y en la participación de las comunidades.⁵⁸ Ambos factores se justifican con la premisa de hacer más eficiente el gasto.

⁵⁸ José Alvarado, director general de Programación y Presupuesto, Seminario-Taller "Elaboración de Presupuestos con Perspectiva de Género", ciudad de México, abril de 2002.

En el nivel operativo, sobre todo en lo referente a la atención brindada por el personal, la maximización de los recursos se sustentó especialmente en el personal médico que estaba cumpliendo con su servicio social, en los voluntarios pertenecientes a la comunidad que fueron capacitados por la Ssa, y en participantes en otros programas. Por otra parte, en relación con la infraestructura, se observó que la ampliación de obra pública con recursos del PAC fue escasa, y en algunos estados, nula. Así, de nueva cuenta se hace un uso intensivo de la infraestructura existente, la cual también es utilizada en otros programas.

Al examinar el gasto asignado al PAC, se pone de manifiesto que el problema no se resuelve exclusivamente con otorgar mayor financiamiento a los estados de más alta marginalidad, puesto que entre éstos existe una profunda brecha en los servicios médicos. Las entidades con mayores rezagos en materia de salud también son las que registran las más elevadas tasas de mortalidad materna. Por ende, programas como el PAC se han puesto en práctica en un deficiente entorno de atención a la salud, sin haber nivelado previamente la atención médica y luego haber puesto en funcionamiento el programa.

Este hecho —aunado al diseño operativo del programa— condujo a que el PAC no tuviera éxito real a la hora de disminuir los fallecimientos por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio.

Para prevenir una muerte materna es primordial contar con personal capacitado, con atención periódica, y en casos de riesgo o urgencia obstétrica, con medios de transporte o de referencia real al segundo nivel de atención y acceso a servicios tales como transfusiones de sangre. Sobre estos aspectos básicos de atención, el programa presentó serias deficiencias. Es claro que con 19 pesos al año por persona, en una cobertura de 0.98 millones, que es el caso de Guerrero —la entidad con la mayor tasa de mortalidad materna en el país—, difícilmente se podrán revertir las carencias en el plano de la salud materna. Cabe hacer notar que hay una relación inversa entre la cantidad de población cubierta y el gasto per cápita, es decir, que los estados con mayor población (que a la vez son los que más

muerres maternas registran) son los que tienen menor financiamiento por persona.

Así pues, mejorar y hacer más eficiente la atención médica en sectores vulnerables —como las mujeres en condiciones de pobreza— implica asignar mayores recursos; pero previamente es preciso realizar una revisión de las carencias y necesidades de cada entidad federativa en general y de las localidades en particular.

Como resultado directo del esquema aplicado por un programa que entrega un paquete básico de servicios de salud, de manera homogénea y con pocos recursos económicos, humanos y materiales, hay una cantidad significativa de población que se prevé cubrir pero que finalmente no es atendida. Por ello, efectivamente, no se proporciona atención médica a todas las mujeres que deberían ser partícipes del programa. Este hecho queda demostrado por el considerable número de fallecimientos durante el embarazo, parto y puerperio que ocurren en el hogar, y porque la mortalidad materna se concentra en mujeres que no son derechohabientes.

La nueva propuesta de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio es el programa Arranque Parejo en la Vida (APV). Este programa establece metas específicas de disminución de la mortalidad materna. Pese a incluir esquemas de seguimiento de embarazos de alto riesgo, no prevé un aspecto primordial para prevenir la defunción materna, que es la atención de las emergencias. De nueva cuenta, no se incluye una estrategia realmente efectiva de traslado al segundo nivel de atención ni de asistencia por personal capacitado al momento de una urgencia obstétrica.

El APV pasa, pues, a ser un programa más que se pone en marcha con base en recursos ya existentes, con el agravante de recibir una muy escasa asignación presupuestal y de transferir a la iniciativa privada la responsabilidad de proveer insumos básicos para su operación. Estas condicionantes obstaculizan el cumplimiento de las metas propuestas y pueden contribuir a que se mantengan o amplíen las brechas de desigualdad entre los estados, en perjuicio de las mujeres de sectores de alta marginalidad que viven un embarazo, parto o puerperio.

En consecuencia, es fundamental fortalecer las capacidades humanas, materiales y financieras del programa, para asegurar que cumpla con los objetivos planteados. Por ejemplo, si bien puede ser cuestionable la viabilidad de adquirir ambulancias para atender las emergencias de localidades dispersas y de difícil acceso —sin mencionar los gastos necesarios para operar dichas ambulancias y darles mantenimiento—, sí sería indispensable asegurar que los gastos de traslado sufragados por las familias de mujeres con complicaciones en el embarazo, parto o puerperio, puedan ser cubiertos o resarcidos por el programa.

Es preciso discutir las restricciones presupuestales a las cuales se enfrenta México a la luz de las prioridades y los rezagos que se registran. En tal sentido, no es válido argumentar que no hay recursos para fortalecer programas como el APV y el PAC, en la medida en que el ejercicio de comparación de cuánto inciden esos programas en el presupuesto neto, programable y del sector salud, ilustra que su asignación es de poca importancia y que además la tendencia ha sido a la baja. Por esa razón, debe plantearse la necesidad de sostener los recursos y la inversión en infraestructura para los estados más rezagados. Idealmente, programas de recursos escasos, como el APV, deberían duplicarse cada año hasta alcanzar niveles medianamente satisfactorios.

Por añadidura, considerando que tanto el PAC como el APV se traspasaron totalmente a los estados a partir de 2003 (a través del Fassa), y que este último cuenta con financiamiento privado, resulta crucial, en aras de la transparencia y sustentabilidad, que el total de recursos financieros, materiales y humanos se registre y cuente con una cabal rendición de cuentas. De tal modo se avanzaría hacia una mayor transparencia y acceso a la información presupuestaria, programática, de evaluación de impacto y de desempeño de los programas orientados a la atención de la población más pobre. Las cifras deben presentarse de manera consistente, clara y entendible, identificando lo que es gasto de capital y corriente, así como los recursos que se manejan en el ámbito federal y estatal, y especificando el número de beneficiarias y las acciones realizadas.

Esta información, sumada a las evaluaciones de impacto y desempeño, permitirá argumentar las prioridades nacionales de atención a la población abierta y a las mujeres embarazadas, en un contexto más abierto y comprensivo.

Por último, pese a que en ambos programas se reconoce que uno de los grupos más vulnerables en la población marginal son las mujeres, ello no implica que se haya incorporado un enfoque de género en el diseño y la ejecución de tales programas. Ubicar a las mujeres como sujetos sustanciales para la realización de un programa, sin tener en cuenta las condiciones socioeconómicas de aquéllas, implica usar indiscriminadamente el tiempo de las usuarias para atender sus responsabilidades en el programa.

En el caso del PAC, si bien ha definido a las mujeres como agentes primordiales —lo cual lleva a posicionarlas como actores públicos en su comunidad—, esto representa un avance colateral, puesto que no se plantea ni como un objetivo ni como una meta.

ANEXO

Recursos humanos y calidad de la atención

La atención per cápita** cae a menos de la mitad, entonces mejora: 10.
 La atención per cápita cae a la mitad, entonces es buena: 8.
 La atención per cápita se mantiene sin cambios, entonces es regular: 6.
 La atención per cápita aumenta, entonces empeoró: 4.

* La *situación* se refiere al aumento o disminución de la tasa de mortalidad materna.

* La atención per cápita está calculada en miles de personas.

Donde el ritmo de ampliación de cobertura de localidades aumentó, pero la tasa de crecimiento de la población tuvo un incremento moderado:

Estado	Tasa de mortalidad materna		Situación*	Tasa de crecimiento (1996-2001)			Atención per cápita (1996-2001)**					
	1990	1997		1999	Localidad	Población	Médico	Núm. Personal	Núm. Auxiliares	Núm.		
Oaxaca	12.0	7.5	5.9	<	17.7	3.2	41.9-10.4	10	8.2-2.5	10	0.8-0.5	8
Yucatán	5.4	6.1	3.9	<	30.3	7.7	26.5-4.5	10	6.9-2.0	10	0.9-1.0	4
Nayarit	3.3	5.0	4.2	<	18.8	3.3	1.4-1.6	4	0.5-0.5	6	0.2-0.2	6
Chihuahua	5.6	5.0	3.8	<	55.0	3.2	5.3-3.9	8	1.3-0.7	6	0.3-0.2	8
San Luis Potosí	4.7	5.2	5.2	>	29.9	6.0	9.0-2.8	10	5.6-1.6	10	0.3-0.5	4
Durango	4.2	3.0	3.2	>	27.2	9.7	2.3-2.9	4	1.2-1.2	6	0.3-0.2	8

Donde el ritmo de crecimiento de la ampliación de cobertura tanto de localidades como de población fue muy acelerado:

Estado	Tasa de mortalidad materna			Situación*	Tasa de crecimiento (1996-2001)			Atención per cápita (1996-2001)				
	1990	1997	1999		Localidad	Población	Médico	Núm. Personal	Núm. Auxiliares	Núm.		
Veracruz	7.5	4.2	5.9	>	77.6	61.2	6.0-7.2	4	2.0-3.0	4	1.0-1.7	4
Sinaloa	1.5	2.0	2.7	>	44.1	57.6	1.8-6.3	4	0.4-2.3	4	0.3-1.4	4

La atención per cápita cae a menos de la mitad, entonces mejora: 10.

La atención per cápita cae a la mitad, entonces es buena: 8.

La atención per cápita se mantiene sin cambios, entonces es regular: 6.

La atención per cápita aumenta, entonces empeoró: 4.

Donde la tasa de crecimiento de la población y la de las localidades aumentaron a un ritmo semejante:

<i>Estado</i>	<i>Tasa de mortalidad materna</i>			<i>Situación*</i>	<i>Tasa de crecimiento (1996-2001)</i>			<i>Atención per cápita (1996-2001)</i>				
	1990	1997	1999		<i>Localidad</i>	<i>Población</i>	<i>Médico</i>	<i>Núm.</i>	<i>Personal</i>	<i>Núm.</i>	<i>Auxiliares</i>	<i>Núm.</i>
Chiapas	4.9	5.0	7.0	>	19.0	13.5	213.3-17.8	10	13.3-5.3	10	0.8-0.8	6
México	7.2	6.2	6.9	>	18.0	25.4	5.5-8.2	4	3.0-3.8	4	1.5-1.1	6
Puebla	8.2	4.8	4.6	<	36.0	25.9	7.0-3.5	10	2.2-1.5	8	0.7-0.8	4
Querétaro	5.8	4.8	4.5	<	17.3	19.9	1.6-2.0	4	1.4-1.6	4	0.1-0.2	4
Hidalgo	6.7	4.0	5.4	>	29.0	23.3	9.3-3.6	10	1.6-2.5	4	2.1-1.3	8

Donde las localidades aumentaron pero la ampliación de población tuvo una tasa de crecimiento negativo:

<i>Estado</i>	<i>Tasa de mortalidad materna</i>			<i>Situación*</i>	<i>Tasa de crecimiento (1996-2001)</i>			<i>Atención per cápita (1996-2001)</i>				
	1990	1997	1999		<i>Localidad</i>	<i>Población</i>	<i>Médico</i>	<i>Núm.</i>	<i>Personal</i>	<i>Núm.</i>	<i>Auxiliares</i>	<i>Núm.</i>
Zacatecas	3.7	6.0	3.7	<	8.7	-1.8	6.3-1.9	10	3.1-1.7	8	1.0-0.4	10
Michoacán	3.0	4.1	4.2	>	13.8	-1.11	4.1-1.8	10	2.8-1.4	8	1.1-0.4	10
Campeche	4.0	4.1	3.6	<	3.5	-1.4	7.3-2.5	10	6.3-1.1	10	0.5-0.3	8

CUADRO 6. Porcentaje de mujeres en edad fértil que usa métodos anticonceptivos, según lugar de residencia y lengua que habla, 1997

	Guerrero	Michoacán	Oaxaca	Puebla	Veracruz	Nacional
Media en la entidad	47.4	60.9	55.1	59.4	70.3	68.5
Rurales	37.7	48.6	46.8	43.6	61.6	53.6
Urbanas	54.7	67.4	65.5	66.4	76.6	73.3
Hablantes de lengua indígena	13.1	34.5*	45.7	44.5	59.9	48.3
No habla lengua indígena	53.3	62.3	62.2	62.2	71.9	70.2

FUENTE: elaboración propia, con base en datos de Conapo, 2000b y 2001, *Cuadernos de la salud reproductiva* (tomos sobre República Mexicana, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Veracruz), México, Conapo.

* De una muestra de 100 casos.

CUADRO 7. Porcentaje de mujeres en edad fértil con demanda insatisfecha, por lugar de residencia y lengua que habla, 1997 (porcentaje)

	Guerrero	Michoacán	Oaxaca	Puebla	Veracruz	Nacional
Rural	33.9	27.9	27.2	29.3	18.3	22.2
Urbano	19.8	12.0	13.5	15.0	8.6	8.9
Habla lengua indígena	51.6	38.4	24.8	26.5	22.0	25.8
No habla lengua indígena	21.4	16.4	18.4	18.1	11.2	11.0

FUENTE: elaboración propia con base en datos de Conapo, 2000b y 2001, *Cuadernos de la salud reproductiva* (tomos sobre República Mexicana, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Veracruz), México, Conapo.

- Lavielle, Briseida, Gabriel Lara y Daniela Díaz, *Curitas para la salud: el mapa de la inequidad*, México, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C., noviembre, 2001.
- López, Paz, "Indicadores sociales para evaluar el riesgo de morbilidad y mortalidad materna", en María del Carmen Elú y Elsa Santos (comps.), *Una nueva mirada a la mortalidad materna en México*, México, CPMR/FNUAP, 1999.
- McCarthy, J. y D. Maine, *A framework for analyzing the determinants of maternal mortality. Studies in Family Planning*, 23.
- Poder Ejecutivo Federal, "Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000".
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Presupuesto de Egresos de la Federación Aprobado 2002 y 2003, Cuenta de la Hacienda Pública Federal 1998-2001, www.shcp.sse.gob.mx.
- Secretaría de Salud, *Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida*, versión definitiva, abril, 2002, www.ssa.gob.mx.
- Secretaría de Salud, *Informe de Labores, 1999-2000*.
- , Comité Nacional del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, 3a. Sesión Ordinaria, *Informe 2002*.
- , *La situación de la salud, 1999*, www.ssa.gob.mx.
- , *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, www.ssa.gob.mx.
- , Información Histórica, www.ssa.gob.mx.
- , Dirección General de Equidad y Desarrollo en Salud, www.ssa.gob.mx.

LOS PROGRAMAS DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA Y ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA EN LOS ALTOS DE CHIAPAS

¿Esfuerzos suficientes para abatir la muerte
materna en el contexto multicultural?

GRACIELA FREYERMUTH*

COLABORACIÓN DE CECILIA DE LA TORRE**

PRESENTACIÓN

El presente documento surgió de la invitación que Fundar me hizo para participar en un proyecto sobre presupuestos y muerte materna. En un documento previo sobre presupuestos y el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) (Freyermuth, 2002) señalé que desde el feminismo académico me interesa identificar si los presupuestos responden a los compromisos que el gobierno mexicano ha contraído mediante la firma de acuerdos internacionales, en los que se han realizado esfuerzos para mejorar la condición y la posición de la mujer, especialmente el de muerte materna, que el gobierno mexicano estableció en El Cairo. El tema de la mortalidad materna (MM), desde los presupuestos, no puede analizarse al margen de la complejidad que lo caracteriza, por eso incluyo algunos resultados del trabajo que sobre el tema he venido realizando en los últimos años en la región de los Altos de Chiapas.

Al principio del documento que ahora presento, ofrezco un panorama estatal y regional sobre el desarrollo de los sistemas de salud en el ámbito estatal; continúo con un diagnóstico de la mortalidad materna en Chiapas en los años recientes y

* CIESAS-Sureste.

** ACASAC.

reparo en el problema del subregistro, teniendo en cuenta que éste es sólo una parte de tan compleja problemática. Luego, en el desarrollo de un diagnóstico específico para la región de los Altos, identifiqué los principales problemas del PAC respecto a sus posibilidades de prevenir la mortalidad materna desde su actual estructura y con el presupuesto asignado. Finalmente, doy a conocer tres propuestas del Programa Arranque Parejo en Chiapas: la elaborada por las oficinas centrales de la Secretaría de Salud, la de la Jurisdicción Sanitaria II, y una interinstitucional impulsada desde el Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas y el Foro Nacional de Mujeres.

ANTECEDENTES

Chiapas

El desarrollo de los sistemas de salud en Chiapas ha sido distinto al nacional. Las condiciones sociales, producto del atraso económico del estado, provocaron que se postergara el control de las enfermedades infecciosas; por ello en la década de los cincuenta, cuando apareció en la entidad el Instituto Nacional Indigenista (INI), y durante la década de los sesenta, el interés del sector salud se encaminó al control de las enfermedades transmisibles y prevenibles por vacunación y a las campañas de saneamiento ambiental e higiene (Calzada, 1992 [1951]: 37-63; Aguirre Beltrán, 1994 [1955]:151-152; Alarcón, 1992 [1956]: 55-58; Kölher, 1975 [1969]; Favre, 1984 [1973]: 361-363); mientras tanto, a escala nacional se impulsaban ya los programas de atención materno-infantil.

Para la década de los ochenta empezó a tenerse una mayor referencia de la mortalidad materna en el estado, y los programas de gobierno de 1982-1988 y de 1988-1994 la mencionan. En el primero de éstos se señala la necesidad de disminuir la muerte materna en 10%, y en el segundo, se centra en la familia la estrategia para resolver este problema de salud (*cf.* Sector Salud, Chiapas, 1982: 49; Chiapas, Gobierno del Estado, 1988-1994: 137; Sector Salud, Chiapas, 1993: 148). En estos pe-

riodos, los recursos disponibles del sector salud se canalizaron principalmente al Programa de Planificación Familiar. Durante los años noventa éste fue el programa que se siguió impulsando con más fuerza en Chiapas (Chiapas, Ssa, 1988; UACH, 1988; Chiapas, Sector Salud, 1990, 1991; Chiapas, Ssa, 1993). Ni en este programa ni en los planes estatales de gobierno (Chiapas, Gobierno del Estado de Chiapas, 1992; Gobierno del Estado de Chiapas, 1995) se vuelve a mencionar la muerte materna como un asunto relevante de salud. Sólo se hace referencia al comportamiento de la mortalidad general en el estado, y la cifra oficial de mortalidad materna que se maneja en estas fechas oscila entre 4.89 y 4.39 por 10 000 nacidos vivos, incluso menor a la tasa nacional (Salvatierra, s/f: 26; Halperin y de León, 1996: 44).

Con base en las tasas de muerte materna de 1937 a 1991, Sandra Reyes Fraustro (1992) dividió el país en cuatro regiones que clasificó como de baja, mediana, alta y muy alta mortalidad materna. En estas estimaciones, y teniendo como punto de referencia la región de baja mortalidad materna, se observa que la probabilidad de morir durante la maternidad es 20% superior en la región clasificada como de mortalidad media; aumenta a 50% en la de mortalidad alta y a 90% en la clasificada como muy alta. Chiapas se encuentra en este último grupo. En otras palabras, por cada 10 muertes maternas que ocurren en la región clasificada como de baja mortalidad, ocurren 12 en la de media, 15 en la de alta y 19 en la de muy alta.

En 1997 el Consejo Estatal de Población (Coespo) señaló la muerte materna como un importante problema de salud, aunque las acciones que impulsó en su plan de trabajo inicial estaban encaminadas fundamentalmente a reducir la natalidad. En este plan de trabajo se consideraba a la región de los Altos una de las zonas prioritarias de acción. Sin embargo, en 1998, el representante del Programa de Salud Reproductiva del Instituto de Salud de Chiapas (ISECh) señaló que en Chiapas la mortalidad materna no era un problema relevante de salud.¹

¹ Declaraciones realizadas por el responsable de salud reproductiva del Instituto de Salud de Chiapas, en el Foro de Acción en contra de la Muerte Materna, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, 10 de noviembre de 1998.

CUADRO 1. *Regionalización de la muerte materna en México, 1937-1991*

<i>Región</i>	<i>Estados</i>
Baja mortalidad	Aguascalientes, Baja California Sur, Coahuila, Distrito Federal y Nuevo León.
Mediana mortalidad	Baja California, Campeche, Durango, Jalisco, Morelos, Nayarit, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala y Yucatán.
Alta mortalidad	Colima, Chihuahua, Guanajuato, Guerrero, México, Michoacán, Tabasco y Zacatecas.
Muy alta mortalidad	Chiapas, Hidalgo, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí y Veracruz.

FUENTE: Sandra Reyes Fraustro, *Mortalidad materna en México*, 1992.

En 1999 el responsable de la Dirección General de Salud Reproductiva del ISECh realizó el primer diagnóstico sobre el problema de la muerte materna en el estado, y se iniciaron algunos programas específicos en el marco del Programa Estatal de Cooperación, auspiciado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Población (FNUAP) y coordinados por Coespo-Chiapas. A partir del año 2001 el panorama cambió radicalmente: disminuir la mortalidad materna en el estado se ha convertido en una de las prioridades para el ISECh, y su meta para el sexenio gubernamental en curso es reducirla en 35% y capacitar a 95% del personal de salud. El ISECh ha puesto en marcha, desde junio del 2002, el programa estatal de Arranque Parejo en la Vida y mantiene una vigilancia epidemiológica estrecha sobre las muertes maternas registradas.

Sin embargo, la política de salud reciente y, por tanto, la muerte materna en Chiapas no pueden ser analizadas al margen de las políticas impuestas por el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 para el combate a la pobreza. Los programas más estrechamente vinculados con la problemática de nuestro interés son el Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá) y el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), este último encaminado al cumplimiento de los acuerdos de Alma Atta: salud para todos en el año 2000.

El antecedente inmediato del PAC es el Programa de Apoyo a los Servicios de Salud para la Población Abierta (PASSPA), que operó en Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y el Distrito Federal entre 1991 y 1995, para el cual se dispuso de un apoyo financiero del Banco Mundial por 250 millones de dólares (World Bank, 1995).

En 1995 se gestionó con el Banco Mundial otro préstamo, de 310 millones de dólares, que permitió al gobierno mexicano incluir en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 la posibilidad de elevar los niveles de bienestar social, prioritariamente de aquellos grupos que sufren pobreza y pobreza extrema. Para esto, el gobierno federal se propuso ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud (*Diario Oficial de la Federación*, 2000). Progresas y PAC fueron los principales instrumentos con los que, durante el gobierno de Ernesto Zedillo, se combatió la pobreza extrema.

El PAC pretende proporcionar servicios básicos de salud de primer nivel a la población de alta y muy alta marginación y a la ubicada en asentamientos humanos de difícil acceso y aislados; dar solución a problemas locales de salud, principalmente de municipios con población dispersa y gran rezago en infraestructura básica (como es el caso de la población indígena de Chiapas), y contribuir a la descentralización de los servicios de salud (Secretaría de Salud, 1996). Entre sus objetivos destacan los siguientes: mejorar el manejo y la capacidad en la toma de decisiones en los estados y jurisdicciones, reforzar los sistemas de apoyo, y descentralizar funciones y servicios del centro a los estados y de éstos a las jurisdicciones. Durante el año 2000, el PAC representó 0.22% del gasto social total y 2.05% del gasto social en salud (Presupuesto 1999).

Este programa establece vínculos con otras instituciones o programas como el IMSS-Solidaridad, Progresas (ahora Oportunidades), la estrategia de extensión de cobertura de la propia Ssa y el programa de cirugía extramuros (*Diario Oficial de la Federación*, 14 de marzo de 2000).

El programa Oportunidades tiene como objetivo mejorar las condiciones de las familias que viven en extrema pobreza. Es un programa focalizado, cuyo ámbito de acción es la fami-

lia, y es complementario de otros programas, como el PAC. Incorpora familias haciendo titular a la madre,² con lo que se pretende empoderar a las mujeres por medio de acciones afirmativas. Se otorgan apoyos educativos por cada uno de los niños o niñas menores de 18 años que asistan a la escuela entre el tercer grado de primaria y el tercero de secundaria; se ayuda en especie o en efectivo para adquirir útiles escolares y se propicia que estas familias sean beneficiarias del paquete básico de servicios de salud del PAC, reforzando la oferta de estos servicios y asegurando su demanda. Asimismo, se otorga una ayuda monetaria para la alimentación, con el fin de mejorar la cantidad y calidad de los alimentos que consume la familia.

Una de las estrategias de Progresá es la *corresponsabilidad*, que consiste en que las familias beneficiadas deben inscribir a sus hijos en la escuela y asegurarse de que asistan regularmente; registrarse en la clínica de salud más cercana, cumplir con citas periódicas y asistir a las pláticas de educación para la salud, y destinar la ayuda monetaria al mejoramiento de la alimentación familiar. El incumplimiento de cualquiera de estos compromisos conlleva la suspensión del subsidio. Es decir, el ISECh, en teoría, podría tener el control prenatal o dar seguimiento al parto en aquellas mujeres adscritas al programa Oportunidades, antes Progresá.

Región de los Altos

Los estudios antropológicos realizados desde antes de los cincuenta, con el auspicio del Instituto Nacional Indigenista (Villa Rojas, 1990 [1940]; Guiteras, 1992 [1944]; Pozas, 1987 [1959]; Holland, 1964), dieron prioridad, al momento de analizar el campo de la salud, a la cosmovisión indígena. La maternidad no aparece como un fenómeno que debe ser atendido (Freyermuth, 2000). A mediados de los ochenta, el gobierno del estado de Chiapas publicó monografías en castellano y tzotzil so-

² Los interesados e interesadas en conocer las reglas de operación del Progresá, ahora Oportunidades, deberán consultar el *Diario Oficial de la Federación* del miércoles 15 de marzo de 2000.

bre los municipios de Chenalhó, Chamula, Chalchihuitán, Andrés Barráinzar.³ Tres de éstas incluyen en la descripción de la vida cotidiana el parto y nacimiento, y en dos se describe el parto como un hecho en el que pueden ocurrir complicaciones y se señalan las formas en que la partera indígena resuelve estos problemas. No se hace alusión a que este suceso puede poner en riesgo la vida de las mujeres o representar un problema de salud (Pérez, 1985: 88-93).

En las décadas de 1970 y 1980 aparecieron en Chiapas, particularmente en los Altos, junto con el Programa de Extensión de Cobertura (IMSS), el Programa de Medicinas Paralelas (1979) y el Proyecto de Medicina Tradicional 1983-1985, impulsados por UNICEF a través de la SSA, a más del Programa de Interrelación con la Medicina Tradicional (Freyermuth, 1993: 58-68). Estos proyectos se encargaron fundamentalmente de realizar investigación y prácticas en torno a la identificación de plantas medicinales y su manejo; impulsaron también la organización de los llamados médicos tradicionales. En este contexto, se reconoció a la partera como un elemento fundamental en la atención de la maternidad, y se promovieron programas dirigidos a ellas. Sin embargo, la existencia simultánea de los programas de planificación familiar hizo que estos proyectos con parteras carecieran prácticamente de recursos.⁴

En 1995 el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social del Sureste y el Instituto de Estudios Indígenas llevaron a cabo una investigación sobre muerte materna en Chenalhó, municipio de los Altos. Uno de los hallazgos más relevante fue el grave subregistro —45%— de las muertes maternas, dato obtenido a partir del seguimiento de 40 casos de mujeres fallecidas en el municipio entre 1989 y 1993. Esto equivale a decir que en este municipio había una tasa de mortalidad materna seis veces mayor que la media nacional. También se identificó como uno de los principales problemas el limitado acceso de las mujeres indígenas a los servicios de

³ A través de la Dirección de Fortalecimiento y Fomento de las Culturas, de la Subsecretaría de Asuntos Indígenas.

⁴ Entrevista realizada con la encargada del Programa de Salud Materno-Infantil del centro de salud de San Cristóbal de las Casas, Chiapas, mayo, 1990.

salud. Sólo 10% de las mujeres fallecidas había buscado atención en los centros de salud de la llamada medicina científica o hegemónica, mientras que el resto sólo recurrió a los servicios derivados del sistema médico indígena de la localidad.⁵ Para utilizar los servicios de salud no sólo se requiere que éstos sean accesibles geográficamente o que se disponga de ciertos recursos económicos, sino que las relaciones interétnicas, genéricas y generacionales que se dan en la familia, la comunidad y la ciudad, lo faciliten.

La morbilidad materna en los Altos había permanecido invisible por dos motivos. Uno de ellos era la frecuencia del fenómeno en términos absolutos, pues las enfermedades diarreicas seguían siendo la primera causa de mortalidad en el grupo de 15 a 45 años; y el otro, la ausencia de usuarias con complicaciones de maternidad en los puestos de salud del INI y de la Secretaría de Salud (Ssa). Al no acudir a los centros de salud, las mujeres con problemas reproductivos quedaron al margen de las estadísticas oficiales.

Los resultados de un trabajo de investigación acerca del subregistro de la muerte materna y de los factores culturales que influían en ésta, realizado en 1995, sirvieron como marco de apoyo para la conformación del Grupo de Trabajo Interinstitucional y Multidisciplinario de Lucha contra la Muerte Materna. En 1997 se organizaron sesiones de trabajo en las cuales este grupo —formado por médicos, médicas, enfermeras, trabajadoras sociales y líderes comunitarios, tanto de organismos gubernamentales como de no gubernamentales— inició el análisis de las causas de la muerte materna a partir de cuatro ejes: *a*) el contexto en el que mueren las mujeres por causas atribuibles a la maternidad en el seno del hogar, al margen de la atención médica; *b*) el contexto en el que mueren las mujeres en los hospitales públicos de la región; *c*) el contexto en el que

⁵ El sistema de salud que ofrece atención a la población indígena de los Altos de Chiapas está constituido por tres submodelos que, aunque muchas veces se traslapan, no se integran en uno solo. Uno de ellos es el de los servicios que se generan por medio de los practicantes indígenas y que corresponden a las visiones del mundo indígena (*j'ac' poxil*). El otro lo constituye la práctica médica científica o hegemónica con sus agentes de salud (*jlaktoretik*) y la industria farmacéutica. El tercero está constituido por la autoatención y la automedicación dentro del grupo doméstico.

sobreviven mujeres que llegan a dichos centros hospitalarios en condiciones de gravedad,⁶ y d) los alcances y limitaciones del desarrollo de los programas de capacitación para parteras en Chiapas. Este Grupo de Trabajo sesionó hasta el año 2000, y como resultado se elaboraron dos documentos que incluyen una propuesta metodológica para la capacitación de parteras indígenas, monolingües y analfabetas.

Uno de los acuerdos a los que se llegó en el Grupo de Trabajo fue la realización de un foro, que tuvo lugar en noviembre de 1998 y que fijó su objetivo principal en ofrecer un panorama de la muerte materna en el ámbito nacional y regional; además, permitió abrir un espacio de discusión entre los distintos actores que participan en la salud materna, conocer e intercambiar experiencias similares sobre esta problemática con otros estados de la república y constituir el comité estatal Por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas. Uno de los productos del foro y del Grupo de Trabajo fue la identificación del riesgo derivado del uso de oxitócicos entre las mujeres indígenas. El alto índice de mortalidad neonatal⁷ y de complicaciones posparto y muerte materna por ruptura uterina daba cuenta de ello (cfr. Freyermuth, 2000).⁸

Los objetivos que se planteó el comité fueron los siguientes: a) hacer visible el problema de la mortalidad materna en

⁶ Las discusiones de los incisos a, b y c fueron sistematizadas y organizadas por Graciela Freyermuth, y pueden consultarse en: Graciela Freyermuth Enciso y María Cristina Manca (coords.), *Luna golpeada. Morir durante la maternidad: investigaciones, acciones y atención médica en Chiapas, y otras experiencias en torno a la mortalidad materna*. Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A.C. (ACASAC), Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México y Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas, 2000.

⁷ No existe un dato preciso respecto a cuántas mujeres se aplican estos medicamentos durante el parto. Se sabe que es una práctica generalizada. El indicador que estamos usando, y que ha llamado la atención en el ámbito médico, es el de la mortalidad perinatal, una de las complicaciones del mal uso de estas drogas. Consideramos que, por ahora, el índice más sensible para identificar los resultados del mal uso de oxitócicos es la mortalidad perinatal intrahospitalaria. Este indicador fue, en 1995 y en el ámbito nacional, de 2.25%, mientras que en el Hospital General de San Cristóbal de las Casas fue de 17.76 por ciento.

⁸ Graciela Freyermuth, 2000, *Morir en Chenalhó: género, etnia y generación, factores constitutivos de riesgo durante la maternidad*, tesis de doctorado en antropología social, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México.

Chiapas; *b*) emprender una serie de acciones urgentes con el fin de frenar la venta irrestricta de oxitócicos, y *c*) mejorar el acceso a los servicios de salud por parte de las mujeres indígenas. Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A.C. (ACASAC) ha impulsado desde 1998 la labor del citado comité estatal, que para 2001 se amplió a la región fronteriza. Entre los logros más importantes de este comité se cuentan los siguientes: 1) el Instituto de Salud de Chiapas aceptó, en el año 2000, que la mortalidad materna era un problema prioritario en el estado, y en ese mismo año, como respuesta a la petición del comité, giró instrucciones para que la venta de oxitócicos se realizara exclusivamente por prescripción médica, y 2) se incrementó el número de organismos no gubernamentales y gubernamentales interesados en la problemática. En 1993 sólo la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas (OMIECh) y el equipo de salud reproductiva coordinado desde el CIESAS-Sureste tenían proyectos dirigidos a la atención o a la elaboración de acciones tendientes a disminuir la mortalidad materna. En 1998 ya eran ocho los organismos no gubernamentales que participaban en su observación, y a partir de 2001, con el Programa de MacArthur, sus donatarios han iniciado esfuerzos para hacerla decrecer.

A partir del año 2001, el cambio de gobierno en Chiapas abrió una nueva posibilidad de colaboración con las autoridades de salud. Desde julio de ese año, el comité ha tenido contacto con el secretario de Salud para incidir en el Programa de Salud Reproductiva, lo cual no habría sido posible sin el trabajo de los años precedentes. El primer acuerdo al que se llegó fue realizar una propuesta, con la experiencia de ACASAC, CIESAS-Sureste y el Instituto de Salud, para poner en marcha un programa piloto en el municipio de Oxchuc. Participamos en esto el ISECh, CIESAS-Sureste/ACASAC, y el Instituto de la Mujer. En el 2002 se acordó, con el secretario de Salud y el jefe de la Jurisdicción Sanitaria II, extender este programa a toda la Jurisdicción II, que abarca 18 municipios de los Altos de Chiapas, 15 de ellos mayoritariamente indígenas.

LOS PROGRAMAS DE AMPLIACIÓN DE COBERTURA Y ARRANQUE
PAREJO EN LA VIDA EN LA REGIÓN DE LOS ALTOS

Sobre la selección del Grupo de Alto Riesgo

Estos aspectos sobre las tasas y razones tienen una aplicación no únicamente en la evaluación de los programas sino en la selección de las poblaciones beneficiadas. En esta época de la focalización del gasto, no contar con estadísticas precisas y seleccionar inadecuadamente a la población objetivo puede considerarse un error mayor. Analizaremos el desarrollo de la muerte materna de la región de los Altos y los criterios de selección de los municipios de Alto Riesgo por parte del ISECh.

Si apreciamos el número de MM en el cuadro 2, y tenemos en cuenta la trayectoria que ha seguido la certificación de muertes en la región, podemos afirmar que las altas tasas de mortalidad no corresponden necesariamente a los municipios de mayor riesgo. Estas altas razones maternas nos traducen las formas en que la población o las instituciones se han ido organizando para la atención de la salud, y cuáles son los recursos de que disponen para ello, sean éstos comunitarios, de las iglesias o gubernamentales. Por ejemplo, el menor número de muertes maternas en el periodo 1988-1993 se presentó en los municipios de Amatenango del Valle, Mitontic y Chalchihuitán, con una incidencia de cero muertes, y la más alta en Oxchuc, con 15 defunciones. En Oxchuc, Larráinzar, Tenejapa y Altamirano se dieron las razones más elevadas de mortalidad materna porque estos municipios cuentan con una mayor organización alrededor de la salud,⁹ merced a una red de promotores, muchos de ellos capacitados por los grupos religiosos, que se encargan de la primera certificación de la causa de muerte, lo que resulta en un mejor registro. En los últimos años se ha

⁹ Oxchuc, desde la década de los cincuenta, ha tenido influencia de la Iglesia presbiteriana, la cual, entre otras actividades, se encargó de la capacitación de promotores de salud. Posteriormente, también la Iglesia católica adoptaría un papel importante en esta tarea. Cfr. Freyermuth, 1993, *Médicos indígenas, médicos alópatas: un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Gobierno del Estado de Chiapas.

CUADRO 2. Número de muertes maternas, por año, en los municipios indígenas de la región de los Altos (1988-2000, Chiapas)

Municipios	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Total
Altamirano	0	0	1	2	1	3	0	0	0	0	1	1	0	9
Amatenango	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cancuc	2	1	1	1	3	1	3	1	2	1	3	2	0	21
Chalchihuitán	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3	5
Chamula	0	0	1	0	3	3	2	0	5	1	0	1	6	22
Chanal	0	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	9	14
Chenalhó	1	0	1	1	3	5	3	4	0	1	0	0	0	19
Huixtán	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	5
Larráinzar	0	4	1	4	1	0	0	0	0	0	2	1	6	19
Mitontic	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	3
Oxchuc	4	7	1	1	1	0	0	0	3	2	1	3	3	26
Pantelhó	1	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	6
Tenejapa	2	1	2	2	3	4	0	3	1	0	0	2	6	26
Zinacantán	0	1	3	1	1	1	0	0	0	2	2	0	0	11
<i>Total</i>	11	19	12	13	17	19	8	9	14	9	9	13	33	186

FUENTE: elaboración propia a partir del trabajo de archivo realizado en las diferentes Oficinas del Registro Civil de la región. Para los años 1996-1999 se utilizó la base de datos del INEGI, Estadísticas Vitales, y para el 2000, el Sistema Epidemiológico de Defunciones 2000.

iniciado el registro de mortalidad en donde la presencia institucional había sido limitada, como es el caso de Chamula, Chalchihuitán y Chanal.

Como el PAC pretendía proporcionar servicios básicos de salud de primer nivel a la población de alta y muy alta marginación, benefició a la población ubicada en asentamientos humanos de difícil acceso y aislados (Secretaría de Salud, 1996). En el programa Arranque Parejo en la Vida se seleccionan los municipios con mayor cantidad de muertes maternas y los que pueden considerarse repetidores. A partir del criterio de municipio repetidor, quedarían dentro del programa 50% de los municipios indígenas de la región de los Altos. Sin embargo, de acuerdo con los criterios de selección del ISECh, se incluyeron cinco municipios indígenas y San Cristóbal de las Casas (*cfr.* cuadros 3 y 4).

Este criterio de selección parte de la premisa de que existe una cobertura universal de los servicios de salud y, por tanto, se tiene un conocimiento suficientemente confiable de la frecuencia del problema. A partir de nuestra experiencia, la razón de muerte materna no es un indicador suficientemente confiable para seleccionar a la población de alto riesgo, puesto que es posible que se tengan porcentajes importantes de subregistro. Este criterio de selección excluye a los municipios en los que existe un mayor riesgo de mortalidad porque la población no tiene contacto con los servicios de salud. Una manera de identificar a la población de alto riesgo es por medio de un indicador indirecto. Por las características de la población, y partiendo de que existe un enorme subregistro en las regiones indígenas, utilizamos la mortalidad en edad reproductiva y la relación de sexos. Estos datos pueden ser considerados en aquellos municipios en donde se registran altas tasas de mortalidad femenina, pues se ha advertido que en donde existe sobremortalidad femenina, ésta ocurre a causa de la muerte materna. Este indicador nos permitirá reconocer los municipios de alto riesgo y aquellos en los que se observa un subregistro de muerte materna.

En un artículo anterior analizamos el subregistro de la muerte materna y la importancia que puede tener un indica-

CUADRO 3. Indicadores demográficos de municipios repetidores de muerte materna, 1995-2001

Jurisdicción sanitaria	Municipio	Población	Mujeres en edad fértil	Población menor de 2 años	Población indígena	Porcentaje		Núm. de loc.	Núm. de parteras
						de población indígena	Núm. de microregiones		
Tuxtla	Tuxtla	518 603	156 745	30 028	7 986	1.54	9	70	99
	Cintalapa	69 871	17 364	4 450	3 060	4.38	24	614	60
	Copainalá	18 298	4 494	1 288	1 585	8.66	12	120	20
	Tecpatán	36 131	8 586	2 760	6 706	18.56	23	370	21
	Larrainzar	11 105	1 941	853	8 523	76.75	8	55	14
	Tenejapa	28 480	6 205	2 532	23 365	82.04	10	50	21
San Cristóbal	San Juan Cancuc	35 717	7 964	2 704	26 198	73.35	7	29	4
	San Juan Chamula	55 242	13 477	4 884	46 144	83.53	27	119	32
	Oxchuc	51 427	10 950	4 351	39 244	76.31	19	91	52
	San Cristóbal	149 853	42 079	10 399	44 986	30.02	10	69	23
Comitán	La Independencia	33 991	8 777	2 399	979	2.88	14	98	27
	Comitán	116 265	32 078	10 353	3 325	2.86	24	272	37
	Las Margaritas	108 751	23 581	8 344	50 004	45.98	61	410	90
	Villa Flores	89 202	23 008	5 824	776	0.87	36	980	86

Villa Flores	Ángel A. Corzo	13 771	3 342	1 079	224	1.63	8	128	42
	Simojovel	27 293	5 066	1 971	15 423	56.51	9	138	16
	Palenque	9 677	24 248	7 222	31 460	31.85	37	790	91
Paténque	Tumbalá	23 359	5 179	1 644	16 982	72.7	12	90	10
	Tila	49 071	10 845	3 843	38 216	77.88	27	133	30
	Salto de Agua	50 783	11 786	3 813	35 127	69.17	24	330	68
Tapachula	Tapachula	275 648	76 878	17 378	2 095	0.76	46	536	68
	Huixtla	52 117	13 426	3 125	245	0.47	12	186	22
Ocosingo	Ocosingo	142 635	24 633	9 014	73 571	51.58	64	1 012	175
	Chilón	74 951	14 200	5 223	59 406	79.26	55	477	235
Motozintla	Motozintla	60 037	14 112	4 396	1 507	2.51	29	341	9
	Siltepec	32 629	7 337	2 387	163	0.5	30	164	15
<i>Total</i>		222 007	568 301	152 264	537 300	24.18	637	7 672	1 367
%		53.21	54.96	52.60	20.57	62.55	42.47	38.17	51.01

FUENTE: En Instituto de Salud del Estado de Chiapas, Dirección de Servicios de Salud Reproductiva, 2002.

CUADRO 4. Municipios seleccionados para el programa Arranque Parejo en la Vida

1 año	2 años	3 años	4 años	5 años	6 años	7 años
Chiapilla	Acala	Ixtapa	Berriozábal	Cintalapa	San Juan Chamula	Tecpatán
Usumacinta	Coapilla	Jiquipilas	Chiapa de Corzo	Copainalá	San Cristóbal	Tuxtla
Venustiano						
Carranza	Soyaló	Ocotepec	San Fernando			
San Lucas		Ocozacoautla		Larráinzar	Comitán	Oxchuc
	Huixtán		Chalchihuitán	Tenejapa	Las Margaritas	Simojovel
Bella Vista	Las Rosas	Chanal	Pantelhó	San Juan Cancuc		
La Grandeza	Bejuical de Ocampo	Chenalhó	Teopisca		Villaflores	Tila
Socotlenango						
		Mitontic	El Bosque	La Independencia		
Tzimol	La Concordia	Zinacantán	Pueblo Nuevo		Palenque	Motozintla
	Villa Corzo			Ángel	Tumbalá	
				Albino Corzo		
Francisco León		Frontera	Escuintla			
		Comalapa				
Huitiupán	Ixtapangajoyá	La Trinitaria	Mapastepec	Salto de Agua	Huixtla	Chilón
Ixhuatán	Jitotol		Villa Comatitlán		Tapachula	Ocosingo
Ixtacomitán	Juárez	Amatán	Tuxtla Chico	Siltepec		
Pichucalco	Pantepec	Bochil	Tuzantán			

Reforma	Rayón	Ostuacán	Pijjiapan	9	9	8
Benemérito de las Américas	Solosuchiapa	Yajalón				
	Tapilula					
	Catazajá	Acapetahua				
Sitalá	Sabanilla	Cacahuatán				
		Huehuetán				
	Acacoyahua	Mazatán				
	Mazapa					
	de Madero	Unión Juárez				
	El Porvenir					
	Suchiate	Tonalá				
	Arriaga					
	Altamirano					
16	23	20	14	9	9	8

FUENTE: En Instituto de Salud del Estado de Chiapas, Dirección de Servicios de Salud Reproductiva, 2002.

dor que muestre la sobremortalidad femenina (Freyermuth, 2003). En él señalamos que la mortalidad en México y Chiapas es menor en mujeres que en hombres para el grupo de 15-49 años de edad; y que el riesgo de morir para los hombres llega a ser mayor dos veces y media. Sin embargo, al analizar la tendencia en los municipios indígenas, llamó la atención que las tasas de mortalidad llegaran a ser hasta nueve veces mayores que las del país, y que la mortalidad femenina llegó a ser casi igual que la masculina. Esto puede deberse a que las condiciones de vida ponen a hombres y mujeres en las mismas circunstancias, o bien, en los casos en que el riesgo es mayor en mujeres o igual que en los hombres, podemos suponer que esta sobremortalidad se debe a la muerte materna. Hay que mencionar que 18% de la muerte de mujeres en edad reproductiva ocurre como consecuencia de la mortalidad materna (Family Care International, 1998). Por tanto, en aquellos lugares en donde se abate la muerte materna, disminuye la tasa de mortalidad en este grupo de edad.

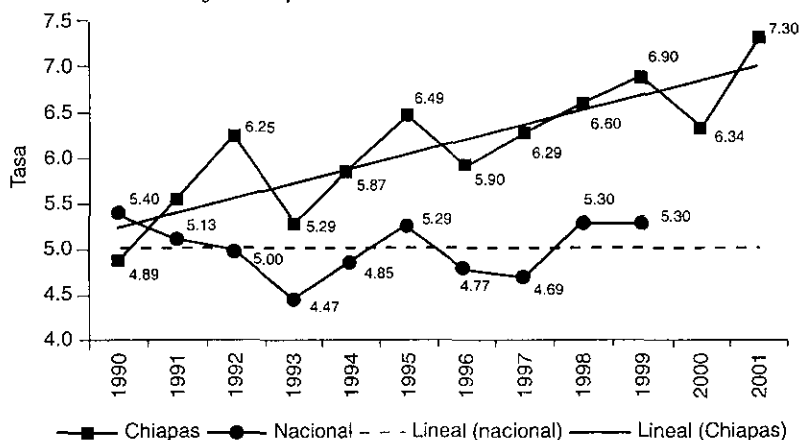
El caso más dramático de sobremortalidad, no sólo de la región de los Altos sino de Chiapas, es el de Cancuc, en donde las mujeres tienen nueve veces mayor riesgo de morir que sus pares nacionales y tres veces más que sus pares estatales, y en donde la mortalidad de mujeres es casi de uno a uno. Le sigue Chalchihuitán, en donde el riesgo de morir de las mujeres es mayor que el de los hombres de su región. Si consideráramos este indicador, se ampliaría el grupo de municipios prioritarios y se incluirían por lo menos otros dos: Chalchihuitán y Chenalhó.

La muerte materna en los Altos de Chiapas

Para el año 2001, Chiapas era uno de los estados con razón materna más elevada,¹⁰ sólo Guerrero y el Estado de México se

¹⁰ Para medir la frecuencia de la muerte materna se utiliza, generalmente, la razón de muerte materna, que consiste en el número de muertes maternas respecto al número de nacidos vivos. Otro indicador es el de la tasa de muerte materna, que resulta de dividir el número de muertes maternas entre el número de mujeres expuestas al riesgo, es decir, entre las mujeres embarazadas. Aunque este indicador nos daría el riesgo real, es difícil conocer el número de mujeres en dicha condición.

FIGURA 1. Tendencia de la mortalidad materna en Chiapas y en el plano nacional, 1990-2001



FUENTE: Instituto de Salud del Estado de Chiapas, Dirección de Servicios de Salud Reproductiva, 2002 (tasa por 10 000 NVR).

hallaban delante de él. Observemos que la trayectoria seguida por el registro de la muerte materna durante los últimos diez años en el plano nacional ha permanecido casi sin variación (*cfr.* figura 1). En Chiapas, para el mismo periodo, su tendencia ha sido ascendente; esto puede deberse a que las instalaciones de salud que se encuentran en la región no cuentan con los recursos humanos capacitados o con los medicamentos necesarios para resolver los problemas, o bien, a que el momento en que se solicita el servicio es muy tardío para resolver la urgencia obstétrica y, por tanto, que el incremento en los recursos para salud en Chiapas, por el momento, ha contribuido a mejorar el registro.

La principal causa de muerte materna en Chiapas son las hemorragias, le sigue la toxemia del embarazo, y en tercer lugar se hallan las complicaciones del puerperio. El 98.8% de las causas de muerte son prevenibles con atención en un hospital

Por ello, en vez de considerar a las mujeres embarazadas, la tasa de muerte materna se estima considerando a las mujeres en edad reproductiva; esto permite comparar la magnitud del problema descrito con otros como el cáncer cérvico-uterino o el cáncer de mama, ya que comparten el mismo denominador.

de primer nivel. De diez mujeres que murieron por causa materna en Chiapas, siete eran analfabetas o con primaria incompleta; nueve no tenían seguridad social; nueve eran casadas o en unión libre; ocho se dedicaban a las labores del hogar y solamente cinco tuvieron atención médica (INEGI, 2001).

El cuadro 5 muestra, en términos absolutos, el comportamiento de la muerte materna por jurisdicciones, y podemos encontrar una comparación entre 2001 y 2002 en la semana epidemiológica 25 (ISECh, 2002). San Cristóbal de las Casas se sitúa muy por delante en el número absoluto de muertes maternas respecto al resto de las jurisdicciones, mientras que Pichucalco muestra un repunte importante. Es necesario mencionar que la Jurisdicción Sanitaria II, a la que pertenece San Cristóbal, es la región geográfica con la mayor concentración de población indígena por kilómetro cuadrado en el país. Según datos de la propia jurisdicción, hasta la semana 25 del 2002 se habían presentado doce muertes maternas; nosotras identificamos tres más —un simple hecho que representaría un subregistro de 20%—: una en Oxchuc y dos en Chalchihuitán. Las mujeres oficialmente registradas como víctimas de muerte materna eran originarias de Chamula (4), Cancuc (2), Larráinzar (1), Mitontic (1), Tenejapa (1), Oxchuc (1), Teopisca (1) y Las Rosas (1); con excepción de los dos últimos, estos municipios están habitados en 90% por población hablante de lengua indígena (*cfr.* cuadro 6).

De acuerdo con el análisis realizado por las jurisdicciones (Servín, 2002), estas mujeres fallecidas eran en su mayoría analfabetas; 92% tenía primaria incompleta o ninguna escolaridad, y sólo 8% había cursado la primaria. De estas mujeres, sólo la mitad contó con atención médica institucional, y ninguna tenía derecho a servicios de seguridad social. En 18% de los casos el médico tratante extendió el certificado de defunción, y de las actas, 9% fueron expedidas por una persona no médica. Prácticamente la mitad murió en su hogar, y el 46% restante en una institución de salud; una pequeña fracción (4%) utilizó otros sistemas de atención. Las instituciones involucradas en las muertes fueron IMSS-Solidaridad (24%) y Ssa (73%); fue la hemorragia la causa de defunción de 80% de los casos analiza-

CUADRO 5. Mortalidad materna. Defunciones maternas por semana epidemiológica, 2001-2002, según jurisdicciones sanitarias

Jurisdicción	Defunciones 2001	Semana epidemiológica 25	
		2001	2002*
Tuxtla	11	3	4
San Cristóbal	14	10	12
Comitán	7	3	3
Villaflores	1	0	1
Pichucalco	5	3	6
Palenque	11	8	4
Tapachula	12	9	5
Tonalá	1	1	2
Ocosingo	11	4	2
Motuzintla	4	2	2
<i>Total</i>	<i>77</i>	<i>43</i>	<i>41</i>

FUENTE: Certificados de Defunción/ISA.

En Latournerie (2002).

* Preliminar Semana Epidemiológica núm. 25.

CUADRO 6. Muerte materna, Jurisdicción Sanitaria II, semana 25 del 2002

Municipio	Localidad	Microrregión	Defunciones
Chamula			2
Chamula	Milpoleta		1
Chamula	Chicumtantic		1
Cancuc	Oniltic		1
	Yorwitz		1
Larráinzar	San Cristobalito	San Cristobalito	1
Las Rosas	Las Rosas	Las Rosas	1
Mitontic	Tojtic	Tojtic	1
Oxchuc	El Calvario	El Calvario	1
Tenejapa	Yashamal	Tzajalchén	1
Teopisca	El Ramajal	Teopisca	1

FUENTE: Armando Servín, 2002, ISECh, Jurisdicción II.

dos, la eclampsia en 10%, y la sepsis en los restantes. Cuatro de las mujeres tenían entre 15 y 19 años de edad y el resto, entre 20 y 39.

El cuadro 7 es muy ilustrativo, en él podemos ver la certificación de actas de defunción en los municipios indígenas, confrontada con la de la ciudad de San Cristóbal de las Casas. Es fácil reconocer que hasta finales de los ochenta, en los municipios indígenas, la muerte de hombres y mujeres prácticamente carecía de certificación, es decir, no había un médico disponible para extender el certificado correspondiente. A partir de mediados de los noventa, por una fuerte migración indígena a la ciudad, los rubros *sin certificado y no especificado* aumentaron enormemente, 60% en la zona urbana, tanto para hombres como para mujeres. Lo anterior indica que aunque ha habido un aumento paulatino en el uso de los servicios de salud por parte de la población indígena —que se refleja en la certificación para los años 1998 y 1999 en las regiones indígenas—, también es cierto que el hecho de migrar a la ciudad no garantiza el acceso a los servicios mencionados. Es decir, no basta con tener servicios de salud, sino que es necesario modificar las prácticas y representaciones en torno al riesgo materno para incidir positivamente en la mortalidad materna.

Existe, por igual, una tendencia a la certificación de las muertes maternas en los municipios indígenas de los Altos de Chiapas, pues de su total ausencia en el periodo 1988-1989 (cuadro 8), se incrementó a 35% para el lapso 1998-1999. A este ritmo, la mejoría en el acceso a los servicios de salud sería de 35% en los próximos 10 años.

A partir de 1996 con el PAC, y de 1998 con Progresas, se abrió la posibilidad para la población indígena de contar con servicios de salud. El PAC pretende proporcionar servicios básicos de salud a la población de alta y muy alta marginación y a población ubicada en asentamientos humanos de difícil acceso; dar solución a problemas locales de salud, principalmente de municipios con población dispersa y gran rezago en infraestructura básica (como es el caso de la población indígena de Chiapas); y contribuir a la descentralización de los servicios

CUADRO 7. Porcentaje de mujeres y hombres que recibieron atención médica antes de su muerte.
Municipios indígenas de los Altos de Chiapas, 1989-1999

Año	Mujeres				Hombres					
	1989-1990	1991-1993	1994-1995	1996-1997	1998-1999	1991-1993	1994-1995	1996-1997	1998-1999	
<i>Municipios indígenas de los Altos de Chiapas</i>										
No recibió/ no especificado	93.77	80.73	78.01	58.60	66.70	90.38	77.89	78.80	65.60	61.70
Sí recibió	6.23	19.57	21.99	41.40	33.30	9.62	22.11	21.20	34.40	38.80
<i>San Cristóbal de las Casas</i>										
No recibió/ no especificado	1.42	2.83	4.21	22.69	59.60	0.93	4.52	2.22	40.43	56.69
Sí recibió	98.57	97.17	95.79	73.31	40.40	99.07	95.48	97.78	59.57	43.31

FUENTE: elaboración propia con base en *Estadísticas vitales, México, INEGI, 1989-1999*.

CUADRO 8. Porcentaje de defunciones por muerte materna que contaron con atención médica antes de su muerte, región de los Altos, 1989-1999

Año	Mujeres				
	1989-1990	1991-1993	1994-1995	1996-1997	1998-1999
No tuvo/ no especificado	100	89.89	83.17	84.61	65.51
Sí tuvo	0	11.11	16.83	15.38	34.48

FUENTE: elaboración propia con base en *Estadísticas vitales*, INEGI, 1989-1999.

de salud (Chiapas, Secretaría de Salud, 1996).¹¹ En los Altos, el PAC se inició con la inclusión de 16 de sus 18 municipios, abarcando 72% (675) de las localidades, con una población aproximada de 222 000 habitantes, de los que alrededor de 160 000 son beneficiarios de Oportunidades, antes Progresas.

En Chiapas, el Programa de Ampliación de Cobertura representó alrededor de 1.5% del gasto en salud durante el periodo 1996-1999, y en el 2000 pasó a constituir 0.22% del gasto social total y 2.05% del gasto social en salud (Presupuesto 1999). Con los datos disponibles estimamos que el gasto promedio por habitante, en la región de los Altos, es de 66 pesos al año (cuadro 9); es difícil imaginar que este monto de recursos sea suficiente para resolver problemas tan complejos existentes en la región (Freyermuth, 2002).¹² En 1996 (*cf.* cuadro 10), 1.63% del presupuesto del PAC se destinó al programa materno; y en 1997, alrededor de 4%. El cambio en la presentación de los datos no permite reconocer la cantidad de dinero que se destinó a este programa para el periodo 1998-2000. La Secretaría de Salud estima que de los 117 000 embarazos que ocurren al año, alrededor de 60 000 son atendidos por personal no capacitado (ISECh, 2002), de los cuales, agregaría, no se cuenta con registros confiables.

¹¹ Secretaría de Salud, 1996, *Informe de avances. Programa de Ampliación de Cobertura*, Chiapas, Unidad Coordinadora Estatal, Gobierno del Estado.

¹² "El Programa de Ampliación de Cobertura y su impacto en la muerte materna." Investigación en curso.

CUADRO 9. Programa de Ampliación de Cobertura del estado de Chiapas, presupuesto total autorizado, en relación con la población beneficiada y costo por persona, 1996-2000

Año	Presupuesto autorizado (pesos corrientes)	Población	Población beneficiada (%)	Costo-persona (pesos)
1996	29 469.00	490 466	30.85	60.10
1997	54 079.50	812 819	51.13	66.50
1998	57 379.10	812 819	51.13	70.60
1999	81 644.23	1 544 389	97.40	52.90
2000	126 699.14	1 589 585	100.00	79.70

FUENTE: elaboración propia con base en cuadros analíticos de presupuestos del Programa de Ampliación de Cobertura, Instituto de Salud del Estado de Chiapas, de 1996-1999. Secretaría Estatal de Salud Chiapas, PAC, Presupuesto 2000 al 31 de diciembre. Informe de Actividades 1996 del Programa de Ampliación de Cobertura, Instituto de Salud del Estado de Chiapas. Carpeta Técnica de Información 1997, PAC, Instituto de Salud del Estado de Chiapas. Carpeta de Información Básica para la Programación de Acciones del PAC, 1998-2000, Secretaría Estatal de Salud.

Para el año 2001 había 383 médicos para atender a 482 010 habitantes en la región de los Altos (Chiapas, 2001), lo que significa un médico por cada 1 254 habitantes. Sin embargo, un alto porcentaje de ellos (48%) está ubicado en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, 294 médicos dan cobertura a la población abierta en la región de los Altos —que constituye casi 90%— distribuida en 17 municipios, y existen dos hospitales con 92 camas para atender a esta población, lo que significa que hay una cama hospitalaria por cada 4 350 personas y un médico por cada 2 000 habitantes. Esta relación médico-usuario no se corresponde con la baja cobertura que tienen estos servicios de salud. Hay que tener en cuenta que en los Altos de Chiapas existe una gran dispersión de la población. Esta jurisdicción cuenta con más de 1 000 localidades dispersas en 3 770.5 km². Esta dispersión y lo escarpado de su territorio dificultan la distribución geográfica adecuada de los servicios de salud. Los Altos de Chiapas cuentan, limitadamente, con servicios básicos como agua potable o drenaje, y con medios

**CUADRO 10. Presupuesto autorizado en la Jurisdicción Sanitaria II,
Programa de Ampliación de Cobertura, Chiapas**
(miles de pesos)

<i>Clase</i>	<i>Descripción</i>	1996 (pesos)	1996 (%)	1997 (pesos)	1997 (%)
AA-08	Administración central	603.18	4.51	660.85	3.14
3V-08	Capacitación en el sector salud y seguridad social	1 079.21	8.07	1 573.18	7.47
DJ-01	Control de enfermedades prevenibles por vacunación	455.72	3.41	1 503.32	7.14
DJ-02	Detección oportuna de enfermedades transmisibles	1 179.86	8.83	8 746.72	41.52
DJ-03	Detección oportuna de enfermedades	345.73	2.5	809.66	3.84
DJ-06	Orientación para la salud	657.92	4.92	1 783.64	8.47
DJ-07	Materno-infantil	217.48	1.63	865.84	4.11
DK-01	Consulta externa general	7 067.54	52.86	3 426.17	16.26
DN-01	Atención y mejoramiento nutricional	454.97	3.40	638.93	3.03
DN-03	Promoción del desarrollo familiar y comunitario	0.00	0.00	220.28	1.05
51-01	Unidades de atención médica de primer nivel	558.92	4.18	0.00	0.00
51-08	Conservación y rehabilitación	748.55	5.60	836.62	3.97
<i>Total</i>		<i>13 369.06</i>	<i>100</i>	<i>21 065.22</i>	<i>100</i>

FUENTE: elaboración propia con base en datos de Aplicación del Presupuesto para 1996, Programa de Ampliación de Cobertura, Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Chiapas. Carpeta Técnica de Información 1997, Programa de Ampliación de Cobertura, Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

de comunicación que posibilitan el acceso a los servicios de primer o segundo nivel de atención. Estas condiciones favorecen la muerte materna; Coespo señaló que casi 60% de las muertes maternas ocurren en localidades de hasta 999 habitantes (Martínez, G., 2002).

Aunque las estadísticas de mortalidad en edad reproductiva tanto para hombres y mujeres como las de muerte materna sugieren que para esta población la inversión en salud debe ser mayor, persiste la desigualdad en cuanto a la distribución de los recursos. Un estudio reciente (Martínez, C., 2002: 7) revela que mientras el gasto destinado a la salud de los derechohabientes del régimen ordinario del IMSS ascendió a 1 450 pesos y el gasto per cápita en salud para el país es de 1 389 pesos (Martínez, C., 2002), el PAC gastó, como ya mencionamos, sólo 66 pesos por persona, es decir, 22 veces menos.

De acuerdo con las estadísticas disponibles, casi todos los partos en Chiapas son atendidos por parteras u otras personas ajenas al sector salud, y, en su mayoría, la población beneficiaria del PAC¹³ recibe esta atención en su domicilio. Según datos del INEGI, en 1998, 73.4% de los partos fueron atendidos intradomiciliariamente (INEGI, 2000: 119). Para 1998 (Sánchez Pérez Arana *et al.*, 2002) se reportó 87% de atención de parto intradomiciliario en la zona de conflicto. El Coespo señaló que durante el periodo 1991-2000, 43% de las muertes maternas ocurrieron en el hogar. Esto nos muestra el pobre efecto del PAC en esta materia.

Del total de partos registrados por la Jurisdicción II, 38% se atienden intrahospitalariamente, 34% con parteras (cuadro 11), y el personal de campo, médicos y auxiliares de salud atienden a poco más de la cuarta parte de las parturientas. De modo que los partos son vigilados por parteras y en segundo nivel de atención. Los médicos enviados por el ISECh a la región de los Altos (alrededor de 100) (Chiapas, 2001) no están influyendo en la solución del problema.

¹³ De acuerdo con datos de las Agendas Estadísticas, el porcentaje de internamientos en las instituciones de salud, por males relacionados con la maternidad, es de 31.73% en el IMSS, 8.36% en el ISSSTE y 3.29% en el ISSTECH (cuadro 47, anexo I).

CUADRO 11. Nacimientos estimados y atendidos por la Ssa en la región de los Altos, desde 1998 hasta mayo de 2001

Año	Núm. de partos atendidos por parteras	Auxiliar de salud	Supervisor médico	Primer nivel	Segundo nivel	Total	Nacidos vivos	
							estimados	porcentaje
1998	439	111	5	96	450	1 101	12 580	8.75
1999	470	165	26	173	392	1 226	12 897	9.51
2000	626	291	68	212	611	1 808	13 228	13.67
2001	331	39	30	200	653	1 253	13 559	9.24
<i>Total</i>	1 866	606	129	681	2 106	5 388		

FUENTE: elaboración propia con base en datos del Sistema de Información en Salud para la Población Abierta (sispa). Proyecciones con base en la tasa media anual de crecimiento 1995-2000. Agenda Estadística del Estado de Chiapas y XII Censo de Población y Vivienda, INEGI, 2000.

Según sus metas de cobertura, la Secretaría de Salud debería tener el control de 70% de los nacimientos, lo que correspondería aproximadamente a 7 000 nacimientos, sin tener en cuenta a las usuarias del IMSS-Solidaridad, de los servicios privados o de la seguridad social; estos dos últimos no son significativos en los municipios indígenas de la región de los Altos.

La experiencia señala que el seguimiento y la supervisión no bastan para controlar la mortalidad; el caso de Oxchuc es prueba de ello: es uno de los municipios en los que se proporciona una mayor atención del embarazo y del parto por parte de la Secretaría. Un alto porcentaje de los partos reportados en la Jurisdicción II ocurren en Oxchuc. Sin embargo, es uno de los municipios con razones de mortalidad materna más elevadas. Lo que ocurre en este municipio demuestra que la mejoría en el registro es sólo un pequeño componente de la mejoría en la atención. El PAC ha permitido mejorar la vigilancia epidemiológica; sin embargo, como se verá en el siguiente apartado, sus estrategias son limitadas para facilitar el acceso a los servicios de salud en casos de urgencia obstétrica.

SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL PAC Y LAS POSIBILIDADES DE ÉXITO DEL PROGRAMA ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA

En la presente administración, además del multicitado Programa de Ampliación de Cobertura, se ha iniciado en Chiapas el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, considerado una estrategia sustantiva del Programa Nacional de Salud 2001-2006. Este programa, al igual que el PAC, pretende fundamentalmente reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres, y considera que la mortalidad materna es un problema prevenible con los recursos médicos disponibles. Hay que considerar que los indicadores de las mortalidades materna e infantil son importantes para la evaluación de los servicios de salud de un país. El programa Arranque Parejo en la Vida (Ssa, 2002) es el más ambicioso de las últimas décadas para el abatimiento de la mortalidad materna;¹⁴ se propone lograr una cobertura universal y

¹⁴ En este espacio nos centraremos en las acciones encaminadas a disminuir la mortalidad materna, y dejaremos de lado los relacionados con la mortalidad infantil.

condiciones igualitarias de atención, con calidad, para las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, y disminuir la mortalidad materna en las regiones con mayor incidencia y número de defunciones. Está vinculado con el resto de los programas de la Secretaría de Salud, como los de Salud Reproductiva, Promoción a la Salud, Capacitación, y Ampliación de Cobertura, y busca establecer una relación sinérgica con el Programa Oportunidades, antes Progresá. En la región de los Altos de Chiapas existen alrededor de 160 000 personas beneficiadas por el Programa Oportunidades mediante la Secretaría de Salud. Este programa se aplica también en el IMSS-Solidaridad, aunque con un número menor de beneficiarios.

En la región de los Altos el cumplimiento de este programa implica un reto enorme por las características del terreno, que es escarpado y algunas veces inaccesible, y por la dispersión geográfica de la población. La región no cuenta con suficientes ambulancias para realizar los recorridos ni con los centros de salud base para dar la cobertura. Por lo menos hay tres municipios en los que no se cumple la posibilidad del acceso geográfico: Pantelhó, Chalchihuitán y Cancuc. En éstos hay comunidades situadas a más de 60 minutos de un centro de salud y el coordinador comunitario (Coc) no tiene posibilidades de enviar a sus pacientes a un centro de salud base. El tiempo de traslado desde algunas comunidades al centro de atención más cercano es hasta de seis horas.

Otro elemento que debe considerarse es la territorialidad originada en el trabajo voluntario de los miembros de la comunidad a favor del centro de salud. Frecuentemente la población se opone a que un centro del IMSS o de la Ssa reciba a pobladores que no son de ciertas localidades, pues consideran que el centro de atención es de su exclusividad.

Adicionalmente, la carencia de radiocomunicación, medio que posibilitaría el contacto entre centros de salud y haría más confiable el envío de los pacientes, lleva a que esto se realice con los medios personales o familiares del usuario(a), sin el apoyo de los centros de salud. A menudo, el enfermo y su familia prefieren trasladarse, cuando surge la necesidad de atenderse, a la cabecera municipal. Si tienen recursos económicos, buscan un

medio de transporte para su traslado; de lo contrario, aunque el médico aconseje su envío, deciden regresar a sus casas.

El funcionamiento de las ambulancias itinerantes es muy complicado, pues éstas tienen su base de operación en San Cristóbal de las Casas. El tiempo de trabajo en campo de estos vehículos es de solamente ocho horas, y para trasladarse a su ruta de trabajo el personal debe recorrer grandes distancias. Otro factor que limita el efecto del programa son los múltiples subprogramas que deben atenderse con el mismo personal y los mismos recursos; estrategias especiales como la Semana Nacional de Vacunación, Municipio Saludable, Planificación Familiar y otros, impiden que se dé cumplimiento con los itinerarios que estas ambulancias tienen asignados.

Los elementos enumerados hasta aquí obstaculizan la atención adecuada de cualquier enfermo. En cuanto a las mujeres embarazadas, se añaden otros. Las mujeres indígenas evitan anunciar su embarazo hasta que tienen absoluta certeza de que éste ha ocurrido, y usualmente lo hacen en el segundo trimestre de la gestación. La relación que suele establecerse entre los profesionales de la salud y las mujeres indígenas impide que aquéllos reconozcan si una mujer está embarazada, a menos que ella lo manifieste, pues la estatura de las mujeres, así como las características del vestido y los blusones que utilizan pueden hacer que un embarazo pase inadvertido para el personal de salud. Las prácticas y representaciones respecto a la forma en que deben relacionarse hombres y mujeres limitan a los varones profesionales de la salud en la atención de las mujeres embarazadas (79% del personal de campo de la Jurisdicción Sanitaria II está conformado por hombres) (cuadro 12). La contratación de mujeres médicas o auxiliares de salud mejoraría esta situación. El hecho de que se lleve el control prenatal en el centro de salud tampoco garantiza que se dará seguimiento al parto. La ambulancia y el Coc tienen que cubrir un número determinado de comunidades, lo cual significa que algunas comunidades son atendidas por ellos sólo una o dos veces al mes. Coincidir en el día y la hora en que ocurre el parto es muy difícil, y por las estadísticas de cobertura disponibles podemos decir que resulta casi imposible.

CUADRO 12. Personal contratado por el PAC en la Jurisdicción II, según sexo y puesto de trabajo, 2002

Tipo de personal	Hombres	Mujeres	Total		Porcentaje	
			Jurisdicción II	Total en PAC Chiapas	Jurisdicción II/ total	total
Médicos	8	3	11	80	14	14
Enfermeras	0	11	11	76	14	14
Odontólogos	0	0	0	1	0	0
Coordinadores médicos	0	1	1	9	11	11
Técnicos en atención primaria a la salud	15	7	22	163	13	13
Técnicos en programas de salud	0	1	1	11	9	9
Técnicos en estadística en área médica	0	1	1	10	10	10
Choferes	4	0	4	35	11	11
Auxiliares administrativos	1	0	1	10	10	10
Auxiliares de salud	268	70	338	1 975	17	17
Parteras tradicionales	0	227	227	1 069	21	21
<i>Total</i>	296	321	617	3 439	18	18

FUENTE: elaboración propia con base en datos de la Carpeta Básica de Información para la Programación de Acciones. Programa de Ampliación de Cobertura, Instituto de Salud del Estado de Chiapas, 2000.

En el año 2002, 80% de las mujeres que fallecieron durante la maternidad tuvieron como causa de muerte la hemorragia, urgencia obstétrica en la que se requiere no sólo la canalización oportuna, sino un banco de sangre o por lo menos donadores de sangre y recursos mínimos de laboratorio. Teniendo en cuenta las características de la atención previstas en el PAC, será prácticamente imposible abatir el problema de la mortalidad materna causada por hemorragia.

Otro elemento adicional que debe considerarse es el número de acciones. En el mejor de los casos, cada localidad cuenta con un auxiliar de salud que es supervisado por un Coc o un médico, quienes tienen que reportar, a distintas instancias, un total de 216 acciones que realizan en cada localidad, en la cual no permanecen por más de 10 horas. Habría que evaluar qué posibilidades reales tienen estos Coc o esos equipos itinerantes de evaluar las acciones que realiza el auxiliar de salud. Es posible que estos agentes de salud privilegien el llenado de formatos y que estén muy limitados en el cumplimiento de las acciones encomendadas.

SOBRE LAS POSIBILIDADES DE ATENCIÓN DE ACUERDO CON LOS RECURSOS DISPONIBLES

Aunque esto sugiere que los presupuestos debían considerar un monto importante para los programas dirigidos a la atención materna, o en su defecto a la capacitación de las parteras, el PAC asignó muy pocos recursos a la atención de este problema. Así, en Chiapas, en 1996 se destinaron 217.48 (miles de pesos) al programa materno-infantil, que en 1998 ascendió a 865.84 (miles de pesos) (*cf.* cuadro 10). El presupuesto en este renglón creció sólo 4 veces (de 1 a 4%). Hay que señalar que en el programa de 1996 y 1997 del PAC, en Chiapas, el rubro materno-infantil se destinaba básicamente a material y suministros médicos¹⁵ (partida 2504) (*cf.* PAC, 1996). Si tenemos en cuenta que se encontraban registradas 227 parteras en la Jurisdic-

¹⁵ Específicamente se señala costo por parto 50.00 pesos y material de curación por parto 161.80 pesos.

ción II, significa que en 1996 se destinó alrededor de 950 pesos a la capacitación y compra de material de cada partera, y para 1997 el monto ascendió a 3 800 pesos.

En 1998 la Dirección General de Extensión de Cobertura realizó una determinación de costos del paquete básico de servicios de salud (PBSS, 1998), que se ilustra en el cuadro 13.

Si consideramos válidas estas estimaciones, podríamos tener el costo aproximado de la atención y el seguimiento de un parto normal y de la referencia de un parto complicado. A partir de estos datos construimos el cuadro 13. Para el seguimiento de los partos normales se requiere —en pesos de 2001— entre 74.71 (partera) y 1 307.57 pesos (médico/a), dependiendo de quién otorgue la atención. Si estas cifras las multiplicamos por 7 000, que son los partos que estimamos debían ser atendidos por la Secretaría de Salud en el año 2002, se requeriría un presupuesto de entre 522 970.00 y 9 153 016.33 pesos, que corresponden a 3.92 y 69.27% del presupuesto autorizado, en 1998, para el PAC en la Jurisdicción II —actualizando las cifras a pesos de 2001— (cfr. cuadro 13). En este mismo periodo se asignó para atención materno-infantil 4% del presupuesto (cuadro 10). Si ajustamos esta estimación teniendo en cuenta el número de partos que se atienden hospitalariamente, esto representaría 2 812 000 pesos más 651 000 pesos, en total, 3 463 000 pesos, lo que equivale a 40% del presupuesto autorizado para el PAC. Las cifras corresponderían al seguimiento de partos normales, sin tener en cuenta partos complicados, pues cada uno implica 796.40 pesos en caso de que sea atendido por un médico, y 111.96 en caso de que lo haga una partera.¹⁶ Suponiendo que 10% de los partos se compliquen, lo que significa la referencia de 700 mujeres, el costo adicional para el sector sería de 557 480, o bien, de 78 372, y esto sin contar los gastos de transportación ni de alimentación de los familiares durante su estancia en la ciudad.

Adicionalmente, habría que considerar la puesta en marcha de un banco de sangre en la ciudad de San Cristóbal, contar con médico cirujano o ginecobstetra y con anesthesiólogo

¹⁶ En pesos de 1998, el costo de la referencia hecha por una partera era de 73.88 pesos, y por un médico, de 525.52 pesos.

CUADRO 13. Costo unitario por parto de acuerdo con el servicio de salud y prestador de salud que otorga la atención (pesos de 1998)

	Médico	Enfermera	Auxiliar de salud	Partera
Consulta prenatal de primera vez	24.36	16.29	5.06	0.71
Consulta prenatal subsecuente	66.70	39.79	2.37	2.37
Aplicación del toxoide tetánico	4.06	2.71	—	—
Promoción de la lactancia materna	20.01	11.94	0.71	0.71
Identificar y derivar mujeres con embarazo de alto riesgo	17.28	10.55	1.19	1.19
Atención del parto eutócico	631.85	405.84	—	35.12
Atención del puerperio	60.03	35.81	2.84	2.84
Ministración de hierro a embarazadas	38.53	25.07	6.36	6.36
<i>Total</i>	862.82	548.00	18.53	49.30
<i>Total del costo por 7 000 partos que se estiman</i>	6 039 740	3 836 000	129 710	345 100

FUENTE: Determinación de Costos del Paquete Básico de Servicios de Salud (pss). Dirección de Productividad y Costos, Dirección General de Extensión de Cobertura, México, D.F., 1998.

CUADRO 14. Presupuesto autorizado en las jurisdicciones en relación con la población, 1998

<i>Jurisdicción</i>	<i>Población</i>	<i>Presupuesto autorizado</i>
San Cristóbal	208 508	8 718 900
Comitán	157 649	9 018 500
Pichucalco	104 575	8 058 100
Palenque	146 534	9 374 300
Tapachula	60 129	7 000 700
Ocosingo	135 424	9 392 900
<i>Total PAC</i>	<i>812 819</i>	<i>51 563 400</i>

FUENTE: elaboración propia con base en la Carpeta Básica de Información y Programación de Acciones, 1998, PAC, Secretaría Estatal de Salud.

las 24 horas del día, y mejorar el sistema de entrega de guardias entre el personal de salud.

Los datos anteriores sugieren que el presupuesto asignado al programa es insuficiente. Para abatir la mortalidad materna tendría que asegurarse un presupuesto anual que permita el seguimiento de por lo menos 7 000 embarazadas en la región, y, adicionalmente, que el sector posibilite la canalización oportuna. También es necesario incidir en las prácticas y representaciones en torno a la maternidad que evitan que las mujeres acudan a los servicios de salud. Son pocas las familias que se atreven a llevar al hospital a las mujeres con complicaciones maternas; si estas pocas mujeres mueren en el intento, será difícil que otras familias sigan este proceso en casos similares. Por ello, es necesario que el sector salud sea el que defina las estrategias de seguimiento de las pacientes.

LAS PROPUESTAS DE ACCIÓN DE ARRANQUE PAREJO PARA CHIAPAS

Si analizáramos la descentralización de los servicios de salud a partir de la posibilidad de adaptar al contexto regional los programas que propone el gobierno federal, comprobaríamos que el caso de Arranque Parejo y las propuestas que han gira-

do alrededor de éste, en Chiapas, son una muestra del funcionamiento de este proceso. Por el momento se han desarrollado tres propuestas de acción en la Jurisdicción II. Una de ellas proviene de la Dirección General de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud; la segunda, de la Jurisdicción Sanitaria II; se emitió una tercera entre la Jurisdicción Sanitaria II y el Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas. Veamos las propuestas.

Dirección General de Salud Reproductiva

Propone los lineamientos para todo el estado, su objetivo es reducir las muertes maternas en 35% para el año 2006, respecto a las reportadas en 2001.

Las estrategias de acción son las siguientes:

- 1) Sistematización de la información.
- 2) Reducir la mortalidad materna intrahospitalaria.
- 3) Atención prenatal con calidad y con enfoque de riesgo.
- 4) Atención del embarazo, parto y puerperio por personal capacitado.
- 5) Vigilancia epidemiológica activa específica.

La sistematización de la información. Se propone crear un grupo interinstitucional para el estudio, análisis y seguimiento de la mortalidad materna y perinatal. Esto permitirá fortalecer la operación de los comités de mortalidad en la jurisdicción y en los hospitales; dar seguimiento a las recomendaciones del grupo estatal interinstitucional y disponer del manual de organización y procedimientos de los comités de prevención, estudio y seguimiento de la morbilidad y mortalidad materna.

Reducir la mortalidad materna intrahospitalaria. Esto se logrará mediante la capacitación del personal de salud, la vigilancia de las urgencias obstétricas, y garantizando los insumos suficientes, para incidir en el segundo nivel de atención.

Atención prenatal con calidad y con enfoque de riesgo y atención del embarazo, parto y puerperio por personal capacitado. Se persi-

que la capacitación a los médicos, enfermeras y parteras tradicionales en la atención prenatal del recién nacido y el puerperio, en municipios de alto riesgo y en los que se identificó a la muerte materna como una prioridad en el desarrollo de los planes municipales de salud.

Vigilancia epidemiológica. Esta vigilancia se planifica para todo el estado y es interinstitucional, considera la notificación inmediata de las muertes maternas y constituye una red de notificación negativa semanal; se elabora una estrategia de bloqueo epidemiológico en la que se incluye el análisis municipal, microrregional y local; análisis demográfico con enfoque de riesgo y seguimiento de embarazadas (en un municipio, Berriozábal), el censo de parteras y el dictamen de muerte materna.

Este programa hace hincapié, sobre todo, en el seguimiento epidemiológico y la capacitación del personal médico intrahospitalario. Se propone capacitar en el primer año a 54 médicos y 40 parteras. Teniendo en cuenta la envergadura del problema en los Altos y que la Jurisdicción Sanitaria II tiene 227 parteras registradas, al parecer su impacto no será contundente. Deja de lado los dos principales problemas, que son el acceso a los servicios de salud y la canalización. No hay propuesta al respecto.

Propuesta jurisdiccional

La propuesta jurisdiccional considera que gran parte de la población es atendida durante el parto por sus redes familiares, y que aunque las parteras desempeñan una labor importante, es fundamental capacitar a las mujeres. Por tanto, su propuesta se centra en la capacitación de las mujeres, de las parteras, y en mejorar la calidad de los servicios de salud. Los objetivos que se propone son los siguientes:

- Fortalecer la capacitación de la población femenina en materia de signos de riesgo obstétrico.
- Fortalecer la organización de las mujeres dentro de las

comunidades para generar un vector social que evite la atención inoportuna del embarazo de alto riesgo.

- Atender focal e integralmente a las comunidades en las que se presente una muerte materna.
- Capacitar parteras vigía para el monitoreo de partos atendidos por personas que no son parteras.
- Realizar actividades de promoción, capacitación y sensibilización entre los pobladores (con énfasis en los varones) donde se haya producido una muerte materna.
- Hacer partícipes a los comités locales de salud en la vigilancia de los embarazos detectados como de alto riesgo o que se encuentren en una etapa cercana al parto.
- Elaborar y mantener actualizado un censo de parteras y de las embarazadas que deben ser atendidas.
- Elaborar y mantener actualizado un censo de embarazadas y de sus posibles parteras.
- Unidad móvil para la prevención y atención de embarazos de alto riesgo en los que las mujeres se muestran renuentes a la atención hospitalaria.
- Responsabilizar puntualmente al encargado de la unidad aplicativa para garantizar el seguimiento.

Esta propuesta centra sus acciones en el ámbito comunitario y refuerza la calidad de la atención por medio de una unidad móvil con una especialista en ginecobstetricia. Sin embargo, no desarrolla la estrategia para el acceso a los servicios de salud en caso de urgencia obstétrica.

Propuesta interinstitucional

Esta propuesta la ha trabajado la Jurisdicción Sanitaria II, CIESAS-Sureste, ACASAC, el Instituto de la Mujer y el Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos, en el contexto del proyecto del Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población.

Identificamos los siguientes problemas para la prevención de la muerte materna:

- Desconocimiento del problema por el subregistro (región de los Altos, zonas de resistencia zapatista).
- Baja demanda de los servicios de salud e inaccesibilidad o acceso tardío a centros hospitalarios.
- Mortalidad materna intrahospitalaria.
- Relación entre medicina indígena (parteras) y medicina institucional.

La propuesta considera que existe un riesgo diferencial de morir por este problema entre las mexicanas, las chiapanecas y las mujeres alteñas. Ser mujer e indígena de los Altos significa, en algunos municipios, un mayor riesgo de morir respecto a las mujeres del país y del estado, y los hombres de su región. Para una parte de las familias indígenas la atención médica institucional no representa una opción para la atención de la salud. Sin embargo, existe una tendencia a incrementar el uso de la atención médica institucional, por lo menos durante el embarazo complicado.

Estudios previos (Freyermuth, 2000) permiten identificar que los factores culturales desempeñan un papel importante en las dificultades que enfrenta el sector para abatir este problema. Son básicamente tres ámbitos en donde los ubicamos:

- Las relaciones intrafamiliares e interfamiliares
- Prácticas y representaciones en torno a la maternidad
- Las disputas en el campo de la salud

Las relaciones intrafamiliares e interfamiliares. Éstas definen la posición de la mujer en el seno de su familia, así como la posición de la familia frente a la comunidad, la que no solamente se verá influida por los recursos familiares disponibles, sino también por la composición familiar (presencia de hombres jóvenes y con prestigio).

Un elemento importante en la posición de la mujer frente a su grupo familiar y ante las posibilidades de acceso a los servicios de salud, es la forma en que se da la concertación del matrimonio y la creación de la nueva pareja; también se relacio-

nan con esto el tipo y el lugar de residencia, las redes de apoyo y la presencia o no de violencia de género.

Prácticas y representaciones en torno a la maternidad. La diferenciación social en el interior de los grupos indígenas es un hecho evidente. La adscripción religiosa es un factor que influye en el acceso a los servicios de salud y en la forma en que la población se explica el proceso de salud y enfermedad. Los tradicionalistas identifican el embarazo o el parto como la causa directa de la muerte, explican el deceso por factores sobrenaturales, causados por brujería y por el empeoramiento de una enfermedad.

Los adscritos a las iglesias (católicas o denominaciones protestantes) identifican que la causa de la muerte está vinculada con la maternidad, pero por designio divino; y a pesar de que existe una explicación distinta de los problemas, la estrategia para resolverlos es muy parecida a la de los tradicionalistas. Para ambos grupos el rezo es el elemento fundamental para lograr la curación. Otro es el de las representaciones sobre la maternidad, y particularmente el posparto, en las que se identifica el riesgo solamente durante los tres primeros días. Estos factores repercuten en el subregistro de la muerte durante el puerperio.

Las disputas en el campo de la salud. El cuidado y la atención del embarazo, parto y posparto son labores que pertenecen, fundamentalmente, a las mujeres: madres, abuelas, tías, suegras y parteras. En la maternidad complicada se amplían las posibilidades de atención con otros agentes de salud especializados, que pueden provenir de la medicina occidental o de la indígena. Se privilegia, para la búsqueda de la atención, la adscripción étnica del agente de salud. Si se deja en manos de personas que no están capacitadas, la medicalización del parto mediante la acción de la farmacia se constituye en un riesgo porque se emplean fármacos de manera inapropiada (como los oxitócicos), provocando un incremento en la muerte neonatal y materna.

Vertientes del programa:

- Atención materna con calidad
- Capacitación
- Investigación
- Comunicación
- Participación comunitaria

Atención materna con calidad. Se busca, en primer lugar, poner en funcionamiento por lo menos una unidad móvil, con personal especializado, para la detección de embarazos de alto riesgo. En segundo lugar, mejorar la disponibilidad de los recursos humanos y materiales intrahospitalarios, así como la calidad de la atención; crear un banco de sangre e impulsar la creación de un banco de sangre virtual para disponer de ésta oportunamente. En tercer lugar, canalizar al 100% de las beneficiarias del Programa Oportunidades que presenten signos de embarazo de alto riesgo, por medio de su partera vigía. Finalmente, disminuir los riesgos durante la maternidad en la región de los Altos, 1) reduciendo el uso de los oxitócicos: se realizará una campaña de sensibilización sobre los efectos adversos del uso de oxitócicos durante el parto, dirigido a toda la población de los Altos, y se capacitará al personal de las farmacias o centros de distribución regionales acerca de los riesgos de este medicamento; 2) mejorando la canalización por parte de las parteras, cada mujer embarazada contará con una partera vigía, la cual estará en contacto con las autoridades municipales o del centro de salud para contar con el apoyo necesario para su canalización oportuna en caso de urgencia obstétrica, y 3) modificando las prácticas y representaciones en torno al riesgo materno, por medio de una campaña de comunicación en radio.

Investigación y documentación. Con ello se busca: 1) identificar el subregistro de la mortalidad materna ocurrido durante el año 2001 en los 18 municipios de la Jurisdicción Sanitaria II; 2) analizar el impacto de la campaña para disminuir el uso de oxitócicos mediante la evaluación de las complicaciones intrahospitalarias, y 3) crear una base de testimonios sobre experiencias exitosas y no exitosas de la canalización de mujeres.

Capacitación. Capacitación a las parteras, continua y competente culturalmente. Esto permitirá establecer vínculos entre los distintos profesionales del sector y hará posible la canalización oportuna.

Capacitación en el ámbito médico y hospitalario en los siguientes aspectos: *a)* síndrome hipertensivo durante el embarazo (preclampsia-eclampsia); *b)* hemorragia durante el embarazo, parto y puerperio; *c)* manejo del recién nacido de madre toxémica; *d)* manejo de parto obstruido, y *e)* modificar el partograma de acuerdo con las propuestas de la OMS.

Comunicación. Promover que las mujeres con alto riesgo obstétrico sean atendidas por los servicios de salud. Construir una nueva cultura de la salud por medio de mensajes en lengua indígena transmitidos por la radio. Continuar con la transmisión de la radionovela "Tiempo de vivir".

Abogacía y participación comunitaria. Crear instancias externas de monitoreo y de evaluación de los casos de muerte materna.

Consolidar la presencia del Grupo de Trabajo por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en la Jurisdicción Sanitaria II y Fronteriza, y crear otros en el resto del estado.

- En un periodo de tres años, diseñar y poner en marcha estrategias de sensibilización para actores clave (agentes municipales, líderes de organizaciones sociales, productivas y religiosas, y partidos políticos).
- Se requieren respuestas eficaces y eficientes en la atención médica por parte del sector salud.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En este documento se ha realizado un acercamiento al problema de la mortalidad materna desde una perspectiva multidisciplinaria, considerando los antecedentes de esta problemática en el estado de Chiapas, en especial en la región de los Altos. Se analizó el subregistro de la muerte materna, particularmente en un contexto multicultural, señalando sus

implicaciones prácticas. Se ha sugerido el uso de otros indicadores indirectos para identificar los municipios de alto riesgo; por ejemplo, la mortalidad en edad reproductiva y la relación de sexos.

Asimismo, se muestra la necesidad de que la política de focalización del gasto conlleve análisis más finos de las realidades locales, con el fin de optimizar los recursos y obtener éxito en las acciones que se propone el sector salud.

También se identificaron los límites en el actual Programa de Ampliación de Cobertura, así como sus posibilidades para resolver el problema de la mortalidad materna. Se analizó el presupuesto asignado a este programa y se mostró la necesidad de incrementarlo para resolver el problema.

Se expusieron brevemente las propuestas que han girado en torno al problema desde las instancias estatales, jurisdiccionales y de la sociedad civil. Estas propuestas, más que excluyentes, son complementarias; quizá combinándolas podrían tener éxito en un programa de Arranque Parejo en la Vida que sea más incluyente. Sin embargo, esto sólo será posible en la medida en que este ambicioso proyecto tenga un incremento en los recursos para su realización.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre B., G., 1994 [1955], *Programas de salud en la situación intercultural*, México, Instituto Nacional Indigenista/Universidad Veracruzana/Gobierno del Estado de Veracruz/Fondo de Cultura Económica.
- Alarcón, 1992 [1957], *La salubridad en el medio indígena*, en Ateneo 6, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, edición facsimilar, DIF/Chiapas/Instituto Chiapaneco de Cultura/Universidad Autónoma de Chiapas.
- Calzada, R., [1951] 1992, *Pobreza y riqueza de Chiapas*, en Ateneo I, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, edición facsimilar, DIF/Chiapas/Instituto Chiapaneco de Cultura/Universidad Autónoma de Chiapas.
- Cervantes, A., 1993, "México, políticas de población, derechos humanos y democratización de los espacios sociales", ponencia presentada en la IV Conferencia Latinoamericana de Población: "La

Transición Demográfica en América Latina y el Caribe”, Palacio de la Antigua Escuela de Medicina, UNAM, ciudad de México, 23 al 26 de marzo.

Chiapas, Gobierno del Estado, 1988, *Plan de Gobierno de 1988-1994*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Chiapas, Instituto de Salud del Estado, 1997, *Carpeta técnica de información del Programa de Ampliación de Cobertura*, Chiapas.

Chiapas, Instituto de Salud del Estado, 1996, “Informe de Actividades 1996” y “Propuesta Ejecutiva 1997”, Programa de Ampliación de Cobertura, Chiapas.

Chiapas, Sector Salud, 1982, *Plan Básico de Salud del Estado de Chiapas, 1982-1988*, Chiapas.

Chiapas, Secretaría de Salud, 1986, *Programa Estatal de Planificación Familiar 1986*, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Planificación Familiar, Jefatura de los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de Chiapas.

Chiapas, Secretaría de Salud, 1996, *Informe de Avances, Programa de Ampliación de Cobertura*, Unidad Coordinadora Estatal, Gobierno del Estado de Chiapas, México.

Chiapas, Secretaría de Salud, 1991, *Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado de Chiapas*, Programas de Planificación Familiar, Chiapas (mimeografiado).

Chiapas, Secretaría Estatal de Salud, 1998, *Carpeta de Información Básica para la Programación de Acciones del Programa de Ampliación de Cobertura*, Unidad Coordinadora Estatal, Chiapas.

Chiapas, Secretaría Estatal de Salud, 1999, *Carpeta de Información Básica para la Programación de Acciones del Programa de Ampliación de Cobertura*, Unidad Coordinadora Estatal, Chiapas.

Chiapas, Secretaría Estatal de Salud, 2000, *Carpeta de Información Básica para la Programación de Acciones del Programa de Ampliación de Cobertura*, Unidad Coordinadora Estatal, Chiapas.

Chiapas, Servicios Coordinados de Salud Pública en el Estado, 1996, *Aplicación del Presupuesto 1996*, Programa de Ampliación de Cobertura, Chiapas.

Chiapas, *Agenda Estadística del Estado de Chiapas, 2000*, Secretaría de Hacienda, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Chiapas, 2001, *Agenda Estadística del Estado de Chiapas*, Secretaría de Hacienda (en disco compacto).

Chiapas, 1998, Sistema de Información para la Población Abierta, *Informe de Actividades de la Unidad Médica*, Dirección General de Estadística, Chiapas.

- Chiapas, 1999, Sistema de Información para la Población Abierta, *Informe de Actividades de la Unidad Médica*, Dirección General de Estadística, Chiapas.
- Chiapas, 2000, Sistema de Información para la Población Abierta, *Informe de Actividades de la Unidad Médica*, Dirección General de Estadística, Chiapas.
- Chiapas, 2001, Sistema de Información para la Población Abierta, *Informe de Actividades de la Unidad Médica*, Dirección General de Estadística, Chiapas.
- Chiapas, 1995-2000, Sistema de Información de la Población Abierta: Cuadro comparativo de indicadores 1995-2000, Instituto Nacional de Salud, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Chiapas, Sector Salud, 1993, *Plan Estatal de Salud*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- Chiapas, Sector Salud, 1990, Diagnóstico Estatal de Salud, Chiapas (mimeografiado).
- Chiapas, Secretaría de Salud, 1993, *Programa de Planificación Familiar Chiapas 1993*, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Planificación Familiar, Jefatura de los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado, enero.
- Collier, J., 1995 [1973], *El derecho zinacanteco*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/Universidad de Ciencias y Artes del Estado de Chiapas, México.
- Diario Oficial de la Federación*, 2000, Primera Sección, 14 de marzo de 2000.
- Dirección General de Extensión de Cobertura, 1998, Determinación de Costos del Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS), Dirección y Productividad de Costos, México, D.F., 1998.
- Elú, María del Carmen y Elsa Santos Pruneda, 1999, *Una nueva mirada a la mortalidad materna en México*, México, Comité por una Maternidad sin Riesgos en México/Fondo de Población de las Naciones Unidas/Population Council.
- Espinosa Damián, Gisela y Lorena Paz Paredes, 2000, "Salud reproductiva en México: los programas, los procesos, los recursos financieros", en Gisela Espinosa Damián (coord.), *Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México: una mirada a la situación nacional y a cuatro estados*, México, El Atajo Ediciones/Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población/UAM-Xochimilco.
- Favre, Henri, 1984 [1973], *Cambio y continuidad entre los mayas de México: contribución al estudio de la situación colonial en América Latina*,

México, Instituto Nacional Indigenista (Serie Antropología Social, núm. 69).

Family Care International, 1998, "La salud materna: una inversión socioeconómica vital", en *Maternidad sin Riesgos: hoja informativa*, s.p.i.

Freyermuth, G., 1993, *Medicina alópata y medicina indígena: un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*, San Cristóbal, Chiapas, CIESAS-ICHC.

———, 2000, *Morir en Chenalhó: género, etnia y generación, factores constitutivos de riesgo durante la maternidad*, tesis de doctorado en antropología social, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México.

———, 2002, *El Programa de Ampliación de Cobertura y el ejercicio del presupuesto en salud reproductiva: análisis desde una perspectiva de género*, en prensa.

———, 2003, *La muerte materna y el subregistro en la región indígena de los Altos de Chiapas: propuesta de un indicador alterno para su identificación*, en prensa.

Freyermuth, G. y A. Garza, 1996, *Muerte materna en Chenalhó: informe final presentado al Programa de Salud Reproductiva de El Colegio de México*, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México.

Fernández Guerrero, M., 1996, *Las políticas del Estado mexicano en salud reproductiva en el contexto sociopolítico del periodo de 1960-1990*, Serie Documentos, México, Grupo de Mujeres, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

Fuente, Juan Ramón de la y Juan Mercedes (comps.), 1996, *La descentralización de los servicios de salud: una responsabilidad compartida*, t. II, México, Consejo Nacional de Salud, Ssa.

Guiteras, C., 1992 [1944], *Cancuc: etnografía de un pueblo tzeltal de los Altos de Chiapas*, 1a. ed., Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Gobierno del Estado de Chiapas, Consejo Estatal para el Fomento a la Investigación y Difusión de la Cultura (Serie Nuestros Pueblos).

Halperin, F. y H. de León, 1996, *Salud en la frontera México—Guatemala*, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas (Cuadernos de Divulgación Ecosur).

Holland, W., 1964, *Medicina maya en los Altos de Chiapas*, México, Instituto Nacional Indigenista.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2000, XII Censo General de Población y Vivienda, en página de internet: www.inegi.gob.mx.

———, 2000, *Mujeres y hombres en México*, México, INEGI.

- , 2001, *Estadísticas vitales*, en disco compacto.
- Instituto de Salud del Estado de Chiapas, 2002, Dirección de Servicios de Salud Reproductiva, "Mortalidad materna: medidas de intervención", ponencia presentada por Emilio Latournerie en el Taller sobre la Muerte Materna en Chiapas: Un problema social e institucional, realizado en El Colegio de la Frontera Sur, Unidad San Cristóbal, el 27 de junio.
- Köhler, U., 1975 [1969], *Cambio cultural dirigido en los Altos de Chiapas: un estudio sobre la antropología social aplicada*, México, Instituto Nacional Indigenista, Secretaría de Educación Pública (Colección SEP-INI, núm. 42).
- La Jornada*, 1993, Datos del Sistema Nacional de Salud, "Mueren cuatro mujeres al día por problemas de maternidad; según datos de la OPS son 17, afirman grupos de defensa", sábado 29 de mayo de 1993, p. 15.
- Lozano, Rafael, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, "Mortalidad materna en México: subreporte y comparaciones, enero a junio de 2002", ponencia presentada en el Taller sobre la Muerte Materna en Chiapas: un problema social e institucional, El Colegio de la Frontera Sur, 27 de junio de 2002.
- Martínez, Germán *et al.*, 2002, Coespo Chiapas, "La muerte materna en Chiapas: un diagnóstico desde las estadísticas vitales, 1991-2000", ponencia presentada en el Taller sobre la Muerte Materna en Chiapas, un problema social e institucional, El Colegio de la Frontera Sur, Unidad San Cristóbal, Chiapas, 27 de junio de 2002.
- Martínez, Concepción, 2002, "El Programa de Ampliación de Cobertura y el presupuesto federal: un acercamiento al Paquete Básico de los Servicios de Salud desde la perspectiva de género", en *Fortaleciendo la incidencia de mujeres líderes en presupuestos públicos con enfoque de género*, México, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C./Equidad de Género, Trabajo y Familia, A. C.
- OPS, 1990, Organización Panamericana de la Salud, *Las condiciones de salud en las Américas*, publicación científica núm. 524, Washington, D.C.
- Pérez, E., 1985, *Chamula*, publicación bilingüe de la Dirección de Fortalecimiento y Fomento, Culturas de la Subsecretaría de Asuntos Indígenas, Tuxtla Gutiérrez, Gobierno del Estado de Chiapas.
- Pozas, R., 1987 [1959], *Chamula*, México, Instituto Nacional Indigenista (Clásicos de la Antropología Mexicana).
- Reyes Fraustro, S., 1992, *Mortalidad materna en México*, México, Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica.

- Salvatierra B., Nazar A., s/f [1992], *Perfil epidemiológico y grados de marginación. Estado de Chiapas*, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, Centro de Investigaciones Ecológicas del Sureste.
- Sánchez Pérez Arana, H. J., M. Sedeño, G. Vargas Morales y P. Brentlinguer, 2002, "Muerte materna en zonas de conflicto en Chiapas, enero a junio del 2002", ponencia presentada en el Taller sobre la Muerte Materna en Chiapas, un Problema Social e Institucional, El Colegio de la Frontera Sur, 27 de junio de 2002.
- Servín, Armando, "Mortalidad materna, 2002, Jurisdicción núm. II. Muerte materna en Chiapas, un problema social e institucional", ponencia presentada en el Taller sobre la Muerte Materna en Chiapas, un Problema Social e Institucional, realizado en El Colegio de la Frontera Sur, Unidad San Cristóbal, Chiapas, 27 de junio de 2002.
- Sepúlveda, J. et al., 1993, *La salud de los pueblos indígenas en México*, México, Secretaría de Salud/Instituto Nacional Indigenista.
- Starrs, A., 1987, "La prevención de la tragedia de muertes maternas. Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgos", Nairobi, Kenia, Banco Mundial/Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población.
- Ssa, 2002, Programa de Acción "Arranque Parejo en la Vida", México, Secretaría de Salud.
- Universidad Autónoma de Chiapas, 1988, *Bienestar social, cambio estructural en Chiapas: avances y perspectivas*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, UNACH.
- Villa Rojas, A., 1990 [1940], *Etnografía tzeltal de Chiapas: modalidades de una cosmovisión prehispánica*, 1a. ed., Tuxtla Gutiérrez, Gobierno del Estado de Chiapas, Consejo Estatal para el Fomento a la Investigación y Difusión de la Cultura, octubre.
- WGNRR, 1992, Women's Global Network for Reproductive Rights Women's Declaration on World Population Policies, Draft 2, december 1, 1992, 8 p.
- World Bank, 1995, *Second Basic Health Care Project, Staff Appraisal Report México*, Report No. 13878-Me, Latin America and the Caribbean Regional Office.

LA ATENCIÓN MÉDICA A LA SALUD MATERNA EN OAXACA

Políticas, programas y presupuesto*

MARTHA AÍDA CASTAÑEDA**

PRESENTACIÓN

Este documento tiene el propósito de hacer visible el punto de vista de las mujeres oaxaqueñas que requieren atención durante sus procesos reproductivos y que viven en regiones rurales del estado. El análisis se basa en fuentes originales y datos generados por los Servicios Estatales de Salud, y se apoya en el monitoreo de dos programas de atención a la salud de las mujeres: el de Ampliación de Cobertura (PAC) y el de Educación, Salud y Alimentación (Progresá), realizados entre 1998 y 2001, investigaciones en las que la materia fundamental para el análisis fueron las entrevistas a las beneficiarias de los programas y a los operadores de los mismos. Recupera también testimonios recogidos en talleres de autodiagnóstico de salud realizados con mujeres zapotecas en 2001 y 2002. El objetivo del estudio es evaluar si los programas de atención a la salud materna y para disminuir las tasas de mortalidad materna avanzan por buen camino, y si los recursos con los que cuentan los Servicios Estatales de Salud son suficientes.

* Este documento surgió de la invitación que me hizo Fundar, Centro de Análisis e Investigación, para participar en el proyecto "Mortalidad materna y presupuestos públicos en salud".

** Centro para los Derechos de la Mujer Naaxwiin, A.C.; Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población.

En la primera parte se hace un recorrido general de las políticas de atención a la salud materna en el nivel internacional, en México y en Oaxaca. En seguida se analizan las dimensiones de la mortalidad materna en Oaxaca, para pasar en el apartado tres a describir la estructura de los Servicios de Salud de Oaxaca y sus programas de atención a la salud materna y ubicar la importancia del Programa de Ampliación de Cobertura y el Paquete Básico de Servicios de Salud en la atención del embarazo, parto y puerperio.

En el cuarto apartado se analizan algunos obstáculos económicos, de cobertura de los servicios médicos, sociales y culturales que tienen como resultado una baja asistencia a la consulta prenatal y un elevado número de partos atendidos en el hogar.

En el último apartado se propone una metodología para analizar el presupuesto destinado a la atención de la salud materna y cuantificar las aportaciones de las mujeres pobres y sus familias tanto a la Secretaría de Salud como al cuidado (o no cuidado) de su salud. Se ofrecen también algunos elementos para analizar la articulación de los presupuestos del PAC y los del Fondo de Apoyo a los Servicios de Salud. Finalmente, se hacen algunas recomendaciones para ser consideradas en el diseño de futuros programas de atención a la salud materna y en la asignación de su presupuesto.¹

POLÍTICAS, ACCIONES Y RESULTADOS

Aun cuando en las últimas décadas se han sucedido diversos programas de salud materno-infantil (MI), la atención a la salud materna no ha sido suficiente, pues ha estado subordinada a otras prioridades políticas, como son el control demográ-

¹ Quiero agradecer al doctor Rafael Aragón Kuri, secretario de Salud de Oaxaca, por el apoyo brindado en la consecución de la información necesaria sobre el presupuesto, a los doctores Miguel Ángel Colmenares, Rosa Lilia García Kavanagh y Roberto Efraín Cruz por su apoyo y paciencia en la revisión y precisión de los datos manejados en este documento, así como por su entusiasmo en buscar alternativas para brindar una mejor atención médica a las mujeres.

fico y la sobrevivencia del recién nacido y de los niños y niñas menores de un año.

En los años setenta, periodo que abarca parte del decenio que la Organización de las Naciones Unidas dedicó a las mujeres, se comenzó a comprender la magnitud del sufrimiento de las mujeres asociado a la reproducción. Los estudios documentan que el grado de escolaridad, la situación económica, las condiciones de vida, el *status* de las mujeres en la familia y en la sociedad, el nivel de información, el estado nutricional, la edad, el número de embarazos y el tiempo transcurrido entre un embarazo y otro, son factores que determinan el estado de salud, la enfermedad, las discapacidades y la muerte de las mujeres durante el embarazo, parto o puerperio. Se realizaron estudios sobre los riesgos de enfermarse o morir durante el proceso reproductivo, y la decisión política que se tomó fue que lo mejor para evitar daños a la salud de las mujeres era no tener hijos o tener pocos. Se definió entonces como prioritario, en las políticas de salud, al grupo de mujeres no gestantes en edad reproductiva y se establecieron metas para disminuir la fecundidad (OPS, 1996). En 1974 se institucionalizó en México el Programa de Planificación Familiar; así, un problema complejo que abarca la salud de las mujeres y la reproducción de la especie humana encontró una salida eficiente: controlar la fecundidad de las mujeres.

La atención a la salud materna consistió en procurar un monitoreo médico del embarazo y parto de las mujeres menores de 20 años o mayores de 35, de las que tenían menos de dos años de haber traído al mundo a su hijo o hija menor y de las que tenían antecedentes malos en sus embarazos y partos anteriores (*ibid.*).

En la década de 1980 los programas de salud materno-infantil ponen énfasis en la I, pues resultaba vergonzoso que frente al crecimiento económico mundial y el desarrollo científico y tecnológico, existieran altas tasas de mortalidad infantil, muertes que eran prevenibles. La atención materno-infantil se centró en la sobrevivencia infantil y la promoción de la consulta prenatal por médicos, enfermeras, promotores y parteras, y enfocó sus actividades en la lactancia materna, la vacunación

desde el primer año de vida, el mejoramiento nutricional, la higiene, el parto en condiciones higiénicas adecuadas y la planificación familiar.

En Oaxaca, a finales de los setenta y durante los ochenta, el IMSS-Coplamar estuvo sumamente activo en promover, en las mujeres, el uso de anticonceptivos; también desarrolló acciones muy importantes de promoción de la consulta prenatal y de capacitación a parteras tradicionales en temas de higiene, nutrición, anatomía de órganos reproductivos, atención al embarazo y parto, y en el uso y distribución de métodos anticonceptivos; en 1985 había capacitado en Oaxaca a 780 parteras (IMSS, 1985). En 1989 el Instituto Nacional Indigenista en Oaxaca y organizaciones civiles que trabajan en el estado, con el propósito de mejorar la atención del embarazo, parto, puerperio y del niño de cero a cinco años, diseñaron una metodología para la capacitación de parteras indígenas. El énfasis de esta metodología está puesto en la revaloración de los conocimientos y prácticas curativas de las parteras, la identificación de las mejores formas tanto del modelo médico institucional como del tradicional, así como en la definición de acciones institucionales de salud que afectan a las parteras y a sus comunidades. Sin embargo, entre los objetivos de los talleres estaba disminuir el número de muertes infantiles, no así el de disminuir el número de muertes maternas (Castañeda, 1992).

En 1987 la Organización Mundial de la Salud convocó a la Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgos. En esa ocasión las mujeres pidieron poner énfasis también en la M de los programas de atención materno-infantil, y señalaron que los encargados de establecer las prioridades sanitarias nacionales e internacionales habían sido poco sensibles a las más de 500 000 muertes maternas ocurridas cada año. Las resoluciones más importantes de la conferencia fueron haber planteado la meta de reducir la tasa de mortalidad materna a la mitad para el año 2000, poner en marcha planes de acción regionales atendiendo a factores económicos, culturales y de acceso y calidad de los servicios de salud, y mejorar el registro de las muertes maternas. En 1994 la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo re-

frenda estas resoluciones y agrega, entre otros compromisos, destinar recursos adicionales para la atención de la salud reproductiva, para el fortalecimiento de los sistemas de atención primaria a la salud y para la atención obstétrica urgente; la promoción de la autonomía de las mujeres y la promoción de la participación masculina en su paternidad y su comportamiento sexual y reproductivo responsables. En México, a raíz de la Conferencia de El Cairo, los programas de Planificación Familiar y Salud Materno-Infantil se integraron, en 1995, en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.

En Oaxaca, como resultado de la Conferencia Estatal por una Maternidad sin Riesgos, realizada en 1995, el tema de la disminución de la mortalidad materna aparece en la agenda del sector salud. La Secretaría de Salud de Oaxaca (SSO) integró los Comités para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal en el segundo nivel de atención, instaló Comités Jurisdiccionales para el estudio y análisis de los casos de muerte materna ocurrida en unidades de primer nivel y en comunidades, e incluyó los casos de embarazo y parto de riesgo en la atención médica urgente y de segundo nivel. Por su parte, el IMSS-Solidaridad integró Comités Regionales de Análisis de la Mortalidad Materna, fue la primera institución que adoptó las autopsias verbales comunitarias para informar a la comunidad de cada muerte materna, y sigue capacitando a parteras tradicionales ahora con el enfoque de riesgo. Las dos instituciones promueven la búsqueda o identificación extramuros de embarazadas para que acudan a consultas de control natal, capacitan al personal de salud de primer y segundo niveles para detectar, controlar, tratar o referir embarazos de alto riesgo, y han establecido redes de comunicación por radio para casos de urgencia.

En 1995 el Comité Interinstitucional por una Maternidad sin Riesgos (CPMSR), en colaboración con la SSO, promovió la instalación de Puestos de Salud para Embarazadas, como un proyecto piloto para orientar a las mujeres en el cuidado del embarazo, detectar situaciones de riesgo y promover la asistencia a consulta médica prenatal (García, 1999). En 1999 promovió la instalación de Puestos de Salud para Embarazadas

en localidades de concentración de mujeres emigrantes. Actualmente el CPMSR está capacitando al personal médico de la SSO en la aplicación de la Norma Oficial Mexicana 190-SSA1-1999, *Prestación de servicios de salud: criterios para la atención médica de la violencia familiar*.

Resulta claro que apenas en la última década del siglo XX comienzan a instrumentarse acciones más vigorosas para atender específicamente la salud de las mujeres en lo que se conoce como el binomio madre-hijo. Sin embargo, la reacción resulta tardía, pues aun cuando el personal de salud ha hecho grandes esfuerzos, la situación actual en México se caracteriza por la descapitalización severa de los servicios públicos de salud, la reducción del gasto público en salud, particularmente en salud reproductiva (Espinosa, 2000); el desmantelamiento de los servicios públicos de salud, la profundización de la pobreza, el empobrecimiento de amplios sectores de la población, así como por una actitud crítica ante la formación de profesionales médicos y la institución médica frente al nuevo paradigma de la salud.

Aun cuando en los años 1980-1985 la tasa de mortalidad materna en México tuvo una disminución significativa, pues pasó de 9.5 a 6.4 sobre 10 000 nacidos vivos registrados (SSA y UNICEF, 1995) como resultado de haber aumentado la cobertura de la atención prenatal, ya sea por personal médico o comunitario (parteras y auxiliares comunitarios), los indicadores principales de las políticas y programas de atención a la salud materno-infantil en México revelan que han sido más exitosas las acciones enfocadas al control demográfico y a la sobrevivencia infantil que las dirigidas a la salud y la sobrevivencia de las madres. En los últimos quince años las tasas de fecundidad y de mortalidad infantil tuvieron una reducción superior a la tercera parte, en contraste con la tasa de mortalidad materna, que sólo se redujo en una quinta parte (cuadro 1).

Actualmente se está poniendo en marcha el Programa Arranque Parejo en la Vida, como parte de la nueva estrategia integradora para el desarrollo social denominado Contigo. Con este programa se pretende, en un plazo de seis años, disminuir en 30% las muertes maternas y las muertes en menores de un año. Para alcanzar esta meta el programa ha identificado

CUADRO 1. Comparación de la tasa global de fecundidad, la tasa de mortalidad infantil y la de mortalidad materna en México, 1985-1999

Indicadores	1985	1990	1995	1999
Tasa global de fecundidad*	4	3.4	2.8	2.5
Tasa de mortalidad infantil*	39.8	36.6	30.5	25.9
Tasa de mortalidad materna**	6.4	5.4	5.3	5.1

* Estimaciones del Consejo Nacional de Población.

** Secretaría de Salud.

como prioritarios a los 391 municipios de más alta mortalidad materna en el país (24 localidades en Oaxaca que pertenecen a 17 municipios), y ha propuesto estrategias innovadoras, como son las Posadas de Nacimiento y la habilitación de transporte para urgencias obstétricas, así como la rehabilitación de la infraestructura y la capacidad resolutive de 194 hospitales; plantea realizar estas acciones por medio de redes sociales con participación estatal y municipal, y recurrir a la participación de organizaciones civiles para promover, difundir y gestionar la recaudación de fondos externos para el programa.

Sin embargo, nos preocupa que el equipo necesario para los hospitales esté siendo entregado en comodato a la iniciativa privada (es decir, no pertenece a las instituciones públicas), que el programa se apoye en recursos externos para sostenerse y que en estados como Oaxaca solamente se hayan programado como prioritarios 17 de los 570 municipios.

MORTALIDAD MATERNA

La salud materna es una situación compleja que comprende factores económicos, culturales, sociales, emocionales, afectivos, de *status* de las mujeres y de sus familias, biológicos, ambientales y de acceso y calidad de los servicios de salud; el grado en que cada uno de estos factores contribuye al equilibrio es difícilmente cuantificable.

La otra cara de la moneda son la enfermedad y la muerte materna. Respecto a la morbilidad materna, sólo se cuenta con

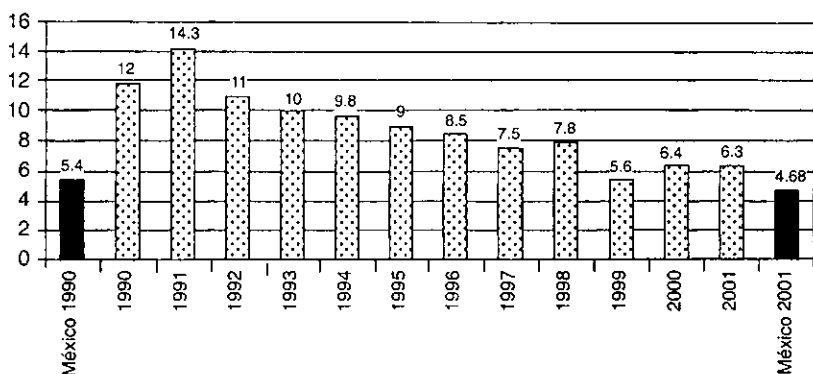
alguna información acerca de las mujeres que fueron atendidas por complicaciones agudas durante su embarazo, parto o posparto inmediato, y que fueron registradas por la institución que atendió el problema (Langer, 1994). La mortalidad materna, en cambio, es un hecho único y medible y la tasa de mortalidad materna (número de muertes por 10 000 nacidos vivos registrados) es el indicador que se utiliza para analizar la atención a la salud materna. Sin embargo, existen graves problemas en el registro de las muertes maternas. Una investigación realizada en 1994 en comunidades menores de 2 500 habitantes de los estados de Puebla, Hidalgo, Yucatán, Nayarit, Durango y Sinaloa identificó una subestimación de muertes maternas de 40 a 60% (Lezana, 1999).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la muerte materna como la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 45 días después de su terminación, cuya causa esté relacionada con el embarazo o agravada por él, o bien, por el parto o el puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales. La mortalidad materna se distribuye de manera dispar; de acuerdo con la OMS, una de cada 48 mujeres en los países en desarrollo —entre los que se incluye México— tiene posibilidad de morir por causas relacionadas con la maternidad, en marcado contraste con una de cada 1 800 en los países desarrollados. Lo más lamentable es que más de 96% de estas muertes podían haberse evitado con medidas sencillas y que se hallan al alcance gracias a los avances científicos de la medicina.

En México, un análisis estadístico de los datos de mortalidad materna de cada una de las entidades federativas realizado por el IMSS (Sandra Reyes, 1994) permitió identificar cuatro regiones. En la de más alta mortalidad materna se encuentran los estados de Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Puebla y Veracruz, que concentran también la mayor cantidad de población en condiciones de alta marginalidad y pobreza y las mayores concentraciones de población indígena.

En Oaxaca la tasa de mortalidad materna en 1990 era más del doble de la tasa media nacional; para el año 2000 siguió superando la media nacional en 36.7% (gráfica 1).

GRÁFICA 1. Tasa de mortalidad materna en Oaxaca 1990-2001

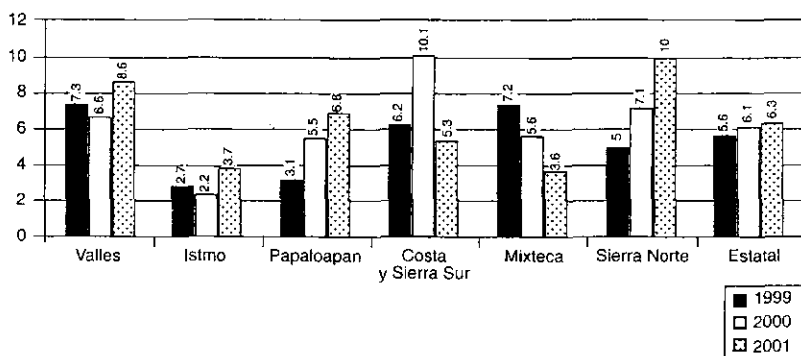


FUENTE: elaboración propia con datos de los Servicios de Salud de Oaxaca, Departamento de Salud Reproductiva, con base en certificados de defunciones 1990-2001. Preliminares.

La reducción de la mortalidad materna en el estado ha sido importante, pero no suficiente. Socialmente existen los conocimientos y recursos necesarios para que no mueran mujeres por causas asociadas a la maternidad: las muertes son evitables. Una muerte materna significa que a la mujer que murió no se le brindaron los cuidados ni las atenciones indispensables para conservar la salud; la alta prevalencia de mortalidad materna es resultado de una organización de la sociedad con desigualdades, pues el fallecimiento de mujeres durante su proceso reproductivo significa que no se les otorgó la protección familiar y social que se les debe brindar durante el embarazo, parto o posparto: o se les trató con violencia o no tuvieron acceso efectivo a servicios de salud de calidad. Además, las defunciones maternas afectan a las familias de las mujeres fallecidas, a sus comunidades, a la fuerza laboral y los sistemas de salud.

Un análisis regional de la mortalidad materna muestra de nueva cuenta que las muertes no se distribuyen de manera pareja. En algunas regiones del estado la tasa de mortalidad materna prevalece en los niveles que se daban en el país hace más de veinte años, en 1980, cuando la tasa nacional era de 9.5 (gráfica 2).

GRÁFICA 2. Tasa de mortalidad materna en distintas regiones de Oaxaca, 1999-2001



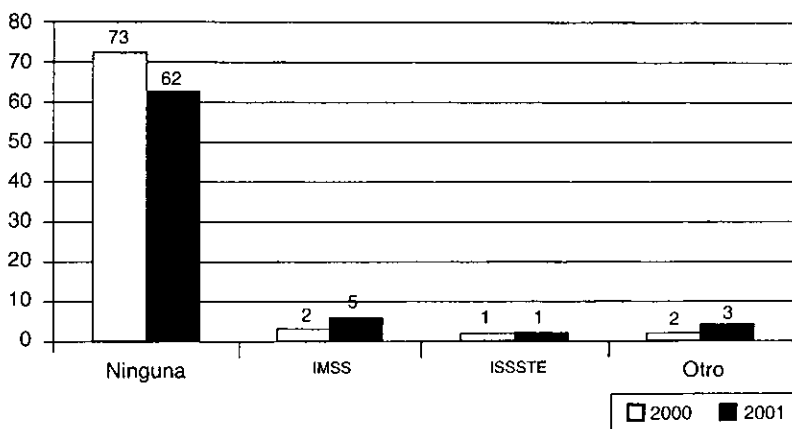
FUENTE: Servicios de Salud de Oaxaca, Departamento de Salud Reproductiva, con base en certificados de defunciones, 1999-2001. Preliminares.

Oaxaca presenta condiciones de desventaja en lo que se refiere a la atención y a los servicios de salud pública. Una característica de las mujeres que murieron a causa del embarazo, parto o puerperio, es que no tuvieron derecho a seguridad social; en los últimos dos años, 89.9% de las difuntas carecieron de esta prestación, únicamente estaban cubiertas por los servicios de salud para población abierta de los Servicios de Salud de Oaxaca y del IMSS-Solidaridad (gráfica 3).

Por el costo que implica el servicio hospitalario y por las distancias que tienen que recorrer para poder llegar a un hospital, las mujeres sin seguridad social y que viven en comunidades rurales, tienen escaso acceso a servicios de segundo nivel. Las que logran llegar a un hospital, generalmente lo hacen en casos de urgencia; otras no lo logran.

En los últimos tres años, los fallecimientos de 43.7% de las mujeres ocurrieron en hospitales, 47.44% en el hogar y el resto durante el traslado desde la localidad, o una clínica de primer nivel, a un hospital. Es importante destacar que en el último año (2001) aumentó el número de fallecimientos en el hogar, lo que significa que el acceso a las unidades médicas se ha dificultado (cuadro 2).

Gráfica 3. Número de muertes maternas en Oaxaca según derecho a seguridad social, 2000-2001



FUENTE: Servicios de Salud de Oaxaca, Departamento de Salud Reproductiva, con base en certificados de defunciones, 1999-2001. Preliminares.

CUADRO 2. Mortalidad materna en Oaxaca según lugar de ocurrencia, 1999-2001 (%)

Año	Hospitales	Hogar	Otro
1999	46.9	41.2	11.9
2000	50.0	42.3	7.7
2001	32.4	58.1	9.4
1999-2001	43.7	47.4	8.8

FUENTE: elaboración propia con datos de los Servicios de Salud de Oaxaca, Departamento de Salud Reproductiva, con base en certificados de defunciones, 1999-2001. Preliminares.

LOS PROGRAMAS

Después de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, los programas Materno-Infantil y de Planificación Familiar se articularon en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. En el nivel federal se creó la Dirección General de Salud Reproductiva y en los estados se crearon los Departamentos de Salud Reproductiva. En Oaxaca este departamento se ubica en la Subdirección de Epidemiología y Medicina Preventiva de la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades, de los Servicios de Salud de Oaxaca.

El Programa de Salud Reproductiva tiene tres vertientes: Salud de la Mujer, cuyos programas sustantivos son: el de Cáncer Cérvico-Uterino, Cáncer de Mama y Menopausia; el de Salud Perinatal, que atiende el embarazo, parto, puerperio y al recién nacido, y el de Planificación Familiar. En el primer nivel de atención, las acciones de estos programas sustantivos las ejecutan las jurisdicciones sanitarias mediante tres programas: el Programa de Extensión de Cobertura (PEC), el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) y el Programa Oportunidades (antes Programa de Educación, Salud y Alimentación: Progres-a); los tres programas ofrecen un Paquete Básico de Servicios de Salud que integra los servicios médicos a los que pueden acudir las mujeres pobres que no tienen derecho a seguridad social y que están embarazadas.

En resumen, todos los programas generales de la Secretaría de Salud —el de Salud Reproductiva, por ejemplo— y los subprogramas sustantivos —el de Salud Perinatal o Arranque Parejo en la Vida— que se aplican en el primer nivel de atención, son ejecutados por el personal médico del PAC o del PEC, por medio de un Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS).

El PBSS es una estrategia del Banco Mundial con un enfoque de *bajo costo y alta eficiencia* que se basa en la "focalización" de los servicios, es decir, en seleccionar a los más pobres de la población sin acceso a servicios de salud para ofrecerles servicios mínimos. El Banco Mundial otorga préstamos a los gobiernos que acoten a la población con estas características y que delimiten las acciones más elementales de atención a la salud.

Esta estrategia es consecuencia de la aplicación de las políticas de ajuste estructural, y para su instrumentación el Banco Mundial brinda asesoría técnica a los países (y la cobra), que en la atención a la salud se traducen en el cambio del papel del Estado y en la reforma del sector.

Para el Banco Mundial, el Estado debe dedicarse a las tres tareas que siguen:

a) Controlar las enfermedades infecciosas y detectar vectores de infección.

b) Dejar de invertir en servicios de seguridad social y de segundo y tercer nivel de atención a la salud, pues en opinión del banco, el Estado es muy ineficiente y genera altos costos, además de que subsidia a personas que sí pueden pagar por los servicios médicos, lo que significa un obstáculo para la participación de la iniciativa privada en el mercado de la salud.

c) Regular los servicios privados de seguridad social para aumentar la cobertura y bajar los costos de la atención.

El PAC es un programa financiado por el Banco Mundial, y desde 1996, año en que comenzó a operar —junto con la estrategia del PBSS—, es el programa más importante para brindar atención médica a la población que no tiene derecho a la seguridad social. Dado el control que tiene el Banco Mundial sobre el financiamiento para el desarrollo de los países, el papel que desempeña es definitivo, mayor que el que pueden cumplir la Organización Mundial de la Salud o el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

El PBSS integra servicios de salud personales y servicios públicos de salud. Los primeros corresponden al dominio del sector salud e incluyen un conjunto de acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se aplican a los individuos; los segundos son acciones que rebasan el dominio del sector, se dirigen a las colectividades e incluyen todos los demás factores que influyen en la salud de la población, como son la educación masiva en salud, o a los componentes no humanos del ambiente. El gobierno es el responsable del financiamiento y de la prestación de los servicios públicos de salud.

El conjunto mínimo de servicios de salud que otorga este paquete en Oaxaca son 15 intervenciones que se agrupan en actividades de: *a)* promoción, *b)* prevención y *c)* curación o rehabilitación dirigidas a: 1) el individuo, 2) la familia, 3) la comunidad y 4) el ambiente. El PBSS es aplicado por personal médico ubicado en 324 centros de salud y 96 Equipos de Salud Itinerantes que visitan una vez al mes las localidades y que en conjunto atienden a 1 119 000 habitantes que viven en 2 105 localidades.

En el cuadro 3 se muestran las 15 intervenciones del Paquete Básico en Oaxaca y el tipo de actividad que se realiza.

Todas las estrategias del PBSS incluyen la educación para la salud y la participación comunitaria en el saneamiento ambiental.

CUADRO 3. *Intervenciones del Paquete Básico de Servicios de Salud en Oaxaca*

<i>Tipo de actividad</i>	<i>Intervención</i>
A-2	1. Saneamiento básico en el ámbito familiar
B-1	2. Planificación familiar
B y C-1	3. Atención prenatal, del parto, del puerperio y del recién nacido
B-1	4. Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil
B-1	5. Inmunizaciones
C-2	6. Manejo de casos de diarrea en el hogar
C-2	7. Tratamiento antiparasitario a las familias
C-1	8. Manejo de infecciones respiratorias agudas
B y C-1	9. Prevención y control de tuberculosis pulmonar
B y C-1	10. Prevención y control de hipertensión arterial y de la diabetes mellitus
B y C-3 y 1	11. Prevención de accidentes y manejo inicial de lesiones
A-3	12. Capacitación comunitaria para el autocuidado de la salud
C-1	13. Atención a los casos de cólera
A y B	14. Atención a zonas de dengue y paludismo
C-1	15. Atención a los casos de leishmaniasis

Mediante la estrategia de atención prenatal, del parto, del puerperio y del recién nacido, el PBSS ofrece a las mujeres embarazadas:

- Identificación de embarazadas
- Consulta prenatal de primera vez
- Consulta prenatal subsiguiente
- Aplicación de toxoide tetánico
- Ministración de hierro y ácido fólico a embarazadas
- Promoción de la lactancia materna
- Identificación y referencia de mujeres con embarazo de alto riesgo
- Consejería en planificación familiar
- Atención del parto eutócico
- Atención del puerperio
- Educación para la salud

Los servicios que el PBSS ofrece al recién nacido son:

- Cuidados inmediatos del recién nacido
- Detección y referencia del recién nacido con problemas
- Aplicación de las vacunas Sabin y BCG al recién nacido
- Promoción de la lactancia materna

A los padres no se les ofrece servicio alguno en relación con cuidado del embarazo, parto, puerperio y los hijos recién nacidos.

Las fuentes de financiamiento del PAC son tres: préstamo externo (deuda pública), recursos federales y recursos de las entidades federativas. El acuerdo suscrito por el gobierno de México y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial) el 8 de octubre de 1995, comprometía otros 98.9 millones de dólares para los componentes de Descentralización y Modernización Administrativa,² lo que da como total

² El presupuesto para el componente de Descentralización se aplicará en la formación de unidades de descentralización en los estados y en una amplia intervención de expertos en materia de presupuestos. Respecto al componente de Modernización Administrativa, el presupuesto se utilizará para replantear la programación

443.4 millones de dólares; el monto del préstamo externo fue de 310 millones de dólares y el aporte mexicano fue de 133.4.³ En 2002 la asignación al PAC fue de 1 306 702 681 pesos.⁴

En 2001 el PAC cubrió en Oaxaca a 31.7% del total de la población. El otro programa de gran importancia, que también ofrece un Paquete Básico de Servicios, ya sea por medio del Programa Oportunidades (antes Progresá) o de su programa normal, es el IMSS-Oportunidades (antes IMSS-Solidaridad), que en 2001 cubrió a 969 700 personas, es decir, 27.5% de la población total del estado.

OBSTÁCULOS EN LAS CONSULTAS DE CONTROL DE EMBARAZO Y EN LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL DEL PARTO

La atención prenatal es fundamental para saber si un embarazo evoluciona con normalidad o presenta alteraciones y situaciones que ponen en peligro la salud y la vida de la madre y del bebé. Un seguimiento adecuado es el que se inicia en el primer trimestre del embarazo y continúa a lo largo de éste. La atención prenatal ha evitado la complicación de muchísimos embarazos y partos y ha salvado la vida de muchas madres.

De acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Población (Conapo, 2000b), en el periodo 1994-1997 la cobertura de la atención prenatal por personal médico alcanzó a 95% de las mujeres embarazadas en cuatro estados de la república, en otros estados alcanzó a 8 de cada 10 mujeres embarazadas, pero en Oaxaca la cobertura reportaba un rezago de 10 años, pues sólo 6 de cada 10 mujeres embarazadas (66%) tuvieron consulta prenatal con personal médico. Las mujeres que no recibieron consulta prenatal en Oaxaca representan 19%. Diversos estudios han documentado que un elevado porcentaje de mu-

y el presupuesto, así como para reformular todo el plan de metas y el sistema de evaluación de la Secretaría de Salud, con el fin de ponderar qué tanto se cumple con las metas (C. J. Bonilla, subsecretario de Planeación de la Ssa, 1996).

³ Acuerdo de préstamo Loan Agreement 3943—ME, en R. Soham Alvarado, 1996.

⁴ FUENTE: SHCP, Presupuesto de Egresos de la Federación Aprobado 2002, www.sse.gob.mx.

eres embarazadas, particularmente las de baja escolaridad, no acuden a consultas de atención prenatal por varias razones: porque sus parejas no lo consideran importante o no quieren que sean revisadas por un doctor, por falta de dinero, por creencias religiosas o por situaciones estresantes que impiden o retrasan la atención, como son embarazos no deseados, presencia de hijos pequeños o violencia intrafamiliar.⁵

Entre las mujeres embarazadas que viven en localidades rurales del estado de Oaxaca, más de la mitad (54.6%) de las que acudieron a consulta prenatal recibieron menos de cuatro consultas, en contraste con las mujeres que viven en Sonora, Nuevo León y el Distrito Federal, que en promedio recibieron ocho (Conapo, 2000a y b).

En consecuencia, las instituciones públicas de salud en Oaxaca han aplicado diversas estrategias para que las mujeres embarazadas asistan a la clínica de salud. En las localidades rurales las promotoras, auxiliares de salud y enfermeras salen en busca de mujeres embarazadas para "captarlas" e invitarlas a la clínica; el Programa Oportunidades tiene cautivas a las mujeres embarazadas, pues si no asisten a la consulta les quitan la beca alimentaria que reciben; las parteras capacitadas tienen posibilidades de referir a las embarazadas con complicaciones a unidades médicas del sector, la Escuela de Enfermería de la Universidad Benito Juárez de Oaxaca tiene el programa Adopta una Embarazada y la Secretaría de Salud tiene una promoción que consiste en atender el parto gratuitamente en un hospital de la SSO si las mujeres iniciaron su atención prenatal con médicos o enfermeras en el primer trimestre de gestación y tuvieron por lo menos cinco consultas.

Sin embargo, 8.8% de las mujeres que acuden a consulta prenatal lo hacen con parteras (Conapo, 2000a), incluso algunas de las que reciben consulta de un médico o una enfermera también son atendidas durante su embarazo por parteras. Y es que en Oaxaca 88% de las localidades atendidas por el PAC no tienen una clínica, los equipos de salud itinerantes llegan a la comunidad una vez al mes a 59% de las localidades; los habi-

⁵ Para abundar en el contexto de esta problemática véase María del Carmen Elú (1993), Martha Castañeda y S. Lerín (1999), y Austraberta Nazar *et al.* (1999).

tantes de 29% de las localidades restantes tienen que desplazarse para llegar a otro pueblo y poder tener una consulta en la clínica o en la unidad móvil. Caminar o transportarse a la localidad en donde hay clínica o llega el médico se lleva su tiempo e implica un gasto.

Además, en comunidades rurales e indígenas se cuenta con recursos propios para la salud y se tiene la posibilidad de elegir a especialistas locales en la atención del embarazo y el parto, como son los médicos tradicionales y las parteras que, además de ser menos costosos y encontrarse más cerca, brindan una atención cálida y respetuosa.⁶

La calidad de la atención médica desempeña un papel importante en la elección de los servicios de salud. Diversos estudios han documentado la violación de los derechos reproductivos y un trato poco respetuoso a las usuarias de los servicios médicos institucionales.⁷ Algunos testimonios recogidos en entrevistas a mujeres en comunidades rurales dan cuenta de esta situación: "La enfermera me maltrató, me dijo que como no vine el día que me anotó no me podía atender y que lo iba a reportar al Progreso" (istmo de Tehuantepec, zona mixe). "La enfermera me regañó porque yo tenía lodo del camino en los pies. Me pesó y me midió, ni me miró y me dijo que me fuera" (zona mazateca).

La información que se le dé a la usuaria acerca del diagnóstico y el tratamiento, así como el idioma, también son elementos significativos en la relación de las mujeres con las instituciones de salud: "Nada más me dieron mi papelito (la receta) y no tengo para medicina" (istmo de Tehuantepec, zona mixe). "Me mandó el doctor estos análisis, no sé para qué son, pero dicen que cuestan \$300.00" (istmo de Tehuantepec, zona mixe). "Acompañé a mi esposo porque le dolía mucho la espalda. El doctor no explicó por qué estaba padeciendo tanto, sólo le dio una pastilla para el dolor y a mí me dio unas inyecciones para no embarazarme. Nada más quieren pura planificación

⁶ Cristina Galante y Martha Castañeda (1997) describen las características de la atención que brindan las parteras.

⁷ Resultado de algunos estudios que analizan la problemática de la calidad de la atención desde el punto de vista de las beneficiarias son: Martha Castañeda (1999), Martha Patricia Aguilar (2000), Dora Ramos, (2000) y Red DeSER (2002).

familiar. Mi marido no se ha curado" (región mixteca). "Me da miedo ir a la clínica, pero me dijeron que si no me atendía me iba a morir. Yo casi no entiendo el español, traté de explicarle al doctor, pero no me entendió, yo tampoco entendí todo lo que me dijo" (istmo de Tehuantepec, zona mixe).

El escaso o nulo conocimiento del personal de salud sobre las prácticas y la cultura indígena, así como la rutina médica, son otro factor que contribuye a que algunas mujeres prefieran atenderse con recursos propios: "No tengo confianza de tener mi parto con el médico, nada más me pesa, me toma la presión y me da otra cita. La partera, en cambio, mientras me soba me pregunta de mi embarazo, de lo que hago, de cómo estoy y me platica" (Valles Centrales, región zapoteca). "Yo le he platicado al doctor de lo que me duele, de lo que siento; le he preguntado si sirven las hierbas que me recomendaron, pero no me dice nada, sólo se ríe y me da vitaminas" (Sierra Norte, zona zapoteca).

La medicalización del parto es un tema controvertido, pues se señala que este proceso ha aumentado el número de cesáreas innecesarias, ha restado poder de decisión de las mujeres sobre su cuerpo y las ha colocado frente a relaciones poco respetuosas por parte de los prestadores de servicios, así como a recibir atención de calidad deficiente. Sin embargo, los servicios médicos hospitalarios pueden evitar muertes maternas. Una parte importante de las complicaciones del embarazo se presenta alrededor del momento del alumbramiento. En Oaxaca, en los últimos dos años, aproximadamente 70% de las muertes maternas se han producido en este corto periodo y, de acuerdo con los datos del programa Arranque Parejo en la Vida, las cuatro primeras causas de muerte materna, que suman 68% de los casos, son preclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica, sepsis puerperal y complicaciones del aborto, muertes que pueden evitarse con servicios médicos hospitalarios accesibles, bien equipados, con sangre disponible y personal médico con capacidad resolutiva.

La promoción del parto institucional o medicalizado es otra de las iniciativas del sector salud en Oaxaca, pero no se han alcanzado grandes logros. De acuerdo con las estimaciones de

Conapo, en el periodo 1994-1997 52.3% de los partos fueron atendidos por un médico, en contraste con 98% en los estados que reportan la mayor cobertura. Las parteras atendieron tres de cada diez partos (31.1%) y 13.2% no tuvo atención de un agente de salud.

Lo anterior es comprensible, y existen por lo menos cuatro razones importantes. Una es que entre la población rural muchas familias perciben ingresos muy bajos: del total de la población ocupada, 28.2% no recibe ingreso; 19.73% hasta un salario mínimo, y 23.9% de uno a dos salarios mínimos (DIGEPO, 2000). Las familias no cuentan con recursos para viajar al lugar en donde se encuentra un hospital, pagar la alimentación, el hospedaje y la atención del parto si quisieran atenderse en un hospital de la SSO —en los hospitales regionales del IMSS-Oportunidades no cobran por este servicio—. Los directores de hospital, en una reunión de evaluación de las muertes maternas hospitalarias,⁸ refieren esta situación: “Hace dos años se hablaba de los mismos problemas en el traslado: de Sola de Vega se van hasta Tlacolula, de San Pablo Huixtepec hasta Chalca-tongo”. “Es posible que sea preferencia de la paciente o de sus familiares que la trasladen a un hospital más alejado, el asunto es que la SSO cobra cuota de recuperación y el IMSS no. Es necesario conscientizar a la paciente pobre sobre los riesgos de ir a un hospital alejado.” Lo cierto es que estas emergencias obstétricas representan un gasto catastrófico para muchas familias.

Otra razón es que no existen ambulancias, por lo que los familiares tienen que pasar por un viacrucis para conseguir transporte y negociar su precio. En algunos lugares el presidente municipal puede apoyar si se paga la gasolina y en otros, si la mujer está en una localidad en la que haya clínica, se puede hablar por radio para pedir un vehículo; si hay alguno disponible y relativamente cercano, es posible que se logre trasladar a la mujer con oportunidad. Sin embargo, el mayor número de muertes maternas ocurre en el hogar (47.4%), y 8.8% en el traslado.

El trato que reciben las mujeres en los hospitales es otra razón por la que la medicalización del parto no ha avanzado

⁸ SSO, Comité por una Maternidad sin Riesgos en Oaxaca, Memoria del Taller de Análisis de la Mortalidad Materna Hospitalaria, mayo de 2002, Oaxaca.

paralelamente a la promoción que se ha hecho. Los modos hospitalarios contrastan enormemente con las costumbres locales; las cargas de trabajo del personal médico, la despersonalización del trato, la rutina y algunos procedimientos médicos son percibidos por las usuarias de la siguiente manera: "Aquí los tenemos hincadas, es más fácil que salgan, en la clínica te acuestan" (Sierra Norte, región zapoteca). "En el hospital estás sola y te hacen que te pares luego y te baños. En cambio en la casa la partera te da tes calientes, el marido te ayuda en el parto; después del parto te preparan un caldo de gallina, te cuidan y te dejan descansar varios días" (Sierra Norte, región mixe).

También tienen lo suyo la burocracia y la falta de respeto a la integridad y pudor de las mujeres: "Llegué a Tlacolula, yo casi no hablo español, el doctor me dijo que la enfermera me iba a hacer unas preguntas. Yo con mis dolores y la enfermera: y que cuándo había empezado a reglar, y que cuándo había iniciado mis relaciones sexuales... Como yo no respondía, la enfermera dijo: ¡Ay, éstas que no saben ni cómo pero se embarazan!" (Sierra Norte, región zapoteca). "Cuando me fui a aliviar me estuvieron viendo, varios doctores me hicieron el tacto, yo hasta los conté, fueron catorce" (Valles Centrales). Incluso los directores de hospital, en el taller ya referido, señalan: "Es importante sensibilizar a los médicos internos para que atiendan con calidad humana".

La otra razón importante es que un gran número de las médicas y los médicos que trabajan en el primer nivel de atención son pasantes y, además, con formación deficiente. En la Jurisdicción Sanitaria núm. 4, por ejemplo, 44% de los médicos son pasantes. Algunos comentarios de los directores de hospital en este sentido fueron los siguientes: "Los directivos de las universidades y el IEPO (Instituto de Educación Pública de Oaxaca) deben estar aquí. Nosotros somos responsables en el momento, pero no de que los pasantes y recién egresados no tengan los conocimientos suficientes" y "Son varios problemas: las escuelas de medicina preparan mal; los pasantes con calificaciones más bajas son enviados a las comunidades más alejadas; en los hospitales no tenemos una buena capacitación, pues

no hay recursos para atender tantas cosas" (SSO y CPMSR, 2002). Algunas mujeres indígenas coinciden con estas opiniones; baste un testimonio para ejemplificar: "Lueguito vi que el doctor no sabía, que era estudiante, y me dio mucho miedo que atendiera a mi hija" (Sierra Norte, región zapoteca).

La deficiente cobertura, la falta de dinero de las familias pobres, la falta de medicamentos, el mal trato, la contraposición entre los modos occidentales y los modos indígenas, la falta de confianza en la capacidad de los médicos y las médicas repercuten en el número de partos atendidos por personal médico. El PAC reporta que en el año 2000 atendió en Oaxaca 1 857 partos; en las estimaciones que hice para este estudio calculé 2 443 partos atendidos en el primer nivel por el PAC de los 27 281 nacimientos que se dieron en 2001 en su población beneficiaria.

LA SALUD MATERNA EN LAS PRIORIDADES DEL GOBIERNO: UNA MIRADA AL PRESUPUESTO

La muerte materna no es un accidente, es el final de un proceso en el que se deja morir a las mujeres por falta de atención y cuidados. La mortalidad materna es un indicador internacionalmente aceptado para evaluar los progresos en la lucha por eliminar la desigualdad y la iniquidad sociales. La importancia que un gobierno les da a las mujeres madres puede medirse en el presupuesto que asigna a la atención de la salud materna.

El análisis del presupuesto destinado a la prevención de complicaciones durante el embarazo y el parto, así como a la atención del parto, especialmente del parto complicado, debe partir de la disponibilidad, accesibilidad y eficacia de los servicios, es decir, de la cobertura de los servicios de salud.

En Oaxaca, 79% de la población no está asegurada, sólo puede tener acceso a los servicios de salud del IMSS-Oportunidades y de la Secretaría de Salud. El Programa de Ampliación de Cobertura y su Paquete Básico de Servicios de Salud cubre 40% de la población no asegurada; mediante este paquete se aplican en el primer nivel de atención todos los programas

de salud más importantes dirigidos a la población abierta, incluida la atención a la salud materna. Por ello, me parece pertinente realizar un análisis del presupuesto del PAC y de los recursos que se requieren para la atención prenatal, del parto y del puerperio.

Este análisis enfrenta dificultades en relación con los datos disponibles. La primera tiene que ver con la cobertura del PAC, pues aun cuando su sistema de indicadores de seguimiento e impacto tiene un reporte trimestral, está diseñado con una lógica de productividad que permite conocer cuántas consultas prenatales se dieron, pero no existe el dato del número de mujeres embarazadas entre la población cubierta ni el número de mujeres atendidas, ni el número de casos de alto riesgo detectados, ni el de mujeres referidas al segundo nivel de atención, ni si sus partos fueron normales o cesáreas, ni del estado de salud de las mujeres durante el puerperio.

Otra dificultad se presenta en torno a la articulación del primer y segundo nivel de atención. Por un lado, en el registro de partos hospitalarios no se señala si las mujeres son cubiertas por el PAC; por el otro, en el sistema de indicadores del PAC no se registra si las embarazadas requirieron exámenes de laboratorio que se realizan en el segundo nivel.

La tercera dificultad para el análisis estriba en el gran número de embarazos y de partos que no son atendidos en las instituciones del sector salud, sino que son atendidos por parteras, por las propias mujeres o por algún pariente o persona cercana.

En el presente análisis partí de considerar que todos los embarazos y partos que ocurrieron entre la población beneficiaria del PAC debían ser atendidos por este programa o en los hospitales de la SSO, en virtud de la insistencia del sector en la vigilancia médica del embarazo y en la atención institucional del parto.

El número de embarazos y partos en la población responsabilidad de la SSO y cubierta por el PAC lo obtuve del número de nacidos vivos esperados en el estado de acuerdo con las proyecciones del Conapo con base en la TMAC 1995-2000 y la proporción correspondiente a la población responsabilidad de la SSO y el PAC. El número de partos en el primer nivel y los

partos hospitalarios normales y cesáreas son datos preliminares del Sistema de Información de Salud para Población Abierta (SISPA) proporcionados por la Dirección de Planeación de la SSO, de los cuales obtuve las cifras proporcionales para el PAC. Los partos no atendidos son la diferencia entre el número de recién nacidos esperados y el número de partos atendidos (cuadro 4).

Por otra parte, consideré que la atención del embarazo, parto y puerperio genera dos tipos de gastos: los directos y los indirectos. Los primeros abarcan una serie de servicios, como son los personales, por consulta de médicos y enfermeras, medicamentos, insumos, exámenes de laboratorio y uso de instalaciones. Los indirectos son el tiempo que se ocupa para asistir a la consulta y se le resta al tiempo de trabajo, así como los gastos de transporte, hospedaje y alimentación.

En el caso de las mujeres atendidas por el PAC, éste asume los gastos médicos directos de las consultas con médicos generales en el primer nivel de atención, la aplicación del toxoide tetánico, el suministro de hierro y ácido fólico y la atención del parto por personal calificado. A pesar de que en 1996, cuando el PAC comenzó a operar, sus folletos de promoción señalaban que los "pacientes PAC" tenían derecho gratuitamente a todo tipo de atención especializada y de exámenes de laboratorio, excepto los prenupciales, actualmente sólo se les ofrece acceso al PBSS en el primer nivel de atención, de tal suerte que los exámenes de laboratorio indicados para la vigilancia de la evolución normal del embarazo deben ser pagados por la usuaria. Asimismo, deben ser pagadas las consultas con médicos especialistas y la atención hospitalaria del parto. Los gastos indirectos asumidos por las mujeres y sus familias son principalmente de transporte hacia las poblaciones en las que se ubican las clínicas u hospitales, así como los gastos de alimentación y permanencia en esas poblaciones.

El PAC, a través de la Dirección de Productividad y Costos de la Ssa, realizó en 1998 un estudio para determinar los costos de cada estrategia del PBSS;⁹ estos costos, convertidos a pesos

⁹ Ssa, Dirección General de Extensión de Cobertura, Dirección General Adjunta a Planeación, Dirección General de Productividad y Costos, 1998, "Determinación de costos del Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS)", México D.F.

de 2001, fueron la base para calcular los gastos directos en la atención en el primer nivel al embarazo, parto y puerperio.

La estimación de gastos directos en el segundo nivel de atención la elaboré con base en el tabulador de cuotas de recuperación de la Ssa,¹⁰ de acuerdo con el cual los usuarios y usuarias deben pagar el servicio que reciben. El tabulador tiene 7 niveles, que van del exento de cuota al nivel 6, y se aplican según la situación económica del usuario. En Oaxaca, a pesar de que el nivel socioeconómico de la población usuaria es muy bajo, la Secretaría de Salud ha determinado que se aplique el nivel 4 a la población pobre, y los niveles 5 y 6 a la población que tiene un nivel socioeconómico un poco mejor.

Los gastos indirectos los calculé con base en la cuota autorizada por la Ssa para un día de viáticos del personal de campo.

La estimación de los gastos en la atención del embarazo y parto en el primer nivel se muestra en los cuadros 4 y 4A.

Como se verá, el PAC aporta 61% de los gastos y las usuarias 39%. Sin embargo, si trasladamos estos costos al número de embarazos y partos realmente atendidos la perspectiva es diferente.

Si el PAC hubiera atendido los 27 281 nacimientos y partos estimados en 2001, el presupuesto necesario habría sido de 26 984 000 pesos, que equivale a 50.5% de los 53 387 638 pesos asignados por la federación y que el PAC ejerció en Oaxaca ese mismo año,¹¹ situación poco probable pues tiene que realizar las otras 14 intervenciones del PBSS. El gasto de las mujeres y sus familias sería de 17 160 000 pesos. Esto indica claramente que el PBSS no cubre las necesidades de atención médica de las mujeres embarazadas.

En el segundo nivel de atención, o la atención hospitalaria del embarazo y el parto, el gasto que realizan las mujeres y sus familias es sorprendente. Deben pagarse las consultas de especialidad, los exámenes de laboratorio, el parto y los gastos indirectos para atender a una mujer con embarazo o parto de

¹⁰ Patronato de la Beneficencia Pública, Tabulador de cuotas de recuperación de los servicios médico-asistenciales, 2002.

¹¹ Información proporcionada por la Dirección Estatal de Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud de Oaxaca.

CUADRO 4. Costo por parto absorbido por el PAC

<i>Parto normal</i>	<i>Costo unitario*</i>	<i>Total</i>
Consulta prenatal 1a. vez	24.36	24.36
Consultas subsecuentes	13.34	(5) 66.70
Aplicación de toxoide tetánico	2.03	(2) 4.06
Adiestramiento para lactancia materna	20.01	20.01
Ministración de hierro	7.71	(5) 38.53
Detección de embarazo de alto riesgo	13.34	13.34
Atención del parto	631.85	631.85
Atención del puerperio	20.01	60.03
Atención del recién nacido	130.24	130.24
<i>Total</i>		\$989.12

FUENTE: elaboración propia con base en la *Determinación de costos del pbs. Dirección de Productividad y Costos, Dirección General de Extensión de Cobertura, México, D.F., 1998.

CUADRO 4A. Gastos por parto absorbidos por la madre

<i>Parto normal</i>	<i>Gastos directos*</i>	<i>Gastos indirectos**</i>
Exámenes de laboratorio	289.00	
Pasajes, alimentación y hospedaje		340.00
<i>Total</i>		\$ 629.00

FUENTE: elaboración propia a partir del *tabulador de cuotas de recuperación para los servicios médico asistenciales del Patronato de la Beneficencia Pública y de la **cuota autorizada por la Ssa para un día de viáticos de personal de campo.

alto riesgo. En el cuadro 6 se muestran los gastos en la atención hospitalaria.

La atención de un parto hospitalario varía entre 4 600 y 6 145 pesos, cantidad que representa un gasto catastrófico para familias cuyo ingreso mensual está en el rango de 0 a 2 000 pesos.

Los gastos directos que las mujeres pobres aportaron a la Secretaría de Salud, por la atención de los 9 104 partos normales o cesáreas, ascienden a 11 951 000 pesos, más de la quinta parte del presupuesto del PAC para ese año. En traslado y estancia, las mujeres y sus familias gastaron alrededor de 32 643 000 pesos, esto es, 61% del presupuesto del PAC en ese año.

CUADRO 5. Estimaciones de partos en población cubierta por el PAC en Oaxaca, 2001

	Nacidos vivos esperados (núm. de partos)					Partos atendidos en el primer nivel		Partos hospitalarios normales		Partos no atendidos	
	Población	Partos atendidos	Partos en el primer nivel	Partos hospitalarios	Partos normales	Cesáreas	Partos no atendidos				
Estatal	3 524 900	85 935									
Responsabilidad Servicios Estatales de Salud (SSO)	1 821 774	44 414	18 799	3 977	14 822	12 124	2 698	25 615			
Cobertura PAC	1 119 000	27 281	11 547	2 443	9 104	7 447	1 657	15 734			

FUENTE: elaboración propia con base en datos del Sistema de Información de Salud para Población Abierta (SISPA); proyecciones de Conapo con base en la TMAC 1995-2000; informes de los Servicios Estatales de Salud, Dirección de Planeación, y XII Censo de Población y Vivienda, 2000.

CUADRO 6. Costo por parto hospitalario absorbido por la madre

Servicio	Parto normal				Cesárea	
	Gastos directos		Gastos indirectos		Gastos indirectos	
	Costo unitario*	Total	Costo unitario*	Total	Costo unitario*	Total
Consulta prenatal						
1a. vez	35	35	(1 día/1 per) 3-40**	35	35	(1 día/1 per) 3-40**
Consultas subsecuentes	28	(2) 56	2 días/1 per) 680	28	(2) 56	(2 días/ 1 per) 680
Exámenes de laboratorio	289	289		289	289	
Paquete parto normal / cesárea	813	813	(3 días/2 per) 2 040	1 317	1 317	(4 días/2 per) 2 720
Consulta puerperio	28	(1) 28	(1 día/1 per) 340	28	(1) 28	(1 día/2 per) 680
Total		\$1 221.00	\$ 3 400.00		\$ 1 725.00	\$ 4 420.00

FUENTE: elaboración propia a partir del *tabulador de cuotas de recuperación para los servicios médico-asistenciales del Patronato de la Beneficencia Pública y de la **cuota autorizada por la Ssa para un día de viáticos de personal de campo.

Visto de otro modo: el PAC *ahorró* 24 567 762 pesos por los partos que no atendió; las mujeres cuyo embarazo y parto fueron atendidos en hospital aportaron a la Secretaría de Salud, en cuotas de recuperación, 11 951 112 pesos. Si sumamos el ahorro del PAC por la atención que no brindó, más lo aportado por las mujeres y sus familias para la atención hospitalaria, tenemos 36 518 874 pesos, equivalente a 68% del presupuesto total del PAC en 2001. Si todavía nos atrevemos a sumar los gastos indirectos por la atención en el primero o segundo nivel, la cantidad rebasa en 48% el presupuesto ejercido por el programa. Parte de este dinero fue aportado en efectivo por las mujeres a la Secretaría de Salud, otra parte representó un gasto catastrófico para las familias, y una buena parte de su equivalente fue aportado por las mujeres en detrimento de su salud, de su alimentación, de su bienestar personal y del de sus familias o en el trabajo de las parteras, que también son mujeres.

Frente a esta situación, no podemos estar muy optimistas acerca de las repercusiones que pueda tener el programa *Arranque Parejo en la Vida*, pues hasta la fecha es un programa que propone un modelo de atención pero no cuenta con recursos para enfrentar problemas tan importantes como son, por ejemplo, la falta de transporte para casos de urgencia obstétrica, lo obsoleto del equipo hospitalario o su deterioro, la falta de personal médico especializado o con capacidad resolutive, la necesidad de albergar a las mujeres en vísperas de su parto y a sus acompañantes. Estas necesidades tendrán que cubrirse con la aportación de redes sociales y de los recursos no adicionales con los que cuenta la SSO.

En este sentido, vale la pena revisar el comportamiento del presupuesto de la Secretaría de Salud en Oaxaca.

El PAC combina sus recursos con los Fondos de Aportaciones a los Servicios de Salud (Fassa), que son una aportación federal a través del ramo 33. En un estudio reciente (Helena Hofbauer, 2002) se señala que la asignación de los recursos del Fassa tiene cierta congruencia con los porcentajes de la población abierta hacia la cual se orienta, pues las entidades federativas que reciben montos más altos son las que reportan mayores porcentajes de población sin acceso a los sistemas de

seguridad social. Sin embargo, al examinar la asignación per cápita se aprecia una importante brecha, pues un estado como Oaxaca, a pesar de tener recursos globales importantes, registra niveles de gasto en salud por habitante menores que 27 de los 32 estados del país.

La partida que se lleva el mayor porcentaje, que en los Fassa representa alrededor de 75% y en el PAC 40%, es la destinada al pago del personal. Hasta 1999, 47% del personal que participó en el PAC fue pagado por éste y el resto por los Fassa, pero a partir del año 2000 el programa comenzó a descentralizarse, el personal médico se basificó y ahora sus sueldos se pagan con el presupuesto de los Fassa.

En los últimos dos años (2000 y 2001), la única partida que se incrementó fue la destinada a pago de personal, pues además de que se requiere un mayor número de médicos(as) y enfermeras, los trabajadores tienen garantías laborales; pero se redujeron partidas importantes para la atención a la salud materna, como son los medicamentos y el mantenimiento de instalaciones, equipo y vehículos: en los Fassa la partida para medicamentos disminuyó 27% y la partida para mantenimiento se redujo 46%; en el PAC menguaron 14 y 21% respectivamente.

La composición del presupuesto también sufrió modificaciones, pues estas partidas se redujeron entre 1 y 4 puntos porcentuales en relación con el presupuesto total, lo que indica que para poder sostener el pago del personal se reducen otras partidas.

El presupuesto autorizado para atender la salud de la población más pobre, en particular la de las mujeres, contrastado con los grandes retos en esta materia, revela claramente que la salud de las mujeres no es una prioridad del gobierno.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En los programas de atención materno-infantil o del "binomio madre-hijo", los tomadores de decisiones han puesto menos atención en la salud y sobrevivencia de las madres que en la salud de los hijos e hijas y el cumplimiento de metas de crecimiento demográfico.

CUADRO 7. Presupuesto ejercido Fassa y PAC, total y por partidas seleccionadas, Oaxaca, 2000-2001
(miles de pesos constantes, base 1994)

Partida	Fassa			PAC		
	2000	%	2001	2000	%	2001
Total	256 678.72	100	304 574.06	16 425.92	100	15 192.08
Servicios personales	187 961.96	73.23	230 840.89	—	0	—
Productos químicos, farmacéuticos y de laboratorio	27 247.23	10.62	19 856.42	6 156.4	37.48	5 303.49
Mantenimiento de vehículos, mobiliario, equipo e instalaciones	6 253.49	2.44	3 361.10	767.6	4.67	602.74
Otros	35 216.04	13.71	50 515.65	9 501.92	57.85	9 285.85

FUENTE: Servicios de Salud de Oaxaca, Secretaría Técnica, Subdirección de Finanzas, Análisis del presupuesto ejercido, ramo 33 (Fassa), periodo 1997-2001, y Servicios de Salud de Oaxaca, Dirección Estatal de Extensión de Cobertura, Programa de Ampliación de Cobertura, Presupuesto ejercido durante el periodo 1996-2001.

En 1987, año en que se realizó la Conferencia Internacional sobre una Maternidad sin Riesgos, comenzó a ponerse más atención en la salud de las madres cuando las mujeres evidenciaron la falta de sensibilidad de los tomadores de decisiones sanitarias por las más de medio millón de muertes anuales de mujeres por motivos de la reproducción humana. A partir de esto se establecieron acuerdos específicos tendientes a reducir las tasas de mortalidad materna. Pero fue apenas en 1994, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, que se logró fijar compromisos de fondo, cuando las mujeres organizadas lograron establecer acuerdos acerca de la educación y el empoderamiento de las mujeres y la responsabilidad masculina en su comportamiento reproductivo, así como compromisos de los gobiernos y de los organismos multilaterales para incrementar los recursos destinados a la atención a la salud reproductiva, al fortalecimiento de los sistemas de atención primaria a la salud y a la atención obstétrica urgente. Estos compromisos internacionales se han ido decantando hacia los programas nacionales y estatales hasta llegar a las acciones concretas en la atención directa a las mujeres.

El mayor número de muertes maternas ocurre en comunidades marginadas, en sectores de población que no tienen derecho a seguridad social, principalmente en mujeres campesinas e indígenas discriminadas y no escuchadas. Uno de los programas más importantes en la atención a la salud materna en este sector de la población es el Programa de Ampliación de Cobertura a través de un Paquete Básico de Servicios de Salud, que en Oaxaca incluye, entre otras 14 intervenciones, la atención del embarazo, el parto y el puerperio.

La vigilancia de la evolución normal del embarazo ha demostrado ser la mejor manera de evitar enfermedades, discapacidades y la muerte de las mujeres en su etapa reproductiva. Aun cuando enfermeras, promotores de salud, médicos(as) dedican su mejor esfuerzo, incluso por salir en busca de embarazadas, existe un rezago en la consulta prenatal por personal médico; los datos disponibles apuntan a que sólo entre 31 y 41% de las embarazadas cubiertas por el Programa de Ampliación de Cobertura reciben consulta prenatal.

El mayor número de embarazos y partos transcurren normalmente, pero cuando se presentan complicaciones éstas ocurren por lo general alrededor del momento del alumbramiento. En Oaxaca, en los últimos dos años, 70% de las muertes maternas se han producido en este corto periodo. Por eso es necesario que existan servicios hospitalarios accesibles, bien equipados, con sangre disponible y personal médico con capacidad resolutive.

En Oaxaca existen recursos no institucionales muy importantes para la atención a la salud materna: las parteras y las prácticas domésticas para el cuidado del embarazo, el parto y el puerperio. Se estima que alrededor de 50% de los partos exitosos, no hospitalarios y no atendidos por el PAC, fueron atendidos por las parteras. Estos recursos son una alternativa para muchas mujeres, pues además de estar cercanos, responden a su cultura, sus modos, sus saberes, y son baratos.

Los servicios de la medicina tradicional tienen sus limitaciones cuando se presentan complicaciones del embarazo y de urgencias obstétricas. Por ello, la accesibilidad de los servicios médicos institucionales de primero y segundo niveles es muy importante para disminuir la enfermedad y las defunciones maternas. En Oaxaca, empero, 29% de las localidades cubiertas por el PAC no tienen acceso a servicios médicos por lo menos una vez al mes; asimismo, el acceso a los hospitales implica elevados gastos de transporte para las familias pobres, y no existen ambulancias para casos de embarazo, parto o puerperio complicados, cuando se requieren los servicios de segundo nivel.

La poca aceptación y confianza en los servicios médicos institucionales ha sido otro de los factores que obstaculizan una adecuada atención médica a la salud materna. Las mujeres se quejan de un trato irrespetuoso, de discriminación, de violación de sus derechos reproductivos, de amenazas, de burocracia; de que no les explican qué les van a hacer, para qué sirve ni de qué están enfermas; de que no les resuelven sus problemas de salud. Algunas mujeres aseguran que es mejor la atención de las parteras, pues las tratan de otro modo y las cuidan. Mujeres y directores de hospital coinciden en la poca

confianza que tienen en la preparación profesional de los médicos pasantes y en servicio social.

El acceso real a los servicios médicos de salud, las pesadas cargas de trabajo del personal médico, la cultura racista y discriminatoria en espacios interculturales; la formación médica que rechaza las nociones de salud, enfermedad y atención de las culturas indígenas, la deficiente formación profesional del personal médico, y la pobreza y el empobrecimiento de amplios sectores de la población oaxaqueña, son factores importantes en la atención a la salud materna.

La cobertura de los servicios médicos es un aspecto que engloba los problemas señalados: disponibilidad, calidad, aceptabilidad, utilización, eficacia y eficiencia. El presupuesto destinado a ello nos da la clave para saber si la salud materna es una prioridad del gobierno.

Y no, el presupuesto no es suficiente, no alcanza para atender —ni con el nivel de calidad actual— a más de la mitad de las mujeres. La suma del “ahorro” de la Secretaría de Salud por la atención que no brindó, más lo aportado por las mujeres y sus familias por la atención hospitalaria, equivale a 68% del presupuesto total del PAC en 2001. Si sumamos los gastos indirectos por la atención en el primero o segundo niveles, la cantidad rebasa en 48% el presupuesto ejercido por el programa.

Lo más lamentable es que este déficit es absorbido por las mujeres pobres y sus familias en dinero en efectivo, lo que significa un gasto catastrófico; o bien, es aportado por el trabajo de las parteras, o por el cuerpo de las mujeres, en detrimento, por supuesto, de su salud, de su alimentación, de su bienestar personal y del de sus familias, o por la vida de las mujeres a través de su muerte.

Sin embargo, es posible evitar muertes, discapacidades y enfermedades de las mujeres causadas por una mala atención o falta de atención durante sus procesos reproductivos.

Una forma es reconocer, no sólo en el discurso, la enorme aportación de las parteras, y no discriminarlas en la práctica. Se requieren acciones que articulen verdaderamente (y no subordinen) los saberes y prácticas de ellas con los conocimientos y prácticas de la medicina institucional. No podemos pen-

sar que sólo con los recursos locales de las comunidades marginadas y los buenos oficios de las organizaciones civiles se puede cambiar la tendencia de la mortalidad materna; tampoco podemos dejar que las parteras enfrenten solas, o con apoyos muy marginales, este reto. Para ello es necesario pagar el trabajo de las parteras —por ejemplo, considerarlas prestadoras de servicios privados, a las que las usuarias tienen la posibilidad de elegir, y el Estado pagar sus servicios—; pero también es indispensable revisar los programas de estudio de la carrera de medicina e incorporar contenidos en los que se dé cuenta del mosaico pluriétnico de nuestro país, en el que se muestren las distintas realidades y en los que se valoren adecuadamente los saberes y prácticas indígenas.

La práctica médica en la atención a la salud materna se dirige sólo a la madre, cuando para concebir un hijo se necesita siempre del padre y de la madre; un recurso que puede ser relativamente fácil de aplicar es integrar al padre a las pláticas de salud que dan todos los programas, a la atención prenatal, a las recomendaciones para llevar saludablemente el embarazo, a la atención del puerperio y del recién nacido, al seguimiento nutricional de sus hijos. También es común que la salud materna sea considerada un asunto exclusivo de las mujeres y la institución médica, cuando es un asunto que atañe a toda la sociedad y en el que deberían participar las instituciones de educación, los municipios y los medios de comunicación mediante campañas amplias de información.

La calidad de los servicios de salud no puede quedar en buenas intenciones, se requieren recursos materiales para reforzar la infraestructura instalada, con el fin de que las clínicas y los hospitales estén en condiciones de ofrecer un servicio digno y profesional, en el que se cuente con equipo, material y medicamentos suficientes y necesarios, y en el que los prestadores del servicio puedan cumplir —con respeto a la dignidad y los derechos de las personas— con las normas técnicas establecidas. Es necesario también que desde su formación profesional, los trabajadores de la salud conozcan los derechos reproductivos y los derechos de las pacientes, y sepan que el cuerpo humano no es sólo un cuerpo biológico sobre el que se

puede intervenir para evitar daños a la salud, sino también un ser humano con dignidad, cultura y derechos.

Ante la imposibilidad de instalar clínicas y hospitales suficientes para que toda la población llegue en treinta minutos a la más cercana, sí es factible invertir en un mecanismo que asegure, desde el primer nivel de atención, transporte oportuno y eficiente a las clínicas y hospitales.

Sin duda, la principal conclusión que se desprende de la evaluación realizada es que resulta insoslayable reorientar la política pública de salud para todo el país, con el propósito de que se corrija el desequilibrio entre las regiones y que en estados como Oaxaca las mujeres no sigan muriendo durante el proceso de dar vida, como consecuencia de su pobreza, su etnicidad y la mala atención médica.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Medina, Martha Patricia, 2000, "Ejercicio de análisis del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) desde la perspectiva de género", en *Equidad, participación y coherencia: el Banco Mundial en el Beijing + 5, sus políticas de equidad. Reportes finales*, una publicación del Banco Mundial en la Mira de las Mujeres, México.
- Bonilla Castañeda, Javier, 1996, "El Programa de Ampliación de Cobertura", en *Evolución y perspectiva del Programa de Ampliación de Cobertura: reunión de difusión y análisis. Memoria*, México, Ssa, abril.
- Castañeda, Martha, 1999, *El Programa de Ampliación de Cobertura en comunidades indígenas del estado de Oaxaca: participación comunitaria y perspectiva de género*, Centro de Estudios de la Mujer, y la Familia, y <http://trasparencia.org.mx/pacoax.htm>.
- Castañeda, Martha, Paola Sesia, Cristina Galante y Ruth Piedrasanta, 1992, "Metodología para los talleres de aprendizaje materno-infantil para regiones indígenas", en Paola Sesia (ed.), *Medicina tradicional, herbolaría y salud comunitaria en Oaxaca*, México, CIESAS/Gobierno del Estado de Oaxaca.
- Castañeda, Martha y Sergio Lerín, 1999, "Capacitación a parteras tradicionales: ¿articulación o desfase con el sistema institucional de salud?", en Esperanza Tuñón (coord.), *Género y salud en el sureste de México*, vol. 2, México, Ecosur/UNFPA/Coespo.

- Consejo Nacional de Población, 2000a, *Cuadernos de Salud Reproductiva: Oaxaca*, México, Conapo.
- , 2000b, *Cuadernos de Salud Reproductiva: República Mexicana*, México, Conapo.
- Dirección Estatal de Población de Oaxaca, 2000, *Distribución de ingreso por trabajo según salario mínimo con base al censo de 2000*.
- Elú, María del Carmen, 1993, *La luz enterrada: estudio antropológico de la muerte materna en Tlaxcala*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Espinosa Damián, Gisela, 2000, *Avances y retos de la salud reproductiva en México: discurso, financiamiento y praxis*, México, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población.
- Galante, Cristina y Martha Castañeda, 1997, "Mujer-partera: figura central en la salud reproductiva en el medio rural", en Esperanza Tuñón (coord.), *Género y salud en el sureste de México*, vol. 1, México, Ecosur/UNFPA/Coespo.
- García, Rosa Lilia, 1999, "Puestos de salud para embarazadas en Oaxaca", en María del Carmen Elú y Elsa Santos (comps.), *Una nueva mirada a la mortalidad materna en México*, México, CPMSR.
- Grupo de Apoyo a la Educación de la Mujer, A.C., 2002, "Diagnóstico participativo de la salud de las mujeres en cuatro localidades de la Sierra Norte de Oaxaca", documento de trabajo, Oaxaca.
- , "Relatoría de los talleres sobre salud de las mujeres realizados en cuatro localidades de la Sierra Norte de Oaxaca", documento de trabajo, Oaxaca.
- Hofbauer, Helena, Gabriel Lara y Bárbara Martínez, 2002, *La salud: un derecho social, no un privilegio*, México, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, abril.
- IMSS, Delegación Oaxaca, Jefatura de Servicios Médicos y Planificación Familiar, 1985, *Informe*, Oaxaca.
- INEGI, *XII Censo General de Población y Vivienda 2000*.
- , *Inmujeres*, 2002, *Mujeres y hombres 2002*, México, INEGI/Inmujeres.
- Langer, Ana, Bernardo Hernández y Rafael Lozano, 1994, "La mortalidad materna en México: aspectos conceptuales", en María del Carmen Elú y Ana Langer (eds.), *Maternidad sin riesgos en México*, México, IMES, A.C./Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México.
- Lezana, M. A., 1999, "Evolución de las tasas de mortalidad materna en México", en María del Carmen Elú y Elsa Santos (comps.), *Una nueva mirada a la mortalidad materna en México*, México, CPMSR.

- Narro Robles, José, subsecretario de Servicios de Salud, 1996, "El perfil de los servicios de salud en México: limitaciones y perspectivas", en *Evolución y perspectiva del Programa de Ampliación de Cobertura*. Reunión de difusión y análisis. Memoria, México, Ssa, abril.
- Patronato de la Beneficencia Pública, *Tabulador de cuotas de recuperación de los servicios médico-asistenciales 2002*.
- Ramos Muñoz, Dora Elia, Red Nacional de Promotoras y Asesoras Rurales, 2000, "Ejercicio de análisis al Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá) desde la perspectiva de género", en *Equidad, participación y coherencia: el Banco Mundial en el Beijing + 5, sus políticas de equidad. Reportes finales*. Publicación del Banco Mundial en la Mira de las Mujeres, México, Banco Mundial.
- Red DeSER, 2002, *Una aportación para la reflexión y la acción: cien casos de violaciones a los derechos sexuales y reproductivos en Oaxaca*. Informe de resultados, Oaxaca, marzo.
- Reyes Frausto, Sandra, 1994, *Mortalidad materna en México*, México, IMSS.
- SHCP, Presupuesto de Egresos de la Federación Aprobado 2002, www.ssa.gob.mx.
- Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)-Oaxaca, 1995, *Programa Integral de Capacitación a Parteras Tradicionales*. Oaxaca, julio.
- Sistema de Información para la Población Abierta, *Informe de Actividades Oaxaca 2001*. sso, Dirección General de Planeación, Oaxaca.
- Secretaría de Salud (Ssa), 2000, *El Programa de Ampliación de Cobertura: recuento de testimonios de un esfuerzo de equidad y extensión de servicios de salud en México*, México, Ssa.
- Ssa, Dirección General de Extensión de Cobertura, Dirección General Adjunta a Planeación, Dirección General de Productividad y Costos, 1998, *Determinación de costos del Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS)*, México, D.F., Ssa.
- Ssa, Programa de Ampliación de Cobertura, 2000, *Indicadores de seguimiento e impacto. Reporte trimestral, 1998-2000*, México, Ssa.
- Ssa, 2000, *Informe de Labores, 1999-2000*, México, Ssa.
- Ssa, DGEI, *Mortalidad materna 1990-1997*, México, Ssa.
- Ssa, 2000, *El Programa de Ampliación de Cobertura, 1996-2000: recuento y testimonio de un esfuerzo de equidad y extensión de servicios de salud en México*, México, Ssa.
- Ssa, 2002, *Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida*, México, abril, Ssa.

- Ssa/UNICEF, 1995, *Avances en salud materno-infantil*, México, D.F., Ssa/UNICEF, octubre.
- Servicios de Salud de Oaxaca, Departamento de Salud Reproductiva, 2002, *Defunciones 1999-2001*. Preliminares.
- Servicios de Salud de Oaxaca, Dirección Estatal de Extensión de Cobertura, Programa de Ampliación de Cobertura, 2002, *Presupuesto ejercido durante el periodo 1996-2001*.
- Servicios de Salud de Oaxaca, Dirección Técnica, Subdirección de Finanzas, 2002, *Análisis del presupuesto ejercido ramo 33 (Fassa), periodo 1997-2001*.
- Servicios de Salud de Oaxaca y Comité por una Maternidad sin Riesgos en Oaxaca, 2002, "Memoria de la reunión estatal para el análisis de la muerte materna hospitalaria", documento de trabajo, Oaxaca, mayo.

DOSCIENTAS TRECE VOCES CONTRA LA MUERTE

Mortalidad materna en zonas indígenas

GISELA ESPINOSA DAMIÁN*

LAS DOSCIENTAS TRECE VOCES

De Guerrero: Melecia Aguilar, Eulalia Agustín, Carmen Agustín, Amalia Carvajal, María Casarrubias, Silvia Chávez, Brígida Chautla, Francisca de la Cruz, Julia de la Cruz, Nieves de la Cruz, Libni Dircio, Sonia Dircio, Silvina García, Guadalupe Guerrero, Lorena Guerrero, Ubali Guerrero, Feliciano Hernández, Oralia Hernández, Raquel Hernández, Alejandrina Leonardo, Juana Linares, Aída López, María López, Agustina Martínez, Felicitas Martínez, Leovigilda Méndez, Angélica Mendoza, Emiliano Mendoza de la Cruz, María Rosa Miramón, Desideria Moctezuma, Enemesia Morales, Inés Morales, Enedina Nava, Estela Pineda, Herlinda Ramón, Jesús Reyes, Anabel Ríos, Francisca Riqueño, Felipa Riqueño Sánchez, María Guadalupe Rojas, Alicia Sánchez, Antonio Sánchez, Jua-

* Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Agradezco a Nellys Palomo, de K'inál Antzetik, y a las compañeras de la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas, Gilda Peña, Érika Poblano y Martha Sánchez, la invitación para compartir este proceso, así como la energía y los recursos que destinaron a la organización y el desarrollo de todos los talleres. También a las doctoras Patrocinia Carreón y Mercedes Castillo, pues sin su participación en los talleres habría sido imposible llevar a buen término la reflexión con las mujeres indígenas. Las doctoras Graciela Freyermuth y Catalina Eibenschutz hicieron valiosas observaciones al borrador de este trabajo: gracias también. Finalmente, agradezco a Leonor Cano y Abigaíl Sandoval el apoyo en la transcripción de entrevistas y en la búsqueda de materiales de consulta.

na Sánchez, Rafaela Sánchez, Hermelinda Tiburcio, Carmela Toribia y Rufina Valerio.

De Veracruz: Columba Altamirano, Lucía Camilo Hernández, Guadalupe Celestino, Rosalía Corona Librado, Genara Cruz Juárez, Josefina Cruz Pascual, Patricia Hernández, Paula Hernández, Mónica Illescas Palma, Josefina Martínez Hernández, Laura Melo, Teresa Mencia, Norma Montaña, Fabiola Montes, María del Carmen Montesino, Delfina Morales, Lucía Morales Celestino, Soledad Narciso Chanteiro, Inés Nepomuceno Aguilera, Cleotilde Nicolás, Lucía Ortega, Clara Palma Martínez, Tomasa Ramírez, Dolores Ramos, Micaela Ramos Limón, Yeny Sánchez, Marcelina Tetlactle, Ifigenia Vázquez Espinosa y Carmelo Xalamihua.

De Michoacán: Concepción Ambrosio, Diana Antúnez, Consuelo Aparicio, Barbarita Cacari, Emma Cohenete, Alicia Diego, Candelaria Diego, Guadalupe Diego, Héctor Diego, Maricela Diego, Yolanda Diego, Beatriz García, Leonora Guzmán, María Dolores Hernández, Yesenia Hipólito, Patricia Illescas, Matilde Joaquín, Tzitziki Joaquín, Bernardino López, Rebeca López, Norma Montaña, Maribel Núñez, Lucía Ortega, Rosaura Piñón, Irene Policarpio, Juana Ramos, Juana Romero, Lourdes Romero, María Martha Romero, Alicia Salvador González, Tomasa Sandoval, Marilú Téllez, Olimpia Téllez Juanpedro, Maritza Tolentino, Adelina Tzintzún, Jorge Tzintzún, Estanislao Vargas y María Rosa Villegas.

De Puebla: María Antonia Allende, Josefina Álvarez, Juana María Arroyo, Oralia Barrios, Emilia Bonilla, María del Pilar Chepe, Ocotlán del Carmen, Faustina Cruz, Emilia de Jesús Diego, Joaquina Diego, María Antonia Diego, Enriqueta García, Felicitas García, Francisca García, Juana Antonia García, Obdulia García, Francisca Hernández, Juana Hernández, Antonia Ignacio, Adelina López, Aurelia López, Ofelia López, Anastasia Lucas, Juana María Josefa, Rosa Moreno, Carmen Ortuño, Gabriela Ortuño, Dolores Pérez, María Teresa Pérez, Micaela Pérez, María Francisca Petra, Dominga Ramos, Teófila Ramos, Angélica Rodríguez y Justina Salvador.

De Oaxaca: Francisca Acevedo Dolores, María Isabel Aguilar Báez, Socorro Ángel Sebastián, Eutropia Angulo Pérez, Susa-

na Avendaño Llescas, Elena Avendaño Martínez, Regina Avendaño Nolasco, María Antonia Carvajal Jerónimo, Oralia Juana Cruz, Georgina Cruz Garcés, Rosa Cruz García, Sofía Fercano Benítez, Martina García Martínez, Micaela González Ramírez, Sofía González Ramírez, Teresa González Ramírez, Hermelinda Hernández, Luisa Hernández Antonio, Carmen Jacobo Hernández, Araceli Javier Pérez, Eugenia Juan Orozco, Eugenia José Manuel, Margarita Juárez, Elizabeth Lerdo Acevedo, Isabel Nolasco, Alejandrina Nolasco Santiago, Celerina Norberto Fercano, Dora Pacheco Sánchez, Esther Pérez Cuevas, Silvia Pérez Cuevas, Justina Roque Pérez, Consuelo Santiago Avendaño, Dolores Sebastián Andrés, Carmen Sevilla Toledo, Julia Antonia Simón, Lizaeth Nayali Vázquez Cruz, Juana Vicente Felipe, Roxana Vidal Avendaño y María Altagracia Vidal.

De 12 estados: Andrea Chan Poot, Manuela Díaz de Jesús, Angelina Domínguez Santiago, Lina Rosa García, Citlali Gutiérrez, María Elena Hernández, Alma Lara, Claudia Nayeli Llescas Palma, Águeda Martínez Soto, María Elena Mejía, María Elena Nava, Martha Elena Navarrete, María Teresa Sánchez González, Elia Santiago Antonio, Claudia Torres, Dulce Patricia Torres, Marisol Torres y María del Rocío Valdovinos.

En la coordinación: Patrocinia Carreón, Mercedes Castillo, Gisela Espinosa, Nellys Palomo, Gilda Peña, Érika Poblano y Martha Sánchez.

INTRODUCCIÓN

¿Qué se hace a la hora de morir?
 ¿Se vuelve la cara a la pared?
 ¿Se agarra por los hombros
 al que está cerca y oye?
 ¿Se echa uno a correr,
 como el que tiene las ropas incendiadas
 para alcanzar el fin?
 ¿Cuál es el rito de esta ceremonia?

ROSARIO CASTELLANOS

La reflexión que aquí se expone se basa en datos y análisis generados en las instituciones públicas de salud; también se apoya en estudios realizados por instituciones académicas y por organismos no gubernamentales; recupera puntos de vista de algunos médicos y enfermeras que laboran en el sector público; pero la fuente principal de análisis son las experiencias e ideas de 213 mujeres indígenas¹ que durante el embarazo, el parto y el puerperio han vivido en carne propia dolencias, riesgos, enfermedades, carencias y dificultades, que para algunas familiares o paisanas han significado la muerte. La intención de esta reflexión colectiva fue descubrir qué factores están incidiendo en el alto número de decesos maternos en zonas indígenas, y cómo evitarlos para vivir la maternidad de un modo más saludable, seguro y placentero.

Convocadas por la Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas (Conami)² entre el 11 de julio y el 27 de octubre de

¹ También participaron ocho hombres en este proceso, pero la abrumadora mayoría de mujeres permite hablar en femenino cuando se hace referencia al conjunto.

² La Conami fue creada a raíz del Encuentro Nacional de Mujeres Indígenas realizado en Oaxaca, Oaxaca, en agosto de 1997. Agrupa alrededor de treinta organizaciones de Guerrero, Jalisco, Michoacán, Puebla, Estado de México, Hidalgo, Veracruz, Oaxaca, Chiapas y Quintana Roo. Su trabajo se ha centrado en crear espacios propios de la mujer indígena, establecer una red de comunicación de alcance nacional y continental, capacitar y dar formación en derechos humanos e indígenas, derechos de las mujeres y derechos reproductivos. La reflexión sobre mortalidad materna que aquí se recoge ha sido impulsada por la Conami junto con K'inal Antzetik (Tierra de mujeres), ONG que desde 1991 ofrece asesoría a mujeres indígenas de Chiapas y de otros estados del país. Desde 1997, K'inal Antzetik ha brindado asesoría a la Conami.

2002, estas mujeres —varias familiarizadas con la lucha por derechos indígenas y sociales— participaron en 11 talleres de reflexión y análisis sobre la experiencia que ellas y sus comunidades tienen en torno al embarazo, el parto y el puerperio; sus preferencias en servicios de salud (tradicionales y modernos), y las ventajas, desventajas y límites que encuentran en cada opción. Finalmente, también pensaron en recomendaciones y propuestas para mejorar sus experiencias maternas y los servicios de salud en esta etapa reproductiva.

Primero se realizó un Taller Nacional al que asistieron 18 mujeres de 12 estados: Veracruz, Guerrero, Chiapas, Quintana Roo, Michoacán, Querétaro, Hidalgo, Morelos, Oaxaca, Puebla, Estado de México y Distrito Federal. Las 10 reuniones restantes se realizaron en 5 estados: Guerrero (47 participantes), Veracruz (29), Michoacán (38), Puebla (35) y Oaxaca (39); en la organización y coordinación de los talleres estuvimos 7 personas más.³ Entre las 213 participantes había hablantes de náhuatl, chinanteco, mazateco, mixteco, tlapaneco, amuzgo, ñañú, maya, tzotzil, purépecha, mazahua, matlazinca y español; en total 13 lenguas. Pocas de las asistentes eran monolingües, cosa que facilitó la comunicación y permitió contar con traducción inmediata en caso de necesidad.

La mayoría de las participantes eran mujeres en edad reproductiva, aunque algunas tenían una experiencia acumulada en tres cuartos de siglo, mientras otras eran adolescentes de apenas 13 años. Había solteras y casadas, viudas, separadas y divorciadas, unidas libremente, abandonadas, y unas cuantas que, agobiadas por el sufrimiento, huyeron de la casa conyugal. Había madres prolíficas de hasta 14 vástagos, otras que planifican y tienen únicamente dos o tres, madres solteras, algunas que han decidido no ser madres, unas más que por su juventud

³ La doctora Mercedes Castillo y Gisela Espinosa diseñaron y coordinaron el Taller Nacional, cuya estructura, con ligeras variantes, se mantuvo en los talleres realizados en los cinco estados. En la coordinación de los cinco talleres estatales participó la doctora Patrocinia Carrión con Gisela Espinosa. En cada estado se realizó previamente un taller de sensibilización; los talleres previos fueron conducidos por Nellys Palomo (de K'inál Antzetik), Gilda Peña, Martha Sánchez y Érika Poblano (de la Conami). En todos los casos se contó con el apoyo de compañeras de la Conami de cada estado, que convocaron a las participantes estatales.

sólo conocen la maternidad "de oídas", y también aquellas que quieren y no han podido embarazarse. Llegaron madres e hijas, unas cuantas parejas, abuelas con nietas adolescentes, y muchas vecinas o compañeras de lucha. También participaron ocho varones: desde el niño de 12 años que con auténtico interés tomó nota de todo, hasta el partero de La Montaña de Guerrero que llegó a ofrecer su experiencia o el promotor comunitario que fue a ver qué pasa con el embarazo.

Explorar las vivencias del proceso reproductivo y el acceso a servicios de salud con mujeres de diversas entidades, lenguas, edades, estado civil, situación reproductiva y cultura permitió, por un lado, reconocer la diversidad, y a partir de ella, identificar problemas comunes, coincidencias que podrían contribuir a repensar políticas gubernamentales, prácticas institucionales, y formas de relación entre hombres y mujeres, entre miembros de las familias y en las comunidades. Por otro lado, el corto tiempo y las condiciones⁴ en que se desarrolló la reflexión impidieron profundizar o conocer a fondo los problemas específicos de cada etnia o región durante el proceso reproductivo, particularidades que podrían orientar el diseño de políticas específicas; a ello no llegamos. Este hecho marca los alcances y límites del estudio y de sus propuestas.

El análisis colectivo permitió constatar que en la muerte de mujeres que iban a ser madres se conjugan problemas de ingreso, de transporte, y hasta orográficos y pluviales —como los de aquellas mujeres cuyos pueblos quedan incomunicados en temporada de lluvias—. Pero también salió a la luz que recurrir a una institución pública de salud no garantiza la salud ni la vida, sea porque las mujeres llegan "en las últimas" y "ya no hay nada qué hacer"; sea porque muchas clínicas y hospitales son como elefantes blancos: sin medicamentos ni equipo y muchas veces sin personal médico, o con horarios y calendarios restringidos; sea porque los prestadores de servicios "nos discriminan por ser indígenas y pobres".

⁴ Cada taller duró dos días. A las reuniones asistieron mujeres con niños pequeños que demandaban atención. A veces se dificultaron cuestiones operativas o logísticas. Las entrevistas individuales a parteras o a mujeres que conocían casos de muerte tuvieron que hacerse por las noches, antes del desayuno o en plena comida.

Pero los riesgos se ubican en muchísimos planos: la violencia no respeta embarazos ni cuarentenas, y aquí ya no son médicos ni enfermeras, sino esposos, padres y hasta suegras los que ejercen una violencia que a veces acaba en muerte. La dificultad para regular sus embarazos también incrementa el riesgo: la existencia de la madre adolescente, la mujer prolífica y la madre añosa, no parece obedecer a un deseo precoz, irrefrenable o tardío de ser madre, sino a la subordinación de las mujeres en la pareja, en la familia y en la comunidad; problemas de género que se suman a la escasez, deficiencia o inexistencia de servicios de salud que les impiden concretar sus decisiones.

Los usos y costumbres indígenas presionan a las mujeres a una maternidad prematura, tardía o prolifera que arriesga su salud y su vida; pero —según dicen las indígenas— los “usos y costumbres” de modernos prestadores de servicios que laboran en instituciones y programas del sector salud tampoco tienden a fortalecer su autonomía en torno a la reproducción, sino a presionarlas para que tengan menos hijos. Ni unos ni otros las respetan o tratan como ciudadanas, sino que las violentan y discriminan e incumplen sus derechos reproductivos. Una relación asimétrica de poder en varios espacios y una baja autoestima dificultan a estas mujeres tomar decisiones trascendentes en su vida: pocas indígenas se adueñan de sus cuerpos, de su sexualidad y de sus maternidades.

¿FATALIDAD DE LA NATURALEZA O INJUSTICIA DE LA HUMANIDAD?

Ante tu propia vista dejaré de existir.
Así como la nube se disipa y pasa.
Así el que baja donde los muertos no sube más.

JOB, 7: 7-16

La “muerte materna” (MM) incluye a las fallecidas durante el embarazo, el parto y el puerperio; defunciones que ocurren entre la concepción y hasta 42 días después del parto (Soto,

2000).⁵ Alrededor de diez meses y medio en los que toda embarazada vive riesgos y molestias que, dicen los médicos, no tendrían por qué terminar con la vida de ninguna mujer.⁶

El papel central que en la familia desempeña la mujer madre, hace de su muerte un suceso doloroso y con secuelas trágicas para quienes le sobreviven: orfandad, desintegración familiar, abandono de menores, sobrecarga de trabajo para hijas mayores y viudos, depresión y culpa. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los decesos no son el único problema, pues por cada muerte materna hay alrededor de treinta mujeres que “se salvan” pero quedan con lesiones irreversibles en su salud (Lagunes, 1998). Los decesos maternos son prematuros e injustificados: en México la mayoría de las mujeres que fallecen en este trágico trance (61%) tiene entre 20 y 34 años (Conapo, 2000b); momento en que, según las previsiones demográficas de 2000, toda mujer tendría más de la mitad de su vida por delante (la esperanza femenina de vida al nacer es de 78 años, Ssa, 2002a).

Informes oficiales reportan que todo mexicano tiene acceso a servicios de salud, y que los programas dirigidos a zonas rurales alejadas, dispersas y pobres, donde habita la mayoría de los pueblos indios, incluyen atención al embarazo, al parto y al puerperio;⁷ si así fuera, la maternidad sería segura y salu-

⁵ Las muertes maternas se asocian a cualquier causa relacionada con el embarazo o agravada por él, no cuentan aquí las causadas por accidentes o incidentes. Las muertes maternas pueden ser: obstétricas directas, que resultan de complicaciones del embarazo, del parto o del puerperio; y obstétricas indirectas, que resultan de patologías existentes antes del embarazo y que fueron agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo (Soto, 2000).

⁶ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que 95% de las muertes maternas podrían evitarse si las mujeres tuvieran acceso a servicios de salud, si además éstos fueran de calidad y si todas las embarazadas recibieran atención prenatal.

⁷ En septiembre de 2000 (Poder Ejecutivo Federal, 2000), el entonces presidente Ernesto Zedillo (EZ) reportó que sólo faltaba cubrir medio millón de los diez millones de mexicanos que en 1994 carecían de servicios de salud, pues 99.5% recibía cuando menos el “paquete básico de servicios de salud” (PBSS), proporcionado a través del Programa de Ampliación de Cobertura y del Progresá (hoy Oportunidades). El propio EZ garantizó que antes de dos meses, es decir, antes de terminar su gobierno, se ampliaría aún más la cobertura. De este informe se deduce que en el 2000, más de 99.5% de las mexicanas recibía servicios de salud materna, pues la “Estrategia número 3” del PBSS es “Atención del embarazo, parto y puerperio”.

dable para las indígenas. Pero informes oficiales dicen también que alrededor de 1 400 mujeres (Ssa, 2001), sobre todo rurales e indígenas, mueren cada año por causas relacionadas con la maternidad. Y 213 voces, a partir de su experiencia, cuestionan el triunfalismo oficial sobre el acceso universal a los servicios de salud, ponen en jaque el criterio geográfico para definir la cobertura,⁸ y revelan además que el problema se arraiga en iniquidades sociales y en relaciones de poder desventajosas para las mujeres.

En países desarrollados casi nadie muere por el hecho de ser madre. Está comprobado que las complicaciones del proceso reproductivo son prevenibles y evitables. La información, la satisfacción de necesidades básicas, el acceso a servicios de salud con calidad, evitan muchas muertes; así que allá, "morir de parto" es tan inadmisible y raro como morir de frío o de diarrea. En este sentido, la MM no expresa la impotencia de la ciencia ante la fatalidad de la naturaleza, sino los límites que se imponen a ciertos grupos sociales para tener acceso a los recursos, las decisiones y los derechos sociales y humanos. La muerte materna es, en este sentido, un indicador de justicia, o más exactamente, de injusticia social.

¿Cuál es la magnitud del problema? ¿De qué depende que el embarazo de una mujer indígena acabe en muerte o llegue a feliz término? ¿Qué hacer para evitar tantas tragedias?

¿Más y mejores servicios médicos? Sí, está claro. Pero el problema se asocia a cuestiones tan diversas que su complejidad exige salir del ámbito estrictamente médico para modificar factores socioculturales, económicos, étnicos y de género que propician las muertes; sólo una estrategia multifacética y articulada logrará reducir realmente los casos.

⁸ Se considera con acceso a servicios de salud a todo poblador rural que viva a 60 minutos de una unidad médica (De la Fuente, 1996).

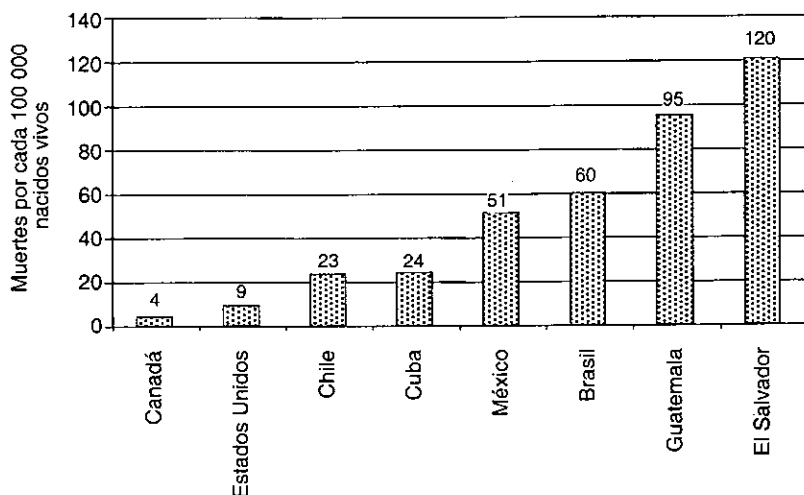
EL DRAMA EN CIFRAS

Un manotazo duro, un golpe helado,
un hachazo invisible y homicida,
un empujón brutal te ha derribado.

MIGUEL HERNÁNDEZ

En salud materna, hay una enorme brecha entre nuestro país y los países desarrollados: el riesgo de muerte materna en México es doce veces mayor que en Canadá y cinco veces mayor que en los Estados Unidos. Cifras duras que evidencian los rezagos sociales de una nación que presume su "sociedad" económica con América del Norte y que se ha colado en el club de los países ricos (véase la gráfica 1).

GRÁFICA 1. *Tasas de muerte materna, 1997-1999*



FUENTE: elaboración propia. Para todos los países, excepto los Estados Unidos, los datos fueron tomados de *Indicadores básicos 2001*, citada por www.lainsalud.com/temas/reducmortmat.htm; la fuente para los Estados Unidos fue www.ms.c/numerosanteriores/ms12/comentmuermat.htm.

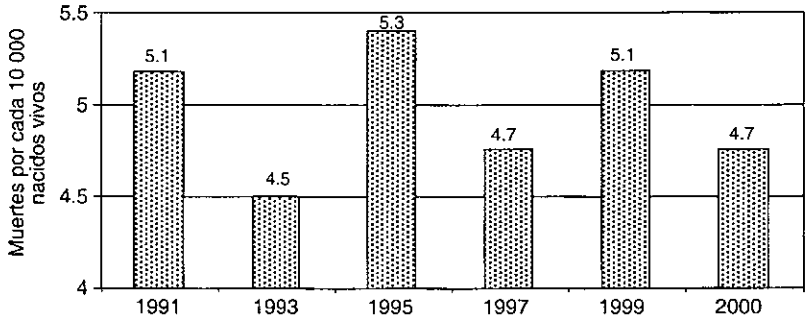
Por su tasa de MM, México sería un país de riesgo medio: por cada fallecida canadiense hay 30 en El Salvador, 12 en México y 6 en Cuba. Sin embargo, las mexicanas viven un riesgo dos veces mayor al que enfrentan chilenas y cubanas; Chile, “en vías de desarrollo” —igual que México—, cuenta con un sistema de salud mucho más eficiente y accesible; Cuba, con muy escasos recursos financieros y en medio del bloqueo económico, coloca la salud y el bienestar social por encima de metas macroeconómicas. Los resultados obtenidos en ambos países cuestionan las estrategias o la retórica oficial de México en torno al problema.

Desde 1987, cuando la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgos convocó a un foro internacional, el tema se ha colocado en un primer plano en la agenda de salud. El Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (1990) elaborado por la Organización Panamericana de la Salud y avalado por México, se propuso bajar en 50% o más las tasas de mortalidad materna para el año 2000 (Sheffield, 1999: 21). Sin embargo, el comportamiento errático del indicador nacional entre 1991 y 2000 muestra más bien la incongruencia de los datos que los altibajos de la muerte, por lo que, creemos, más que reducción hay estancamiento de la tasa.

El sector salud reconoce sin ambages la dificultad para precisar la magnitud del problema, y esta dificultad, según señalan otros médicos (Eibenschutz, entrevista 2003; Lezana, 1999), se origina en la carencia de los servicios de salud,⁹ lo que hace que el subregistro varíe en función del acceso a éstos. Especialistas de todos los campos suelen pensar que las alzas en la tasa de MM obedecen a un mejor registro más que a un aumento real de fallecimientos, lo que indica que cuando la tasa baja, simplemente hay muertes maternas no contadas, que ocurren sobre todo en zonas rurales e indígenas, donde la invisibilidad estadística es una muestra más de la discriminación que sufren las mujeres indias hasta en su lecho de muerte.

⁹ Lezana (1999) descubre que sólo 29% de los certificados de defunción (de MM) es llenado por el médico que atendía a la mujer; el 71% restante es llenado por otro médico o persona, lo que revela problemas de atención, acceso y calidad, pues no hay razón para recurrir a otra persona cuando hay atención médica.

GRÁFICA 2. Evolución de la tasa de muerte materna en México, 1991-2000



FUENTE: elaboración propia. Los datos de 1991 a 1997 fueron tomados de Conapo, 2000b, *Cuadernos de la salud reproductiva: República Mexicana*, México, Consejo Nacional de Población. Los índices de 1999 y 2000 fueron tomados de Ssa, 2002b, *Programa de Acción, Arranque Parejo en la Vida*, México, Secretaría de Salud.

Freyermuth (2002) recoge estudios que develan datos reales: en el periodo 1988-1990 el subregistro estimado para Morelos fue de 37.5% y en el Distrito Federal, de 32.7%. En el quinquenio 1988-1993, en Chenalhó, Chiapas, llegó a ser de 50%. En 1995, de cada 100 muertes maternas, el indicador oficial excluyó 22 en San Luis Potosí, 8 en Querétaro y 27 en Guerrero. La seriedad de estos cálculos está respaldada por el Instituto Nacional de Salud Pública, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos y el Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social del Sureste.

Pese a la incertidumbre estadística, los datos nos aproximan a la magnitud del problema y a sus contrastes regionales. Las tasas de algunos estados como Baja California Sur, Colima y Sinaloa se acercan a las de países como Cuba o Chile; mientras las de Chiapas, Guerrero y Estado de México igualan los riesgos y condiciones de países mucho más pobres que el nuestro (véase el cuadro 1).

Otros estudios indican que en el norte del país se ubican los estados con más baja mortalidad materna; en el centro los

CUADRO 1. *Tasas de muerte materna, nacional y estatales, 1999. Muertes por cada 10 000 nacidos vivos*

<i>Entidad</i>	<i>Tasa de muerte materna</i>	<i>Diferencia porcentual respecto a la media nacional</i>
Chiapas	7.0	+37
Guerrero	7.0	+37
Estado de México	6.9	+35
Promedio nacional	5.1	0
Sinaloa	2.7	-47
Colima	2.3	-55
Baja California Sur	1.9	-63

FUENTE: elaboración propia con base en datos de Ssa, 2001, *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, México, Secretaría de Salud.

que tienen tasas cercanas al promedio; y en el sur-sureste los de alta mortalidad (Lozano *et al.*, 1994). Aunque algunos escapan a tal regionalización —como el Estado de México—, es verdad que en el sur-sureste, donde habita la mayoría de la población indígena, se observan las tasas más altas.

En las cinco entidades estudiadas viven 2 820 800 hablantes de lengua indígena,¹⁰ que representan 45% de la población indígena nacional. Oaxaca concentra a 18% de los indígenas del país, Michoacán apenas 2%; en Puebla, Veracruz y Guerrero vive 25% de los indígenas de México (INEGI, 2001). La muerte materna en esos estados se comporta como se observa en el cuadro 2.

Un vistazo rápido a estas cifras revela que en Guerrero, Veracruz y Michoacán, la mortalidad materna en 1999 fue mayor que al iniciar la década —Michoacán tiene la atenuante de estar por debajo del promedio nacional—. Oaxaca, al revés que Michoacán, sistemáticamente redujo los decesos —59% de 1991 a 1999—, y aun así, su situación es peor que la media del país. Puebla parecía seguir la misma ruta, pero en 1995 su tasa se

¹⁰ Dato menor pero aproximado de la población indígena, pues la cultura y las formas de vida y redes sociales de la población indígena exceden al número de hablantes de lengua.

CUADRO 2. Evolución de las tasas de mortalidad materna en cinco estados, 1991-1999.
 Muertes por cada 10 000 nacidos vivos

Entidad	Tasa 1991		Tasa 1993		Tasa 1995		Tasa 1997		Tasa 1999	
	muerte materna	muerte materna	muerte materna	muerte materna	muerte materna	muerte materna	muerte materna	muerte materna	muerte materna	muerte materna
Guerrero	5.4	5.1	4.4	5.3	4.4	5.3	4.4	5.3	7.0	7.0
Michoacán	3.2	3.8	5.1	4.2	5.1	4.2	5.1	4.2	4.3	4.3
Puebla	8.7	6.7	11.2	4.7	11.2	4.7	11.2	4.7	4.5	4.5
Oaxaca	14.2	9.4	9.0	7.5	9.0	7.5	9.0	7.5	5.8	5.8
Veracruz	5.0	5.6	5.6	4.2	5.6	4.2	5.6	4.2	5.8	5.8
Promedio nacional	5.1	4.5	5.3	4.7	5.3	4.7	5.3	4.7	5.1	5.1

Fuente: elaboración propia con base en datos de Conapo, 2000b y 2001, Cuadernos de la salud reproductiva (de República Mexicana, Guerrero, Michoacán, Puebla, Oaxaca y Veracruz), México, Consejo Nacional de Población.

disparó y en 1997 cayó a menos de la mitad (cambios tan abruptos resultan sospechosos sin explicación).

Si los altos promedios estatales ya son alarmantes, "empaujan" inevitablemente las realidades locales, en particular lo que ocurre en el medio rural e indígena. El cuadro 3 muestra algunos contrastes.

Las tasas de MM en zonas indígenas (15.1 muertes/10 000 nacidos vivos registrados) son muy superiores a las tasas de sus propios estados, ya de por sí rezagados en el contexto nacional. El riesgo de morir por ser madre en zonas indígenas es tres veces mayor que en el resto del país (2.96 veces). El caso de Guerrero es particularmente grave, pues con 28.3 muertes/10 000 NVR, sólo podría compararse con la situación de El Salvador hace diez años, cuando los saldos de la guerra habían desplomado la calidad de vida y la salud de su población. Las disparidades muestran la desigualdad, la discriminación y marginación que, en un país orgulloso de su raíz indígena, viven los pueblos originarios en medio de la modernidad.

LAS PREFERENCIAS DE LA MUERTE: CAUSAS CLÍNICAS Y FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Cómo se pasa la vida,
cómo se viene la muerte,
tan callando.

JORGE MANRIQUE

¿De qué mueren las mujeres que iban a ser madres? Los estudios indican que la mayoría de las muertes maternas se presentan en un lapso muy breve: entre el trabajo de parto y las 24 horas posteriores a él; tiempo fatal en el que se concentran los riesgos. Las causas clínicas son básicamente cinco. El cuadro 4 muestra la evolución y el peso relativo de cada una.

En el plano nacional, la toxemia de embarazo y las hemorragias durante el embarazo y el parto se disputan los primeros lugares entre las causas de muerte, pues juntas propician

CUADRO 3. *Tasas de muerte materna en el plano estatal y en zonas indígenas, 1999.**
Muertes maternas por cada 10 000 nacidos vivos

<i>Estado</i>	<i>Tasa de muerte materna estatal</i>	<i>Tasa de muerte materna en zonas indígenas</i>	<i>Riesgo de muerte materna en zona indígena respecto al país**</i>
Chiapas	7.0	11.0	2.15
Guerrero	7.0	28.3	5.54
Hidalgo	5.4	9.1	1.78
Oaxaca	5.8	12.0	2.35
<i>Promedio de los cuatro estados</i>	6.3	15.1	2.96

FUENTE: elaboración propia con base en datos de Ssa, 2001, *Programa Nacional de Salud, 2001-2006*, México, Secretaría de Salud.

* No se encontraron datos para zonas indígenas de otras entidades del país.

** Se estimó la diferencia porcentual entre la tasa media nacional: 5.1 muertes/10 mil nacidos vivos, y las tasas de muerte materna en zonas indígenas.

CUADRO 4. *Causas de muerte materna, 1989-1991 y 1995-1997*
(porcentajes; total de causas en cada bienio igual a 100%)

Entidad	Hemorragia del embarazo y del parto		Toxemia de embarazo		Complicaciones del puerperio		Resto de causas 1989-1991/1995-1997
	1989-1991/1995-1997	1989-1991/1995-1997	1989-1991/1995-1997	1989-1991/1995-1997	1989-1991/1995-1997	1989-1991/1995-1997	
Guerrero	3.4	30.2	30.0	21.8	24.1	5.6	39.1
Michoacán	6.3	29.6	21.1	16.9	28.3	12.0	35.2
Puebla	5.8	22.2	23.2	15.3	25.5	11.0	45.8
Oaxaca	4.9	30.2	31.8	10.7	26.4	8.3	45.9
Veracruz	8.0	24.1	25.4	20.0	24.5	13.9	33.9
<i>Promedio nacional</i>	7.8	24.0	21.6	23.8	31.9	9.9	34.6

FUENTE: elaboración propia con base en datos de Conapo, 2000b y 2001, *Cuadernos de la salud reproductiva* (tomos sobre República Mexicana, Guerrero, Michoacán, Puebla, Oaxaca y Veracruz), México, Consejo Nacional de Población.

entre 48 y 53% del total de defunciones. Es cierto que entre 1989 y 1997 la toxemia parece haber eclipsado a las hemorragias y que por sí sola abarca una tercera parte del total de fallecimientos. En un tercer sitio se encuentran las muertes originadas por complicaciones del puerperio, con 10%; y muy cerca de éstas, las muertes por aborto, que se han mantenido en casi 8% del total.

Siguiendo la tendencia nacional, la muerte por toxemia de embarazo se elevó en los cinco estados estudiados: en Oaxaca, de 10.7 a 26.4% ¡dos veces y media!; en Michoacán y Puebla se elevó más o menos dos tercios; y en Guerrero y Veracruz, el aumento fue de alrededor de 20%. A excepción de Michoacán, donde la muerte por hemorragias disminuyó drásticamente (de 29.6 a 21.1%), en el resto de los estados, con ligeras altas y bajas, se mantuvo estable entre 20 y 30% del total.

En cuanto a muerte por aborto, en contra de la estabilidad del porcentaje nacional, en los cinco estados hubo un aumento generalizado. No está claro el porqué, pero en algunos casos es alarmante: en Guerrero casi se triplica y en Puebla se fue casi al doble.

Las muertes por complicaciones del puerperio no muestran una sola tendencia: mientras en Guerrero se duplicó (de 5.6 a 11.4%), en los otros cuatro estados disminuyó ligeramente.

Los cambios drásticos en algunos indicadores dejan serias dudas: ¿Están modificándose las causas de muerte en los estados?, ¿a qué se debe el cambio? ¿Hay simplemente un registro más preciso? O, peor aún, ¿estos cambios revelan la inconsistencia y la escasa confiabilidad de los datos?

Si fallece una mujer que iba a ser madre, alguien clasifica su muerte; pero decir aborto, hemorragia, toxemia, complicación del puerperio... hace referencia, más que a causas, a consecuencias, a manifestaciones clínicas de una situación que se ha tejido previamente y que tiene raíces en muy diversos planos. Hay consenso entre los especialistas en cuanto a que la medicina es insuficiente para dar cuenta de este complejo drama, y que cuando una mujer muere en el proceso de ser madre, se han conjugado factores sociales, económicos, culturales, biológicos, logísticos, etcétera.

Las causas clínicas de la MM no tienen igual peso en los grupos de población, sino que varían de acuerdo con factores socioeconómicos. Un estudio que analizó 22 000 casos de muerte materna ocurridos en 11 años (Lozano *et al.*, 1994) concluye que las muertes por problemas en el parto, por hemorragias y por infecciones, son básicamente rurales, de mujeres que habitan en municipios de alta marginación y con baja escolaridad o sin ella. En cambio, las muertes por toxemia suelen ser más frecuentes en el medio urbano, preferentemente en mujeres jóvenes, de escolaridad superior al promedio nacional, sin pareja y no derechohabientes. La mayoría de las difuntas por aborto vivía en zonas urbanas, en municipios de baja marginación, era derechohabiente, con estudios superiores a primaria, de edades intermedias y sin pareja.¹¹

Pese a que puede haber sesgos originados en la omisión estadística (como en el caso del aborto), este análisis arroja muchas luces sobre la relación entre causas clínicas y factores socioeconómicos que propician las muertes. De algún modo, hay riesgos y muertes maternas enraizadas en la necesidad y la pobreza, y otras más ligadas a las tensiones de la vida urbana y a cierto nivel socioeconómico.

El mismo estudio revela que 55% de las muertes maternas se concentra en localidades con menos de 2 500 habitantes y que 75% de las fallecidas no eran derechohabientes. El riesgo de muerte materna es siete veces mayor para no derechohabientes que para las que tienen derecho a servicios de salud, en el medio rural es dos veces mayor que en el urbano, en municipios de muy alta marginación es tres veces mayor que en los menos marginados; y entre analfabetas es ocho veces mayor que entre egresadas de preparatoria.

Como se verá, todas las características socioeconómicas que hacen a una mujer más vulnerable en el proceso reproductivo son comunes a las indígenas; contra ellas se conjugan los males de la pobreza y la desigual distribución de los recursos públicos.

¹¹ Por ejemplo, la idea de que la muerte por aborto se presenta sobre todo en el medio urbano de baja marginación, puede ser resultado del subregistro, pues los talleres realizados en los cinco estados revelan que el aborto inducido y el espontáneo son muy comunes y riesgosos en comunidades indígenas.

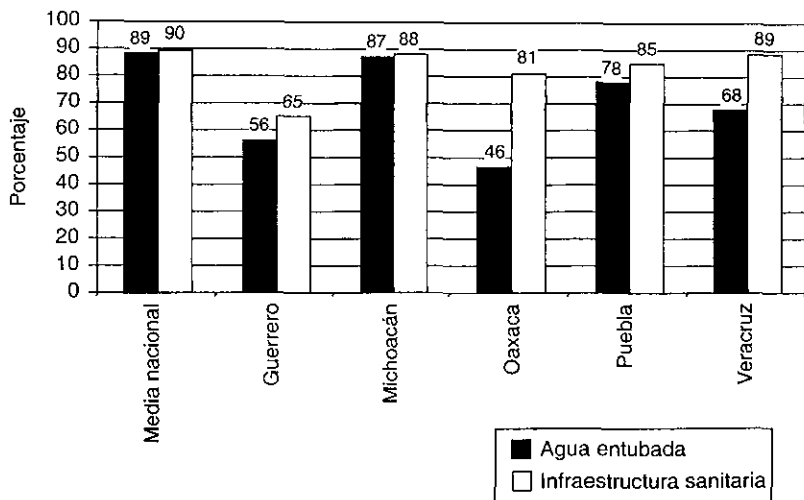
Con base en los índices de marginalidad establecidos por el Consejo Nacional de Población, se estima que los municipios indígenas de “muy alta” y “alta” marginalidad representan 83.3%; 11.8% serían de marginalidad “media” y sólo 4.9% serían de baja marginalidad (Robles y Concheiro, 2002). Boltvinik (2003a y 2003b), con base en el último censo de población, calcula que 56% de los indígenas vive en localidades de menos de 2 500 habitantes; prácticamente toda la población indígena-rural es pobre (99.4%); pero el conjunto (contando también a indígenas urbanos) no está en mejor posición: 97% del total se encuentra en condiciones de pobreza. Los indígenas pobres tienen un rezago educativo de 43% respecto a lo establecido en la línea de pobreza; 59% de sus necesidades básicas están insatisfechas; sus ingresos representan apenas 25% de la línea de pobreza; y Boltvinik destaca su carencia más grave: 74% no tiene acceso a salud ni seguridad social (estos datos también permiten cuestionar la supuesta cobertura universal).

Servicios que repercuten en la salud, como el agua entubada y la infraestructura sanitaria en la vivienda —que reducen la incidencia de enfermedades gastrointestinales, infecciosas y parasitarias; algunos riesgos del proceso reproductivo, y la jornada doméstica femenina—, son muy deficientes en los cinco estados. Su carencia no sólo implica incomodidad, sino un enorme desgaste físico para las embarazadas, parturientas y púerperas, y mayores riesgos. Por ejemplo, la toxemia de embarazo (primera causa de muerte materna en el país, cuya incidencia se elevó en los cinco estados) es más frecuente cuando hay o ha habido infecciones urinarias, que a su vez son más fáciles de adquirir en una vivienda con malas condiciones higiénicas. Es seguro que en las zonas rurales indígenas la situación es peor que los promedios estatales (véase la gráfica 3).

Con tales desventajas, no es raro que las indígenas tengan una esperanza de vida de 69 años (el promedio nacional para mujeres es de 78 años); que 40% de embarazadas y en periodo de lactancia presente anemia (el promedio nacional es 26%);¹²

¹² La desnutrición aumenta la probabilidad de que se presenten complicaciones durante el embarazo y el parto, así como partos prematuros y bajo peso de los recién nacidos.

GRÁFICA 3. Porcentaje de viviendas con agua entubada y con acceso a infraestructura sanitaria, 2000



FUENTE: elaboración propia con base en datos de Ssa, 2002a, *Salud: México, 2001. Información para rendición de cuentas*, México, Secretaría de Salud.

que su tasa de muerte materna triplique la media nacional; que 44% de los niños indígenas esté desnutrido (el promedio nacional es 18%) y que su tasa de muerte infantil sea (58%) mayor que la media del país (Ssa, 2001).

Los recursos públicos no compensan los rezagos; por ejemplo, en zonas indígenas de Oaxaca no hay ni un médico (0.13 médicos) por cada 1 000 habitantes, mientras la media nacional es de 1.38 (Ssa, 2001).

La multiplicidad de problemas ratifica que las acciones asistenciales aisladas o sólo del sector salud son insuficientes. Se necesita articular diversas áreas de política social, y aún más: si los males de la pobreza llaman a la muerte materna, la pobreza sólo disminuirá de raíz con otra política económica. Por ahora, la política económica produce más pobres de los que la política social puede atender.

LOS SABERES, LAS COSTUMBRES

¿Dónde está, oh muerte, tu aguijón?

¿Dónde, oh sepulcro, tu victoria?

CORINTIOS, 15: 55

Según algunos analistas (Arroyo, 1994), la posibilidad de restituir las reservas de nutrimentos se reduce al acortar el espacio intergenésico (lapso entre uno y otro embarazo) y se dificulta más entre mujeres con nutrición deficiente, como las rurales e indígenas; se afirma que las embarazadas mayores de 40 años (como las multíparas que hablaron en los talleres) tienen un riesgo 8.6 veces mayor de morir que el grupo de 20 a 24 (Soto, página web, 2000); también se dice que la mortalidad materna podría disminuir hasta en 33% si las mujeres que no desean más hijos pudieran evitar el embarazo (Lagunes, 1998). Estos datos indican que el control de la fecundidad y por tanto el uso de métodos anticonceptivos son elementos clave para disminuir la morbilidad materna.

Si el embarazo adolescente, frecuente o tardío, eleva los riesgos, en zonas indígenas se eleva geométricamente, pues allí es común que la vida sexual y reproductiva se inicie a temprana edad y también que muchas mujeres dejen de embarazarse hasta que la naturaleza lo impida. ¿De qué depende el inicio, el fin y la trayectoria reproductiva de las indígenas?

Según la costumbre indígena —y hubo coincidencia en todos los talleres—, una mujer puede y debe embarazarse sólo si está casada, en el supuesto de que la unión legal garantiza la protección de la mujer y de la prole y es moralmente aceptada. Aunque hay matrimonios que encajan en la expectativa, muchos embarazos ocurren antes o fuera del matrimonio y otros tantos matrimonios carecen del respeto, amor y protección que suponen los usos y costumbres.¹³ Los usos y costumbres son

¹³ Los sistemas normativos de los pueblos indígenas constituyen derechos consuetudinarios, “usos y costumbres” no reconocidos como derechos por el derecho positivo. Los usos y costumbres se refieren al conjunto de normas tradicionales, de

normas de comportamiento y convivencia valoradas y aceptables en las comunidades. Pese a la vigencia y fuerza de estos sistemas normativos, la norma no es la acción; el derecho consuetudinario —como el derecho positivo— puede transgredirse, tal como ocurre en el terreno de la sexualidad y la reproducción: los usos y costumbres dictan una norma, pero las y los indígenas transgreden constantemente el deber ser. Ante la transgresión hay respuestas punitivas de las comunidades.

La mayoría de las indígenas dice unirse muy pronto, algunas casi niñas; una mujer de 18 años se considera “quedada”, y si bien desde niñas han tenido enormes tareas y responsabilidades, no es costumbre que participen en la toma de decisiones, ni que vayan adquiriendo autonomía sobre sus vidas. Muestra de ello es que en la zona tlapaneca y mixteca de Guerrero aún se acostumbra “comprar” a la novia luego de un acuerdo de consuegros, independiente del consentimiento de los prometidos; no en todos los casos es igual: en la zona purépecha de Michoacán y entre los nahuas de Veracruz, “robar a la novia” ya es sólo un rito que formaliza una decisión de la pareja; en varios casos, cuando se roba a la novia, ésta ya va preñada. Así lo indica un diálogo que sostuve con un grupo de purépechas:

—¿Usted fue novia robada? —pregunto a Barbarita Cacari, partera de 78 años.

—¡Sí! —contesta—, me robaron como a los 13.

—Yo también fui robada —dice otra mujer joven.

—Y yo —tercia una más.

—¿Usted también? —pregunto.

—Sí, yo también.

—¿Y usted? —pregunto a una cuarta.

—Ah, a mí me robaron a los 15.

—¿Alguna de ustedes no fue robada? —pregunto.

—No —contesta una más—, a mí también me robaron. Es que por aquí hay muchos ladrones.

Y todas ríen divertidas.

costumbres reconocidas y compartidas por la colectividad, reglas que operan sin referencia al Estado y no necesitan un aparato administrativo para aplicarse (López Bárcenas, 1998).

—¿Ustedes se opusieron al rapto? —pregunto.

—No, qué va —dice Barbarita, mirando a las jóvenes—. Ya no es como antes. Ahora las muchachas ya casi se roban a los hombres.

—Los novios se ponen de acuerdo —interviene una mujer.

—¿Y cuánto tiempo después del rapto tuvieron a su primer hijo?

—¡Luego luego! —dicen varias jocosamente—. Si eso es lo primero.

—Ay —se ríe otra—, ¿para que nos hacemos tontas? Casi todas nos casamos embarazadas.

—A mí me robaron a m'hija hace dos años, ahora ya tengo nieto. Primero me la fueron a pedir, pero ella tenía 12 años y yo le dije al muchacho que no, que estaba muy chica.

—Pero me la van a ganar, me voy a ir al "otro lado" y me la van a ganar —dijo él.

—No, yo te la guardo —le dije.

—¿De veras me la va a guardar?

—Sí te la guardo, vete sin cuidado.

Vino como a los dos años, ya traía coche y m'hija tenía 14. Se la robó en la feria. Yo estaba viendo la rueda de la fortuna cuando me avisaron que se la habían robado; yo corrí, pero luego llegaron los papás de él con una botella de charanda. Allí en la feria empezamos a tomar. Cuando volví a la casa y vi su cuarto vacío y oscuro sentí re'feo. Ya no está m'hija, pensé, y me puse a llorar. [Taller de Michoacán]¹⁴

En la Mixteca guerrerense las cosas ocurren de otro modo:

Cuando yo andaba antes chiquita, mi suegro estaba a mi lado viendo cómo ando. Y cómo, rápido, estoy lavando el traste, rápido estoy moliendo, rápido hago la comida. Por eso dice: "Aquella mujer bien rápida le hace la comida, a lo mejor la vamos a comprar, a lo mejor la vamos a pedir"... Na'más cumplí 13 años, luego vino mi suegro a pedir con mi papá, con mi mamá: "Yo no quiero robar con tu hija, yo tengo gusto de casar mi hijo con tu

¹⁴ Los testimonios que tienen como referencia "[Taller...]" han sido recogidos en los talleres realizados para este estudio. Además de las notas personales y de los *papelógrafos* que reunimos en cada uno, se grabaron intervenciones de las participantes. Como el registro se hizo en sesiones colectivas, se identifica el estado de donde proviene el testimonio y sólo en algunas ocasiones a la mujer que habla.

hija. Pues vamos a estar compadres"... Yo no quería casarlo, pues, nomás que mi mamá me hizo fuerza... Porque yo no quería acostar con mi esposo, luego me estaba pegando mi mamá... Ahorita siempre se estaba acordando mi esposo: "Tienes que pagar todo lo que tú me hiciste, porque no querías casar, no querías junto con nosotros", dice [Nemesio *et al.*, 2003].

La posición subordinada, la ignorancia sobre reproducción y la inocencia real u obligada de la mujer al inicio de la unión, orilla a una iniciación prematura de la reproducción, pues una novia "comprada" que va a vivir a la casa del esposo, tiene que demostrar su habilidad y resistencia en el trabajo, su buen carácter y su capacidad reproductiva. No tiene la confianza, el derecho ni la libertad de ser propositiva en su vida sexual; mucho menos de posponer el inicio de su vida reproductiva. Una novia robada tampoco cuenta con muchas libertades: puede haber la confianza de un noviazgo previo y haber participado en la decisión de unirse, pero es impensable que use anticonceptivos al comienzo, que pida a su pareja que asuma ese cuidado, o bien, que tome alguna iniciativa sexual, pues daría la impresión de tener experiencia en lugar de aparecer como una joven pura y virgen. Así, la inocencia obligada de la novia implica que la mayoría de las indígenas inicien su vida sexual con un displacer real o fingido y sin asumir que la reproducción es optativa.

A mí me dijeron: "Tú te vas a casar y te vas a casar". Había rigor, los papás no sabían educar con buenas palabras. Y es que en la antigüedad no dejaban a las muchachas ni salir a la puerta, debía uno obedecer y callarse. Yo no sabía lo que era un noviazgo ni nada. Yo no quería casarme, me casaron a fuerza. Yo no sabía qué cosa era "querer" [tener relaciones sexuales]. Era uno ignorante. A los 18 años tuve mi primer hijo y luego siete más. Ahorita ya está más consciente la mujer, las muchachas ya no debían tener tantos hijos. [Taller Puebla]

Saber que existen anticonceptivos no es sinónimo de conocer el proceso reproductivo, pero sí indica que las mujeres saben que es posible regular sus embarazos. Las estadísticas muestran que las mujeres indígenas y rurales han tenido me-

nos acceso a la información que las urbanas y no indígenas, pero la desinformación no es pareja (cuadro 5).

En todos los estados, las hablantes de lengua indígena son las que menos conocen de anticonceptivos. En Guerrero y Oaxaca, las indígenas conocen hoy lo que conocían las mexicanas de hace 25 o 30 años. Sin duda, las oaxaqueñas y guerrerenses de todos los grupos tienen los mayores rezagos en información sobre métodos. En cambio, en Veracruz, Michoacán y Puebla, las mujeres de todos los grupos tienen un conocimiento cercano o mejor que sus pares del resto del país.

Aunque la desinformación cuenta, en los talleres no pareció ser el elemento clave para explicar su trayectoria reproductiva, pues muchas de las asistentes reportaron haber tenido uno o varios embarazos no planeados pese a conocer la existencia y utilidad de uno o varios métodos anticonceptivos.¹⁵ Algunas indígenas los usan, y mujeres en edad fértil que no los están usando, o algunas abuelas, lamentan no tener o no haber tenido esa oportunidad. Hay deseo de controlar la fecundidad: a la pregunta expresa de "¿Cuántos hijos les gustaría tener o haber tenido?", contra la difundida idea de que las indígenas quieren tener familias numerosas, la mayoría contestó que por gusto tendría uno, dos o —no más de 10 mujeres— cuatro hijos. Sin duda, los embarazos que exceden su ideal reproductivo agudizan los riesgos para la salud y la vida.

Algunas reportan que les han ofrecido métodos e incluso las han presionado para usarlos, pero tienen dudas y temores, y hay rumores sobre su eficacia y sus efectos: que si el DIU (dispositivo intrauterino) y la "operación" (salpingoclasia) producen cáncer, que si las mujeres engordan o adelgazan rápidamente con la operación, que si los anticonceptivos producen fuertes dolores de cabeza o en el vientre, que si luego ya no podrán embarazarse aunque quieran, que fulanita se embarazó con todo y DIU... Todo ello convierte la demanda potencial de métodos en desconfianza, reticencia o rechazo; y esto a su vez aumenta el riesgo de muerte materna.

¹⁵ Es probable que las asistentes al taller conozcan más sobre anticonceptivos que el resto de las indígenas, puesto que varias han participado en organizaciones y procesos sociales que les permiten mayor movilidad y contacto con la información.

CUADRO 5. Porcentaje de mujeres en edad fértil que conoce cuando menos un método anticonceptivo, 1997

	Guerrero	Michoacán	Oaxaca	Puebla	Veracruz	Promedio nacional
Rural	79.2	92.3	78.5	86.3	95.0	90.0
Urbano	94.1	98.1	94.5	97.6	99.4	98.5
Habla lengua indígena	48.7	83.0	75.1	80.8	90.6	79.5
No habla lengua indígena	92.7	96.8	93.7	96.4	98.7	97.8

FUENTE: elaboración propia con base en datos de Conapo, 2000b y 2001, Cuadernos de la salud reproductiva (tomos sobre República Mexicana, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Veracruz), México, Conapo.

Las deficiencias en información y orientación sobre métodos anticonceptivos impiden que se haga realidad un ideal reproductivo que se aproxima a las recomendaciones médicas. El número de usuarias de anticonceptivos es un indicador de tales deficiencias (cuadro 6).

Las diferencias entre usuarias rurales y urbanas son significativas en todos los estados, pero entre usuarias indígenas y no indígenas son abismales. Sin embargo, hay casos y "casos": en Veracruz, todos los indicadores mejoran la media nacional de sus pares, mientras que en Guerrero todos son peores; además, el porcentaje de usuarias indígenas es tan bajo que éstas parecen vivir en las épocas de "arranque" de las campañas de planificación familiar, que se iniciaron hace 30 años.

Otro factor que impide el uso de anticonceptivos es que, a decir de las indígenas, "tenemos información, pero no tenemos métodos". La demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos (la demanda potencial, que no siempre se convierte en demanda efectiva)¹⁶ revela que también en este aspecto hay desigualdad en contra de las mujeres rurales e indígenas (cuadro 7).

En cuanto a demanda insatisfecha, las indígenas de Guerrero sufren el mayor rezago; las de Veracruz están en mejor situación que las indígenas del resto del país, y aun así, apenas igualan a las mexicanas de hace un cuarto de siglo.

Los porcentajes relativamente bajos de usuarias de métodos anticonceptivos y relativamente altos de demanda insatisfecha en mujeres indígenas, confirman la prevalencia de dudas y temores, la carencia de información y la inaccesibilidad a esos métodos. Algunos factores de riesgo, como el embarazo adolescente, frecuente o tardío, disminuirían si los programas

¹⁶ El que una mujer desee espaciar o limitar sus embarazos no siempre se acompaña de la decisión de usar métodos (no siempre es "demanda"): los temores, la reticencia y las dudas propias, o la oposición de sus parejas y otros agentes, pueden disociar el deseo de controlar la fecundidad, de la demanda de anticonceptivos. Por otra parte, "demanda insatisfecha" sólo contabiliza a mujeres, lo cual indica que, en la práctica, el sector salud asume que la planificación familiar y el control de la fecundidad son esencialmente cosas de mujeres, enfoque contrario a la "perspectiva de género" que dicen tener estos programas.

CUADRO 6. *Porcentaje de mujeres en edad fértil que usa métodos anticonceptivos, según lugar de residencia y lengua que habla, 1997*

	Guerrero	Michoacán	Oaxaca	Puebla	Veracruz	Nacional
Media en la entidad	47.4	60.9	55.1	59.4	70.3	68.5
Rurales	37.7	48.6	46.8	43.6	61.6	53.6
Urbanas	54.7	67.4	65.5	66.4	76.6	73.3
Hablantes de lengua indígena	13.1	34.5*	45.7	44.5	59.9	48.3
No habla lengua indígena	53.3	62.3	62.2	62.2	71.9	70.2

FUENTE: elaboración propia, con base en datos de Conapo, 2000b y 2001, *Cuadernos de la salud reproductiva* (tomos sobre República Mexicana, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Veracruz), México, Conapo.

* De una muestra de 100 casos.

CUADRO 7. *Porcentaje de mujeres en edad fértil con demanda insatisfecha, por lugar de residencia y lengua que habla, 1997*
(porcentaje)

	Guerrero	Michoacán	Oaxaca	Puebla	Veracruz	Nacional
Rural	33.9	27.9	27.2	29.3	18.3	22.2
Urbano	19.8	12.0	13.5	15.0	8.6	8.9
Habla lengua indígena	51.6	38.4	24.8	26.5	22.0	25.8
No habla lengua indígena	21.4	16.4	18.4	18.1	11.2	11.0

FUENTE: elaboración propia con base en datos de Conapo, 2000b y 2001, *Cuadernos de la salud reproductiva* (tomos sobre República Mexicana, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Puebla, Veracruz), México, Conapo.

de planificación familiar hicieran hincapié en la información y consejería y proveyeran realmente métodos anticonceptivos a las indígenas. Esto es indispensable, pero no basta, como se verá enseñada.

EL ÚTERO EN DISPUTA

Tú eres el tronco invulnerable y nosotros las
ramas,
por eso es que este hachazo nos sacude.

JAIME SABINES

Las mujeres mayores señalan que en sus tiempos no podían "cuidarse", pero la inmensa mayoría de las que están en edad reproductiva dicen que quisieran cuidarse, pero que el número de hijos que tienen o llegarán a tener no depende tanto de ellas:

En nuestros pueblos, la maternidad es muy importante, porque tener un hijo significa ser mujer. Con el matrimonio se espera que una mujer sea madre. Cuando nos casamos, lo principal es embarazarse, nadie se "cuida". Por eso, el primer hijo —y quizá el segundo o el tercero— ni se planea ni no se planea: se tiene.
[Taller de Veracruz]

En el mundo indígena, mujer, matrimonio y maternidad son una triada inseparable: una mujer soltera y sin hijos "no es mujer". Así, la maternidad, más que opción, es un destino. Los primeros embarazos de las desposadas dependen más de esta expectativa y norma comunitaria y familiar que de una decisión consciente o de un deseo personal. Quizá la mayoría acaba confundiendo los usos y costumbres con su propio deseo.

Si la recién casada se embaraza luego, como que descansa. Aunque hay maridos indiferentes, muchos se ponen contentos; también la familia, la gente acepta con gusto esos embarazos, convida alimentos a la embarazada —frutas, atole, totopos— para que no vaya a perder al niño; la cuida, le da consejos: "ya no vayas a

lavar al río, ya no cargues". También te meten temores: "el parto es muy doloroso, es el dolor más grande del mundo", "no sabes lo que te espera", "ya sabrás lo que es amar a Dios en tierra ajena". Nosotras tenemos felicidad porque vamos a ser madres, pero tenemos miedo y tratamos de darnos valor para que el niño salga bien. [Taller de Veracruz]

No todos los embarazos son vividos del mismo modo:

Al primer hijo lo esperé con mucho amor, nomás que al mes me volví a embarazar y me preocupé mucho porque mi niño estaba muy chiquito. Antes decíamos que hay que tener los hijos que Dios quiera. Llegaba la noche y venga lo que venga; ahora podríamos planificar. ¿Por qué tener diez hijos si ya no hay dinero?; no hay justificación. Tengo cuatro hijos y no reniego, pero si volviera a nacer no tendría más de dos. [Taller Guerrero]

No sólo la mujer se preocupa, también los hombres nos sentimos mal; si los hijos son muy seguidos, se ve el desgaste de la mujer y nosotros sentimos más la carga. [Varón del Taller Guerrero]

Era mi sexto embarazo, yo pensaba que ya eran muchos hijos, pero mi esposo no. No teníamos mucha comunicación ni cariño, pero de todas formas él quería "domir" conmigo [tener relaciones sexuales] porque "para eso se había casado". Si por mí fuera, ya no me habría embarazado, pero volví a encargar. [Taller Puebla]

Casarse y no ser madre equivale a un fracaso que convierte en indeseable esa posibilidad:

La presión para que las casadas tengan hijos es muy fuerte: es tan mal vista la madre soltera como la casada estéril: se dice que no sirve, que no es mujer. Si pasa tiempo y no se embaraza, hay maridos que toman un "permiso" para irse con otra, y la gente no lo ve mal; hay otros que devuelven a la mujer con sus padres. [Taller Oaxaca]

Los hombres son machistas, no saben de nuestro sufrimiento, se sienten dueños de nosotras y creen que si usamos pastillas [anticonceptivas] es porque queremos andar libremente con otros y no tener pruebas. Tampoco aceptan que nos "cuidemos" por-

que al quedar embarazadas ellos demuestran que "todavía pueden". [Taller Puebla]

Hay casos de violación entre los matrimonios, muchas mujeres no quieren relaciones sexuales y las tienen a fuerza, pero además no pueden "cuidarse". El hombre utiliza a la mujer y la deja embarazada. [Taller Guerrero]

El que las casadas tengan a sus primeros hijos sin ningún cuestionamiento pone en duda si desean ser madres o desean cumplir un mandato social establecido por los usos y costumbres.

La mayoría coincidió en que a partir del tercero o cuarto hijo, los embarazos no eran tan bien recibidos. Y es que —dicen— las atenciones que reciben durante el primer embarazo, y quizá en el segundo, van disminuyendo a medida que la familia crece. Estar embarazada se vuelve algo común que ya nadie festeja. Ellas mismas se encuentran agobiadas por el trabajo doméstico y los cuidados que deben prodigar a la familia, se acaba o restringe el reposo y no tienen los mismos medios para alimentarse y resolver sus necesidades materiales. Muchas se sienten agotadas y atrapadas en una dura rutina a causa de la precariedad y la deficiencia de servicios en sus hogares y en sus comunidades.

El deseo de tener pocos hijos resulta irrealizable, no sólo por las deficiencias señaladas en el apartado anterior, sino por otros factores: los desacuerdos con la pareja y la prevalencia de la decisión masculina (muchos varones no aceptan que la mujer use anticonceptivos), la ilusión de algunas en el sentido de que un hijo resolverá problemas de pareja o retendrá al varón que está a punto de abandonarlas, la falta de privacidad y anonimato que existe en las comunidades, y las presiones que curas y pastores ejercen sobre ellas para que no usen anticonceptivos. He aquí algunos testimonios que ilustran esas afirmaciones:

En los pueblos es muy mal visto que "planifiquen" [usen anticonceptivos] las solteras. No podemos comprar condones, en las comunidades todos nos conocen y sólo hay una tienda. ¡Imagínense! ¡Todo el pueblo sabría que nos vamos con el novio!

Sería un desprestigio. En el Centro de Salud no quieren dar condones a las mujeres, te dicen: "¿Tú para qué los quieres?, son para hombres", como si sólo los hombres pudieran prevenir. Ellos ni quieren usarlos, dicen que no hay la misma sensibilidad. Tampoco quieren que te controles, luego dicen: "¿Eres mula o qué?, sólo las mulas no tienen hijos". [Taller Guerrero]

Y las casadas complementan:

Eso de no poder comprar pastillas [anticonceptivas] no sólo es cosa de solteras. Tampoco las casadas podemos, la gente va a decir: "La esposa de fulano está usando pastillas, ha de andar por ahí... con otro", y a quién no le importa el qué dirán. [Idem]

Las autoridades religiosas también operan contra la autodeterminación de las mujeres:

En Soledad Atzompa llegó hace años la iglesia La Luz del Mundo, y el pastor se opone a que las mujeres usen anticonceptivos. Si una niña se embaraza se la lleva el pastor hasta que tiene a su bebé. [Taller Veracruz]

La paridad real contrasta con el ideal reproductivo de las participantes en los talleres, aunque se notan diferencias generacionales, pues muchas jóvenes son más decididas y menos temerosas ante los anticonceptivos que las mayores.

Las casadas sufren presiones para vivir embarazadas; en cambio, las jóvenes solteras, las separadas, las viudas, son mal vistas cuando quedan preñadas. Y tampoco en este caso queda claro si los embarazos son indeseados o si la penalización social que sufrirán por haber violado los usos y costumbres las hace rechazarlos:

Una mujer soltera o sola que se embaraza es mal vista, es señalada, rechazada y hasta desheredada. Embarazarse sin marido es "el fracaso", se ve como una mancha imborrable, la gente dice: "Ya dio su mal paso, es una cualquiera, ya no vale nada". La embarazada sin marido siente vergüenza y culpa y rechaza su maternidad. [Taller Nacional]

Es tan dura la sanción social que muchas prefieren ocultar su estado y arriesgar su salud antes que enfrentarse a sus familias y comunidades.

Yo tengo una hija que es madre soltera. Se había ido a estudiar fuera del pueblo y no tuvo valor para decirme nada. Cuando me avisaron ya estaba en trabajo de parto. Era un embarazo de alto riesgo. Como había ocultado todo, no tuvo control con ningún médico y yo no tenía a dónde llevarla. Andábamos de clínica en clínica y ella en *shock*, hasta que por fin, con una recomendación, la aceptaron en el Seguro. Se salvó de milagro, pero ¿qué pasa con las que no tienen recomendación, con las que fueron corridas por sus padres? [Taller Veracruz]

Mi prima salió embarazada. Luego de varios meses me dijo: "Oye, tengo este problema, no le digas a nadie". Ocultó su embarazo, fajada hasta los siete meses, y claro, cuando les dijo a sus padres, ¡la bronca que se armó! Si te casas bien, la gente va a aceptar a tus hijos, los va a querer; los hijos de solteras son rechazados desde el vientre, en la calle y en la escuela, y a la madre ¡ni se diga! [Taller Guerrero]

En todos los estados es común que ante un embarazo no deseado por el varón, y en muchas ocasiones tampoco por la mujer, el problema y la responsabilidad sean asumidos por ella:

El hombre aconseja: "no digas nada", "mejor aborta"; otros dicen que no es suyo ese hijo, que cómo se les puede probar; muchos se desaparecen y a ver qué hace la embarazada. Algunos sí responden, se casan y se responsabilizan. [Taller Veracruz]

Las condiciones emocionales y socioculturales en que se desenvuelven los embarazos de las mujeres solas aumentan los riesgos. Soto (página web, 2000) estima que las madres solteras tienen un riesgo tres veces mayor de morir en el proceso reproductivo que las casadas.

Hubo coincidencia en todos los talleres en que la mujer sola no tiene derecho a ser madre. La pena social y familiar ante la transgresión de esta norma es muy dura. La embarazada sufre el desprestigio social y se debilitan o desaparecen las redes sociales y la solidaridad de la comunidad hacia ella, de modo

que la subsistencia y la vida social y familiar se tornan más difíciles o insoportables, justamente en un periodo en que la mujer necesita cuidados y afecto. Si la embarazada es soltera y joven, sufre castigos físicos y psicológicos de padres y familiares: es común que la desamparen y corran de la casa; o que la escondan y la conviertan en una especie de esclava; hay quienes desheredan a "la hija descarriada" y hay padres que la obligan a casarse cuando ella no quiere.

Un embarazo socialmente rechazado se vive, por lo general, como un embarazo no deseado. La culpa, la depresión, la vergüenza, el ocultamiento, la mala alimentación, la imposibilidad moral y práctica para ir a una consulta médica, la posible inducción de un aborto en condiciones peligrosas... son sentimientos y acciones que acompañan al embarazo no deseado y que conducen a un conjunto de riesgos e incluso a la muerte. En una comunidad indígena, una madre soltera es una mujer devaluada. Y es tan temible el castigo familiar y social, que muchas indígenas, antes de ser penalizadas, deciden huir o abortar.

Mi papá me advirtió: "Si sales con tu domingo siete te voy a amarrar con una reata", así que cuando me embaracé, mejor me fui de la casa. Los hombres no se hacen responsables, somos las mujeres las que cargamos con la culpa y el problema. [Taller Veracruz]

Cuando hay abortos inducidos, difícilmente recurrirán las indígenas a servicios de salud, por razones económicas y por falta de vínculo con quienes realizan estas operaciones. El problema no es sólo de solteras, sino de mujeres con pareja, aunque en todos los talleres reportan que cuando están unidas es más frecuente asumir el embarazo sin intentar otras salidas. Los abortos realizados en estas condiciones elevan el riesgo de muerte, y si Lozano *et al.* (1994) sugieren que las muertes por aborto ocurren sobre todo a mujeres urbanas, con estudios superiores a primaria y derechohabientes, es porque el derecho positivo y el consuetudinario propician el ocultamiento. En muchas comunidades rurales e indígenas, donde ni siquiera muertes maternas "socialmente aceptables" se registran, es más

remoto que se asienten los datos de una mujer cuyos actos son rechazados por la comunidad.

Las decisiones reproductivas de estas mujeres se dan en medio de mensajes e intereses encontrados: si por un lado la comunidad las presiona para embarazarse y no usar anticonceptivos, por otro lado, el Estado lo hace para que disminuyan la fecundidad. Fue clamor general de las participantes en los talleres que los programas sociales que, por ser dirigidos a mujeres, presumen tener perspectiva de género, dejen de ser usados para instaurar una especie de clientelismo antinatalista:

Progresas y Oportunidades han llegado a nuestras comunidades al grado de ofrecer láminas para construcción a cambio de que aceptes un método. Muchas aceptan para que les llegue el recurso, otras no. Alguno que otro médico respeta nuestras decisiones. [Taller Veracruz]

Desde que entró el Progresas, muchas mujeres usan anticonceptivos, dicen que si no aceptas no te dan el recurso. [Taller Guerrero]

Estos programas no sólo se han convertido en medio de control sobre el útero, sino sobre el tiempo y la vida de las mujeres, pues si bien contar con recursos fortalece su posición en el seno de la familia, también las sobrecarga de tareas y debilita su capacidad de negociación y su autonomía frente a las instituciones:

¿Es verdad que las señoras que reciben Oportunidades están obligadas a jugar voli y basquet? Aquí dicen que tenemos que jugar y poner tres pesos para balones, que si no, no hay Oportunidades. [Taller Oaxaca]

También dicen que todas las de Oportunidades debemos desfilas el 20 de noviembre. Y hay que comprar uniforme: falda verde y blusa blanca. En Rinconada se reunieron con el profesor para ver lo de los uniformes y la promotora las "convenció". [Idem]

Queremos pedir que a las abuelitas ya no les hagan el *papanicolau*. [Idem]

Nos hacen el *papanicolau* de sorpresa, vamos a la plática de salud, y sin más ni más nos tenemos que dejar hacer el examen. Siempre amenazan con que si no, nos borran de Oportunidades. [Taller Veracruz]

No es posible que las mujeres enfermas tengan que hacer las faenas de Oportunidades. Hay mujeres que hasta con fiebre van, porque si no les ponen falta y les van a quitar el recurso. [Taller Guerrero]

El útero de las indígenas está en disputa. En esta rebatinga participan, por un lado, las instituciones de salud que llevan servicios básicos a las comunidades, su fin es evitar la concepción en esos úteros; por el otro, un séquito de maridos, familiares, paisanos y curas o pastores que se oponen a que las mujeres utilicen anticonceptivos; y, finalmente, acosadas por unos y por otros, las indígenas, a veces solas y a veces apoyadas por sus parejas, por uno que otro familiar, por una amiga, por unos cuantos médicos, logran abrir un breve espacio a la autodeterminación sobre sus cuerpos, cediendo a veces a las seducciones, presiones o amenazas de aquellos que quieren expropiar sus decisiones, sobreponiéndose a veces a la presión y a la maledicencia para ejercer su voluntad y su deseo. No es fácil gozar de derechos reproductivos en el mundo indígena. Como puede verse, concepciones arraigadas en su historia y prácticas modernizadoras dificultan el ejercicio de estos derechos humanos.

Podríamos aventurarnos a decir que el ritmo al que han ido cambiando las ideas sobre sexualidad y reproducción entre mujeres indígenas ha sido más rápido que el de sus pares masculinos. Y no sería raro, pues los programas de planificación familiar y salud materno-infantil¹⁷ han sido dirigidos casi exclusivamente a mujeres, lo que dificulta un cambio parejo y repercute en un mayor riesgo para la salud y la vida de las mujeres. Además, una maternidad con privaciones y con

¹⁷ No sólo la planificación familiar es asunto de pareja; la espera, el nacimiento y la crianza de un hijo deberían compartirlos madres y padres; en este sentido, programas de salud materna, que de acuerdo con el sentido común son sólo para mujeres, podrían promover que los varones participen más activa, equitativa y solidariamente con su pareja.

las sobrecargas de trabajo que para las mujeres han traído las políticas de ajuste, hace más atractiva y convincente la posibilidad de regular los embarazos. Pese a tantos rezagos y problemas, muchas indígenas están luchando en la práctica por una maternidad elegida, pero en un contexto social donde "el hombre manda", es frecuente que prevalezca la decisión de los varones.

Hay frenos y obstáculos, pero también se observan cambios positivos: muchas de las participantes declaran que "ahora es diferente", que "hace veinte años las cosas eran peor"; algunas logran planear con su pareja, aunque sean ellas y no los varones quienes usen anticonceptivos; otras deciden solas y su pareja consiente en que ellas usen anticonceptivos; unas más los usan a escondidas, para evadir la oposición de los varones (en estos casos prefieren inyecciones o DIU, porque no se les olvida —como ocurre con las pastillas— y porque su uso no puede ser detectado fácilmente). Hoy, a diferencia de lo que pasaba hace veinte años, muchas saben que hay métodos para evitar un embarazo y está extendiéndose el uso voluntario de anticonceptivos. Así que aunque el útero esté en disputa, las dueñas han empezado a apropiarse de él. Y como es evidente, aunque se requiere, no basta la información, urge la consejería y también se necesitan cambios culturales y en las relaciones de poder entre los géneros.

EL DESEO Y EL DERECHO

Llegó con tres heridas:
la de la vida, la de la muerte, la del amor.

MIGUEL HERNÁNDEZ

Un embarazo implica un encuentro sexual previo, pero la mayoría de los encuentros sexuales no tiene una intención reproductiva, por lo que concebir sólo cuando se quiere exige que la mujer y la pareja diferencien su deseo sexual de su deseo reproductivo. Ser madre por elección, no por azar o destino,

debería suponer que la unión sexual puede ser fuente de placer y realización personal y de pareja, no sólo medio para conservar la especie; por tanto, reconocer el deseo y la legitimidad del placer, específicamente del placer femenino, es básico para no tener que justificar la unión sexual con planes reproductivos, y para no tener que lamentar un embarazo cuando lo que se deseaba era una unión sexual o, en ocasiones, ni eso.

Hubo coincidencia en todos los talleres en torno a que, en materia de sexualidad, las normas no escritas de sus comunidades reafirman un "deber ser" subordinado de las mujeres: pasividad, inocencia, resignación, obediencia, son atributos valorados en ellas. La sexualidad femenina intenta ser controlada por padres, maridos, curas y comunidades; actores que, también de acuerdo con la normatividad indígena, tienen autoridad moral y jerarquía sobre hijas, esposas, nueras, cuñadas, feligresas o simples vecinas. El deseo y el placer sexual femenino no parecen importar demasiado, se ignoran o se asocian al pecado. Este diálogo entre dos nahuas veracruzanas en su cuarta década, es ilustrativo:

—Ay —dice Genara—, yo creo que ahora las muchachas ven muchas cosas y por eso andan de fracaso en fracaso [embarazándose sin casarse]. Yo creo que es mejor no saber nada y tener sexo sólo cuando uno ya tiene pareja y puede atender a sus hijos.

—¿Cree usted que por saber más cosas se embarazan? Si las muchachas de hoy saben tantas cosas, ¿por qué no se cuidan? ¿Usted a qué edad se embarazó? —pregunto yo.

—Ah, muy chica, pero es que yo... Bueno, es que a mí me obligaron: mi marido es muy bueno, era mi maestro. Cuando acabé la secundaria fui a Tampico a ver si podía seguir estudiando. Él me acompañó. Llegamos al hotel y pedimos dos cuartos, pero al pasar frente a mi cuarto me aventó y me obligó a tener relaciones. Fue horrible. Yo digo que las relaciones sexuales son horribles. Mi mamá siempre me decía que no dejara que los muchachos me tocaran, que no me dieran ni un beso. Era pecado. En la secundaria una vez me besó un amigo, así nomás —estábamos jugando—, y yo pensé que ya estaba embarazada. Le reclamé. Todavía vive en el pueblo y ahora nos reímos. Pero yo, yo nunca he querido sexo, he tenido que cumplir. A veces pensaba: "A ver a qué hora termina", ya nomás aguantando.

¡A mí no me gusta! Llevo más de veinte años casada. Mi marido es muy bueno, no nos falta nada.

—Ay, Genara, usted no sabía muchas cosas y se embarazó —digo yo.

—A mí me pasó igualito —retorna Cleotilde al otro tema—. Me casé también así, chica, y pensaba: “¿Cuándo se acabará esto?” No me gustaba que mi marido me tocara. Pero a los dos años de casada se murió. Luego conocí a otro señor con el que vivo. Él se acercó de otra manera, me supo tratar y entonces sí supe lo que es bueno: ¡No le miento, la sangre me hervía nomás de verlo! Así, nomás veía que se acercaba y ya me hervía la sangre. Con él sí supe lo que era el amor. A usted también le va a pasar... Bueno... pero es que a mí se me murió mi marido. [Taller Veracruz]

La fuerza de los usos y costumbres hace que displacer, violación o sexo forzado se acepten como si fueran obligaciones naturales, y es dramático que sólo la muerte libere del destino. Es imposible saber cuál es el grado de satisfacción o insatisfacción sexual de las indígenas, pero es un hecho que pueden dejar de lado la rigidez de los usos y costumbres, olvidar los pecados y “conocer el amor”.

Queda claro que las reglas no son los hechos, y que en la práctica se rompen las normatividades. Muchas mujeres y varones infringen los usos y costumbres; pero muchas indígenas que participaron en los talleres dijeron sentir vergüenza o culpa para reconocer o externar sus deseos. Así se inician en las relaciones sexuales. Muchos embarazos quedan sujetos a los deseos o dictados de quienes tienen poder sobre las mujeres; a la confusión de deseos sexuales y reproductivos; o resultan de un deseo sexual que no tenía intención reproductiva.

En este contexto, el discurso moderno de los derechos sexuales y reproductivos parece una promesa y una liberación, pues

...la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria... y la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia procrear. Lleva implícito el derecho a la información, acceso a métodos anticonceptivos y a recibir servicios de salud que permitan embarazos y partos sin riesgos... incluye la

salud sexual y no el mero asesoramiento en materia reproductiva [Fondo de Población de Naciones Unidas, 1998].

Estos derechos son también normatividad que intenta realizarse, pero no realidad. Diversas instituciones públicas, cuyos programas dicen reconocer los derechos reproductivos, llevan información y servicios que sin duda amplían los espacios de libertad; pero a la vez, muchos prestadores de servicios obstaculizan la libre determinación y el ejercicio de estos derechos. La discriminación que las indígenas reportan en clínicas y unidades médicas, las presiones del personal de Oportunidades o de otros servicios médicos, son tan violatorios de los derechos reproductivos como la imposición de sus parejas o la presión comunitaria para que estén embarazadas más a fuerza que de gana.

Ni los usos y costumbres comunitarios, ni los programas modernizadores, garantizan una maternidad elegida y responsable o el ejercicio de los derechos reproductivos.

Pero, como se ve, las indígenas no obedecen a ciegas a todo aquel que quiera gobernar su cuerpo. Son sumisas y a la vez transgresoras. La mayoría desconoce los derechos reproductivos, y se extraña de que "cosas tan personales" sean objeto del derecho, pero de múltiples maneras se insubordinan contra la imposición y el "deber ser" que las oprime.

Las participantes en los talleres expresaron valores y aspiraciones o experiencias inscritos en el rol femenino tradicional, pero simultáneamente reseñan formas de resistencia, rebeliones verbales, actitudes y prácticas que atentan contra este marco. La imagen tradicional de lo que debe ser una mujer indígena opera como un referente indiscutible ante el que se miden constantemente, pero sería erróneo pensar que el "deber ser" es su "ser". Las cosas no son fáciles: sus deseos de autonomía y de cambio se confrontan con el miedo y la culpa; sus transgresiones, con su resistencia al cambio; una postura activa, crítica y rebelde coexiste con la pasividad y la resignación; y aunque en un mundo en el que el hombre manda pueda imponerse al final la decisión masculina, eso no significa que las indígenas acepten mansamente los dictados de sus parejas ni de sus comuni-

dades o de médicos y prestadores de servicios. Ellas protestan y transgreden, pero aún no logran consolidar una nueva hegemonía, más equitativa y libertaria, en el terreno de la sexualidad, de la maternidad, de las relaciones sociales.

Aspirar a esta nueva hegemonía implica luchar contra una raíz tradicional y contra las modernas imposiciones que llegan a sus comunidades; ambas intentan controlar sus cuerpos y sus vidas. Los debates de los talleres muestran que han andado parte del camino y que ni las mujeres ni la cultura indígena son universos cerrados e inmóviles. Y en cuestiones reproductivas, soplan vientos de cambio. Las familias y las comunidades están modificando la distribución sexual de tareas y funciones a partir de cambios globales y políticas nacionales que repercuten directamente en sus condiciones de reproducción y en su vida cotidiana. La escuela, los medios de comunicación, la migración, la feminización de tareas tradicionalmente masculinas, los programas de planificación familiar, así como los efectos negativos que viven en carne propia gracias a una maternidad impuesta o negada por usos y costumbres, cuestionan la vigencia de la mujer tradicional y presionan a las indígenas a modificar ideas y prácticas en los planos sexual y reproductivo. Hay novedades gestadas desde dentro, y otras gestadas desde agentes y procesos cuyo motor se ubica lejos. Los retos son enormes, pero se vislumbran nuevas concepciones y prácticas reproductivas.

MÉDICOS Y PARTERAS

Porque a esta hora ya no hay madre ni deudos.
Ya no hay sollozo.
Nada más que un silencio atroz.

ROSARIO CASTELLANOS

En todos los talleres, las mujeres coincidieron en que un embarazo es feliz y tranquilo si al concebir están sanas y fuertes, si se comprenden y están de acuerdo con su pareja, si están con-

tentas, si todavía no tienen hijos o sólo tienen uno o dos; si en la familia no hay muchos problemas de dinero; si el esposo es responsable y trabajador, si las quiere y las trata bien, si no las golpea, si las consiente y no es borracho. La existencia y el acceso a servicios de salud, sobre todo los modernos, fueron escasamente mencionados, y es claro que para la mayoría sólo se les recuerda en situaciones de enfermedad y riesgo.

Aunque ellas no tienen la costumbre de hacerse análisis clínicos ni de consultar al doctor o a la partera cuando sospechan que hay embarazo, en todos los talleres expusieron exhaustivamente los síntomas que les permiten saber en un plazo relativamente corto (al mes y medio o dos meses de embarazo), y sin temor a dudas, que están preñadas.

Se suspende la regla, da sueño y cansancio, se quita el hambre o da más, hay mareos, ascos, vómitos, dan ganas de orinar a cada rato, se mancha la cara, hay más sensibilidad en los pechos, se ponen duros, el pezón se oscurece, aparece una raya oscura del ombligo hacia abajo... crece el vientre, se siente el movimiento.
[Taller Nacional]

Hay quienes afirman que a algunas abuelas les basta ver los ojos de las mujeres para diagnosticar quiénes están embarazadas.

Prácticamente todas podían identificar cuándo están esperando un hijo. En cambio, sólo las que han alcanzado cierto nivel educativo (primaria completa o secundaria) tienen una noción más clara del aparato, las funciones y el proceso reproductivo femenino y masculino. La imagen de la matriz, de un óvulo fecundado, de un feto en sus distintas fases y de lo que ocurre en su cuerpo durante el parto, eran aspectos menos conocidos que causaron interés y asombro en los talleres.

Los testimonios vertidos indican que cuando las indígenas tienen la certidumbre de estar embarazadas no consultan al médico ni a la partera, al menos durante el primer trimestre. Las razones son varias: no parecen percibir el embarazo ni como enfermedad ni como riesgo. Cuando una mujer da a luz dicen que "se alivió" y dan a entender que estaba enferma, pero en realidad este proceso se vive como algo natural que puede

atenderse con cuidados domésticos, o incluso sin cuidados; por otra parte, la escasez de recursos económicos de la mayoría ha propiciado que a los médicos se les consulte sólo en caso de dolor agudo o extrema urgencia; y, finalmente, el trato que en general reciben de los galenos ahuyenta a las mujeres de los servicios médicos.

Ya en el segundo trimestre, algunas acostumbran ir con la partera a que las "sobe", y en el último trimestre es más común que vayan a alguna revisión médica (sobre todo si piensan recurrir al médico para el parto); o a otra "sobada" o "manteada" con la partera (hincadas sobre rodillas y manos, les pasan una manta bajo el vientre) para acomodar al niño. Análisis de laboratorio sólo se hacen ante un problema grave y a veces ni así. La falta de control prenatal impide desarrollar una política preventiva eficaz. Datos nacionales y estatales confirman que esta práctica no es muy común, pues se recomienda tener cuando menos cinco consultas antes del parto, el promedio nacional es de 4.1; Oaxaca, Puebla y Veracruz registran promedios semejantes a éste, pero Guerrero apenas alcanza 2.9 (el menor de todo México), y Michoacán 3.4 (Ssa, 2001). Se dice que en los Estados Unidos el control prenatal fue decisivo para disminuir la tasa de muerte materna de 67 por cada 10 000 NV en 1930, a 2.8 en 1967 y a 0.8 en 1996 (Soto, página web, 2000).

A la hora del parto, la mayoría de las asistentes a los talleres declaró recurrir a las parteras, sólo una minoría dijo ir con los médicos, otro tanto reportó combinar las dos opciones en distintos momentos y unas cuantas dijeron haber parido sin ninguna ayuda. En concordancia con los talleres, otros estudios confirman que en el medio rural e indígena, las parteras siguen siendo una opción indispensable. En 1994 se calculaba que 25% del total de nacimientos registrados anualmente eran atendidos por parteras; en 1998 este porcentaje bajó a 21%. Pero mientras en estados del norte y del Pacífico norte sólo atendían 3%, en zonas indígenas y rurales el porcentaje llegaba a ser de 70, y en algunas comunidades atienden todos los partos (Senties *et al.*, 1994). Según la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud en México de 1987 (citada por García *et al.*, 1993), en comunidades menores de 2 500 habitantes, 44.5% de los

partos son atendidos por parteras. Datos sobre los estados de nuestro estudio revelan lo registrado en el cuadro 8.

Michoacán es el estado donde las parteras (y enfermeras) tienen menor responsabilidad: “sólo” atienden uno de cada cinco partos; en Puebla atienden uno de cada tres; en Veracruz tienen un papel muy relevante, pero en Guerrero y Oaxaca las parteras son absolutamente indispensables: uno de cada dos nacimientos es atendido por ellas. En todos los casos, el trabajo de las parteras se concentra en el medio rural e indígena, y aunque la Encuesta de Salud Reproductiva de 1999 en el área del IMSS-Solidaridad (hoy IMSS-Oportunidades) indica que la mayoría de los partos ya son atendidos por personal médico (55%) y que las parteras atienden 35% (Conapo, 2000a), en los talleres se dijo que la mayoría de los partos son atendidos por parteras. Por otra parte, el porcentaje casi idéntico de los nacimientos en casa y los atendidos por partera o enfermera (cuadro 8) hace suponer las dificultades para resolver de modo adecuado las complicaciones del parto.

Las indígenas que asistieron a los talleres caen en la cuenta de que en su mayoría se cuidan más en la cuarentena que en el embarazo, y que muchas de las que han sido atendidas por médicos durante el parto recurren a las parteras en el puerperio:

CUADRO 8. *Porcentaje de nacimientos atendidos por partera o enfermera y de partos ocurridos en domicilio particular, 1998*

<i>Entidad</i>	<i>Nacimientos atendidos por partera o enfermera</i>	<i>Nacimientos ocurridos en domicilio particular</i>
Guerrero	49.3	49.6
Michoacán	19.2	20.1
Oaxaca	52.8	52.6
Puebla	31.0	30.8
Veracruz	42.4	41.9
Promedio de los cinco estados	38.9	39.0
Media nacional	21.1	20.8

FUENTE: elaboración propia con base en datos del INEGI, 2001, *Mujeres y hombres en México*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

Si vas a una clínica te tienes que desvestir, te pones una bata, tienes tus dolores en un lugar frío y tu parto en una sala fría... se aflojan las coyunturas. El parto es caliente y el cuerpo necesita calor para funcionar bien. Luego del parto te tienes que quitar esa frialdad: la partera te da un té de hierbas, tu baño de temascal, te faja, te calienta el vientre, te da masaje en las coyunturas. El cuerpo se calienta y vuelves a estar como antes. [Taller Guerrero]

En los seis talleres las indígenas abundaron en las razones de su preferencia por las parteras:

- Económicas: cobran menos (entre 300 y 600 pesos en el 2002), dan facilidades de pago y reciben pagos en especie (gallinas y guajolotes, por ejemplo).
- De disponibilidad: están en la comunidad o muy cerca, acuden a la casa de la parturienta o atienden en su casa; pueden hacer varias visitas domiciliarias o esperar hasta que se presente el parto.
- Culturales: hablan su misma lengua, permiten que la pareja esté presente y le asignan tareas, tienen autoridad para impedir su presencia en caso de impertinencias. Conciben el parto como un proceso “caliente” y mantienen una temperatura alta en la habitación para facilitarlo; dan masaje en el vientre con aceite, dan té de hierbas para acelerar el parto. Permiten que la mujer no se desvista durante el parto, aceptan los “partos culturales”.¹⁸ Son comprensivas ante las carencias de infraestructura doméstica que sufre la familia.
- De género: en su mayoría son mujeres y han sentido lo que es un parto.
- Afectivas: conocen a la parturienta y la tratan con cariño, le dan confianza y valor.

¹⁸ Definieron los “partos culturales” como aquellos en los que la mujer se coloca en cuclillas o hincada; la definición incluyó también la participación del varón —que no se acepta en las unidades de salud, clínicas ni hospitales del sector público— como sostén físico (cuando la madre está hincada) y como acompañante y apoyo emocional. Este aspecto es relevante, pues aunque la espera y la crianza se conciben como cosas de mujeres, muchos varones participan y colaboran en el parto.

Ante esta valoración, los médicos y las instituciones públicas y privadas de salud parecen ofrecer pocas ventajas, aunque importantes, también reconocidas por las asistentes a los seis talleres:

- Equipamiento: cuentan con las instalaciones, los medicamentos y el equipo técnico necesarios para atender emergencias.
- Preparación: han estudiado y combinan conocimiento con práctica.

Las indígenas no sólo valoraron las ventajas que ofrece cada opción, sino que analizaron las desventajas: tienen claro que las parteras no pueden resolver una complicación grave, no tienen conocimientos suficientes, carecen de equipo e instrumental y no pueden administrar adecuadamente los medicamentos.

Las desventajas de la medicina privada y de las instituciones públicas de salud fueron un rosario de quejas: en Puebla y en Michoacán —se dijo— los partos son gratuitos para quienes asistieron a sus consultas prenatales, que son una minoría; para quienes no lo hicieron, el costo aumenta (un parto va de 900 a 4 000 pesos, aunque quizá la media ande por 1 500),¹⁹ es raro que una comunidad cuente con médico de planta o con una clínica bien puesta, por lo general hay que desplazarse para ir a un hospital o unidad médica, cuesta tiempo y dinero ir a consulta (transporte, alimentos y quizá hospedaje de la embarazada y un acompañante), no siempre hay transporte en caso de emergencia, en especial por la noche, no reciben pacientes cualquier día ni a cualquier hora, los médicos utilizan un lenguaje incomprensible o sencillamente no explican el padecimiento ni el pronóstico (hay que tomarse la medicina a ciegas); en su mayoría son varones, y a muchas de ellas no les gusta ser revisadas por un hombre, ni a sus maridos tampoco;

¹⁹ Llama la atención que en los talleres, a excepción de las pocas mujeres que reportan haber tenido atención gratuita en el parto, se haya fijado el precio de éste a partir de 900 pesos, cuando en la Ssa la tarifa más baja (nivel 1) es de 123 pesos, lo cual indica que quizá paguen el nivel 4 de los 6 que maneja la Ssa (813 pesos).

no entienden lengua indígena, no escuchan al paciente, atienden mejor a los "blanquitos", a los influyentes o a la gente que va mejor vestida, hacen esperar mucho tiempo antes de la consulta, se ponen a platicar en vez de pasar a los pacientes, y se muestran despectivos con las indígenas.

Hay coincidencia entre las asistentes a los seis talleres en que son discriminadas por ser pobres y por ser indígenas. Ante la pregunta ¿Cómo las discriminan?, las respuestas fueron reveladoras; he aquí algunas:

Para llegar a la unidad médica salgo de la comunidad a las cinco de la mañana. Llego a la consulta a las ocho, pero llego cansada, empolvada o enlodada —según esté el tiempo—. Entro a la clínica y no falta quien diga: "Salte, traes lodo, vas a ensuciar el piso". Muchos médicos dicen algo parecido cuando entramos al consultorio. [Taller Veracruz]

Si llegamos a la consulta y hay gente esperando, no respetan nuestro lugar, pasan primero a la gente bien, a los que tienen dinero, a nosotras nos ven así pobres, humildes, y nos dejan al final. Las que sólo hablan lengua tienen más problemas, las sacan rapidito del consultorio y quién sabe de qué las curan si no pudieron decir qué tienen. [Taller Oaxaca]

También hay una queja reiterada acerca de que en las unidades médicas o clínicas a las que tienen acceso, en lugar de médicos con experiencia, hay pasantes que van a practicar, y que ellas son como conejillos de Indias:

Estaba en la clínica con los dolores y llegaron como quince o veinte pasantes. Cada uno me hizo un "tacto". ¡No se vale! Si quisiera fueran tres o cinco, pero no, eran quince o veinte metiéndome la mano. Como no saben, lastiman. Al final ya no sabía yo qué era lo que más me dolía. [Taller Veracruz]

En cuatro de los seis talleres, las participantes consideran que de cada diez médicos, uno o dos son amables, sensibles y atinados en sus diagnósticos y tratamientos (Nacional, Guerrero, Veracruz, Oaxaca). No en todos los estados se quejaron tan amargamente; en Michoacán se dijo que tres o cuatro

de cada diez son buenos médicos; y en Puebla y Michoacán, aunque hubo coincidencia en muchas críticas a los servicios institucionales, parece que los maltratos no son tan frecuentes ni graves como en los otros estados.

DE VIDA O MUERTE

Ya formidable y espantoso suena,
dentro del corazón, el postrer día;
y la última hora negra y fría,
se acerca, de temor y sombras llena.

FRANCISCO DE QUEVEDO

Las estadísticas indican que en México, 91 de cada 100 embarazos se desarrollan sin complicaciones mayores, el 9% restante se cataloga como embarazo de alto riesgo (INEGI, 2001).²⁰ Estas cifras sugieren que más o menos 9 de cada 10 embarazos y partos podrían ser atendidos sin mayor problema, pero 1 de cada 10 resultará difícil y arriesgado. Previsiblemente, es ese 10% el que nutre la estadística de muerte materna, y alrededor de esos casos complicados podemos detenernos para reconocer los límites de la medicina "tradicional"²¹ y la moderna.

Un embarazo no deseado:

Esa muchacha estaba jovencita y quedó embarazada, primero dejó de comer y se fajaba para que no le creciera la panza; se iba al cerro a caminar, a cargar piedras, a darse sentones, pero nada. Tomó té, y nada. Nunca pudo abortar. Al final nació su niño, chiquito, chiquito. Otras mujeres abortan en el cerro. Otras tienen a sus hijos y los abandonan en el cerro, los pueden morder los perros. [Taller Guerrero]

²⁰ Los embarazos de alto riesgo se relacionan con sucesos como el primer embarazo, la historia de numerosos partos y embarazos, la falta de maduración del aparato reproductor en las mujeres jóvenes, el desgaste del aparato reproductor en las embarazadas de mayor edad y la terminación del embarazo por aborto (INEGI, 2001).

²¹ Aunque en la llamada medicina tradicional hay elementos adoptados de la medicina occidental, seguiré usando ese término por considerar que en el enfoque y en la forma general de atención que tienen las parteras predomina una raíz autóctona.

Sobrecarga de trabajo, accidentes y maltrato familiar:

Estaba en el séptimo mes, fui a cortar leña y en una bajada húmeda me resbalé y me privé. Desperté con el llanto de mi bebé, lo recogí y recogí la placenta. Me fui caminando a mi casa. No fui con el médico, tomé baños de vapor y tomé té de hierbas. [Taller Puebla]

Mi marido me llevó al cerro a cortar tomates, allá yo me resbalé y me caí. Me pegó y me quedé solita en el cerro recogiendo los tomates. Cuando llegué a Valle [Nacional] me volvió a pegar de vuelta y a los tres días, allí estaba el aborto. Para su mamá, para su papá, para su hermana, para todos, yo era un animal que no sabía tener los hijos, "porque yo me los comía". [Taller Oaxaca]

Maltrato familiar y baja autoestima de la mujer; ignorancia o indiferencia ante el riesgo:

Mi suegro se enojaba si comía, y mi suegra, igual. No querían que nadie me atendiera en el parto, perdí varios bebés, hasta que nació mi último hijo, entonces sí fui a la clínica. Me gusta la partera porque no regaña, porque no deja que griten las mujeres. Dice que si gritas se te acaba la fuerza y que tienes que guardarlas para el momento. [Taller Puebla]

Quince días estuve con un dolor, y luego, nada. Nadie me llevó al doctor, ni la suegra ni mi esposo. Una señora que vivía al otro lado de mi casa me apoyó. [Taller Oaxaca]

Lo menos común entre indígenas: recibir atención oportuna y cálida:

Me atendió un doctor, me tenía todo el tiempo acostada. En treinta minutos nació el bebé y la placenta. Me pusieron tres litros de sangre y suero. Estuve dieciséis días internada, pidieron donadores de sangre. Yo no sabía qué pasaba, no me explicaron nada. Me atendieron bien, fueron amables, no me cobraron. Si no me hubiera atendido el doctor, me hubiera muerto. [Taller Michoacán]

Alcoholismo y violencia agudizan los problemas y dificultan la atención:

Nomás con uno de mis hijos tuve problemas cuando nació; con los demás, yo sola atendía mi parto. Con el último me atendieron en el Centro de Salud. Mi hermano me llevó porque mi marido tomaba mucho, no me hacía caso y me pegaba. Yo también soy partera, pero con este último sí estaba grave. Al final, mi hijo nació bien. [Taller Oaxaca]

Atención prenatal deficiente, búsqueda de servicios especializados sólo en la extrema urgencia y maltrato médico:

Yo no sabía que eran gemelas hasta que ya estaba para aliviarme. Una nació a las diez de la mañana y después no había dolor, pero la partera dijo que venía la otra. El doctor nunca me dijo nada, nada más ponía su aparatito y movía la cabeza. La otra nació hasta las cinco de la tarde. Mi marido fue a buscar al médico y el médico vino y me puso una inyección para que rápido se volviera a apurar el dolor. Como quien dice, el segundo fue con el médico y la primera con partera. [Taller Oaxaca]

A los 40 años se embarazó, pero se tuvo que inducir el parto. Estuvo tres días en la clínica, le pusieron una inyección pero no le daban seguimiento. No le dieron de comer y le dijeron que la enviarían a Chilpancingo. La regañaban, le decían que ya era vieja, que no hacía ejercicio. Ella tenía miedo de que le hicieran cesárea. La trasladaron a un particular y le dio un *shock*, se le bajó el azúcar, la controlaron y por fin pudo nacer bien el niño. [Taller Guerrero]

Había cumplido los nueve meses y ya se habían pasado doce días de la fecha del parto. Cuando entraba la noche para mí era una angustia, porque ya no podía acostarme, no podía amanecer. Ya no dormía. Mi papá me mandó al Centro de Salud de Tuxtepec y allí me hicieron unas placas. Según salió, el bebé tenía la cabeza muy grande, pero no es cierto, simplemente medía 53 centímetros y pesaba cinco kilos y medio. Me hicieron cesárea. [Taller Oaxaca]

Las tres veces me han metido la mano (para hacer un tacto) y la sentía hasta acá, por eso la gente no quiere ir al hospital. [Taller Veracruz]

Deficiencias en la atención médica y aciertos de parteras:

Mi hija la llevé un sábado como a las ocho, me la regresaron por ser primeriza, a la una de la mañana la vuelvo a llevar: "Señora,

llévesela; el parto, si bien le va, será hasta el lunes". Y luego mi hija se siente peor, va la partera a la casa y la niña nació a las cinco de la mañana. [Taller Guerrero]

Mi nuera iba a tener un bebé, va y no la reciben: que faltan cuatro días. La volvieron a revisar y con sangrado, pero los médicos, platicando. Ella que no aguantaba los dolores. Y de pronto se ve que ya viene la cabecita, entonces sí, a correr los doctores. [Taller Guerrero]

Hace ocho días fui a atender un parto aquí en Paso Nuevo. Era una muchacha de 18 años. Dice el médico que ella iba a morir o el bebé, pero ella no quiso cesárea y yo la atendí. Ese parto estuvo dos días, porque no dolía, pero luego tuvo a su hijo normal. [Taller Oaxaca]

Desprevenidas y sin atención de emergencia, la muerte tiene permiso:

Esta señora se inflamó, se hundió después del parto. Los niños también se murieron. [Taller Veracruz]

Una amiga se quedó con la placenta adentro y ya no pudo, se murió. [Taller Veracruz]

Mi cuñada murió hace tres años. Nació el hijo pero la placenta no salió. Tenía cuarenta años y siete hijos. Al otro ya no aguantó. [Taller Veracruz]

Mi tía falleció de parto con asma. [Taller Veracruz]

Esta muchacha murió de hemorragia en la Cruz Roja. Era mamá soltera y nadie la vio. [Taller Veracruz]

Hace diez años, estaba una señora en el octavo mes, estaba mala de la presión, se agitaba, le dio como un infarto y murió, no la llevaron para sacar al bebé. Unos decían que había que llevarla, otros que no, que Dios dijo. [Taller Veracruz]

Ella era primeriza y su suegra era partera, la señora ya tenía antecedentes de otras que se habían muerto en sus manos. La suegra le metía la mano para que abriera el cuello de la matriz, pero ella se murió de tanta hemorragia. Tuvo eso que le llaman parto obstruido. [Taller Veracruz]

Machismo y autoritarismo; abnegación y subordinación de las mujeres, también llaman a la muerte:

Mi tía murió de *cashione*, y es que cuando acababa de tener a su bebé, mi tío estaba borracho y abusó de ella. Y mi tía empezó a adelgazar, a adelgazar, el pelo se le cayó, le dio diarrea y mi tío la amenazó: "Si dices, te voy a matar". Ya agonizando le dijo a mi mamá. [Taller Veracruz]

La señora murió, tuvo al niño, pero después la placenta no cayó. Ella le decía al esposo: "llévame al hospital, yo siento que no voy a aguantar". Y su marido le decía: "Si todos los tuviste aquí, ¿por qué ahora te quieres ir al hospital?" No quiso llevarla y la señora murió. Ya tenía más de diez hijos, yo creo que su cuerpo ya no aguantó. [Taller Veracruz]

Mi nuera se desmayó cuando nació el bebé y no podía volver ni salir la placenta. No sabíamos qué hacer. [Taller Guerrero]

Creencias que pueden ser fatales en el clímax del riesgo:

Yo escuché que cuando no sale la placenta se amarra un cordón a su pie y a los quince o veinte días solita se cae. [Taller Veracruz]

Cuando el bebé o la placenta no pueden salir, les meten su propia trenza en la boca para que les dé asco y con el esfuerzo del vómito sacan al niño. [Taller Veracruz]

A mi mamá la forzaron con el tercer bebé: la colgaron de una reata. [Taller Veracruz]

Mi mamá dice que antes, cuando se aliviaban con partera, la partera las forzaba, les decía: "Puja, puja". Y cuando era la mera hora ya no tenían fuerza. Además, dice que al nacer el niño se les abría por dondequiera, quedaban desgarradas. Eran unos ardores y unos dolores terribles. Ella decía que era mejor que les cortaran para que saliera el bebé con más facilidad. [Taller Veracruz]

Al recordar, las mujeres reviven el drama, el dolor, la angustia, la impotencia y la muerte que acompaña a cada caso. Según los testimonios, llegar a situaciones límite tiene que ver con muchos factores: embarazos no deseados, abortos espontáneos, falta de atención prenatal, inconsciencia del riesgo, complicaciones inesperadas, morosidad o negativa para buscar atención médica; violencia, agresión o maltrato por parte de maridos y familiares; cargas excesivas de trabajo y accidentes de las embarazadas, mala calidad o falta de atención médica, irresponsabilidad incapacidad médica y de parteras, abuso

sexual de las parejas en el puerperio... una posición subordinada o devaluada de las mujeres, cuya suerte, en medio de la gravedad, se juega en la voluntad y decisión de otros familiares y agentes. ¿Cómo enfrentar tanto riesgo?

MODERNOS Y TRADICIONALES ANTE EL RIESGO

Quiero escarbar la tierra con los dientes,
 quiero apartar la tierra parte a parte
 a dentelladas secas y calientes.
 Quiero minar la tierra hasta encontrarte
 y besarte la noble calavera
 y desamordazarte y regresarte.

MIGUEL HERNÁNDEZ

La Norma oficial mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y recién nacido (Ssa, 1995) establece un conjunto de pautas que deben seguir las instituciones públicas, sociales y privadas de salud. Entre las más importantes se encuentran:

Para el embarazo: cinco consultas prenatales para la embarazada de bajo riesgo, y si el parto se prolonga más de 40 y hasta 42 semanas, las consultas deberán hacerse cada semana. Elaborar historia clínica; identificar signos de alarma; valorar riesgo obstétrico; determinar biometría hemática completa, glucemia, VDRL, grupo sanguíneo y examen general de orina (implican pruebas de laboratorio); prescripción de hierro y ácido fólico, aplicación mínima de dos dosis de toxoide tetánico; orientación nutricional, promover que la embarazada acuda con su pareja a consulta, promover lactancia materna y promover y orientar sobre planificación familiar.

Para el parto: toda mujer debe tener un expediente clínico, no deben administrarse analgésicos, sedantes ni anestesia en un parto normal; seguir lineamientos para indicar cesárea; sólo por prescripción médica y notificando a la mujer se puede rasurar el vello púbico y aplicar un enema evacuante; la atención de una mujer con emergencia obstétrica es prioritaria; la atención debe ser con calidad y calidez.

Para el puerperio: vigilancia de las primeras 24 horas, inicio de lactancia materna exclusiva, orientación a la madre sobre signos de alarma; tres consultas durante los 42 días de puerperio.

Si la *Norma* se cumpliera cabalmente, es seguro que se habrían evitado muchas muertes, pero su cumplimiento presupone que toda mujer recurre y tiene acceso a servicios médicos institucionales; que en estas instituciones hay infraestructura y recursos materiales y humanos suficientes para atender a todas las embarazadas; y que las indígenas son atendidas con calidad y calidez. Estas premisas no son reales, como lo demuestran varios de los testimonios incluidos en este texto: ni las instituciones de salud cubren todos los servicios prometidos, ni las madres se han puesto totalmente en manos de instituciones y médicos —sea por impedimentos o por preferir otros servicios—, ni la mayoría de los prestadores de servicios los proporcionan con calidad y calidez a las indígenas.

Suponer que la atención a la maternidad se ha medicalizado totalmente —recuérdese que tan sólo en Guerrero y Oaxaca la mitad de los nacimientos son atendidos por parteras—, no sólo es una forma más de discriminación étnica —aquí en el terreno médico—, sino una grave omisión que puede tener efectos en la vida y la salud de las mujeres. No se trata de reivindicar a las parteras a costa de vidas ajenas, sino de reconocer que la posibilidad de evitar muertes maternas requiere considerar la importancia, los aciertos y los límites del servicio que proporcionan.

¿Qué normas regulan el trabajo de las parteras? ¿Cuáles de sus prácticas deben ratificarse y difundirse en las instituciones médicas? ¿Cuáles deben evitarse? ¿En qué circunstancias pueden recetar o utilizar medicina de patente?²² ¿Qué ventajas o riesgos tienen las infusiones para facilitar la dilatación durante el parto o para contraer la matriz después de éste? ¿Qué ventajas o riesgos tienen el “parto caliente”, el “parto cultu-

²² Freyermuth y Jiménez (2000) señalan que la oxitocina (que se usa en hospitales y clínicas para inducir y conducir el parto o para evitar el sangrado después del alumbramiento) está siendo utilizada rutinariamente por las parteras para “apurar el parto” en las comunidades de los Altos de Chiapas. Esta práctica puede producir graves complicaciones y hasta la muerte por estallamiento de la matriz.

ral", las manteadas y las sobadas? ¿Qué decir del temazcal? ¿En qué momento o situaciones incurren en irresponsabilidad o negligencia? ¿Quién dicta y valida estas normas?

La práctica institucional ha sido más flexible que la *Norma*: varios programas oficiales de atención materno-infantil, en especial los orientados a población rural e indígena que reside en municipios de alta o muy alta marginación y en comunidades dispersas y alejadas, recurren a parteras y auxiliares de salud formados en la tradición y capacitados por las instituciones (Sentíes, 1994; Galante y Castañeda, 1997).

El Programa de Ampliación de Cobertura (dirigido a la población sin acceso a servicios de salud, hoy ya en extinción, pues oficialmente se dice que hay cobertura universal), el Programa de Apoyo a Zonas Indígenas, el Programa Oportunidades (tiene un componente de salud), el IMSS-Oportunidades (dirigido a población dispersa, de escasos recursos y no derechohabiente del medio rural), y el reciente Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida (para los municipios más marginados del país, entre los que se encuentran las zonas indígenas), son los más importantes que llegan a las madres indígenas del campo. A excepción de Arranque Parejo en la Vida (que para reducir el número de defunciones maternas propone una red de servicios, una estrategia de regionalización y un modelo operativo distinto), los otros programas, que son los que realmente están llegando a las comunidades, prometen un "paquete básico de servicios de salud" (PBSS).

El PBSS está integrado por trece acciones, la tercera es "Atención al embarazo, parto y puerperio" (www.ssaver.gob.mx/Servicios de "Salud"). Los servicios que el PBSS ofrece a las madres son: identificación de embarazadas, consulta prenatal de primera vez y subsecuente, aplicación de toxoide tetánico, ministración de hierro y ácido fólico a embarazadas, promoción de lactancia materna, identificación y referencia de mujeres con embarazo de alto riesgo, consejería en planificación familiar, atención del parto eutócico (normal), atención del puerperio y educación para la salud.

En términos generales, el PBSS se apega a la *Norma*, pero deja fuera los estudios de laboratorio (biometría hemática com-

pleta, glucemia, VDRL, grupo sanguíneo, examen general de orina), que están incluidos en ella. El examen de orina es importante para detectar infecciones renales que pueden anteceder a la toxemia de embarazo (primera causa de muerte materna); la biometría hemática permitiría detectar, entre otras cosas, deficiencias nutricionales que complican los embarazos y que pueden producir hemorragias durante el embarazo y el parto (segunda causa de muerte materna) y graves daños a la salud de la madre (Eibenschutz, 2003). En este sentido, el PBSS incumple la *Norma oficial*, pero en la práctica, como han dejado ver los testimonios, no se proporciona ni siquiera el PBSS.

La opinión de las indígenas dista mucho de las promesas oficiales: los servicios médicos no son accesibles; la consulta prenatal voluntaria es esporádica o nula; el Programa Oportunidades, más que dar consulta a embarazadas, hace un burocrático "pase de lista", y nadie puede faltar, so pena de perder los subsidios; las mujeres dicen que cuando tienen dudas o molestias no son escuchadas por los médicos y que en algunas ocasiones los médicos les "perdonan" las pláticas de salud para poder irse rápido. Como ya se dijo, sienten que la atención que reciben de los médicos es deficiente y hay maltrato, pero también hay saldos positivos: las mujeres dicen que unos cuantos médicos son amables (10 o 20%) y están francamente interesados en su salud.

Lejos de esta apreciación crítica, los reportes gubernamentales son optimistas: si en 1994 se contaban 10 millones de mexicanos sin servicios de salud, en el año 2000 se dijo haber superado prácticamente el rezago; por tanto, todas las madres tendrían acceso cuando menos al PBSS. Los 10 millones de "nadahabientes" fueron cubiertos por el Programa de Ampliación de Cobertura (8.1 millones de personas, 5 millones de las cuales residían en municipios indígenas).²³ El Programa de Apoyo a Zonas Indígenas cubre 531 localidades con poco más de 300 000 indígenas.²⁴

²³ El PAC operaba con 1 552 médicos, 1 538 enfermeras, 1 604 paramédicos y 434 empleados de apoyo y administrativos; tenía 1 345 equipos de salud itinerantes, 12 000 auxiliares de salud y 11 597 Comités de Salud. Proporcionaba atención a más de 40 000 localidades de 866 municipios en 19 entidades (Poder Ejecutivo Federal, 2000).

²⁴ Se construyeron 17 unidades de salud, se ampliaron otras 12 y se rehabilitaron 49 (*idem*).

El Progreso, hoy Oportunidades, atiende a 2.6 millones de familias, y el IMSS-Solidaridad, hoy IMSS-Oportunidades, a 16 000 localidades marginadas de 17 estados, con 11 millones de personas²⁵ (Poder Ejecutivo Federal, 2000). En conjunto, la cobertura oficial de estos programas abarca a 22 millones de personas, 89% del total de pobladores rurales (INEGI, 2001). Si estos números fueran ciertos no habría problema, pues se reporta que en el medio rural hay 17% de derechohabientes.

Más cifras oficiales: en 1991 existían 537 unidades médicas de primer nivel (unidades médicas para consulta) y cuatro de segundo nivel (hospitales generales) en las comunidades indígenas. En 1997 la infraestructura se elevó a 2 035 y a 31 respectivamente (Ssa, 2001). Pero basta salirse de la numeralia y oír no sólo las críticas de las indígenas en los talleres, sino las quejas y demandas de los propios trabajadores de la salud, para darse cuenta de que estos servicios están desmoronándose: apenas en enero de 2003 la prensa reportó:

Desde las zonas rurales más pobres y apartadas del país, llegaron... a la ciudad de México cientos de médicos y personal auxiliar del programa IMSS-Oportunidades, para exigir condiciones laborales mínimas, como jornada de ocho horas, seguridad social y derecho a empleo fijo... Laboran 36 horas seguidas... y ante la ausencia de galenos, las auxiliares atienden partos y hemorragias... Pero además, son los que "dan la cara a la comunidad" al aplicar una veintena de programas de salud y sociales básicos [Martínez, 2003].

En estas condiciones, ¿será posible la atención integral del embarazo, parto y puerperio?, ¿será posible exigir calidad y calidez a los prestadores de servicios? Sobre el Hospital Juárez de la capital del país, los médicos dicen:

Las embarazadas llegan a dar a luz... y son recibidas, aun cuando por falta de equipo y personal... la seguridad de la madre y el bebé sea nula... si bien [el hospital] está abierto las 24 horas, en

²⁵ IMSS-Solidaridad reportaba 3 540 unidades médicas de primer nivel, 69 hospitales rurales y 225 microrregiones en las que se atiende a beneficiarios de Progreso (*idem*).

las noches y fines de semana no es seguro que haya un solo doctor para atender urgencias... en el área de ginecobstetricia... conviven las mujeres en labor de parto, las que ya dieron a luz, el cunero patológico... e incluso pacientes de cirugía ginecológica, sin que exista entre ellos separación alguna que elimine los riesgos de infecciones por virus o bacterias [Cruz, 2003].

Si así están los servicios en el centro del país, ¿qué puede esperarse en las regiones indígenas?

En Valle Nacional (Oaxaca), luego de que en el taller las mujeres protestaron airadamente por el trato que reciben en el Centro de Salud, entrevistamos a la médica residente:

Aquí trabaja una doctora que es la directora del Centro, otra médica y yo, que soy residente. También hay varias enfermeras. La directora del Centro no da consulta, sólo dirige el centro; la otra doctora entra a las ocho y se va a las dos y media. Somos las residentes [doctora y enfermera] quienes damos consulta por la mañana y por la tarde, estamos de guardia todas las noches y también los fines de semana. Hay veces que no podemos ni salir a comer. No nos damos abasto. La directora debía trabajar. Hemos pedido horario, tenemos derecho de salir a comer. La gente tiene un mal concepto de este Centro porque hay largos tiempos de espera en la consulta. Nosotras, con tanto paciente, estamos ante una disyuntiva: o damos calidad y tiempo o recibimos rápido [Cruz, entrevista, 2002].

Otra entrevista realizada en Ometepec, Guerrero, tampoco permite hacer cuentas muy alegres:

El edificio de este hospital regional es bonito, pero la dotación de medicamentos ha bajado. Antes teníamos el cuadro básico, ahora vamos a la farmacia y está semivacía. Los pacientes tienen que comprar sus medicinas y, a pesar de todo, la institución tiene más capacidad de trabajo [Cortés Torreblanca, entrevista, 2002].

Los programas oficiales ofrecen escasos, deficientes y caros servicios de salud para las indígenas. En parte por estas razones, en parte por costumbre y preferencia, muchas siguen

buscando a las parteras. Veamos quiénes son estas prestadoras de servicios.

Una encuesta realizada a 11 254 parteras de todo el país arroja los siguientes datos: de cada 100 parteras, 83 son mayores de 40 años; sólo 61 saben leer y escribir; 84 hablan español, 10 hablan español y otro idioma, 5 sólo hablan otro idioma; 47 viven en regiones muy marginadas, 40 en viviendas en malas condiciones, 45 en localidades donde no hay servicios de salud (Sentíes *et al.*, 1994). Como puede verse, la mayoría de las parteras comparte rezagos educativos y sociales con las mujeres que habitan en zonas pobres, pero su trabajo es esencial, pues 45 de cada 100 residen en localidades sin otra opción de servicios de salud.

En la misma encuesta se reporta que de cada 100 parteras, 35 aprendieron solas a atender partos, 68 han recibido alguna capacitación, 52 recibieron capacitación sobre embarazos de alto riesgo; 81 atienden los partos en casa de las pacientes, 11 en casa de la partera y 2 en unidad de la Ssa; 92 dicen lavarse las manos antes de atender un parto, 71 se desinfectan las manos, 75 lavan a la paciente, 39 desinfectan a la paciente, 81 usan paños limpios, 17 se ponen bata estéril, 36 usan guantes estériles y 32 usan otros materiales estériles; 26 atienden el parto en el suelo, 70 en la cama; 13 colocan a la mujer arrodillada durante el parto, y 5 en cuclillas; 69 acomodan al niño, 62 soban y 34 acostumbra hacer fuerza en el vientre para que salga el niño; 51 dan consulta posparto; 25 reportan usar remedios durante el embarazo, 29 en el parto y 17 en el puerperio; 26 usan remedios para apresurar el parto y 22 usan medicamentos para el mismo fin; en caso de complicaciones, 45 acuden a médico o enfermera y 42 a alguna unidad de salud (*idem*). Otro estudio realizado en el estado de Morelos concluye que de cada 100 parteras sólo 55 percibían el riesgo relacionado con la paridad, 44 el asociado al espacio intergenésico, 41 los derivados de embarazos anteriores, y 36 los que se vinculan con enfermedades y operaciones previas. La mayor percepción del riesgo (67 de cada 100) fue sobre disminución de movimientos fetales, y la menor (11) estaba relacionada con embarazos de mujeres muy jóvenes (García *et al.*, 1992).

Como se ve, la capacitación de las parteras ha sido una tarea inconclusa, de modo que muchas no están suficientemente preparadas para cumplir la función vital que tienen en las comunidades indígenas y rurales. Ni siquiera las prácticas asépticas del parto se han generalizado; y apenas la mitad de las parteras ha recibido cursos para identificar embarazos de alto riesgo que tendrían mayor probabilidad de muerte. Muchos médicos que atienden en estas zonas —dicen las indígenas— tampoco se salvan de problemas, pues a su inexperiencia (en su mayoría son pasantes) se suma su afán de irse y su reticencia a atender a gente pobre e indígena.

La salud de embarazadas, parturientas o puérperas indígenas no está asegurada ni por médicos e instituciones modernas, ni por parteras y médicos tradicionales. Aunque ambas opciones requieren mejorar, ninguna de ellas aislada podría resolver el reto de reducir sustancialmente los índices de mortalidad materna en las comunidades indígenas.

LAS FALSAS DISYUNTIVAS

No podrás morir.
Debajo de la tierra
no podrás morir.

JAIME SABINES

Pese a las deficiencias en la preparación y desempeño de las parteras y al hecho de que ante una complicación del embarazo o el parto puede ser decisiva la atención médica, hay razones de peso para sugerir un reposicionamiento a favor de las parteras en vez de medicalizar totalmente la atención de las embarazadas.

En primer lugar, aunque se quisiera, es difícil sustituirlas, quizá no falten médicos²⁶ sino espíritu de servicio y disposi-

²⁶ La Organización Mundial de la Salud considera aceptable que haya un médico por cada 1 000 habitantes, la media en México es de 1.13 (Ssa, 2002a).

ción de los galenos, pues las mujeres perciben que, para ellos, ir a trabajar a una zona indígena es como un castigo contra el que se rebelan a través del cuerpo y la atención de las pacientes, castigo del que huyen tan pronto tienen oportunidad; en segundo lugar, porque una opción medicalizada no sólo requiere disposición sino recursos financieros que ni los últimos tres gobiernos ni el presente han estado dispuestos a ampliar (más adelante se tocará este punto). En tercer lugar, las parteras son depositarias de un saber ancestral poco reconocido por el modelo médico hegemónico, saber que es patrimonio cultural de los pueblos indígenas, no sólo reliquia del pasado sino cultura viva y, en algunas situaciones, superior a la opción moderna.²⁷ En cuarto y último lugar, este saber está asociado a un grupo social subordinado, y por ese hecho, el reconocimiento comunitario e institucional del saber de las parteras contribuye a una valoración social de las mujeres. El problema entonces no es cómo sustituir o desplazar a estas trabajadoras de la salud, sino cómo apoyar su preparación para que cumplan eficaz y responsablemente su labor, cómo capacitarlas para reconocer sus límites ante los riesgos de la maternidad; cómo retribuir un saber, una experiencia y un trabajo que debería ser costado por el Estado.

No se trata de excluir a los médicos. Se requiere reconocer su saber, su trabajo, y las potencialidades y retos de la medicina moderna y sus instituciones, pues, como se ha visto a lo largo del texto, no sólo hay fallas en el discurso escrito o en la infraestructura de servicios, sino en la práctica de los médicos: desde la inexperiencia hasta el maltrato y la discriminación hacia las indígenas, pasando por la calidad de sus servicios. Sin resolver estos retos tampoco será posible abatir la muerte materna. Los recursos financieros para solventar muchísimas necesidades de las instituciones médicas y una actitud más abierta y dialogante de médicos y enfermeras con parteras y mujeres indígenas son clave para mejorar sus servicios.

²⁷ Según testimonios de las parteras, la "manteada" para acomodar al bebé evita cesáreas. En algunos países, como Japón, donde las parteras tienen un gran reconocimiento y atienden un elevado porcentaje de nacimientos, las cesáreas sólo representan 10%, mientras que en México este porcentaje es de 35% (Ssa, 2002).

En este terreno tampoco se tiene que comenzar de cero. Entre las experiencias más recientes que pudimos conocer, se encuentra una en la que medicina tradicional y moderna han entablado un diálogo más respetuoso y horizontal que está arrojando luces y resultados alentadores: nos referimos al Plan Piloto de Salud Reproductiva, iniciado en 1997 en Cuetzalan, Puebla. El 70% de los habitantes de este municipio habla náhuatl y el Plan Piloto va dirigido precisamente a la población indígena.

Se da una atención integral: desde el embarazo hasta el puerperio. Hay médicos permanentes, pero en interrelación con las parteras; así que algunas parteras llevan a sus pacientes a las unidades médicas, a las casas de salud o al Hospital General y allí las atienden. También pueden referir sus casos complicados y los aceptamos. Trabajamos más coordinados. Para establecer una mejor relación entre institución y médicos tradicionales buscamos asesoría psicopedagógica, para ver cómo podría integrarse la institución con el personal comunitario. A los médicos nos cuesta mucho trabajo. La atención a las pacientes es gratuita. Además hay un albergue para que cuando los pacientes llegan fuera de las horas de consulta o antes del parto, tengan dónde dormir sin pagar nada [Molina, 2002].

Aquí, a algunas dificultades logísticas (como hospedaje), obstáculos económicos (como el costo de los servicios), o preferencias por un tipo de atención que en ciertos casos puede conllevar riesgos (como la atención de parteras en casos complicados), se les ha dado una respuesta aceptable para embarazadas y parteras. Según la coordinadora del Plan Piloto, disminuyeron a cero los casos de muerte materna en el año 2001. Quizá desde aquí se marcan directrices que, adaptadas a otras regiones y circunstancias, pueden ser una alternativa viable.

Ello exige modificar concepciones, normas, programas y enfoques institucionales, para dar cabida a una relación complementaria, incluyente y horizontal entre medicina tradicional y moderna en la atención materna para mujeres indígenas y rurales. Es obvio que se necesitan más recursos financieros que los destinados actualmente a los programas vigentes.

EL DINERO O LA VIDA

Anochece tan claro que me puedo desnudar.
Así, cuando la muerte venga a buscarme,
mi ropa solamente encontrará.

CARLOS PELLICER

Hay pendientes en la política para salud materna, pero los programas oficiales contienen propósitos plausibles y una comprensión cada vez más fina del problema. Sin embargo, la "prueba de los pesos" hace evidente que los recursos financieros no corresponden a los diagnósticos ni a los propósitos: mientras en 1997 el gasto social casi recuperaba los niveles de 1994,²⁸ el gasto en salud reproductiva representaba apenas 73% de lo gastado en 1994. Quedó rezagado, pues el desplome no obedece a una reducción de necesidades, problemas o compromisos gubernamentales en torno a la salud reproductiva (cuadro 9).

El recorte en salud reproductiva no ha sido parejo (cuadro 10). Fue planificación familiar (que incide en la salud materna) el que sufrió el desplome más severo (apenas cuenta con 38 centavos por cada peso que tuvo en 1994). Los presupuestos de Conapo y Coespos también cayeron a 57%. Los recursos que más inciden en la información, consejería, orientación, educación y comunicación de los usuarios, estratégicos para una maternidad elegida y una actitud preventiva, fueron los más castigados. El gasto en salud materna también sufrió una caída significativa: se redujo a 75% de su presupuesto de 1994. A pesar de su recorte, el gasto en salud materna (95%) es el más cuantioso de la salud reproductiva (cuadro 10).

"Salud materna" integra tres gastos (cuadro 11): Salud materno-infantil (programa y dinero que se comparte con infantes y que gasta 10% del gasto en salud materna), Consulta externa ginecobstétrica (3% del gasto total) y Hospitalización

²⁸ Recuérdese que luego de los "errores de diciembre" de 1994, se contrajo la economía y, consecuentemente, el gasto público, de modo que apenas en 1996 empezó a recuperarse este gasto. Siguiendo esa tendencia, en el 2000 el gasto social rebasó casi 20% su nivel de 1994.

CUADRO 9. Evolución del gasto social y del gasto en salud reproductiva, 1994-1997
(millones de pesos de 1994)

Año	Gasto social		Gasto en salud reproductiva	
	\$	%	\$	%
1994	124 587.64	100.00	4 245.40	100.00
1995	98 796.54	72.30	3 348.68	78.88
1996	104 531.32	83.90	3 049.26	71.83
1997	117 341.53	94.18	3 087.21	72.72

FUENTE: elaboración propia con base en datos de Poder Ejecutivo Federal, 2000, VI Informe de Gobierno del Presidente Ernesto Zedillo Ponce de León, México; Ssa, 1994, 1995, 1996 y 1997. Boletín de Información Estadística de la Ssa, México; y Consejo Nacional de Población, 1999. Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, México, informe, México, Comité Técnico para la Revisión de Avances CIPD+5.

CUADRO 10. Evolución del gasto en salud reproductiva, 1994-1997
(miles de pesos de 1994)

Concepto	1994		1995		1996		1997	
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
Planificación familiar	334 437.2	100	184 193.1	55.08	213 922.2	63.96	128 017.2	38.28
Salud materna	3 869 766.8	100	3 135 537.6	81.0	2 820 997.4	72.9	2 931 791.6	75.76
Presupuesto VIH-Sida	11 000.0	100	8 029.8	73.11	6 936.5	63.06	10 001.1	90.92
Conapo y Coespos	30 200.4	100	20 920.4	69.27	17 406.3	57.64	17 399.2	57.61
<i>Total en salud reproductiva</i>	4 245 404.4	100	3 348 680.9	78.88	3 049 262.4	71.83	3 087 209.1	72.72

Fuente: elaboración propia con base en Ssa, 1994, 1995, 1996 y 1997, *Boletín de Información Estadística de la Ssa, México* (para planificación familiar, salud materno-infantil, consulta externa ginecobstétrica y hospitalización ginecobstétrica). Los gastos de VIH-Sida y del Conapo y Coespos fueron tomados de Consejo Nacional de Población, 1999, *Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, México, Informe*, México, Comité Técnico para la Revisión de Avances CIPD+5.

CUADRO 11. Evolución del gasto en salud materna, 1994-1997
(miles de pesos de 1994)

Concepto	1994		1995		1996		1997	
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
Salud materno-infantil	415 373.7	100	302 637.1	72.86	289 920.4	69.80	318 673.4	76.72
Consulta externa ginecobstétrica	135 915.6	100	103 634.1	76.25	111 712.0	82.20	88 968.0	65.46
Hospitalización ginecobstétrica	3 318 477.5	100	2 729 266.4	82.24	2 419 365.0	72.91	2 524 150.2	76.06
Total	3 869 766.8	100	3 135 537.6	81.0	2 820 997.4	72.9	2 931 791.6	75.76

FUENTE: elaboración propia con base en Ssa, 1994, 1995, 1996 y 1997. *Boletín de Información Estadística de la Ssa, México*. El gasto en Consulta externa ginecobstétrica y en Hospitalización ginecobstétrica se estimó aplicando al total de Consulta externa y al total de Hospitalización general los porcentajes correspondientes a la Consulta ginecobstétrica y a los Egresos hospitalarios ginecobstétricos.

ginecobstétrica (gasto en partos y en otras hospitalizaciones obstétricas que consumen 86% del dinero). A pesar del peso que tiene el gasto en hospitalización, en 1998, 21% de los nacimientos ocurrían en domicilio particular, lo que indica que para garantizar atención médica durante el parto habría que incrementar en 21% el presupuesto para hospitalización.

A partir de 1998, una nueva presentación de la estadística presupuestal impide dar continuidad a esta serie. En el año 2002 aparece el presupuesto del Programa Arranque Parejo en la Vida (para salud materno-infantil), cuyo monto total, 67 millones de pesos (Equidad, 2002), permitiría disponer de sólo 470 pesos diarios en los 391 municipios que concentran 70% de las muertes maternas, cifra ridícula ante los problemas y carencias que viven las madres de estos municipios y ante las promesas y metas del propio programa (disminuir en 35% la tasa de mortalidad materna). El Arranque Parejo intenta apoyarse en la caridad de una sociedad muy dispareja, pues entre sus "componentes estratégicos" se halla el "conformar una red de apoyo estatal para la gestión de recursos financieros y materiales externos a las instituciones del sector salud necesarios para la operación del programa" (Ssa, 2002b).

No se trata de rechazar donaciones, pero cuando un programa público tan ambicioso como Arranque Parejo en la Vida (en promesas supera al PBSS) tiene un presupuesto tan insignificante, no sólo dispensa al Estado su responsabilidad social en materia de salud y de salud reproductiva, sino que difícilmente logrará sus metas a base de caridad; más aún si vemos que el gasto público per cápita en los cinco estados que nos ocupan es menor a la media nacional (cuadro 12) y que, previsiblemente, en las zonas indígenas este gasto es menor al de sus medias estatales.

Alguien paga el ahorro estatal: tan sólo los partos atendidos por parteras tendrían un costo mínimo de 250 millones de pesos anuales (cuadro 13), millones de pesos que salen del bolsillo de las embarazadas, o que, cuando la economía familiar lo impide, arriesgan la salud y la vida de éstas.

Habría que agregar el ahorro en retribuciones a auxiliares de salud que proporcionan servicios indispensables y sólo re-

CUADRO 12. *Gasto per cápita nacional y estatal, 1999*
(pesos y porcentaje)

<i>Entidad</i>	<i>Gasto per cápita en salud</i>	<i>% respecto a la media nacional</i>
Guerrero	685.8	56
Michoacán	622.9	51
Oaxaca	608.2	50
Puebla	664.0	55
Veracruz	882.7	73
<i>Media nacional</i>	<i>1 214.8</i>	<i>100</i>

FUENTE: elaboración propia con base en datos de Ssa, 2001.

ciben 300 pesos mensuales: en el Programa de Ampliación de Cobertura laboran alrededor de 12 000 (Poder Ejecutivo Federal, 2000) y en IMSS-Solidaridad (hoy IMSS-Oportunidades), alrededor de 14 000 Comités de Salud, con al menos un promotor capacitado en cada uno. Un ahorro de 312 millones de pesos,²⁹ y en total hablamos de 560 millones de pesos anuales.

La "prueba de los pesos" muestra que la salud y la muerte de las mujeres indígenas que van o iban a ser madres sigue siendo un asunto secundario para las finanzas públicas, a pesar del discurso y los compromisos adquiridos ante los mexicanos y en foros internacionales.

²⁹ Considerando que el salario mínimo de 2003 es de 43.65 pesos y que ellos reciben mensualmente 300 pesos, se estimó un "ahorro" de 1 000 pesos mensuales por auxiliar y se multiplicó por 12 para hacer el cálculo anual.

CUADRO 13. Estimación del gasto público ahorrado gracias a los nacimientos atendidos por parteras o enfermeras, 1998

Entidad	Nacimientos registrados	Nacimientos atendidos por partera o enfermera	% de nacimientos atendidos por partera o enfermera	Ahorro del gasto público* (pesos)*
Nacional	2 668 428	563 038	21.1	252 804 062
Guerrero	98 217	48 420	49.3	21 740 580
Michoacán	123 253	23 664	19.2	10 625 136
Oaxaca	107 094	56 546	52.8	25 389 154
Puebla	156 383	48 479	31.0	21 767 071
Veracruz	218 849	92 792	42.4	41 663 608

FUENTE: elaboración propia con base en información de INEGI, 2001, y de las tarifas de la Ssa reportadas por los Servicios Médicos Asistenciales.

* El ahorro se estimó multiplicando el número de nacimientos atendidos por partera o enfermera (casi idénticos a los partos en domicilio particular) por la tarifa de un parto normal (449 pesos, nivel 3) en la Secretaría de Salud, tarifa que coincide con el cobro medio de las parteras reportado por las indígenas en los talleres.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La muerte materna tiene *causas clínicas*, pero llegar a morir por aborto, hemorragias en el embarazo o el parto, por toxemia de embarazo o complicaciones del puerperio, se asocia a *factores socioeconómicos*, en particular a la pobreza en que vive la mayoría de la población indígena, pobreza que se expresa en desnutrición, escasa escolaridad y falta de recursos para sufragar gastos de salud; *factores socioculturales*, costumbres y normas comunitarias que propician embarazos no deseados, tempranos, frecuentes o tardíos; *relaciones asimétricas de género*, que dificultan a las mujeres la toma de decisiones sobre su vida sexual y reproductiva, que las hacen víctimas de violencia y que colocan su salud en un lugar secundario en el contexto familiar y comunitario; *problemas logísticos*, como lejanía de las unidades médicas y hospitales, caminos difíciles o incomunicación en tiempo de lluvias y carencia de transporte en emergencias; *restricción de servicios institucionales*, sea por horario y calendario o porque se carece de personal, medicamentos y equipo; *deficiencias de calidad y calidez de los servicios*, que se expresan en la escasa escucha de los médicos a la usuaria —lo que pone en duda la certeza de sus diagnósticos—, en tratamientos o medicación sin explicitar diagnósticos ni pronósticos y en trato despectivo hacia las indígenas; *desencuentros culturales*, incomprensión lingüística que no intenta solucionarse desde las instituciones médicas, y concepciones distintas de salud y enfermedad que se tratan jerárquicamente, devaluando sin evaluar, conocimientos y prácticas como los de las parteras; *problemas presupuestales*, pues es claro que los recursos públicos para salud rural e indígena son insuficientes para cumplir los compromisos contraídos y para garantizar la salud materna.

La atención a un problema tan complejo y con tantas aristas tiene que ser necesariamente multifacética y paulatinamente articulada, pues abarca desde cuestiones presupuestales hasta políticas sociales; desde servicios de salud hasta servicios de vivienda; desde el sector público hasta la vida privada de familias y parejas; desde los usos y costumbres comunitarios hasta los usos, costumbres y modernas prácticas del personal de salud; desde medidas preventivas hasta medidas curativas; des-

de acciones urgentes de corto plazo, hasta aquellas cuyos resultados serán visibles en el mediano o largo plazos. Vayamos por partes.

Complicaciones de aborto, problemas de parto, toxemia, complicaciones del puerperio y hemorragias pueden ser la causa última de una muerte materna. Hay que evitar que se llegue a ellas: la consulta prenatal no sólo debería promoverse sino proporcionarse realmente, superando actitudes burocráticas o el "pase de lista" a que se reduce la consulta en algunos programas sociales. Tampoco es admisible que ese "pase de lista" sea condición para recibir subsidios. Pero cuando la prevención no existe o ha sido insuficiente, hay que atender la complicación o urgencia médica en el momento, lo que requiere acceso a servicios de segundo nivel (hospitales). Aquí desempeña un papel importante el tiempo, pues la mayor parte de los decesos se presenta en el parto y las 24 horas siguientes. En primer lugar, se necesita detectar oportunamente la complicación y el riesgo para buscar ayuda a tiempo, y esto exige preparación de las parteras y de las propias mujeres; en segundo lugar, hay que asegurar una atención gratuita en caso de emergencia, pues la falta de recursos frena la búsqueda de atención médica; en tercer lugar, se necesita crear una red de comunicación (por teléfono o radio) y apoyo comunitario o intercomunitario para facilitar el transporte a cualquier hora, y en esto debe hacerse partícipe a los ayuntamientos y a personas de las comunidades que cuenten con vehículo; en cuarto lugar, se requieren horarios y calendarios continuos de atención en hospitales, pero también se necesita personal, equipo y medicamentos, así como servicios de calidad en atención a embarazadas, parturientas y puérperas.

Todo ello exige reconocer que, aunque las políticas preventivas que se dan a través del PBSS son importantes, también se requieren acciones curativas: el PBSS debería incluir los estudios de laboratorio establecidos en la NOM (ahora fuera del paquete) y, a sabiendas de que casi toda la población indígena es pobre y que la salud es un derecho social, deberá haber gratuidad total de los servicios durante el embarazo y el parto, más aún en regiones marginadas indígenas y rurales.

A diferencia de otras complicaciones, que en general permitirían recibir atención médica si se sale a tiempo de las comunidades, las derivadas del aborto arriesgan la vida en cuestión de minutos, lo que exige una atención *in situ*. El entrenamiento de las parteras para atender abortos incompletos y hemorragias fatales resultaría estratégico para evitar estas muertes.

Las parteras son imprescindibles para lograr la salud materna en zonas indígenas; y no se trata de "aguantar" con parteras mientras llegan los médicos, sino de valorar alcances y límites de su importante labor, así como de apoyarlas en su desempeño. Se hace imprescindible una norma oficial que regule el trabajo de las parteras, pero no basta, hay que modificar las relaciones y las prácticas: el diálogo intercultural entre médicos y parteras permitiría reconocerse unos a otros, aprender unos de otros y apoyarse unos a otros sin devaluaciones, prejuicios o discriminaciones. Abrir este diálogo no sólo será un acto de justicia hacia estas trabajadores de la salud, sino un paso para mejorar la salud materna.

La información y educación que hasta hoy proporcionan diversos programas e instituciones, sobre todo por medio del paquete básico de servicios de salud, tienen un doble efecto: por un lado, tienden a modificar positivamente las prácticas reproductivas, fortalecen la autonomía y responsabilidad de las mujeres; por el otro, presionan e imponen, o son sordos a dudas, necesidades, preferencias y temores de las usuarias; trabajan casi exclusivamente con mujeres y privilegian la salud reproductiva sobre la sexual. Estas limitaciones de los programas oficiales hace dudar del cumplimiento de los derechos reproductivos de mujeres y varones. Poner por delante los derechos, el bienestar de las personas, la autonomía basada en la información y la decisión libre, la equidad entre los géneros, pensar en la salud sexual y no sólo en la regulación reproductiva, es clave para mejorar la salud sexual y reproductiva y para que cuando menos algunas promesas de la modernidad sean realidades apreciadas por las mujeres y las comunidades indígenas.

Generar procesos de reflexión y cambio cultural en las comunidades indígenas es una tarea impostergable y estratégi-

ca. Ni acciones ni resultados son de corto plazo; por su naturaleza, los cambios culturales implican movimientos lentos y profundos. Si las comunidades indígenas son y han sido sociedades abiertas al cambio en diversos planos, en este caso habría que apoyarse en los núcleos que por ahora encabezan cambios en la vida sexual y reproductiva: sea porque en carne propia viven los estragos de una maternidad obligada o negada y de una sexualidad controlada socialmente sin considerar deseos o decisiones personales, sea porque los programas de salud sexual y reproductiva van dirigidos casi exclusivamente a ellas, sea porque al salir de sus regiones aprenden nuevos valores y formas de relación social, sea porque cumplen nuevas funciones en las comunidades; las mujeres indígenas están encabezando un cambio cultural profundo que debe apuntalarse. Es preciso allegarles más información, orientación y educación, pero los varones también deben ser incorporados, no sólo en el diseño de políticas, sino en las acciones reales que se derivan de estos programas. Es indispensable un cambio en las relaciones de género que apunte hacia la equidad para construir una nueva hegemonía política y cultural.

Aunque, en efecto, en los sistemas normativos indígenas hay elementos opuestos a los sistemas normativos que surgen de una concepción más moderna del derecho, como los derechos sexuales y reproductivos, para la población indígena, especialmente para las mujeres, ni usos y costumbres indígenas ni los derechos reproductivos que dicen promover las instituciones respetan sus deseos y decisiones; en la práctica ambas incumplen sus derechos. El debate sobre usos y costumbres indígenas/derechos reproductivos debería rebasar el terreno del discurso escrito y la teoría para modificar realmente la práctica. El cambio no sólo compete a las comunidades indígenas, sino al personal de las instituciones públicas que se encargan de la salud reproductiva en zonas indígenas.

Finalmente, hablar no cuesta, pero llevar a cabo las acciones exige ponerse a tono con los recursos financieros. Tan sólo retribuir el trabajo impago que realizan auxiliares de salud y parteras exigiría un aumento presupuestal considerable; dotación de equipo, medicamentos y materiales, pago justo al per-

sonal médico de instituciones públicas de salud; recursos para campañas de información, orientación, comunicación. Todo exige más recursos financieros.

FUENTES DE INFORMACIÓN

BIBLIOGRÁFICAS Y HEMEROGRÁFICAS

- Arroyo, Pedro, 1994, "Nutrición y salud reproductiva", en María del Carmen Elú y Ana Langer (eds.), *Maternidad sin riesgos en México*, México, Instituto Mexicano de Estudios Sociales/Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México.
- Boltvinik, Julio, 2003a, "Pobreza indígena en 2000", *La Jornada*, 11 de abril de 2003.
- , 2003b, "Pobreza indígena por tamaño de localidad", *La Jornada*, 18 de abril de 2003.
- Consejo Nacional de Población, 1999, *Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, México, Informe, México, Comité Técnico para la Revisión de Avances CIPD+5.
- Conapo, 2000a, *V Informe de avances del Programa Nacional de Población 1995-2000*, México, Consejo Nacional de Población.
- Conapo, 2000b, *Cuadernos de la salud reproductiva: república mexicana*, México, Consejo Nacional de Población.
- Conapo, 2001, *Cuadernos de la salud reproductiva*, tomos sobre Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz, México, Consejo Nacional de Población.
- Cruz, Ángeles, 2003, "De puro milagro no se nos han muerto los bebés", *La Jornada*, 22 de febrero de 2003.
- De la Fuente, Juan Ramón, 1996, *La descentralización de los servicios de salud: una responsabilidad compartida*, t. II, México, Consejo Nacional de Salud.
- "Equidad de género, ciudadanía y familia, 2002", *Agenda de estadísticas básicas del Presupuesto Federal de Egresos, 2002*, México.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1998, *Programa de acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994*, Estados Unidos.
- Freyermuth, Graciela, 2002, "Los programas de Ampliación de Cobertura y Arranque Parejo en la Vida en los Altos de Chiapas: ¿esfuerzos suficientes para abatir la muerte materna en el contexto multicultural?", México, CIESAS-Sureste (inédito).
- Freyermuth, Graciela y Victoria Jiménez, 2000, "Retos, realidades y acciones en torno a la muerte materna en los Altos de Chiapas: de las

- preparatorias de El Cairo hasta Beijing", en Gisela Espinosa (coord.), *Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México: una mirada a la situación nacional y a cuatro estados*, México, El Atajo Ediciones/Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población/Universidad Autónoma Metropolitana.
- Galante, Cristina y Martha Aída Castañeda, 1997, "Mujer-partera: figura central de la salud reproductiva en el medio rural", en Esperanza Tuñón Pablos (coord.), *Género y salud en el sureste de México*, México, El Colegio de la Frontera Sur/Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- García Barrios, Cecilia, Xóchitl Castañeda Camey, Xóchitl Romero Guerrero y Dolores González Hernández, 1993, "Percepción de las parteras sobre factores de riesgo reproductivo", *Salud Pública de México*, núm. 35, México, Instituto Nacional de Salud Pública.
- INEGI, 2001, *Mujeres y hombres en México*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
- Martínez, Fabiola, 2003, "Personal de IMSS-Oportunidades exige condiciones laborales mínimas", *La Jornada*, 7 de enero de 2003.
- Lagunes, Lucía, 1998, "Campaña mundial por una maternidad sin riesgos: mortalidad materna, un problema de justicia social", en el suplemento *Doblejornada de La Jornada*, México, 4 de mayo de 1998.
- Langer, Ana, Bernardino Hernández y Rafael Lozano, 1994, "La morbimortalidad materna en México: niveles y causas", en María del Carmen Elú y Ana Langer (eds.), *Maternidad sin riesgos en México*, México, Instituto Mexicano de Estudios Sociales y Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México.
- Lezana, Miguel Ángel, 1999, "Evolución de las tasas de mortalidad materna en México", en María del Carmen Elú y Elsa Santos Pruneda (eds.), *Una nueva mirada a la mortalidad materna en México*, México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- López Bárcenas, Francisco, 1998, *Entre lo propio y lo ajeno: el sistema electoral consuetudinario en el estado de Oaxaca*, México, Ce-Ácatl.
- Lozano, Rafael, Bernardo Hernández y Ana Langer, 1994, "Factores sociales y económicos de la mortalidad materna en México", en María del Carmen Elú y Ana Langer (eds.), *Maternidad sin riesgos en México*, México, Instituto Mexicano de Estudios Sociales/Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México.
- Nemesio, Margarita, Lourdes Domínguez y Juan Manuel Aurecochea (2003), "Del trabajo ya sé todo... quiero conocer nomás mi nombre", en Juan Manuel Aurecochea Hernández (coord. gral.), 2003, *México, Voces de mujeres*, Instituto Nacional de las Mujeres.
- Poder Ejecutivo Federal, 2000, *VI Informe de Gobierno, 1 de septiembre de 2000*, México, Presidencia de la República.
- Robles, Héctor y Luciano Concheiro, 2002, *Características básicas de los ejidos y comunidades con población indígena*, México, inédito.

- Sheffield, Jill, 1999, "Diez años de la Iniciativa MSR: recomendaciones de Sri Lanka", en María del Carmen Elú y Elsa Santos (eds.), *Una nueva mirada a la mortalidad materna en México*, México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.
- Sentíes, Yolanda, Fernando Herrera, Diana Leticia Álvarez e Isaías Daniel Gutiérrez, 1994, *El perfil de la partera tradicional en México*, México, Organización Panamericana de la Salud/Secretaría de Salud.
- Ssa, 1994, 1995, 1996 y 1997, *Boletín de Información Estadística de la Ssa*, México, Secretaría de Salud.
- , 1995, *Norma oficial mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*, México, Secretaría de Salud.
- , 2001, *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, México, Secretaría de Salud.
- , 2002a, *Salud: México 2001. Información para la rendición de cuentas*, México, Secretaría de Salud.
- , 2002b, *Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida*, México, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Secretaría de Salud.

PÁGINAS WEB

- LatinSaludmedidores, "Reduciendo la mortalidad materna. Parte I", citado en www.latinsalud.com/temas/reduc/mortmat.htm.
- www.col.ops.oms-org/familia/maternidad/3cifras.
- Informe de *Population Action International*, 2001, en www.populationaction.org/resources/publications
- Indicadores básicos 2001*, citada por www.lainsalud.com/temas/reduc/mortmathtm.
- Soto, "Sobre la muerte materna", *RMS Revista Médica de Santiago*, vol. 3, núm. 12, julio de 2000, citada por www.ms.clnumeros/antteriores/ms12/coment/muer/mat-htm.
- Paquete Básico de Servicios de Salud, Estrategia 3, www.ssaver.gob.mx/ServiciosdeSalud/PaqueteBasicoDeSalud.

ENTREVISTAS

- Dr. José Cortés Torreblanca, médico general del Hospital Regional de la Costa Chica de Guerrero e integrante del Comité por una Maternidad sin Riesgos, 30 de octubre de 2002 (entrevista realizada por Martha Sánchez Néstor).
- Dra. María de los Ángeles Molina Aca, coordinadora de Salud Reproductiva en la Jurisdicción 3, Zacapoaxtla, Puebla, 11 de octubre de 2002 (entrevista realizada por Nellys Palomo Sánchez).

Dra. Alma Cruz San Juan, residente en el Centro de Salud de la Ssa ubicado en Valle Nacional, Oaxaca, 27 de octubre de 2002 (entrevista realizada por Gisela Espinosa).

Dra. Catalina Eibenschutz, profesora-investigadora de la UAM-Xochimilco, 28 de enero de 2003 (entrevista realizada por Gisela Espinosa).

TESTIMONIOS RECOGIDOS EN LOS TALLERES SOBRE EMBARAZO,
PARTO, PUERPERIO Y SERVICIOS DE SALUD

Taller Nacional: 11, 12 y 13 de julio de 2002.

Taller del estado de Guerrero: 30 y 31 de agosto de 2002.

Taller del estado de Veracruz: 6 y 7 de septiembre de 2002.

Taller del estado de Michoacán: 4 y 5 de octubre de 2002.

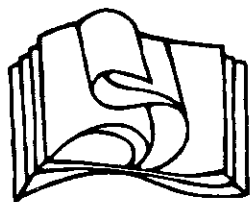
Taller del estado de Puebla: 11 y 12 de octubre de 2002.

Taller del estado de Oaxaca: 26 y 27 de octubre de 2002.

ÍNDICE

<i>Presentación</i>	7
<i>Mortalidad materna: un problema sin resolver. La experiencia del Programa de Ampliación de Cobertura (1996-2002)</i> Dora Sánchez-Hidalgo y Daniela Díaz Echeverría	17
<i>Los programas de Ampliación de Cobertura y Arranque Parejo en la Vida en los Altos de Chiapas: ¿esfuerzos suficientes para abatir la muerte materna en el contexto multicultural?</i> Graciela Freyermuth. Colaboración de Cecilia de la Torre.....	71
<i>La atención médica a la salud materna en Oaxaca: políticas, programas y presupuesto</i> Martha Aída Castañeda	121
<i>Doscientos trece voces contra la muerte: mortalidad materna en zonas indígenas</i> Gisela Espinosa Damián.....	161

La mortalidad materna en México
se terminó de imprimir en abril de 2004
en los talleres de Sans Serif Editores, SA de CV,
Leonardo da Vinci 199, col. Mixcoac, 03910 México, D.F.,
tel. 5611 37 30, telfax 5611 37 37.
serifed@prodigy.net.mx
La edición consta de 1 500 ejemplares
más sobrantes para reposición.



De los pliegues
de la escritura
a los pliegos
de la encuadernación.

serifed@prodigy.net.mx

GRACIELA FREYERMUTH ENCISO realizó estudios de licenciatura en Medicina (UNAM), de maestría en Medicina Social con especialización en Epidemiología Social (UAM-Xochimilco) y de doctorado en Antropología Social con especialización en Antropología Médica (UNAM). Fue profesora de tiempo completo en la UAM Xochimilco de 1983 a 1986. Desde 1988 ingresó al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social del Sureste, del cual fue coordinadora. Ha publicado cuatro libros y varias decenas de artículos, así como materiales de divulgación. Ha emprendido diversas investigaciones en el área de salud y género, todas ellas vinculadas con proyectos de educación popular. Desde 1985 se ha vinculado con el movimiento nacional de mujeres, y actualmente participa en la Red de Mujeres del Sur y en el Foro Nacional de Mujeres. Es secretaria técnica de la red inter-institucional de acciones en contra de la violencia hacia las mujeres en Chiapas. Impulsó la conformación del Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos. Las líneas de su interés son: antropología médica, mortalidad materna, violencia doméstica, políticas de salud, relaciones interétnicas, migración y género, y análisis de presupuestos públicos.

DORA SÁNCHEZ-HIDALGO es licenciada en Relaciones Internacionales por El Colegio de México. En Fundar ha participado en varios proyectos sobre equidad de género y presupuestos. Actualmente realiza un doctorado en Historia de América Latina en la Universidad de Chicago. Entre sus investigaciones más recientes destacan *Desarrollo social y política indigenista en México* y *Migración rural-urbana y movilidad social: un estudio desde una perspectiva de género*.

En México, donde el culto a la madre está profundamente arraigado, los elevados índices de mortalidad materna muestran la otra cara de la veneración discursiva. No hay justificación: prácticamente todos estos decesos son evitables y la salud es un derecho social; pese a ello, al terminar este día habrán fallecido tres o cuatro mujeres por causas asociadas a la maternidad. ¿Cuál es la magnitud del problema? ¿De qué depende la salud, la vida o la muerte de embarazadas parturientas y púerperas? ¿Qué programas públicos y cuántos recursos financieros se destinan a salud materna? Los cuatro ensayos incluidos en este libro abordan estos temas y apuntan a la vez propuestas que buscan erradicar este grave y vergonzante problema.



COORDINADORA NACIONAL DE MUJERES INDÍGENAS