



*México*

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo  
Informe sobre Desarrollo Humano en Chiapas  
Documentos de Trabajo 2010  
Mayo 2010

Informe sobre Desarrollo Humano en Chiapas  
Documento de Trabajo 2010 / 1

**Desiguales en la vida, desiguales para morir. La  
mortalidad materna en Chiapas: un análisis desde  
la inequidad**

Graciela Freyermuth Enciso

# **Desiguales en la Vida. Desiguales para Morir**

## **La mortalidad materna en Chiapas. Un análisis desde la Inequidad**

**Graciela Freyermuth Enciso, Investigadora del CIESAS-Sureste**

### **Introducción**

Este documento describe y analiza las distintas formas en que la inequidad o la desigualdad contribuyen a la muerte de mujeres por causas maternas en Chiapas. Para sus análisis, la epidemiología social ha utilizado el término de equidad como sinónimo de justicia social, siendo estos dos conceptos sustantivamente éticos. Propiamente, la equidad hace referencia a que la distribución de recursos obedezca a las necesidades y no a los privilegios (Braveman, P., Tarimo, B, 2002).

Para Whitehead, el término inequidad tiene una dimensión ética ya que remite a las diferencias -en este caso concreto de muertes de mujeres innecesarias y evitables-, por lo que estas diferencias pueden ser consideradas injustas e incorrectas. La inequidad en salud por tanto, según señala (ISEQ, 2005) es la presencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles en uno o más aspectos que pueden determinar la enfermedad y que se presentan en grupos poblacionales definidos geográfica, demográfica o económicamente. Parafraseando a la propia Whitehead, tales inequidades pueden estar fundadas en la desigualdad de oportunidades para acceder a servicios médicos de calidad y culturalmente competentes; en condiciones de vida inadecuadas determinadas por factores económicos y sociales restrictivos como la lejanía y la dificultad de acceso a servicios de calidad; en la exposición a riesgos para la salud por situaciones de vida particulares (violencia de género, o prácticas y representaciones en torno a la maternidad que alejan a las mujeres del acceso a los servicios), así como en la carencia de atención médica atribuible a discriminación genérica y/o étnica. La mortalidad materna ha sido reconocida como un problema de derechos humanos, ya que al responder la mayoría de las

veces a causas prevenibles, la responsabilidad del Estado no se puede soslayar. Así, la equidad en la producción de los servicios de salud implica que los recursos y servicios del sector salud sean distribuidos y proveídos de acuerdo a la necesidad de la población, y que los mismos estén financiados de acuerdo a la capacidad de pago de la población (Ibídem).

Un enfoque de salud basado en derechos incluye los siguientes principios: no retroceso y progreso adecuado; no discriminación y equidad; participación significativa; rendición de cuentas, y el desarrollo de estrategias multisectoriales (PHR, CCESC, ECOSUR, 2006).

El género y la etnia han sido considerados como factores determinantes en la desigualdad de oportunidades para el acceso a los servicios; son elementos distintivos que posicionan de una manera particular a las mujeres para recibir una atención primaria o integral en caso de presentar una emergencia obstétrica que puede llevar al fallecimiento. La muerte materna no puede ser escrutada al margen de las políticas y programas encaminados a procurar embarazos saludables, ni de las formas en que la población concibe el proceso salud/enfermedad/atención durante la maternidad.

El proceso de la maternidad es un evento cotidiano y cuyo significado se va interiorizando desde que el sujeto nace hasta que muere. Este proceso se vive simultáneamente de dos maneras: individual/objetiva y colectiva/simbólica. Una mujer vive y siente su maternidad, pero el significado que esta maternidad adquiere para ella se matiza por la respuesta que recibe de su entorno a su condición de gestante. El significado que adquiere la maternidad para una persona en particular puede ser distinto al que la colectividad le confiere, y esto será diferencial dependiendo de la cultura de que se trate y de la posición que la mujer tenga en su familia en un momento determinado (dependiendo de su adscripción étnica, genérica y generacional). La mujer y su familia sienten y viven la maternidad, y la sociedad les ofrece las alternativas y las respuestas, de tal suerte que la maternidad se experimenta de manera diferencial por mujeres de diferentes generaciones, clase y adscripción étnica. El valor social que cada una de las mujeres tenga al interior de la familia dependerá, entre otras cosas, de la generación a la que se pertenezca y de las relaciones de poder que se establezcan a partir de una estructura demográfica familiar particular. Estas relaciones de poder, como señala Foucault (1985:40), se ejercen a través de la producción e intercambio de símbolos y se relacionan con

actividades dotadas de un fin, constituyendo en ocasiones sistemas regulados y concertados. Siguiendo a Foucault, podemos decir que las relaciones familiares en las comunidades indígenas y mestizas establecen una serie de reglamentos que rigen su vida en el interior, y que la división sexual y generacional del trabajo responde a toda una serie de actos de poder (como la vigilancia del comportamiento y los castigos y las recompensas, en base a una jerarquía piramidal establecida). Así, el ejercicio del poder no solamente es una relación entre sus miembros -individuales o colectivos-sino que es un modo de acción de unos sobre otros (Foucault, 1985:41). Las particularidades de los sujetos basadas en estas características generan representaciones sociales sobre las estrategias diferenciales de atención y, por lo tanto, diferentes posibilidades de morir.

Estas relaciones de poder y los sistemas regulados determinan la toma de decisión sobre la opción por una forma de atención durante la maternidad y sus complicaciones, y determinan un número limitado de posibilidades para su atención. La inequidad de género, que se construye a partir de la posición que guardan las mujeres en su familia a través de las relaciones intra e interfamiliares, así como de las condiciones de vida de una familia en particular y sus relaciones con su medio circundante, hacen posible o entorpecen el acceso oportuno a los servicios de salud y por tanto limitan o favorecen sus posibilidades de sobrevivencia durante las complicaciones obstétricas. Así, la violencia doméstica como determinante de muerte materna ha sido bien documentada (Ronsmans, 1999; Espinoza, 2003; Freyermuth, 2004; OPS, 2005; Campero, 2006; Sesia, 2007, Freyermuth, 2007).

Las políticas y programas dirigidos a la atención materna en Chiapas son, como veremos abajo, de data reciente, pues hasta el año 2000 se asumió en el estado una política pública particularmente encaminada a disminuirla.

En la primera parte de este documento se presenta el marco de las políticas de salud internacionales, nacionales y estatales que han resultado en programas para enfrentar el problema, en la segunda se describe y analiza el comportamiento de la mortalidad materna durante 2004-2008, considerando tres niveles de inequidades: 1) las estructurales, 2) las institucionales mediadas por las personas, y 3) aquellas que se perpetúan gracias a la

internalización de la condición subordinada. La tercera parte la constituyen los retos y recomendaciones.

## Metodología

La Organización Mundial de la Salud define a la mortalidad materna como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. (OPS/OMS, 1995:139). Para los fines de este trabajo se incluyeron las claves ubicadas entre la codificación O000 a O9971 de la décima clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud.

Como fuentes primarias de información se utilizaron las bases de mortalidad disponibles para los últimos cinco años, 2004-20082, del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). La inclusión de muertes maternas de cinco años nos permitió contar con un número suficiente para construir de manera confiable las tasas y razones de mortalidad materna para aquellos elementos que se consideraron significativos, es importante tomar en cuenta que esta estimación es muy sensible al denominador, por ello incluir nacidos durante cinco años determina una mayor confiabilidad de las cifras. También se utilizaron las proyecciones para los nacidos esperados<sup>3</sup> y los nacidos vivos atendidos reportados<sup>4</sup> por el Sector Salud. Así como las bases de datos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)<sup>5</sup> para el año 2005, para la identificación de los municipios clasificados por pobreza alimentaria y rezago social. Aunque las últimas estimaciones para la medición de la pobreza del CONEVAL son de 2008, no se cuenta con estimaciones municipales para este año.

Los datos de escolaridad, población hablante de lengua indígena (HLI) y tamaño de localidad forman parte de los datos de INEGI del último censo, disponibles en los archivos iter

---

<sup>1</sup> [http://www.iqb.es/patologia/e13\\_008.htm](http://www.iqb.es/patologia/e13_008.htm), consultada de mayo a julio del 2009.

<sup>2</sup> <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html#estatica> descargadas el 4 de junio del 2009.

<sup>3</sup> <http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/> descargadas el 12 de junio de 2009.

<sup>4</sup> <http://www.sinais.salud.gob.mx/serviciosotorgados/index.html> descargadas el 17 de junio de 2009.

<sup>5</sup> [http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/medicion\\_pobreza/HomeMedicionPobreza.jsp?categorias=MED\\_POBREZA,MED\\_POBREZA-mapas\\_2005](http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/medicion_pobreza/HomeMedicionPobreza.jsp?categorias=MED_POBREZA,MED_POBREZA-mapas_2005) consultada el 12 de junio de 2009.

para Chiapas. Otras fuentes primarias fueron utilizadas para la descripción y análisis de la mortalidad materna, como son el directorio de centros de salud y hospitalización disponible en la página web de la Secretaría de Salud, y el listado de 43 instalaciones con diferentes modalidades de hospitalización que funcionan 24 horas 365 días, proporcionado por el Instituto de Salud de Chiapas (ISECH).

Para la sistematización de la mayor parte de la información se utilizan las dos principales formas de medición de la mortalidad materna: la Razón de Muerte Materna (RMM)<sup>6</sup> (Pate y cols., 2001), y la Tasa de Mortalidad Materna (TMM). La RMM representa el riesgo obstétrico asociado con cada embarazo y se obtiene al dividir el número de defunciones por complicaciones del embarazo, parto o puerperio durante un año o un periodo determinado, por el número total de nacidos vivos para el mismo año o periodo, por cien mil nacidos vivos durante el mismo periodo. La TMM mide el riesgo obstétrico y la frecuencia con la cual las mujeres están expuestas al riesgo, y se calcula con el número de muertes maternas por cien mil mujeres en edad reproductiva (usualmente de 15-49 años), durante un periodo estipulado. Según Cárdenas (2009) su ventaja radica en que el resultado enfatiza que las defunciones maternas ocurren en población femenina lo que no se obtiene con la RMM, cuyo resultado es expresado en términos de nacidos vivos.

El número de nacidos vivos estimados ha sido utilizado como una aproximación al número de embarazos que ocurren en el año. Aún cuando los nacidos vivos corresponden sólo a una fracción del total de embarazos -ya que no es posible conocerlo con exactitud debido a los abortos espontáneos que se presentan antes del diagnóstico de gestación-, mundialmente se ha considerado como una buena aproximación. No obstante la inexactitud del indicador, la RMM proporciona buena información sobre este serio problema de salud pública, particularmente cuando se comparan varias observaciones en el tiempo (Cárdenas, 2009).

---

<sup>6</sup> La RMM relaciona el número de defunciones debidas a complicaciones del embarazo, parto o puerperio durante un año con el número total de nacidos vivos para el año o periodo de estudio. En el pasado este indicador era conocido como tasa de mortalidad materna; sin embargo su construcción corresponde a una razón al relacionar dos fenómenos independientes: el número de defunciones maternas que ocurren en un año o un periodo, respecto de los nacidos vivos durante el mismo año o periodo.

## Las fuentes y el subregistro

Como se señaló en el apartado anterior, utilizaremos las fuentes oficiales de información; sin embargo es menester hacer algunas reflexiones con respecto a dichas fuentes. En el sexenio 2000-2006 el gobierno federal, a través de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) se propuso mejorar los sistemas de información. Para ello, la DGIS diseñó una metodología para estimar el subregistro utilizando el método de RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey) con una modificación, y en lugar de aplicar de manera universal las autopsias verbales a las familias de las mujeres fallecidas en edad reproductiva en un periodo determinado, ha realizado una búsqueda intencionada entre las mujeres que han fallecido por alguna de 46 causas de muerte determinadas por la DGIS, listado de causas confeccionado a partir de estudios previos sobre mortalidad materna y subregistro.<sup>7</sup> En 2003 se hizo un estudio en el ámbito nacional con esta metodología. Las fuentes de información de esta investigación fueron las bases de datos de defunciones de la propia Secretaría de Salud; otras fuentes primarias fueron la historia clínica, la necropsia y los instrumentos diseñados para evaluar la calidad de la información. Con esta metodología se identificó no solamente el subregistro, sino el malregistro en un 17% para el 2003 y en 12% para el 2004 (SSA, 2008; 19) y a partir de estos ajustes se presentó un ajuste retrospectivo de la tasa nacional hasta 1990. El programa de acción en salud 2007-2012 señala que utilizando el RAMOS modificado el sistema de registro de las defunciones maternas permitirá disminuir el subregistro, que se estimaba en 40% en 1990 (SSA, 2008: 16; citando a Lozano, Núñez y Duarte, 2005)<sup>8</sup>. Así, con estas nuevas cifras ajustadas, se ha dado el seguimiento al comportamiento de la mortalidad materna desde 1990.

---

<sup>7</sup> Secretaría de Salud, Proyecto, Aplicación de la Metodología RAMOS modificada en México para mejorar el registro y clasificación de la mortalidad materna. Materiales distribuidos en: el Taller Consenso sobre el indicador de Mortalidad. Organizado por Instituto de Salud Pública, La oficina en México de la Organización Panamericana de la Salud y la Dirección General de Información en Salud. México, D. F. 18 y 19 de julio de 2006.

<sup>8</sup> Las iniciativas que el programa de Acción se propone para mejorar el registro son la siguientes:

Continuar la vigilancia activa de la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal, lo que implica notificar de manera inmediata a las jurisdicciones, los servicios estatales y al nivel federal, las defunciones maternas y neonatales ocurridas en el área de influencia correspondiente. La vigilancia activa incluye la visita del Grupo de Análisis Inmediato de las Defunciones Maternas (AIDEM), procedente del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, a las redes y municipios repetidores de muerte materna, además de identificar los factores psico-sociales asociados a la muerte materna. y las posibles fallas ocurridas en el proceso de atención y asesorar a los servicios estatales de salud para su corrección.

Sin embargo, no se puede considerar que en México prevalezcan los mismos niveles de confiabilidad de los registros en las diversas entidades federativas. En el país existen situaciones diferenciales de dispersión poblacional, acceso a los servicios de salud y condiciones de pobreza, que determinan una calidad heterogénea en el registro de las estadísticas vitales, entre ellas las de defunción. La probabilidad de morir por causas maternas es dispar dependiendo no sólo de la ubicación geográfica de las mujeres, sino de sus condiciones étnicas o de clase. En nuestro país, las mujeres indígenas contribuyen de manera importante a las defunciones maternas. Las estadísticas oficiales señalan que las mujeres indígenas tienen un riesgo tres veces más alto de morir por causas relacionadas con la maternidad respecto de sus pares no indígenas (SSA, 2001:38). Precisamente, los estados con mayor concentración de población indígena son los que -a la par de registrar los peores indicadores de marginación, pobreza y desarrollo humano- tienen también las tasas más altas de MM: Chiapas, Oaxaca y Guerrero.

Para el año 2001 se realizó un estudio con la finalidad de evaluar el subregistro de la mortalidad materna en Los Altos de Chiapas e identificar la utilidad de la estrategia RAMOS modificada implementada por la Secretaría de Salud. Para ello, se identificó la totalidad de las defunciones de mujeres en edad fértil (método RAMOS) y se realizaron 190 autopsias verbales de entre las 226 defunciones de interés, lo que representa el 84% del total de las defunciones femeninas de 15 a 49 años registradas en los municipios de interés en 2001. Las autopsias verbales permitieron identificar un subregistro de 19 defunciones por causas maternas y conocer que tres capítulos de causas de muerte engloban más del 80% del total de los errores en el diagnóstico de las muertes maternas: enfermedades de los sistemas digestivo y respiratorio

- 
- Dar seguimiento puntual y sistemático a las recomendaciones emitidas por los grupos AIDEM.
  - Aplicar la metodología RAMOS Modificado para mejorar el registro de la muerte materna y sus causas, así como promover alternativas de búsqueda activa en zonas con bajo IDH ( ej: análisis de la sobremortalidad en mujeres en edad fértil).
  - Instalar, operar y fortalecer los Comités de Morbi-Mortalidad Materna y Perinatal a nivel estatal, jurisdiccional y de hospitales. Dichos comités tienen la tarea de analizar cada muerte materna y perinatal, así como los casos de morbilidad grave, que ocurran en su ámbito de acción, mediante la metodología de eslabones críticos, así como identificar, instrumentar y dar seguimiento a acciones de mejora.
  - Fortalecer la capacidad de respuesta de los equipos jurisdiccionales en el manejo de la información estadística para la toma de decisiones.
  - Fortalecer el Subcomité de Evaluación y Seguimiento de APV, para dar seguimiento efectivo a los compromisos del programa a nivel intra e inter institucional.



y causas no clasificadas en otro capítulo, entre las cuales se ubican las mal definidas. La declaración de haber recibido atención médica, consignada en el certificado de defunción, no pareciera hacer diferencia respecto a lo erróneo del diagnóstico de la causa de muerte, toda vez que tanto las causas mal definidas, como las enfermedades del sistema digestivo, e inclusive particulares como neumonía no específica, aparecieron independientemente de la condición de utilización de servicios de salud. Cabe señalar que la autopsia verbal permitió detectar no sólo defunciones maternas directas sino también indirectas.

El estudio se interesaba también en identificar los resultados que se habrían obtenido en la búsqueda intencional de defunciones maternas subregistradas en caso de aplicar la estrategia de RAMOS modificada propuesta por la Secretaría de Salud. La utilización del conjunto de 46 causas selectas como elemento identificador de defunciones de mujeres de entre 15 a 49 años, susceptibles de ser analizadas en profundidad, **habría permitido detectar únicamente ocho de las 19 defunciones encontradas por este estudio al emplear la estrategia de RAMOS**. El capítulo de causas de muerte en el cual la estrategia de RAMOS modificada es menos sensible para la identificación de defunciones maternas subregistradas es el de las enfermedades del sistema digestivo. De las seis defunciones maternas erróneamente certificadas como debidas a alguna causa del sistema digestivo, ninguna hubiera sido identificada mediante la estrategia de RAMOS modificada. De igual forma, no hubiera sido posible identificar el subregistro de tres defunciones incorrectamente certificadas como secundarias a otras causas mal definidas (código R99 de la 10a. revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades), toda vez que el código correspondiente no se encuentra incluido en la lista de 46 causas que conforma el método RAMOS modificado.

Estos resultados apuntan a que el método RAMOS modificado que actualmente se sigue en el SSA en determinados contextos, no permite la corrección del subregistro y por tanto es posible que exista una subestimación en los datos que utilizaremos en este documento (Freyermuth, Cárdenas 2009). Por ello, aunque utilizamos fuentes oficiales se reconocen los límites de estas fuentes de información. Es posible que los datos que se analizan en este estudio conlleven un porcentaje de subregistro importante.

## Otras fuentes

Gran parte de la información utilizada en este documento para el análisis de resultados de las bases de datos, forma parte de la experiencia que desde 1988 he adquirido en el tema de mortalidad materna en Chiapas. En la década pasada privilegié la perspectiva antropológica con un fuerte componente etnográfico, y a partir del año 2004 y hasta la fecha he incursionado en la evaluación y monitoreo de los servicios de salud en Chiapas, así como en la investigación acerca del saber popular en cuanto a los síntomas de emergencia obstétrica. Asimismo, desde la maestría en antropología social del CIESAS-Sureste se han impulsado tesis sobre temas relacionados con la salud materna, cuyos resultados se han incluido. Debo mencionar también las experiencias de los grupos organizados que han trabajado en el tema desde el año de 1988, que conformaron en 1998 el Comité por una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas, y que ha venido promoviendo iniciativas en el estado desde su fundación.

## Primera parte: Políticas de Salud Materna

### *Marco Internacional*

En 1987, el Banco Mundial, junto con la OMS y el FNUAP, patrocinaron una conferencia sobre maternidad sin riesgo en Nairobi, Kenya, cuyo propósito fue contribuir a generar conciencia mundial acerca del impacto de la mortalidad y morbilidad maternas. En la conferencia se presentó la Iniciativa por una Maternidad Sin Riesgo (SMI)<sup>9</sup>, la que hizo un llamado a la acción a nivel internacional para que en el año 2000 las cifras de mortalidad y morbilidad maternas disminuyeran a la mitad<sup>10</sup>. De esta conferencia los gobiernos nacionales dieron prioridad a dos elementos de la estrategia: la atención prenatal, enfatizando el enfoque de riesgo según el cual ciertas características de algunas mujeres gestantes las hacen acreedoras de cuidados y seguimiento especial, y la formación de parteras tradicionales y su integración al sistema de salud (Starrs, 2006).

---

<sup>9</sup> Por sus siglas en inglés.

<sup>10</sup> Cfr. <[http://www.icmer.org/RHO/html/sm\\_overview.htm](http://www.icmer.org/RHO/html/sm_overview.htm) consultado 15 de abril 2010

Más recientemente, la Organización Mundial de la Salud ha centrado su estrategia para abatir la mortalidad materna en la atención universal de los embarazos, partos y pospartos por personal profesional o calificado. En vista de que la salud materna mostraba pocos indicios de mejoría a escala mundial (OMS, 2005; UNFPA, 2002), se impulsaron nuevas investigaciones, así como la relectura de estudios anteriores. Estas indagaciones contribuyeron a modificar el marco lógico desde el cual se abordaba el problema. También fue necesario reconsiderar el enfoque de riesgo y plantear que las complicaciones durante la maternidad son difíciles de pronosticar, pero susceptibles de tratamiento, ya sea en términos de “emergencia obstétrica” (AMDD/FNUAP, 2002) o asegurando la atención durante la maternidad<sup>11</sup> por parte de personal calificado (WHO, 2004a)

Es importante señalar que la OMS reconoce como personal profesional a médicos o médicas ginecobstetras o generales, a parteras profesionales y a enfermeras obstetras, y argumenta que la atención calificada del parto asegura la detección y el tratamiento oportunos de las emergencias obstétricas, tanto en el primero como en el segundo nivel de atención. La OMS excluye a las parteras tradicionales -aquellas mujeres que atienden partos en la comunidad, son independientes del sistema de salud y no han sido entrenadas formalmente-, de su definición de personal capacitado. Estas nuevas políticas han creado tensiones entre el personal de salud local, sobre todo en los contextos indígenas, por las nuevas estrategias a partir de las cuales las parteras indígenas o las llamadas empíricas han pasado a un segundo término<sup>12</sup>. Para el seguimiento de los avances, la OMS propone utilizar indicadores de impacto y de proceso: tasa de mortalidad materna y número de partos atendidos por personal calificado (WHO 2004a y 2004b).

Actualmente es posible distinguir dos estrategias para resolver el problema de la mortalidad materna<sup>13</sup> (Freyermuth, De la Torre, 2008). En la primera, promovida por Family Care International, se privilegia la atención universal calificada del parto. La segunda, impulsada por Averting Maternal Death Disability Program (AMDD), propone concentrar la atención calificada

---

<sup>11</sup> Se incluye el embarazo, el parto y 42 días después del parto.

<sup>12</sup> Una reflexión sobre las tensiones que han causado estas diferencias entre las estrategias propuestas puede consultarse en Starr, 2006.

<sup>13</sup> Para un análisis de estas dos propuestas, ver Freyermuth y de la Torre, *Inequidad étnica y tropiezos en los programas. Crónica de la muerte materna en Chiapas*, en prensa; Freyermuth, et al. *Maternidad Peligrosa*, 2004; y Freyermuth, Introducción a Díaz et al. *Muerte materna y presupuesto público*, 2004.

prioritariamente en los casos de complicaciones obstétricas (AMDD/UNFPA 2002). Ambas propuestas buscan abatir la mortalidad materna a través de la detección y el tratamiento oportunos de las emergencias obstétricas por parte de personal profesional.

En la Conferencia mundial Las Mujeres Dan Vida, realizada en Londres en octubre de 2007, se logró generar un mayor compromiso político y financiero para la promoción de la salud materna, al mismo tiempo que se construyeron otras plataformas importantes de concientización y acción en el combate a la muerte materna a nivel mundial. Entre estas últimas, destaca seguramente el lanzamiento de una campaña global para promover la maternidad segura como un derecho humano fundamental de las mujeres (Bissel, 2009). También se hizo hincapié en que las estrategias para tal fin: acceso universal y gratuito a métodos de planificación familiar, anticoncepción de emergencia y aborto seguro; acceso pleno y universal a la atención calificada del embarazo, parto y puerperio, y el acceso oportuno e irrestricto a la atención obstétrica de emergencia, son estrategias ampliamente reconocidas y consensuadas, por lo que se requiere de inversión financiera, reforzamiento de los sistemas de salud, articulación efectiva intersectorial (incluyendo a la sociedad civil) y, sobre todo, voluntad política y compromiso de los gobernantes para llevarlas a cabo con decisión.

### ***El contexto nacional***

México se unió a la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo en 1993. La sociedad civil organizada convocó a una conferencia que se caracterizó por su pluralidad, ya que parteras empíricas, legisladores, grupos de mujeres, periodistas, prestadores de servicios e investigadores concurren para analizar los riesgos durante la maternidad, confrontar experiencias y poner en marcha una iniciativa común. Luego de dicha conferencia, se formó el Comité Nacional por una Maternidad sin Riesgos en México (1993) y se elaboró su declaración, cuya finalidad era impulsar una estrategia multidisciplinaria e intersectorial a fin de disminuir la muerte materna en el ámbito nacional. Desde entonces, ha promovido la formación de Comités Estatales<sup>14</sup>, proyectos de investigación, y acciones de colaboración entre organismos gubernamentales y no

---

<sup>14</sup> Actualmente existen Comités en los estados de Veracruz, Chiapas, San Luis Potosí, Guerrero y Oaxaca.

gubernamentales encaminadas a mejorar las condiciones de salud de las mujeres en edad reproductiva.

En 1994, la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo se vio favorecida por la coyuntura de la firma de los acuerdos de El Cairo<sup>15</sup>. El gobierno mexicano, y particularmente el Sector Salud, sentaron las bases para que se adoptase este nuevo enfoque de la salud reproductiva, lo que implicó reestructurar las instancias que ya venían funcionando a partir de dos programas: el de Planificación Familiar y el de Salud materno-infantil, creando el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (Espinosa, 2000:49).

Las acciones en torno a la muerte materna no pueden ser analizadas al margen de las políticas nacionales impuestas por el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 para el combate a la pobreza. Los programas gubernamentales más estrechamente vinculados a la problemática son el Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), renombrado y reformulado como Oportunidades, y el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC). Este último, encaminado al cumplimiento de los acuerdos internacionales de Alma Ata de 1978, cuya meta era la “Salud para Todos en el año 2000”.

El PAC estaba dirigido a proporcionar servicios básicos de salud de primer nivel a población de alta y muy alta marginación y a población 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, y contribuir a la descentralización de los servicios de salud (Secretaría de Salud, 1996). Este programa estableció vínculos con otras instituciones o programas como el IMSS-Solidaridad, ahora IMSS-Oportunidades<sup>16</sup> y PROGRESA, ahora Oportunidades (Diario Oficial, 14 de marzo de 2000).

---

<sup>15</sup> La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se celebró en El Cairo (Egipto) del 5 al 13 de septiembre de 1994. Delegaciones de 179 Estados participaron en las negociaciones para conformar un Programa de Acción sobre población y desarrollo para los próximos 20 años. <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>

<sup>16</sup> El IMSS-Oportunidades es un Programa de Salud del Gobierno Federal administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Brinda servicios de salud a la población abierta, IMSS-Oportunidades fundamenta su operación en el Modelo de Atención Integral a la Salud (MAIS), sustentado en la Atención Primaria a la Salud, y compuesto por dos vertientes primordiales: la Atención Médica y la Acción Comunitaria. Su población objetivo es aquella que carece de seguridad social, que habita prioritariamente en zonas rurales y urbano-marginadas del país.

El PROGRESA (Oportunidades) es un programa de transferencias monetarias cuyo objetivo es el de contribuir a la ruptura del ciclo intergeneracional de pobreza extrema de la población beneficiaria, favoreciendo el desarrollo de sus capacidades básicas en educación, salud y nutrición. Incorpora familias haciendo titular a la madre<sup>17</sup> con lo que se pretende empoderar a las mujeres a través de acciones afirmativas. Adicionalmente, tres de sus cuatro estrategias se enfocan a la atención materna: Paquete básico de salud, Autocuidado de la salud a través de la educación para la salud, y Reforzamiento de la oferta de los servicios de salud. Uno de sus pilares es la corresponsabilidad, que consiste en que las familias beneficiarias deben registrarse en la clínica de salud más cercana y cumplir con citas periódicas y asistir a las charlas de educación para la salud.

Más recientemente (2002) el programa Arranque Parejo en la Vida (APV), como su nombre lo indica, identifica el origen del problema de la salud en la desigualdad y funda su estrategia en mejorar las condiciones de salud desde el nacimiento. En México, la Norma Oficial NOM-007-SSA2-1993 establece los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como de la atención del recién nacido (NOM-007, 3). Esta norma es el ordenamiento jurídico que hace posible hacer homogéneos los lineamientos y criterios para atender el embarazo, parto, puerperio y al recién nacido, y aunque fue elaborada unos años antes de que se estableciera el Programa de APV sigue vigente hasta el 2010. Esta norma se fundamenta en el concepto de embarazo de alto riesgo<sup>18</sup>, ya que señala que las unidades de atención deben disponer de un instrumento que permita calificar el riesgo obstétrico, el cual servirá para la referencia de las mujeres a un nivel superior de atención. APV centró su modelo de atención y funcionamiento durante los años 2002-2006 en la concepción de alto y bajo riesgo obstétrico, y en lograr la atención calificada del parto. Entre sus metas para el año 2006 figuraba la de atender al 90% de los partos del país e incrementar a cinco las consultas prenatales de por lo menos 95% de las mujeres embarazadas, para con ello disminuir 35% la tasa de mortalidad materna respecto de la registrada en el año 2000 (SSA, APV, 2002).

---

<sup>17</sup> Para conocer las reglas de operación del PROGRESA, consultar el Diario Oficial de la Federación del miércoles 15 de marzo de 2000.

<sup>18</sup> Como se aprecia en sus numerales 5.1.4, 5.2.2, 5.2.3

Bajo este esquema de atención universal del parto por personal calificado y la concepción del riesgo y un enfoque de desarrollo humano, este Programa se fundamentó en sus acciones 4 x 4 que incluían redes de servicios, la red social y comunitaria, con una propuesta de monitoreo y evaluación permanente. La red de servicios debía contar con centros de salud con hospitalización de al menos doce camas, hospitales generales y hospitales materno-infantiles. Estos establecimientos deberían brindar servicio las 24 horas del día los 365 días del año, y se apoyarían en personal especializado o capacitado en la resolución de patologías de mediano riesgo del embarazo, parto y puerperio, así como del recién nacido y de niños y niñas menores de dos años. El esquema incluye en su red de servicios el Hospital Sí Mujer, la Clínica Sí Mujer, y los módulos MATER que operan en los Hospitales Sí Mujer. La existencia de Posadas para la Asistencia de la Mujer Embarazada (AME) posibilitaría la cercanía de las mujeres a un centro de salud u hospital, y las Casitas AME serían espacios comunitarios que brindarían cuidado, alimentación y alojamiento a los hijos de las mujeres referidas para su atención. Adicionalmente, APV ambicionaba consolidar una red social y de participación comunitaria para la referencia de estas mujeres de alto riesgo a la red de servicios, a través de un vehículo en caso de que fuera necesario (Ibídem).

No obstante, se consideró pertinente que la red de servicios operara a partir de la gestión de recursos financieros y materiales externos a las instituciones del sector salud (SSA, APV 2002: 40), lo que se convirtió en uno de los principales obstáculos que el programa hubo de enfrentar, pues no contó con recursos adicionales que aseguraran la red de servicios propuesta en su esquema de funcionamiento.

Por ello, en el Informe de Avance 2005 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México, se ha reconocido que el cumplimiento de la meta de veintidós defunciones por cada 100 mil nacimientos para el año 2015 se encontraba más lejano aún que el cumplimiento de la meta relativa a la mortalidad infantil<sup>19</sup> (ONU, México: Gobierno de la República, 2005).

El programa APV inició un proceso de consolidación a partir de la puesta en marcha del Seguro Popular de Salud (SPS), iniciativa transexenal que entró en operación el primero de enero

---

<sup>19</sup> En el informe se registra para el 2005 una reducción del 27% en la mortalidad materna con respecto a la razón de 1990 y una reducción del 46% en la tasa de mortalidad infantil.

de 2004 y que se ha propuesto dar cobertura -en un lapso de siete años- a los mexicanos que han quedado excluidos de la seguridad social convencional, grupo que representa aproximadamente a la mitad de la población. El SPS20 es el mecanismo financiero para asegurar el derecho a la salud y pretende garantizar el acceso a cerca de 249 intervenciones médicas, con sus respectivos medicamentos, que cubren más del 90% de las causas de atención médica ambulatoria y hospitalaria de las instituciones públicas del país (Frenk Mora, 2005; SSA, 2006). De esas 249 intervenciones, 20 corresponden a la atención materno infantil. Para formar parte del SPS las clínicas deben ser certificadas, lo que ha hecho posible algunas mejoras de la infraestructura y de los recursos materiales y humanos en el primero y segundo niveles de atención<sup>21</sup>.

En el actual sexenio gubernamental federal (2007-2012), la visión del programa APV desde el ámbito federal se ha modificado, reconociendo que la mortalidad materna es un proceso de inequidad entre mujeres con distinto posicionamiento social y que se requieren servicios de salud con capacidad para resolver las emergencias obstétricas; se tiene como meta disminuir la RMM en 24% en el país, y en un 50% en los 125 municipios con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH). Es decir, a partir del 2009 sus estrategias han estado focalizadas en ocho estados y se centran en eliminar las tres demoras teniendo como base el modelo teórico de Maine (1997). La primera demora ocurre cuando la mujer y su familia no reconocen los síntomas de emergencia obstétrica y no deciden oportunamente buscar atención médica. En la segunda demora, la mujer y su familia toman la decisión, sin embargo esta decisión no es acertada y se acude a servicios que no tienen capacidad para brindar la atención primaria de la emergencia obstétrica o no tienen capacidad resolutive. Por su parte, el prestador de servicio de primer contacto, llámese médico, promotor o partera, no actúa de manera acertada y no remite a la mujer a una unidad adecuada para la resolución del problema. Esta demora también incluye el tiempo de traslado y el acceso a los servicios con capacidad resolutive. La tercera demora ocurre

---

<sup>20</sup> El SPS se propone contribuir al aseguramiento médico universal en las familias y personas no derechohabientes de las instituciones de seguridad social o que no contaban con algún otro mecanismo de protección social, con lo cual gozarán de las acciones de protección en salud a que se refiere la Ley General de Salud.

<sup>21</sup> El primer nivel de atención es el primer contacto entre el sistema de salud y la población, y brinda atención médica de poca sofisticación, servicios educativos, promoción a la salud, y los servicios son ambulatorios. El segundo nivel de atención ofrece intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas: medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, psiquiatría y cirugía general, pero adicionalmente de algunas subespecialidades como neonatología, otorrinolaringología, ortopedia, cardiología, dermatología, oftalmología u otras, según el perfil epidemiológico de la población. Los hospitales que corresponden a este nivel de atención generalmente cuentan con quirófanos para realizar cirugía mayor poco compleja.



cuando la habilidad y o la capacidad resolutive de las unidades de salud es limitada o no se ofrece una atención de calidad. Las demoras que han sido documentadas tanto por el sector salud como por los organismos no gubernamentales son: el rechazo hospitalario de las mujeres, la postergación de su ingreso a la unidad, la tardanza entre la indicación médica y el tratamiento, el incumplimiento de las normas para la atención de la emergencia obstétrica, el retraso entre la emergencia y la cirugía, entre Emergencias y Terapia Intensiva, y la ausencia de puestos de sangrado y por tanto la dilación entre el requerimiento y la transfusión (CNEGySR, febrero 2009; SSA, enero 2009).

El gobierno federal, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) y tomando como base al programa de APV, ha promovido recientemente diferentes estrategias, entre las que destacan: Embarazo Saludable, con el fin de avanzar en la universalidad de la atención durante la maternidad y eliminar la barrera económica; la promoción y/o fortalecimiento de las Posadas de Atención a Mujeres Embarazadas; el fortalecimiento del Transporte Seguro; el mejoramiento del acceso a los servicios de salud a través de la competencia cultural y la práctica del parto humanizado; el fortalecimiento del acceso de las mujeres más desprotegidas; la contratación de personal alternativo calificado en zonas marginadas; y el mejoramiento de la información, educación y autonomía de las mujeres (CNEGySR, 2009).

En los años 2008 y 2009 se promovieron desde la federación dos iniciativas encaminadas a disminuir las barreras económicas. La ya mencionada Embarazo Saludable ha consistido en afiliar prioritariamente a todas las mujeres embarazadas y sus familias al SPS; y la segunda es el convenio interinstitucional<sup>22</sup> firmado el 28 de mayo del 2009, en el que se establece que todas las mujeres que presenten complicaciones obstétricas deberán ser atendidas en cualquier unidad de salud del IMSS, ISSSTE o Secretaria de Salud sin importar su condición de derechohabencia.

---

<sup>22</sup> Convenio general de colaboración que celebran la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado a "quienes" en lo sucesivo se les denominará, "La Secretaría", "el IMSS" y "el ISSSTE", representados en este acto por sus titulares, Dr. José Ángel Córdova Villalobos, C. Daniel Karam Toumeh, y Lic. Miguel Ángel Yunes Linares,

<sup>28</sup> de mayo 2009, disponible en <http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/wp-content/uploads/2009/07/convenio.pdf>

## ***El contexto Chiapaneco***

Mientras que a nivel nacional se impulsaban ya los programas de atención materno infantil, en Chiapas aún se lidiaba con el control de las enfermedades infecciosas; en la década de los cincuenta, en que ingresa el Instituto Nacional Indigenista (INI) y durante la década de los sesenta del siglo XX, el interés del sector se encaminó al control de las enfermedades transmisibles y prevenibles por vacunación y a las campañas de saneamiento ambiental e higiene (Calzada, Calzada, R., 1992 (1951): 37-63; Aguirre, G., 1994 (1955) :151-152; Alarcón, 1992 (1956):55-58; Köhler, U. 1975 (1969).; Favre, H. 1984 (1973): 361-363).

Para la década de los ochenta se contaba ya con una mayor referencia al problema de la mortalidad materna en el estado, al que se hace mención en los programas de gobierno de 1982-1988 y de 1988-1994, el primero señalando la necesidad de disminuir la muerte materna en un 10% y el segundo centrando en la familia la estrategia para resolverla (cfr. Sector Salud, Chiapas, 1982:49; Sector Salud Chiapas, 1993:148; Gobierno del Estado, 1988-1994:137). Sin embargo, los recursos se canalizaron básicamente hacia el programa de planificación familiar, hay que señalar que una de las estrategias para disminuir la mortalidad materna ha sido la de impulsar programas de planificación familiar y disminuir los embarazos no deseados.

En los años noventa, el programa que se siguió impulsando prioritariamente fue el de planificación familiar (UNACH, 1988; SSA, 1986; SSA, 1991; Sector Salud, 1990; SSA, 1993). Ni en este ni en los planes estatales de gobierno (Gobierno del Estado de Chiapas, 1992; Gobierno del Estado de Chiapas, 1995) se menciona a la muerte materna como un problema relevante de salud. Se hace solamente referencia al comportamiento de la mortalidad general del estado, y de hecho la cifra oficial de mortalidad materna que se maneja oscila entre 4.89 y 4.39 por 10 000 nacidos vivos, menor incluso a la tasa nacional (Salvatierra, s/f: 26; Halperin, 1996:44). Todo ello determinado por el subregistro y el errático manejo de los diagnósticos de defunción.

Sandra Reyes Fraustro (1992), con los datos disponibles y sobre la base de las tasas de muerte materna de 1937 a 1991, conformó cuatro regiones que clasificó en baja, mediana, alta y muy alta mortalidad materna. En estas estimaciones y tomando como 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.

## **Periodo 1994-2000**

El contexto chiapaneco se modificó enormemente a partir de la revuelta armada Zapatista. Si antes de 1994 había una total ausencia del estado en las comunidades indígenas, la irrupción Zapatista desencadenó un intenso trabajo de organismos internacionales y organismos no gubernamentales. Posteriormente, como una respuesta y estrategia gubernamental frente a este movimiento, se promovieron una serie de programas federales a través de los cuales se realizaron transferencias en efectivo a las familias beneficiarias. Anteriormente los programas beneficiaban a organizaciones, y era a través de ellas que se pretendía que la población en su conjunto mejorara sus condiciones de vida; al tiempo que esta estrategia corporativa era utilizada con fines políticos en el mantenimiento del statu quo (Ohemichen, 1999). A partir del Programa PROGRESA (ahora Oportunidades) las transferencias se empezaron a canalizar directamente a las familias, lo que necesariamente modificó la relación de la población respecto a las instituciones, sobre todo hacia las de salud, que han ampliado enormemente su influencia en las comunidades indígenas, sin embargo esta influencia no ha rendido los frutos que se esperaba, ya que la población sigue presentado un enorme rezago (Freyermuth, Meneses, 2006).

El Sector Salud en Chiapas incrementó sus recursos fundamentalmente a partir de la descentralización de los servicios de salud a través del Fondo de Aportaciones para los servicios de salud (FASSA). Esto pasaron en 1998 de 697.1 millones de pesos (mdp.) a 2342.1 mdp. en el 2009, es decir se incrementaron en nueve veces estos recursos. La mayor parte de estos han sido utilizados para el gasto del Instituto de Salud de Chiapas, ahora Secretaría de Salud de Chiapas<sup>23</sup>. De la misma manera, la presencia estatal en los municipios indígenas se hizo más evidente luego de la instauración de los programas de descentralización y de focalización. Los

---

<sup>23</sup> [http://www.informe.gob.mx/anexo\\_estadistico/pdf/3\\_2.pdf](http://www.informe.gob.mx/anexo_estadistico/pdf/3_2.pdf) consultado el 26 de abril.

municipios han visto incrementados sus ingresos de manera sustancial, aunque existen pocos mecanismos para la supervisión y la rendición de cuentas.

También hicieron irrupción en el tema, a principios de la década de los noventa, tanto la academia como la sociedad civil organizada. Se realizaron en Chiapas una serie de investigaciones sobre mortalidad materna, se diseñaron varias estrategias para la difusión de los resultados, y se elaboraron documentos para sensibilizar a la población y al personal del sector salud<sup>24</sup>. En 1993 se conformaron los Comités<sup>25</sup> de Salud Reproductiva con la participación de gobierno y sociedad civil organizada. En 1995 se conformó un grupo de trabajo interinstitucional para impulsar un proyecto de lucha contra la muerte materna y a favor de la vida, con líderes, personal de salud y feministas<sup>26</sup>; y se lanzó una campaña de radio en seis lenguas indígenas para sensibilizar a la población en torno al problema<sup>27</sup>. También se elaboró y difundió una radionovela de 18 capítulos (“Tiempo de vivir”), grabada en castellano y dos lenguas indígenas. El trabajo en equipo derivó en la constitución de un Grupo de Trabajo para el análisis de la partería en Chiapas, proponiéndose dos modelos de atención a la maternidad y un nuevo proyecto de capacitación para parteras.

Este Grupo de Trabajo promovió la realización de un Foro<sup>28</sup> del cual surgió el Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas (1998). Este Comité ha trabajado

---

<sup>24</sup> Freyermuth Graciela, La muerte Materna en San Andrés Larráinzar. Carpeta Informativa. Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Fondo del Sistema de Investigación Benito Juárez. 1999; Freyermuth Graciela, La muerte Materna en Tenejapa. Carpeta Informativa. CIESAS-Sureste. Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Fondo del Sistema de Investigación Benito Juárez. 1999; Freyermuth Graciela, La muerte Materna en Los Altos de Chiapas. Carpeta Informativa. Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas. Fondo del Sistema de Investigación Benito Juárez. Fundación Ford. (1998) 2000; Freyermuth Enciso Graciela, La muerte Materna en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. Carpeta Informativa. Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas. Fondo Población de las Naciones Unidas. Fundación Ford. 2000; Freyermuth Enciso Graciela, Historias. Carpeta Informativa. Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas. Fondo Población de las Naciones Unidas. 2001; Freyermuth Enciso Graciela, Muerte materna en el municipio de San Pedro Chenalhó, Carpeta informativa. Instituto de la Mujer y Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas, (1998) 2002. Reimpresión.

<sup>25</sup> Freyermuth Enciso Graciela, Garza Anna María, “Comités de Salud Reproductiva en Chiapas. Una experiencia de participación ciudadana”, en: Debate Feminista, año 5, vol 9, marzo de 1994.

<sup>26</sup> Freyermuth Enciso Graciela, “El Material Etnográfico como un instrumento para la identificación de factores de riesgo y la generación de propuestas en relación al problema de la muerte materna”, en: ANUARIO 2002. Serie Ciencias Sociales y Humanidades. Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas. México, D. F. 2004. Págs. 34-51. (ISBN: 968-5149-31-3).

<sup>27</sup> Freyermuth, Graciela et al, “Campaña para reducir la muerte materna en Chiapas”, en: Acciones Exitosas para una Maternidad sin Riesgos. Elú Ma. Del Carmen (Edit.) Fondo de la Naciones Unidad para la Infancia (UNICEF). Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México. México, D. F. 2000. Págs. 39-48. (ISBN 968-6912-14-2).

<sup>28</sup> Freyermuth Enciso Graciela, “Morir durante la maternidad: investigaciones, acciones y atención médica en Chiapas y otras experiencias en torno a la Mortalidad”, en: Luna Golpeada, Freyermuth Enciso Graciela y Cristina Manca (Coord.). Asesoría, Capacitación y Atención 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.

ininterrumpidamente desde su fundación, promoviendo iniciativas exitosas encaminadas a reducir la mortalidad materna<sup>29</sup>.

## **Periodo 2000-2006**

A partir del año 2000, tanto el gobierno federal como el estatal mostraron una preocupación particular por la disminución de la mortalidad materna, convirtiéndola en una prioridad. En el año 2000 no solamente se dio un relativo cambio democrático en el ámbito nacional, sino que ocurrió lo propio en Chiapas. La exclusión de una parte del PRI del gobierno estatal, y las alianzas establecidas durante la campaña electoral del a la postre gobernador Pablo Salazar, conformaron de manera particular algunas estructuras de gobierno, como las del Sector Salud, de la Secretaría de Desarrollo Social, de la Secretaría de Pueblos Indios y del Instituto de la Mujer, cuyos líderes tenían una trayectoria diferente a los funcionarios que tradicionalmente habían ocupado los puestos de dirección en los gobiernos unipartidistas; hay que recordar que en el 2000 se dio en Chiapas un gobierno de coalición que tuvo una representación importante de la sociedad civil en los puestos de dirección de las instancias mencionadas, aunque solo permanecieron en el primer trienio de su gestión.

En este nuevo contexto figuran en el Sector Salud dos actores fundamentales: por un lado los estados de la República, en distintos procesos de descentralización y a los que cada vez más se les posibilita planear y ejecutar sus programas, resolver emergencias regionales y “decidir” el destino de los recursos remitidos a través del ramo 3330; y por el otro, una federación que continúa manteniendo el liderazgo normativo, siendo la Secretaría de Salud la cabeza del sector y la encargada de normar y de evaluar el cumplimiento de los programas sustantivos. En

---

<sup>29</sup> Freyermuth Enciso Graciela, Miranda Laura y María Teresa Olvera, “Declaración del comité. Evitar la muerte de mujeres madres, Nuestro compromiso”, Comité por el Derecho a una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas; Dirección de Promoción Social de la Secretaría de Desarrollo Social de Chiapas y Fundación MacArthur, 2005, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 24 Págs. Para esta declaración, los participantes de Chiapas en la primera reunión técnica entre Oaxaca, Chiapas y Guerrero, 2008 (en Oaxaca), promovieron la atención universal del parto que finalmente resultó en la estrategia de afiliación “Embarazo Saludable”, del Seguro Popular.

<sup>30</sup> Las aportaciones federales del Ramo 33 para Entidades Federativas y Municipios son recursos que la Federación transfiere a las haciendas públicas de los Estados, Distrito Federal, y en su caso, de los Municipios, cuyo gasto está condicionado a la consecución y cumplimiento de los objetivos que la Ley de Coordinación Fiscal dispone. La operación del Ramo 33 está elevada a mandato legal en el capítulo V de la Ley de Coordinación Fiscal, en el que se establecen las aportaciones federales para la ejecución de las actividades relacionadas con áreas prioritarias para el desarrollo nacional, como la educación básica y Normal, salud, combate a la pobreza, asistencia social, infraestructura educativa, fortalecimiento de las entidades federativas y para los municipios y demarcaciones territoriales del Distrito Federal, seguridad pública, educación tecnológica y de adultos, y con fines específicos. [http://www.diputados.gob.mx/PEF2010/temas/tomos/33/r33\\_ep.pdf](http://www.diputados.gob.mx/PEF2010/temas/tomos/33/r33_ep.pdf)

el sexenio 2000-2006, y a través de indicadores de estos programas sustantivos se evaluó el desempeño de cada estado (<http://www.ssa.gob.mx/>).

En cada estado se reproduce un esquema similar al que priva entre la federación y los Institutos de Salud estatales. Las instancias normativas funcionan en las capitales de los estados conformadas por sus diversas direcciones (en adelante Centro) y sus Jurisdicciones Sanitarias, que en el caso de Chiapas son diez. El Centro se considera una instancia normativa, y las jurisdicciones ejecutoras de las políticas y programas que se generan desde la federación, que se nutren desde el Centro y, en ocasiones, se modifican en la propia jurisdicción. Por lo tanto, para resolver un problema como el de la mortalidad materna se cuenta con una serie de actores, cada uno sometido a diversas presiones, que responden a intereses particulares, y que se relacionan de una manera diferencial con las esferas del poder y con la población; la más ajena a las condiciones de vida y a las problemáticas regionales sería la Federación, después el Centro, y finalmente la jurisdicción.

A partir del régimen gubernamental estatal 2000-2006, se impulsaron en el estado de Chiapas programas y estrategias encaminadas a disminuir la mortalidad materna. Los programas que se promocionaron desde su inicio fueron el de APV (Secretaría de Salud, 2002) y la estrategia del ISECH, ESPESI, es decir, Embarazo Seguro, Parto Exitoso y Supervivencia Infantil (2001) (Nazar y cols. 2007), y una iniciativa local: "Por una Vida Mejor" (Secretaría de Gobierno, 2003).

### **Estrategia Arranque Parejo en la Vida**

El primer programa que se promocionó para abatir la mortalidad materna fue APV, que en Chiapas comenzó sus actividades con dos jornadas intensivas realizadas durante 2002 en San Cristóbal de Las Casas (jurisdicción II) y, en la región Fronteriza (jurisdicción III), cuyas acciones se centraron en visitas y censo de viviendas, detección de embarazadas e identificación de riesgos, además de la elaboración de un censo de parteras (Comité Nacional APV, 2003).

Este programa se montó sobre el programa regular materno infantil que se habían venido ejecutando a través de la Dirección de Salud Reproductiva y en acciones del Programa de Ampliación de Cobertura. Las jornadas intensivas pretendían promover la vigilancia del embarazo y detectar riesgos obstétricos tempranamente, además de intensificar las acciones de

capacitación y actualización, así como fortalecer la infraestructura y la capacidad de respuesta en las unidades Sí Mujer.

## **Estrategia Embarazo Sano, Parto Exitoso y Supervivencia Infantil**

Embarazo sano, parto exitoso y supervivencia infantil se inició como la versión estatal del APV, sin embargo dadas las dificultades para transformar el nombre de un programa sexenal federal se propuso a ESPESI como una estrategia, no como un programa.

Esta estrategia fue impulsada por el Instituto de Salud de Chiapas con la colaboración de investigadores de ECOSUR (Nazar, 2007), como respuesta a las altas tasas de mortalidad materna del estado. Se encontraba inserto entre los planes municipales de salud y su misión fue brindar información y servicios de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones. También pretendió la igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo para todas las niñas y todos los niños, desde antes de su nacimiento hasta los cinco años. Sus objetivos y líneas de acción pueden ser consultados en la tabla 1.

### **Tabla 1. Objetivos y líneas de acción del ESPESI**

#### Objetivos

- Intervención en el Marco del Plan Municipal de Salud.
- Condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres durante el embarazo, parto puerperio, así como a las niñas y niños desde antes de su nacimiento y hasta los cinco años de edad.
- Disminuir la mortalidad materna.
- Disminuir la mortalidad neonatal e infantil y detectar oportunamente defectos al nacimiento para reducir las discapacidades en la infancia.

Su aplicación se da en dos niveles, en el primer nivel de atención dirigido a médicos enfermeras y coordinadores comunitarios

En el caso del segundo nivel de atención pretende dar atención a emergencias obstétricas y reanimación neonatal temprana, en el caso primer nivel se pretende dar seguimiento del embarazo, parto, recién nacido y puerperio.

Sus líneas de acción son:

- Fortalecer la operación de los Comités de Salud.
- Aplicación del Instrumento ( ESPESI ) para el seguimiento del Embarazo, Parto, Puerperio.
- Aplicación del Instrumento ( ESPESI ) para el seguimiento de las Niñas (o) desde el nacimiento y hasta los 60 meses de edad.
- Capacitación a parteras

Capacitación para el desempeño en la atención del Parto, Recién Nacido, Puerperio y Detección de Factores de Riesgo y Signos de Alarma para enfermedades gastrointestinales y enfermedades respiratorias así como Desnutrición;

Se pretende que las parteras reconozcan factores de riesgo; identifiquen signos de alarma; manejen planes de tratamiento; refieran oportunamente a unidades de salud.

## **Programa Por una Vida Mejor**

“Por una Vida Mejor” surgió de la Secretaría de Desarrollo Social en el año 2003; es un programa intersectorial gestado desde el gobierno del estado como respuesta a la crisis que se vivió en el

Hospital de la SSA de Comitán en diciembre del 2002. Los medios masivos de comunicación a nivel local y a nivel nacional pusieron en evidencia una mortalidad neonatal de 10% en dicho hospital. No obstante que la muerte neonatal elevada no es privativa de ese nosocomio y que su ocurrencia en otros hospitales de la Región de los Altos se ha venido documentado y difundiendo desde hace años (cfr. Freyermuth, 2000), la presencia de medios de comunicación masiva como la televisión dieron una nueva dimensión al problema. Por una Vida Mejor fue una iniciativa que involucró al Sector Salud, a Educación, a la Secretaría de Desarrollo Social<sup>31</sup> y al Fondo para la Vivienda. El programa finalmente tomó el nombre de “Vida Mejor para las Mujeres, las Niñas y los Niños de Chiapas”, y se propuso mejorar las condiciones de vida de la población mediante acciones integrales conjuntas entre gobierno y sociedad para la promoción y protección de la salud, la educación y la alimentación de las mujeres, las niñas y los niños (Arana, 2003). Este programa, que ha sido abandonado por el actual gobierno chiapaneco (2007-2012), pretende incidir no solamente en la condición de las mujeres en la comunidad sino en la posición de éstas. Es así, que el diagnóstico inicial considera la existencia de violencia doméstica y discriminación -y por tanto, subordinación de la mujer-, y entre sus propósitos estaba el de impulsar la participación de las mujeres en la toma de decisiones. Sus ejes estratégicos se pueden consultar en la tabla 2.

### **Tabla 2. Ejes estratégicos de Por una Vida Mejor**

- *Mejorar la calidad de la atención médica y el manejo de emergencias.*
- *Crear espacios para promover y fortalecer la visibilidad, la organización y la participación de las mujeres en torno a la salud, la alimentación y la educación.*
- *Mejorar las condiciones de nutrición mediante la promoción de la seguridad alimentaria y la vigilancia nutricional.*
- *Mejoramiento de las condiciones materiales de la vivienda y el acceso a agua limpia.*
- *Apoyos adicionales a la educación*

---

<sup>31</sup> Aquellos interesados en profundizar sobre el programa Por una Vida Mejor, consultar Arana, 2003.



Nazar (2007), señala que el programa ESPEI tuvo impacto en la disminución de mortalidad materna en las regiones en las que se aplicó dicha estrategia. Sin embargo como se aprecia en el cuadro 1 esto no impactó en la RMM estatal, hay que considerar que este programa se inicia en el 2001 y no se aprecia un decremento en el estado de Chiapas hasta el 2005, debiéndose señalar que en este periodo se hizo un registro meticuloso de las muertes y hasta una búsqueda intencionada de las mismas, lo que puede explicar el incremento para el período observado en el cuadro 1. Por otro lado, se documentó que durante el 2004, y en una región prioritaria por sus altas razones de mortalidad materna (Altos de Chiapas), no se dispuso de clínicas que cumplieran con los estándares especificados por el programa APV (Freyermuth, 2004).

### **Programa Seguro Popular en Salud**

La derrama de recursos a través del SPS ha sido cuantiosa en Chiapas. Durante el año 2002 se afilió a 5 430 familias y se ejercieron 3.9 mdp. Sin embargo se puede señalar que es a partir del 2004 en el que se tienen inversiones de mayor envergadura para el estado, ya que para el 2008 el número de familias afiliadas era de 598 969, ejerciéndose en dicho año 1 706.3 mdp.<sup>32</sup>, lo que hizo posible que para el 2008, 43 servicios de salud en el estado contaran con atención las 24 horas 365 días al año y estuvieran en posibilidades de dar atención a la emergencia obstétrica (Freyermuth, 2009; Argüello, 2010). De 2004 a 2007 el presupuesto tuvo un incremento de nueve veces, pasando de 171 mdp a casi mil quinientos. Al respecto, Meneses señala que si en el 2004 sólo el 20% de los chiapanecos se encontraban protegidos por el seguro popular, para el 2007 el SPS daba cobertura a más del 50% (1 433 721 personas de 491 456 familias) de la población que carecía de seguro médico. De este modo, el subsidio federal promedio por familia afiliada al SPS en 2007 fue de 4 mil 378 pesos (o 1 528 pesos por persona) (Meneses, 2010). Estos recursos cubren en un 60% el monto de 625 dólares estimado del paquete básico en salud por familia (Nazar, 2010). A partir del 2004 ha ocurrido un decremento limitado en las muertes maternas, con una disminución promedio del 1% anual (cuadro 1). El seguro popular mejoró la infraestructura y la dotación de personal de salud de una gran parte de las unidades de primer y

---

<sup>32</sup> [http://www.informe.gob.mx/anexo\\_estadistico/pdf/3\\_3.pdf](http://www.informe.gob.mx/anexo_estadistico/pdf/3_3.pdf), 506 anexo estadístico del informe de gobierno

segundo nivel de atención. Como señalamos anteriormente el Catálogo Universal de Servicios de Salud CAUSES incluye el pago de 20 intervenciones relacionadas con la salud materna<sup>33</sup>. Sin embargo no ha tenido un impacto significativo en la disminución de la RMM.

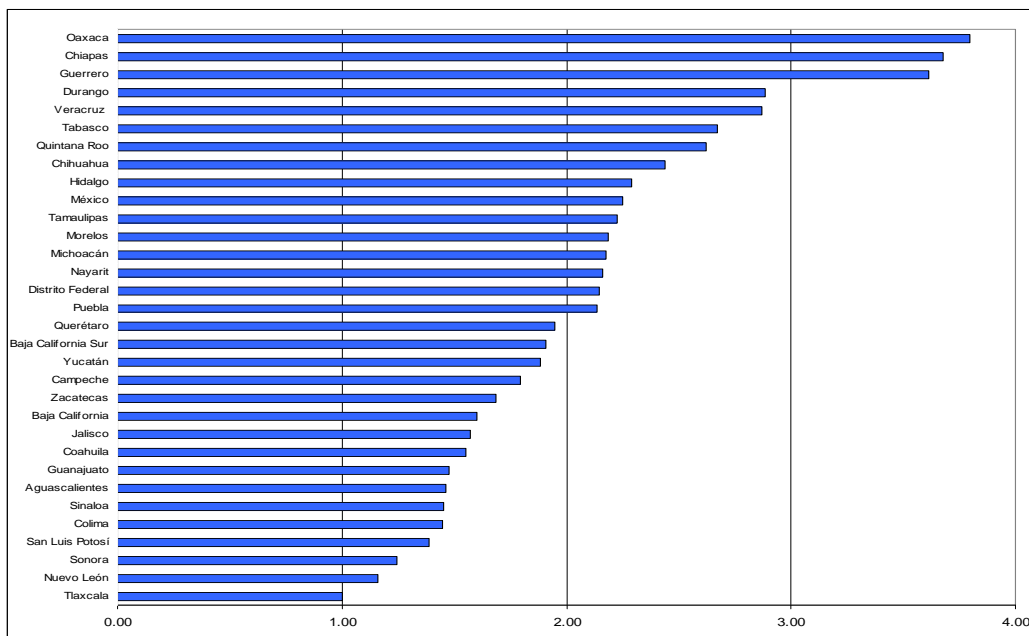
Los Objetivos del Milenio elevados a rango constitucional y las Ciudades Rurales. Situación Actual, 2007-2012

El cuadro 1 muestra el histórico de las razones de muerte materna, de 1990 al 2008; estas razones se relacionan con los programas que se han desarrollado en los últimos años y que están destinados a contribuir al mejoramiento de la salud materna. Un aspecto a destacar es la trayectoria errática de las razones de mortalidad. Para el gráfico 1 se estimó el riesgo por entidad federativa para el 2008. Los estados que tuvieron las mayores RMM fueron Oaxaca, Chiapas Guerrero y Durango, casi cuatro veces más altas que Tlaxcala, que para ese año tuvo las RMM más bajas. Los estados con las RMM menores fueron Tlaxcala, Nuevo León, Sonora y San Luis Potosí. En Chiapas, el 32% de las muertes ocurrieron por hemorragia y el 20% por enfermedad hipertensiva del embarazo. Ambos padecimientos requieren de servicios oportunos y de habilidades técnicas adecuadas para su manejo tanto en el primero como en el segundo nivel de atención (cuadro 2). El aborto contribuye con el 7% de las muertes así como las enfermedades en el puerperio.

---

<sup>33</sup> [http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Normateca/Spss/causes\\_2009.pdf](http://www.seguro-popular.gob.mx/images/contenidos/Normateca/Spss/causes_2009.pdf)

**Gráfica 1.**  
**Riesgo de fallecer por muerte materna según entidad federativa, México 2008**



Se tomó la RMM de Tlaxcala para estimar los riesgos del resto de las entidades. RMM de acuerdo a la entidad responsable. Elaboración propia, Freyermuth, Fuente Secretaría de salud <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html#estatica>. [http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/nac\\*.xls/](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/nac*.xls/)

Durante el presente gobierno estatal, el ISECH ha sufrido un recambio frecuente (hasta el momento lo han dirigido tres secretarios de salud). El programa de Salud Reproductiva no ha sufrido cambios sustanciales respecto al del gobierno precedente, y podemos afirmar que el enfoque de riesgo y la estrategia ESPESI no han perdido vigencia (ESPESI, 2002). Considero que hay varios aspectos destacables para este periodo:

El hecho de que la federación ha clasificado a Chiapas como uno de los estados prioritarios por lo que se le otorgarán recursos extraordinarios<sup>34</sup> para mejorar la prestación de servicios en salud materna, interesándole la focalización de acciones en 17 municipios en los cuales ocurrieron 82 muertes durante el 2006 y que presentan el IDH más bajos.

La conformación de reuniones técnicas entre los gobiernos estatales de Oaxaca, Chiapas y Guerrero, en las cuales se toman acuerdos desde el 2008 para realizar el monitoreo de los

<sup>34</sup>Consultar convenios estatales [http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/modules/descargar/convenios/convenios\\_0005.html](http://www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/modules/descargar/convenios/convenios_0005.html)

servicios de salud y de aquellas iniciativas estatales que se consideran prioritarias en cada estado<sup>35</sup>.

El impulso, por parte del CNEGySR, de la conformación de redes de atención por parte de las jurisdicciones consideradas prioritarias. ,

Por su parte, el estado de Chiapas ha asignado rango constitucional a los Objetivos del Milenio<sup>36</sup>, entre ellos por tanto el objetivo cinco de alcanzar la meta de reducción de la mortalidad materna; y la creación de las Ciudades Rurales Sustentables<sup>37</sup>, que surgen como una estrategia para disminuir los rezagos estructurales, pretendiéndose que de una manera pronta mejoren indicadores como el acceso a los servicios de salud, educación, empleo y comunicación (que en su ausencia dificultan la sobrevivencia en casos de emergencia obstétrica). Dado lo controvertido de estas ciudades rurales, se requiere un monitoreo estrecho de la trayectoria que observen durante los próximos años.

Para que la creación de estas ciudades contribuya a la disminución de la muerte materna, será necesario no solamente incluir clínicas con atención 24 horas 365 días al año, sino vincularlas a una red de servicios, y contar con una ambulancia siempre disponible para el traslado de mujeres con emergencias obstétricas.

## **Segunda Parte La Mortalidad materna en Chiapas**

### ***Inequidades estructurales***

Para los fines de este documento, definiremos como inequidades estructurales a aquellas caracterizadas por la violación reiterada y sistemática de los derechos humanos de las personas, tales como el acceso a la salud, vivienda, alimentación, educación, y a un medio ambiente

---

<sup>35</sup> Para conocer los resultados de estas reuniones técnicas consultar <http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/index.php/reuniones-tecnicas>.

<sup>36</sup> Los Objetivos de Desarrollo del Milenio consideran las aspiraciones de desarrollo del mundo en su conjunto. Los objetivos de desarrollo, representan valores y derechos humanos universalmente aceptados como la lucha contra el hambre, el derecho a la educación básica, el derecho a la salud, y responsabilidad frente a las generaciones futuras. Se definieron metas para ocho objetivos cuyo cumplimiento se espera para el 2015. La disminución de la mortalidad materna está considerada en el objetivo 5.

<sup>37</sup> Es una estrategia de política pública de los gobiernos estatal y federal, para promover el desarrollo regional y el combate al binomio dispersión-marginación. El Programa de Ciudades Rurales Sustentables, se nutre del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, así como del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 y del Plan de Desarrollo Chiapas Solidario 2007-2012. Consultado el 2 de marzo 2010, en: <http://www.ciudadesrurales.chiapas.gob.mx/ciudadesrurales>

limpio. La inequidad estructural<sup>38</sup> (Jones, 2000), de acuerdo con las características descritas, puede considerarse institucionalizada, pues frente al rezago social los gobiernos no han establecido políticas eficientes para remontar tales inequidades<sup>39</sup>. Dicho rezago determina un acceso limitado a los servicios de salud, hecho que afecta la sobrevivencia durante la maternidad en los casos de emergencia obstétrica.

La pobreza es una de las manifestaciones más evidentes de estas inequidades estructurales. Chiapas reportó el mayor porcentaje de incidencia en pobreza alimentaria<sup>40</sup> para 2008 con 46.4%, en pobreza de capacidades (55%), y en pobreza patrimonial<sup>41</sup> (74%). En Chiapas se localizan tres de los cinco municipios con mayor porcentaje de pobreza de patrimonio del país --San Juan Cancuc con 96.6%, Chanal y Santiago el Pinar con 96.5%--, y adicionalmente ocupa el tercer lugar nacional en número total de pobres 3.34 millones, o 75.7% de su población, junto con Puebla y Jalisco. Le anteceden el estado de México y Veracruz. En cinco años, Chiapas disminuyó el porcentaje de pobres en un 4%, no así su número absoluto de pobres.

La gráfica 2 nos muestra la razón y la tasa de mortalidad materna en relación al porcentaje de pobreza alimentaria, apreciándose una relación directamente proporcional entre el porcentaje de pobres por municipio y las razones de mortalidad materna (de un poco más de dos veces mayor en los municipios con más de 46% de pobreza alimentaria respecto de aquellos cuyo porcentaje es menor al 19%).

---

<sup>38</sup> Adapté el marco conceptual utilizado por Camara Phyllis Jones (2000) en su análisis sobre racismo.

<sup>39</sup> Farmer (2004: 307), al referirse a la violencia estructural, señala que es ejecutada sistemáticamente --esto es, indirectamente-- por todos los que pertenecen a cierto orden social.

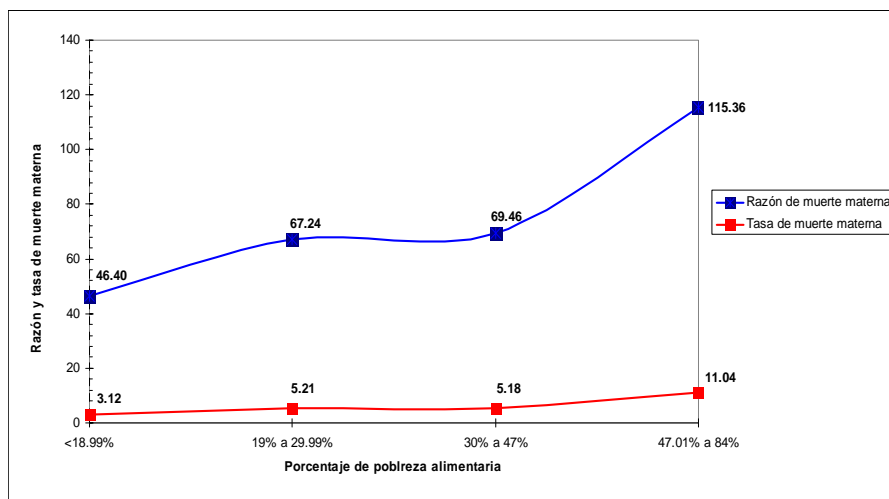
<sup>40</sup> Fuente: Estimaciones del CONEVAL, con base en la ENIGH 2008 y el Módulo de Condiciones Socioeconómicas 2008.

<sup>41</sup> Pobreza de ingresos utiliza la propuesta metodológica del Comité Técnico para la Medición de la Pobreza (CTMP) del año 2002.

De acuerdo con esta metodología, se definieron tres niveles de pobreza:

1. La pobreza alimentaria: Incapacidad para obtener una canasta básica alimentaria, aun si se hiciera uso de todo el ingreso disponible en el hogar en comprar sólo los bienes de dicha canasta.
2. La pobreza de capacidades: Insuficiencia del ingreso disponible para adquirir el valor de la canasta alimentaria y efectuar los gastos necesarios en salud y educación, aun dedicando el ingreso total de los hogares nada más que para estos fines.
3. La pobreza de patrimonio: Insuficiencia del ingreso disponible para adquirir la canasta alimentaria, así como realizar los gastos necesarios en salud, vestido, vivienda, transporte y educación, aunque la totalidad del ingreso del hogar fuera utilizado exclusivamente para la adquisición de estos bienes y servicios. [http://www.coneval.gob.mx/contenido/info\\_publico/1778.pdf](http://www.coneval.gob.mx/contenido/info_publico/1778.pdf), consultada el 21 de abril 2010.

**Gráfica 2. Razón y tasa de muerte materna según pobreza alimentaria<sup>1</sup>, Chiapas, 2004-2008**



Elaboración propia, Freyemuth, a partir de Secretaría de salud <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesde datos/index.htm#estatica>  
[http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/nac\\*.xls,\\*total.xls](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/nac*.xls,*total.xls) [http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/medicion\\_pobreza/HomeMedicionPobreza.jsp](http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/medicion_pobreza/HomeMedicionPobreza.jsp)

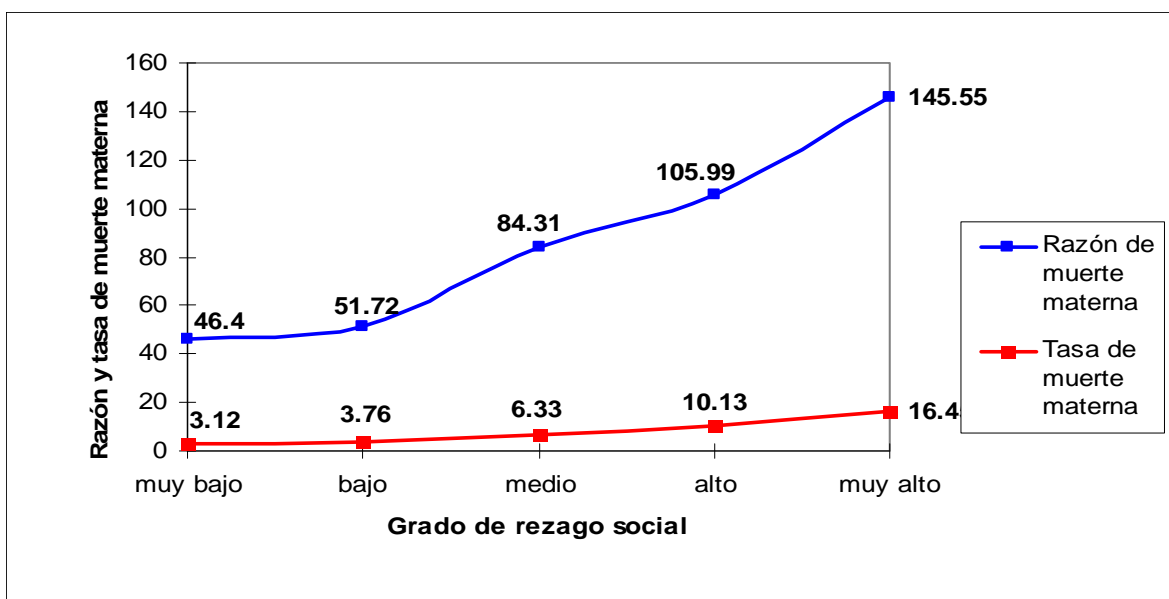
Otra medición que revela la inequidad estructural entre las mujeres chiapanecas es el índice de rezago social, que incorpora indicadores de educación, de acceso a servicios de salud, de servicios básicos de calidad, de espacios en la vivienda, y de activos en el hogar<sup>42</sup>. Las diferencias en las RMM y en las TMM en Chiapas, en relación a la clasificación por rezago<sup>43</sup> son más profundas que aquellas estimadas a través de la pobreza por ingreso, resultando la RMM tres veces mayor en aquellos municipios clasificados con muy alto rezago frente a los de muy bajo (gráfica 3).

La pobreza y el rezago dan rostro a las regiones chiapanecas. Así podemos ver que las serranías presentan la mayor tasa y razón de mortalidad materna (dos y tres veces más respecto de la región costera), y que las regiones con mayor porcentaje de HLI muestran RMM casi dos veces más altas que la Región Costa o la del Centro (gráfica 4).

<sup>42</sup>[http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/medicion\\_pobreza/HomeMedicionPobreza.jsp?categorias=MED\\_POBREZA,MED\\_POBREZA-ind\\_rez\\_soc](http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/medicion_pobreza/HomeMedicionPobreza.jsp?categorias=MED_POBREZA,MED_POBREZA-ind_rez_soc) con base en "Principales Resultados por Localidad, 2005" del II Censo de Población y Vivienda (ITER 2005).

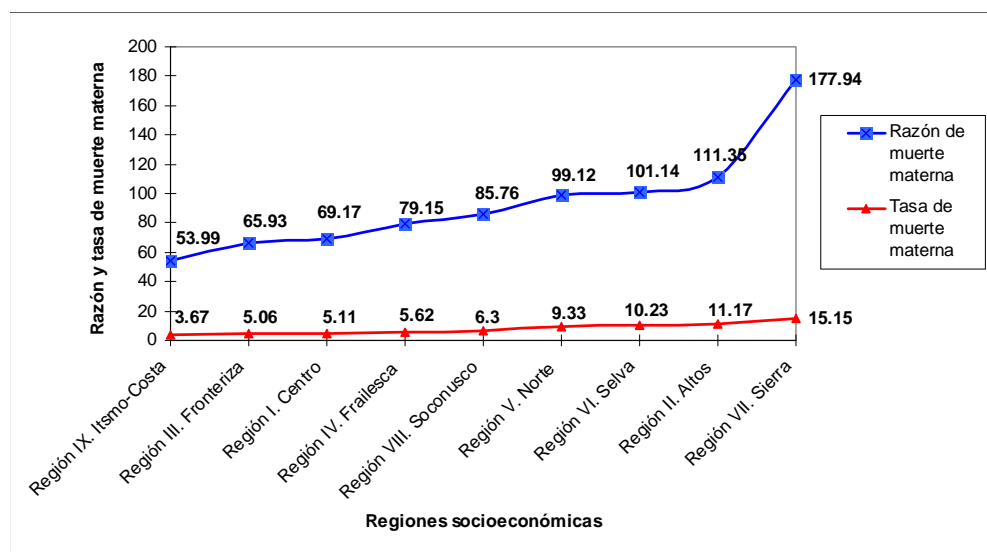
<sup>43</sup> En la Gráfica 3 se muestran las razones de mortalidad materna y sus respectivas tasas, estimadas de acuerdo al número de muertes maternas por su ubicación en municipios con muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto rezago social.

Gráfica 3. Razón y tasa de muerte materna según grado de rezago social, Chiapas, 2004-2008



Elaboración propia, Freyemuth, a partir de: Secretaría de salud <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.htm#estatica>  
[http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/nac\\*.xls](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/nac*.xls), \*total.xls

Gráfica 4. Razón y tasa de muerte materna, según regiones, Chiapas, 2004-2008

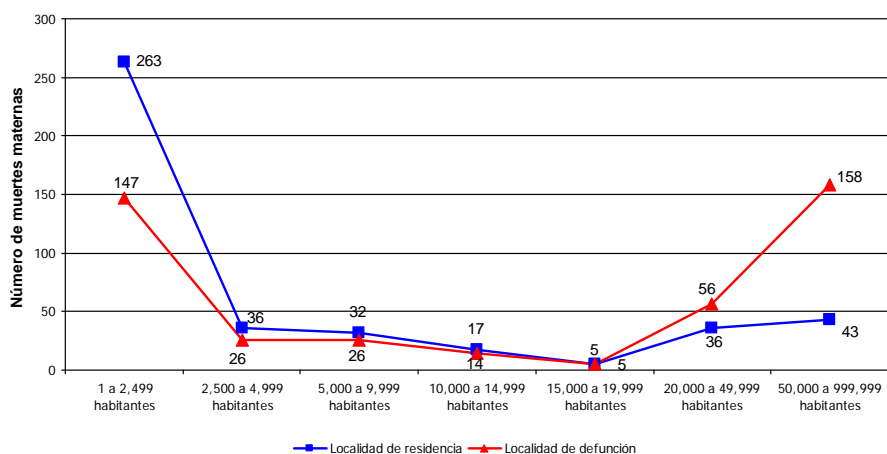


Elaboración propia, Freyemuth, a partir de Secretaría de salud <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.htm#estatica>  
[http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/nac\\*.xls](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/nac*.xls), \*total.xls

Un elemento que contribuye a estas inequidades estructurales es la ubicación de las mujeres en localidades pequeñas. Como bien sabemos, la incapacidad del estado para brindar servicios básicos a la población, transporte y clínicas u hospitales operando las 24 horas los 365 días del año, son obstáculos fundamentales para la sobrevivencia materna.

De las 433 mujeres muertas en Chiapas por causas maternas entre 2004 y 2008, 263 residían en una localidad de menos de 2 500 habitantes, contra 158 que residían en las ciudades más grandes de Chiapas (50 mil a 999 mil habitantes), la TMM es tres veces mayor para las que se ubicaban en localidades de menos de 2 500 habitantes con respecto de aquellas que vivían en ciudades de entre 50 mil y 999 mil (gráfica 6). Se puede observar que únicamente 147 de las 263 mujeres que residían en estas localidades fallecieron en ellas, lo que muestra que 116 mujeres se desplazaron, ya sea durante el embarazo, parto o puerperio, o cuando se presentó la emergencia obstétrica, aunque la movilidad no necesariamente condujo a todas al desenlace exitoso de su problema. Podemos reconocer que la mayoría de las familias o parejas que se desplazaron residían en comunidades de menos de 2 500 habitantes, y que se trasladaron a localidades de más de 20 mil (gráfica 5).

**Gráfica 5. Número de muertes maternas según tamaño de localidad de defunción y de residencia, Chiapas 2004-2008**

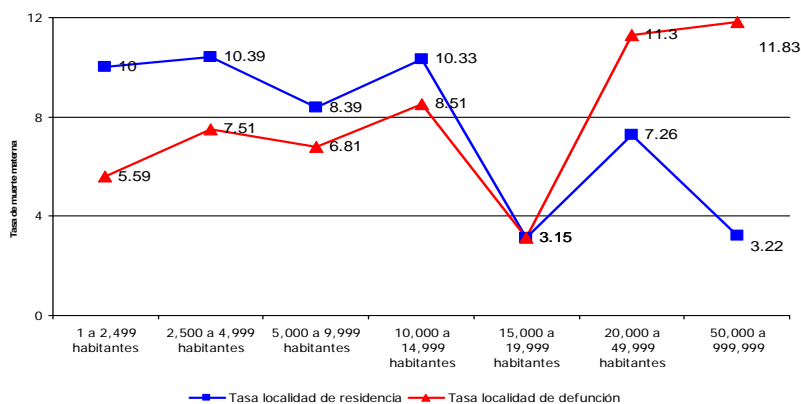


Elaboración propia, Freyermuth, a partir de: Población femenina de 12 años y más Por: Edad Según: Tamaño de localidad Fuente: INEGI. II Censo de población y vivienda 2005.  
<http://www.sinais.salud.gob.mx/basededatos/index.htm#estatica>  
[http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/\\*total.xls](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/*total.xls)



Es importante considerar que el tipo de residencia y la posibilidad de moverse --que conllevan aspectos estructurales también--, se encuentran ligados a los acuerdos matrimoniales, y son factores que determinan las formas de proporcionar soporte a una mujer durante la maternidad y el nacimiento. La residencia matrilocal permite a la mujer una condición de mayor protección que cuando es patrilocal<sup>44</sup> y aún no ha consolidado sus relaciones con su nueva familia. La residencia neolocal en localidades pequeñas suele apuntar a la disponibilidad de mayores recursos económicos, matrimonios en etapa de consolidación, o matrimonios intergeneracionales. En estos casos, si bien la mujer goza de una mayor independencia, en situaciones de crisis suele carecer o contar tardíamente con el apoyo familiar. Tratándose de parejas jóvenes, son el padre y la madre del marido quienes toman la decisión de buscar ayuda y a dónde acudir, lo cual dependerá del capital social disponible. La movilidad determina que al analizar las TMM según tamaño de localidad y lugar de defunción, resulten estas mayores en ciudades de más de 20 mil habitantes, por otro lado si consideramos lugar de residencia de la mujer fallecidas las tasas son más elevadas en las menores de 2 500 habitantes (gráfica 6).

**Gráfica 6. Tasa de muerte materna según tamaño de localidad de defunción y de residencia, Chiapas 2004-2008**



Elaboración propia, Freyemuth, a partir de: Población femenina de 12 años y más Por: Edad Según: Tamaño de localidad Fuente: INEGI. II Censo de población y vivienda 2005.  
<http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.htm#estatica>  
[http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/\\*total.xls](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/*total.xls)

<sup>44</sup> Patrilocalidad se define como posición geográfica-cultural de control proveniente del padre. En una sociedad "patrilocal", la mujer vivirá con su padre y luego de casada, con su esposo. En una matrilocal la mujer vivirá en o cerca de la residencia de la madre.

Estos hallazgos indican que los rezagos estructurales condicionan un limitado acceso a los servicios de salud, ya sea porque las mujeres viven en lugares donde no existen, tienen una limitada capacidad resolutoria, o la llegada a ellos se dificulta por falta de caminos o intransitabilidad de los mismos; por la carencia de recursos económicos para la movilización; por desconocimiento de dónde están disponibles, o por las dinámicas familiares que entorpecen una toma de decisión acertada. Esta inequidad en el acceso se hace patente en los municipios con mayor pobreza y rezago social, y puede considerarse institucionalizada ya que ni el gobierno ni el sector salud generan mecanismos efectivos capaces de eliminarla o reducirla. Las inequidades estructurales están mediadas en buena medida por las políticas y programas públicos, y éstas son, al fin de cuentas, instrumentalizadas por personas. En Chiapas, como señalamos antes, una respuesta gubernamental para aumentar el acceso a servicios ha sido la creación de las Ciudades Rurales Sustentables.

### ***Inequidades que se construyen al interior de las instituciones y mediadas por las personas***

En el año 2009 se dio a conocer la nueva medición de la pobreza desde una perspectiva multidimensional<sup>45</sup>, como lo marca la Ley de Desarrollo Social. Esta medición conlleva el enfoque de derechos y permite reconocer el resultado de la interacción de la política económica y la política social. Así, esta metodología no solamente hace visible a la población en condición de pobreza y a aquella que es vulnerable (indicadores estructurales), sino que también permite reconocer cuál es el peso específico de cada carencia (ingreso per cápita, rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad de la vivienda, servicios básicos de la vivienda, y alimentación) en el conjunto de la pobreza de una población, facilitando así el identificar el peso de las carencias en salud cuya responsabilidad directa es institucional.<sup>46</sup> En este reporte se señala que el número de carencias promedio que presentaron los chiapanecos

---

<sup>45</sup>Una persona se encuentra en situación de pobreza multidimensional cuando presenta al menos una carencia social y no tiene un ingreso suficiente para satisfacer sus necesidades, como son: ingreso corriente per cápita, educación, salud, seguridad social, vivienda, servicios básicos, y alimentación. Cfr. Presentación Metodología de Medición Multidimensional de la Pobreza, 10 de diciembre del 2009. Metodología que es guiada por la Ley de Desarrollo Social. [http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/medicion\\_pobreza/HomeMedicionPobreza.jsp](http://www.coneval.gob.mx/coneval2/htmls/medicion_pobreza/HomeMedicionPobreza.jsp)

<sup>46</sup> De este reporte se desprende que en Chiapas, para el año 2008, 3.4 millones de sus habitantes vivían en condiciones de pobreza multidimensional; de ellos 1.6 millones fueron clasificados como pobres extremos y 1.8 millones como pobres moderados.

en condición de pobreza multidimensional fue de tres a cuatro, y la contribución de la falta de acceso a los servicios de salud y a la seguridad social a la intensidad de la pobreza fue del 50% y 85% respectivamente. Resulta claro que el remontar estas carencias es imprescindible para reducir la mortalidad materna (cuadro 3).

La obligación de remontar estas carencias es del Estado, a través de sus instituciones, la federación y el gobierno local están promoviendo estrategias para el cumplimiento de este derecho, se requiere no solamente del incremento de los presupuestos, sino que los servicios que se ofrezcan a los ciudadanos sean oportunos y de calidad. Para el abatimiento de la muerte materna se requiere que las clínicas estén abiertas, con materiales suficientes, y que el personal de salud posea las habilidades para resolver los problemas. Al respecto, analizaremos la muerte materna desde el lugar de ocurrencia y la condición de derechohabencia de las mujeres.

Es sabido que no basta con ofrecer servicios, sino que también se requiere de la demanda oportuna de los mismos por las mujeres con emergencias. ¿De qué manera las mujeres se movilizan y buscan atención? Los datos relativos al lugar de residencia junto con los del lugar de defunción y su vinculación con la presencia de hospitales pueden darnos pistas de lo que ha ocurrido en los últimos años.

## **Los servicios de salud. Mortalidad por derechohabencia y lugar de ocurrencia**

En Chiapas, la condición de derechohabencia para el periodo 2003-2007 sigue una trayectoria similar a la documentada a nivel nacional (gráfica 7)<sup>47</sup> (Freyermuth, 2010) para el mismo periodo, y se reconoce que las RMM para las mujeres derechohabientes versus las no derechohabientes<sup>48</sup> es de la mitad; o lo que es lo mismo: la probabilidad de morir por causas maternas es del doble para las mujeres no derechohabientes. Sin embargo, al incluir 2008 en las

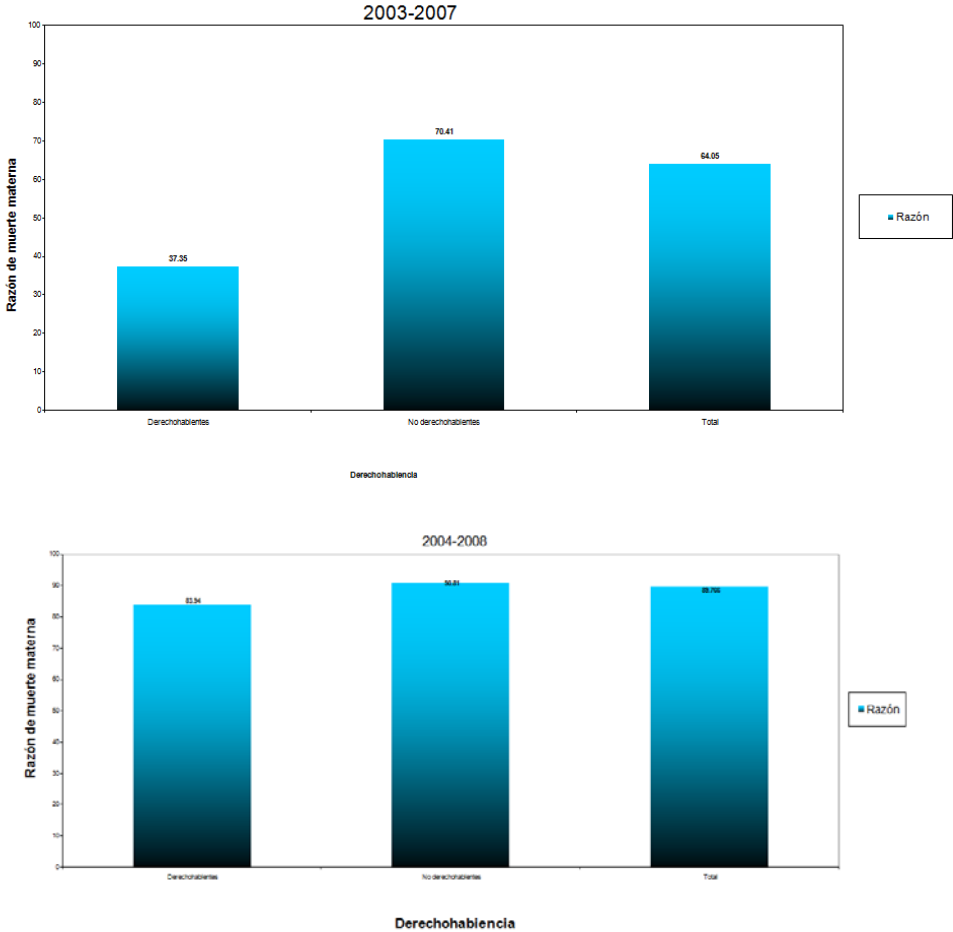
---

<sup>47</sup> En la gráfica 7 se muestran las razones maternas estimadas a través de los nacidos vivos estimados.

<sup>48</sup> Por no derechohabencia se define a aquellas personas que no cuenten con **adscripción o derecho** a recibir servicios médicos de alguna institución que preste servicios de salud, incluyendo al Seguro Popular, a las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, PEMEX, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados. [http://www.coneval.gob.mx/contenido/med\\_pobreza/6793.pdf](http://www.coneval.gob.mx/contenido/med_pobreza/6793.pdf) consultado el 16 de abril 2010

estimaciones el escenario es totalmente distinto, pues para el periodo 2004-2008 las diferencias entre las cifras de derechohabientes y no derechohabientes prácticamente son inexistentes. Hay dos característica básicas que pueden estar determinando estas diferencias: la inclusión del Seguro Popular como una versión de protección social, en su modalidad embarazo saludable, y el incremento de la mortalidad materna en el Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS). El otro aspecto que destaca es que las RMM son más elevadas cuando utilizamos las cifras de los nacidos vivos atendidos, ya que corresponden al 72% de los nacidos vivos estimados.

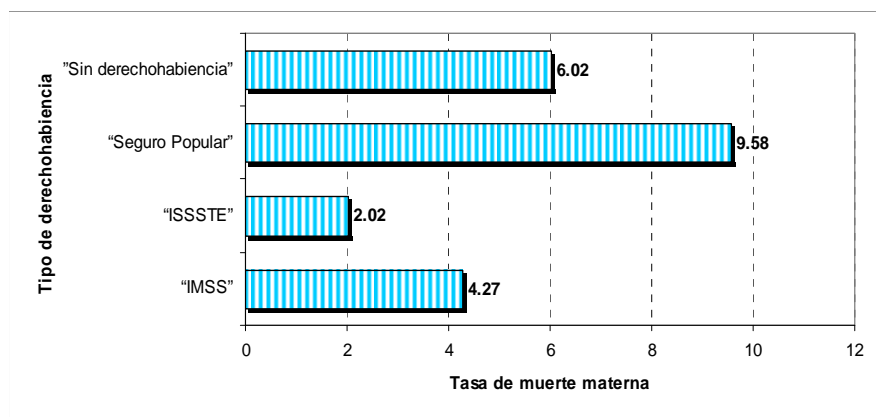
**Gráfica 7. Razón de muerte materna según nacidos esperados, Chiapas**



Elaboración propia, Freyermuth, a partir: Secretaría de Salud <http://ww.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.html#estatica>  
[http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/nac\\*.xls/](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/nac*.xls/)

Aunque es un hecho que la seguridad social o su carencia pone a las mujeres en riesgo diversos de morir, hay diferencias entre lo que ocurre a nivel nacional y en Chiapas. En el ámbito nacional la diferencia entre el IMSS y el resto de las instituciones es sustancial (TMM de 0.7 en el IMSS versus 3.28 del Seguro Popular), mientras que en Chiapas las tasas más bajas se observan en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que son tres veces menores que las de no derechohabiente, dos veces menores que las del IMSS y casi cuatro veces menores que las del Seguro Popular. Evidentemente existe desigualdad entre mujeres, dependiendo del tipo de institución a la que estén adscritas como beneficiarias (gráficas 8 y 9)<sup>49</sup>. Si atendemos a las cifras reportadas, está claro que en Chiapas el Seguro Popular y la inversión que su implantación ha acarreado en infraestructura y recursos humanos no se ha reflejado en la disminución de la la muerte materna, y se hace patente la necesidad de reorientar su estrategia a fin de que realmente asegure un acceso oportuno durante la emergencia obstétrica, sobre todo tomando en cuenta que para el objetivo del Sector Salud -de contar para el año 2030<sup>50</sup> con un sistema de salud integrado y universal que garantice el acceso a servicios esenciales de salud para toda la población-, el Seguro Popular es visto como uno de los principales instrumentos para asegurar dicha cobertura y para mejorar la calidad de la prestación de servicios.

**Gráfica 8. Tasa de muerte materna, según derechohabiente en los servicios de salud, Chiapas, 2004-2008**



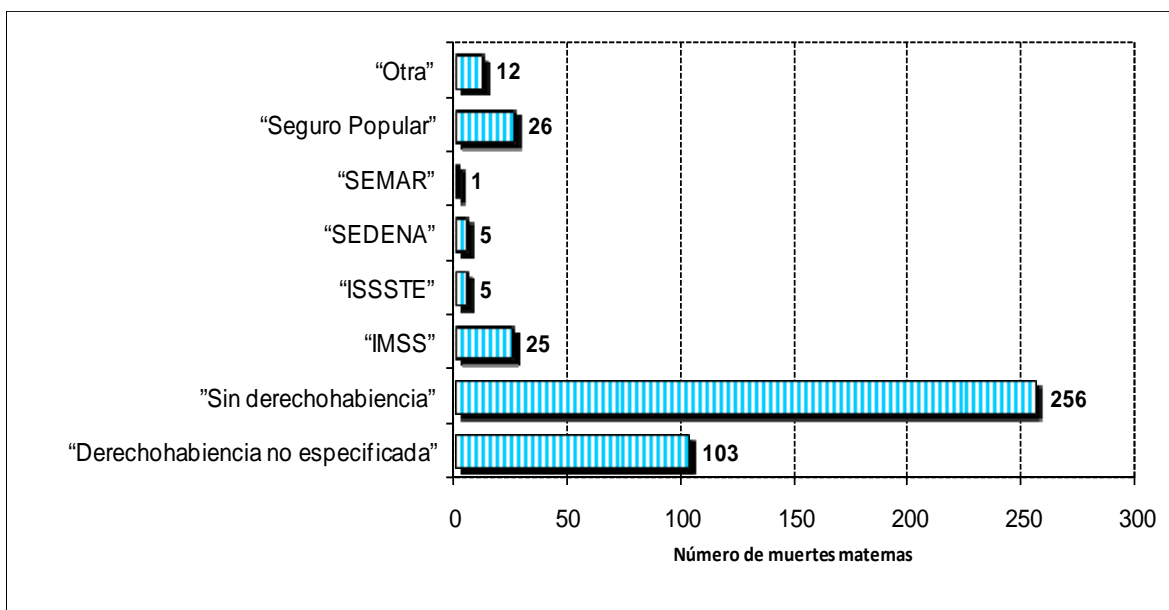
Elaboración propia, Freyermuth, a partir de: Secretaría de Salud <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.htm#estatica>  
[http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/\\*total.xls](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/*total.xls)

<sup>49</sup> En la gráfica 8 se muestran las tasas de mortalidad materna según tipo de derechohabiente.

<sup>50</sup> Cfr. Capítulo II el Sistema Nacional de salud en el 2030 <http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pnscap2.pdf>

En el caso del IMSS vale la pena profundizar en el seguimiento de las muertes maternas y la responsabilidad institucional es la asignación institucional de muertes maternas que oficialmente se realiza a partir de la derechohabiencia que las mujeres tienen en el momento de morir, contabilizándose como muertes de responsabilidad del Instituto de Salud de Chiapas (ISECH) a aquellas que no tienen derechohabiencia alguna. Así, puede ocurrir que una mujer con derechohabiencia en el IMSS no acuda a estos servicios y fallezca en su hogar, sin embargo esta muerte se contabilizará para el IMSS. En la década pasada el IMSS y su programa IMSS-Oportunidades para población no derechohabiente hicieron un convenio para la referencia de pacientes de IMSS-Oportunidades a hospitales del IMSS que cuentan con mayores recursos para la atención de emergencias obstétricas. El año pasado se firmó un convenio similar entre IMSS, ISSSTE y SSA, es decir que la atención de la emergencia obstétrica es uno de los primeros esfuerzos del sector salud para lograr la integración funcional.

**Gráfica 9. Número de muertes maternas según derechohabiencia en los servicios de salud, Chiapas 2004-2008**



\*Se excluye derechohabiencia "privada" ya que no se cuenta con un denominador confiable  
 Elaboración propia, Freyermuth, a partir de: Población femenina de 12 años y más Por: Edad Según: Nivel de derechohabiencia Fuente: INEGI. II Censo de población y vivienda 2005. <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.htm#estatica> [http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/\\*total.xls](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/*total.xls)

El IMSS sólo contabiliza como muertes maternas propias a las de aquellas mujeres derechohabientes que solicitaron atención médica y fueron atendidas en sus unidades, y no

contabiliza a las que mueren durante su permanencia en la institución pero que no están adscritas a ella. Por ello, las instituciones de seguridad social documentan un número menor de muertes que las que oficialmente les correspondería y por tanto hay vacíos tanto en política pública como en programas. Se analizará esto más adelante.

La población femenina en edad reproductiva del estado era para el año 2008 de 1219,464, y se esperaban alrededor de 95 mil nacidos vivos<sup>51</sup>. Para el mismo año se consideró como población potencial del IMSS a 139 919 mujeres, a las que corresponderían alrededor de 15 mil nacidos vivos. Dicha institución atendió 6 435 partos con 6 456 nacidos vivos, obteniendo por tanto una cobertura de aproximadamente 43%, y una RMM materna que va, dependiendo del número de muertes que acepten o se asignen de su responsabilidad, de 45.8 a 186 por 100 mil nacidos. A sus 60 años de existencia, el IMSS es una institución consolidada y con programas en buena medida al margen de las políticas nacionales<sup>52</sup>; el caso de APV es un ejemplo, y aunque a nivel nacional esta institución considere que la salud reproductiva ya no es un problema<sup>53</sup>, en Chiapas el número de muertes maternas se ha venido incrementando en esa institución pasando de 2 muertes en el 2004 a 10 en el 2008 según datos oficiales, si se considera la derechohabencia.

Para el año 2008 el IMSS contabilizó a tres mujeres derechohabientes fallecidas en sus unidades. Sin embargo, murieron 10 mujeres derechohabientes del IMSS, esto independientemente del lugar de la ocurrencia de dichas defunciones (en las bases se especifica

---

<sup>51</sup> Fuente: Secretaría de Salud/Dirección General de Información en Salud, Estimaciones con base en las Proyecciones de la Población de México 2005-2030, CONAPO, 2006.

<sup>52</sup> El IMSS no está alineado a los programas de acción específicos, 2007-2012 Igualdad de Género en Salud y Arranque Parejo en la Vida. El IMSS tiene un concepto que denomina PREVENIMSS que incluye los Programas Integrados de Salud. Estos programas son un conjunto de acciones de prevención y protección a la salud, ordenadas a partir de cinco grupos de edad: menores de 10 años, adolescentes de 10 a 19 años, mujeres adultas de 20 a 59 años, y hombres adultos de 20 a 59 años y mayores de 59 años. En el caso del programa que nos ocupa incluiría el del Programa de Salud de la Mujer del grupo de edad de 20 a 59 años. En los documentos del IMSS solamente se menciona la importancia de la vigilancia y el control prenatal, no siendo un programa comparable al de APV.

<sup>53</sup> IMSS: Inútil, área de salud reproductiva, Ángeles Cruz Martínez, miércoles 16 de abril de 2008 <http://www.jornada.unam.mx/2008/04/16/index.php?section=sociedad&article=046n3soc> consultado el 8 de septiembre. En entrevista, el director de Prestaciones Médicas del IMSS señaló que ya no era necesaria una coordinación de salud reproductiva, al haberse logrado reducir el índice de natalidad de seis a 1.9 hijos por mujer. Hay un elemento que hay que resaltar del ejercicio histórico presupuestal: en el 2005, el presupuesto asignado a la salud reproductiva fue de 696 064 306 pesos, para el 2006 se incrementa a 1 742 617 511, llegando en 2008 a su máximo presupuesto con 2 255 171 565. Sin embargo, en lo reportado por la Coordinación de Presupuesto e Información Programática, tanto para el 2007 y 2008 el ejercicio presupuestal nacional para salud reproductiva es inercial al que se venía aplicando desde el 2005. Para el 2009 hay nuevamente un cambio en la estructura y este monto se divide en un programa presupuestal de salud pública y el E008. Es decir, que independientemente de que desde el 2006 se han incrementado recursos para este problema no se han ejercido para este fin; se ha seguido inercialmente utilizando el presupuesto y, es más, está en proceso el desmantelamiento de los programas de salud reproductiva. Cabe señalar que los servicios médicos en ginecología están saturados en Chiapas y en otras partes del país.

la institución en las que se fallece, si es el caso, mas no el tipo de unidad, registrándose también si ocurren durante el traslado, el hogar, u otro). Si tomamos el lugar de ocurrencia de las muertes, vemos que se registraron 12 en el IMSS, aunque estas mujeres no eran derechohabientes y muy probablemente hayan sido referidas por el IMSS-Oportunidades. Sin embargo, cualquiera de las tres cifras (tres, diez o doce muertes) echan por tierra la meta nacional del IMSS que es de 2754 por 100 mil nacidos vivos. En la realidad, el comportamiento de la muerte materna en Chiapas entre sus derechohabientes es similar a la del resto del estado; ya que sus mujeres derechohabientes en edad reproductiva corresponden al 11.47% del total de las chiapanecas en edad reproductiva y su número de muertes maternas en 2008 fue del 10.5% del total. Más aún, su RMM tomando en cuenta derechohabiencia, es mayor que la RMM estatal. Este caso no es menor ya que la pregunta que surge es: ¿quién en sus estrategias para disminuir la mortalidad materna considerará a las mujeres derechohabientes que están excluidas de los servicios a los que tienen derecho? Esto debe llevar a un replanteamiento del quehacer de esta institución en el estado en lo que toca a la muerte materna y a sus planificadores a comprender que las estrategias que pueden ser adecuadas en otras partes del país no necesariamente lo son para Chiapas. Se requiere pasar de una visión limitada, en la que la muerte materna es vista como un problema individual/familiar, a otra que la considere como una responsabilidad social/gubernamental.

En el caso de las no derechohabientes, a las que compete atender el ISECH, según la información más reciente disponible del DGIS (2009), la mayor parte de los partos (40 057) fueron atendidos en 16 hospitales, 11 generales y cinco integrales. Estos corresponden al 50% de los partos esperados sin protección a la salud. Sin embargo, el número de muertes por lugar de ocurrencia que sucedieron en el ISECH fueron 39 y por no derechohabiencia 60 (aquellas mujeres que no contaban con seguridad social) lo que nos arroja tasas de 97.36 y 149.78, respectivamente, cifras menores que las presentadas por el IMSS para el 2008.

---

<sup>54</sup> En su Programa Presupuestario 008 incluye la disminución específica de mortalidad materna. Con la Denominación de Muerte Materna y con la Unidad de Medida Tasa y el Método de Cálculo del número de muertes maternas Hospitalarias ocurridas durante el embarazo, el parto y el puerperio, en población derechohabiente/nacidos vivos por 100 mil Meta anual 27. Componente: A Proporcionar atención obstétrica de calidad. <http://www.shcp.gob.mx/FINANZASPUBLICAS/InformeTrimestral/2009/Segundo%20trimestre%20de%202009/Anexo%20XVII%20Avance%20en%20los%20Indicadores%20de%20Desempe%C3%B1o.pdf> (Anexo XVII) consultado 20 febrero 2010.



Se puede señalar, con los datos expuestos, que la derechohabiencia en Chiapas no está asegurando la sobrevivencia de las mujeres, que se requiere indagar a mayor profundidad cuáles son los factores que determinan que el IMSS tenga un comportamiento tan distinto al nacional, siendo también necesario mejorar la demanda con oportunidad de las mujeres que no cuentan con derechohabiencia, evidenciándose también que la pertenencia al Seguro Popular no está asegurando a las mujeres una sobrevivencia mayor a las de las no derechohabientes.

### **La movilidad. Presencia de hospitales, lugar de residencia y de defunción de las fallecidas**

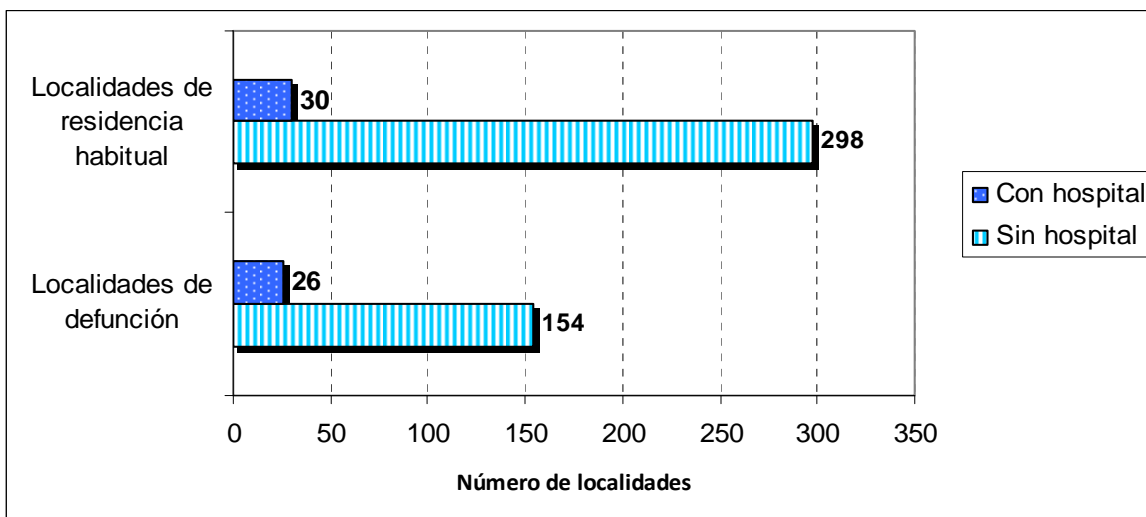
En Chiapas hay registrados 93 hospitales o clínicas, federales y estatales, que podrían proporcionar atención materna<sup>55</sup> integral, y alrededor de 1 450 clínicas de primer nivel de atención. Estas 93 unidades de servicios están distribuidas en 35 asentamientos poblacionales (en el estado existen 19 000 asentamientos registrados). Las defunciones maternas ocurrieron en un total de 180 localidades<sup>56</sup> y las mujeres procedían de 328, por lo que se infiere que se dio un desplazamiento intencionado; ya se había señalado que las mujeres se trasladaron a localidades de entre 20 000 y 499 999 habitantes. Solamente en 26 de las 180 localidades en las que fallecieron se disponía de hospital, y 154 no contaban con un servicio provisto de un quirófano, laboratorio, cirujano u obstetra, y en el que hubiere disponibilidad de sangre y medicamentos para la atención resolutive de una emergencia obstétrica (servicio integral o resolutive) capaz de preservarles la vida (gráfica 10). En estas 154 localidades murieron 202 mujeres, siendo probable que algunas procedieran de la propia localidad; en las 26 localidades con hospital fallecieron 231 (gráfica 11), revelándose una tendencia a la búsqueda de atención en lugares “estratégicos” en la medida en que se conoce cuentan con hospitales, pero el nivel resolutive de estos, la oportunidad de la búsqueda de atención o la calidad del servicio no hicieron posible la sobrevivencia.

---

<sup>55</sup> De las bases disponibles en SINAIIS dum\_\*.xls se excluyeron los hospitales de alta especialidad que no incluían atención materna.

<sup>56</sup> Según INEGI, una localidad puede ser definida como un grupo con características bien definidas y que se distinga de otras (también se le conoce como lugar habitado o asentamiento), en el cual los habitantes viven en series de vecindarios con cuartos independientes y cuentan con un nombre y estatus localmente reconocido <http://www2.inegi.gob.mx/estestint/ficha.asp?idf=956>, consultada 30 de julio.

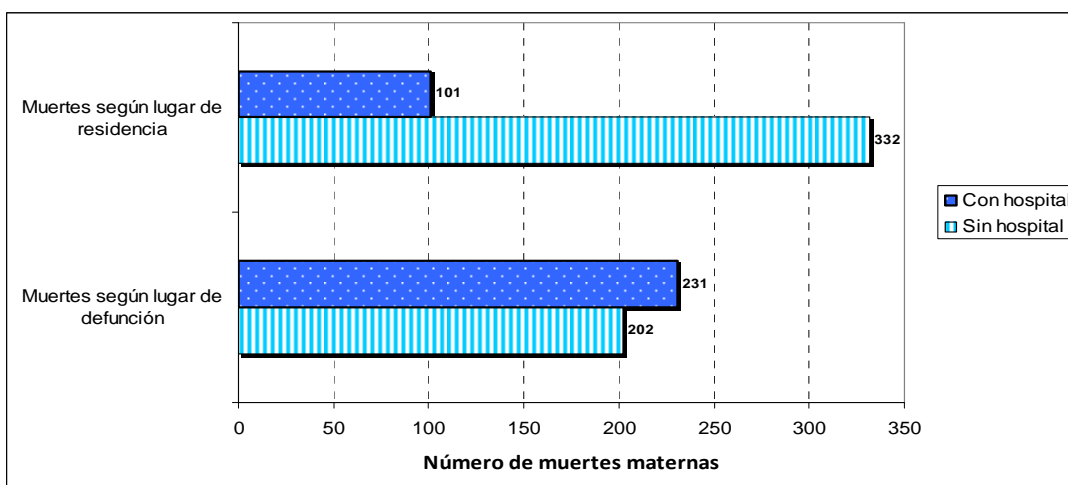
**Gráfica 10. Número de localidades de residencia habitual y de defunción con muertes maternas, según presencia de hospitales, Chiapas, 2004-2008**



Elaboración propia, Freyemuth, a partir de: Secretaría de Salud <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.htm#estatica>  
[http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/dum\\_\\*.xls](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/dum_*.xls)

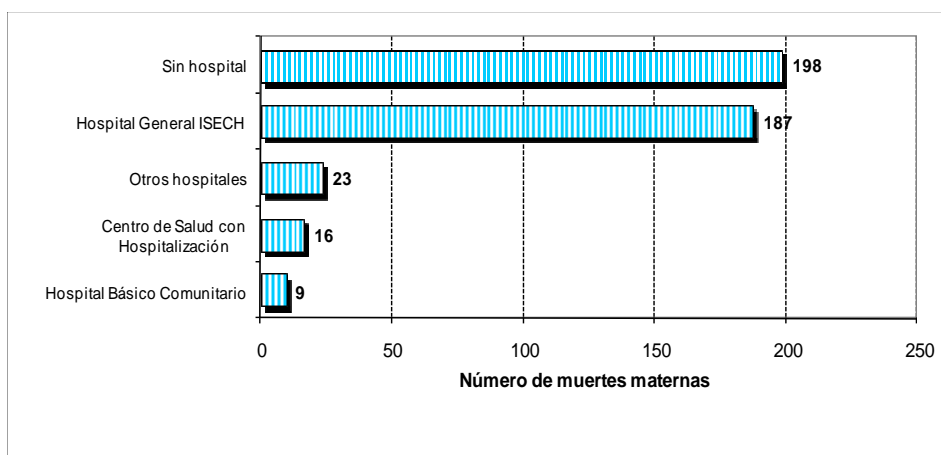
En los últimos años, Chiapas ha incrementado sus instalaciones para la atención primaria y resolutive de la Emergencia Obstétrica; de acuerdo al listado proporcionada por el ISECH existen 43 clínicas y hospitales “24 horas 365 días”, con tres tipos de unidades: centros de salud con hospitalización, hospitales comunitarios y hospitales generales. Sin embargo, en funcionamiento activo para la asistencia obstétrica se cuenta con 11 hospitales generales y cinco integrales, que son en los que se atendieron la mayor parte de los partos registrados en el 2007. En el gráfico 12 se pueden identificar las muertes ocurridas -de acuerdo a su frecuencia y el lugar-, tomando en cuenta la presencia de hospitales generales, básicos comunitarios y centro de salud; en la categoría “otros hospitales” se incluyen localidades en las que se señala que hay hospitales y que pueden ser del IMSS, IMSS-Oportunidades privados y otros, en el resto de las localidades, además de los hospitales del ISECH pueden estar ubicadas otras instituciones privadas o públicas.

**Gráfica 11. Número de muertes maternas de acuerdo al lugar de defunción o residencia habitual y presencia de hospitales, Chiapas 2004-2008**



Elaboración propia, Freyermuth, a partir de: Secretaría de Salud <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.htm#estatica>  
[http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/dum\\_\\*.xls](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/dum_*.xls)

**Gráfica 12. Número de muertes maternas según tipo de hospital Chiapas, 2004-2008**



Elaboración propia, Freyermuth, a partir de: Secretaría de Salud  
<http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.htm#estatica> [http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/dum\\_\\*.xls](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/dum_*.xls)

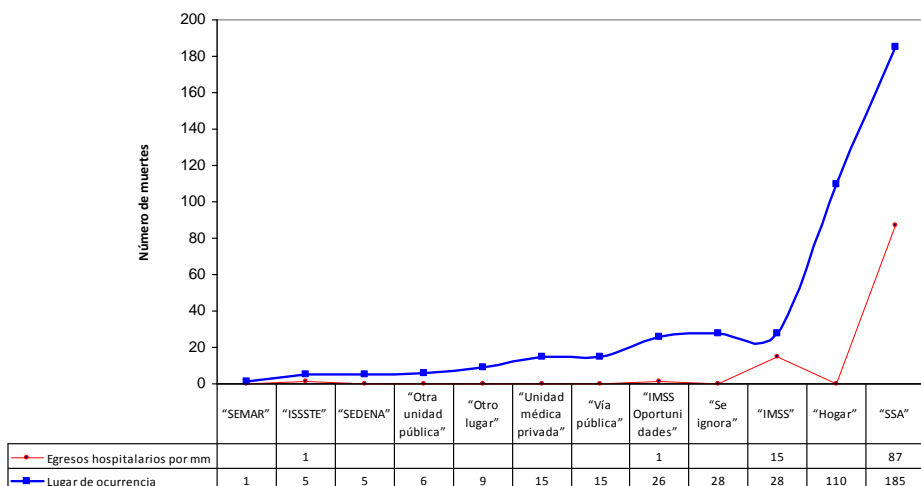
Si analizamos las muertes en este mismo gráfico 12 -dependiendo de la presencia y tipo de servicio de salud-, tenemos por ejemplo que 198 fallecieron en una localidad en donde no existían servicios de salud “24 horas 365 días”, y 16 en centros de salud con hospitalización, algunos de los cuales pueden realizar referencias “24 horas 365 días”; es decir, que estas 16 mujeres debieron ser estabilizadas y enviadas a un servicio de salud integral. Nueve mujeres

fallecieron en localidades que contaban con un Hospital Básico Comunitario, y una gran parte (110) arribó a una localidad en la cual se contaba con un hospital General del ISECH o de otra denominación. Podemos reconocer que todavía no hay una movilidad acertada en la búsqueda de atención pues apenas poco más del 50% de las mujeres que padecieron una emergencia obstétrica llegó a una localidad en la cual podría brindárseles atención primaria o integral. Sin embargo, estos datos nos permiten conocer la localidad en donde la mujer falleció y si existía un hospital, pero no tenemos la certeza de que las mujeres que arribaron o se encontraron en una localidad con servicios de salud hayan solicitado el servicio.

Para ello, se comparó la mortalidad materna por lugar de ocurrencia de la defunción con los egresos hospitalarios del 2004-2008, resultando que 24% de las fallecidas fueron atendidas en un servicio integral. La Secretaría de Salud, de acuerdo a lo reportado en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), solamente reporta 87 egresos por muerte materna hospitalaria del ISECH de un total de 187 muertes ocurridas en esta institución; es decir que solamente el 47% de las mujeres que solicitaron el servicio lograron arribar a un servicio integral.

Aunque es posible que los egresos hospitalarios no sean correctamente declarados al sistema de la Secretaría de Salud por otras instituciones (Pemex, Semar, ISSSTE, IMSS), creemos que se pueden considerar confiables los de la propia Secretaría de Salud y es entre la población no derechohabiente que se presenta el número de muertes maternas más elevado. Esto redimensiona el hecho de que 231 mujeres fallecieran en una localidad con hospital o servicios disponibles, y que solamente 104 hayan sido reportadas como egresos hospitalarios (gráfica 13).

**Gráfica 13. Número de muertes maternas según egresos hospitalarios y lugar de ocurrencia Chiapas, 2004-2008.**



Elaboración propia, Freyermuth, a partir de: Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de egresos hospitalarios por mortalidad en instituciones públicas, 2004-2008. [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Consultada 12 de febrero <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.htm#estatica>

Los datos de mortalidad muestran que una gran parte de las mujeres que fallecen se movilizan para la búsqueda de atención o de redes de apoyo. Una parte de las mujeres fallecen en su lugar de residencia a pesar de que los recursos disponibles son insuficientes para resolver su problema, otras más se movilizan a sitios en los que no hay tampoco servicios resolutivos. Una gran parte se dirige a aquellos lugares (26 localidades) en los que sí los hay, por lo que la pregunta es: ¿qué falló para que estas mujeres murieran?; ¿oportunidad en la demanda?, ¿oportunidad en la atención? Un estudio reciente que evalúa los servicios de salud mostró que los índices más bajos (cuyo valor va de 0 a 1), se obtuvieron en la capacidad de producción de servicios de emergencia obstétrica de hospitales básicos (con 0.6) y de (de 0.84)<sup>57</sup> en hospitales generales. Otro aspecto problemático identificado en dicha evaluación es la accesibilidad a los

<sup>57</sup> Los elementos que se consideraron para conformar este índice fueron: personal de salud (médicos generales, especialistas), insumos como: esfigmomanómetro, estetoscopio, equipo de parto, de sutura, de venoclisis, ligaduras, partogramas, antibióticos, anticonvulsivantes, antihipertensivos, soluciones, traslado (cuentan con ambulancia o apoyan para conseguir transporte, acompañamiento).

servicios respecto a la cual el índice obtenido en promedio fue de 0.558 en los establecimientos estudiados (CPMSR, 2010).

## **El Programa Oportunidades**

El programa Oportunidades tiene una cobertura actual de cinco millones de familias en más de 93 mil localidades del país (Mir Cervantes y cols., 2008); de éstas, 1.3 millones de familias son de origen indígena, con un total de 6.5 millones de personas (Escobar, 2009). No se puede afirmar que su focalización se centre en los más pobres (Sariego, 2008) puesto que su esquema de operación requiere que las beneficiarias cuenten con acceso a escuelas y servicios de salud, --lo que deja fuera del programa a la población más aislada--, beneficia a una parte importante de la población rural (97% de los beneficiarios) y muy limitadamente a la semiurbana y urbana. Debido a que desde 1998 los servicios de salud se han acercado a esta población a través del componente de salud de Oportunidades, este programa debiera asegurar la demanda y el acceso oportuno a los servicios de salud en caso de emergencia obstétrica. Sin embargo, un estudio publicado por Hernández y cols. (2005), en el marco de la evaluación de impacto de Oportunidades, mostró que las localidades con beneficiarias del mismo, contra las no beneficiarias, tenían RMM 11% menores. Estas RMM no se modificaban en relación al tiempo de exposición al programa ni con la presencia del Programa APV (Hernández, 2005). En un trabajo reciente (Freyermuth, 2009), con datos proporcionados por el programa, se establece que las beneficiarias indígenas en edad reproductiva en el país son 1 719 786, correspondiendo al 65% de las mujeres indígenas en edad reproductiva, y que las TMM entre indígenas beneficiarias y no beneficiarias son de 5.27 y 10.23 por 100 mil, respectivamente; es decir, casi del doble entre las no beneficiarias. En cambio, entre la población no indígena prácticamente no hay diferencias entre beneficiarias y no beneficiarias, pues sus TMM son de 3.82 y 3.70, respectivamente.

En Chiapas, de las 239 muertes maternas reportadas entre 2005 y 2007, 121 eran beneficiarias de Oportunidades, es decir el 51% de las fallecidas, que se eleva al 58% si

---

<sup>58</sup> Directorio, Técnico bilingüe, disponibilidad de un promotores bilingüe, difusión del programa embarazo saludable, facilidades de afiliación, acompañamiento al paciente a un nivel superior, consigue la unidad el transporte de referencia.

consideramos solamente a las beneficiarias indígenas. Otros estudios recientes han mostrado una eficiencia diferencial de este programa entre población indígena y no indígena. Arredondo y Cols. (2008) han señalado que sólo 50% de las beneficiarias indígenas tuvieron atención calificada del parto, contra el 79% de las no indígenas, y que la calidad de la atención que se otorga a las mujeres indígenas conlleva un menor acceso a exámenes de laboratorio y vacunas (Gutiérrez y cols., 2008:59), así como un limitado alcance en los servicios de atención prenatal y en la postergación del inicio de la vida reproductiva (Sánchez, 2008).

La puesta en marcha del Seguro Popular (SPS) desde el 2004 -y en Chiapas prioritariamente entre las ya beneficiarias de Oportunidades-, no ha tenido los efectos deseados pues las tasas de mortalidad materna siguen sin cambio sustancial entre estas beneficiarias. El trabajo de campo en clínicas y hospitales nos ha revelado que las mujeres beneficiarias y las no beneficiarias del SPS tienen las mismas condiciones de acceso a los servicios de salud. El Sector Salud y el programa Oportunidades deben asegurar que las mujeres beneficiarias, derechohabientes o no, lleguen oportunamente a un centro hospitalario, aunque la llegada a estos centros no necesariamente les asegure la sobrevivencia. La progresividad de los programas no necesariamente asegura o mejora la calidad de los servicios.

Los actos burocráticos de los servidores públicos, como su ausentismo de los servicios; el incumplimiento con los horarios de trabajo; la negación del servicio; la desestimación de las causas de demanda del servicio; la postergación de la atención oportuna; la negación u otorgamiento de información imprecisa; la ausencia de personal por licencias, permisos o cambios de adscripción de una localidad indígena a la ciudad; y la resistencia del sector a promover la humanización del parto, la incorporación de personal alternativo en las unidades más alejadas, y el otorgamiento de servicios más amigables para las mujeres, son actos de omisión o comisión que conllevan la ocurrencias de muertes prematuras en la búsqueda de atención.

## **Inequidades que surgen de las relaciones sociales personales.**

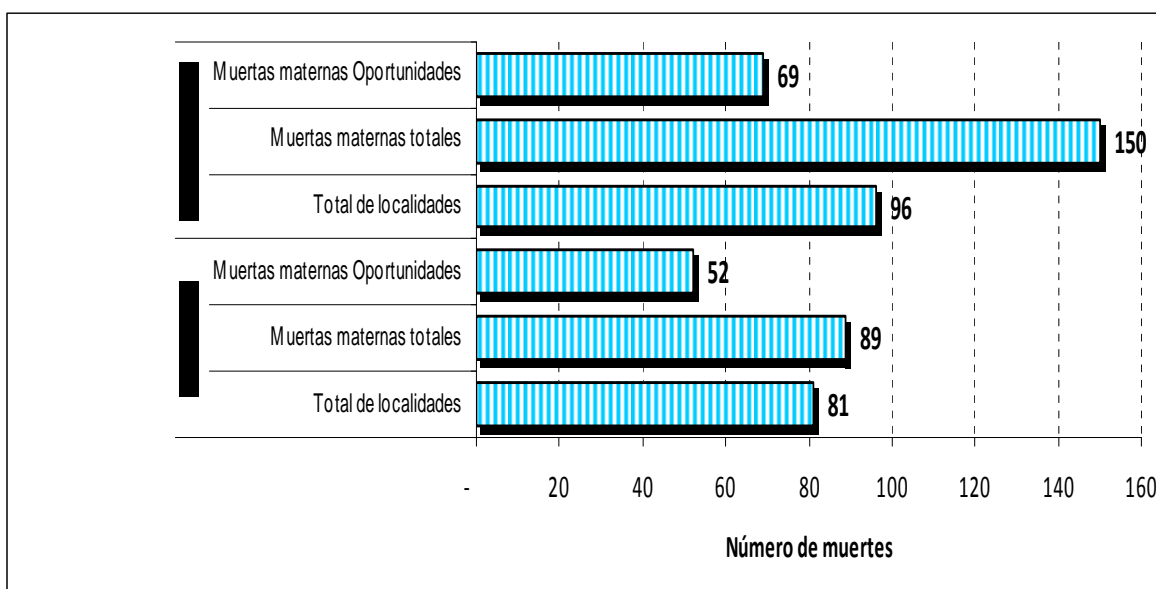
### **La internalización de la desigualdad**

Un tercer elemento que hace posible la perpetuación de la inequidad y el rezago son las circunstancias que privan de manera individual y hacen posible la naturalización de las condiciones de inequidad, ya sea mediante la internalización por parte de las personas afectadas (mujeres o sus familias) de su condición de subordinación, que las lleva a una limitada capacidad para tomar decisiones en diversos ámbitos (como en la familia, la comunidad o las instituciones gubernamentales) para exigir el cumplimiento de sus derechos, o mediante el convencimiento de que no es posible cambiar su situación de vida y enfermedad ya que responden al destino, la suerte, la envidia o a la brujería. Estos elementos sin duda abonan a la perpetuación del rezago estructural.

Del 2004 al 2008 en Chiapas, de acuerdo a las estadísticas oficiales, 100 mujeres murieron sin atención médica y en 135 casos (31% del total) el lugar del fallecimiento fue el hogar o la vía pública. Las familias de estas mujeres no tomaron la decisión de buscar atención médica o cuando la tomaron era demasiado tarde. Tomar decisiones correctas de a dónde ir, cuándo y con quién acudir en caso de emergencia obstétrica, puede parecer una decisión que corresponde al ámbito de lo privado. Sin embargo, tomar decisiones correctas está relacionado con el manejo de conocimientos básicos sobre los riesgos para la salud. Paradójicamente, el 58% de las indígenas que fallecieron entre 2005 y 2007 (gráfica 14) eran beneficiarias de Oportunidades, un programa que ofrece charlas educativas y asegura la atención prenatal de sus beneficiarias a fin de mejorar las condiciones de salud de la población y sobre todo la capacidad de las beneficiarias de acudir a un servicio resolutivo en el caso de padecer una emergencia obstétrica.



**Gráfica 14. Número de muertes materna según adscripción étnica y pertenencia al programa Oportunidades, Chiapas 2005-2007**



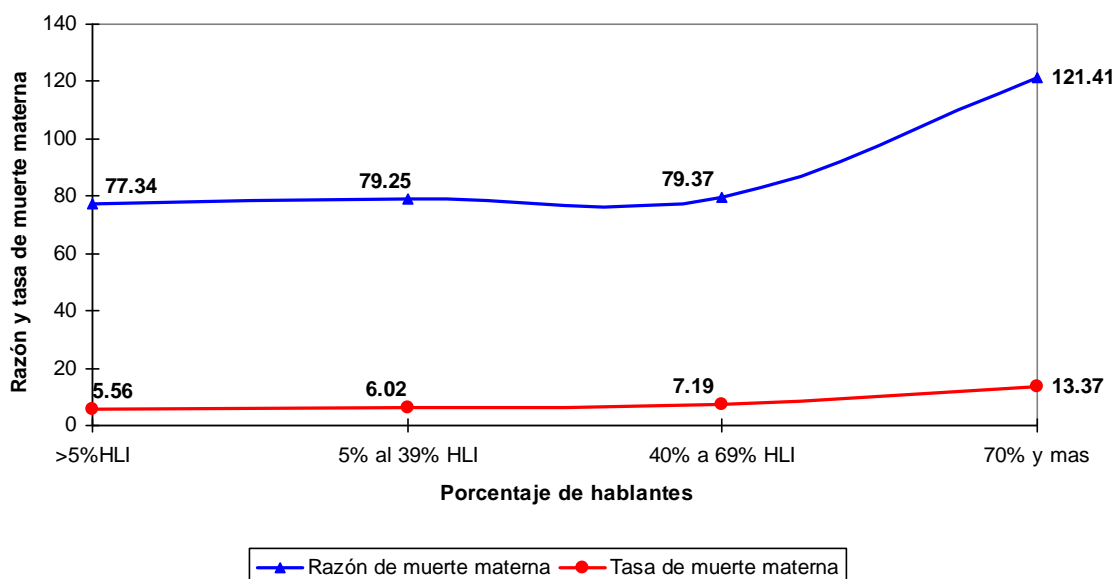
Fuente: Dirección de Evaluación de Oportunidades

En Chiapas, 80% de las mujeres que fallecieron por causas maternas entre 2004 y 2008 tenían su residencia en localidades de menos de 20 mil habitantes, y un 60% de las que murieron del 2005 al 2007 eran indígenas. La RMM es mucho mayor en aquellos municipios en los que el porcentaje de HLI es superior al 70% (gráfica 15), y también es posible reconocer que las TMM son más elevadas entre las mujeres sin escolaridad o con educación primaria (gráfica 16).

Los rezagos en la escolaridad y un manejo precario del español se traducen en menos posibilidades de sobrevivencia durante una emergencia obstétrica. En un estudio realizado en un municipio indígena de los Altos de Chiapas cuya proporción de HLI es de casi el 100%; se reconoció que la edad (mayores de 30 años) y la experiencia de haber tenido más de un hijo fueron los elementos que se asociaron a un mejor conocimiento de las complicaciones. Otro hallazgo relevante fue que aunque la mayoría de los y las entrevistadas reconoció el beneficio de las consultas prenatales, no mencionaron la necesidad de acudir al médico o a la clínica en caso de una emergencia obstétrica (Freyermuth y cols., 2006). Esto pone de manifiesto las dificultades para que las sociedades netamente indígenas --en las que la lengua franca no es el

español-- interioricen los mensajes que el sector salud pretende transmitir. Una de las conclusiones de este estudio fue que ni el manejo del español ni la escolaridad primaria garantizan que las y los jóvenes tomarán las decisiones acertadas necesarias para remontar favorablemente una complicación obstétrica.

**Gráfica 15. Razón y tasa de muerte materna según municipios hablantes de lengua indígena Chiapas, 2004-2008**

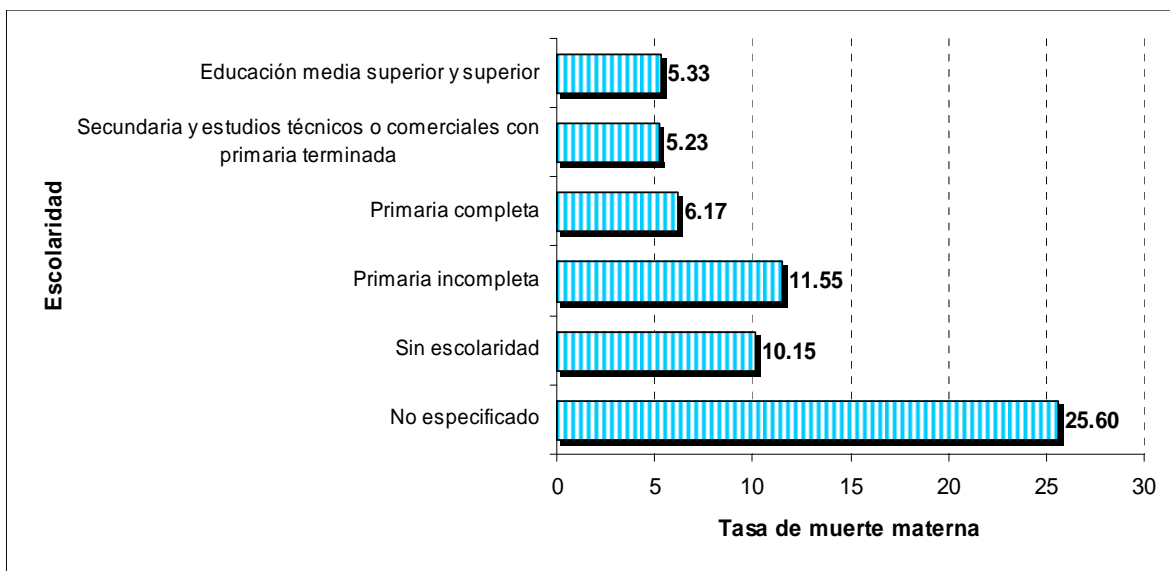


Elaboración propia, Freyermuth, a partir de: Población femenina de 12 años y más Por: Edad Según: HLI Fuente: INEGI. II Censo de población y vivienda 2005. <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.htm#estatica> [http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/nac\\*.xls,\\*total.xls](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/nac*.xls,*total.xls)

Respecto a la toma de decisiones, las mujeres señalaron que la elección de a dónde acudir en el caso de una complicación dependía del varón, y los hombres mencionaron que la decisión se tomaba si la mujer consideraba que padecía un problema que era urgente atender. Es decir, que aparejada a la deficiente identificación de los signos de emergencia obstétrica existe una falta de definición respecto del qué hacer y quién debe establecer que se está frente a una complicación. Otros estudios cualitativos han documentado la importancia que juegan el cónyuge y la suegra en la toma de decisiones, sobre todo para realizar el traslado, y que son los varones los que generalmente se oponen a la salida de sus mujeres de la comunidad, sean los

maridos, otros miembros de la familia, o incluso las autoridades municipales (Romero, 2007; Arana, 2009).

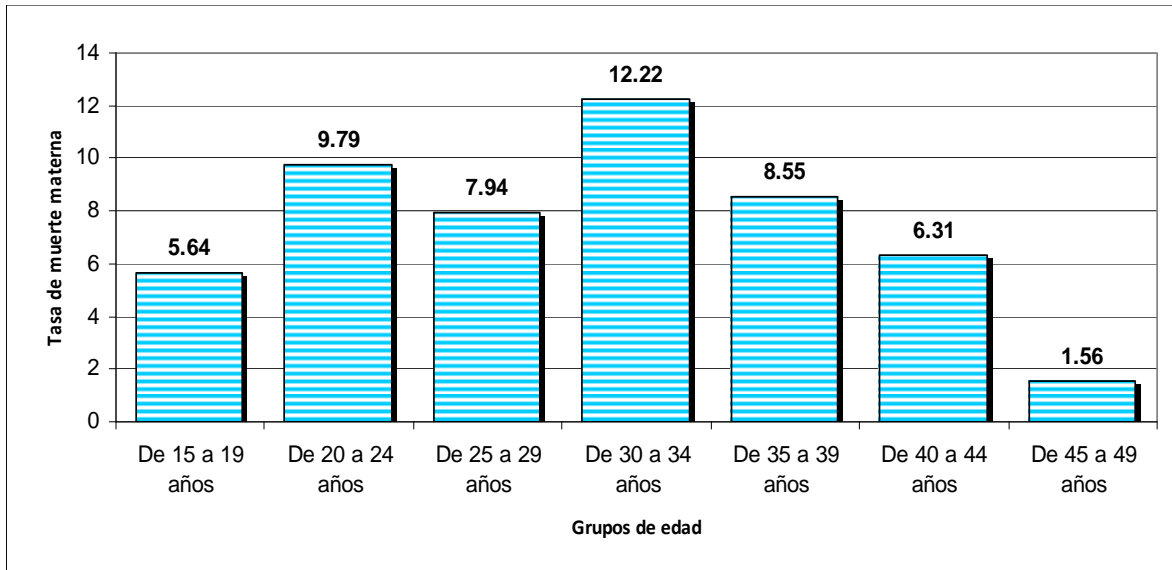
**Gráfica 16. Tasa de muerte materna según escolaridad, Chiapas, 2004-2008**



Elaboración propia, Freyermuth, a partir de: Población femenina de 12 años y más Por: Edad Según: Escolaridad Fuente: INEGI. II Censo de población y vivienda 2005.  
<http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.htm#estatica>  
[http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/\\*total.xls](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/*total.xls)

La distribución de las TMM por grupos de edad y su distribución porcentual nos muestra que, en números absolutos, los extremos de la vida reproductiva presentan menos fallecimientos, siendo el 17% (73 mujeres) menores de 20 años y el 9.5% (49 mujeres) mayores de 40. En términos absolutos, las mujeres que fallecieron en mayor número estaban en el periodo de 20 a 29 años (169/39%) y en el de 30 a 39 (150/35%) (gráfica 17). Así, el perfil de la mayoría de quienes murieron por causas maternas corresponde a mujeres de entre 20 y 39 años, habitantes de zonas rurales y semiurbanas, hablantes de lenguas indígenas, y todas ellas muy probablemente beneficiarias de Oportunidades y sujetas a la influencia de políticas públicas.

Gráfica 17. Tasa de muerte materna según grupos de edad Chiapas, 2004-2008



Elaboración propia, Freyermuth, a partir de: Población femenina de 12 años y más Por: Edad quinquenal Fuente: INEGI. II Censo de población y vivienda 2005. <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.htm#estatica> <http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/total.xls>

Estas mujeres no tuvieron acceso a servicios de salud que ofrecieran atención integral de la emergencia obstétrica, a pesar de que su relación con los programas estatales debía asegurárselo. Ante este hecho, la interrogante que surge es: ¿cuáles son, además de los factores estructurales, los elementos que intervienen para que una mujer acceda a los servicios de salud de manera oportuna? En los apartados anteriores reconocimos aspectos de índole estructural que determinan el acceso a los servicios, considerando las atribuciones y competencias del estado y del Sector Salud. En este apartado se reconocerán fundamentalmente las dinámicas familiares y comunitarias como entornos habilitantes para dicho acceso.

Los elementos que suelen determinar la llegada oportuna a los servicios de salud son la posición de cada una de estas mujeres al interior de sus familias, las representaciones sociales y las prácticas que se tenga del proceso salud/enfermedad/atención, y el capital social<sup>59</sup> y económico de la familia.

<sup>59</sup> Constituyen al capital social las redes de apoyo que permitan movilizar recursos materiales o humanos y que posibilitan distintas opciones para la resolución de los problemas.

## ***La posición de la mujer. Las representaciones sociales y sus prácticas***

El contexto social proporciona un marco general de acción a la familia, y ubica a la mujer en su dimensión individual. La familia se constituye en la unidad primigenia de socialización; en ella se interiorizan las relaciones de desigualdad y subordinación, o las igualitarias y de empoderamiento, dificultando o favoreciendo la adquisición de capital humano<sup>60</sup> y capital social. Por tanto, es la unidad que posiciona a la persona y determina sus expectativas futuras para la atención de su salud. Este posicionamiento individual se va construyendo en el día a día, y dependerá de la composición familiar y en dónde se ubica una niña/joven/mujer en el seno del grupo; de la relación numérica mujeres/hombres; de la valoración que se tenga de las mujeres en esa sociedad; del proceso de desarrollo en que se encuentre la familia, y de sus condiciones económicas. Esto, en una comunidad indígena rural, determinará la forma y el momento en que una mujer saldrá de la casa materna para constituir su familia o para emigrar a la ciudad.

De estas dinámicas familiares resulta que una joven ya tiene una posición determinada en el momento del matrimonio. Se espera que la concertación del casamiento sea entre familias, que generalmente buscarán beneficiarse de la unión de los hijos. Cuando la unión se realiza de esta manera las redes funcionan pues se han establecido implícitamente acuerdos que conllevan relaciones de reciprocidad. Cuando el acuerdo se da entre individuos, es decir entre la pareja y no entre las familias, generalmente la mujer pierde sus redes de apoyo familiar y será su capacidad personal para insertarse en su familia política lo que le permitirá contar con el soporte necesario durante la maternidad. Es en este sentido que la familia no solo posiciona a la mujer en su dimensión individual, sino también en la colectiva.

En el caso de Chiapas, debemos considerar que para la reproducción familiar en las comunidades indígenas existe una división sexual del trabajo, sobre todo en el caso de los hombres, quienes cuando adultos invariablemente se dedican a las labores del campo o al trabajo asalariado en forma temporal. Por su parte, las mujeres, mano de obra más versátil, se

---

<sup>60</sup> El capital humano lo constituyen el nivel educativo y los conocimientos e información que se tiene de las complicaciones durante la maternidad, y el dominio del idioma español.

dedican al cuidado de los animales, la crianza de los hijos, la elaboración de los alimentos y al tejido y confección del vestido, llegando también a desempeñar labores de siembra, cultivo y cosecha en el campo. La posición de las mujeres depende también de los recursos con que cuente el grupo doméstico; las familias pobres promueven la salida temprana de sus miembros, mientras que entre las poseedoras de amplias extensiones de tierra las mujeres pueden servir en las labores de producción, jugando un papel importante en la reproducción familiar, llevando al consecuente retraso en sus trayectorias reproductivas y a una elección más cuidadosa de la futura pareja. Así, las relaciones resultantes de la composición familiar también están matizadas por los recursos económicos de que se disponga.

Las relaciones intergeneracionales que se dan entre padres e hijos, o entre nuera y yerno con los suegros, son fundamentales para el buen término de la maternidad. Una relación armónica entre nuera y suegra permitirá a la primera gozar de una alimentación y reposo suficientes, de la búsqueda de atención oportuna en caso de complicación y del apoyo frente a la eventual violencia intrafamiliar. Una adecuada relación entre la embarazada y sus padres facilitará el contar con respaldo si el esposo o los suegros adoptan actitudes violentas, o si se muestran negligentes; las buenas relaciones con sus padres y suegros permiten a la mujer gestante contar también con el apoyo de los vecinos y de su grupo social. Los padres y los suegros también deben observar buena conducta pues las transgresiones, sean pasadas o presentes, pueden ser vistas como causa de complicaciones. La manifestación pública de la enfermedad remite a las conductas que podrían haber llevado a la mujer a su padecimiento, destacando aquellas que han observado el marido, los padres, los suegros o la propia mujer. La responsabilidad sigue una tendencia intergeneracional y genérica. Las relaciones de pareja intergeneracionales son frecuentes entre las mujeres indígenas migrantes que trabajan o estudian en la ciudad, pero a diferencia de lo que ocurre en la comunidad, en la ciudad los hombres --que pueden superar por 10 o 15 años a sus parejas--, tienen el atributo adicional de estar casados frecuentemente en su comunidad de origen. Por ello, las redes de apoyo de estas mujeres generalmente se basan en sus vecinos o patrones, lo que determina formas distintas de atención durante la maternidad y el nacimiento. Cuando estas mujeres dan a luz generalmente lo hacen en hospitales públicos, ya que allí les proporcionarán los cuidados que en su lugar de origen les prodigarían sus redes de apoyo familiares.

La ubicación de la familia en el ámbito colectivo o comunitario está definida por una serie de características, entre ellas la etapa de desarrollo de la familia. Cuando la familia se encuentra en la etapa de iniciación, generalmente vive bajo la influencia de los padres del esposo o de la mujer, como pueden ser los casos de las 73 mujeres que fallecieron con menos de 20 años. En la etapa de consolidación, tanto en el área rural como en la urbana ya se tiene una residencia nuclear, aunque en la rural es frecuente ubicarse como familia extendida, morando en un terreno común y en caseríos habitados por parientes, condiciones en la que es posible vivieran las mujeres que fallecieron entre los 20 a los 39 años (Ajú, M., 2006). En la etapa de declinación, generalmente los padres viven solamente con el hijo o hija más pequeña y su familia, y los viejos juegan un papel fundamental para decidir el acceso a los servicios de salud, aunque la globalización y la migración está transformando el papel de estos jóvenes en sus comunidades de origen y pueden adquirir una influencia importante en el momento de buscar atención para una emergencia obstétrica.

Sin embargo, aunque la dinámica familiar es fundamental para el estatus de una mujer en particular ante la sociedad, la forma en que la familia se encuentra posicionada en el contexto más general comunitario o social -es decir, su capacidad de decisión política o económica-, determina las redes sociales verticales con las que contará. Por ello, reconocer cuál es el papel de la familia de origen de la mujer en la sociedad es muy importante en términos de la salud y de las opciones de atención para la futura madre, ya que de ello dependerán la fortaleza de sus redes de apoyo y el reconocimiento que tenga esta familia en el ámbito comunitario. Familias extensas con un número importante de varones jóvenes adultos tienen mayor prestigio que aquellas encabezadas por mujeres, o viudas o ancianos. Familias en las que uno de sus integrantes pertenece a una organización productiva, religiosa o política, o es un empleado gubernamental cuentan con más capital social que las no vinculadas a organización alguna.

Identificamos dos tipos de redes de apoyo: las cercanas u horizontales (Aston et al., 1999; Forni et al., 2004), que se generan en el caso del ámbito indígena rural en las relaciones familiares; y las verticales, que permiten a los sujetos entablar relaciones puente, y que se establecen a través de vínculos de confianza y reciprocidad. El espacio primigenio en el que se construyen estas redes es la familia así como también las organizaciones productivas, las organizaciones religiosas, y las instituciones gubernamentales y no gubernamentales. Estas

relaciones puente pueden hacer que la familia posea información para tomar una opción distinta a la tradicional. Por ejemplo, acudir a un hospital en caso de presentar una complicación materna, o a un centro de salud con métodos alternativos. Las organizaciones son fundamentales en las estrategias que debe considerar el Sector Salud para promover las estrategias de acceso a la atención oportuna.

a violencia de género pone en riesgo la salud de la mujer y particularmente la de la mujer embarazada, no solamente por el daño físico, sino porque a través de ella se interioriza la condición de subordinación y la convicción, en caso de enfermedad, de que no hay esfuerzo que valga la pena. Esta violencia puede estar presente en su vida desde temprana edad, siendo sujetas de malacrianza<sup>61</sup>, cedidas en matrimonio a muy temprana edad, o llevándolas a involucrarse en relaciones intergeneracionales a menudo caracterizadas por el maltrato doméstico ante la falta de redes de apoyo que permitan romper el círculo vicioso. La Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI)<sup>62</sup> mostró que en los Altos de Chiapas las mujeres presentan la frecuencia y las formas más graves de violencia: dos de cada cinco mujeres reportaron maltrato infantil. De las tres regiones con mayor índice de violencia física, los Altos de Chiapas, presentó 12 puntos porcentuales arriba de la prevalencia regional total, y la prevalencia de violencia de pareja fue de 41.37%, muy superior a la reportada en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH 2006)<sup>63</sup> para Chiapas. Este informe también destacó que Los Altos de Chiapas es la región que reporta la mayor prevalencia de los diversos tipos de violencia. (ENSADEMI, p77). La violencia de género puede ser vista como coadyuvante o determinante de los riesgos durante la maternidad y está encaminada a crear un modelo de mujer. La etnografía realizada en algunas investigaciones (Freyermuth, 2003, 2007) permite reconocer de qué manera, desde edades tempranas, las mujeres interiorizan por las prácticas educativas familiares la necesidad de ser sumisas y obedientes y no manifestar sus malestares o inquietudes. La interiorización de estas representaciones se consigue a costa de severos castigos, que algunas veces implican daños

---

<sup>61</sup> Se menciona a la *malacrianza* como un riesgo que se extiende hasta la vida adulta de las mujeres. La *malacrianza*, o maltrato doméstico en la niñez, produce *debilidad* y esta *debilidad* se debe a que "la sangre está mala" (Freyermuth, 2003).

<sup>62</sup> Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas: ENSADEMI 2008, Primera edición, 2008: [http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/images/publicaciones/ensademi\\_19mzo.pdf](http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/images/publicaciones/ensademi_19mzo.pdf) consultada 6 de enero de 2010,

<sup>63</sup> Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, 2006 [http://www.inmujeres.gob.mx/dgpe/vidasinviolencia/documentos/ENDIREH/Violencia\\_Endireh\\_2006.pdf](http://www.inmujeres.gob.mx/dgpe/vidasinviolencia/documentos/ENDIREH/Violencia_Endireh_2006.pdf), consultada el 6 de enero de 2010.



físicos permanentes. Estas experiencias previas al matrimonio favorecen las relaciones de violencia doméstica y sobre todo una actitud pasiva frente a esta violencia, no sólo de la mujer víctima, sino de la familia e incluso de la comunidad. Desde pequeñas, las mujeres aprenden que la violencia doméstica tiene objetivos correctivos. Al igual que en la sociedad occidental (Dannenberga A. et al., 1995; Ronsmans, C., et al., 1999) el maltrato doméstico y la culpabilización de la víctima son elementos indisolubles que posibilitan su permanencia en el círculo de la violencia; autoras como Graciela Ferreiro (1989) lo han documentado ampliamente.

Sin embargo, hemos visto que las representaciones acerca de la génesis y solución de los padecimientos, y las alternativas de atención que grupalmente se conciben, son elementos fundamentales para la decisión sobre la forma de atención durante la maternidad, y para la decisión de acudir o no acudir a un servicio durante la emergencia obstétrica ¿Qué peso tienen las diferencias -en las concepciones de la salud y la enfermedad- sobre las maneras de atender, los espacios donde se brinda la atención, y las diferencias de lengua entre los profesionales que brindan la atención y la población que la recibe?

Las opciones de atención no solamente están influidas por los factores que hemos expuesto anteriormente sino principalmente por las formas de concebir, expresar, vivir y resolver la maternidad. En Chiapas los conocimientos sobre los procesos de salud/ enfermedad son muy diferenciados, esta diversidad está determinada no solamente por la pertenencia a un grupo étnico en particular, sino por la pertenencia a una clase social, a una generación, a una región geográfica o al tipo de educación formal a la que se haya tenido acceso. Es decir, que en nuestro país hay una gran diversidad de culturas en torno a la salud. El encuentro entre médicos y usuarias puede ocurrir en distintos ámbitos: el comunitario, el de la consulta médica y el del hospital. Generalmente ocurren entre personas con diferente capital cultural así que podemos señalar que el encuentro médico es per se intercultural. Por un lado, la profesionalización de la medicina va dotando al personal de una cultura médica diferenciada difícil de aprehender por parte de los legos. Adicionalmente, en los países latinoamericanos las personas que acceden a la educación médica son parte de una elite social. Las facultades de medicina aceptan a los aspirantes con mejores promedios o con las calificaciones más altas en los exámenes de admisión y esto va determinando que los que provienen de lugares apartados, en los que la

educación básica es deficiente, no puedan ingresar a este tipo de carreras. De esta manera el encuentro médico ocurre casi invariablemente entre personas de distintas culturas.

La lejanía o la cercanía cultural entre los prestadores de servicios y las usuarias la podemos identificar por el uso de los servicios de salud (Tinoco y cols., 2008). En el caso de Chiapas, durante el periodo de 1990 al 1999, uno de cada cuatro partos ocurría en los servicios de salud y tres en los domicilios, mientras que entre 2000 y 2006 dos de cada tres fueron domiciliarios. De acuerdo a datos oficiales, en el 2008 tanto el ISECH como el IMSS atendieron alrededor del 50% de sus beneficiarias potenciales. Los partos en el hogar son muy frecuentes entre la población indígena o ubicada en localidades pequeñas; en una encuesta realizada en un municipio indígena tseltal reconocimos que el 68% de la población había atendido sus partos con la partera, el 12% con un familiar, su vecina o ella sola y el 19% con un médico o personal de salud. Esta práctica responde a representaciones sobre los riesgos maternos diametralmente diferentes a las de la cultura "occidental". No podemos soslayar el papel de las parteras en la atención y cuidado de las mujeres indígenas. En diversos estudios realizados a lo largo de la década pasada ha quedado de manifiesto el papel fundamental que tienen las parteras en la atención no solo del parto, sino de las complicaciones. El conocimiento de la lengua y de las representaciones de la población obliga a considerarlas como una parte importante de la red de servicios (Freyermuth, 1993; Freyermuth, 2004; López, 2007).

La población maya de Chiapas comparte una visión de los elementos que constituyen a una persona, a saber: el cuerpo físico conformado por el sistema óseo muscular y los órganos que podemos sentir en nuestro cuerpo (takopal/sbek'talil, en tsotsil); el xch'ulel o alma que da vida al cuerpo, y el xchon o animal compañero. Hay diferencias respecto al número de xchobetik (plural de xchon) que puede poseer el individuo (cfr. Page, 2005; López, 2007), reportándose que pueden ser hasta trece, y no solamente tratarse de animales, sino elementos naturales como el rayo y el tornado, entre otros (Hermitte, E., 1970). Su importancia radica en que desde que la persona está en el vientre materno puede tener su xchu'lel, prueba de lo cual son los movimientos fetales que la madre puede percibir, al tiempo que un animal compañero está gestando al animal compañero del feto. El equilibrio entre estas entidades se reconoce por el buen estado de salud de la madre, y su desequilibrio explicaría las complicaciones durante el embarazo, parto y posparto (López, 2007). Las distintas explicaciones sobre la salud y la

enfermedad durante la maternidad, tienen que ver con el hecho de que las mujeres y sus familias decidan no buscar atención médica en caso de emergencia obstétrica. Hay que recordar que las mujeres que murieron en sus hogares durante el periodo estudiado fueron 110, la cuarta parte del total.

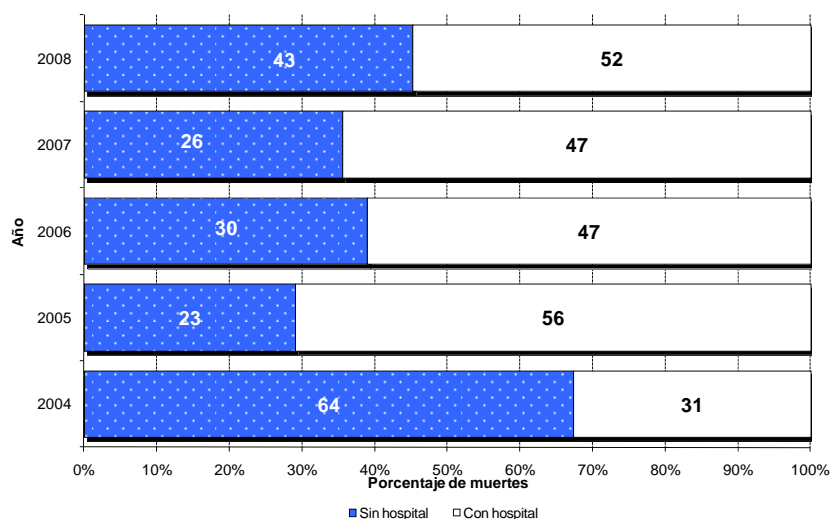
La presencia de seres sobrenaturales, envidias, brujería o el demonio, eximen de responsabilidad a la pareja frente a ciertos eventos no deseables socialmente, y de alguna manera dotan a las mujeres de ciertos espacios de resistencia frente a su condición subordinada. Las peculiaridades migratorias, políticas o religiosas de una familia determinarán el acceso de ésta a los practicantes del sistema de atención médica indígena. Material etnográfico recopilado a lo largo de muchos años demuestra que el cuidado y la atención del embarazo, parto y postparto es un campo que pertenece fundamentalmente a las mujeres: madres, abuelas, tías, suegras y parteras. La embarazada, en su condición de mujer y por el hecho de que el proceso del parto involucra partes corporales que no pueden ser observados ni por la propia mujer, limita la atención de la partera, si bien es cierto que en la atención de un parto normal puede intervenir también el marido, único varón autorizado para presenciar, cuidar o atender el parto.

La relación que se establece entre un médico/mestizo/migrante y una usuaria/indígena en la comunidad indígena, es muy distinta a la que se da entre los mismos actores en el contexto de la ciudad, ya que las relaciones de dominación/subordinación y el ejercicio del poder son diferentes en cada uno de los contextos. Así, estudios anteriores y recientes han mostrado que los médicos que trabajan en los servicios de salud enclavados en los Altos prefieren canalizar a las pacientes al hospital por el temor a verse envueltos en conflictos con la población local (Freyermuth, 2003; Meneses, 2004). Por su parte, las mujeres indígenas frecuentemente señalan que no acuden a los servicios de salud locales por el temor a ser enviadas a la ciudad, y su estancia en el hospital muchas veces produce un efecto distinto al esperado. Con frecuencia, la percepción de éxito terapéutico por parte del personal de salud no es compartida por las mujeres indígenas usuarias, ya que después de una “afortunada” estancia en el hospital las mujeres señalan que no regresarían en busca de atención a ese centro (Argüello, 2005; Freyermuth, 2003). Estos hallazgos explican el porqué, paradójicamente, podemos ver que en algunas comunidades indígenas los pobladores acuden a los servicios de salud con mayor frecuencia que los pobladores indígenas de la ciudad. Estas prácticas y representaciones

explican las tendencias poco consistentes en la búsqueda de atención en lugares con presencia de hospital.

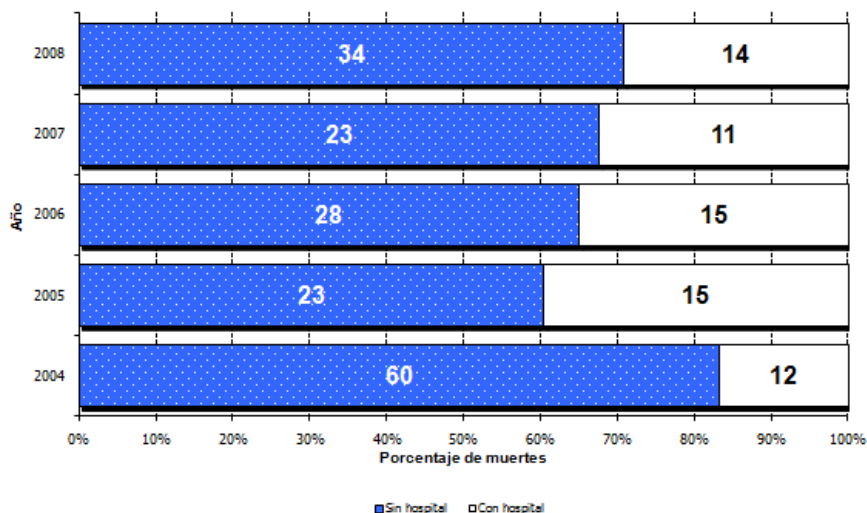
Como se aprecia en las gráficas 18 y 19, entre los años 2004 y 2008 todavía ocurría un porcentaje importante de muertes en localidades sin hospital, y aunque en años precedentes parecía que la movilización estaba ligada a una búsqueda de atención médica, durante el 2008 el 45% de las mujeres fallecieron en localidades que carecían de dichos centros (gráfica 18), y estas muertes sucedieron en el 70% de las localidades de defunción; es decir, que durante el 2008 las mujeres fallecieron en 48 localidades, de las cuales en sólo 14 había posibilidades de atención hospitalaria (gráfica 19). Sería necesario conocer cuáles fueron los factores que guiaron la decisión de movilizarse hacia una u otra localidad. Redes sociales, búsqueda de atención tradicional, permanencia en el hogar, o la errónea elección de un servicio médico sin capacidad resolutive son algunos de los posibles elementos que es posible dirijan dicha búsqueda.

**Gráfica 18. Muertes maternas por año según año y presencia de hospitales Chiapas, 2004-2008**



Elaboración propia, Freyermuth, a partir de: Secretaría de Salud <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.htm#estatica>  
[http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/dum\\_\\*.xls](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/dum_*.xls)

**Gráfica 19. Número de localidades con defunciones maternas por año y presencia de hospitales Chiapas, 2004-2008**



Elaboración propia, Freyermuth, a partir de: Secretaría de Salud <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/index.htm#estatica>  
[http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/dum\\_\\*.xls](http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/xls/dum_*.xls)

### Tercera parte: Las problemáticas

La mayoría de las veces, la muerte materna es evitable mediante la atención médica efectiva y oportuna; estas muertes, por tanto, no deben ocurrir. Por ello es mundialmente aceptada como indicador de la calidad de la atención a la salud que un país brinda a su población. El conocimiento y la tecnología médica disponibles hacen posible que el 90% de las complicaciones obstétricas que causan las muertes maternas sean tratadas exitosamente. En Chiapas, todavía hay un buen trecho por andar en este sentido; los rezagos estructurales condicionan un limitado acceso a los servicios de salud, ya sea porque las mujeres viven en lugares donde no existen, éstos tienen una pobre capacidad resolutiva, o el arribo a ellos es difícil por falta de caminos o por su precariedad, especialmente en época de lluvias; por la falta de recursos para la movilización; por desconocerse en dónde están disponibles, o por las relaciones familiares particulares que pueden dificultar una toma de decisión acertada.

## ***Pobreza, rezago y dispersión***

Uno de los retos de la política pública es disminuir las brechas existentes entre las mujeres chiapanecas, es decir, las desigualdades intragénero secundarias a su posicionamiento con respecto a la clase, etnia, condición de pobreza y rezago social, y terminar con la grave discriminación étnica, que determina una menor sobrevivencia de las mujeres indígenas. La pobreza es una de las manifestaciones más evidentes de las inequidades estructurales. Chiapas ha reportado el mayor porcentaje de incidencia en pobreza alimentaria para el 2008 y, como ya vimos, en Chiapas se localizan tres de los cinco municipios con mayor porcentaje de pobreza patrimonial del país. El porcentaje de pobreza alimentaria por municipio y las RMM presentan una relación directamente proporcional. Las diferencias en las RMM y en las TMM en Chiapas, respecto de la clasificación por rezago son más profundas que aquellas estimadas a través de la pobreza por ingreso, resultando la RMM tres veces mayor en aquellos municipios clasificados con muy alto rezago frente a los de muy bajo.

Es imperativo diseñar estrategias que remonten condiciones estructurales como la lejanía y el tamaño de la población, que como se ha documentado influyen grandemente en el acceso a los servicios de manera oportuna, y por tanto en la sobrevivencia. La dispersión de las fallecidas por causas maternas entre 2004 y 2008 - 263 de las 433 muertas mujeres residían en localidades de menos de 2 500 habitantes, contra sólo 19 que residían en las ciudades grandes de 100 a 500 mil habitantes- muestra que éste aspecto es fundamental.

Desde el año 1998 se han impulsado en el país los programas específicos a fin de lograr el acceso a los servicios de la población más pobre; los programas impulsados desde el año 2005 de los municipios prioritarios, primero 50, posteriormente 100 y ahora 125, con el menor índice de desarrollo humano incluyen las propuestas del ejecutivo federal para remontar el rezago. Hay que señalar que 93% de los 100 municipios con menor IDH del país son municipios con 70% o

más HLI, y que de estos hay 2864 en Chiapas, 27 de los cuales se pueden considerar netamente indígenas, y las políticas de desarrollo social se están focalizando hacia ellos<sup>65</sup>.

Por otro lado, desde el año 2002 se pusieron en marcha en Chiapas estrategias específicas para mejorar las condiciones de salud materna como ESPESI, Por una Vida Mejor, Arranque Parejo en la Vida, y la elevación a rango constitucional del cumplimiento del Objetivo 5 de las Metas del Milenio; sin embargo, estos esfuerzos no han tenido continuidad a pesar de que en los últimos dos sexenios los gobiernos han provenido del mismo partido político. No hay una continuidad en la política pública porque en este país se generan programas priorizando el sello sexenal más que la continuidad. Esto es sumamente grave, ya que los regímenes gubernamentales maduran sus estrategias cuando más pronto después de los dos primeros años del mandato, y en el momento en que los programas pueden dar frutos se cancelan; por lo menos esto es lo que ha ocurrido con los programas estatales dirigidos a disminuir la mortalidad materna. La influencia de la federación respecto de la ejecución de los programas se vislumbra cada vez más limitada, por lo que en los últimos dos sexenios la política en salud materna - que desde la federación ha mostrado continuidad-, ha tenido en los estados un impacto decreciente. Los convenios a través de los AFASPES66 ha sido una estrategia que la federación ha promovido desde el 2008 para influir e impactar en las políticas de salud. Se requiere un seguimiento estrecho para identificar la efectividad de esta propuesta en términos administrativos y financieros vinculados a resultados.

Pareciera que es necesario que las distintas políticas tanto federales como estatales estén alineadas con el acceso a los servicios a fin de lograr el éxito necesario. Adicionalmente, se requiere el seguimiento estrecho de los indicadores que permitan constatar el avance en las condiciones de vida de la población más pobre; la Subsecretaría de Evaluación y Planeación hace lo propio en Chiapas, y existe ya un comité estatal de estadística que pretende dar seguimiento al avance de todos los indicadores incluidos en los Objetivos de Desarrollo del

---

<sup>64</sup> Sitalá, Santiago El Pinar, Aldama, Chalchihuitán, Mitontic, San Juan Chamula, San Juan Cancuc, Chenalhó, Chanal, Zinacantán, Chilón, San Andrés Duraznal, Pantelhó, Ocoatepec, Francisco León, Pantepec, Tumbalá, Amatenango del Valle, Larráinzar, Huitiupán, Maravilla Tenejapa, Huixtán, Marqués de Comillas, Salto de Agua, Amatán, Sabanilla, Oxhuc y Tenejapa.

<sup>65</sup> El gobierno federal considera solamente 20 municipios prioritarios en Chiapas cfr. <http://cat.microrregiones.gob.mx/idh/>. Pero en la práctica apoya la focalización a los 28 municipios <http://www.cocoso.chiapas.gob.mx/documento.php?id=20100125065150>.

<sup>66</sup> Convenio específico para el fortalecimiento de las acciones de salud pública en las entidades federativas en <http://www.generosaludreproductiva.salud.gob.mx/paginas/convenios.html?page=2>, consultado el 15 de julio.

Milenio. Las ciudades rurales están encaminadas a romper rezagos estructurales, pero abatir la mortalidad materna requiere de una estrategia específica incluso en estas nuevas ciudades; la evidencia científica demuestra que se requiere de la existencia de centros de salud “24 horas 365 días”, con personal capacitado para la atención primaria de las emergencias obstétricas.

Los mandatos gubernamentales y las iniciativas de ley son necesarios mas no suficientes, ya que se requiere además de una política con programas y estrategias específicas para el logro de los objetivos.

### ***Calidad de la atención de los servicios de salud***

Es evidente la desigualdad entre las mujeres, dependiendo del tipo de institución a la que estén adscritas como beneficiarias. También ha quedado de manifiesto que en Chiapas el Seguro Popular ha tenido un impacto limitado en la prevención de la muerte materna, haciéndose necesario reorientar sus estrategias para facilitar el acceso oportuno a la atención de la emergencia obstétrica.

Como se ha dicho, las defunciones maternas sucedieron en un total de 180 localidades, mientras que las mujeres procedían de 328, lo que indica un desplazamiento intencionado. Desafortunadamente, solamente en 26 de las 180 localidades en las que fallecieron se disponía de hospital, y 154 no contaban con un servicio integral capaz de preservarles la vida, lo que sugiere una tendencia al desplazamiento hacia lugares “estratégicos” en la medida en que se conoce cuentan con centros de atención médica; sin embargo el nivel resolutivo de estos, la tardanza en la búsqueda de atención, o la deficiente calidad de sus servicios no hicieron posible la sobrevivencia. Por su parte, la Secretaría de Salud reportó en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) solamente 87 egresos por muerte materna hospitalaria en el ISECH, de un total de 185 muertes ocurridas en esta institución; lo que significa que solamente el 47% de estas mujeres ahora muertas lograron arribar a un servicio integral. Según cifras oficiales del CNEGySR el porcentaje de mujeres que fallecen en hospitales es muy alto (85%); sin embargo este dato no puede ser corroborado por los egresos hospitalarios. Es posible entonces que un número importante de las mujeres que arriban y mueren en los hospitales no sean consideradas como ingresos hospitalarios y a lo más lleguen sea a la atención en el servicio de Urgencias; ello sugiere que la tercera demora (retardo en recibir una atención adecuada) esté jugando un papel



primordial en las muertes de las mujeres, y que se requiere por tanto el fortalecimiento del primer nivel de atención a fin de que toda canalización se realice después de estabilizar a la paciente para asegurar su sobrevivencia durante el traslado y la recepción hospitalaria; también sugiere que se requiere un monitoreo sobre la calidad de los servicios de salud que deben otorgar la atención resolutive de la urgencia obstétrica.

Las limitaciones para el acceso se reconocen también entre las beneficiarias de Oportunidades, pues de las 239 muertes maternas reportadas en Chiapas entre 2005 y 2007, 121 eran beneficiarias de dicho programa (51% de las fallecidas). El Sector Salud y el programa Oportunidades deben asegurar que las mujeres beneficiarias, derechohabientes o no, arriben oportunamente a un centro hospitalario con capacidad resolutive de la emergencia obstétrica.

En las últimas décadas los servicios de salud en Chiapas se han incrementado enormemente, el Sector salud cuenta con 1 547 unidades<sup>67</sup> de segundo y primer nivel de atención, entre casas de salud, consultorios médicos, centros de salud con hospitalización y hospitales comunitarios.

Adicionalmente, a través del programa Oportunidades el Sector Salud beneficiaría a la población más pobre de Chiapas. Según estadísticas oficiales el 99% de las mujeres beneficiarias del programa contaron con atención prenatal del 2005 al 2007<sup>68</sup>, sin embargo el 50% de las fallecidas en Chiapas estaban adscritas a este programa<sup>69</sup>, lo que apunta hacia una mala calidad de la atención y un pobre acceso de estas beneficiarias en el momento de presentar una emergencia obstétrica. Otro elemento que alarma respecto de la premura para mejorar los servicios de salud establecidos es el hecho que cada vez es más frecuente que las mujeres fallezcan en los hospitales, o en servicios de atención primaria de salud. El que más de medio millón de familias estén adscritas al Seguro Popular tampoco ha logrado la mejora sustantiva de la calidad de la atención, por ello gran parte de las recomendaciones que se emiten en este documento están encaminadas a la mejora de la calidad de los servicios.

---

<sup>67</sup> <http://www.sinais.salud.gob.mx/infraestructura/directorio.html> consultado septiembre del 2009

<sup>68</sup> [http://www.informe.gob.mx/anexo\\_estadistico/pdf/3\\_3.pdf](http://www.informe.gob.mx/anexo_estadistico/pdf/3_3.pdf), estadísticas por entidad federativa<sup>489</sup> consultada el 23 de abril del 2009.

<sup>69</sup> Dirección de Evaluación de Oportunidades, diciembre del 2008.

## ***La posición de la mujer***

El documento ha abundado en el contexto cultural en el que vive una parte importante de las mujeres chiapanecas, en sus prácticas y representaciones en cuanto a las complicaciones o emergencias obstétricas, y en la grave desigualdad de género aún vigente en el estado, que requieren de enormes esfuerzos para revertirse. Una política de estado debe ser capaz de mejorar el acceso a los servicios de salud, y el éxito en los tratamientos de las mujeres que acuden con complicaciones y puede convertirse en el detonador de cambios en las prácticas y representaciones, aunque hay que tomar en cuenta que los fallecimientos y el maltrato en los servicios desalientan el acceso de las familias y las comunidades a estos mismos servicios.

En Chiapas, cuatro quintas partes de las muertas por causas maternas entre 2004 y 2008 vivían en localidades de menos de 20 mil habitantes, y un poco más de la mitad de las que fallecieron entre 2005 y 2007 eran indígenas. Se documentó que la RMM es mucho mayor en aquellos municipios con porcentaje de HLI elevado, y que las TMM son mayores entre las mujeres sin escolaridad o con educación primaria. Así, el perfil de la mayoría de quienes en Chiapas mueren por causas maternas corresponde a mujeres de entre 20 y 39 años, residentes de zonas rurales y semiurbanas, hablantes de lenguas indígenas, y todas ellas muy probablemente beneficiarias de Oportunidades, programa que tiene como prioridades la atención prenatal y el acceso a los servicios de salud.

El gasto federal de Oportunidades en Chiapas se incrementó de 117.3 mdp en 1998 a 4 715 mdp, cubriendo al 57% de las familias beneficiarias<sup>70</sup>. Para poder beneficiarse de este programa, las familias deben estar asociadas a un servicio de salud, por lo que las muertes que ocurren en estas familias beneficiarias son inadmisibles, toda vez que son mujeres que deben tener un seguimiento estrecho por el sector.

Sin embargo, este problema no solamente incumbe a las instituciones encargadas de la salud, siendo así que a la actual política de estado deban sumarse otros actores y estrategias. Es menester que otras instancias encargadas del desarrollo social den seguimiento estrecho al cumplimiento de los lineamientos legales que promueven una vida libre de violencia para las

---

<sup>70</sup> [http://www.informe.gob.mx/anexo\\_estadistico/pdf/3\\_3.pdf](http://www.informe.gob.mx/anexo_estadistico/pdf/3_3.pdf)

mujeres y el reposicionamiento de las mujeres en la vida comunitaria o de la sociedad; este seguimiento estrecho debe hacerse prioritariamente a través de las instituciones que se han creado para la defensa de los derechos de las mujeres y de los derechos de la población indígena. Instancias como el Instituto de las Mujeres estatal, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) y la Secretaría de los Pueblos Indios en Chiapas, tendrían un papel fundamental en este seguimiento. No menos importante sería la participación de la Secretaría de Educación Pública ya que a través de esta institución se perpetúan o se transforman los estereotipos de género. Otro recurso fundamental para que la población y las mujeres conozcan sus derechos son los medios masivos de comunicación, y en el caso de la población indígena todavía la radio es un medio idóneo para impactar en política pública. Los medios juegan un papel fundamental en la transformación de la sociedad; pueden promover la construcción de ciudadanía y transformar la relación de la población con los servicios de salud.

### ***La calidad en el registro de la información***

Uno más de los problemas con la mortalidad materna, sobre todo por tratarse de un indicador que compromete la imagen del país o del estado, es el registro de las defunciones. La proclividad a subregistrar las muertes maternas en un contexto como el actual es enorme, por lo que es fundamental promover estrategias que abonen en su mejora. En un trabajo previo (Freyermuth y Cárdenas, 2009) señalamos que, para el caso concreto de los errores en la clasificación de la mortalidad materna, la actividad más importante para el mejoramiento de las fuentes de información debe focalizarse en la certificación correcta de la causa de muerte de mujeres en edad fértil. Alrededor del 90% de las defunciones maternas son certificadas por personal de salud, pero solamente en una cuarta parte el certificado de defunción es llenado por el médico tratante. Lo anterior redundaría en que, si bien los certificados de defunción son llenados por el personal que se considera más apto para establecer la causa de muerte -es decir, personal médico-, quienes emiten la mayoría de estos documentos no necesariamente estuvieron familiarizados con la afectación al estado de salud que condujo a la muerte de la mujer.

Los esfuerzos para la aplicación de la estrategia de identificación de las defunciones maternas, a partir de los fallecimientos ocurridos en población en edad fértil, podrían ser dirigidos hacia una evaluación de la calidad del llenado del certificado, particularmente respecto

a la causa que provocó el deceso, así como al establecimiento de aquellos factores que obstaculizan la utilización oportuna de los servicios de salud reproductiva, particularmente los de índole obstétrica. Para ello podría establecerse un programa de necropsias a mujeres en edad fértil fallecidas hospitalariamente y seleccionadas aleatoriamente (Cárdenas, 2008), así como la realización de autopsias verbales partiendo de muestras aleatorias de certificados de defunción de mujeres en edad fértil. En el caso de las necropsias, la selección aleatoria propiciaría un mejoramiento de la certificación de la causa de muerte por parte del personal de salud que interviniera en la asistencia clínica, mientras que las autopsias verbales permitirían obtener información acerca de las defunciones ocurridas en sitios distintos a las unidades médicas. La información derivada de ambas intervenciones contribuiría a conocer la calidad de la certificación médica de causa de muerte y la magnitud de los errores en la clasificación de ésta. Una estrategia adicional para identificar el subregistro de la mortalidad materna consiste en el empleo combinado de la información proveniente de certificados de defunción y aquella contenida en censos de población, registros sobre nacimientos o de unidades médicas o padrones de programas sociales (Cliffe, S., Black, D., Bryant, J., and Sullivan, E., 2008; Gissler, M., Berg, C., Bouvier, M.H., and Buekens, P., 2004)

Un aspecto adicional a considerar en la problemática de las deficiencias en la certificación de las muertes maternas es el posible impacto de los programas sociales o de salud, que condicionan la entrega de recursos financieros a la reducción de la mortalidad materna en muy corto plazo, o inclusive a la eliminación de ésta, lo que de hecho podría traducirse en un incentivo para subreportar la ocurrencia de estas defunciones.

## **Recomendaciones**

El logro de mejoras progresivas para una maternidad segura es un tema que debe impulsarse por diversos actores y en diversos escenarios. El gobernador de estado de Chiapas y el Secretario de Salud juegan un papel fundamental en la construcción de la voluntad política. El gobierno del estado, junto con la Secretaría de Planeación, son las instancias que pueden hacer posible que el combate a la muerte materna sea una política de gobierno. Ello requiere de la alineación de una parte de los programas ya existentes para este fin. El ejecutivo es el que debe impartir este

sentido de emergencia a la solución del problema, no sólo en el ámbito estatal sino ante poderes municipales, y el poder legislativo.

El ISECH ahora Secretaria de Salud de Chiapas, evidentemente, es el actor más importante, aunque requiere de alianzas con otras secretarías e instancias como Desarrollo Social, Educación, Comunicaciones y Transportes, así como con el Instituto de la Mujer, el Instituto de la Juventud, el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indios, Secretaría de Pueblos Indios y el Consejo Estatal de Población e INEGI.

La tarea que enfrenta la Secretaría de Salud, asimismo, precisa de conjuntar y alinear los esfuerzos principalmente de tres subsecretarías.

Asegurar el buen desempeño de los servicios en el ámbito estatal es uno de los retos que enfrenta. La transparencia y la rendición de cuentas deben estar integradas en una iniciativa de esta naturaleza, ya que estos elementos son los que permitirán la participación de otros actores, como la sociedad civil organizada y los organismos no gubernamentales estatales, nacionales e internacionales. Las miradas externas permitirán ir calibrando las acciones de las iniciativas que se proponen.

Sin ser exhaustivos a continuación, se enumeran los diversos actores y las actividades urgentes a desarrollar en el corto plazo.

### ***La Secretaria de Gobierno del Estado:***

- Incorporar el tema de la muerte materna al discurso del gobernador.
- Posicionar el tema como un reto transversal de la política social estatal.
- Alinear los programas y estrategias de bienestar social con la mortalidad materna.
- Realizar un esfuerzo financiero, incluyendo dentro de su presupuesto de egresos el etiquetado de recursos extraordinarios (inversión directa estatal independiente de los recursos federales destinados) y exclusivos para servicios necesarios para disminuir la mortalidad materna, tales como: ambulancias, mejoras de caminos, pago de intérpretes interculturales, posadas AME, educación para la salud, campañas mediáticas, capacitación.

- Diseñar un programa transversal intersectorial de disminución de la muerte materna, identificando las responsabilidades y acciones de cada una de las instituciones de la política social (Secretarías de la Mujer, Secretaría de Pueblos Indios, DIF, Secretarías de Educación, Secretarías de Salud, Consejos Estatales de Población) y de los gobiernos municipales.

***La Secretaría de Salud de Chiapas es responsable de:***

- Diseñar y poner en marcha un programa estatal de disminución de la muerte materna que establezca con claridad, en un marco lógico, indicadores de proceso, indicadores de resultado y las fuentes de financiamiento de las acciones. Solo de esta manera podremos evaluar el “esfuerzo” operativo y financiero de la secretaria de salud para disminuir la mortalidad materna.
- Fortalecer el equipo que a nivel estatal es responsable de las acciones para disminuir la mortalidad materna, mejorando su desempeño mediante la capacitación y la incorporación de elementos con experiencia en la temática.
- Desarrollar investigación operativa continua para detectar necesidades de mejora en los servicios de salud.
- Garantizar en su máximo potencial la red de servicios “24 horas 365 días”.
- Evaluar de manera continua la red de servicios.
- Diseñar e implementar campañas masivas de comunicación que orienten sobre los signos de alarma, mecanismos de acceso a los servicios (si es mediante afiliación o es universal), y la ubicación geográfica de los establecimientos.
- Disponer de un sistema eficiente de orientación por vía telefónica.
- Garantizar el funcionamiento en red de los establecimientos de salud, mediante la comunicación directa y continua (radio o teléfono) de los mismos.
- Diseñar un catálogo de servicios por establecimiento, de acuerdo al nivel de atención, señalando con claridad los criterios de referencia de un primer a segundo nivel y entre unidades del mismo nivel de atención.

- Continuar certificando en emergencia obstétrica a todos los médicos que laboren en unidades de salud de primer nivel de la red “24 horas 365 días”.
- Certificar en emergencia obstétrica a todos los médicos que laboren en el área de emergencias de los hospitales generales.
- Brindar un curso de capacitación, basado en la atención de primer y segundo nivel de atención a la emergencia obstétrica y en la propuesta de UNFPA/AMDD, a los pasantes de servicio social que se integran a los servicios de salud.
- Homologar las plazas de los recursos humanos en salud y asegurar presupuesto para plantillas completas de personal en las unidades de salud. El asunto de la homologación de plazas es urgente; actualmente encontramos médicos especialistas con códigos laborales de enfermeras. Este fenómeno, orilla al personal a la procuración de “compensación de sueldos” que recaen finalmente en los usuarios; estas “compensaciones” suelen provenir de las cuotas de recuperación o de la oferta de servicios privados con la misma plantilla del hospital, en clínicas particulares de baja calidad.

***Los responsables del nivel jurisdiccional y de los centros de salud en regiones rurales:***

- Desarrollar alianzas estratégicas efectivas con los actores locales, desde los gobiernos locales hasta las organizaciones no gubernamentales, y con los recursos locales y/o tradicionales de salud (como lo hace la Jurisdicción III).
- Garantizar la producción de servicios de atención obstétrica básica e integral en las redes de servicios a nivel jurisdiccional que funcionen “24 horas 365 días”.
- Promover la capacitación continua en la emergencia obstétrica.
- Asegurar instrumentos de certificación de los egresados de las facultades y escuelas de medicina de Chiapas y los médicos generales y especialistas egresados de instituciones extranjeras que laboren en Chiapas.
- Difundir hacia la población la ubicación de los centros de salud con hospitalización, hospitales básicos comunitarios y hospitales generales que ofrezcan servicios “24 horas 365 días”.

- Desarrollar estrategias de monitoreo y evaluación que aseguren la calidad permanente en la producción de servicios.
- Difundir aquellos programas que favorecen el acceso a los servicios y los derechos de las pacientes.
- Asegurar el acceso universal sin costo financiero a las mujeres durante la maternidad.
- Asegurar mecanismos de transparencia y rendición de cuentas sobre los resultados en la prestación de los servicios.

### ***Gobiernos municipales:***

- Los gobiernos municipales tienen responsabilidad en la vigilancia de las acciones de los servicios de salud dentro de sus localidades.
- Garantizar el traslado oportuno de emergencias obstétricas mediante la mejora de los caminos, implementación de un sistema de comunicación (teléfono o radio) entre las localidades y el centro de salud de la cabecera municipal, y entre las clínicas y los hospitales regionales.
- Promover el acceso oportuno de las mujeres a los servicios de salud, dando a conocer los signos de emergencia obstétrica y promoviendo el acceso oportuno a las mujeres y sus familias a los servicios de salud.

### ***El legislativo***

- Proponer iniciativas de universalización de la atención obstétrica<sup>71</sup> con modificación a la legislación en salud, asegurando el acceso por la condición de ciudadanía (y no por condición de afiliación a determinado programa).
- Proponer iniciativas legislativas o mecanismos administrativos que obliguen a los gobiernos municipales a la etiquetación de presupuesto para producir servicios coadyuvantes de la salud materna; disponibilidad continua de ambulancia, por ej.

---

<sup>71</sup> No es lo mismo que universalización del parto. La universalización de la atención obstétrica debe incluir todos los servicios obstétricos establecidos actualmente en el catálogo de servicios del Seguro Popular de Salud.



## ***La federación***

- La Secretaría de Salud, evidentemente, es uno de los actores más importante, aunque requiere de alianzas con otras secretarías e instancias: Desarrollo Social, Educación, Comunicaciones y Transportes, así como con el Instituto de la Mujer, el Instituto de la Juventud y el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indios, el Consejo Nacional de Población e INEGI. La tarea que enfrenta la Secretaría de Salud, asimismo, precisa de conjuntar y alinear los esfuerzos principalmente de tres subsecretarías. Se cuenta con la estructura y las instancias para el logro del objetivo que se plantea, y es fundamental que todos los actores conozcan cuáles son las medidas estratégicas, el por qué de ellas, y desde éstas impulsar los cambios necesarios para caminar por la misma ruta.
- Asegurar el buen desempeño de los servicios en el ámbito estatal es uno de los retos que enfrenta la federación, así como erigirse en promotora de cambios sustantivos en las políticas de salud del país, dejando de lado el papel pasivo que algunos actores han adoptado en el contexto de la descentralización. La transparencia y la rendición de cuentas deben estar integrados en una iniciativa de esta naturaleza, ya que estos elementos son los que permitirán la participación de otros actores, como la sociedad civil organizada y los organismos no gubernamentales nacionales e internacionales. Las miradas externas permitirán ir calibrando las acciones de las iniciativas que se proponen.
- Colocar un sentido de urgencia al tema de manera sistemática, posicionándolo como un problema urgente y grave a resolver, mediante campañas masivas en radio y televisión de lo que significa la muerte materna y los mecanismos de acceso a los servicios de salud (como ejemplo, podemos citar las campañas publicitarias de vacunación o de lucha contra el dengue).
- Desarrollo Social: es responsable, junto con Salud y Educación, de uno de los programas de mayor envergadura, Oportunidades. Su impacto en los estados puede ser utilizado para promover este cambio de paradigma, y adicionalmente lograr disminuir las más de 250 muertes maternas que anualmente ocurren entre sus beneficiarias. La consolidación inicial de la red de servicios en este ámbito de acción permitirá poner en marcha las estrategias que propone el plan específico de acción y algunos que se proponen en este

plan emergente: poner en marcha el Plan de Seguridad, incorporar a las madrinas obstétricas, y activar las redes de servicios a partir de la acción de detección de embarazadas y su seguimiento en este primer nivel. Este plan emergente podría por lo tanto tener un componente en Oportunidades, y asegurar desde el Programa que en las corresponsabilidades en salud y en educación se modificara la concepción del riesgo y se impulsara el nuevo paradigma para la búsqueda de la atención de la urgencia obstétrica.

- Desarrollo Social cuenta con otros programas que tienen el componente de salud en los que se puede incluir esta nueva estrategia de atención de la urgencia obstétrica y de educación para la salud para el acceso oportuno. Estos programas son evaluables y sus beneficiarios son grupos vulnerables: Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas, Programa 3x1 para Migrantes, y Comunidad Diferente, entre otros.
- Vincular más estratégicamente el programa de 100x100 o a la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, con el objeto de lograr la transitabilidad permanente de los caminos, cobertura de radiocomunicaciones desde todas las localidades hacia el centro de salud de la cabecera municipal y desde este hacia los hospitales, o fortalecer estas vías a través del Programa para el Desarrollo Local.

### ***Organizaciones de la sociedad civil y Organismos internacionales***

- Promover y coadyuvar con el monitoreo permanente de los servicios de salud y su accesibilidad por parte de los distintos actores, agencias internacionales y la sociedad civil.
- Impulsar el uso transparente y adecuado de los recursos extraordinarios y la calidad de los servicios que se ofrezcan.
- Apoyo, promoción y financiamiento a iniciativas de contraloría social y monitoreo de organismos no gubernamentales, asegurando la disponibilidad de los indicadores que permitan el seguimiento permanente de las acciones del sector.
- Realizar de manera sistemática la búsqueda de subregistro de la Muerte Materna y promover la aplicación de sanciones administrativas al personal de salud que oculte de manera deliberada los fallecimientos debidos a causas maternas asentando, por

ejemplo, otra causa en el certificado de defunción o presionando a las familias para que declaren de manera incorrecta la causa en el registro civil. Para ello, es necesario auditar no solamente a las jurisdicciones que registren mortalidad materna sino a aquellas jurisdicciones que de manera importante y sin indicadores de desempeño que lo justifique, reduzcan drásticamente sus tasas de mortalidad materna o la hayan eliminado, particularmente en periodos consecutivos

- Proporcionar la asesoría técnica al gobierno a fin de mejorar las iniciativas estatales asegurando las mejores prácticas basadas en evidencia científica.
- Promover la interrelación entre organizaciones de la sociedad civil y los organismos gubernamentales a fin de crear sinergias.

## ***Bibliografía***

Aguirre, G., 1994 (1955). *Programas de Salud en la Situación Intercultural*, Instituto Nacional Indigenista, Universidad Veracruzana, Gobierno del Estado de Veracruz, Fondo de Cultura Económica, México.

Ajú, M., (2006). *Trayectorias de Atención en la enfermedad, en los niños Ch'ortis de Guatemala. Un análisis a partir de las características del enfermo, la familia y la enfermedad* (Tesis de Maestría en Antropología Social CIESAS-Sureste).

Alarcón, 1992 (1956). *La Salubridad en el Medio Indígena, en Ateneo 6, Chiapas*, edición facsimilar DIF/CHIAPAS/Instituto Chiapaneco de Cultura, Universidad Autónoma de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez.

AMDD/UNFPA (2002). Curso 6 "Reducción del número de defunciones maternas: Selección de prioridades, registro del progreso. Módulo 1. Para comprender las causas de las defunciones maternas", *Sistema de aprendizaje a distancia sobre cuestiones de población*. <http://ccp.ucr.ac.cr/~dlpi/docs/course6.pdf>

Arana, M. (2003). *Propuestas complementarias para la alianza estratégica por la salud, educación y los derechos de las mujeres, las niñas y los niños*, Jurisdicción Sanitaria No. 2, San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Arana, M. y col. (2009). "Reflexiones sobre recursos tradicionales y legales para evitar la primera demora en la búsqueda de atención en las emergencias obstétricas". En: Freyermuth, G. y Sesia, P. coord., *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Serie evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI*. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, pp. 133-142.

Argüello, H. (2005). *El claro oscuro de la mirada: Estudio de representaciones y prácticas sociales en la relación entre prestadores de servicios de salud y usuarias obstétricas en un hospital público de Chiapas*. (Tesis de Maestría - CIESAS-Sureste).

Arredondo, S. (2008). "Diez años de Oportunidades en zonas rurales: efectos sobre la utilización de servicios y el estado de salud de sus beneficiarios". En: *Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007)*. Tomo II El reto de la calidad de los servicios: resultados en salud y nutrición, INSP, Oportunidades, Vivir Mejor, CIESAS, México, pp. 217-252.

Aston, N. et al. (1999). "Family Demography, Social Theory, and Investment in Social Capital" *Population and Development Review*, 25 (1): pp. 1-31.

Bissell, S. (2009). "La mortalidad materna en el ámbito internacional: estrategias para la renovación de un movimiento". En: Freyermuth, G. y Sesia, P. coord., *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Serie evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI*. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, pp. 23-30.

Braverman, P., Tarimo, B. (2002). "Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations". *Soc Sci Med*, 54, pp.1621-1635.

Calzada, R. 1992 (1951). *Pobreza y Riqueza de Chiapas, en Ateneo I, Chiapas*, edición facsimilar, DIF/CHIAPAS/Instituto Chiapaneco de Cultura, Universidad Autónoma de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez.

Campero, L. y col. (2006). "La contribución de la violencia a la mortalidad materna en Morelos, México" *Salud pública de México*, vol.48, suplemento 2.

Cárdenas, R. (2008). "Información estadística en salud: avances y necesidades". En: Figueroa, B. coord. (2008). *El dato en cuestión. Un análisis de las cifras sociodemográficas*. Ciudad de México: El Colegio de México, pp. 571-612.

Cárdenas, R. (2009). *Indicadores selectos para la evaluación de las condiciones de salud*, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, México.

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

Comité Nacional APV, (2003). *Operativo APV Chiapas, Comitán de Domínguez y San Cristóbal de las Casas*, Informe 2003, Secretaría de Salud, México.

Cliffe, S., Black, D., Bryant, J., Sullivan, E. (2008). Maternal deaths in New South Wales, Australia: a data linkage project. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 48(3), pp. 255-260.

Dannenberg, A. et al. (1995) "Homicide and other injuries as causes of maternal death in New York City, 1987 through 1991", *Am J Obstet Gynecol*, Vol. 172, No. 5, pp. 1557-1564.

Diario Oficial de la Federación (2000). Primera Sección, 14 de marzo del 2000.

Dirección General de Información en Salud (DGIS). *Base de datos de egresos hospitalarios por morbilidad en Instituciones Públicas, 2004-2007*. [en línea]: *Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS)*. [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>> [Consulta: 18 de febrero de 2010].

Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI) (2008). Primera edición, 2008:  
[http://www.inmujeres.gob.mx/dgpe/vidasinviolencia/documentos/ENDIREH/Violencia\\_Endireh\\_2006.pdf](http://www.inmujeres.gob.mx/dgpe/vidasinviolencia/documentos/ENDIREH/Violencia_Endireh_2006.pdf) consultada el 6 de enero de 2010.

Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) (2006).  
[http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/images/publicaciones/ensademi\\_19mzo.pdf](http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/images/publicaciones/ensademi_19mzo.pdf)  
consultada 6 de enero de 2010.

ESPESI, (2002). *Embarazo Seguro, Parto Exitoso y Supervivencia Infantil, Diagnóstico Situacional*, Dirección de Servicios de Salud Reproductiva-Salud Pública, Instituto de Salud del Estado de Chiapas.

Espinosa, D. (coord.) (2000). *Compromisos y Realidades de la Salud Reproductiva en México. Una mirada a la situación nacional y a cuatro estados*. El Atajo Ediciones, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población y UAM-Xochimilco, México, D.F.

Espinoza, H. y cols. (2003). "Muertes maternas por aborto y por violencia en México: narración de una experiencia en la formulación e implementación de una metodología de investigación" *Perinatol Reprod Hum*; vol. 17 No. 4, Págs. 193-24.

Farmer P., (2004). "Sidney W. Mintz Lecture for 2001. An Anthropology of Structural Violence", *Current Anthropology*, Vol. 45, No. 3, pp. 305-322.

Favre, H. 1984 (1973). *Cambio y Continuidad entre los Mayas de México. Contribución al estudio de la situación colonial en América Latina*, Instituto Nacional Indigenista, Serie de Antropología Social, número 69, México D.F. pp. 361-363.

Ferreiro, G. (1989). *La mujer maltratada. Un estudio sobre las mujeres víctimas de violencia doméstica*, Editorial Sudamericana, Buenos Aires Argentina.

Forni, P. et al. (2004) ¿Qué es el Capital Social y cómo Analizarlo en contextos de Exclusión Social y Pobreza? Estudios de Caso en Buenos Aires, Argentina, *Research Report* No. 35.

Foucault, M. (1985). "Cómo se ejerce el poder". En: Siempre. *La Cultura en México*, No. 1204.

Frenk, J. (2005). "Seguro Popular de Salud", videoconferencia del Secretario de Salud, Dr. Julio Frenk Mora, Instituto Nacional de Salud Pública. En: <http://www.insp.mx/seguropopular/segpopular.html>, fecha de consulta: 10 de noviembre de 2007.

Freyermuth, G. (2000). *Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación. Factores constitutivos de riesgo durante la maternidad*. (Tesis de doctorado en Antropología, UNAM, México, D. F.).

Freyermuth, G. (2003). *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, CIESAS, Porrúa, México.

Freyermuth, G. (2004). "Violencia de Género como factor de Riesgo en la Maternidad". En: Torres, M. (Compiladora) *Violencia contra las mujeres en contextos Urbanos y Rurales*. Colegio de México, A. C. México, D. F.

Freyermuth, G. y cols. (2004). *Maternidad Peligrosa, Evaluación de la Atención Institucional a la Emergencia Obstétrica en Los Altos de Chiapas*, SEDESOL-INDESOL; Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población; CIESAS, México.

Freyermuth, G. y cols. (2006). "Emergencia obstétrica y saber popular en Tenejapa Chiapas", *Perinatol Reprod Hum*, Vol. 20 No. 4. Págs. 60-68. México, D. F.

Freyermuth, G. y cols. (2007). "Informe final a Fondos Sectoriales Salud del Conacyt, Proyecto 'Muerte materna en municipios indígenas de México: Validación de una propuesta metodológica'.

Freyermuth, G. y Meneses, S. (2007). "Muerte sin fin. Experiencias sobre la lucha contra la mortalidad materna en Chiapas, México". En: *Exclusión y Derecho a la salud. La función de los profesionales de la salud*. Conferencia IFHHRO.EDHUCASALUD 2006. Editores: Educación en Derechos Humanos con Aplicación en Salud-Edhucasalud y Federación Internacional de Organizaciones de Derecho Humanos y Salud-IFHHRO. pp. 61-78.

Freyermuth, G. (2007). "Realidad y disimulo. Complicidad e indiferencia social en Chiapas frente a la muerte femenina". En: Miranda, R., y Espinosa, L.M. (Edit). (2007). *Chiapas: la paz en la guerra*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala (UNAM), El Colegio de la Frontera Sur y Editorial Comuna, pp. 371-405.

Freyermuth, G. y de la Torre, C. (2008) "Inequidad Étnica y tropiezos en los programas. Crónica de la muerte materna en Chiapas". En: Lerner, S. y Szasz, I. (coordinadoras). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. El Colegio de México. Programa Salud Reproductiva y Sociedad. Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales. Colegio de México. México, D. F. pp. 203-251.

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

Freyermuth G. y Argüello H. (2010). "La muerte prematura de mujeres en Los Altos de Chiapas. Un análisis desde la violencia" Pueblos y fronteras, UNAM, en prensa.

Gissler, M., Berg, C., Bouvier, M.H., Buekens, P. (2004). "Methods for identifying pregnancy-associated deaths: population-based data from Finland". *Paediatr Perinat Epidemiol*, 18(6), pp. 448-455.

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

Gobierno del Estado de Chiapas (1992). *Programa Estatal de Población 1992*, Consejo Estatal de Población.

Gobierno del Estado de Chiapas (1995). *Plan Estatal de Desarrollo, 1995-2000*, Publicación No. 123-A-95 BIS, Periódico Oficial No. 047-3a Sección, miércoles 2 de agosto, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Gutiérrez, J.P. y cols. (2008). "Evaluación de la calidad de los servicios de atención a la salud asignados a la población beneficiaria de Oportunidades". En: *Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008, A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007)*. Instituto Nacional de Salud Pública, Oportunidades, Vivir Mejor, CIESAS. México, D.F., p. 59.

Halperin, F. y De León, H. (1996). *Salud en la Frontera México –Guatemala*, Cuadernos de Divulgación ECOSUR, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

Hermitte, E. (1970). *Poder sobrenatural y control social en un pueblo maya Contemporáneo*, Colección Cuadernos Municipales, Consejo Estatal de fomento a la Investigación y la Difusión de la Cultura. Chiapas, México.

Hernández, B. y cols. (2005). "Impacto de Oportunidades en la mortalidad materna e infantil". En: Hernández, B. y Hernández, M. (ed.) (2003). *Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades*. Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.

Hernández, B. y cols. (2005). *Impacto de Oportunidades en la salud reproductiva de la población beneficiaria*. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2004, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México.

Jones, CP. (2000). "Levels of Racism: A Theoretic Framework and a Gardener's Tale" *American Journal of Public Health*, vol. 90, No. 8, pp.1212-1215.

Kölher, U. 1975 (1969). "Cambio cultural dirigido en los altos de Chiapas. Un estudio sobre la antropología social aplicada", *Colección SEP-INI*, no. 42, Instituto Nacional Indigenista, Secretaría de Educación Pública, México.

López, J. (2007). *La práctica médica tradicional y sus representaciones en los problemas de salud que ocasionan la muerte materna en San Juan Chamula*, (Tesis de licenciatura en Antropología Social, Chiapas, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Chiapas).



Maine D., et al. (1997). *Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna*, Centro para la Población y Salud Familiar, Facultad de Salud Pública, Universidad de Columbia, EUA.

Meneses, S. (2004). *Semiótica de la otredad. Etnografía de los encuentros interétnicos entre prestadores y usuarios de servicios de salud en Los Altos de Chiapas*, (Tesis de Maestría en Antropología Social, CIESAS-Sureste, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México).

Meneses, S. (2010). "El Seguro Popular de Salud y atención materna en Los Altos de Chiapas. Reflexiones sobre sus alcances y limitaciones". En: Díaz, D. (coord). *Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la muerte materna. Perspectivas a nivel nacional en los estados de Chiapas y Oaxaca*. Fundar México.

Mir, C. (2008). "Evaluación operativa de la calidad de los servicios que brinda Oportunidades". En: *Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007)*. Tomo IV Oportunidades día a día, evaluación de la operación del Programa y la atención a las familias beneficiarias. INSP, Oportunidades, Vivir Mejor, CIESAS, México. pp. 17-192.

Nazar A. et al. (2007). "Descentralización, alternancia política y género en la prevención de la muerte materna en Chiapas, México", *Mujer y Salud revista de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe*, 3-4, pp. 54-72.

Nazar, A. (2010). Comentario al Texto: Freyermuth, 2010 Desiguales en la Vida. Desiguales para Morir. La mortalidad materna en Chiapas. Un análisis desde la Inequidad. En el Seminario Permanente de Antropología Médica en Chiapas, 13 de abril del 2010.

Oehmichen, C. (1999). *Reforma del Estado: Política Social e Indigenismo en México (1988-1996)*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM. Instituto de investigaciones antropológicas, 259 p.

OMS, FNUAP, UNICEF, Banco Mundial, IMPAC (2002). *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetras y médicos*, WHO/RHR/00.7.

OMS (2005). *Informe sobre la salud en el Mundo 2005. Cada madre y cada niño contarán*, OMS, Francia.

ONU (2005). "Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avances 2005", Organización de las Naciones Unidas, Gobierno de la República. México.

Organización Panamericana de la Salud/OMS (1995). "Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud". Washington, D.C: Edición 2003, 10ª revisión, p. 139.

Organización Panamericana de la Salud (2005). "Muertes maternas y violencia intrafamiliar contra las mujeres: repensando la salud materna en los Objetivos de Desarrollo del Milenio", *Hoja informativa Unidad de Género, etnia y salud*.

Page, J. (2005). "El mandato de los dioses: Medicina entre los tzotziles de Chamula y Chenalhó, Chiapas, México, Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste", Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. *Serie: Científica* 11, p. 404.

Pate, E. et al. (2001). "Health Equity and Maternal Mortality", Pan American Health Organization. *Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau*. Washington, D.C., pp. 85-98.

Programa de Desarrollo Humano Oportunidades (2009). Proyecto de Apoyo para el Programa de Desarrollo Humano Oportunidades; Evaluación social y Plan de acción para la definición del modelo alternativo de la operación y gestión del Programa Oportunidades para población indígena. Versión preliminar; Febrero de 2009. [www.oportunidades.gob.mx/.../Plan\\_indigena\\_corregido\\_version\\_preliminar\\_final\\_200209.doc](http://www.oportunidades.gob.mx/.../Plan_indigena_corregido_version_preliminar_final_200209.doc) Consultado 3 de abril de 2010.

Reyes, S. (1992). "Mortalidad Materna en México". Instituto Mexicano del Seguro Social, Subdirección General Médica. México D.F.

Romero, M. (2007). *Causas de Muerte Materna y mecanismos de sobrevivencia. Un análisis desde el estudio de las necesidades. Periodo 1997-2000*. (Tesis de Licenciatura - Escuela Nacional de Antropología e Historia).

Ronsmans, C. et al. (1999) "Adolescence and risk of violent death during pregnancy in Matlab, Bangladesh", *The Lancet*; Vol. 354.

Salvatierra, B., Nazar, A. s/f, (1992). *Perfil Epidemiológico y grados de marginación*. Estado de Chiapas, Centro de Investigaciones Ecológicas del Sureste, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas.

Sánchez, G. (2008). "Padecer la pobreza: un análisis de los procesos de salud, enfermedad y atención en hogares indígenas y rurales bajo la cobertura del Programa Oportunidades". En: *Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007)*. Tomo II El reto de la calidad de los servicios: resultados en salud y nutrición. INSP, Oportunidades, Vivir Mejor, CIESAS, México, pp. 105-123.

Sariego, L. (2008). "Cobertura y operación del Programa Oportunidades en regiones interculturales indígenas". En: *Evaluación externa del Programa Oportunidades 2008. A diez años de intervención en zonas rurales (1997-2007)*. Tomo IV Oportunidades día a día, evaluación de la operación del Programa y la atención a las familias beneficiarias. INSP, Oportunidades, Vivir Mejor, CIESAS, México, pp. 193-345.

Secretaría de Gobierno (2003). *Cruzada Estatal por la Salud de la mujer, el niño y la niña*, Secretaría de Salud, Gobierno del Estado de Chiapas.

Sector Salud Chiapas (1982). *Plan básico de salud del Estado de Chiapas 1982-1988*, 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.

Sector Salud Chiapas (1990). *Diagnóstico Estatal de Salud, mimeo*, Chiapas.

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

Secretaría de Salud (1996). *Lineamientos de Operación, Programa de Ampliación de Cobertura*, México.

Secretaría de Salud, Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida (2002). p. 40.

Secretaría de Salud, 2004, (<http://www.ssa.gob.mx/>). *Indicadores del desempeño*, consultado marzo, 2004.

Secretaría de Salud (2006). *La mortalidad en México, 2000-2004. Muertes evitables: magnitud, distribución y tendencias*, México, p. 16.

Secretaría de Salud (2008). *Programa de Acción Específico 2007-2012 Arranque Parejo en la Vida*, México, D.F., p.16, citando a: Lozano, R., Núñez, R., Duarte, M., Torres, J. (2005). "Evolución y tendencias a largo plazo de la mortalidad materna en México". En: Zúñiga, E. Coord. *México ante los desafíos de desarrollo del Milenio*. México. CONAPO.

Secretaría de Salud, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Dr. Mauricio Hernández Ávila (2009). "Estrategia para disminuir el avance de la mortalidad materna" (presentación \*.ppt)

Sector Salud Chiapas (1993). *Plan estatal de Salud*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Sesia, P. y cols. (2007). "Violencia y mortalidad materna en contextos indígenas de Oaxaca: una mirada etnográfica", *Revista GénEros 1*.

Starrs, A. (2006). "Iniciativa por una maternidad sin riesgo: 20 años y más" *The Lancet*, 368, pp. 1810-1827.

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

UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas, AMDD (2002). *Evitar la muerte y discapacidades maternas Programa, Para comprender las causas de las defunciones maternas. Módulo I, Sistema de Aprendizaje a Distancia sobre Cuestiones de Población*, Turín Italia.

Universidad Autónoma de Chiapas (1988). *Bienestar Social, Cambio Estructural en Chiapas: Avances y Perspectivas*, UNACH, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

World Health Organization (WHO) (a) (2004). *Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant*, Department of Reproductive Health and Research, Geneva.

World Health Organization (WHO) (b) (2004). *Global Action for Skilled Attendants for Pregnant Women, Family and Community Health*, Department of Reproductive Health and Research, Geneva.

World Health Organization (WHO), UNICEF and UNFPA, (2004). *Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*, Geneva.