



Casa abierta al tiempo

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

División de Ciencias Sociales y Humanidades
Departamento de Política y Cultura
Posgrado en Políticas Públicas

**El parto hospitalario como estrategia de salud en México
para reducir la Mortalidad Materna: una política
instrumental reproductora de inequidades en salud.
El caso de Chiapas, 2002-2015**

Tesis que para optar al grado de Maestra en Políticas Públicas presenta

DALILA MENDOZA AGUILAR

Directora de tesis

DRA. OLIVA LÓPEZ ARELLANO

Lectoras

DRA. HILDA E. ARGÜELLO AVENDAÑO

DRA. ESTHELA I. SOTELO NÚÑEZ

Ciudad de México, mayo de 2019

**El parto hospitalario como estrategia de salud
en México para reducir la Mortalidad Materna:
una política instrumental reproductora de
inequidades en salud.**

El caso de Chiapas, 2002-2015

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO 1. ABORDAJE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.1 PROBLEMA, HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	11
1.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN, TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN Y ESTUDIO DE CASO.....	21
1.3. ABORDAJE EN NIVELES DE ABSTRACCIÓN	21
1.3.1. Nivel macro: análisis del diseño de la política.....	21
1.3.2. Nivel medio: análisis de la implementación de la política en un estudio de caso.....	22
1.3.3. Elaboración de recomendaciones de política mediante análisis de bibliografía y estudio de caso paradigmático en Chile.....	27
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO: LAS POLÍTICAS DE SALUD COMO POLÍTICAS PÚBLICAS, EQUIDAD EN SALUD Y PERSPECTIVA DE DERECHOS.....	28
2.1. LA PERSPECTIVA DEL ANÁLISIS DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	28
2.2 POLÍTICAS SOCIALES COMO POLÍTICAS PÚBLICAS	35
2.3. POLÍTICAS SOCIALES DE SALUD	38
2.4. DETERMINANTES SOCIALES EN SALUD	40
2.5. EQUIDAD EN SALUD	42
2.6. PERSPECTIVA DE DERECHOS EN SALUD.....	45
2.6.1. Derecho a la salud.....	45
2.6.2 Derechos Sexuales y Reproductivos	48
2.7. CONCLUSIONES.....	49
CAPÍTULO 3. LA MUERTE MATERNA EN MÉXICO Y EN CHIAPAS COMO PROBLEMA PÚBLICO: ¿QUIÉNES MUEREN Y DE QUÉ MUEREN? ¿QUÉ POLÍTICAS SE HAN IMPLEMENTADO?	51
3.1. DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL PROBLEMA PÚBLICO ¿QUIÉNES MUEREN Y DE QUÉ MUEREN? MÉXICO Y CHIAPAS	51
3.2. MARCO NORMATIVO DE REFERENCIA.....	61
3.2.1 Derechos y convenios internacionales en torno a la Salud Materna	61
3.2.2. Principal Marco jurídico	66
3.3. LAS ACCIONES PARA ABATIR LA MUERTE MATERNA. ANÁLISIS DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS IMPLEMENTADOS DE 2002 A LA FECHA	68
3.4. PROGRAMAS A NIVEL CHIAPAS	74
3.5. CONCLUSIONES.....	78

CAPÍTULO 4. ¿POR QUÉ DICHAS ACCIONES NO HAN DADO LOS RESULTADOS ESPERADOS? LA CONTRADICCIÓN DEL PARTO HOSPITALARIO Y LA PAUPERIZACIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....80

4.1. DOS HIPÓTESIS DE POLÍTICA PARA LA PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA: ENFOQUE DE RIESGO VS ENFOQUE DE LA URGENCIA OBSTÉTRICA.....80

4.2. PROMOCIÓN DEL PARTO HOSPITALARIO EN MÉXICO Y CHIAPAS83

4.3. CONSECUENCIAS DEL PARTO HOSPITALARIO PARA LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN: OBSERVACIÓN DIRECTA EN TRABAJO DE CAMPO90

4.4. LAS POLÍTICAS DE SALUD MATERNA Y EL PARTO HOSPITALARIO CIEGAS AL ENFOQUE DE EQUIDAD, DD.HH., GÉNERO E INTERCULTURALIDAD.103

4.5. CONCLUSIONES.....106

CAPÍTULO 5. REFLEXIONES PARA EL PLANTEAMIENTO DE UNA NUEVA HIPÓTESIS DE ACCIÓN-SOLUCIÓN: HACIA EL FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CON PERSPECTIVA DE DERECHOS.....108

5.1. LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD RENOVADA COMO NUEVO PARADIGMA109

5.2. INCORPORACIÓN DE LAS PARTERAS AL SISTEMA DE SALUD: UNA FIGURA CERCANA Y CON LEGITIMIDAD COMUNITARIA113

5.3. CONCLUSIONES.....118

CONCLUSIONES.....120

BIBLIOGRAFÍA.....125

Índice de figuras, tablas y gráficas

Figura 1. Chiapas. Grado de marginación por municipio, 2015.....	19
Figura 2. Chiapas, Región II Altos. Grado de marginación por municipio, 2015.....	19
Figura 3. Chiapas, Región VI Selva. Grado de marginación por municipio, 2015	20
Figura 4. Indicador Calidad de la atención del parto y sus componentes	23
Figura 5. Componente Parámetros técnicos y sus variables y atributos.....	24
Figura 6. Componente Parámetros organizaciones y sus variables y atributos.....	25
Figura 7. Componente Parámetros de trato interpersonal y sus variables y atributos.....	26
Figura 8. PAE SMP2012-2018. "Ruta crítica de la atención del embarazo desde la perspectiva de línea de vida"	87
Figura 9. Chiapas. Establecimientos de salud SSA e IMSS-Prospera, 2015.....	89
Tabla 1. Nacional, Ciudad de México y Chiapas. Unidades de primer y segundo nivel de atención y nacimientos por nivel. 2015.....	16
Tabla 2. Nacional, Guerrero, Chiapas y Oaxaca. Indicadores socioeconómicos e índice de marginación, 2015	58
Tabla 3. Objetivos, indicadores y metas del PAE SMP, 2013 - 2018.....	74
Tabla 4. Identificación de la atención del parto en el primer nivel en los principales programas y normatividad de Salud Materna en México, 2002 - 2018	86
Tabla 5. PAE Salud Materna y Perinatal 2013-2018. Objetivos e Indicadores.....	105
Gráfica 1. Razón de Mortalidad Materna (defunciones por cada 100 mil nacidos vivos), 1990-2015	53
Gráfica 2. Nacional. Causas de muerte materna, 2015.....	54
Gráfica 3. Nacional. Muertes maternas por lugar de ocurrencia, 2015	56
Gráfica 4. Chiapas. Causas de muerte materna, 2015	60
Gráfica 5. Chiapas. Muertes maternas por lugar de ocurrencia, 2015.....	61
Gráfica 6. Nacional. Porcentaje de nacimientos por nivel de atención, 2002-2015	84
Gráfica 7. Chiapas. Porcentaje de nacimientos por nivel de atención, 2002-2015	85

Introducción

El problema de la mortalidad materna ha estado en las agendas internacionales desde hace varias décadas; incluso, fue parte de uno de los objetivos del milenio (ODM) bajo el cual los estados miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a reducir los niveles de mortalidad materna en 75% partiendo de los niveles de 1990. Meta que no se cumplió en la mayoría de los países en desarrollo (ONU, 2015).

A nivel mundial, cada año mueren en el mundo por causas maternas unas 830 mujeres. Prácticamente la mayoría de éstas se producen en países de ingresos bajos y medios. En 2015, la razón de mortalidad materna (RMM – es decir, muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos) del mundo fue de 216, lo que refleja una disminución anual del 2.3% (Alkema et al., 2016). En este mismo año, las RMM regionales oscilaron entre aproximadamente 12 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos para las regiones de altos ingresos y aproximadamente 546 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos para el África subsahariana (es decir, cuarenta veces más que los países de ingresos altos). Mientras que 24 países tuvieron una RMM de más de 400 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos (GBD 2015 Maternal Mortality Collaborators et al., 2016).

En la región latinoamericana, para 2015, más de 22 mil mujeres murieron en ese año, especialmente en sectores pobres y rurales aislados, con una RMM de 66 por cada cien mil nacidos vivos (OPS, s/a: 3). Las muertes maternas de hoy en día en la región, se producen por las mismas causas que las de las mujeres de los países industrializados a principios del siglo XX; cinco países aún tienen tasas mayores que las que había hace 60 años en los Estados Unidos; el 20% de la región más pobre concentra 50% de muertes maternas, mientras que el 20% más rico solo tiene el 5% de esas defunciones (OPS, s/a: 3).

Lo anterior demuestra que hay grandes disparidades entre los países; pero también las hay al interior de un mismo país y entre mujeres con ingresos altos y bajos y entre la población rural y la urbana. Además, se ha reconocido que los avances en la reducción de la mortalidad materna han resultado insuficientes en nuestra región, con niveles estancados y avances lentos e irregulares (Barroso & Langer, 2009).

Estas muertes son inaceptables considerando que la mayoría resultan de complicaciones prevenibles o manejables (PAHO, 2006). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre el 88% y el 98% de las defunciones maternas a nivel mundial son prevenibles. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer, como las llamadas causas de muerte obstétricas indirectas.

Los niveles de mortalidad materna en México también son inaceptables. Para 2015, la RMM fue de 34.6 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos (Oficina de la Presidencia de la Republica, 2015) y la mayoría de estas muertes pudieron haberse evitado. Pero, además, los niveles de RMM en algunas entidades federativas alcanzan más del doble que la expresada a nivel nacional; caso específico el de Chiapas, que fue la entidad con el nivel de mortalidad materna más alto, del orden de 81.3 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos (Luna et al., 2017)¹. Es decir, presentó las mismas proporciones que a nivel nacional tuvo Bahamas (80.0), por ejemplo (UNICEF, 2016) .

Aun cuando México fue uno de los países en suscribir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la meta de reducir en 75% la RMM de 1990 quedó a más de diez puntos de ser alcanzada. Lo anterior aun cuando el Estado mexicano desplegó diversos programas en respuesta al desafío: en el año 2002 se lanzó el programa Arranque Parejo en la Vida 2002-2006, que tuvo su consecución en el periodo 2007-2012, seguido por el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal 2013-2018, como los principales programas.

Como parte de la visión que derivaba de que uno de los indicadores para medir el avance del ODM 5 (mejorar la salud materna) era el del porcentaje de partos atendidos por personal calificado; aunado a un paradigma de atención materna basado en el de la atención a la emergencia obstétrica (AEO), México adopta la estrategia de atención hospitalaria de todos los partos.

Esta “estrategia de parto hospitalario”, dentro del marco general de la política de salud materna, tiene, sin embargo, un impacto desigual en las entidades federativas sobre todo en las más afectadas por la problemática y, más aún, al interior de éstas. Debido, principalmente, a que se desplegó sobre condiciones diversas en lo que se refiere a infraestructura en salud, a contextos disímiles (ruralidad

¹¹ Este dato es retomado de los cálculos que el Observatorio de Mortalidad Materna de México realiza, para el cálculo utiliza como denominador los nacidos vivos certificados y crregidos por la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud.

vs urbanización) y elementos culturales y sociales particulares de la manera de vivir el proceso salud/enfermedad/atención de las mujeres. Por ello, el resultado es una profundización en los resultados inequitativos en las muertes maternas, es decir, que, a niveles estatales, por ejemplo, la muerte materna sea del doble que el promedio nacional.

Así, en el presente trabajo se hace un análisis de la estrategia del parto hospitalario dentro de la política de salud materna; enmarcándola, primero, en la concepción de una hipótesis de acción-solución que concibe el proceso de embarazo y parto como un proceso que se resuelve únicamente con intervención médica; dejando de lado su reconocimiento como un proceso biológico natural y el hecho de que las realidades y condiciones de las mujeres determinan su condición de salud. Esta concepción que homogeneiza realidades tiene mayores consecuencias para las mujeres rurales e indígenas cuyos contextos, realidades, culturas y formas de vivir el proceso salud-enfermedad son particulares y exigen una forma de acercamiento que responda a sus necesidades, pues la homogeneización tiende a comprometer y vulnerar sus derechos.

El recorte temporal de análisis de la presente investigación es a partir de la puesta en marcha de APV (2002) hasta 2015, como una manera de evaluar la política de salud materna en el marco de la consecución del OMD 5. Por otro lado, el análisis se centra en las unidades de la secretaría de salud estatal, al ser el espacio público que concentra la mayor proporción de muertes maternas.

Además de analizar la generalidad de la estrategia del parto hospitalario, se eligió estudiar su despliegue concreto en una entidad federativa, para observar cómo es que se configura en condiciones particulares y cuáles son sus implicaciones en el proceso de profundización de las inequidades en salud. El caso de estudio elegido fue Chiapas, al ser una entidad federativa que históricamente se ha ubicado entre las tres con mayores niveles de mortalidad materna, y que, en 2015, se ubicó en el primer lugar nacional. La hipótesis que guía la investigación es que, en Chiapas la política de referencia de todos los partos hacia el nivel hospitalario no ha sido efectiva para reducir los niveles de mortalidad materna pues se aumentó la demanda por servicios hospitalarios sin expandir de manera acorde la oferta de servicios, los recursos disponibles ni la oferta de salud, de manera que no se encuentra en las condiciones para proveer atención con calidad de los partos y de las emergencias obstétricas que se pudieran presentar. Por lo que una estrategia que considera como homogéneas las realidades y contextos de las mujeres, por ejemplo, el de las chiapanecas mayormente empobrecidas, indígenas y con una geografía principalmente rural, además de las

condiciones estructurales de pauperización de las unidades de salud, no tendrá los resultados deseados en la reducción de los niveles de mortalidad materna; y estos resultados, además, impactan en el promedio nacional.

Para dar cauce al presente texto, el Capítulo 1 presenta el abordaje metodológico de la investigación, mientras que en el Capítulo 2 se expone el marco teórico de referencia el cual comienza mostrando la perspectiva de las Políticas Públicas que pone el énfasis en la definición del problema público como el principal elemento del análisis de políticas. Luego se discuten las políticas sociales como una sub-esfera de las políticas públicas y, dentro de éstas, las políticas en salud como un componente de lo que se ha concebido como políticas sociales (además de educación, empleo, vivienda y retiro); enmarcadas dichas políticas desde la perspectiva de los determinantes sociales en salud (DSS) y del derecho a la salud.

El Capítulo 3 presenta una sucinta descripción sociodemográfica del problema de la mortalidad materna en México y en Chiapas para poder entender qué mujeres y por qué están muriendo; también se presenta un breve análisis de las políticas y programas implementados para abatir la muerte materna desde el 2002 hasta 2015, mostrando sus principales objetivos y líneas de acción.

Por su parte, en el Capítulo 4 se desarrolla una discusión y análisis en torno a la operación concreta de la estrategia de parto hospitalario derivadas de los resultados del trabajo de campo llevado a cabo en Chiapas entre los meses de febrero y marzo de 2018, en el que se realizaron entrevistas y observación directa en dos hospitales y dos centros de salud, respectivamente, de los que éstos son referencia, por ámbito rural y urbano.

En el Capítulo 5 se realizan una serie de reflexiones en torno a un cambio de paradigma en la política de salud materna, con miras a plantear una nueva hipótesis de acción-solución que considere las realidades y contextos particulares de las mujeres chiapanecas, enfocado en la renovación de la atención primaria integral en salud que conlleve un fortalecimiento del primer nivel de atención y que promueva la participación social mediante la figura de la partería. Dichas reflexiones fueron fortalecidas mediante una movilidad en Chile, en donde, mediante la base operativa del Magíster en Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local de la Universidad de la Frontera, en Temuco, se pudieron realizar entrevistas a personal de salud de la región, principalmente matronas encargadas de la atención materna en centros de salud familiar.

Las conclusiones principales de la investigación apuntan a que la estrategia de parto hospitalario ha redundado en una precarización del primer nivel de atención y una saturación del segundo, minando la calidad de la atención de los partos. La observación directa en campo y las entrevistas, permitieron constatar las condiciones paupérrimas en que tienen que operar los servicios de salud; con una diferencia importante según si el contexto es urbano o rural.

Además, desde la perspectiva del análisis del diseño de la política de salud materna, se constató que existe una distancia discursiva entre lo que los principales programas dicen y lo que opera en la implementación real. Es decir, aunque la mayoría aluden garantizar y promover la salud sexual y reproductiva de las mujeres, este derecho en la realidad se ve seriamente comprometido.

Lo anterior, pues el paradigma general desde el que se diseñan e implementan estos programas es uno altamente medicalizado, ciego a la perspectiva de género, derechos e interculturalidad; que tendría que permear y regir para en verdad velar por los derechos y la salud de todas las mujeres. Es aquí donde el trabajo concluye con la propuesta de promover nuevas intervenciones de política desde el paradigma de la atención primaria en salud (APS), género, derechos e interculturalidad, que plantee una nueva hipótesis de solución a la problemática de la mortalidad materna, diferente a la actual, y para lo cual, la integración orgánica de parteras al sistema de salud puede resultar una solución, no solo viable y costo-eficiente, sino garante de los derechos de las mujeres.

Capítulo 1. Abordaje metodológico de la investigación

En este capítulo se describe el abordaje metodológico de la investigación, comenzando por exponer el planeamiento del problema, la hipótesis y los objetivos que la guiaron. Después se detallará el tipo de investigación, las técnicas de recolección y la construcción de un indicador para la observación en campo. Por último, se explicará cómo se hizo la aproximación del objeto de estudio en distintos niveles de abstracción.

1.1 Problema, hipótesis y objetivos

Definición del problema público

En 2015² fallecieron en México 778 mujeres por causas relacionadas con complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio, con una razón de mortalidad materna (RMM³) de 34.6 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos (Luna, Muños, Freyermuth y Argüello, 2017). Si bien la RMM ha disminuido en México durante la última década - pues en el año 2000 era de 72.6 -, la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) para 2015 fue de 22.2, lo que significa que quedó a más de diez puntos para ser alcanzada y hubiese implicado un avance acelerado para lograrla. Comparado con Chile, por ejemplo, que tiene condiciones de desarrollo similares a México, en ese país, para 2015, la RMM es de 22.0 mujeres por cada cien mil nacidos vivos; en Costa Rica, el dato es de 25.0 y en Uruguay de 15.0 (UNICEF, 2016), por ilustrar solo unos ejemplos paradigmáticos en Latinoamérica.

Al interior del país el indicador llega a duplicar el promedio nacional en algunas entidades federativas. Así, Guerrero, Chiapas y Oaxaca, son entidades federativas que de 2002 hasta el 2015

² A la fecha en que se redacta este trabajo, los datos disponibles más recientes hacen referencia a 2016, debido a que las estadísticas sobre nacimientos y mortalidad materna conllevan un proceso de revisión con distintos métodos. Sin embargo, durante el proceso del diseño de la investigación, los datos más recientes referían a 2015, por lo que se optó por este recorte temporal. Aunado a una decisión en función de la evaluación del cumplimiento de las metas de los ODM.

³ La razón de muerte materna (RMM) representa la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, sea cual fuera la duración y sitio del embarazo, debido a complicaciones del embarazo, parto y puerperio (cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención), pero no por causas accidentales o incidentales. Se calcula como el cociente entre el número de muertes maternas (numerador), dividido por el número total de nacidos vivos (denominador), durante un período de tiempo, multiplicado por 100 000.

presentan un promedio de la RMM⁴ de 80.5, 68.2 y 67.8, respectivamente. Vemos, por ejemplo, que Guerrero tiene en promedio una RMM de más del doble que la nacional; y, para 2015, Chiapas se coloca en primer lugar con la mortalidad más alta con 81.3 muertes maternas por cien mil nacidos vivos (Luna, Muños, Freyermuth y Argüello, 2017).

Además de esta distribución inequitativa de la muerte materna, lo que resulta más grave de este problema, es que la mayoría pueden ser evitables. La OMS estima que entre el 88% y el 98% de las defunciones maternas a nivel mundial son prevenibles; puesto que las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las principales complicaciones son bien conocidas.⁵

Todas las mujeres necesitan acceso a la atención prenatal durante el periodo de gestación, a la atención especializada durante el parto, y a la atención y apoyo en las primeras semanas tras el alumbramiento. Sin embargo, esta atención debe ser oportuna y de calidad, respetuosa de los derechos de las mujeres; es decir, no basta con que se “atienda más” si no se atiende mejor, respetando en primera instancia la integridad, los derechos y la cultura de las mujeres y los niños.

Se calcula que anualmente a nivel mundial de 15 a 20% de los embarazos puede complicarse aún sin causa aparente durante el momento del parto, favoreciendo una emergencia obstétrica (EO)⁶ (Ramírez y Freyermuth, 2013: 2). Éstas responden a un patrón de causas de defunciones maternas presentes en las últimas dos décadas, que incluyen la enfermedad hipertensiva del embarazo, parto y puerperio; la hemorragia obstétrica; el embarazo terminado en aborto; las infecciones obstétricas y sus complicaciones, que han tenido cierta variación porcentual en el tiempo. Todas las anteriores, patologías para las cuales el arsenal médico y quirúrgico es amplio y se aplica desde hace mucho tiempo.

⁴ El indicador RMM, es muy sensible a los cambios en el numerador, al ser un fenómeno poco frecuente en términos epidemiológicos. Por ello, se decidió observar un promedio de los últimos años para establecer las entidades federativas prioritarias.

⁵ Las hemorragias graves tras el parto pueden matar a una mujer sana en dos horas si no recibe la atención adecuada. La inyección de oxitocina inmediatamente después del parto reduce el riesgo de hemorragia. Las infecciones tras el parto pueden eliminarse con una buena higiene y reconociendo y tratando a tiempo los signos tempranos de infección. La preeclampsia debe detectarse y tratarse adecuadamente antes de la aparición de convulsiones (eclampsia) u otras complicaciones potencialmente mortales. La administración de fármacos como el sulfato de magnesio a pacientes con preeclampsia puede reducir el riesgo de que sufran eclampsia.

⁶ La urgencia o emergencia obstétrica se define como aquel estado de salud que pone en peligro la vida de la mujer y/o al producto y que además requiere de atención médica y/o quirúrgica de manera inmediata.

A nivel nacional, en 2015, 29.4% de las muertes maternas se debe a causas obstétricas indirectas;⁷ 21.2 a enfermedad hipertensiva; 17.5% a otras complicaciones del embarazo y parto; y, 13.6% a hemorragia del embarazo, parto y puerperio, constituyendo las principales causas de MM (DGIS, 2016).

Según lugar de ocurrencia, a nivel nacional para el año 2015, 11.8% de las muertes maternas sucedieron en el hogar, 8.1% en unidades médicas privadas, 1.7% en la vía pública y 3.6% en otro lugar o en un lugar no especificado; mientras que la gran mayoría -el 74.8 % - ocurrieron en unidades públicas de salud; de éstas, 66.8% acontecieron en los servicios estatales de la Secretaría de Salud (SESA); seguido por el IMSS con 23.0% y el ISSSTE con 2.9%. Lo anterior a pesar de que la cobertura de atención por personal médico ha aumentado (la proporción de partos atendidos por “personal capacitado” es del orden de 98.2% a nivel nacional), y de que la mayoría de partos ocurren en un ambiente institucional.

Como ya se mencionó, desde hace varios años la salud materna ha sido política de atención estatal en México. A partir de la firma de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en el año 2000, en los que se estableció como una de sus metas reducir en 75 por ciento la mortalidad materna para 2015 (partiendo de los niveles de 1990) México impulsó algunos programas para poder alcanzarla: Arranque Parejo en la Vida (APV) 2002-2006 y su consecución 2007-2012, así como el Programa de Acción Específico en Salud Materna y Perinatal (PAE SMP) 2013-2018 - por mencionar solo los programas rectores más importantes. Sin embargo, aún alguna reducción importante, la meta no pudo ser cumplida y la mayoría de las muertes maternas ocurren aún bajo la atención de las instituciones públicas de salud.

Una de las recomendaciones internacionales, y que formaron parte de los indicadores para medir el logro del objetivo 5 de los ODM,⁸ es que los partos sean atendidos por “personal calificado” –

⁷ Las *muertes obstétricas indirectas*, son aquellas que derivan de enfermedad previamente existente o enfermedad que apareció durante el embarazo y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo (por ejemplo, cardiopatías, afecciones endócrinas, gastrointestinales, respiratorias, autoinmunes, genitourinarias, etc.). Por su parte, las *muertes obstétricas directas* son aquellas que resultan de complicaciones obstétricas del estado gravídico (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de la cadena de eventos que llevó a cualquiera de los arriba mencionados (edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio, hemorragia obstétrica, sepsis). Véase: OMS (2012). Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM, Ginebra, Suiza.

⁸ Objetivo 5: Mejorar la salud materna

para la cual existe una definición explícita de quiénes sí y quiénes no son consideradas/os personal calificado. Sin embargo, esto fue traducido por las autoridades sanitarias, de manera casi exclusiva, como “parto hospitalario”, de forma tal que se ha venido promoviendo una política de referencia de todos los partos hacia el segundo y tercer nivel de atención (hospitalario), incluso aquellos que pudieran resolverse en el primero.

Lo anterior implica que se referencien todos los partos, aún los embarazos normo-evolutivos, al segundo nivel de atención pues se asume la posibilidad de una EO y, por ende, se considera se deben tener siempre las precauciones hospitalarias en caso de presentarse alguna. Consideración que no se tiene para el primer nivel de atención pues, como fenómeno relacional, se ha dado una correspondencia inversa entre estos niveles, dejando al primer nivel pauperizado y no preparado para enfrentar las EO, además de que, por medio de una política de “acreditación” de las unidades de salud, este fenómeno se endurece. Es decir, las unidades de salud de primer nivel no tienen las condiciones para ofrecer atención de calidad del parto, luego no se les acredita y, por ende, dejan de recibir recursos para su fortalecimiento.

Esta estrategia de parto hospitalario ocasiona una saturación en el segundo nivel de atención. En 2015 del total de nacimientos ocurridos a nivel nacional en los hospitales de la Secretaría de Salud,⁹ menos del 2% se llevó a cabo en el primer nivel de atención; en 2002 la cifra era de poco más del 11% y en 2009 del 2.8%. Mientras que, en el segundo nivel de atención, en 2015, el porcentaje es del orden de 71.9%, y la atención por personal calificado alcanzó, como ya se hizo alusión casi el 99%. Llama la atención como, a su vez, el tercer nivel de atención – el más especializado- está crecientemente atendiendo más nacimientos, pues en 2002 atendía sólo 11.8% y para 2015 se incrementó a 24.2%.

En las entidades federativas con los niveles más altos de MM esta derivación del parto hacia el segundo nivel es más marcada ya que en Chiapas, por ejemplo, atrae alrededor del 90% de los nacimientos. En los casos de Guerrero y Oaxaca, los porcentajes son menores (aunque aún altos), sin embargo, el descenso de nacimientos en el primer nivel es más marcado. Así, en 2002 en

Meta 5A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.

Indicadores de seguimiento: 5.1 Razón de mortalidad materna y, 5.2. Proporción de partos con asistencia de personal de salud cualificado.

⁹ Como mencionábamos, más del 60 % de las muertes maternas ocurridas en unidades públicas de salud corresponden a los servicios estatales de la Secretaría de Salud, por este motivo el análisis se centrará en esta institución.

Oaxaca el primer nivel atendía 22.4% pasando para 2015 a 8.5% de nacimientos. Guerrero, por su parte, en 2002 atendía 26.8% de nacimientos disminuyendo a 7.4%. En esta última entidad, el incremento de la atención del parto en el tercer nivel es significativa al pasar de 0 a 16.2% en los años mencionados (2002 a 2015).

Como contraparte, esta política también tiene sus efectos marcados en las entidades más urbanizadas, pues se puede observar que en Ciudad de México 41.9% y 57.4% de nacimientos se registran en el segundo y tercer nivel de atención, respectivamente. Es el mismo caso de Nuevo León, con cifras de 43.1 y 56.7 por ciento.

Lo problemático de esta derivación del parto hacia el nivel hospitalario es que no se cuenta con la infraestructura suficiente para absorberlos todos y que, además, la distribución de los servicios sanitarios es desigual en las entidades federativas. A nivel nacional, para 2015, la Secretaría de Salud cuenta con 14,470 unidades de primer nivel y 754 del segundo; lo que implicaría que en promedio para cada entidad federativa hay 452 unidades de primer nivel y 24 del segundo (DGIS, 2016).

Sin embargo, los efectos son diferenciados entre entidades federativas pues, por ejemplo, mientras Ciudad de México cuenta con 55 unidades de la SS de segundo nivel, en Chiapas – la entidad con la mayor proporción de parto hospitalario- apenas existen 35; siendo que los niveles de natalidad de estas dos entidades son bastante distados, ya que Ciudad de México registró en 2015, 26.2 mil nacimientos en segundo nivel y Chiapas 49.9 mil.

Es decir, mientras Chiapas tiene poco más de la mitad de unidades de nivel hospitalario que Ciudad de México, presenta casi el doble de nacimientos que esa entidad en dicho nivel. Esto es, en Ciudad de México se registran, en promedio, 476.5 nacimientos por cada unidad de segundo nivel, mientras en Chiapas ocurren 1, 426.1; contrastando con los apenas 2.9 nacimientos que en Chiapas atiende el primer nivel.

Tabla 1. Nacional, Ciudad de México y Chiapas. Unidades de primer y segundo nivel de atención y nacimientos por nivel. 2015							
Entidad	Unidades		Nacimientos		Nacimientos promedio por unidad		Total
	1 ^{er} Nivel	2 ^{do} Nivel	1 ^{er} Nivel	2 ^{do} Nivel	1 ^{er} Nivel	2 ^{do} Nivel	
Nacional	14,470	754	20,349	748,724	1.4	993.0	1,041,476
CDMX	404	55	224	26,205	0.6	476.5	62,546
Chiapas	1,067	35	3,099	49,915	2.9	1,426.1	56,545

Fuente: Mendoza D., con datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de recursos de Salud y los Servicios Estatales de Salud 2001-2015.

Estas referencias al nivel hospitalario, en primera instancia, no tendrían justificación médica ya que, según las investigaciones y tal como la OMS ha posicionado, se espera que solo el 15-20% de embarazos deriven en EO (Ramírez y Freyermuth, 2013: 3). Del mismo modo, según datos de la SS, a nivel nacional 294,868 embarazos atendidos por esta institución fueron catalogados como de alto riesgo, lo que representa, aproximadamente¹⁰ el 34.5% de los nacimientos, cifra que contrasta con el 96% de los derivados al nivel hospitalario, en 2015 (DGIS, 2016).

Otra de las consecuencias de la saturación del nivel hospitalario por atender partos es la elevada proporción de cesáreas practicadas que rebasa por mucho las recomendaciones internacionales y lo establecido en la NOM-007-SSA2-2016 *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida* donde indica que el porcentaje máximo de cesáreas debe ser de 20 por ciento; sin embargo, éste es del orden de 34.6 por ciento a nivel nacional (respecto a los nacimientos de la SS, únicamente). Del mismo modo, en las entidades federativas con mayor promedio de RMM este porcentaje es de 32.1, 30.6 y 38.5 para Chiapas, Guerrero y Oaxaca, respectivamente.

Por lo anterior, la investigación se centra en analizar el caso de Chiapas, al ser la entidad con mayor derivación de partos en el segundo nivel de atención; además de constituirse como una entidad con

¹⁰ La cifra no puede ser exacta al comparar embarazos con nacimientos – no todos los embarazos derivan en nacidos vivos.

altos niveles de marginación social y alta presencia de población indígena, condiciones sociodemográficas determinantes de la mortalidad materna. Del mismo modo, la investigación hará referencia a la población atendida en los SS y los SESA de la entidad elegida, al ser el espacio público de salud con mayores niveles de ocurrencia de muertes maternas.

Pregunta de investigación

Ante la situación problemática descrita, y centrándose en el caso de Chiapas por ser la entidad que en 2015 presentó los niveles de mortalidad materna y el porcentaje de derivación de partos al segundo nivel de atención más altos del país, la pregunta principal que guía la investigación es: **¿Cuáles son las consecuencias de la estrategia de parto hospitalario en la reducción de la muerte materna, en la calidad de la atención del parto y en la equidad en la protección en salud en Chiapas, al ser una entidad federativa con alta ruralidad y presencia de población indígena?**

Hipótesis

A pesar del impulso gubernamental por reducir las muertes maternas y principalmente mediante la promoción de la estrategia de parto hospitalario, dicho descenso no se corresponde con el volumen de partos referidos hacia el segundo nivel, ya que **al aumentarse la demanda por servicios hospitalarios sin expandir de manera acorde la oferta de servicios, los recursos disponibles ni la oferta de salud, éste disminuye la calidad de la atención del parto y de las emergencias obstétricas** que se pudieran presentar. Agravando el problema en las entidades federativas que en promedio presentan mayor RMM y que tienen a su disposición menor cantidad de unidades médicas de segundo nivel de atención respecto a los niveles de natalidad; así como condiciones y contextos geográficos, económicos y culturales particulares en la manera de configurarse el binomio salud-enfermedad, como en el caso específico de Chiapas, profundizando así las inequidades en la distribución de la mortalidad materna. Como contraparte a este proceso, se da una pauperización del primer nivel de atención y la consiguiente poca o nula capacidad de atender partos; aun cuando es el nivel más cercano a la población.

Objetivos

Objetivo general:

Analizar las consecuencias de la estrategia de parto hospitalario en la calidad de la atención del parto y en la equidad en la protección a la salud en Chiapas.

Objetivos específicos:

1. Describir la hipótesis de política que explica y promueve que los embarazos sean referidos al segundo nivel de atención como solución al problema de la mortalidad materna.

Para lo cual se llevó a cabo el análisis del diseño de las políticas y programas en torno a la salud materna y la prevención de la mortalidad materna del 2002 a la fecha.

2. Analizar los determinantes sociales en salud alrededor de la mortalidad materna en Chiapas.

Se exploraron algunos indicadores sociodemográficos de la entidad, con los datos producidos por CONAPO, CONEVAL e INEGI, como principales fuentes de información. Del mismo modo se estudiaron algunas de las principales características de las mujeres que fallecieron por causas maternas, con el documento del Observatorio de Mortalidad Materna (OMM) “Numeralia 2015” (Luna et al., 2017) que ya es un trabajo de síntesis al respecto. Lo anterior para analizar la relación de las condiciones sociales de vida de las mujeres chiapanecas y su proceso de salud/enfermedad/atención en torno al parto.

3. Analizar cómo se configura e implementa la estrategia del parto hospitalario en contextos específicos y sus implicaciones en la calidad de la atención.

Para este objetivo específico, se llevó a cabo observación directa en campo, mediante el diseño de un “indicador de calidad” y, para su aplicación, se seleccionaron dos unidades de segundo nivel de atención con dos respectivas unidades del primer nivel. El criterio de selección fue profundizar el argumento de la equidad sanitaria y de cómo las inequidades en la muerte materna se intensifican según se acerque el lente a contextos cada vez más marginados.

Por lo anterior, se eligió un hospital en un ámbito más urbanizado y otro rural, siendo San Cristóbal de las Casas y Palenque, respectivamente, los municipios elegidos. El primer municipio tiene un

grado de marginación bajo (-0.729), y es el único municipio con ese estatus en la región de Los Altos ocupando la posición 116 de 119 municipios en el índice de marginación social de Chiapas (CONAPO, 2016). Palenque, por su parte, es un municipio con grado de marginación alto (0.475, ocupando el puesto 81) y que, además, está rodeado de otros municipios con grado de marginación muy alto, siendo este elemento importante ya que de dichos municipios se trasladan hacia Palenque en busca de atención médica de segundo nivel.

Figura 1. Chiapas. Grado de marginación por municipio, 2015

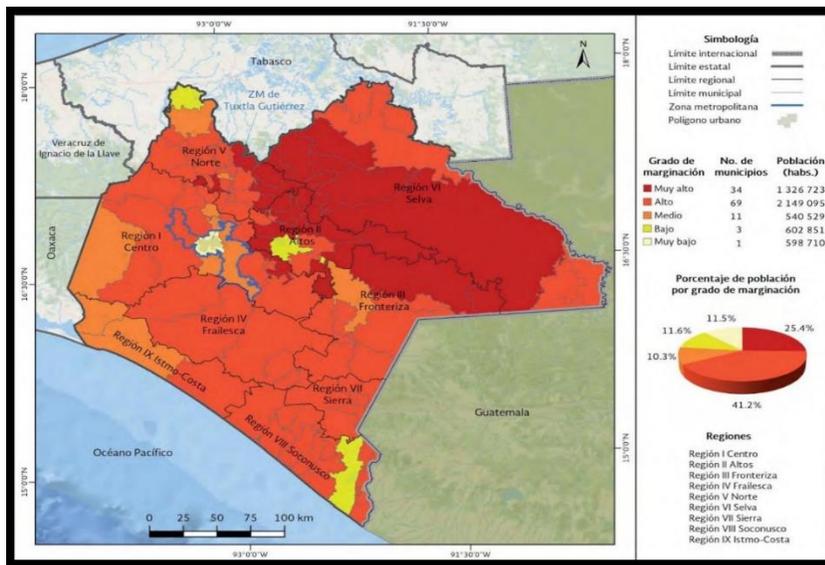
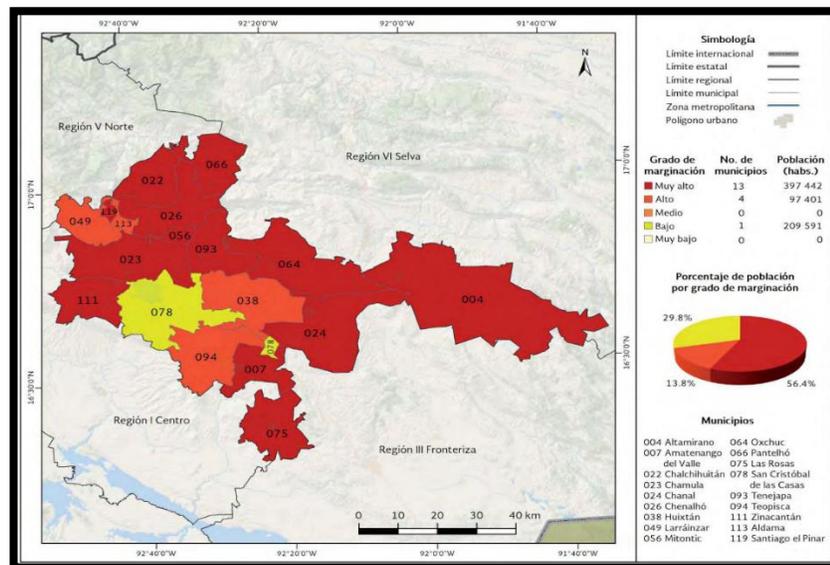
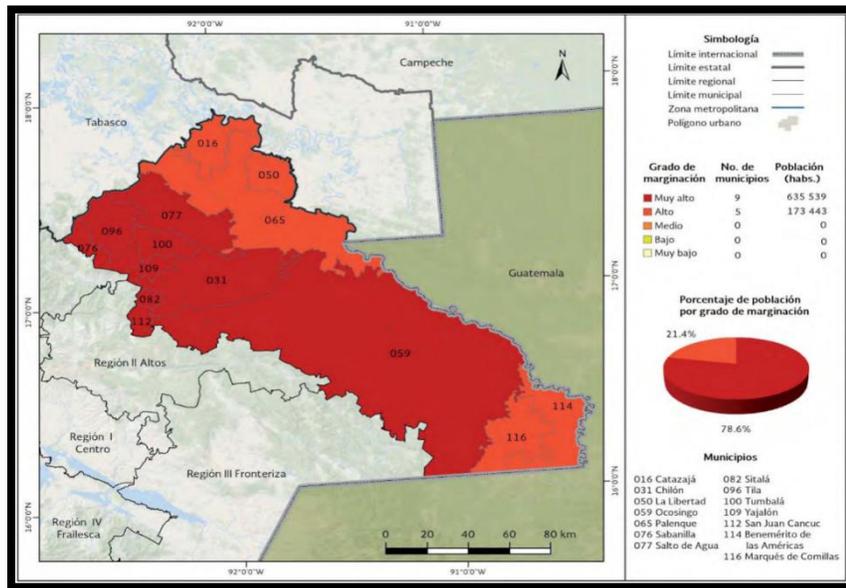


Figura 2. Chiapas, Región II Altos. Grado de marginación por municipio, 2015



Fuente: CONAPO, 2016

Figura 3. Chiapas, Región VI Selva. Grado de marginación por municipio, 2015



Fuente: CONAPO, 2016

En las unidades elegidas se llevó a cabo observación directa y entrevistas a personal de salud en el Hospital de la Mujer en San Cristóbal de las Casas y en el Hospital General de Palenque, y dos y tres Centros de Salud (CS), respectivamente, de los que éstos son referencia: CS. San Cristóbal de las Casas y CS. Los Pinos, en San Cristóbal de las Casas; y CS. Chocoljaíto, CS. RíoChancalá y CS. San Martín Chamizal, en Palenque. Es importante señalar que las observaciones mediante este indicador, son de tipo cualitativo; es decir, la construcción del indicador sirvió como una guía orientativa de elementos a explorar para poder valorar la calidad de la atención del parto en las unidades de salud.

4. Explorar otros modelos de atención del parto para proponer posibles rutas de acción-solución alternativas.

Para la consecución de este objetivo se hicieron reflexiones a partir de una breve revisión bibliográfica de algunas experiencias enmarcadas desde el fortalecimiento del primer nivel de atención mediante el reconocimiento e integración formal de personal de partería en los sistemas de salud. Lo anterior se robusteció con una estancia de investigación dentro del programa de Magíster en Salud Pública Comunitaria y Desarrollo Local de la Universidad de la Frontera (UFRO) en Temuco, Chile.

1.2. Tipo de investigación, técnicas de recolección y estudio de caso

La orientación metodológica de la presente investigación es de carácter cualitativa, con investigación de gabinete por medio de análisis bibliográfico y normativo, así como un estudio de caso mediante observación directa y entrevistas semi-estructuradas.

Como se ha mencionado, la investigación se centró en analizar el caso de Chiapas al ser la entidad con la RMM más alta y mayor derivación de nacimientos en el segundo nivel de atención; además de constituirse como una entidad con altos niveles de marginación social (para 2015 ocupa el segundo puesto de las entidades más marginadas con un índice de marginación de 2.406, solo después de Guerrero que tiene un índice de 2.557 (CONAPO, 2016)) y alta presencia de población indígena (28% de la población total del estado (CONAPO, 2016a)), algunas de las condiciones sociodemográficas que se sabe son determinantes de la mortalidad materna.

Del mismo modo, la investigación hará referencia a población no afiliada a la seguridad social, específicamente la SS y los SESA, al ser el espacio público de salud con mayores niveles de ocurrencia de muertes maternas.

1.3. Abordaje en niveles de abstracción

La presente investigación se abordó desde tres niveles de abstracción: respondiendo a un análisis dialéctico de la política, que va desde lo más general de su concepción (el paradigma de política, la hipótesis de política, su discursividad, etcétera) hasta cómo se implementa en realidades específicas; es que se busca observar no sólo la política de salud materna en términos de cómo ha sido planteada, sino la estrategia del parto hospitalario y su desenvolvimiento en particularidades territoriales. A su vez, se buscó analizar e interpretar otras hipótesis y paradigmas de política de la salud materna con miras a plantear nuevas hipótesis de acción-solución.

1.3.1. Nivel macro: análisis del diseño de la política

El primero, que puede considerarse como el nivel macro, es un análisis del diseño de la política de salud materna con énfasis en el momento de la atención del parto. Con revisión de los documentos oficiales y la normativa aplicable; principalmente de los tres programas de salud materna que atañen al horizonte temporal elegido: Arranque Parejo en la Vida 2002-2006, Arranque Parejo en la Vida 2006-2012 y el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal 2013-2018; así como la Estrategia para la Reducción de la Mortalidad Materna y la Norma oficial mexicana

NOM-007-SSA2-2016 *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.*

Para el último programa de salud materna a nivel nacional (el PAE SMP 2013-2018), se realizó el análisis desde una perspectiva de evaluación de diseño del programa, con el apoyo metodológico de la *Guía para evaluar programas con perspectiva de género, derechos humanos e interculturalidad* de ONU Mujeres (ONU Mujeres, 2013), la cual sugiere que, en términos de evaluación, los programas sean analizados para discernir el cumplimiento de la teoría de cambio en que se sustenta la intervención con respecto a la vigencia de los derechos humanos, o al cambio en las relaciones de poder entre poblaciones en situación de vulnerabilidad. De modo tal que analizar la teoría de cambio del programa mediante sus objetivos e indicadores planteados permite ver, al menos desde el diseño de la intervención, cómo éstos son articulados desde una perspectiva de género, derechos humanos y, desde el enfoque de interculturalidad que resulta además de pertinente, necesario según los objetivos de esta investigación.

1.3.2. Nivel medio: análisis de la implementación de la política en un estudio de caso

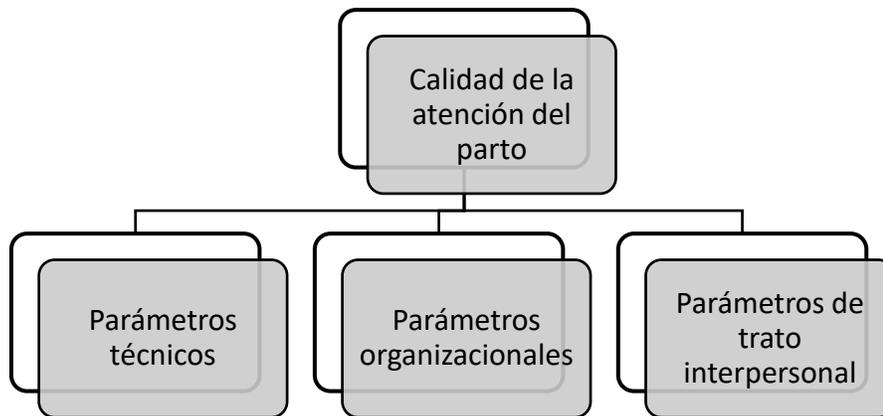
La hipótesis de este trabajo, planteada en términos de relacionar la saturación del nivel hospitalario con la disminución de la calidad de la atención del parto, implica un reto metodológico importante ya que es difícil corroborarla en términos de causalidad. Además, según la propuesta teórica aquí expuesta, las inequidades en salud se van agravando en específicas poblaciones, contextos y realidades, por lo que, para asumir este reto, se llevó a cabo un trabajo de observación empírica en campo, que ayudara a fortalecer los supuestos, mediante el “indicador de calidad” aplicado en las unidades de observación ya descritas.

Sin duda alguna, evaluar “calidad” en salud es algo complejo, pues remite tanto a elementos objetivos como subjetivos de la atención y los resultados; sin embargo, aquí es definida, de manera operativa, y siguiendo a la *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), como el grado del servicio de atención al paciente que aumenta las probabilidades de obtener resultados deseados por el paciente y reduce las probabilidades de resultados adversos, dado el estado de conocimiento. En este sentido, la calidad tiene una dimensión técnica y una dimensión que depende de la percepción de las y los pacientes.

Así, para fines de esta investigación, se construyó un indicador con base en la normatividad aplicable,¹¹ desglosando la calidad de la atención del parto en tres componentes: cumplimiento de parámetros técnicos, organizacionales y de trato interpersonal. Guiados por este *indicador* se construyeron las variables para la construcción de las entrevistas semi-estructuradas que fueron aplicadas a personal de salud en el Hospital de la Mujer en San Cristóbal de las Casas y en el Hospital General de Palenque, y dos y tres Centros de Salud, respectivamente, de los que éstos son referencia.

Cabe aclarar, entonces, que solo se está evaluando el proceso de atención del parto pues es el foco de atención de esta investigación y de la política de salud materna en general; sin embargo, también se incluyen algunos elementos de la atención prenatal, al considerarse que es indisociable esta atención de la del momento del parto.

Figura 4. Indicador *Calidad de la atención del parto* y sus componentes



Fuente: Mendoza D., a partir de la definición operativa de Calidad

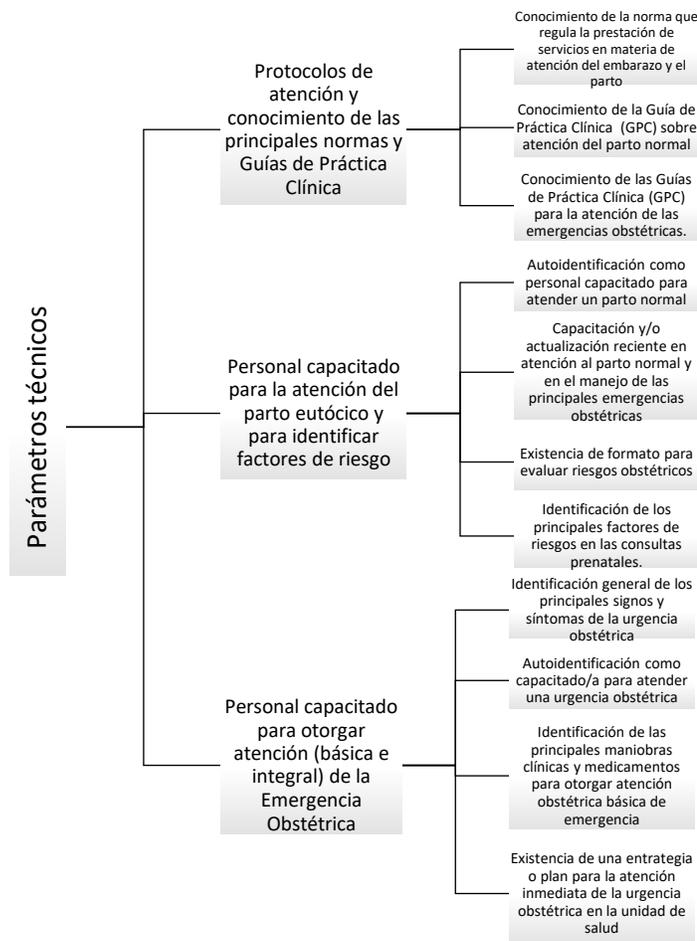
Cada uno de estos tres componentes es desglosado en variables que, a su vez, están compuestas por atributos. Así, por ejemplo, en el componente de cumplimiento de parámetros técnicos se evaluó si el personal estaba capacitado para atender partos eutócicos y otorgar atención básica de la emergencia obstétrica en primer nivel y atención integral de la EO en segundo nivel. Para evaluar esto se preguntó primero si conocen en general las guías de práctica clínica (GPC) respectivas y la

¹¹ Principalmente, según lo establecido en la NOM 007 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que establece los estándares mínimos de atención y de provisión de medicamentos y servicios. Así como de la guía de práctica clínica de atención del parto normal. Asimismo, la selección de elementos a observar se basó en un instrumento de evaluación de la política de salud materna construido por el Observatorio de Mortalidad Materna (OMM) quienes amablemente lo compartieron.

NOM 007. Del mismo modo, y con base en las GPC, se identificaron los principales factores de riesgo para hemorragia y preclamsia, así como la verificación de riesgos obstétricos que debieran evaluarse en las consultas prenatales. Por último, dentro de este componente, se realizó una lista de verificación con las actividades elementales para otorgar atención básica e integral de la EO con base en UNFPA, 2006.

Aquí es preciso aclarar que, y según lo indicado por la normatividad, algunos elementos fueron indagados en ambos niveles de atención mientras que otros solo se aplicaron en uno u otro nivel.

Figura 5. Componente *Parámetros técnicos* y sus variables y atributos



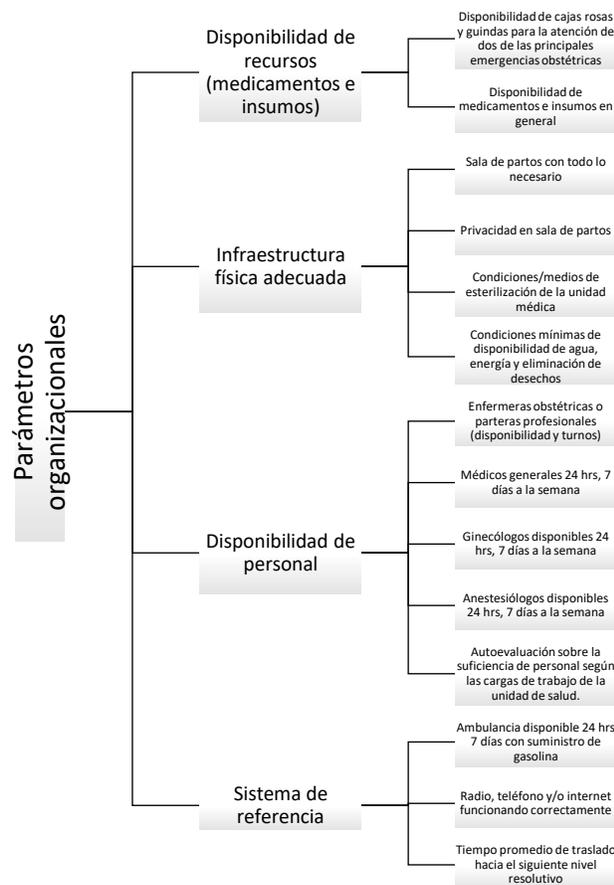
Fuente: Mendoza D., a partir de la definición operativa de Calidad

Dentro del componente de cumplimiento de parámetros organizaciones se evaluó, entre otras cosas, la disponibilidad de medicamentos e insumos mediante una lista de cotejo realizada con base en lo que las GCP disponen como esenciales, haciendo énfasis en la disponibilidad de “Cajas Guinda” y

“Cajas rosas”, que son una estrategia de integración de botiquines para dos de las principales causas de muertes maternas: preclampsia/eclampsia y hemorragia obstétrica y que, según la normatividad, debieran estar disponibles tanto en el primer como en el segundo nivel de atención.

En este componente también se evaluó la disponibilidad de personal, la existencia de un sistema de referencia y las condiciones generales de la infraestructura de las unidades de salud.

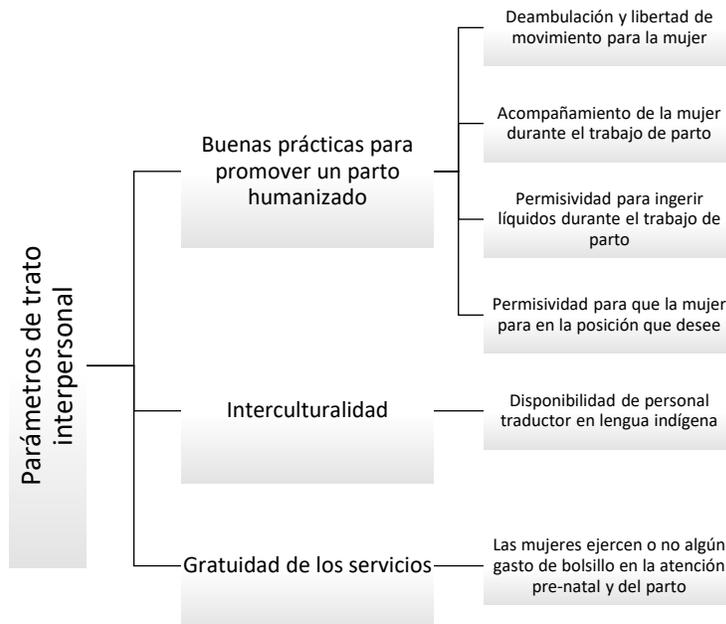
Figura 6. Componente *Parámetros organizaciones* y sus variables y atributos



Fuente: Mendoza D., a partir de la definición operativa de Calidad

Por último, en el tercer componente, de cumplimiento de parámetros de trato interpersonal, se evaluó si se llevaban a cabo buenas prácticas para promover un parto humanizado, tal como lo establece la NOM 007, respecto, por ejemplo, a la atención del parto respetuoso con pertinencia cultural, la disponibilidad de traductores interculturales, la permisividad para deambular y la libre elección de las mujeres para parir en la posición en que se sientan más cómodas.

Figura 7. Componente *Parámetros de trato interpersonal* y sus variables y atributos



Fuente: Mendoza D., a partir de la definición operativa de Calidad

Cabe mencionar que la construcción del indicador mediante componentes buscó que estuviera trazado por los elementos del derecho a la protección en salud: calidad, accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad; aunque reconociendo las limitantes de que se recogieran todos los elementos que pudieran hacer parte de estas dimensiones; limitantes propias de un trabajo de campo de un solo momento que realizó una sola persona y con recursos escasos para ello.

Además de las evaluaciones a las unidades de salud del primer nivel con sus respectivos referentes del segundo; se realizaron entrevistas a funcionarias promotoras del programa PROSPERA,¹² una por ámbito urbano y rural; debido a que son agentes importantes de la promoción del parto hospitalario al ser personal que sirve de enlace entre uno de los programas más importantes de transferencia de recursos en las comunidades con mayor pobreza y los servicios de salud.

¹²PROSPERA, Programa de inclusión social, es el principal programa federal de transferencias monetarias condicionadas que, según se lee en las reglas de operación para el ejercicio fiscal 2018, busca contribuir a fortalecer el cumplimiento efectivo de los derechos sociales que potencien las capacidades de las personas en situación de pobreza, a través de acciones que amplíen sus capacidades en alimentación, salud y educación, y mejoren su acceso a otras dimensiones del bienestar.

Además de lo anterior, en la visita a una de las comunidades aledañas a Palenque, Chiapas (ámbito rural), se tuvo la oportunidad de conocer a una partera tradicional de quien se recogió su testimonio en cuanto a su práctica en la atención de partos y su relación con el sistema de salud formal.

1.3.3. Elaboración de recomendaciones de política mediante análisis de bibliografía y estudio de caso paradigmático en Chile

El último nivel de análisis corresponde al análisis bibliográfico y al estudio de caso paradigmático en Chile para la construcción de las recomendaciones de política, con el objetivo de explorar otros modelos de atención que sean más asequibles y respetuosos de los derechos de las mujeres.

Así, esta investigación también se nutrió de un trabajo de movilidad internacional a Chile, eligiendo dicha experiencia pues es uno de los países de América Latina con los niveles de mortalidad materna más baja. Comparado México con dicho país, se puede afirmar que ahora nos encontramos en el punto en el que Chile se encontraba hace 30 años. Es así que se exploró la política de atención materna chilena mediante entrevistas a profesionales de la salud de centros de salud familiar (CESFAM) en la región de Temuco, Chile, que es la región con mayor población indígena mapuche del país, como un símil al contexto chiapaneco aquí analizado.

Las entrevistas semi-estructuradas aplicadas se derivaron del instrumento construido para la aplicación en Chiapas, pero tomando los elementos más generales de la política, centrándose en el papel de la matronería como experiencia exitosa del modelo chileno.

Por lo anterior, se resalta el enfoque por niveles de abstracción que ayuda a comprender de una manera más orgánica el problema de la política de salud materna y el foco de atención en la estrategia del parto hospitalario; desde el paradigma de política hasta un caso de estudio específico con evidencias en campo y las reflexiones que se hacen en torno a un nuevo paradigma basado en la Atención Primaria en Salud (APS) partiendo de un análisis de un caso de política pública en un país latinoamericano para, así, intentar sustentar las recomendaciones hacia el fortalecimiento del primer nivel de atención mediante, principalmente, un personal de salud como el de las parteras.

Capítulo 2. Marco teórico: las políticas de salud como políticas públicas, equidad en salud y perspectiva de derechos

La salud materna, ha sido un tema de discusión relativamente reciente en nuestro país – es decir, cuando el ámbito reproductivo de las mujeres dejó de ser un asunto “privado” (Freyermuth *et al.*, 2004)- que se ha incluido en las agendas, sobre todo internacionales, de acción gubernamental. Uno de los problemas más acuciantes al respecto es la mortalidad materna. Para lograr abatirla, el Estado mexicano ha implementado políticas públicas de salud con este objetivo específico, sobre todo a partir de la suscripción, en el año 2000, de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que impulsaban, en su objetivo número 5, la salud materna en general y la meta de reducir en un 75% las muertes maternas a partir de los niveles de 1990.

Para analizar la acción gubernamental en la materia y relacionarla con sus resultados, en términos no solo de eficacia sino de cumplimiento de derechos, se precisa entender: ¿Cómo se configuran estas políticas de atención al problema de la mortalidad materna? ¿Cómo caracterizar el problema de la mortalidad materna como un tema de agenda? ¿Qué valores o visiones del mundo se enfrentan en su definición como problema público?

Así, para entender cómo se dispone la intervención del Estado en materia de salud sexual y reproductiva en general y salud materna en particular, en este capítulo se presenta el marco teórico de referencia de la investigación. Comienza mostrando el enfoque de las políticas públicas que pone especial énfasis en la definición política del problema público como el principal elemento del análisis de políticas. Luego se analizan las políticas sociales como una sub esfera de las políticas públicas y, dentro de éstas, las políticas en salud como un componente de lo que se ha concebido como políticas sociales (además de educación, empleo, vivienda y retiro); enmarcadas dichas políticas desde la perspectiva de los Determinantes Sociales en Salud (DSS) y del derecho a la salud.

2.1. La perspectiva del análisis de Políticas Públicas

El enfoque de Políticas Públicas nació en la segunda mitad del siglo XX como una manera distinta de analizar y direccionar la acción del Estado. Distinta de la visión de la Administración Pública en tanto no se enfoca en la acción burocrática *per se* o en la creación de órganos y dependencias gubernamentales como el mecanismo que guía su actuar. El enfoque de Políticas Públicas aparece

ante la necesidad de presentar soluciones viables a problemas específicos definidos como públicos, en donde la eficiencia y el éxito de las respuestas es mucho más importante que la fidelidad de la organización a una visión política en particular (Merino, 2013). De este modo, Políticas Públicas es un enfoque para analizar la acción del gobierno, pero es también una manera de gobernar. Siguiendo a Aguilar (1992), se habla de análisis *de* las políticas y *en* las políticas.

El mismo Aguilar (1992), propone dos enfoques para acercarse a la definición de política (*policy*): descriptivo y teórico. En la definición descriptiva, el debate se centra en la cuestión de si *la política* sea sólo o primordialmente la decisión de gobierno o implique algo más. En la teórica, las posiciones varían según la teoría politológica mayor a la que se adhiere o según las conjeturas básicas con las que se explica la ocurrencia de la política.

En la noción descriptiva se reconoce su aspecto institucional, la política es una categoría analítica que permite desentrañar los fenómenos políticos. Existen tres maneras distintas de comprender la política desde la construcción descriptiva: en primer lugar, una política es un comportamiento propositivo, intencional, planeado, no simplemente reactivo o casual. Se pone en movimiento con la decisión de alcanzar ciertos objetivos a través de ciertos medios: *es una acción con sentido*. Aun en el caso de inacción, se ha decidido deliberadamente no actuar frente a un problema público, considerando que el dejar hacer o cerrar los ojos es la mejor estrategia. Así, la política denota las intenciones de las fuerzas políticas, particularmente las intenciones de los gobernantes y las consecuencias de sus actos.

En segundo lugar, una política incorpora las diversas decisiones de los muchos actores participantes, que preparan y condicionan la decisión gubernativa central; desde esta segunda perspectiva, la política es, entonces, un “*curso de acción*” que involucra todo un conjunto complejo de decisores y operadores, más que una decisión singular, suprema e instantánea. En tanto curso de acción lo es porque se ha diseñado deliberadamente, pero también es el que efectivamente se ha seguido.

Y, por último, una política es *la suma de hechos reales que la acción colectiva produce*. Desde el punto de vista descriptivo, la política es también una actividad de comunicación pública y no sólo una decisión orientada a la efectuación de metas; pues se necesita la construcción narrativa del problema tratado como público para poder despertar el consenso y aprobación de dicha política.

Por otro lado, como concepto teórico, la construcción teórica sobre la política está prejuizada por la teoría mayor de referencia, desde la cual se construyen los “supuestos” que le dan forma y fortaleza. En palabras de Graham T. Allison (1969), el análisis y la elaboración de políticas suceden desde un *a priori* cognoscitivo que proyecta su orden lógico en la secuencia de los hechos observados y que selectivamente toma ciertos componentes y establece ciertas correlaciones. Configurando una manera de hacer políticas según los hechos que el investigador (o hacedor de políticas) mire como más pertinentes, viables e importantes; y según las soluciones y estrategias que del mismo modo defina.

Así, lo que Aguilar rescata de una política pública, principalmente: que es una acción con sentido, un curso de acción (tanto el diseñado como el efectivamente implementado) y el resultado de la acción colectiva alrededor de un problema social.

En vista de lograr una definición de política pública, en un primer momento se puede definir como:

[...] el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental [que...] se presenta bajo la forma de un conjunto de prácticas y de normas que emanan de uno o de varios actores públicos. En un momento dado, en un contexto dado, una autoridad adopta prácticas de determinado género, actúa o no actúa. Estas prácticas se pueden señalar concretamente: formas de intervención, reglamentación, provisión de prestaciones, represión, etc., por lo que una política pública se presenta como un programa de acción gubernamental en un sector de la sociedad o en un espacio geográfico (Meny y Thoening, 1992: 89-90)

Esta definición de Meny y Thoening nos permite rescatar que las políticas públicas parten, en última instancia, de una autoridad con legitimidad pública-gubernamental (sin embargo, también la sociedad juega y debe jugar un papel importante en la construcción de las políticas, asunto que abordaremos brevemente más adelante); las políticas públicas, así como también lo señalábamos con Aguilar, implican tanto hacer como no hacer; y por último las políticas se presentan como un programa de acción dirigido a un sector de la sociedad en un espacio geográfico delimitado.

Pero no cualquier intervención estatal puede ser definida como una política pública; para serlo debe ser, ante todo, una intervención deliberada, con el propósito explícito de modificar el *statu quo* en un sentido determinado; es decir, la política pública es siempre una decisión derivada de una situación demandante razonable y verificable que demanda la intervención del Estado. Pero además, al plantear el cambio de una situación considerada desfavorable se requiere la explicitación

de los propósitos y objetivos. Por lo que, para responder a ese nombre, y como lo resalta Merino (2013:17):

[...] han de ser decisiones tomadas por los órganos ejecutivos o representativos del Estado con el propósito explícito de modificar el *statu quo* en un sentido determinado, mediante el uso de los recursos normativos, presupuestarios y humanos con los que cuenta el sector público – al menos parcialmente o como punto de partida- y en un horizonte temporal razonablemente definido (Merino, 2013:17).

Las acciones fragmentadas o aisladas, coyunturales, tampoco pueden responder al nombre de política pública, pues ésta requiere ser una propuesta de acción integral y de largo plazo; así, lo que exige la hechura de una política pública es, sobre todo, una definición puntual de propósitos de más largo aliento, planteados en términos de la superación causal de un problema que medra sobre el espacio público y que permanecería ahí si el Estado renunciara a enfrentarlo de manera explícita, razonable y definitiva (Merino, 2013).

Es importante recalcar a qué se hace referencia con la *superación causal* de un problema público, ya que gobernar por políticas significa, entre otras cosas, que las soluciones a las prioridades sociales parten de una definición de los problemas que, ya de suyo, es elaborada con el propósito explícito de atacar las causas que los generan a través de cursos de acción orientados a resultados. Siguiendo a Bardach (2001) un buen esquema causal suele ser muy útil para sugerir posibles “puntos de intervención”, elemento necesario para que la definición del problema público sea expresada según posibilidades factibles de solución y no quede en una mera descripción periodística. Así, el enfoque de políticas propone que cada problema ha de ser definido con un curso de acción en función a resultados deseables, medidos con nitidez a través de procesos transparentes y de indicadores verificables.

Sin embargo, la definición “buena” de problema público, o la delimitación de cuándo una situación se configura en “problema” es, además de compleja en términos de la identificación “causal”,¹³ conflictiva en tanto que distintos actores posicionan sus intereses y valores para otorgar

¹³ Es preciso aclarar que la identificación de la solución de un problema público según sus causas, no implica una relación causal unívoca y unidireccional. En Política Pública, lo más importante es aquella solución “factible”. Siguiendo a Majone (1992) desde este enfoque no se buscan analizar ni encontrar las soluciones óptimas o más eficaces a las políticas, sino sus condiciones de factibilidad mediante el análisis de las restricciones sociales, políticas o administrativas (*policy constraints*) que se imponen debido a que se reconoce que los recursos, conocimientos y habilidades organizativas son limitados. Sin embargo, el análisis de restricciones no implica que se acepte ciegamente cualquier tipo de limitación; sino que, al analizar dichas limitaciones, se realiza un ejercicio heurístico de su propia validez.

credibilidad, fuerza y legitimidad –o no- a dicha conceptualización de problema público¹⁴ (Sabatier y Weible, 2007), por lo que, definir un problema público es, ante todo, una *definición política de un problema público* (Subirats, Knoepfel, Larrue, & Varonne, 2008).

De manera que, “la *definición política del problema público* (DP) comprende no solamente la firme decisión de emprender una intervención política, sino también, y sobre todo, el marco o “frame” desde el que se parte, la delimitación del “perímetro” del problema público a resolver así como la identificación, por parte de los actores públicos, de las causas probables de éste y de las formas de intervención previstas” (Subirats, et al., 2008)

Por otro lado, la delimitación del problema público a resolver así como la elección de la “mejor” o más factible alternativa de solución, implica, sobre todo, e invariablemente, una afirmación de valores, “[...] de ahí el acierto de Ives Meny y de Jean Claude Thoening, al subrayar que todas las políticas públicas se asientan en una *orientación normativa* en el sentido de la finalidad y las preferencias explícitas en las que se asientan” (Merino, 2013: 38), de ahí también la construcción narrativa del problema público en la política, de la que hace mención Aguilar (1992).

La conflictividad política en la construcción y definición del problema público se consolida en lo que se conoce como “agenda”. Siguiendo a Padioleau (1982), agenda es “el conjunto de los problemas que apelan a un debate público, incluso a la intervención (activa) de las autoridades públicas legítimas”. Asimismo, agenda designa un conjunto de problemas objeto de controversias públicas.

Existen dos tipos principales de agenda: a) la agenda institucional que reúne los problemas que dependen funcionalmente o por consenso de la competencia de la autoridad pública considerada. El ejemplo clásico es el presupuesto: es anual, automático, estandarizado; b) la agenda coyuntural

¹⁴ El modelo de las coaliciones de causa propuesto por Sabatier y Weible argumenta que los individuos se agrupan en coaliciones dentro de un subsistema de políticas en el que existe siempre una coalición dominante y otras coaliciones minoritarias. Dentro de un subsistema de políticas, los individuos: 1) se agrupan en coaliciones que consisten en individuos con creencias e intereses similares, 2) con frecuencia interpretan la misma información en diferentes formas, 3) desconfían de la capacidad de sus opositores para negociar de manera justa y cumplir sus promesas y, 4) desconfían de la capacidad de sus oponentes para comprender y mucho menos para reconocer como legítimos sus propios objetivos e intereses. Formando así, coaliciones de causa. Al comprender el funcionamiento de los individuos a través de coaliciones de causa, se comprende que el proceso de formulación e implementación de políticas no es un proceso independiente y aislado, sino que es presionado por autoridades, grupos de interés, estructuras de decisión, reglas, etcétera, lo que hace necesario analizar el sistema político, económico y social en el que se busca implementar dichas políticas. Sabatier y Weible, “The Advocacy Coalition Framework” en: Sabatier, Paul (ed.) (2007), *Theories of the policy process*, Westview Press.

o sistémica que es la que no pertenece a la competencia “habitual” o “natural” de la autoridad pública. Ambos tipos de agenda representan los ideales-tipo. En realidad, la frontera que los separa resulta mucho menos clara. Lo que en definitiva caracteriza la agenda es el grado de consenso o de conflicto que suscita el problema considerado.

En este sentido, es necesario recalcar dos cuestiones en torno a la entrada a la agenda de un problema público: primero, que la capacidad de la agenda es limitada en tiempo y en recursos, mientras que los intereses y problemas que se disputan la atención gubernamental son múltiples; en segundo lugar, y de lo que ya hemos hecho referencia en tanto definición política de un problema público, es que dichos problemas no son solo hechos sobre los cuales hay que desplegar acciones, son también definiciones, creencias y valores; es decir, la orientación normativa a la que ya hemos hecho referencia. Por lo que, y tal como ya lo venimos vislumbrando, lo que está en juego en el proceso de formación de la agenda no es sólo la selección de los problemas sino también su definición.

Dichos problemas como definiciones son construcciones sociales que reflejan concepciones específicas de la realidad (Elder y Cobb, 1993: 77-78). Las matrices epistémicas que configuran la definición política de los problemas públicos —y las hipótesis de solución que le subyacen— encuadran, a su vez, las elecciones políticas posteriores y sirven para afirmar una concepción particular de la realidad que es construida y reconstruida mediante las intervenciones estatales; de aquí la importancia de esta etapa decisional.

El grado de controversia en torno al establecimiento de un problema público dentro de la agenda va a ser fundamental para que el problema sea considerado como pertinente por la autoridad pública. Además, en esta misma controversia se produce el debate, que deja entrever las divergencias de opinión, normas, intereses, percepciones y juicios cognoscitivos. Estas divergencias atraviesan la opinión pública o, cuando menos, los grupos y actores individuales que operan durante el proceso de incorporación a la agenda.

De acuerdo con Hassenteufel (2008), en las interacciones de los actores pueden observarse sus intereses y representaciones del mundo. La incorporación en la agenda del problema público se da a través de un proceso de concurrencia entre desafíos múltiples, en torno a los cuales se producen debates objeto de valoraciones contrastadas.

Así, toda política pública es la respuesta del sistema político-administrativo que apunta a la resolución de un problema público reconocido como tal en la agenda gubernamental; dichos problemas y su conceptualización, dependerá siempre de las percepciones, representaciones, intereses y recursos de los diferentes actores públicos y privados que intervienen en el proceso (Vlassoupoulou, 1999). Siguiendo a Subirats, Knoepfel, Larrue, & Varonne (2008) la noción de política pública hace referencia, por tanto, a las interacciones, alianzas y conflictos, en un marco institucional específico, entre los diferentes actores públicos y privados, para resolver un problema colectivo que requiere de una acción concertada.

Por lo que, desde la perspectiva de los autores mencionados y que es retomada al considerar que condensa el debate arriba expuesto y los elementos esenciales, una política pública es definida como:

[...] una serie de decisiones o de acciones, intencionalmente coherentes, tomadas por diferentes actores, públicos y a veces no públicos – cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían- a fin de resolver de manera puntual un problema políticamente definido como colectivo. Este conjunto de decisiones y acciones da lugar a actos formales, con un grado de obligatoriedad variable, tendentes a modificar la conducta de grupos sociales que, se supone, originaron el problema colectivo a resolver (grupos-objetivo), en el interés de grupos sociales que padecen los efectos negativos del problema en cuestión (beneficiarios finales) (Subirats et al., 2008: 36).

Bajo esta definición, los elementos constitutivos de una política pública serían: a) solución de un problema público, es decir, una política pública pretende resolver un problema social reconocido políticamente como público; b) existencia de grupos-objetivo en el origen de un problema público; c) una coherencia al menos intencional; es decir, de alguna manera parte de “una teoría del cambio social” (Mény y Thoening 1989:140; Muller 1985, 1995) o un “modelo causal” (Knoepfel et al, 1998: 74) que se tratará de aplicar para resolver el problema público en cuestión y, se supone también, que las decisiones y las actividades que se lleven a cabo estén relacionadas entre sí; d) existencia de diversas decisiones y actividades; e) programa de intervenciones (que debe contener decisiones más o menos concretas e individualizadas, respecto al programa y a su aplicación); f) papel clave de los actores públicos, es decir, es necesario que quienes lleven a cabo la política pública sean actores integrados al sistema político-administrativo; g) existencia de actos formales, como la producción de actos u *outputs* que pretenden orientar el comportamiento de grupos o individuos; h) naturaleza más o menos obligatoria de las decisiones y actividades.

De este modo, y a manera de síntesis, las políticas públicas pueden entenderse como acciones de gobierno materializadas en *instrumentos de gestión* puestos en acción. Es decir, pautas generales de *decisión y acción* encaminadas a responder problemas actuales o potenciales de la agenda social política (Krieger, 2005). Para llevar adelante estas pautas con éxito, “[...] es necesario que los sistemas de formulación de políticas cuenten con capacidades de prever, identificar y definir problemas y para establecer consensos que permitan gestar e implementar políticas que cumplan con los objetivos planteados” (Poet, 2016: 30).

Al recalcar que las políticas públicas son pautas generales de *decisión y de acción*, aludimos también a que dichas decisiones y acciones son tomadas en todo el “ciclo de las políticas”:¹⁵ es decir, desde que se toma la decisión de afrontar un problema hasta decisiones a nivel de “ventanilla” de los aparatos burocráticos y organizacionales. Por lo que, el objeto de estudio de las políticas públicas como disciplina, son todas estas cadenas decisionales que produce el Estado en busca de mejores soluciones a los problemas públicos de una sociedad en un momento determinado.

2.2 Políticas sociales como políticas públicas

Una forma en que las políticas públicas se desenvuelven tiene que ver con aquéllas destinadas al *desarrollo social*; nos referimos a las estrategias dirigidas por el Estado que buscan tener una influencia en las esferas que, en términos generales, atañen al bienestar de la población.¹⁶ Estas estrategias de desarrollo social, al ser políticas públicas, también contienen hipótesis de política. Por lo que en este apartado se buscará desentrañar a las políticas sociales como políticas públicas que subyacen a una manera de concebir determinados problemas y sus hipótesis de intervención.

Entender a las políticas sociales como políticas públicas implica comprender que se originan y desenvuelven en espacios de decisión sociopolítica –es decir, agenda- que involucran determinados tipos de racionalidad, mediante las cuales se asignan valores a la población; del mismo modo, como

¹⁵ El “ciclo de políticas públicas” hace referencia al análisis de las políticas en función de etapas: gestación, diseño, implementación y evaluación.

¹⁶ Sin intenciones de debatir a profundidad este concepto, por resultar bastante extenso, nos quedaremos con el establecido por José Adelantado (s/f), para quien *Bienestar social* “[...] Hace referencia a los acuerdos sociales que existen para delimitar las necesidades de los individuos y grupos en una sociedad y afrontar los problemas sociales. Una visión restringida del bienestar social es la que lo identifica con el bienestar que suministra el gobierno, pero más ampliamente también incluye al provisto por la familia (y vecinos o amigos), el mercado y el tercer sector (organizaciones no gubernamentales como Cruz Roja, asociaciones mutuales e instituciones religiosas como Cáritas).”

política pública, la especificidad de la política social depende de los objetivos y significado de su acción (Maingon, 1990 en Satriano, 2006).

Por otro lado, definir y delimitar las políticas sociales como concepto es una empresa compleja, puesto que, al estar relacionadas con todos los aspectos de la vida social, presentan límites muy vagos y contenidos muy amplios; además de estar imbricados otros conceptos igualmente polisémicos, como “desarrollo” y “bienestar”.

Puesto que la política social, como todas las políticas públicas, ha estado en movimiento continuo, sus estaciones específicas sólo se pueden entender en el marco de los desarrollos socio-históricos de cada población en donde cada una de estas estaciones ha dado lugar a estrategias y a categorías diferentes.

Es posible identificar el surgimiento de las políticas sociales como tal en el marco de las sociedades capitalistas posindustriales, asumiendo características diferentes según los distintos países. Las políticas sociales fueron el mecanismo de actuación del Estado de Bienestar aunque guardaron su identidad como Régimen (de Bienestar), cuyos rasgos principales fueron la desmercantilización, el empleo y la estratificación social (Maingon, 1990 en Satriano, 2006).

Por su parte, y siguiendo a García Pelayo (2005), el Estado de Bienestar es una dimensión política del Estado Social. El Estado social, en términos generales, es el regulador decisivo del sistema social y debe estructurar la sociedad. El Estado garantiza el sistema de intereses de la sociedad actual (neocapitalista); para así conseguir una corrección de fondo, para conducir a una estructura y estratificación social nueva. En términos H.P. Ipsen, citado por García Pelayo, el “Estado social significa disposición y la responsabilidad, la atribución y la competencia del Estado para la estructuración del orden social” (Maingon, 1990 en Satriano, 2006: 64).

En términos históricos concretos, el Estado social significa el intento de adaptación del Estado tradicional (el Estado liberal burgués) a las condiciones sociales de la civilización industrial y posindustrial con sus nuevos y complejos problemas, pero también con sus grandes posibilidades técnicas, económicas y organizativas para enfrentarlos (García-Pelayo, 2005):

La denominación de *Estado Social* surgió de la búsqueda de superar la barrera establecida en el s. XIX a la acción del Estado, reducido a su función jurídica y fiscal, dejando que el mercado se ocupara de la dimensión económica y social (Marramao, 1982; Canto, 1994). A partir de la segunda posguerra la categoría de *Estado Social* comprende tres características fundamentales:

i) la regulación de la economía, ii) la procura existencial, iii) la negociación corporativa. Estos tres aspectos sintetizan en la práctica los resultados del acercamiento entre los aspectos más distantes de los paradigmas políticos en pugna: la *igualdad* y la *democracia*. De este acercamiento surgió la política social como aspecto constitutivo del Estado de Bienestar.

Los valores y fines del Estado social serán los mismos del Estado democrático-liberal (libertad, propiedad individual, igualdad, seguridad jurídica, participación), pero pretendiendo hacerlos más efectivos; mediante la provisión de las garantías materiales mínimas para ejercer los derechos básicos (García-Pelayo: 2005).

Para abonar la satisfacción de estos valores y fines es necesaria la garantía de las condiciones mínimas materiales de vida, por lo que el Estado social se va a encargar principalmente de la “procura social”, entendida como toda actuación de la administración para proporcionar a la generalidad, o según criterios objetivos, a determinados círculos de personas, el goce de prestaciones útiles. Bajo el supuesto de que el hombre desarrolla su existencia dentro de un ámbito constituido por un repertorio de situaciones y de bienes y servicios materiales e inmateriales; esto es, por unas posibilidades de existencia que se constituyen en espacio vital. En el Estado social lo único que puede asegurar la vigencia de los valores sociales es la acción del Estado; aquí se trata de un Estado que se realiza por su acción en forma de prestaciones sociales, dirección económica y distribución del producto nacional.

En términos más concretos, la política social, como aspecto constitutivo del Estado Social:

[...] explora el contexto social, político, ideológico e institucional en el cual el bienestar es producido, organizado y distribuido; así mismo concierne a todos aquellos aspectos de las políticas públicas, de las relaciones de mercado, y las no monetarias que contribuyen a aumentar o disminuir el bienestar de individuos o grupos. Opera en un marco normativo que incluye un debate moral y de objetivos políticos sobre la naturaleza de las aspiraciones y los resultados obtenidos (Adelantado, s.f., p. 1).

Como se mencionó arriba, el Estado social, mediante la política social, tiene la capacidad de estructurar a la sociedad – contemplando tres sectores principales: el Estado, el mercado y la sociedad (triángulo de bienestar). Así lo menciona Adelantado (s/f) cuando apunta que cada sector de la sociedad adquiere, mediante la política social, determinada responsabilidad en la satisfacción de necesidades, por ello mismo constituye un instrumento capaz de incidir en la composición de la estructura social:

En el sector mercantil la política social interviene a través de la definición de qué es o no una mercancía, en el estatal mediante disposiciones jurídicas que ponen bajo la responsabilidad del Estado determinados bienes o recursos, y en el sector informal o voluntario estableciendo por defecto un espacio social de intercambio altruista de bienes, que no son concebidos como mercancías o derechos. Así, si los gobernantes como parece pretenden “adelgazar” el Estado del bienestar, como consecuencia de los fuertes vientos neoliberales y dar más protagonismo al resto de sectores, especialmente al mercado, la política social es un instrumento muy potente. Mediante ella pueden transformar lo que eran derechos (sanidad, educación, pensiones) en mercancías (reduciendo la intensidad protectora y desregulando el servicio público), o dejar en manos del mercado, la familia (es decir, las mujeres), o el tercer sector la respuesta a los nuevos y viejos problemas sociales (pobreza, diversificación de los tipos de familia, envejecimiento de la población, inmigración) ya sea por estar muy vigente el principio liberal de no intervencionismo o por limitaciones presupuestarias; en todo caso mediante una práctica de abandono o de inhibición (ibid: 7)

De lo anterior, la importancia de comprender las políticas sociales como políticas públicas en las que subyacen hipótesis de política, de sujetos beneficiados/afectados, del riesgo social, de la respuesta a dicho riesgo y, por ende, a quién o quiénes les corresponde gestionar las demandas o, incluso, si a dichas demandas se les otorga legitimidad o no. Del mismo modo, como políticas públicas, las políticas sociales articulan discursos en torno a los fines, objetivos y valores que pregonan y, por tanto, validan o, por el contrario, invisibilizan demandas, sectores y sujetos mediante dichos discursos.

Así, las políticas públicas sociales, a través de los modelos de protección social, ensayados en los países en distintas épocas, “(...) expresan valores que definen principios de justicia, mecanismos de diseño y organización social e implican formatos, organizaciones administrativas y financieras propias: un patrón de ciudadanía particular” (Satriano, 2006.: 62). De manera que no es lo mismo concebir el acceso a la salud, a la educación, a la vivienda, etc., como derechos ciudadanos, como relaciones familiares o como mercancías. Por lo anterior resulta fundamental comprender cuál es el lugar que ocupa el “bienestar” y las vías y elementos para lograrlo, y cómo se accede a ellos, en el ideario y en el conjunto de las políticas.

2.3. Políticas sociales de salud

Las políticas en torno a la salud son parte de las políticas sociales, en ellas se asume que garantizar el acceso a la salud de la población forma parte del bienestar social y es una manera de redistribuir

la riqueza de las naciones. Así, como política pública, una política de salud implica, en primera instancia, la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado debiera asumir un rol activo y explícito.

Por lo anterior, es importante destacar cuándo y qué tipo de problemas de salud son reconocidos como públicos y, por tanto, se debaten dentro del marco de la acción estatal o, por el contrario, se les adjudica al ámbito mercantil o al social-familiar. Es decir, identificar quién y cómo se resolverán los problemas que atañen a la salud de la población.

En términos generales, las políticas de salud pueden ser definidas como un “(...) esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud. Problemas que solo existen cuando se los reconoce, cuando se los nombra, cuando se la asume e incorpora en la agenda de cuestiones públicas que requieren de respuestas colectivas” (Tobar, 2012: 2).

Si bien, como problema público, la cuestión sanitaria y de salud de la población debiera ser un asunto que atañe principalmente al Estado, no se debe dejar de mencionar la transición de estos problemas hacia el ámbito del mercado a partir de la reestructuración del Estado en Latinoamérica en donde cada vez la salud se ha vuelto una mercancía más que un derecho social (López y Jarillo, 2015; Laurell, 2013).

Sin embargo, el Estado sigue siendo el actor fundamental en la cuestión de la salud; por ello, la OPS (1993) define once funciones esenciales – y restrictivas - del Estado en materia de salud pública: 1. Monitoreo y análisis de la situación de salud; 2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos; 3. Promoción de la salud; 4. Participación social y empoderamiento de los ciudadanos; 5. Desarrollo de políticas, de planificación y de capacidad de gestión; 6. Reglamentación e implementación de la salud pública; 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud; 8. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública; 9. Asegurar la calidad de los servicios de salud a individuos y a la población; 10. Investigación y desarrollo de innovaciones en salud pública; y, 11. Reducción del impacto de las emergencias y los desastres en salud.

De esta manera, la investigación y análisis de las políticas públicas en salud se enfocaría en la interrelación de las diversas organizaciones que forman parte del sistema de salud o influyen en él.

Así como el estudio de los determinantes, el diseño, la implementación y las consecuencias de las políticas sobre la salud (Franco-Giraldo & Álvarez-Dardet, 2008: 281).

Sin embargo, la cuestión sanitaria es un ámbito complejo, que va más allá del acceso a la protección en salud, y que atañe a la organización política, económica, social y hasta cultural de las sociedades que determinan las formas en las que el continuo salud/enfermedad/atención/prevenición se configura. Por ello, el abordaje desde los Determinantes Sociales en Salud (DSS) – que se abordará en seguida- constituye un punto de inflexión en la concepción de las políticas de salud y el rol del Estado; así, “(...) la presencia de una gran variedad de satisfactores en la función de producción de salud tiene un interesante corolario en materia de políticas públicas, el cual, llevado al extremo, puede expresarse diciendo que toda política social es una política de salud. En efecto, la inversión en redes de agua potable, los programas para encementar pisos, la alfabetización (o, en su caso, la castellanización) y los programas de empleo tienen un impacto altamente favorable en la salud de la población.” (Dávila & Guijarro, 2000: 11).

2.4. Determinantes sociales en salud

Analizar la función de la salud en las poblaciones, conlleva complejas y múltiples dimensiones; debido a que el estado completo de salud no depende única ni exclusivamente de factores biológicos, y, además se desarrolla en un *continuum* de un binomio salud-enfermedad:

La salud-enfermedad es parte indisoluble del proceso vital humano y expresión concreta de las formas en que una sociedad se apropia y transforma la naturaleza, se relaciona y se organiza. Es un proceso que transita permanentemente entre la salud y la no-salud y su comprensión debe considerar tanto sus expresiones individuales – que incluyen desde malestares físicos o psíquicos hasta enfermedades y muertes, como daño extremo- como las condiciones y respuestas sociales que hacen posible que en cada colectividad predomine uno u otro polo. Estas condiciones son conocidas como determinantes sociales de la salud y coinciden con los elementos que, en general, conforman el núcleo de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales; en particular el derecho a la salud (López, López y Moreno, 2015: 12)

Es así como el concepto de DSS es necesario para comprender la complejidad y multi-causalidad del derecho a la salud. La OMS entiende por DSS: “(...) las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas” (OMS, 2009).

Para López y López (2010: 63), entender los DSS pasa por comprender que éstos son campos de disputa, tanto política, económica, social y académica –y por tanto, también cultural y de concepciones de vida- por lo que se hace necesario que estos campos se hagan visibles para poder sumar actores en función de una agenda por la salud. Por lo anterior, son también campos en disputa en torno a cómo se concibe el origen de los problemas de salud/enfermedad colectivos como problemas públicos.

Al ser campos en disputa, los DSS nos remiten a factores estructurales: de composición y funcionamiento social; apropiación, producción y distribución de los recursos. Estos factores dan forma y configuran los modos de vida sociales, expresados en formas de trabajo, de empleo, condiciones de vida, y otros, que influyen directamente sobre la salud de las personas. De esta manera, se alude a una perspectiva “amplia” de DSS que nos permite, a su vez, vislumbrar dos elementos centrales en la construcción y determinación del binomio salud-enfermedad. A decir de López y López (2010: 63):

Por un lado están las nociones de que las formas de organización social para producir, distribuir y consumir los recursos son lo que se expresa después en determinantes sociales, así como las ideas de que las desigualdades son síntesis de una serie de contradicciones económicas, políticas, ideológicas y de que nuestras sociedades se expresan en ejes de explotación, de exclusión múltiple, de subordinación, de clase, de género, de etnia y de generación, por decir algunos.

Son estas desigualdades estructurales las que se traducen en inequidades en salud, que toman relevancia por ser la mayoría de las veces, inequidades evitables y, sobre todo, reflejo de injusticias estructurales propias del modelo de acumulación actual. El análisis del derecho a la salud que incorpora a los determinantes sociales en salud, se hace relevante al exhibir estas desigualdades estructurales. Siguiendo nuevamente a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS):

La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, de los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población en forma inmediata y visible (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera.

Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud, no es en ningún caso un fenómeno “natural”, sino resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos injustos y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de

la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país (Citado en López, Escudero y Carmona, 2008: 326)

Comprender, entonces, los DSS debiera ser necesario para el diseño e implementación de políticas en salud que estén orientadas a modificar las condiciones estructurales, políticas, económicas y sociales que determinan que ciertas poblaciones tengan mejores o peores condiciones de salud, con miras a una equidad en el acceso a dicho derecho. La perspectiva de los DSS hace posible la visibilización de la relación entre las desigualdades sociales y desigualdades en salud.

2.5. Equidad en salud

Un debate sobre qué se entiende por equidad en salud, sus límites y alcances, puede resultar complejo; sin embargo, es un punto central que ubica la perspectiva de esta investigación y las posibilidades del diseño e implementación de políticas públicas en salud que tengan como horizonte normativo lograr la equidad sanitaria de la población -recordemos que las políticas son, en última instancia, orientaciones normativas, por lo que resaltar la equidad como fin resulta crucial.

Una primera definición de equidad en salud, es la de un reporte de la OMS que la define de la siguiente manera: “la equidad en salud supone que, idealmente, todos deben tener una oportunidad justa para lograr plenamente su potencial en salud y, de un modo más pragmático, que nadie debe estar desfavorecido para lograrlo en la medida que ello puede evitarse” (Whitehead, 1991).

Mientras que las inequidades en salud la OMS las considera como “aquellas diferencias en salud que no sólo son innecesarias y evitables sino que además se consideran como injustas” (Whitehead, 1991). Bajo estas primeras definiciones, podemos observar que la equidad en el campo de la salud no puede desligarse de la equidad en general y de la justicia social.

Spinelli, *et al.* (2002) identifican a la equidad como principio corrector de condiciones de desigualdad en las principales teorías de la justicia; ya sea desigualdades relacionadas con distribuciones de bienes primarios (Rawls, J., 1985), capacidades básicas (Sen, A., 1992), y/o realizaciones fundamentales según Fleurbaey M. (Porto, S., 2002) que son de responsabilidad social y pueden evitarse.

En el campo de la salud, la equidad es un principio rector fundamental ya que la salud funge como un medio y como un fin de una sociedad en la que se puedan desarrollar las capacidades de las y

los individuos de manera libre, sin ella, ningún otro bien, capacidad y/o derecho podría realizarse. Por ejemplo, para Amartya Sen,

(...) la salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar. Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura (Sen, 2002: 303).

Del mismo modo, para Sen (2002) la salud interactúa como propósito y como herramienta con otros bienes sociales, en el marco del desarrollo humano. De esta manera la salud es una capacidad que posibilita el uso y disfrute de bienes y es parte de una función de redistribución más general, dirigida a compensar o atenuar las desigualdades sociales (Linares-Pérez y López-Arellano, 2008: 249). Empero, aún la sola centralidad de la salud como potenciador y garante del desarrollo humano, ésta se ve envuelta en los acuerdos sociales referidos a la distribución económica, política, territorial; es decir, no basta con asegurar equidad en la distribución sanitaria; por el contrario, la equidad en salud debe ser entendida desde un ámbito más general y multidimensional, para realmente abarcar y comprender la justicia social.

Linares-Pérez y López-Arellano (2008) rescatan la obra de Meter y Evans (2002) en la que se discuten cuatro enfoques filosóficos relacionados con la equidad en salud: (i) el utilitarista, desde el cual debe potenciarse al máximo la suma de bienestar individuales, asumiendo que es igual la capacidad de todas las personas para disfrutar de salud; (ii) el enfoque igualitarista, centrado en consideraciones distributivas sin valorar la salud total de la población; (iii) el enfoque desde la perspectiva de la prioridad, el cual se considera como un contrapeso al principio del utilitarismo dado el interés en que los beneficios sanitarios sean asignados a los más enfermos; y, (iv) el enfoque derivado del ideal *rawlsiano* de sociedad, visto como sistema procedimental justo. Los tres primeros enfoques proporcionan perspectivas sobre la equidad en salud como un objetivo social independiente y se centran en un patrón distributivo de los resultados finales sanitarios; mientras que el enfoque *rawlsiano* sitúa el objetivo de la equidad en salud en el contexto de una búsqueda más amplia de justicia social:

La premisa fundamental de este enfoque es que las desigualdades sociales en salud son injustas porque se deben a una división del trabajo en la sociedad, que coloca a determinados grupos de personas en desventaja, no solo económica, social y política, sino también en lo que se refiere a sus posibilidades de conservar la salud (Linares-Pérez y López-Arellano, 2008: 248).

O, como rescataría Sen (2002), las inequidades en salud son injustas porque derivan de acuerdos sociales que así las promueven y perpetúan, y no necesariamente ni exclusivamente de desigualdades biológicas “naturales”.

De este modo, la equidad aparece como principio corrector de desigualdades que restablece la justicia cuando la ley que por regla es necesariamente general, no puede llegar a la particularidad o singularidad de los casos a los que tiene que aplicarse (Spinelli, Urquía, Bargalló y Alazraqui, 2002). Por lo que la equidad implicaría una profundización de la justicia en tanto puede incorporar a sí misma la especificidad propia de las cosas sobre las que se aplica como principio. Así, por ejemplo, y de acuerdo a Starfield (2001), el concepto de equidad en servicios de salud denota la no existencia de diferencias en donde las necesidades son iguales o que existan servicios de salud mejorados donde estén presentes mayores necesidades; a partir de lo cual se introducen dos diferentes tipos de equidad: la horizontal, que implica igual trato para necesidades iguales; y la equidad vertical, desigual trato para necesidades desiguales (Linares-Pérez y López-Arellano, 2008).

Si bien se ha establecido que la equidad en salud no trata solo la distribución de la salud y mucho menos puede ser reducida a la distribución de la asistencia sanitaria; la garantía de su justa distribución debiera estar en el centro del diseño de las políticas de salud. Sin embargo, al hacer una política de salud es necesario distinguir entre la igualdad en los logros de salud (o las correspondientes posibilidades y libertades) y la igualdad en la distribución de lo que, en términos generales, se pueden llamar recursos sanitarios (Sen, 2002).

De esta manera, y tal como lo señalan Linares y López (2008), en la conceptualización de la equidad en salud es posible visualizar la integración de dos campos diferentes, pero estrechamente relacionados: el primero, el ámbito de la salud propiamente dicho e integrado por tres dimensiones (acceso a servicios de salud, calidad de atención y resultados de salud), y el ámbito social de la salud, que hace referencia a los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales, que se traducen en condiciones materiales concretas de vida y trabajo, y en donde se sintetizan las contradicciones de clase, género, etnia/origen y edad/generación.

Establecido lo anterior, queda en evidencia que para promover la equidad en salud, no basta simplemente con prestar atención sanitaria y, además, se hace necesario comprender “las causas de las causas” de las desigualdades en salud. Para esta empresa, la perspectiva de la salud colectiva

insiste en una visión social comprensiva sobre el complejo desigualdad-inequidad, que se aborde a partir de la (re)construcción/comprensión de lo social y sus procesos determinantes y mediadores, que se expresan tanto en los procesos de salud/enfermedad, como en los procesos de atención/cuidado.

También insiste en reconocer la historicidad de la biología humana, la subsunción de los procesos biológicos a las formas más complejas de organización social y la producción social de necesidades y satisfactores, que modelan lo “natural-biológico”, anulan, limitan o potencian la “libre elección” de conductas dañinas y de estilos de vida saludables y configuran históricamente, ventajas (o desventajas) en salud de un grupo sobre otro (Linares-Pérez y López-Arellano, 2008: 254).

2.6. Perspectiva de Derechos en salud

Como hemos visto, la equidad en salud es parte de una garantía más amplia de derechos. El marco normativo y jurídico de derechos aplicado a la salud es, de manera creciente y progresiva, un marco vinculatorio y obligatorio para el diseño, la implementación y la evaluación de la política pública en salud. Los derechos humanos surgen como un corolario de la dignidad humana bajo los cuales se pretende promover la satisfacción de necesidades mínimas para el desarrollo de los individuos y los pueblos.

Sin ahondar demasiado, por no ser parte de los objetivos de este trabajo, se habla de derechos de primera generación (civiles y políticos), los de segunda generación (económicos, sociales y culturales), y los de tercera generación (justicia, paz y solidaridad). Dentro de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), se hace referencia a derechos tan básicos para la dignidad humana como el acceso a la vivienda, al trabajo, a la educación, al agua, a una alimentación adecuada y el derecho a la salud.

2.6.1. Derecho a la salud

Como ya se ha mencionado, la salud es una cuestión social compleja, puesto que se relaciona específicamente con las condiciones de vida en los órdenes económico, ambiental, cultural y político. Siguiendo la definición de la OMS, la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y también social, no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia (OMS, constitución aprobada en 1948).

En esta definición, la salud no sólo implica la ausencia de enfermedad, sino que hace referencia a un estado de bienestar más amplio. Respecto a esto, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) -adoptado en la ciudad de Nueva York el 16 de diciembre de 1966 y ratificado por México el 23 de marzo de 1981- también se hace referencia al derecho a la salud, el cual es recogido en su artículo 12 y en donde se reconoce: “el derecho de toda persona al mayor disfrute posible de salud física y mental”.

En la observación general número 14 del Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) se establece el derecho a la salud como un derecho inclusivo que no comprende solamente la atención oportuna y adecuada de la salud, sino también otros factores como el acceso al agua potable, el suministro adecuado de alimentos en buen estado, una vivienda digna, condiciones sanas en el trabajo, un medio ambiente saludable y el acceso a la educación sobre cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Asimismo, establece en esta observación que el derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca, como componentes esenciales e interrelacionados, los elementos de *disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad*.

- a) Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular del nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.
- b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:
 - i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.
 - ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios sanitarios adecuados, se encuentren a una distancia geográfica razonable,

incluso en lo que refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

- iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.
- iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.
- c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.
- d) Calidad. Además de ser aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas (PIDESC, art. 12)

Siguiendo con estas dimensiones esenciales de la atención en salud, es que se justifica que el Estado mexicano – quien se adhirió al PIDESC desde 1981- impulse políticas públicas en salud con enfoque de derechos humanos, que construya una institucionalidad con servicios de atención médico-sanitaria, disponibles, accesibles, aceptables, de calidad y otorgados sin discriminación con el fin de garantizar el derecho a la protección a la salud.

Según la declaratoria de la ONU (1993), independientemente de sus sistemas económicos, todos los Estados tienen la obligación directa de respetar, proteger y satisfacer el derecho a la salud. Sin embargo, el derecho a la salud depende de la concurrencia de otros satisfactores, por lo que estamos frente a un derecho multidimensional, estrechamente relacionado con el cumplimiento de otros derechos humanos; lo que complejiza su exigibilidad, pero que la hace siempre necesaria.

Como vemos, entonces, el derecho a la salud va más allá de la simple protección a la salud, es decir, la prestación de servicios de atención médica; sin embargo, ésta es un primer requisito hacia la garantía del derecho a la salud entendida más comprehensivamente, y un elemento fundamental en el entramado general y complejo de todos los aspectos que forman parte del derecho a la salud,

por lo que debiera ser garantizada por el Estado. La violación del derecho a la salud compromete la dignidad e integridad de las personas, ya que imposibilita su pleno desarrollo en la sociedad, limitándoles de gozar de otros derechos.

2.6.2 Derechos Sexuales y Reproductivos

De las inequidades más arraigadas en nuestros sistemas económicos, políticos y sociales, están aquellas derivadas de las desigualdades de género, que colocan a la mujer -de entre otras poblaciones igualmente discriminadas por su condición sexo-genérica, como la población LGBT- en situaciones de mayor vulnerabilidad. En el caso de las desigualdades en salud, estas también se hacen evidentes. Es por ello que, un elemento crucial para lograr que las mujeres ejerzan su derecho a la salud es la visibilización y posterior redefinición de las relaciones de poder en que se sustenta la discriminación de género.

Sin embargo, y según lo mencionado sobre los DSS, las inequidades de género no afectan por igual a todas las mujeres; sino que se ven, a la vez, mediadas por diversas condiciones como la situación de clase, la escolaridad, la etnicidad, etcétera. Por lo que las mujeres empobrecidas, campesinas, afrodescendientes, indígenas, LGBT, vivirán múltiples vulneraciones en su derecho a la salud y en el resto de derechos económicos, sociales y culturales.

El derecho a la salud sexual y reproductiva (SSR) es un aspecto específico del derecho a la salud, que toca de manera particular a las mujeres. Siguiendo la definición de la OMS, los derechos sexuales:

Incluyen el derecho de todos los individuos, libres de coerción, discriminación y violencia, para: alcanzar el más alto estándar de salud sexual, incluyendo el acceso a servicios de atención de salud sexual y reproductiva; a buscar, recibir y difundir información relacionada con la sexualidad; a la educación sexual; al respeto a la integridad corporal; a elegir una pareja; a decidir sí o no ser sexualmente activos; a las relaciones sexuales consensuadas; al matrimonio consensuado; a decidir si tener o no hijos, y cuándo; y a disfrutar de una vida sexual segura y placentera. El ejercicio responsable de los derechos humanos requiere que todos los individuos respeten los derechos de los otros.

Si bien la salud sexual y reproductiva rebasa el ámbito mismo de la reproducción; la salud materna es uno de sus componentes esenciales; esta comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, al parto hasta el posparto. Aunque debiera ser un proceso natural y una experiencia positiva, la maternidad supone para muchas mujeres, sufrimiento, enfermedades e incluso la muerte (OMS, 2015).

La muerte materna en México, agravada en mujeres empobrecidas, rurales e indígenas, es una muestra clara de las consecuencias de la violación al derecho a la SSR, de modo que, al analizar las inequidades en salud – particularmente en salud materna- debemos referirnos tanto al estado de salud y sus determinantes como al acceso efectivo a la atención, además de que esta cumpla con las dimensiones ya comentadas: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Para poder eliminar las inequidades en el acceso a servicios y determinantes de la salud materna, debemos entender a la salud como un bien público que debe ser protegido, un derecho fundamental de las personas y un medio para el logro de otros bienes sociales y de bienestar humano; y a la SSR como un elemento indisociable de la plena realización de las personas así como el reconocimiento de la autonomía de las mujeres para controlar y decidir sobre su propio cuerpo.

2.7. Conclusiones

Analizar una política pública desde la manera en que concibe la definición política del problema público, nos permite comprender e ir trazando la manera en la que, a partir de esta definición, las intervenciones estatales construyeron los propósitos de más largo aliento para poder lograr la superación causal del problema definido como público.

Sin embargo, un problema público no son solo hechos sobre los cuales haya que desplegar acciones, son también definiciones, creencias y valores. Por lo que la definición de los problemas públicos son, en última instancia, construcciones sociales que reflejan concepciones específicas de la realidad, por ello la lucha político-epistémica de los distintos sujetos afectados por desafiarlas.

Las políticas sociales, como una forma particular de darse de las políticas públicas, asocian definiciones e hipótesis de política pública en torno al bienestar social, por lo tanto, enuncian y delimitan lo que se considerará por el Estado como riesgo social, las respuestas a dichos riesgos y a quién o quiénes les corresponde gestionar las demandas sociales.

Del mismo modo, como políticas públicas, las políticas sociales articulan discursos en torno a los fines, objetivos y valores que pregonan y, por tanto, validan o, por el contrario, invisibilizan demandas, sectores y sujetos mediante dichos discursos. A su vez, como política pública social, una política de salud implica, en primera instancia, la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado debiera asumir un rol activo y explícito.

Con estos elementos, pretendemos dar respuesta a la pregunta de cuáles fueron los valores en juego, la forma de construir a las sujetas afectadas por la mortalidad materna, y la forma de concebir la realidad en la cual se incidiría mediante las acciones estatales en forma de programas de salud materna, para así poder evaluar la efectividad de estas acciones según la construcción lógica de hipótesis causal para solucionar el problema público de las muertes maternas.

Sin embargo, como se señaló, la cuestión sanitaria es un ámbito complejo, que va más allá del acceso a la protección en salud, y que atañe a la organización política, económica, social y hasta cultural de las sociedades que determinan las formas en las que el continuo salud/enfermedad se configura. Esta comprensión amplia del derecho a la salud se puede aprehender mediante el enfoque de los determinantes sociales de la salud.

Comprender, entonces, los determinantes sociales de la salud, debiera ser necesario para el diseño e implementación de políticas en salud que estén orientadas a modificar las condiciones estructurales, políticas, económicas y sociales que determinan que ciertas poblaciones tengan mejores o peores condiciones de salud, con miras a una equidad en el acceso a dicho derecho.

En el caso de la mortalidad materna, parece resultar crucial esta perspectiva de los DSS, para comprender por qué, de manera casi fatídica, son las mujeres de las entidades más empobrecidas, rurales y con alta presencia indígena, quienes más riesgo tienen de morir por causas maternas; aún con el despliegue importante de programas en salud materna.

Del mismo modo, revisar la problemática de la mortalidad materna a la luz de la equidad sanitaria, en términos de justicia social, nos permite problematizar según los diferentes contextos y elementos que determinan las inequidades en salud y nos lleva a analizar el fenómeno según los distintos gradientes de la desigualdad. Por lo anterior, resulta pertinente, no sólo estudiar el fenómeno a nivel nacional, sino acercar el lente a los contextos estatales, y aún más, a contextos locales particulares que podrían estar ocultando procesos de inequidad social y en salud importantes.

Capítulo 3. La Muerte Materna en México y en Chiapas como problema público: ¿quiénes mueren y de qué mueren? ¿Qué políticas se han implementado?

Garantizar las condiciones de acceso a una SSR plena y satisfactoria así como promover una maternidad sin riesgos es una obligación de los Estados nacionales, suscrita en distintos acuerdos internacionales como la CIPD, la CEDAW y el PIDESC – tal como se hizo mención en el apartado anterior-, así como en los recién renovados ODS que, en su objetivo 3, buscan garantizar el acceso universal a los servicios de SSR, incluidos los de planificación familiar y anticoncepción y la reducción de la mortalidad materna. En este último punto, como se ha descrito, la meta para 2030 es reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos. Recordemos, sin embargo, que en los otrora ODM la meta era disminuir este indicador en dos tercios de 1990 a 2015; meta que no se cumplió en la mayoría de los países en desarrollo (ONU, 2015).

En este capítulo se indagará sobre las características sociodemográficas que están asociadas a las muertes maternas, para identificar qué mujeres tienen mayor riesgo de morir por una causa materna y de qué están falleciendo, para más adelante analizar el marco normativo y los programas que intentaron dar respuesta a esta problemática y si respondieron a las causas subyacentes de la mortalidad materna; desde una mira comprensiva de la determinación social en salud.

3.1. Descripción sociodemográfica del problema público ¿quiénes mueren y de qué mueren? México y Chiapas

Según la OMS, cada año, “más de 22 mil mujeres – especialmente en sectores pobres y rurales aislados de América Latina y el Caribe- todavía mueren anualmente de las mismas causas que las mujeres de los países industrializados a principios del siglo XX. Cinco países aún tienen tasas mayores que las que había hace 60 años en los Estados Unidos [...] El 20% de la región más pobre concentra 50% de muertes maternas, mientras que el 20% más rico solo tiene el 5% de esas defunciones” (OPS, s/a: 3).

En 2015, la razón de mortalidad materna (RMM) del mundo fue de 216 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, lo que refleja una disminución anual del 2.3% (Alkema et al., 2016). En este mismo año, las RMM regionales oscilaron entre aproximadamente 12 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos para las regiones de altos ingresos y aproximadamente 546 muertes maternas por

cada 100 000 nacidos vivos para el África subsahariana. 24 países tuvieron una RMM de más de 400 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos (GBD 2015 Maternal Mortality Collaborators et al., 2016). La necesidad de continuar los esfuerzos para eliminar las muertes maternas prevenibles se destaca por la brecha entre el recientemente planteado objetivo de desarrollo sostenible (ODS) respecto a la salud materna, de menos de 70 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos en todo el mundo para 2030 y la actual RMM de regiones más desfavorecidas, que es casi 20 veces la meta planteada.

Con lo anteriormente expuesto, se observa que la elevada mortalidad materna sigue siendo un problema de salud pública a nivel mundial, pero sobre todo, para los países de ingreso medio y bajo. Y no sólo por su magnitud expresada en número de muertes, sino porque la mayoría de esas muertes pudieron haberse evitado: la OMS estima que entre el 88% y el 98% de las defunciones maternas a nivel mundial son prevenibles. Del mismo modo, una variedad de estudios han encontrado que al menos nueve de cada 10 complicaciones obstétricas graves pueden ser exitosamente tratadas con los procedimientos médicos que han estado disponibles durante décadas (OMS, 1985).

La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer, como las llamadas causas de muerte obstétricas indirectas,¹⁷ bajo las cuales no se debe dejar de anotar que la escasa prioridad otorgada a la salud de las mujeres fuera del ámbito de la reproducción ha complejizado el panorama de la salud materna, pues se combina con otros problemas de salud.¹⁸

Del mismo modo, de acuerdo con la OMS, se calcula que anualmente a nivel mundial de 15 a 20% de los embarazos puede complicarse aún sin causa aparente durante el momento del parto, favoreciendo una emergencia obstétrica (EO) (Ramírez y Freyermuth, 2013: 2). Las EO responden a un patrón de causas de defunciones maternas en las últimas dos décadas, que incluye la enfermedad hipertensiva del embarazo, parto y puerperio; la hemorragia obstétrica; el embarazo

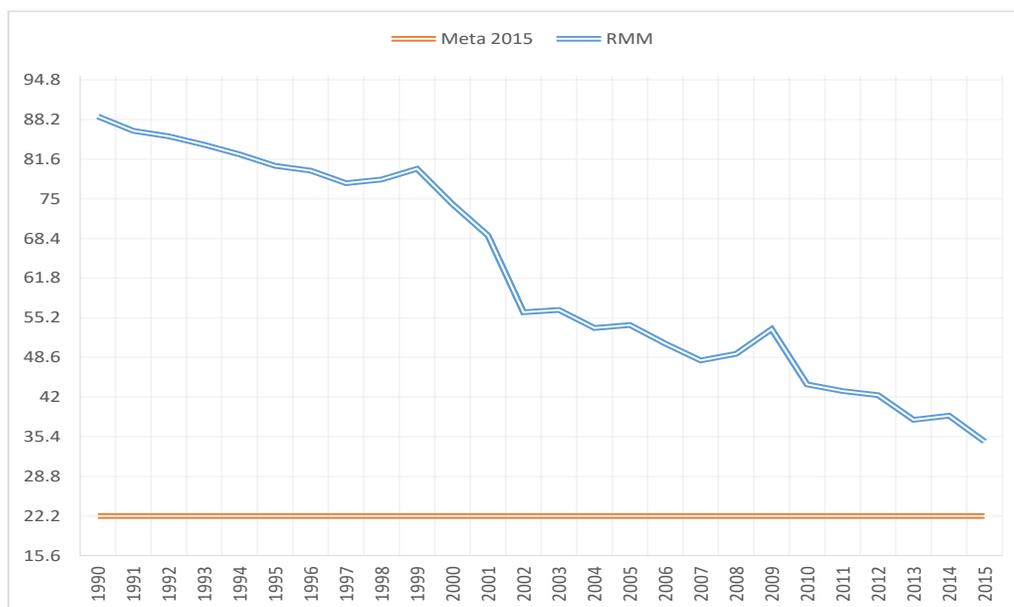
¹⁷ Una muerte obstétrica indirecta resulta de una enfermedad preexistente (por ejemplo, diabetes, enfermedad cardíaca, malaria, tuberculosis, VIH) o una nueva enfermedad que se desarrolla durante el embarazo y no está relacionada con afecciones relacionadas con el embarazo, pero se ve agravada por los efectos fisiológicos de éste (por ejemplo, influenza).

¹⁸ Por ejemplo, el hecho de que “[En México] la obesidad y las enfermedades crónicas – como la diabetes y la hipertensión-, así como las epidemias de influenza que han ocurrido en años recientes, han provocado un incremento sostenido de muertes maternas atribuidas a causas indirectas” (López y López, 2015: 196)

terminado en aborto; las infecciones obstétricas y sus complicaciones, que han tenido cierta variación porcentual en el tiempo. Todas las anteriores, patologías para las cuales el arsenal médico y quirúrgico es amplio y se aplica desde hace mucho tiempo.

Por lo que la asistencia adecuada y humanizada del parto y de las urgencias obstétricas, incluyendo el diagnóstico oportuno y manejo adecuado de las complicaciones obstétricas, son acciones de fundamental importancia para prevenir las muertes maternas (Fescina, De Mucio, Ortiz., y Jarquin., 2012: 9).

Gráfica 1. Razón de Mortalidad Materna (defunciones por cada 100 mil nacidos vivos), 1990-2015



Fuente: Sistema de Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (SIODM) (2015)

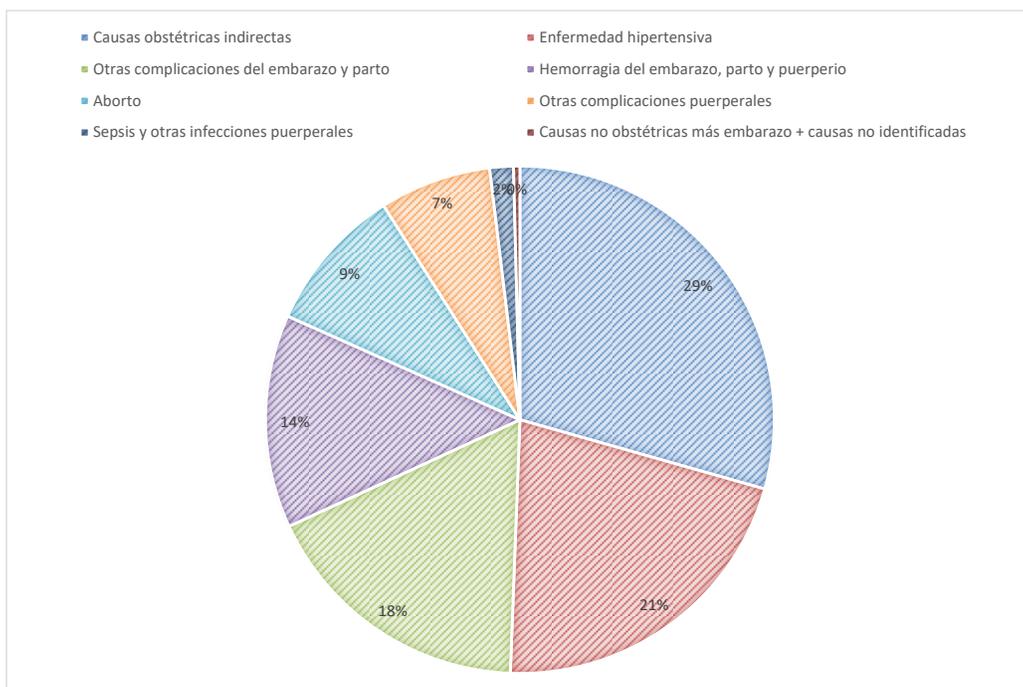
En 2015¹⁹ fallecieron en México 778 mujeres por causas relacionadas con complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio, con una razón de mortalidad materna correspondiente a 34.6 mujeres por cada 100 000 nacidos vivos (Cubos dinámicos DGIS, 2016). Si bien la RMM ha disminuido en México durante la última década - pues en el año 2000 era de 72.6 -, la meta establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015 fue de 22.2, mientras que para

¹⁹ A la fecha en que se redacta este trabajo, los datos disponibles más recientes hacen referencia a 2016, debido a que las estadísticas referentes a la mortalidad materna conllevan un proceso de revisión con distintos métodos. Sin embargo, durante el proceso del diseño de la investigación, los datos más recientes referían a 2015, por lo que se optó por este recorte temporal. Aunado a una decisión en función de la evaluación del cumplimiento de las metas de los ODM, tal como se mencionó en la introducción.

ese año la RMM fue de 34.6, lo que significa que quedó a más de diez puntos para ser alcanzada y hubiese implicado un avance acelerado para lograrla. Comparado con Chile, por ejemplo, que tiene condiciones de desarrollo similares a México, en ese país, para 2015, la RMM es de 22.0 mujeres por cada cien mil nacidos vivos; en Costa Rica, el dato es de 25.0 y en Uruguay de 15.0 (UNICEF, 2016).

Como se mencionó arriba, la mayoría de las causas de muertes maternas son altamente prevenibles. A nivel nacional, para 2015, 29.4% de las muertes maternas se debe a causas obstétricas indirectas; 21.2 a enfermedad hipertensiva; 17.5 % a otras complicaciones del embarazo y parto; y, 13.6 % a hemorragia del embarazo, parto y puerperio, constituyendo las principales causas de MM (DGIS, 2016). Es necesario recalcar que las muertes maternas por causas indirectas están teniendo mayor impacto en los años recientes, debido a una transición epidemiológica más relacionada con enfermedades previas.

Gráfica 2. Nacional. Causas de muerte materna, 2015



Fuente: Mendoza, D., con datos de DGIS, 2016.

En el caso de la hipertensión asociada con el embarazo, el tratamiento oportuno depende, en gran medida, de la identificación de los signos de alarma: la hipertensión durante el embarazo (preeclampsia/eclampsia) requiere un tratamiento bien establecido durante el embarazo y/o en el

momento del parto. En 2005, un estudio de caso de muertes maternas realizado por el grupo multidisciplinario Atención Inmediata de Muertes Maternas (AIDEM),²⁰ encontró que en mujeres que mueren por causas relacionadas con preeclampsia/eclampsia, 70% tuvo síntomas que hubieran permitido un diagnóstico oportuno; de haber sido diagnosticadas y de haber recibido oportunamente la atención apropiada, su muerte podría haber sido evitada. Además, según ese mismo informe, a 83% de las mujeres que solicitaron atención médica a tiempo se les negó o no la recibieron hasta que las complicaciones estaban demasiado avanzadas para salvarles la vida.

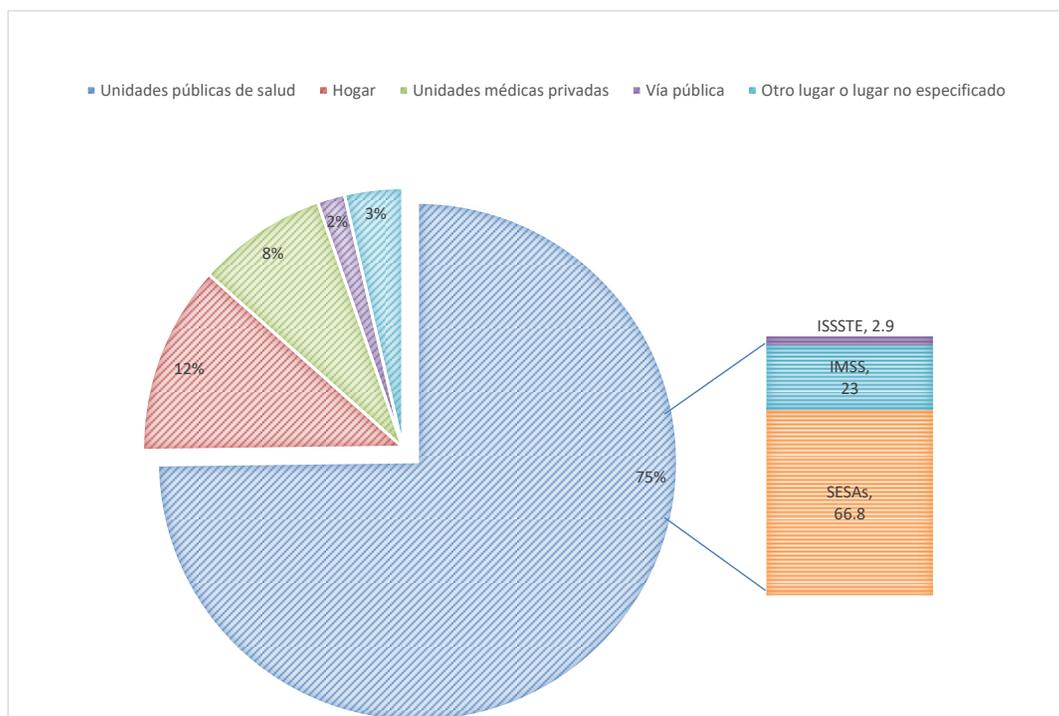
La hemorragia es una causa de muerte que puede controlarse mediante atención primaria de emergencia obstétrica,²¹ estabilización y transportación rápida de las mujeres afectadas hacia instituciones médicas equipadas adecuadamente, con bancos de sangre bien abastecidos o con capacidad para realizar transfusiones de sangre o reposición parenteral de líquidos, así como de personal especializado que pueda realizar una intervención quirúrgica. Entonces, las altas proporciones de muerte por esta causa podrían indicar una carencia de insumos en los lugares más apartados que pudieran, al menos, estabilizar a las mujeres en lo que son trasladadas a un hospital con terapia intensiva. Sin dejar de mencionar la necesidad de un medio de transporte disponible 24 horas/365 días para estas mujeres.

A nivel nacional, para el año 2015, 11.8% de las muertes maternas ocurrieron en el hogar, 8.1% en unidades médicas privadas, 1.7% en la vía pública y 3.6% en otro lugar o en un lugar no especificado; mientras que la gran mayoría - 74.8 % - ocurrieron en unidades públicas de salud. De éstas, 66.8% acontecieron en los servicios estatales de la Secretaría de Salud; seguido por el IMSS con 23.0% y el ISSSTE con 2.9% de muertes maternas ocurridas en sus unidades (DGIS, 2016).

²⁰ Los grupos AIDEM (atención inmediata de las defunciones maternas) de la Dirección de Atención a la Salud Materna y Perinatal, eran grupos de especialistas encargados de realizar la investigación, mediante un análisis de los procesos de atención de las complicaciones que ocurrieron durante el embarazo, parto o puerperio para identificar las fallas en los sistemas y corregirlas. Actualmente se denominan “Grupos de Fuerza de Trabajo”.

²¹ El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2006) define que la Atención Básica de la Emergencia Obstétrica y del recién nacido puede proporcionarse en un primer nivel, cuando hay un profesional cualificado presente en un centro de salud, e incluye: administrar antibióticos, oxitócicos y anticonvulsivos para atender los casos de hemorragia, infecciones y convulsiones; retirar manualmente la placenta; retirar productos uterinos retenidos después de un aborto espontáneo o provocado; y, prestar asistencia al parto vaginal, con extractor al vacío o fórceps.

Gráfica 3. Nacional. Muertes maternas por lugar de ocurrencia, 2015



Fuente: Mendoza, D., con datos de DGIS, 2016.

Según lo anterior, a pesar del aumento de la cobertura de atención por personal médico y de que gran parte de los partos ocurren en el ámbito hospitalario, es justo ahí en donde se ha concentrado el mayor número de muertes maternas.

Por otro lado, la mortalidad materna tiene mayor incidencia en la población “no derechohabiente” (*sic*), es decir, la que no cuenta con Seguridad Social asociada al trabajo formal asalariado y que es atendida por la Secretaría de Salud y los servicios estatales de salud: por afiliación a servicios de salud, 9.4% de las muertes maternas registradas no tenían ninguna afiliación; 20% contaban con IMSS; mientras que la gran mayoría, 60.1% reportaban afiliación al Seguro Popular.

Resulta importante resaltar que el programa Seguro Popular (SP) fue lanzado con el objetivo de garantizar el derecho a la protección en salud de la población más vulnerable; sin embargo, vemos que, a 12 años de implementación y, al menos en materia de mortalidad materna, no se ven reflejados resultados contundentes.

Según la Encuesta Intercensal (EI, 2015) del total de la población afiliada a algún servicio de salud (82.2% de la población total), el 49.9% se encontraba afiliada al SP, siendo la principal institución con afiliación, seguida del IMSS con 39.2%. En Chiapas el 82.1% de la población se encuentra afiliada al Seguro Popular, seguida por el IMSS con tan solo 12.4% de afiliación.

El SP ofrece un paquete básico de servicios y tiene como objetivo garantizar “(...) el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de su utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades en salud” (SS, 2007). La prestación de servicios se otorga mediante los definidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) que en 2016 eran 287 intervenciones, aplicables solo para primer y segundo nivel de atención.

El programa está financiado con recursos fiscales provenientes del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) y con recursos propios. Tiene como prestadores de servicios a la SS y los SESA. Los recursos federales se transfieren sobre la base del número de afiliados; sin embargo Laurell (2013) analiza cómo, mediante la comparación entre las transferencias reales y las legalmente establecidas, todas las entidades federativas reciben menos recursos que los que se establecen en la LGS y su reglamento.

Lo analizado por Laurell (2013) demuestra que la afiliación al SP no conduce al acceso a los servicios requeridos, ya que las personas afiliadas tienen la frecuencia más baja de atención de consulta, urgencias y hospitalización, particularmente en comparación con los derechohabientes del seguro social laboral.

Por otro lado, diversos estudios han mostrado que la mortalidad materna puede caracterizarse como el resultado de una combinación de procesos de discriminación, desigualdades de género y de etnia, de condiciones de vida y de falta de acceso a satisfactores esenciales que vulneran y empobrecen a ciertas poblaciones (Sesia, 2009; Pate, 2001). Del mismo modo, es un reflejo de las condiciones de acceso inequitativo a la salud en México, pues al interior del país el indicador llega a duplicar el promedio nacional en algunas entidades federativas. Así, Chiapas, Guerrero y Oaxaca, son

entidades federativas que de 2002 hasta el 2015 presentan un promedio de la RMM²² de 81.0, 69.1 y 68.1; las más altas del país.

En estos estados, según información del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), la mayoría de la población se encuentra en condiciones de pobreza y vulnerabilidad. Situación que afecta con mayor intensidad a las poblaciones campesinas e indígenas (CONEVAL, 2016). La presencia de población indígena en estas entidades es alta: Oaxaca es la entidad con mayor porcentaje de población indígena con 32.8%, seguida de Yucatán con 28.9% y Chiapas con 28.0%; Guerrero, por su parte, ocupa el quinto lugar con un 15.3% de población indígena (CONAPO, 2016a).

De acuerdo al Índice de Marginación Social 2015, calculado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2016), los estados de Guerrero, Chiapas y Oaxaca ocupan los primeros lugares en marginación, con índices de 2.557, 2.406 y 2.123, respectivamente, lo que implica que sean los únicos estados clasificados con grado de marginación “muy alto”.

Este índice de marginación sintetiza desigualdades como el hecho de que en Guerrero, por ejemplo, 13.73% de la población de 15 años o más sea analfabeta del español, el 13.03% ocupen viviendas sin drenaje ni excusado y 15.64% habiten en viviendas sin agua entubada. Estos porcentajes en Chiapas son 14.98, 2.90 y 13.45%, respectivamente; y en Oaxaca son del orden de 13.65, 2.44 y 13.05%, respectivamente. Estas cifras son dos o tres veces más elevadas que las de las entidades con grado de marginación muy bajo (CONAPO, 2016b).

Tabla 2. Nacional, Guerrero, Chiapas y Oaxaca. Indicadores socioeconómicos e índice de marginación, 2015				
Entidad y lugar que ocupa en el contexto nacional	Nacional (n.a)	Guerrero (1°)	Chiapas (2°)	Oaxaca (3°)
Porcentaje de población de 15 años o más analfabeta	5.53	13.73	14.98	13.65
Porcentaje de población de 15 años o más sin primaria completa	16.50	27.25	31.71	29.22

²² El indicador RMM, es muy sensible a los cambios en el numerador, al ser un fenómeno poco frecuente en términos epidemiológicos. Por ello, se decidió observar un promedio de los últimos años para establecer las entidades federativas prioritarias.

Porcentaje de ocupantes en viviendas sin excusado	2.14	13.03	2.90	2.44
Porcentaje de ocupantes en viviendas sin energía eléctrica	0.95	2.40	2.49	2.87
Porcentaje de ocupantes en viviendas sin agua entubada	5.36	15.64	13.45	13.05
Porcentaje de viviendas con algún grado de hacinamiento	28.39	42.11	44.46	38.33
Porcentaje de ocupantes en viviendas con piso de tierra	3.82	14.86	11.78	13.44
Porcentaje de población ocupada con ingresos de hasta 2 salarios mínimos	37.41	53.29	62.46	49.46
Índice de marginación	n.a	2.557	2.406	2.123

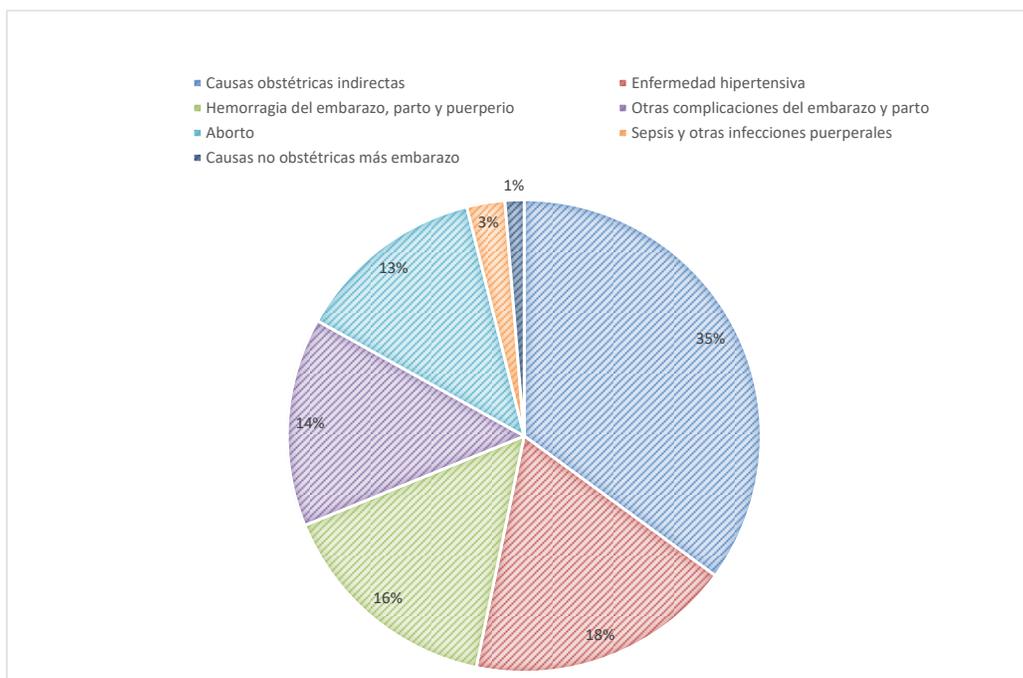
Fuente: Mendoza D. con datos de CONAPO, 2016b

Del mismo modo, según resultados del CONEVAL (2017), estas tres entidades federativas contienen las mayores proporciones de población en pobreza extrema, con porcentajes de 28.1% en Chiapas, 26.9% en Oaxaca y 23.0% en Guerrero. En cuanto a proporción de personas en situación de pobreza, Chiapas reporta 77.1%, Oaxaca 70.4 y Guerrero 64.4 (CONEVAL, 2017); y no solo esto, sino que, además, en Chiapas como en Oaxaca se presentó un incremento de 3.9 y 6.9%, entre 2012 y 2014, de la población en situación de pobreza - Guerrero, por su parte, no presentó variaciones significativas, por lo que tampoco podemos hablar de mejoría.

Como se indicó en la introducción de este trabajo, el análisis se enfoca en el caso de la mortalidad materna en Chiapas, por varias razones: en los últimos registros, es la entidad con la RMM más alta a nivel nacional; por varios años se ha mantenido de entre las mayores y es, como se mencionó arriba, una entidad con alta proporción de población rural, indígena, empobrecida, y otras determinaciones que comprometen el ejercicio del derecho a la salud. Es así que, para el último registro retomado (2015) Chiapas se coloca como la entidad con mayor RMM, del orden de 81.3 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos (Luna et al., 2017).

En esta entidad, las muertes maternas por causas obstétricas indirectas representan la principal causa de defunciones con 35.1%, seguidas por enfermedades hipertensivas el embarazo con 18.2% y, en tercer lugar, hemorragia del embarazo, parto y puerperio con 15.6% (DGIS, 2016). -ñ

Gráfica 4. Chiapas. Causas de muerte materna, 2015



Fuente: Mendoza, D., con datos de DGIS, 2016

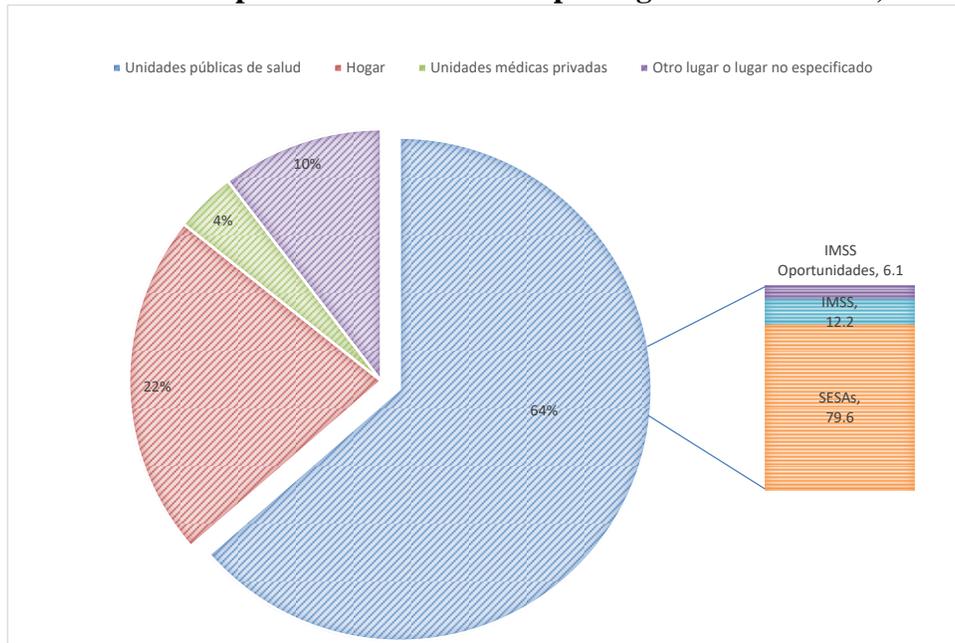
Ahora bien, por lugar de ocurrencia de la defunción -siguiendo el patrón marcado a nivel nacional- en Chiapas, 63.6% de muertes maternas ocurrieron en unidades públicas de salud, mientras que 22.1% en el hogar. Del total de MM ocurridas en las unidades públicas de salud, 79.6% ocurrieron en unidades de los servicios estatales de salud,²³ 12.2 en unidades del IMSS y 6.1% en IMSS oportunidades.

Por afiliación a los servicios de salud, 58.4% de las mujeres chiapanecas que murieron por causas maternas estaban afiliadas al SP, 7.8% contaba con IMSS-Oportunidades, mientras que 14.3% no contaban con alguna afiliación (Luna et al., 2017).

Además, por algunas características sociodemográficas, 40.3% de mujeres que murieron por causas maternas en Chiapas era hablante de alguna lengua indígena; 81.9% vivía en municipios entre alto y muy alto grado de marginación y 62.4% no tenía escolaridad o contaba con primaria completa o incompleta (Luna et al., 2017).

²³ Del total de muertes maternas, la proporción es de 55.8.

Gráfica 5. Chiapas. Muertes maternas por lugar de ocurrencia, 2015



Fuente: Mendoza D., con datos de DGIS, 2016.

El breve contexto sociodemográfico relatado arriba ha servido para enmarcar a la muerte materna como un fenómeno que hace parte de la determinación social de la salud de estas mujeres, que siguen muriendo por causas evitables a niveles inaceptables y dan muestra que no es un fenómeno aislado que pueda atenderse exclusivamente bajo la perspectiva hospitalocéntrica. En las siguientes secciones del presente capítulo se indagará sobre la manera en la que se han dispuesto las acciones y programas en torno a la salud materna, para evaluar y comprender el porqué de los insuficientes resultados.

3.2. Marco normativo de referencia

Como se ha venido argumentando, el problema de la mortalidad materna deriva del incumplimiento del derecho a la salud de las mujeres y, en específico, de sus DSR. Violaciones a sus derechos que se presentan al cruzarse distintos elementos discriminatorios propios de la condición de género, socioeconómica, étnica y ruralidad, entre otros.

3.2.1 Derechos y convenios internacionales en torno a la Salud Materna

El debate en torno a los DSR se ha colocado en la agenda internacional desde hace ya varios años. En específico sobre salud materna, se puede identificar la Conferencia Mundial por una Maternidad Sin Riesgo, llevada a cabo en Nairobi, Kenia, bajo el auspicio de la comunidad sanitaria

internacional (Banco Mundial, OMS y UNFPA), y el lanzamiento de la iniciativa del mismo nombre en 1987, como el primer acuerdo que puso en la agenda multilateral el problema de la mortalidad materna, al visibilizarla como un problema de salud pública y establecer como acuerdo su disminución a la mitad para el año 2000. Bajo esta iniciativa, se realizaron recomendaciones que se agruparon en dos grandes categorías (Argüello, 2017: 13): 1) el mejoramiento de la condición de la mujer, reconocido como primordial y en el que se distinguió su contribución a la economía familiar y la sobrecarga de trabajo; se resaltó la importancia de la educación para la salud de la mujer, además se consideró que las parteras tradiciones serían un medio eficaz para impulsar el cambio de actitudes y la implementación de buenas prácticas para mejorar la salud materna; y, 2) el mejoramiento de los servicios de salud, mediante el cual la OMS propuso un programa de salud que contuviera cuatro elementos fundamentales (Starrs, 1987 en: Argüello, 2017: 13):

Primero. Atención primaria de la salud adecuada en todos los ámbitos. Distribución equitativa de los alimentos en la familia para las niñas, desde la infancia hasta la adolescencia; y la disponibilidad universal de servicios de planificación familiar, con el fin de evitar los embarazos no deseados o de alto riesgo.

Segundo. Para las embarazadas, una atención prenatal de calidad, incluida la nutrición, con una detección pronta y eficiente de las pacientes en situación de alto riesgo para remitirlas al escalón suficiente de atención de la salud.

Tercero. La asistencia de una persona adiestrada para todas las mujeres en el parto, en el hogar o en un hospital.

Cuarto. Las mujeres en situación de alto riesgo y, sobre todo, los casos de urgencia en el embarazo y el parto deben tener acceso real a los elementos esenciales de la atención obstétrica.

La conferencia condujo a la creación formal del Grupo Interagencial para una Maternidad sin Riesgo, conformado por el BM, OMS, UNFPA, UNICEF, PNUD y a la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF, por su sigla en inglés) y el Consejo de Población (Population Council), que al día de hoy sigue siendo un organismo relevante en la definición de políticas de salud materna a nivel internacional.

Tres años más tarde, en la ciudad de Nueva York, se celebró la Cumbre Mundial a favor de la Infancia que culminó con una declaración mundial y un plan de acción; dicho plan constaba de acciones para ser alcanzadas en el año 2000, una de ellas vinculada con la disminución de la mortalidad materna, para la que se retomó la meta de *Maternidad sin Riesgo*. En dicha acción, además de contemplar el mejoramiento de la salud de las mujeres desde la niñez, favorecer la salud materna mediante una buena nutrición y un incremento de la educación escolar y proporcionar

información sobre anticoncepción; señaló intervenciones puntuales para garantizar una maternidad segura y un inicio de vida sano para los recién nacidos (Argüello, 2014: 17).

Además de los anteriores, podemos identificar dos momentos clave en el que, desbordando el ámbito de la salud materna hacia el de los derechos sexuales y reproductivos, se da un cambio en el paradigma de la salud sexual como mero hecho reproductivo: el primero de ellos es la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en el Cairo en 1994, cuyo tema central fue “Acción para el siglo XXI: salud y derechos reproductivos para todos”

En El Cairo 1994 por primera vez la salud materna se vincula con el enfoque de derechos reproductivos y, por tanto, de derechos humanos. El antecedente para nombrar a los derechos reproductivos como concepto, surge a partir de movimientos sociales a favor de estos y de la salud de las mujeres en Estados Unidos, Canadá y Europa, y en la primera década de 1980 también ya se habían consolidado, con sus especificidades, en América Latina y el Caribe, Asia y África (Petchesky y Judd, 2006: 42)

El principal planteamiento que comienza a permear a partir de la Conferencia de El Cairo fue el propuesto a principios de la década de 1990, por el Grupo Internacional de Investigación y Acción sobre Derechos Reproductivos (IRRAG, por su sigla en inglés) que asentaba su perspectiva de derechos reproductivos en una ética feminista la cual postulaba que: “las mujeres deben estar libres de abuso y violación de sus cuerpos, pero también que deben ser tratadas como personajes centrales, responsables de tomar decisiones sobre su fecundidad y sexualidad” (Petchesky y Judd, 2006: 45).

Es así que la CIPD al colocar al centro del debate la salud sexual y reproductiva como parte de los derechos fundamentales de las mujeres deja atrás las políticas demográficas de control natalista imperantes hasta el momento; lo anterior debido, sobre todo, al reconocimiento pleno de la autonomía de las mujeres para controlar y decidir sobre su propio cuerpo en materia sexual y reproductiva. Su Programa de Acción enfatizó el papel de las inequidades sociales y de género en la salud de las mujeres y convocó a los gobiernos a lograr el acceso universal a servicios de SSR accesibles y de alta calidad para el año 2015 (López y López, 2015: 194).

El segundo momento clave es la celebración de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (CCMM) celebrada en Beijing en 1995, en donde se ratificaron los acuerdos de El Cairo, reafirmando la

necesidad de promover la autonomía de las mujeres como condición básica para el ejercicio de sus derechos humanos, así como la obligación de los Estados para promover y proteger sus derechos a la educación, la salud, la alimentación, el empleo y la participación social y política (López y López, 2015: 194). Al ampliar la perspectiva de los DSR más allá del ámbito reproductivo, se buscaría garantizar y proteger el acceso a las necesidades de salud incluyendo asuntos como las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA, cánceres de la mujer (de mama y del aparato reproductor), el climaterio, la infertilidad, etcétera.

En octubre de 1997, a diez años de la cumbre en Nairobi, los asociados de la Iniciativa por una Maternidad Sin Riesgo se reunieron para identificar las formas más eficientes y efectivas relacionadas con el costo de mejorar la salud materna y hacer un balance de lo aprendido. Allí se concluyó que los dos enfoques adoptados 10 años atrás – atención prenatal y formación de parteras tradicionales – fracasaron (Starrs, 2006:3, en: Argüello, 2017: 25), de aquí se fortalece una recomendación que será directriz en los acuerdos de la Cumbre del Milenio: otorgar atención calificada durante el trabajo de parto y el parto, entre otras.

Como se mencionó al inicio de este capítulo, en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York en el 2000 se llevó a cabo la cumbre del milenio. En dicha cumbre se emitió la declaración del milenio, que más tarde se concretaría en ocho Objetivos (ODM), que según la misma declaración se basan en acuerdos adoptados en la década de los 90 en conferencias y cumbres de las Naciones Unidas, y representan un compromiso de todas las naciones por reducir la pobreza y el hambre, disminuir las enfermedades, la inequidad entre los sexos, enfrentar la falta de educación, la falta de acceso a agua y saneamiento y detener la degradación ambiental.

De los ocho ODM, el quinto se centraría en la Salud Materna, en el cual se establecen dos metas: a) reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna; y, b) lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva. Se menciona que “(...) por medio de este Objetivo 5, los ODM plasman las exigencias que diversos instrumentos internacionales han señalado respecto de la necesidad de proteger la salud de todas las madres sin distinción” (CEPAL, s/a).

Sin embargo, pese a estas declaraciones de intenciones, la meta de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes no fue cumplida en la mayoría de los países. A nivel mundial, la tasa de mortalidad materna logró disminuir solamente en un 45%, al pasar de 380 a 210 muertes maternas por cada 100 000 niños nacidos vivos (ONU, 2015)

Con este fracaso como telón de fondo, los Estados volvieron a suscribir unas nuevas metas, ahora conocidas como Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS); en este caso son 17 los objetivos establecidos para ser cumplidos en 2030. El caso de la salud sexual y reproductiva y la mortalidad materna es expresado en el Objetivo 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Así, la primera de nueve metas busca reducir, para 2030, la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos; lo que implica reducir en dos terceras partes los niveles actuales. Sin embargo, en esta ocasión se acordó que las metas para cada país serían establecidas por ellos mismos, asumiendo las disparidades económicas, políticas y sociales que existen y que hacen difícil la consecución de metas comunes. La Organización Panamericana de la Salud (PAHO, por su sigla en inglés), ha establecido para la región la meta de reducirla a menos de 30 por cada 100,000 nacidos vivos en todos los grupos poblacionales, incluidos aquellos con mayor riesgo de muerte materna (como adolescentes, mujeres mayores de 35 años y las mujeres indígenas, afrodescendientes, romaníes, de zonas rurales, entre otras, según se aplique en cada país); y, para México, recomienda alcanzar una RMM de 27.3.²⁴

Por último, no se quiere dejar de mencionar otros tratados sobre derecho internacional que, si bien no mencionan de manera directa el problema de la salud materna, si aluden a los derechos de las mujeres, entre ellos el de la salud y la salud sexual y reproductiva, como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), aprobada el 18 de diciembre de 1979 entrando en vigor como tratado internacional el 3 de septiembre de 1981 tras su ratificación por 20 países, entre ellos México. En la CEDAW se incluyó al respecto lo siguiente:

Artículo 12:

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.
2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 *supra*, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

En la misma línea, en América Latina existe la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer – Convención de Belém do Pará, como un

²⁴ Ver la nota técnica para la meta de mortalidad materna: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/salud-universal-nota-tecnica-assa-rmm.pdf>

instrumento de los Estados del Continente Americano, creado el 9 de junio de 1994 y ratificado por México cuatro años más tarde. En este documento, la Organización de los Estados Americanos (OEA) ha reconocido la existencia de un estrecho vínculo entre el derecho a la integridad personal y el derecho a la salud, de tal modo que la provisión de servicios adecuados y oportunos de salud es una de las medidas principales para garantizar el derecho a la integridad personal de las mujeres. Asimismo, se reconoce que las entidades de salud, públicas o privadas, son lugares donde las mujeres ejercen sus derechos económicos, sociales y culturales, sin embargo, también son muchas veces un escenario de riesgo para ellas.

Los principales artículos de la Convención de Belém do Pará al respecto son:

Artículo 5. Toda mujer podrá ejercer libre y plenamente sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y contará con la total protección de esos derechos consagrados en los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Los Estados Parte reconocen que la violencia contra la mujer impide y anula el ejercicio de esos derechos.

Artículo 6. El derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye, entre otros: a. El derecho de la mujer a ser libre de toda forma de discriminación, y b. El derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación.

Todo este recorrido de compromisos internacionales alrededor de la salud materna ha sido para mostrar que el Estado mexicano está obligado a garantizar este derecho a las mujeres, reconociendo además, que los tratados internacionales están al mismo nivel jerárquico que la constitución política de la nación, por lo que, el incumplimiento de las obligaciones estatales en la materia podría, incluso, ser llevado a cortes internacionales por violación de derechos humanos.

3.2.2. Principal Marco jurídico

En los Artículos 1° y 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) se establece que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los Tratados Internacionales de los que el Estado mexicano sea parte, así como el derecho de toda persona a la protección a la salud y a decidir sobre el número y espaciamiento de los embarazos.

Por su parte, en la Ley General de Salud (LGS) se reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona con el solo hecho de residir en el territorio mexicano. En el Artículo 31, esta

Ley establece que la Atención Materno Infantil es materia de salubridad general; además, en el Artículo 61 señala que dicha atención es de carácter prioritario, comprendiendo acciones de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la atención al niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo.

La Secretaría de Salud (SS) es la instancia responsable de conducir la ejecución de las políticas en torno a la SSR, materna y neonatal, por medio del órgano desconcentrado Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), adscrito a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, de conformidad con lo que establecen el Artículo 2, inciso C, fracción II, y el Artículo 40, fracciones I a la XXV, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

El CNEGSR tiene como objetivo, entre otros, lograr la cobertura universal y condiciones igualitarias de atención integrada con calidad a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como a las niñas y niños desde antes de su nacimiento hasta el período neonatal.

Por otro lado, el modelo de atención obstétrica en México se sustenta directamente en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 *Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*; la cual tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida. Es pertinente recalcar que esta norma fue recientemente actualizada, mientras que la anterior estuvo vigente desde 1994; a pesar de que la normatividad indica que estas NOM deben ser actualizadas y/o revisadas cada cinco años;²⁵ es decir, la norma que regula la atención de la mujer durante el embarazo estuvo desactualizada por alrededor de 20 años.

De manera enunciativa, otras normas y reglamentos parte de nuestro tema de estudio son:

La Norma Oficial Mexicana NOM005-SSA2-2016 *De los servicios de planificación familiar*, que tiene por objeto uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que dentro de un

²⁵ De acuerdo con lo establecido en el artículo 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, las normas oficiales mexicanas deberán ser revisadas cada cinco años a partir de la fecha de su entrada en vigor, debiendo notificarse al secretariado técnico de la Comisión Nacional de Normalización los resultados de la revisión, dentro de los 60 días naturales posteriores a la terminación del período quinquenal correspondiente. De no hacerse la notificación, las normas perderán su vigencia y las dependencias que las expidieron deberán publicar su cancelación en el Diario Oficial de la Federación (DOF). Fuente: <https://www.gob.mx/se/acciones-y-programas/revison-quinquenal-de-las-normas-oficiales-mexicanas-23023?state=published> consultado el 24 de septiembre de 2018

marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, así como también la identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social.

Cabe hacer mención también del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, el cual tiene por objeto regular el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que se establece en el Título Tercero Bis de la Ley General de Salud. Actualmente es la principal bolsa financiera para la protección en salud a través de paquetes de intervenciones específicas delimitadas en el CAUSES y que, desde el año 2004, es la principal fuente de financiamiento de los 32 servicios estatales de salud.

3.3. Las acciones para abatir la muerte materna. Análisis de políticas y programas implementados de 2002 a la fecha

Hasta la década de los setenta, en México se impulsó una política pro-natalista dejando el asunto de la reproducción en el ámbito principalmente de lo privado; existían desde los años cuarenta programas de salud materna bajo la coordinación de las instituciones de seguridad social (Berrio, 2013: 63).

Es a partir de la promulgación de la Ley General de Población en 1974 que se cambia la visión a una política de control de la fecundidad. En esas fechas el promedio de hijos por mujer era de 7, y ahora, por ejemplo, se encuentra alrededor del reemplazo generacional (2.2 hijos por mujer). A pesar de estos logros en la reducción de la fecundidad, la atención integral a la salud sexual y reproductiva no formaba parte del debate, en tanto las acciones concretas se subsumían exclusivamente a la provisión de anticoncepción y al control de la fecundidad (Berrio, 2013).

Más tarde, la declaración de Alma Ata (llevada a cabo en septiembre de 1978) sobre Atención Primaria en Salud (APS) y su incorporación en la política sanitaria en México, da lugar a un conjunto de programas de extensión de cobertura, con intervenciones para proteger la salud materno-infantil. Sin embargo, rápidamente se transita de la APS integral a la APS selectiva, perdiendo los componentes de integralidad y participación, pero manteniendo intervenciones puntuales como la vacunación, la alimentación al seno materno, la atención prenatal y el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño (López y Blanco, 1993). Esta perspectiva de acciones puntuales se mantiene

y profundiza durante los años noventa con las recomendaciones del Banco Mundial, dando origen a los paquetes básicos de salud que se mantienen a la fecha (BM, 1993).

Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida (APV) 2001-2006

Más tarde y respondiendo en parte al impulso internacional derivado principalmente de la Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgo (1987) - que tuvo gran importancia en el país al poner nuevamente como tema de discusión la salud materna²⁶-, la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (1990), la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD, 1993) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995), así como de los demás tratados y convenios internacionales a los que se hizo alusión en el capítulo anterior pero, sobre todo, a partir de la suscripción de los ODM, al inicio de los 2000 se pone en marcha en nuestro país un importante programa: Arranque Parejo en la Vida (APV) que se implementará del 2001 al 2006.

APV fue el programa de acción específico construido para dar respuesta a las necesidades en salud materna. Incluyó los lineamientos para la atención al embarazo, parto, puerperio y a los menores desde el nacimiento hasta los dos años de vida. Su objetivo era disminuir la mortalidad materna e infantil por lo que el programa establecía una serie de componentes en ambos sentidos. El Programa de Acción Específico APV 2001-2006 definió cinco componentes: i) Embarazo saludable, parto y puerperio seguro; ii) Red social y participación comunitaria; iii) Fortalecimiento de la estructura de servicios; iv) Desarrollo humano; y, v) Monitoreo y evaluación.

Según se describe en el informe operativo del programa (SSA, 2002: 33), los objetivos entonces planteados eran:

1. Lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, así como a las niñas y niños desde antes de su nacimiento y hasta los dos años de edad;
2. Disminuir la mortalidad materna, con prioridad en las regiones con mayor incidencia y número de defunciones;
3. Disminuir la mortalidad neonatal e infantil y prevenir los defectos al nacimiento para reducir las diferencias entre las diversas regiones del país; y
4. Conjuntar los esfuerzos de sociedad y gobierno para la operación del Programa de acción: “Arranque Parejo en la Vida”.

²⁶ Bajo esta iniciativa se impulsa el denominado Enfoque de riesgo para la prevención de las muertes maternas. *Cfr.* Capítulo 4 de este trabajo.

Del mismo modo, se puede leer en el documento de certificación internacional del programa (SS, UNFPA y OPS, 2006: 10):

El *Programa APV* propone un enfoque novedoso e integral de los servicios de atención materna e infantil y pone énfasis en la reducción de la mortalidad materna y perinatal. A diferencia de los enfoques anteriores, que centraban sus esfuerzos, primero, en la ampliación de la cobertura y, después, en la identificación y atención oportuna de las mujeres con riesgo obstétrico, el *Programa APV*, a la vez que reconoce esas necesidades, asigna un renovado énfasis al manejo de las urgencias obstétricas.

Es así en el sentido de que establece en “Procedimientos para asegurar un parto y puerperio seguros”, en la parte de *atención*, entre otras cosas, “Identificar y atender en forma oportuna las urgencias obstétricas”. En la parte de *organización* – algo que es especialmente relevante para esta investigación- se menciona lo siguiente:

(...) atender partos normales en unidades de salud del primer nivel y de bajo y mediano riesgo en Clínicas Sí Mujer, en el caso de complicaciones, realizar el manejo inicial y referir al Hospital Sí Mujer los embarazos de riesgo, partos y recién nacidos” y, “acreditar las unidades de primer nivel, Clínicas y Hospitales Sí Mujer, para la atención con calidad del embarazo, parto y puerperio, así como para la atención del recién nacido, tomando como base el equipo, instrumental e insumos, además de la competencia técnica, sensibilización y motivación del personal (SSA, 2002: 42).

En el mismo documento del *Programa de acción* se establece que la participación comunitaria debe organizarse formalmente mediante la conformación de Comités Estatales APV, que, a imagen del Comité Nacional, debieran coordinar y monitorear las acciones del *Programa de acción* en los estados. Sin embargo, en una evaluación realizada por el INSP (INSP, 2006), ninguna de las cuatro entidades que fueron parte del estudio contaba con dicho comité.

En 2003 se reestructuró la administración del programa al crearse el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), lo cual marcó la obligatoriedad de las acciones del programa y, por tanto, un soporte institucional más robusto (INSP, 2006: 31).

Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida (APV) 2007-2012

De 2007 a 2012 se continúa con el programa APV pero con algunos cambios importantes. Por ejemplo, incorpora de manera más explícita el enfoque de Atención de Emergencia Obstétrica (AEO), sin abandonar el enfoque preventivo de las complicaciones centrado en la detección temprana de riesgos (SSA, 2008:25). Así se puede leer, por ejemplo, en el primero de cuatro objetivos específicos planteados por dicho programa:

1. Garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto, puerperio y **en la atención de emergencias obstétricas (AEO)** a todas las mujeres mexicanas, sin distinción de condición socioeconómica, cultural y social.

Dentro de este se establecen cinco líneas de acción para su consecución: i) reorganización de servicios en redes de atención médica para garantizar el acceso y la continuidad de la atención obstétrica; ii) fortalecer la capacidad resolutive de unidades de las redes de atención médica para el control prenatal, la atención del parto y la AEO, iii) elevar las competencias técnica y humanística del personal de salud para la atención del evento obstétrico, con énfasis en la AEO; iv) asegurar el desarrollo de acciones de información, consejería, educación y comunicación sobre salud y DSR a la población en general y, v) fortalecimiento de la organización comunitaria para establecer redes sociales de apoyo a las mujeres embarazadas (INMUJERES y CIESAS-Sureste, 2011: 64). Se hace necesario notar que en APV 2007-2012 se establecía como meta alcanzar una RMM de 34.3 por 100,000 nacidos vivos para 2012, no obstante, para ese año la RMM fue de 42.3.

Durante este periodo, el programa APV se enriqueció con otras iniciativas desarrolladas a lo largo del sexenio, como la Estrategia Integral para Acelerar la reducción de la Mortalidad Materna (implementada en 2009); el Convenio interinstitucional de Atención de la Emergencia Obstétrica (signado el 28 de mayo de 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 SS, sin importar su condición de derechohabiencia; y, los Acuerdos de Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades (AFASPE) (22 de diciembre de 2009) como mecanismo de etiquetación y transferencia de recursos para acciones de salud pública (incluyendo acciones de atención).

Estrategia Integral para Reducir la Mortalidad Materna

Uno de los programas que resultan más relevantes y que, en términos de hipótesis de política, marcan el punto más álgido en la búsqueda por reducir la mortalidad materna es la “Estrategia Integral para Reducir la Mortalidad Materna” lanzada en mayo de 2009. Dicha estrategia basa su modelo de atención en el de las “tres demoras”, descrito por Maine (1991) y adoptado por la OMS y UNFPA.

La Estrategia hace énfasis en la segunda y tercera demora, con un enfoque de Emergencias Obstétricas, para buscar garantizar el acceso a los servicios de salud en caso de que las mujeres

embarazadas presenten alguna urgencia: “... a partir de este modelo se identificaron los aspectos problemáticos que a su vez se constituyeron en los componentes de la estrategia, y a partir de estos se diseñaron los objetivos, la estructura analítica del proyecto y el marco lógico” (CNEGSR, 2010: 3).

En la Estrategia, “al enfoque de carácter preventivo de las complicaciones, se agrega ahora el énfasis en la atención oportuna y con calidad de la urgencia obstétrica ya que el 50% de las complicaciones obstétricas no pueden prevenirse debido a que no presentan signos o síntomas de alarma” (CNEGSR, 2010: 12). La estrategia incorpora un cambio de enfoque – si bien este cambio había sido paulatino- en el que se prioriza el manejo adecuado de las complicaciones obstétricas.

Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal 2012-2018

Hasta el 2018, y sin dejar de mencionar el cambio de partido en el poder (del Partido Acción Nacional, durante los dos periodos de APV, al Partido Revolucionario Institucional), el programa rector en salud materna es el Programa de Acción Específico de Salud Materna y Perinatal 2013-2018, que sustituye al anterior APV. Según su documento institucional:

[...] se construye vinculado estrechamente al Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, en la Meta II México Incluyente, el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y la no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018, y al Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 el cual se vincula estrechamente con la finalidad de acelerar la obtención de resultados de impacto en la salud materna y perinatal, consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades. Para ello se alinean objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa, a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la administración pública federal para materializar el derecho a la protección de la salud (SSA, 2014: 11).

El Programa plantea la necesidad de mejorar la calidad de los servicios de salud, su efectividad, el seguimiento, la rendición de cuentas y lograr que se disminuyan los rezagos en salud que afectan a la población. La vinculación transversal con los programas del CNEGSR fortalece las acciones y suma esfuerzos para el cumplimiento de las metas, así como la coordinación con los Programas de Planificación Familiar y Anticoncepción, Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, Igualdad de Género, Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, así como otros programas (SS, 2014: 11).

Asimismo, se establece que, a diferencia de los programas previos, el actual pone mayor énfasis en mejorar la calidad de la atención prenatal, elevar la capacidad resolutoria de las unidades médicas

para la atención de las emergencias obstétricas (mediante la capacitación, el equipamiento adecuado, el fortalecimiento de las redes de servicios y los sistemas de referencia y contra referencia) así como a través de facilitar el traslado oportuno de las pacientes con complicaciones, mediante el apoyo de la comunidad y de agentes institucionales relevantes (SS, 2014: 16).

El programa reconoce que “aun siendo una prioridad como política de estado, no se ha podido reducir la RMM y neonatal a la velocidad que nos permitiera pensar que las estrategias y acciones han tenido el impacto esperado” (SS, 2014: 55).

Después de un diagnóstico, identifican como *Retos 2013-2018*, los siguientes:

1. Acceso universal: en el que se identifica de manera relevante, la necesidad de la reorganización del modelo de atención del parto institucional con pertinencia cultural y, garantizar el acceso a la atención de la emergencia obstétrica (AEO) e integración de los servicios de urgencias y formación de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI).
2. Mejora de la calidad de la atención: en la que se habla de la incorporación de perspectiva de género e interculturalidad con respecto a los derechos y, proveer atención obstétrica de bajo riesgo en el primer nivel y manejo calificado en el segundo nivel y de la emergencia obstétrica, con intervenciones de probada eficacia.
3. Recursos humanos calificados: formación, capacitación y actualización de personal en obstetricia, parto seguro y emergencias obstétricas y neonatales.
4. Infraestructura e insumos: equipo e insumos esenciales para la atención pregestacional, prenatal y perinatal y para parteras tradicionales; así como fortalecer el abasto y disponibilidad de insumos esenciales.

Conforme a lo anterior, el Programa establece dos objetivos: 1) Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos; y 2) Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo.

El Objetivo 1 pretende cumplir con dos estrategias: 1.1. Incrementar el acceso en las etapas pregestacional, prenatal, parto, puerperio y neonatal a servicios con alta calidad; 1.2. Promover la nutrición efectiva en forma temprana y específica, en las etapas pregestacional, prenatal y neonatal.

Por su parte, el Objetivo 2 plantea cuatro estrategias: 2.1. Promover la formación, actualización y desarrollo de recursos humanos para la atención integral, pregestacional, prenatal, del parto, puerperio y del neonato; 2.2. Contribuir a prevenir embarazos de alto riesgo impulsando el acceso a métodos anticonceptivos, respetando la libre decisión de las mujeres; 2.3. Apoyar la gestión para

insumos y equipamiento en unidades médicas que atiendan la salud materna y perinatal; y, 2.4. Fortalecer la vinculación de los procesos de gestión, vigilancia, monitoreo, seguimiento y evaluación para la acción y rendición de cuentas.

Para medir los resultados, plantea seis indicadores:

Tabla 3. Objetivos, indicadores y metas del PAE SMP, 2013 – 2018		
Objetivo del PAE	Indicador	Meta sexenal
Objetivo 1. Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos.	Indicador 1. Porcentaje de embarazadas atendidas en el primer trimestre gestacional.	Línea base: 41.4% Meta 2018: 50.0%
	Indicador 2. Cobertura de tamiz neonatal.	Línea base: 74.4% Meta 2018: 90.0%
	Indicador 3. Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer.	Línea base: 5.4% Meta 2018: 5.0%
Objetivo 2. Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo.	Indicador 4. Razón de mortalidad materna.	Línea base: 42.3% Meta 2018: 30.0%
	Indicador 5. Tasa de mortalidad neonatal.	Línea base: 8.0% Meta 2018: 7.07%
	Indicador 6. Porcentaje de partos atendidos a nivel institucional.	Línea base: 98.3% Meta 2018: 99.5%

Fuente: PAE Salud Materna y Perinatal 2013-2018

El anterior breve recorrido de programas de salud materna a nivel nacional, muestra que a nivel de objetivos, estrategias y líneas de acción, existía un impulso importante para lograr la reducción de la muerte materna y, tal como lo señala el PAE SMP, a pesar de ser política prioritaria de estado, ninguno logró alcanzar sus metas tal como lo plantearon.

3.4. Programas a nivel Chiapas

Este impulso internacional que comenzó a permear en el país con políticas a nivel nacional, también tuvo sus referentes a nivel local. Chiapas, al ser de manera histórico-estructural una entidad con

una de las RMM más altas, comenzó a debatirse el tema de la MM y a expresarlo en programas y estrategias específicos.

Arranque Parejo en la Vida, Chiapas

Arranque Parejo en la Vida, como iniciativa federal, se desplegó inicialmente en Chiapas con dos operativos realizados durante 2002 en la región Fronteriza (Jurisdicción III) y en San Cristóbal de Las Casas (Jurisdicción II). Sus acciones se centraron en las visitas y censo de viviendas, detección de embarazadas e identificación de algún riesgo, elaborándose también un censo de parteras (Comité Nacional APV, 2003; Freyermuth y De la Torre, 2008).

APV fue ejecutado a través de la Dirección de Salud Reproductiva de la SS y del Programa de Ampliación de Cobertura. Su enfoque principal fue promover la vigilancia del embarazo y detectar los riesgos en forma temprana. APV también propone intensificar acciones de capacitación y actualización, así como fortalecer la infraestructura y la capacidad de respuesta en las unidades Sí Mujer (Freyermuth y De la Torre, 2008: 229). Por ejemplo, en el componente de *embarazo saludable*, se pretendía un seguimiento y atención de al menos el 60% de las embarazadas en el primer trimestre y realizar vigilancia nutricional y referencia oportuna de pacientes catalogadas en “riesgo”.

Para la atención del parto y puerperio se planteó la incorporación de enfermeras obstetras para la atención del parto, la vigilancia del puerperio no complicado, la actualización del personal para el manejo de urgencias obstétricas, la coordinación con una red de bancos de sangre, y contar oportunamente con los insumos para la atención del parto y el puerperio complicado.

En San Cristóbal de las Casas, durante una semana de trabajo intensivo en el primer semestre de 2003, se llevaron a cabo actividades de capacitación al personal de la Jurisdicción Sanitaria. Éstas fueron realizadas por parte de la coordinadora regional del programa. En la Jurisdicción III no se propuso la misma estrategia, ya que se consideró prioritario impulsar la consulta ginecobstétrica mediante una unidad móvil (Freyermuth y De la Torre, 2008: 229).

APV quedó lejos de alcanzar sus metas numéricas y de establecer completamente las redes de servicio en los Altos de Chiapas: por ejemplo, en dos años no consiguió atender a más de 10 % de los partos en la región (ISECH, Freyermuth, et. Al., 2004: 126) ni establecer cabalmente la infraestructura señalada en su red de servicios – particularmente los de apoyo social (Freyermuth,

2004; Argüello, 2004), ni disminuir la muerte materna. Los límites de dicha estrategia se debieron a que los recursos que se le asignaron no fueron destinados a mejorar la infraestructura de las clínicas que atendían a las poblaciones más apartadas; por el contrario, se fortalecieron nuevamente las áreas urbanas y las unidades que contaban ya con más y mejor infraestructura (Freyermuth y De la Torre, 2008: 230).

Embarazo Seguro, Parto exitoso y Supervivencia Infantil

A la par de APV, se lanza a nivel estatal la estrategia *Embarazo Seguro, Parto exitoso y Supervivencia Infantil* (ESPESI); en este caso, el encargado de su dirección fue el Instituto de Salud de Chiapas (ISECH) y buscó ser replicado a nivel de los planes municipales de salud. Su misión era brindar información y servicios de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones.

La estrategia ESPESI planteaba como objetivos: *a)* intervenir en el marco del Plan Municipal de Salud; *b)* brindar condiciones igualitarias de atención con calidad para las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como para las niñas y los niños desde antes de su nacimiento y hasta los cinco años de edad; *c)* disminuir la mortalidad materna; y, *d)* disminuir la mortalidad neonatal e infantil y detectar oportunamente defectos al nacimiento para reducir las discapacidades en la infancia.

Mientras que las líneas de acción para reducir la muerte materna son las siguientes: *a)* fortalecer la operación de los Comités de Salud; *b)* aplicar el instrumento ESPESI para el seguimiento del embarazo, parto y puerperio; *c)* aplicar el instrumento ESPESI para el seguimiento de las niñas y los niños desde el nacimiento y hasta los 60 meses de edad; *d)* capacitar a las parteras; *e)* capacitar al personal para la atención del parto, del puerperio y del recién nacido. También incluye la detección de factores de riesgo y signos de alarma para enfermedades gastrointestinales y enfermedades respiratorias, así como desnutrición (Freyermuth y De la Torre, 2008: 230 – 231).

En esta estrategia, además, se pretendía que las parteras reconocieran factores de riesgo, identificaran signos de alarma y refirieran oportunamente a las mujeres a las unidades de salud (Freyermuth y De la Torre, 2008:232). Sin embargo, la estrategia no pudo concretarse en sus objetivos y líneas de acción y fue reconocido como una mera aplicación de un cuestionario de diagnóstico (la encuesta ESPESI) sin mayor seguimiento.

Por una Vida Mejor para las mujeres, niñas y niños de Chiapas

Poco más tarde, en 2003, se pone en marcha la iniciativa *Por una Vida Mejor para las mujeres, niñas y niños de Chiapas*, a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social del estado de Chiapas. Comenzó su despliegue en la región fronteriza de Comitán, Las Margaritas y La Trinidad y proyectaba extenderse a 2 500 localidades en 270 microrregiones del estado; sin embargo, para el año 2005 se focalizó la atención en 154 localidades de 63 municipios para cubrir una población de 103,487 personas (Díaz, et al., 2007: 23).

Los ejes estratégicos de este programa eran de carácter principalmente comunitario y pretendían impulsar la participación de las mujeres en la toma de decisiones: *a)* mejorar la calidad de la atención médica y el manejo de las urgencias; *b)* 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; *c)* mejorar las condiciones de nutrición mediante la promoción de la seguridad alimentaria y la vigilancia nutricional; y, *d)* mejorar las condiciones materiales de vivienda y el acceso al agua limpia, además de apoyar adicionalmente a la educación (Freyermuth y De la Torre, 2008: 234).

Freyermuth y De la Torre (2008) señalan que, aunque las estrategias programáticas del ESPESI y *Por una Vida Mejor* estuvieron más enfocadas a concertar y a mejorar las condiciones de acceso a través de esfuerzos comunitarios o municipales, hubo ausencia de estrategias de evaluación de la propia infraestructura y de las capacidades, habilidades y disposición de su personal para llevar a cabo los programas.

Otro elemento importante en cuanto a los esfuerzos del estado por reducir las muertes maternas y que debiera incluso otorgar mayor grado de responsabilidad al gobierno estatal es que, en el sexenio 2006 – 2012 se elevó a rango constitucional el cumplimiento de los ODM, publicándose el 28 de julio de 2009 en el Periódico Oficial el Decreto que reformaba los artículos 30, 42 y 62 de la Constitución Política del Estado de Chiapas.

Programa Estatal de Salud de Chiapas 2013-2018

Más tarde, alineándose en el momento de su planteamiento, al Programa Federal APV 2007-2012, se lanza el Programa Estatal de Salud de Chiapas 2013-2018, que también buscará otorgar atención

a la salud materna de las personas empobrecidas (así es caracterizado este apartado: “7.3 Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres”).

Así, en el numeral 7.3 Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres, se lee la sección Programa Arranque Parejo en la Vida, en el que plantea:

Para reducir los rezagos en salud que afectan a la población de escasos recursos económicos, una de las estrategias sustantivas del Programa Estatal de Salud 2013–2018, es garantizar un arranque parejo en la vida a través de acciones que permitan asegurar una atención prenatal adecuada y un parto sin complicaciones, así como el crecimiento y desarrollo de niños y niñas con igualdad de oportunidades, desde su nacimiento hasta los dos años de vida (Secretaría Estatal de Salud de Chiapas, 2013: 83).

Como objetivos específicos al respecto señala: 1) lograr cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como a las niñas y niños desde su gestación hasta los dos años de edad, garantizando una atención prenatal adecuada y una vigilancia estrecha del crecimiento y desarrollo de la población infantil en estas etapas de la vida; 2) disminuir la mortalidad materna con prioridad en las regiones con mayor incidencia, y; 3) disminuir la mortalidad perinatal y prevenir los problemas al nacimiento. Como meta establece disminuir para 2018 en 30% las defunciones maternas.

Del mismo modo, plantea “beneficios sociales 2013-2018” que se alcanzarían al lograr los objetivos planteados:

- Coadyuvar a reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres, con énfasis en las mujeres, asegurando una atención prenatal de calidad, un parto y puerperio sin complicaciones y seguro, así como igualdad de oportunidades, desde su nacimiento.
- Garantizar a toda la población el acceso universal a información, orientación y servicios de alta calidad de planificación familiar, que permitan el ejercicio libre del derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos.
- Evitar la desintegración familiar por la muerte de la madre eje central de la familia y por ende evitar la orfandad de las niñas y niños, así como la delincuencia y rezago escolar.

3.5. Conclusiones

En este capítulo se pudo detallar el problema de la mortalidad materna como uno que se caracteriza como de injusticia social ya que, como se mostró, la mayoría de las muertes maternas son altamente evitables según la tecnología médica disponible desde hace tiempo. Se expuso también que, pese

a los esfuerzos desde el sector público por mejorar la salud materna, la mayoría de las muertes maternas ocurren precisamente en el sector público y la mayoría de las mujeres que murieron por dichas causas estaban afiliadas al Seguro Popular, programa icónico que prometía acceso efectivo y de calidad a la salud.

En el caso específico de Chiapas como objeto de estudio, es un estado que se mostró se configura como de alta marginación social, en donde la mayoría de mujeres que murieron por causas maternas lo hicieron en servicios médicos públicos, principalmente en el servicio estatal de salud y con afiliación al Seguro Popular. Una de cada cuatro muertes maternas fueron mujeres hablantes de alguna lengua indígena y ocho de cada diez vivía en municipios de entre alto y muy alto grado de marginación.

Se esbozaron también las principales acciones para abatir la muerte materna: primeramente y, bajo un marco internacional de impulso a una maternidad sin riesgos, se pone en marcha el programa Arranque Parejo en la Vida (APV) 2001-2006 que tendría su consecución en el periodo 2006-2012.

Asimismo, se identificó como uno de los puntos más álgidos, en términos de política pública, en la búsqueda por reducir la mortalidad materna, el lanzamiento de la “Estrategia Integral para Reducir la Mortalidad Materna” (mayo de 2009), en esta estrategia se habla ya de un cambio de enfoque – si bien este cambio había sido paulatino- en el que se prioriza el manejo adecuado de las complicaciones obstétricas.

Por último, el PAE de salud materna y perinatal 2013-2018, según el mismo documento, pone mayor énfasis en mejorar la calidad de la atención prenatal, elevar la capacidad resolutoria de las unidades médicas para la atención de las emergencias obstétricas, mediante la capacitación, el equipamiento adecuado, el fortalecimiento de las redes de servicios y los sistemas de referencia y contra referencia, así como a través de facilitar el traslado oportuno de las pacientes con complicaciones, mediante el apoyo de la comunidad y de agentes institucionales relevantes.

Únicamente se describen los principales programas puestos en marcha con el objetivo de mejorar la salud materna para, a continuación, indagar por qué es que, a pesar de estos grandes despliegues de acciones gubernamentales, no se han logrado los objetivos planteados para reducir los niveles de mortalidad materna en nuestro país, manteniéndose más altos en entidades federativas como Chiapas, donde también se pusieron en marcha algunos programas.

Capítulo 4. ¿Por qué dichas acciones no han dado los resultados esperados? La contradicción del parto hospitalario y la pauperización del primer nivel de atención

En el capítulo anterior se hizo un recorrido sintético sobre las políticas públicas de salud materna encaminadas a reducir la mortalidad materna que se impulsaron en México a partir del año 2001. A pesar de que recién comenzado el nuevo milenio se lanzó un programa importante en la materia, el cual continuó al siguiente sexenio (APV) y que en el presente existe un programa de acción específico con el mismo objetivo (PAE SMP); ninguno de los programas logró las metas planteadas y el problema de la mortalidad materna no ha podido reducirse según lo esperado.

4.1. Dos hipótesis de política para la prevención y reducción de la mortalidad materna: enfoque de riesgo vs enfoque de la urgencia obstétrica

Como se mencionó en el marco teórico de esta investigación, y siguiendo el modelo de Subirats, et al., 2008, la perspectiva de políticas públicas se sitúa en el marco de las llamadas ciencias de la acción al tratar de comprender la “lógica” de las acciones públicas a través de la reconstrucción de las hipótesis (a veces implícitas) en las que se han basado las instituciones públicas para resolver los problemas colectivos definidos como públicos.

La *hipótesis causal* de un problema público aporta una respuesta política a la cuestión de saber quién o qué es “culpable” u “objetivamente responsable” del problema colectivo a resolver. Esta especie de imputación de responsabilidades se da en función de juicios de valor políticos, por tanto parte de una cierta definición del problema (*frame*) (Fischer, 2003) y pone de relieve la manera específica en cómo se percibe el problema en un momento y lugar determinado (Subirats, Knoepfel, Larrue y Varonne, 2008: 64).

Así, el *frame* en el que se establecen las políticas y sus hipótesis de intervención, puede también considerarse dentro de un paradigma de política (*policy paradigm*) que, según Hall (1993), es un armazón interpretativo de ideas y patrones, que especifica no sólo los objetivos de política y el tipo de instrumentos que pueden usarse para conseguirlos, sino también la naturaleza de los problemas y la forma de pensarlos y comunicarlos (Adelantado, 2017: 42).

Si bien el “parto institucional” venía paulatinamente aumentando desde finales de los noventa, se acrecentó ante la presión por cumplir el ODM 5, y bajo la hipótesis causal de que todos los partos pueden derivar en una emergencia obstétrica, se promovió una estrategia de parto hospitalario. Lo que implica que todos los embarazos, con o sin complicaciones, sean referidos para resolverse en hospitales (segundo y tercer nivel de atención).

Lo anterior debido a una transición de la hipótesis causal del problema de la mortalidad materna. Esto es, por muchos años, y según las investigaciones de su momento, se consideraba que la mejor ruta de acción para evitar las muertes maternas era mediante un “enfoque de riesgo” el cual supone que mediante un número suficiente de consultas prenatales se pueden pesquisar los factores de riesgo que pudiesen conducir a una muerte materna, por lo que se buscaba garantizar un número mínimo de éstas a las mujeres embarazadas. Bajo este enfoque, solo los embarazos detectados como de “alto riesgo” requieren ser derivados al segundo nivel de atención para su control y posterior atención del parto.

Sin embargo, a finales de los 90 comenzó a prevalecer en el mundo el enfoque de atención profesionalizada del parto y de la atención a las emergencias obstétricas. Nuevas investigaciones mostraron que las complicaciones obstétricas podrían surgir en cualquier momento, incluso en embarazos de bajo riesgo. A pesar de no ser predecibles, estas complicaciones podrían manejarse satisfactoriamente teniendo acceso expedito a una atención de emergencias obstétricas calificada (Rosenfield y Maine, 1985). De modo que, aun cumpliendo con todos los controles prenatales, la OMS calcula que alrededor de un 15 a 20 % de embarazos derivarán en una emergencia obstétrica (EO) en el momento del parto, por lo que es necesario contar con el personal calificado, medicamentos y equipo para una atención oportuna de la EO. Este enfoque considera que todas las mujeres embarazadas, incluso las evaluadas como sanas, pueden presentar una complicación, lo cual ha llevado a modificar la propuesta de atención y obliga a disponer de dos estrategias: una que privilegia el cuidado profesional del parto, y otra que pone énfasis en la atención obstétrica de emergencia (AEO) para evitar la muerte materna.

Estos paradigmas son retomados desde las recomendaciones de las instancias internacionales involucradas en la promoción de una maternidad segura (Freyermuth, 2004). En 1999, cuando la OMS, UNFPA, UNICEF y el BM emitieron la declaración conjunta *Reducción de la Mortalidad Materna* comenzaron a impulsar la atención calificada del parto (partera calificada o médico) como un

indicador sensible de la mejora en la atención del parto y recomendó su utilización como elemento central de cualquier política o programa encaminado a la reducción de la muerte materna (OMS, 1999).

Para 2003, el UNFPA en la segunda edición de *Mortalidad Materna, Actualización* (2003) retoma esta propuesta y afirma que su enfoque ha cambiado y ahora se trata de lograr que la atención *profesional* sea más accesible, por lo que el Fondo deja de promover la formación de parteras tradicionales para que puedan detectar las complicaciones en el embarazo o proporcionar tratamientos (UNFPA, 2003: 10). En este sentido, la atención del parto por personal calificado es definida como:

El concepto de *atención por personal capacitado* denota la existencia de agentes de salud que han recibido formación profesional y adquirido los conocimientos prácticos necesarios para atender un parto normal y diagnosticar las complicaciones obstétricas o remitir esas pacientes a establecimientos de mayor capacidad. Esos agentes de salud son por lo general médicos, parteras o enfermeras. [...] Su clasificación como personal capacitado se refiere a que han recibido capacitación, y no al lugar en que ejercen su profesión. No se incluyen en esta categoría las comadronas o parteras tradicionales, hayan o no recibido capacitación (UNFPA, 2003: 10)

Del mismo modo, Family Care International (FCI), un año después de que lo hace UNFPA, respalda esta iniciativa y se basa fundamentalmente en la experiencia de los países de ingresos altos en el abatimiento de la mortalidad materna. La *atención calificada del parto*, según esta instancia,

(...) se refiere al proceso por el cual una mujer embarazada y su hijo recibe cuidados adecuados durante el trabajo de parto, el parto y el período de posparto y neonatal, ya sea que el parto tenga lugar en el hogar, el centro de salud u hospital. Para que esto ocurra, el proveedor de salud debe tener las destrezas necesarias y además contar con el apoyo de un entorno habilitante en varios niveles del sistema de salud. Esto incluye un marco de políticas y normas, suministros adecuados y equipamiento e infraestructura, además de un eficiente y efectivo sistema de comunicación y de referencia/transporte (MacDonald & Starrs, 2003: s/p).

Esta propuesta tuvo impacto en la Declaración del Milenio sobre el Desarrollo, que incluyó como un indicador de seguimiento el número de nacimientos atendidos por personal calificado.

Por su parte, el grupo de la Universidad de Columbia, *Averting Maternal Death and Disability Program* (AMDD), ha promovido el enfoque que está más encaminado a resolver la atención obstétrica de emergencia, el cual:

[...] se basa en los supuestos de que un embarazo, parto o posparto de evolución normal puede ser tratado por una partera o incluso por los familiares de la mujer embarazada. Sin embargo, la población en general debe tener los conocimientos necesarios para identificar

los signos de emergencia obstétrica, para canalizar oportunamente a las mujeres que sufren complicaciones hacia los servicios de salud de primer y segundo nivel con el fin de que los resuelvan. Se necesita una red de servicios de salud que cuente con los recursos materiales y humanos necesarios para proporcionar la atención primaria y resolutive de la emergencia. Esta propuesta se centra en la provisión de atención obstétrica de emergencia las 24 horas de los 365 días del año, en el primer y segundo nivel de atención (CNEGSR, 2010: 8).

La diferencia básica entre las dos propuestas es que la primera privilegia la atención calificada del parto, mientras que la segunda reserva la atención calificada solo a los casos que se caracterizan como emergencias obstétricas. Por lo anterior, se puede observar que las dos propuestas no son excluyentes; así, por ejemplo, la propuesta de AMDD plantea que las parteras podrían atender un parto normal siempre que se cuente con una red de servicios para trasladar las emergencias obstétricas en donde profesional capacitado pudiera resolverlas; mientras que la propuesta de FCI hace hincapié en la atención calificada en todo el continuo de la atención en salud materna, precisamente por la posibilidad de ocurrencia de una EO.

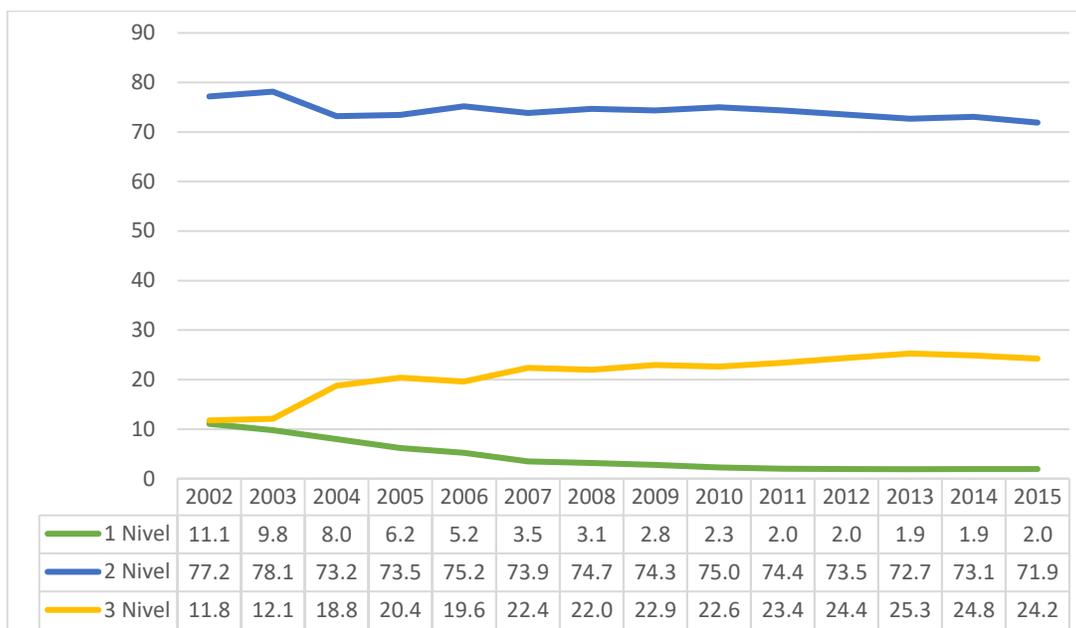
Como se analizó en el capítulo anterior, APV integra de manera incipiente el enfoque de la atención calificada del parto más el de AEO. Es hasta la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Muerte Materna, lanzada en 2009, junto con el Convenio de AEO, que se consolida este enfoque como el prioritario, desplazando al enfoque de riesgo. Aun cuando el enfoque de AEO tardó en incorporarse en la política de atención materna en nuestro país, esta fue interpretada de manera más bien instrumental²⁷ y como una abstracción de los contextos, sujetos/as, territorialidades y, en general, DSS de la mortalidad materna.

4.2. Promoción del parto hospitalario en México y Chiapas

Como se argumentaba al inicio de este apartado, bajo el supuesto de que cualquier mujer embarazada, aún sin síntomas de riesgo, pudiera derivar en una emergencia obstétrica que debiera ser atendida oportunamente y con el equipo y profesional necesario, se ha promovido el parto hospitalario (hacia el segundo, pero también tercer nivel de atención). Este aumento del parto hospitalario lo podemos observar a continuación (Gráfica 6):

²⁷Al lado de la "herencia positivista" (Asher, 1994) que arrastra, el análisis y diseño de políticas públicas ha tendido a privilegiar lo que Habermas denomina la *razón instrumental* (Habermas, 2010), en oposición al contenido ideal de la razón o razón práctica pura (Kant, 2011). La razón instrumental es llamada así porque supone un uso instrumental de la razón para el logro de nuestros objetivos, cualesquiera que sean estos.

Gráfica 6. Nacional. Porcentaje de nacimientos por nivel de atención, 2002-2015

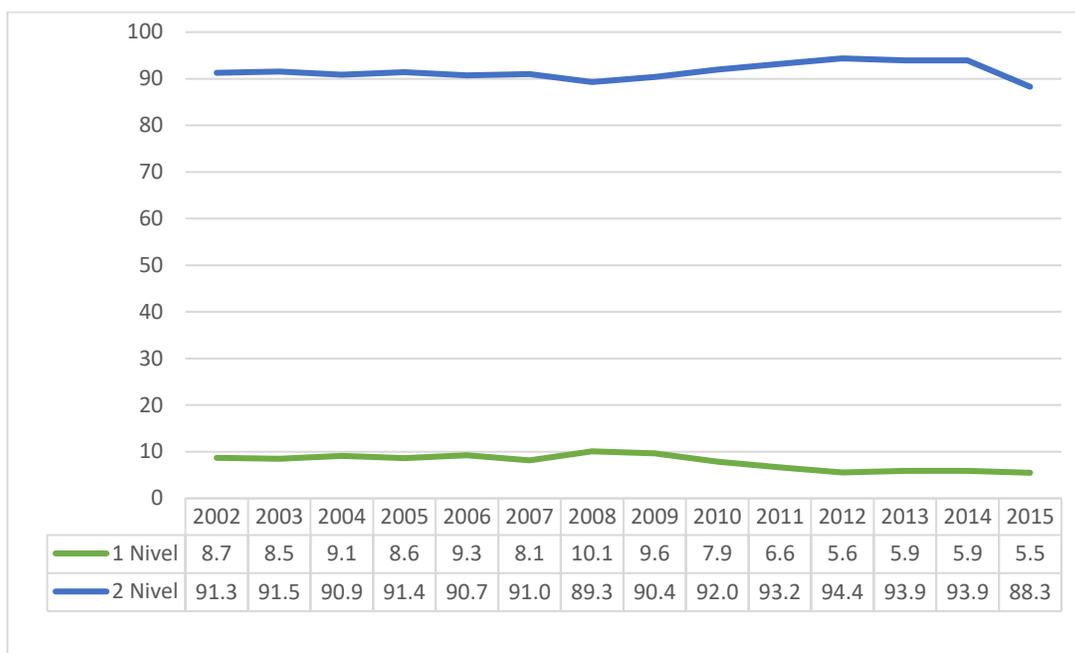


Fuente: Mendoza D., con datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de recursos de Salud y los Servicios Estatales de Salud 2002-2016.

La gráfica anterior muestra la proporción de nacimientos según nivel de atención (primero, segundo y tercero) de 2002 a 2015. Así, mientras para 2002 el 11.1% de nacimientos ocurrían en el primer nivel de atención, para 2015 es del orden de 2.0% lo que implica una disminución del 82% de nacimientos derivados en el primer nivel de atención.

Por otro lado, llama la atención el incremento que a nivel nacional tienen los nacimientos en el tercer nivel de atención ya que para 2002 representaba el 11.8% pasando a representar en 2015 el 24.4%, lo que significa un aumento de más del doble.

Gráfica 7. Chiapas. Porcentaje de nacimientos por nivel de atención, 2002-2015



Fuente: Mendoza, D., con datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS). Base de datos de recursos de Salud y los Servicios Estatales de Salud 2002-2016.

La gráfica anterior (Gráfica 7) hace referencia a la proporción de nacimientos en Chiapas según el primer o segundo nivel de atención. Aquí, aunque es más variable el comportamiento, también se puede observar una disminución significativa de los nacimientos en el primer nivel de atención, ya que en 2002 atendía 8.7% y en 2015 el 5.5%, lo que implica una disminución del 37%. En el caso de Chiapas cabe resaltar que no hay registros de nacimientos en el tercer nivel de atención, ya que la entidad cuenta únicamente con dos hospitales de este nivel de complejidad.

Al respecto caben dos discusiones; primeramente, la “atención calificada del parto” (promovida, primero desde UNFPA y luego desde FCI) fue interpretada, de manera instrumental como atención hospitalaria, cuando, según ambas propuestas, pero principalmente la de AMDD, la atención del parto se puede otorgar en el primer nivel de atención y sólo las complicaciones estarían reservadas para el segundo y tercer nivel; de modo que “atención calificada” debiera hacer referencia al personal disponible en todos los niveles de atención. Lo anterior, además cuando los programas implementados establecían la posibilidad de la atención de los partos normales en el primer nivel de atención, tal como podemos observar en la siguiente tabla (Tabla 4):

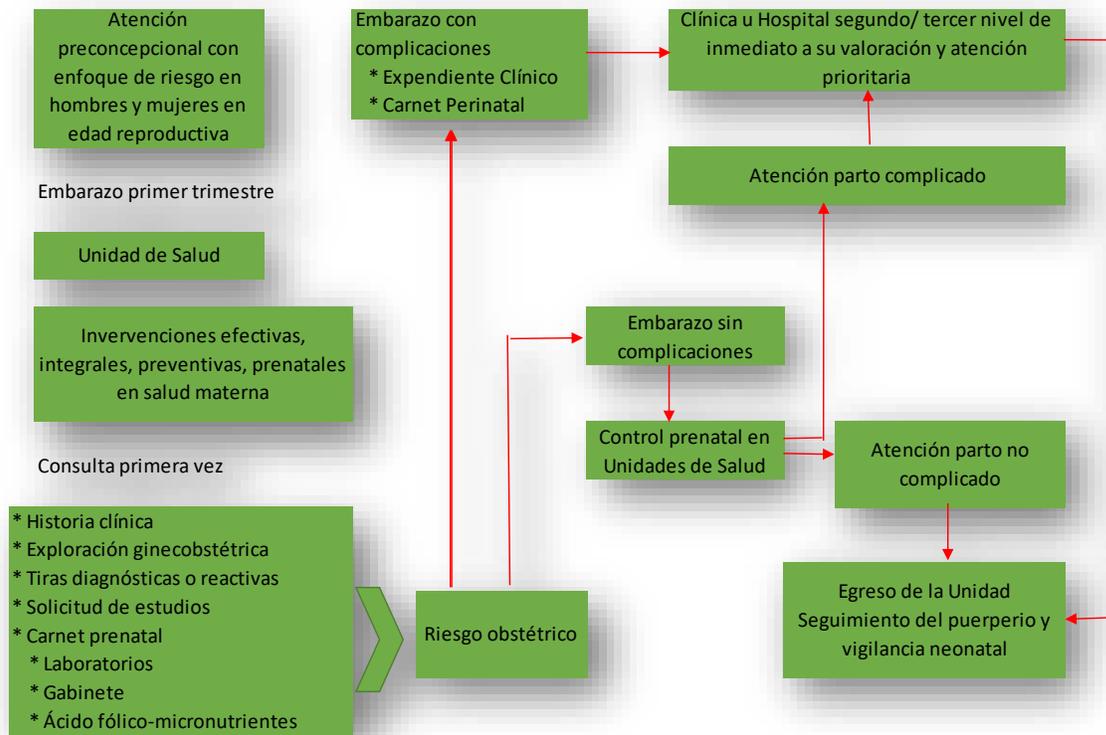
Tabla 4. Identificación de la atención del parto en el primer nivel en los principales programas y normatividad de Salud Materna en México, 2002 – 2018

Programa	Modelo de atención
APV 2002-2006	En el apartado de <i>organización</i> se lee: “ Atender partos normales en unidades de salud del primer nivel y de bajo y mediano riesgo en Clínicas Sí Mujer, en el caso de complicaciones, realizar el manejo inicial y referir al Hospital Sí Mujer los embarazos de riesgo, partos y recién nacidos”. Pág. 42
APV 2007-2012	Dentro del Objetivo 2, estrategia 2, se lee: “fortalecer la capacidad resolutive de unidades de las redes de atención médica para el control pre natal, la atención del parto y AEO. Abasto oportuno y suficiente de insumos estratégicos a unidades de primer nivel para realizar el tamizaje prenatal, la atención del parto y la detección, estabilización y referencia de complicaciones obstétricas”. Dentro de la descripción del proceso crítico para la implementación del programa se lee: “la atención con calidad se refiere a la acción de mejora por la cual una mujer embarazada y su bebé reciben los cuidados adecuados y oportunos durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el período de posparto y neonatal, ya sea que el parto tenga lugar en el centro de salud o en el hospital...”
PAE SMP	En el apartado de Retos 2013-2018, pág. 49, se lee: “ atención obstétrica de bajo riesgo en el primer nivel y manejo calificado en el segundo nivel y de la emergencia obstétrica, con intervenciones de probada eficacia”.
NOM 007-SSA2-2016	Numeral 5.1.11: “Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas”.
GPC Intervenciones de enfermería para la atención del parto de bajo riesgo de la mujer en el primer nivel de atención	“Por consenso del grupo desarrollador se concluyó atender partos normales en unidades de salud del primer nivel de atención y con bajo riesgo; si se presenta el caso de complicaciones realizar el manejo inicial y referir al hospital de manera oportuna”. Pág. 23

Fuente: elaboración propia con base en los programas.

De manera más específica, lo mismo se establece en el PAE SMP 2013-2018, en el que, desde una perspectiva de “línea de vida”, plantea la ruta crítica de atención del embarazo (pág. 18), como se observa en el siguiente diagrama y en el que, si bien no se explicita las unidades de resolución de los embarazos normales, hace referencia a que solo las complicaciones obstétricas debieran referirse a la Clínica u Hospital de segundo/tercer nivel.

Figura 8. PAE SMP 2012-2018. "Ruta crítica de la atención del embarazo desde la perspectiva de línea de vida"



Fuente: SS (2013) Programa de Acción Específico, Salud Materna y Perinatal 2013-2018. Pág. 48

Es decir, pese al reconocimiento en la normatividad de que los partos eutócicos (normales) pueden atenderse en el primer nivel de atención – en concordancia con la propuesta de AMDD-, cada vez ha habido un mayor impulso a que todos se refieran al nivel hospitalario, ocasionando que las condiciones del primer nivel, al ya no atender partos, se vean pauperizadas: es decir, desde el reconocimiento de la situación estructural del sistema de salud mexicano que no se ha visto fortalecido ni en presupuesto, personal, capacidad organizativa, etcétera, sobre todo en el primer nivel de atención, y que, desde este punto de partida, dicho nivel se ha venido deteriorando aún más.

Recordando que una política pública alude principalmente a la *definición política del problema público* -desde su hipótesis de solución o teoría del cambio- y que la delimitación del problema público a resolver así como la elección de la “mejor” o más factible alternativa de solución, implica, sobre todo, una afirmación de valores, tal como subrayan Ives Meny y Jean Claude Thoening

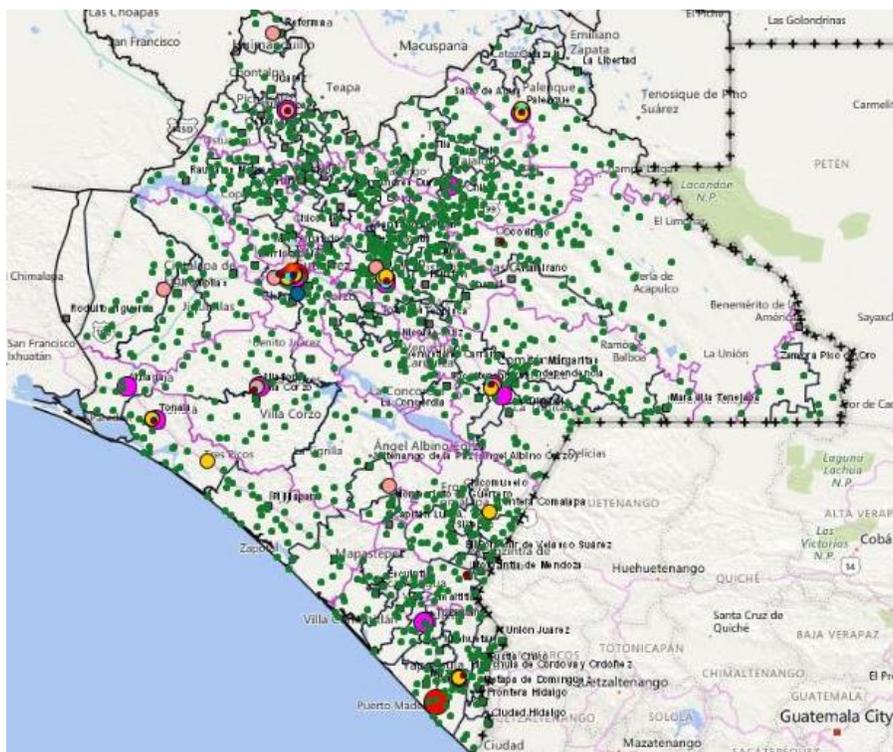
(1992), sobre que todas las políticas públicas se asientan en una *orientación normativa* en el sentido de la finalidad y las preferencias explícitas en las que se basan; en este trabajo se afirma que esta promoción del parto hospitalario es una estrategia instrumental que no comprende el enfoque de derechos, de género ni de interculturalidad y que, además, tiene consecuencias importantes en los resultados de equidad en salud ya que poblaciones como las chiapanecas, por su contexto, territorio y las condiciones que hacen parte de la determinación social de la salud materna, se ven más vulneradas.

Así, parte de la hipótesis actual de política es mirar el proceso reproductivo como algo mecánico, individual y lejos de las preferencias de las mujeres. Además de no reconocer contextos, culturas y determinantes en las mujeres. Por lo que no se construye el problema desde una perspectiva de derechos, sino simplemente de “falta de atención médica calificada”; perspectiva que subyace a un paradigma de salud que la comprende desde el ámbito estrictamente medicalizado, y no desde la visión amplia del derecho a la salud.

Los resultados son más dramáticos, en términos de equidad sanitaria, en entidades federativas como Chiapas, con menor disponibilidad y accesibilidad a unidades y profesionales de salud en el segundo nivel de atención.

Así, por ejemplo, mientras que en 2015 a nivel nacional existían 14,470 unidades del primer nivel de atención de la secretaría de salud (DGIS, 2016), que atenderían en promedio solo 1.4 nacimientos al año, cada una; hay 754 unidades hospitalarias (segundo y tercer nivel), que atenderían 1,328 nacimientos al año, cada una. En cambio, en Chiapas existen 1,067 unidades del primer nivel (que atenderían, en promedio 3 nacimientos anuales cada una), contra 35 del segundo nivel que estarían atendiendo 1 426 nacimientos anuales cada una.

Figura 9. Chiapas. Establecimientos de salud SSA e IMSS-Prospera, 2015



Fuente: Geoweb Chiapas, disponible en: <http://map.ceieg.chiapas.gob.mx/geoweb/>

Los puntos verdes indican los establecimientos del primer nivel; los morados los de segundo nivel y los rojos los del tercer nivel.

En un artículo de Margarita Vega (2017), se demuestra que, entre más lejos esté el municipio de un hospital de segundo nivel, más mujeres mueren por complicaciones relacionadas al embarazo, parto o postparto. El municipio de Mapastepec, que es el que se encuentra más cerca de un hospital de segundo nivel (1.5 kilómetros) tuvo en 2015 una razón de muerte materna de 1.9 mujeres por cada mil nacidos vivos. Mientras tanto en Copainalá, municipio que se encuentra a 74.2 kilómetros aproximadamente del hospital de segundo nivel más cercano, en 2015 murieron 3.9 mujeres por cada mil nacidos vivos.

En promedio, en Chiapas, una mujer debe recorrer entre 1.5 y 88.5 kilómetros para llegar al hospital de segundo nivel más cercano, es decir, a un hospital equipado para atender complicaciones en partos. Para llegar a uno de los dos hospitales de tercer nivel en la entidad, los únicos equipados para atender las complicaciones más serias, una mujer chiapaneca tiene que recorrer, en promedio, 283 kilómetros, es decir, un recorrido de aproximadamente cuatro horas y media (Vega, 2017).

4.3. Consecuencias del parto hospitalario para la calidad de la atención: observación directa en trabajo de campo

Las unidades de segundo nivel de atención enfrentan un proceso de saturación, pues reciben todos los partos, independientemente de su condición de gravedad, ya que se espera que todos puedan derivar en una emergencia obstétrica; aunque, según este enfoque de EO, como ya se hizo mención anteriormente, solo el 15 a 20% de embarazos lo harían y, según el enfoque de riesgo, solo los embarazos detectados en las consultas prenatales como de alto riesgo debieran ser referidos al segundo nivel para su control y atención del parto.

Por lo anterior, la calidad de la atención, tanto del parto normal como de las urgencias obstétricas se deteriora, redundando así en algunas consecuencias contraproducentes como prácticas médicas innecesarias – como cesáreas que no se justifican-, en que los derechos reproductivos al momento del parto se vean comprometidos y en el retraso en la atención de las emergencias obstétricas; derivando en morbilidad y mortalidad maternas.

Como se ha venido argumentando, estas consecuencias son más acentuadas en entidades federativas que cuentan con menos unidades del segundo nivel respecto a sus niveles de natalidad, es decir, frente a su “demanda” hospitalaria de atención del parto, como es el caso de Chiapas que aquí se estudia; aunado al nivel de ruralidad que complica el acceso a ellas, entre otros elementos que inciden en la determinación social de la salud de las mujeres chiapanecas.

Para analizar cómo se da la configuración de lo aquí argumentado, ya en niveles locales de implementación de la estrategia de parto hospitalario, se llevó a cabo observación directa de dos unidades hospitalarias con dos y tres centros de salud de las que son referencia y aplicación de entrevistas semi-estructuradas guiadas por el “indicador de calidad” descrito en el Capítulo 1 de este trabajo (abordaje metodológico de la investigación). Como también ya se ha descrito en dicho capítulo, se eligió analizar un ámbito más urbanizado y otro rural, para profundizar el argumento de las inequidades en salud, por lo que, según se justifica, se llevó a cabo este trabajo de campo en San Cristóbal de las Casas y en Palenque, Chiapas.

Solo para retomar el análisis, se recuerda que las unidades estudiadas fueron el Hospital de la Mujer en San Cristóbal de las Casas y el Hospital General de Palenque, y dos y tres Centros de Salud (CS), respectivamente, de los que éstos son referencia: CS. San Cristóbal de las Casas y CS. Los Pinos, en San Cristóbal de las Casas, y CS. Chocoljaíto, CS. RíoChancalá y CS. San Martín

Chamizal, en Palenque. Del mismo modo, el indicador que guía el análisis fue construido con base en la normatividad aplicable,²⁸ entendiendo la calidad de la atención del parto desde tres componentes: parámetros técnicos, organizacionales y de trato interpersonal.

Así, los hallazgos por nivel de atención y por componentes son los siguientes:

➤ Primer nivel de atención:

Parámetros técnicos

En ninguno de los Centros de Salud visitados atienden partos. Todas las embarazadas, sin importar su condición de salud, son referidas en las semanas 36-37 al segundo nivel de atención.

El personal de los CS ha dejado de recibir capacitación importante en emergencias obstétricas, pues se sigue el supuesto de que no tienen necesidad de otorgar dicha atención.

En cuanto al cumplimiento técnico de conocer la normatividad que guíe la atención del embarazo, parto y puerperio, así como de la Guía de Práctica Clínica del parto normal; existen diferencias según ámbito urbano-rural, ya que en San Cristóbal, en ambos CS tienen conocimiento (al menos de su existencia y la tienen a la mano, de manera física o digital) de la Guía de Práctica Clínica del parto normal; mientras que en Palenque, prácticamente son desconocidas.

En los dos CS evaluados en San Cristóbal de las Casas, aluden contar con una *Estrategia para la atención inmediata de la urgencia obstétrica* aunque mencionan usarla poco, pues el hospital de referencia se encuentra muy cercano por lo que prácticamente ninguna mujer acude de primera instancia a los CS. En Palenque, en cambio, no tienen planteada ninguna estrategia para reaccionar en caso de presentarse una mujer con EO.

En todos los CS identificaron de manera general (no completamente satisfactoria) los principales factores de riesgo que se evalúan en las consultas prenatales.

²⁸ Principalmente, según lo establecido en la NOM 007 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que establece los estándares mínimos de atención y de provisión de medicamentos y servicios. Así como de la guía de práctica clínica de atención del parto normal. Asimismo, la selección de elementos a observar se basó en un instrumento de evaluación de la política de salud materna construido por el Observatorio de Mortalidad Materna (OMM) quienes amablemente nos lo compartieron.

Para la atención del parto normal, el personal de los CS se auto-identifica como capacitado; sin embargo son insistentes, tanto en San Cristóbal como en Palenque, de que no cuentan con la infraestructura ni el medicamento necesario para otorgarlos.

En el siguiente recuadro se detallan los principales hallazgos según las variables que forman parte del componente de parámetros técnicos. Los colores indican una manera de calificar el desempeño, valorándolos de la siguiente manera: verde, óptimo (cumplió con todos los elementos); amarillo, medio (incumplió con al menos un elemento) y, rojo, insuficiente (incumplió con más de dos elementos); por su parte, la valoración general del componente se realizó otorgando al nivel de cumplimiento verde, tres puntos, al amarillo, dos y al rojo un punto, para al final promediar entre el nivel de variables consideradas. Si, tradujéramos esta valoración, en general, en este componente los C.S. de San Cristóbal de las Casas obtienen un amarillo (medio) y los de Palenque rojo (insuficiente).

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CUMPLIMIENTO DE PARÁMETROS TÉCNICOS		
VARIABLES	San Cristóbal de las Casas	Palenque
Protocolos de atención y conocimiento de las principales normas y Guías de Práctica Clínica	El personal entrevistado en ambos centros de salud conoce los lineamientos que indican cómo atender tanto partos normales como emergencias obstétricas (NOM 007 y GPC)	En ninguno de los tres centros de salud entrevistados conocen la Norma que regula la atención del embarazo parto y puerperio (NOM 007), ni las GPC.
Personal "calificado" para la atención del parto eutócico y para identificar factores de riesgo	En ambos centros de salud el personal se auto-identifica como capacitado para atender un parto normal. En uno de ellos, incluso, se atendió un parto de manera "fortuita", un año antes. Solo en un centro de salud se reporta recibir "algo" de capacitación en emergencias obstétricas (dos de cuatro temas explorados). Manejan un formato para evaluar los principales riesgos obstétricos en las consultas prenatales.	El personal de los tres CS se auto-identifica como capacitado para atender un parto normal. Sin embargo, en ninguno han recibido capacitación reciente al respecto ni, mucho menos, en emergencias obstétricas. Cuentan con un formato en donde evalúan los principales factores de riesgo (cartillas perinatales o de la mujer).

Personal “calificado” con Capacidad resolutive de la atención (básica e integral) de la Emergencia Obstétrica	El personal entrevistado de ambos CS identifica claramente los principales signos y síntomas de una EO. Sin embargo, solo en un CS se auto-identifican como capacitados para atender una EO (aunque recalcan la insuficiencia de infraestructura y equipo), en el otro CS no se consideran capacitados. Los dos CS cuentan con una estrategia para la atención inmediata de la urgencia obstétrica, aunque aluden usarla poco, pues el Hospital de referencia se encuentra muy cercano.	Identifican de manera parcial los principales signos y síntomas de las urgencias obstétricas. Aunque se consideran capacitados para atender una EO, aluden no tener los medicamentos indispensables. Ningún centro de salud tiene una estrategia de atención inmediata a la EO, su única acción es la referencia a segundo nivel.
Valoración	$7/3 = 2.3$	$4/3 = 1.3$

Parámetros organizacionales

En cuanto a la provisión y disponibilidad de medicamentos, los hallazgos fueron relevantes según ámbito rural y urbano; pues mientras en San Cristóbal de las Casas (ámbito urbano) contaban con las llamadas “cajas rosas y guindas” para la atención inmediata de dos de las principales emergencias obstétricas (hemorragia y preeclampsia/eclampsia), en ninguno de los centros de salud aledaños al Hospital General de Palenque las tenían; incluso en uno mencionaron “no haberlas visto nunca”.

En general, la pauperización de los CS en Palenque es más marcada; con un desabasto importante de medicamentos e insumos; infraestructura en decadencia; la luz falla mucho, así como el agua, lo que no garantiza una atención adecuada para las mujeres.

En un CS de Palenque (Chocoljaito) se mencionó que “ni sábanas ni tijeras tenemos”. Mientras que en el CS Río Chancalá, también aledaño a Palenque, comentan que hace aproximadamente tres años si se atendían partos, pero que se dejó de hacer. Este centro de salud es espacioso, cuenta con una sala de partos que ahora utilizan como bodega.

Ninguno de los CS, tanto de San Cristóbal como de Palenque, cuenta con enfermeras obstetras²⁹ o parteras técnicas/profesionales disponibles para la atención prenatal. Todos los CS laboran únicamente de lunes a viernes, con uno o dos turnos.

En cuanto al sistema de referencia, las disparidades urbano-rural vuelven a ser importantes, pues mientras que los CS de San Cristóbal tienen su hospital de referencia a menos de 10 minutos de traslado; en Palenque es alrededor de una hora, comentando los y las entrevistadas que el traslado sale muy costoso para las mujeres, de \$350-400 pesos cada que tienen que ir, ya sea a solicitar estudios de laboratorio o a atenderse el parto. Del mismo modo, ningún CS cuenta con ambulancia – aunque uno de ellos, en San Cristóbal de las Casas, cuentan con un vehículo tipo Van gestionado por el CS y el municipio. En los CS urbanos cuentan con internet y teléfono funcionando correctamente, mientras que los de Palenque solo cuentan con internet pero refieren que “falla mucho”. Si tradujéramos esta valoración, en general, en este componente los C.S. de San Cristóbal de las Casas obtienen un verde (óptimo) y los de Palenque rojo (insuficiente).

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CUMPLIMIENTO DE PARÁMETROS ORGANIZACIONALES		
VARIABLES	San Cristóbal de las Casas	Palenque
Disponibilidad de recursos (medicamentos e insumos, según lo dictado por la NOM 007)	En ambos CS tienen disponibles las cajas rosas y guindas. Comentan que no siempre tienen provisión de todos los medicamentos, pero si tratan de estar al 100%.	En ninguno de los tres centros de salud tenían disponibles cajas rosas y guindas. Reportan desabasto general de medicamentos e instrumental médico.
Infraestructura física	Ningún CS cuenta con sala de partos. Ambos cuentan con las condiciones mínimas de agua, energía y eliminación de desechos.	Ningún CS cuenta con sala de partos. Dos de los tres CS reportaron no tener las condiciones mínimas de agua y energía, con drenaje roto y la luz algunas veces funcionando y otras no.

²⁹ En entrevista con el director del C.S T-III San Cristóbal de las Casas, mencionó que actualmente tienen contratada una enfermera obstetra pero que cumple funciones de enfermería general, pues por “código laboral” las LEO debieran laborar en el nivel hospitalario.

Disponibilidad de personal	Ninguno de los dos CS cuenta con enfermeras obstétricas o parteras profesionales disponibles para la atención prenatal. En un CS mencionan tener el personal suficiente según su carga de trabajo mientras que en otro resulta ser insuficiente; en este último atienden a más de 70 mil habitantes y al momento de la entrevista tenían un censo de 441 mujeres embarazadas.	Ningún CS cuenta con personal de enfermería en obstetricia ni parteras profesionales. Todos tienen un médico general como encargado pero que labora únicamente de lunes a viernes en un solo turno (matutino).
Sistema de referencia (ambulancia, teléfono, etc.)	Ningún CS cuenta con ambulancia; sin embargo uno de ellos ha adquirido una camioneta tipo Van para traslados de urgencias. Cuentan con teléfono e internet funcionando correctamente. El hospital al que refieren se encuentra a menos de 10 minutos de traslado.	Ningún CS tiene ambulancia o algún medio de transporte disponible. Dos tienen internet pero "falla mucho". El tiempo de traslado al Hospital de Palenque es de 45 minutos a 1 hora en auto.
Valoración	10/4= 2.5	4/4= 1

Parámetros de trato interpersonal

Ninguno de los CS, pese a atender población hablante de lengua indígena, cuenta con personal contratado como traductor; aunque se apoyan de personal que cumple otras funciones pero que, al ser de la misma comunidad, es bilingüe.

En cuanto a la “gratuidad” de los servicios, en todos los CS mencionan que, aun cuando las mujeres cuentan con Seguro Popular, en la mayoría de las ocasiones tienen que pagar por los estudios de laboratorio y los ultrasonidos requeridos en las consultas prenatales, ya que los Centros de Salud no se los proporcionan. En el caso de las mujeres de los CS de Palenque el gasto es aún mayor pues se tienen que trasladar a la cabecera municipal por estos estudios y el pasaje, como se mencionó anteriormente, ronda los 300 pesos. En este componente, tanto los CS de San Cristóbal como los de Palenque presentan un desempeño medio (amarillo).

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CUMPLIMIENTO DE PARÁMETROS DE TRATO INTERPERSONAL		
Variables	San Cristóbal de las Casas	Palenque
Interculturalidad	No cuenta con personal traductor en lengua indígena.	No cuenta con personal traductor en lengua indígena.
Gratuidad de los servicios	Si, solo algunas veces pagan algunos estudios de laboratorio.	Si, aunque generalmente pagan los estudios de laboratorio y ultrasonidos requeridos en las consultas prenatales, aunque cuenten con "Seguro Popular".
Valoración	3/2= 1.5	3/2=1.5

➤ Segundo nivel de atención:

Parámetros técnicos

Tanto el Hospital de la Mujer de San Cristóbal de las Casas como el General de Palenque reportan insuficiencia de medicamentos y de personal para la atención del parto; sin embargo, en Palenque es más acentuado pues debido a su saturación, ya no otorgan consulta externa (atención prenatal) a las mujeres identificadas con embarazos de alto riesgo desde las consultas prenatales; lo que implica una contradicción con la política de atención con enfoque de “riesgo”, en la que los embarazos riesgosos debe canalizarse primordialmente a segundo nivel; lo que ocasiona, en palabras del entrevistado “que en cualquier momento lleguen pero ya con una urgencia obstétrica”.

(...) como no tenemos mucho personal de ginecología, como deberíamos atender solo emergencias, actualmente no se están dando citas de control. [Las mujeres] llegan únicamente para la atención del parto y de una complicación (...) a los embarazos de alto riesgo no se les da seguimiento por la falta de personal. Lo que hace que en cualquier momento lleguen pero ya con una urgencia obstétrica.³⁰

³⁰ Entrevista a personal de ginecología del Hospital de Palenque, martes 20 de marzo de 2018.

En el Hospital de la mujer de San Cristóbal de las casas (ámbito urbano), conocen y tienen a la mano la NOM 007 y las Guías de Práctica Clínica (GPC); mientras que en el Hospital General de Palenque, el personal entrevistado (médico ginecólogo encargado del área de parto) no supo identificar dicha norma, a pesar de ser la que regula la atención del embarazo, parto y puerperio. En cuanto a las GPC mencionó que existen en la “normoteca” pero que no son utilizadas por el personal.

El personal de ambos hospitales recibió capacitación referente a atención del parto y emergencias obstétricas en los últimos doce meses. En cuanto a la capacidad, tanto del personal como de la infraestructura e insumos de los hospitales, la entrevistada del Hospital de la mujer en San Cristóbal de las Casas, mencionó que el personal si tiene la capacidad y los conocimientos para atender una EO; además tienen una estrategia para su atención inmediata (el *triage* obstétrico), tal como lo indica la normatividad. En Palenque, por el contrario, aunque se alude que el personal está capacitado para atender alguna EO, se insiste en que no tienen los insumos necesarios, y éstos muchas veces tienen que solicitarlos a las pacientes; lo que implica una dilación para otorgar atención, cuando atender una EO tiene que hacerse con oportunidad. En ese hospital no tienen una estrategia para la atención inmediata de la EO.

En este componente, el Hospital de San Cristóbal de las Casas obtiene una valoración verde (óptima), mientras que Palenque amarilla (mediana).

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CUMPLIMIENTO DE PARÁMETROS TÉCNICOS		
Variables	San Cristóbal de las Casas	Palenque
Protocolos de atención y conocimiento de las principales normas y Guías de Práctica Clínica	En el hospital conocen y tienen a la mano la NOM 007 y las Guías de Práctica Clínica.	El personal entrevistado (médico ginecólogo que otorga atención al parto) no supo identificar la principal norma en materia de atención del embarazo, parto y puerperio (NOM 007). En cuanto a las GPC menciona que existen en la "normoteca" pero que no son utilizadas por el personal.
Personal “calificado” para la atención del	El personal del hospital ha recibido en el último año capacitaciones en las principales complicaciones obstétricas.	El personal de salud ha recibido capacitación referente a atención del parto y emergencias obstétricas en los últimos doce meses. No utilizan algún formato para evaluar

parto eutócico y para identificar factores de riesgo	Utilizan un formato para evaluar los riesgos obstétricos.	riesgos obstétricos debido a que no otorgan citas de control prenatal de ningún tipo (incluyendo embarazos de alto riesgo) pues no cuentan con el personal suficiente; el disponible solo atiende partos, lo que hace que estos embarazos lleguen en cualquier momento a urgencias. El personal de salud es capaz de identificar los principales factores de riesgo que se evalúa en las consultas prenatales; en cuanto a la hemorragia posparto mencionó algunos parcialmente.
Personal “calificado” con Capacidad resolutive de la atención (básica e integral) de la Emergencia Obstétrica	La entrevistada comenta que el personal de salud del Hospital tiene la capacidad y los conocimientos para atender EO. Tienen una estrategia para la atención inmediata de la EO: se manejan por el TRIAGE Obstétrico	El personal de salud identifica claramente algunos de los principales signos y síntomas de la urgencia obstétrica. Se considera capacitado para atender alguna EO, sin embargo recalca que no tienen los insumos necesarios, estos muchas veces tienen que solicitarlos a las pacientes. En el hospital no tienen una estrategia para la atención inmediata a la EO.
Valoración	9/3=3	6/3=2

Cumplimiento de parámetros organizacionales

En el Hospital de la mujer de San Cristóbal, se menciona que aunque si tienen disponibilidad de cajas rosas y guindas para la atención de EO, también tienen “algo” de desabasto en algunos medicamentos, tanto para la atención del parto normal como de EO. Por otro lado, en Palenque, no se garantiza la existencia de los insumos que deben contener las cajas rosas y guindas, además de un desabasto general de insumos y medicamentos, la mayoría de los cuales tienen que solicitárselos a las y los pacientes.

En ambos hospitales tienen sala de partos con todo lo necesario, sin embargo, no garantizan privacidad, debido a que muchas personas – generalmente prestadores de servicio social y becarios- entran y salen sin el consentimiento de las pacientes. Del mismo modo, ninguno de los dos cuenta con espacios de deambulaci3n. En el caso del Hospital de Palenque, la persona entrevistada mencion3 lo siguiente:

“tenemos cuatro camas censables para la atención del parto, pero otras veces tenemos cuatro camillas o más donde tenemos pacientes. Otras veces están sentadas en los pasillos...”³¹

Ambos hospitales cuentan con enfermeras obstétricas, ginecólogos y anestesiólogos disponibles las 24 horas los 7 días de la semana; sin embargo, en ambos casos se resalta que el personal, sobre todo de ginecología, es insuficiente respecto a la carga de trabajo y tipo de atención que ofrecen; en el caso de Palenque, se menciona que necesitarían, al menos, un ginecólogo más en cada turno de trabajo para poder otorgar consulta externa a las mujeres con embarazos de alto riesgo.

Ambos hospitales cuentan con servicio de ambulancia disponible los 365 días del año; en el caso de Palenque se menciona que, sin embargo, muchas ocasiones piden a los familiares de las pacientes que paguen la gasolina.

El hospital de referencia de San Cristóbal es el Hospital de Las Culturas que se encuentra a solo 5 kilómetros de distancia, o el Gómez Maza, ubicado en la ciudad de Tuxtla, que se encuentra a 45 minutos de traslado. En Palenque, las distancias son mayores, pues el hospital de referencia más cercano se encuentra a dos horas, ubicándose en Tabasco; sin embargo, por ser jurisdicción de otra entidad federativa, algunas veces ocasiona problemas con la recepción de la paciente. Así, la valoración que obtiene el Hospital de San Cristóbal de las Casas en cuanto a parámetros organizacionales es de verde (óptimo), mientras que la de Palenque es de amarillo (medio).

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CUMPLIMIENTO DE PARÁMETROS ORGANIZACIONALES		
Variables	San Cristóbal de las Casas	Palenque
Disponibilidad de recursos (medicamentos e insumos, según lo dictado por la NOM 007)	Tienen disponibilidad de cajas rosas y guindas. Sin embargo, tienen algo de desabasto en algunos medicamentos tanto para la atención del parto normal como de urgencias obstétricas.	Según el informante, el hospital no garantiza la existencia de los insumos que deben contener las cajas rosas y guindas. En general hay desabasto de insumos y medicamentos, muchos se los solicitan a los pacientes.
Infraestructura física	Tienen sala de partos con todo lo necesario, y privacidad en ellas. Cuentan con los medios de esterilización y condiciones mínimas de agua, energía y eliminación de desechos.	Tienen sala de partos con todo lo necesario. Sin embargo, no garantizan privacidad, debido a que muchas personas - generalmente prestadores de servicio social y becarios- entran y salen sin el consentimiento de las pacientes.

³¹ Entrevista a personal de ginecología del Hospital de Palenque, martes 20 de marzo de 2018.

		No existen espacios de deambulaci3n, se supone que tienen cuatro camas censables para la atenci3n del parto, pero otras veces incluyen cuatro camillas o m1s donde tienen pacientes. Algunas veces est1n sentadas en los pasillos. El hospital cuenta con las condiciones m3nimas de esterilizaci3n; as3 como de agua, energ3a y eliminaci3n de desechos.
Disponibilidad de personal	El hospital cuenta con enfermeras obst3tricas, ginec3logos y anestes3logos disponibles las 24 horas del d3a, los siete d3as de la semana. Sin embargo, recalca que el personal de salud es insuficiente respecto a su carga de trabajo y tipo de atenci3n que ofrecen.	Cuenta con enfermeras obst3tricas, no as3 parteras profesionales. Tienen m3dicos generales disponibles 24 hrs. los 7 d3as de la semana. Tienen ginec3logos disponibles las 24 hrs. los 7 d3as de la semana; sin embargo no son suficientes para la carga de trabajo, necesitar3an uno m1s por cada turno de trabajo para otorgar consulta externa
Sistema de referencia (ambulancia, tel3fono, etc.)	El hospital cuenta con servicio de ambulancia disponible los 365 d3as del a3o; del mismo modo, cuentan con tel3fono con el que se comunican con otros establecimientos. Su hospital de referencia es el de Las Culturas, en primer lugar, que se encuentra cerca (5km aprox.), despu3s sigue el "G3mez Maza" ubicado en la ciudad de Tuxtla Guti3rrez a 45 minutos aproximadamente, o al Hospital de Comit1n, ubicado a dos horas de traslado.	El hospital cuenta con ambulancia, sin embargo, muchas ocasiones les piden a los familiares que paguen la gasolina. El hospital al que refieren se encuentra a dos horas; sin embargo es en otra entidad (Villahermosa, Tabasco) lo que llega a ocasionar problemas en la referencia; el que le corresponder3a es Tuxtla, que est1 a m1s de cuatro horas.
Valoraci3n	10/4=2.5	7/4=1.75

Cumplimiento de par1metros de trato interpersonal

En ninguno de los dos hospitales dan atenci3n con pertinencia cultural y/o de parto humanizado, precisamente por la falta de espacio para, por ejemplo, permitir la deambulaci3n de la mujer durante el trabajo de labor o la permisividad de que la acompa3e alg3n familiar.

Tanto San Crist3bal de las Casas como Palenque atienden a poblaci3n hablante de alguna lengua ind3gena; sin embargo, solo en el primer caso, cuentan con personal contratado como traductor.

Como se mencionó anteriormente, todos los CS a partir de la semana 36-37 otorgan la referencia a las mujeres para que se dirijan al hospital; sin embargo, en Palenque los incentivos para ir son menores, pues implica gastos de bolsillo importantes: primero por el traslado (tratándose de labor de parto, pueden pasar varias horas para que la mujer se encuentre ya en fase expulsiva, que es cuando la atienden, si aún no está lista la regresan todas las veces necesarias), después porque para atenderlas les piden prácticamente todos los insumos, desde oxitocina, hasta guantes y bata para el médico.

En suma, tanto el Hospital de San Cristóbal de las Casas como el de Palenque, obtienen una valoración de amarillo (medio), aunque se resalta que en el primero si tienen contratado personal traductor intercultural, lo que es un elemento necesario para garantizar la accesibilidad y aceptabilidad de la atención.

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CUMPLIMIENTO DE PARÁMETROS DE TRATO INTERPERSONAL		
Variables	Resultados SCLC Segundo Nivel	Palenque
Buenas prácticas para promover un parto humanizado	En el hospital no hay espacio para la deambulaci3n y libertad de movimiento para la mujer parturienta; tampoco se permite el acompa1amiento de la mujer durante el trabajo de parto ya que "no hay condiciones". En cuanto a la permisividad para ingerir lquidos durante el trabajo de parto, la entrevistada arguye que "generalmente dejan a las mujeres en ayuno, pues se tienen las mismas precauciones que para cualquier otra cirugía"	No permiten la deambulaci3n de la mujer, al no existir el espacio para hacerlo. No permiten el acompa1amiento de alg3n familiar de la mujer al no existir espacio. No realizan la entrega inmediata del reci3n nacido a la madre. No permiten ingerir lquidos a las mujeres durante el trabajo de parto, "la indicaci3n es en ayuno". Tampoco se les permite colocarse en la posici3n que mejor deseen para expulsar al beb3.
Consentimiento informado	Entregan consentimiento informado a las mujeres sobre los tratamientos y maniobras que les harán.	Entregan consentimiento informado a las mujeres sobre los tratamientos y maniobras que les harán.
Interculturalidad	El hospital atiende mujeres hablantes de lengua indígena; por lo que si tienen contratados a dos traductores	A pesar de atender poblaci3n hablante de lengua indígena, no cuentan con personal contratado como traductor; aunque se apoyan de personal que, aún no siendo sus funciones, puede traducir.
Gratuidad de los servicios	La entrevistada alude a que todos los servicios son gratuitos.	Prácticamente todos los insumos y medicamentos para atenci3n del parto les solicitan a las mujeres.
Valoraci3n	9/4= 2.25	7/4=1.75

Los hallazgos anteriores son un botón de muestra de las consecuencias que la política de parto hospitalario tiene sobre la calidad de la atención del embarazo y parto en el primer y en el segundo nivel de atención, con claras diferencias según el entorno urbano y rural. Así, y siguiendo las dimensiones del derecho a la protección a la salud; los servicios de primer nivel ofrecen una calidad baja cuando el personal que labora en ellos no tiene conocimiento pleno de la normatividad que debiera regir su labor, así como el hecho de que, principalmente en el sector rural, el personal de los centros de salud haya dejado de recibir capacitación en EO.

Del mismo modo, en términos de la disponibilidad, ningún CS labora jornadas completas los siete días de la semana, tampoco ofrecen disponibilidad completa de medicamentos, con especial énfasis en los botiquines dispuestos para las emergencias obstétricas. En cuanto a la accesibilidad, se observa que los servicios no son completamente accesibles en términos financieros pues, pese a que la mayoría de mujeres que asisten a sus controles prenatales cuentan con seguro popular, tienen que pagar los estudios de laboratorio y ultrasonidos requeridos, pues ninguno de los CS evaluados, tanto del ámbito urbano como rural, los ofrecen. En términos de aceptabilidad, a pesar de que buena parte de la población de Chiapas y, en particular de los entornos evaluados, es hablante de alguna lengua indígena, ninguno de los centros de salud cuenta con personal contratado como traductor, lo que puede impedir otorgar servicios culturalmente adaptados.

En cuanto al segundo nivel de atención, el hallazgo principal es la saturación de los servicios para la atención del parto, con una marcada diferencia entre el entorno urbano y el rural; ya que el personal entrevistado en Palenque insiste en que por la “saturación” no tienen los medicamentos ni el personal suficiente, ya que, además, reciben pacientes de varios municipios aledaños (más de 15 municipios), en los que, a pesar de que cuentan con hospitales del IMSS (como es el caso de Yajalón), esos hospitales están en peores condiciones por lo que terminan refiriendo a Palenque.

En ambos entornos, en términos de disponibilidad, resalta la insuficiencia de personal de salud respecto a su carga de trabajo y tipo de atención que ofrecen. Debido a que se envían todos los partos, sin distinción de su gravedad, en el Hospital de Palenque ya no se están otorgando consultas externas a las embarazadas identificadas de alto riesgo obstétrico, se necesitaría personal de ginecología extra para estas pacientes. Del mismo modo, en términos de disponibilidad, ambos Hospitales reportan insuficiencia de insumos y medicamentos necesarios para otorgar atención a

emergencias obstétricas, más marcada en Palenque, donde piden incluso batas para los médicos a las pacientes.

Esto último, se combina con la poca accesibilidad financiera, pues las mujeres tienen que ejercer gastos de bolsillo considerables, pese a la supuesta gratuidad de los servicios que en papel el Seguro Popular les ofrece. También la accesibilidad geográfica se ve minada, en el caso de Palenque en tanto entorno rural, pues es unidad de referencia de comunidades bastante alejadas. En tanto la aceptabilidad, ninguno de los hospitales ofrece atención del parto respetuoso ni humanizado, al no permitirles la deambulaci3n, por ejemplo, principalmente por que la infraestructura disponible no se los permite, debido a la saturaci3n de las salas de parto; as3 como tampoco existe permisividad para estar acompa1adas, no promueven el apego inmediato con el beb3, o parir en la posici3n que las mujeres deseen.

4.4. Las pol3ticas de salud materna y el parto hospitalario ciegas al enfoque de equidad, DD.HH., g3nero e interculturalidad.

La estrategia de parto hospitalario, como se mostr3 con los indicadores sociodemogr3ficos y en los hallazgos en observaci3n en campo, no promueve la equidad sanitaria, sino lo contrario, al no reconocer los determinantes sociales que subyacen a realidades como las de las mujeres chiapanecas, ni mucho menos, reconocer las necesidades particulares de sus contextos culturales, as3 como otros ejes de desigualdad. Por lo que la pol3tica de atenci3n materna, centrada en la atenci3n hospitalaria del parto no ha tenido, ni tendr3, los resultados planteados en t3rminos de reducci3n de la mortalidad materna.

La estrategia de parto hospitalario tampoco es respetuosa ni promotora de los DSR de las mujeres chiapanecas, principalmente por ser ciega a estos derechos y tener el prop3sito de “reducir la muerte materna” como un objetivo instrumental, dictado por los compromisos internacionales y no por contemplar a las mujeres como sujetas de estos derechos, amplios, interrelacionados y complejos, y as3 reconocer que la muerte materna es la consecuencia del incumplimiento de la garant3a a una salud sexual y reproductiva plena y universal.

Del mismo modo, esta pol3tica ha sido ciega a un enfoque de g3nero y de interculturalidad, al abstraer los objetivos y estrategias de realidades y contextos espec3ficos de las mujeres rurales, ind3genas, empobrecidas, que residen en Chiapas y en las otras dos entidades que hist3ricamente han presentado mayores niveles de muerte materna (Oaxaca y Guerrero).

Para fortalecer el argumento, resulta útil analizar cómo ha sido construido el actual Programa de Salud Materna y Perinatal (PAE SMP) desde una perspectiva de evaluación de diseño del programa, para lo cual nos apoyamos en la *Guía para evaluar programas con perspectiva de género, derechos humanos e interculturalidad* de ONU Mujeres (ONU Mujeres, 2013) la cual sugiere que, en términos de evaluación, los programas sean analizados para discernir el cumplimiento de la teoría de cambio en que se sustenta la intervención con respecto a la vigencia de los derechos humanos, o al cambio en las relaciones de poder entre poblaciones en situación de vulnerabilidad, de modo tal que analizar la teoría de cambio del programa mediante sus objetivos e indicadores planteados nos permite ver, al menos desde el diseño de la intervención, cómo son articulados desde una perspectiva de género, derechos humanos e interculturalidad.

Así, en la identificación de la problemática, en el PAE SMP se lee:

En el caso de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, sus efectos son devastadores, debido a que la madre juega un papel estratégico en la reproducción social, por lo que su ausencia temporal o permanente disminuye o elimina sus contribuciones económicas, sociales y afectivas al hogar y a la sociedad, a la vez que la supervivencia y la educación de sus hijos se ven seriamente amenazadas (pág. 15).

En estas líneas se puede observar una falsa perspectiva de género al otorgar valía a las mujeres no por su condición de sujetas de derechos, sino por el papel que la sociedad patriarcal y heteronormativa le ha otorgado como cuidadora y soporte de la familia.

Del mismo modo, en el apartado de “Retos”, establece la necesidad de mejora de la calidad de la atención con “perspectiva de género e interculturalidad y derechos humanos”, para lo que vale preguntarse ¿cómo, entonces, el programa plantea hacer frente a este reto? Claramente, estos retos y objetivos, debieran tener estrategias y líneas de acción que coadyuvaran de manera directa a su consecución así como indicadores de cumplimiento.

En el apartado V.1. Objetivos, Estrategias y Líneas de acción, el Programa identifica que:

(...) el acceso de la atención a **grupos de alta marginación, adolescentes y población de alto riesgo** es una de las prioridades ya que, la evidencia científica ha determinado que las mayores tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal se encuentran en estos grupos (pág. 61).

Después de esta afirmación se establecen los dos objetivos del programa:

1. Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos;

2. Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con **enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo** (pág. 61)

Sin embargo, las estrategias y líneas de acción que más adelante se establecen no muestran una relación directa en tanto “teoría del cambio” ni “causalidad”, es decir, no se explicita un modelo lógico que articule objetivos, insumos, productos, resultados e impactos esperados. Del mismo modo no define con claridad a qué se refiere con “grupos de alta marginación y de riesgo”, lo cual resulta necesario si se quieren focalizar los esfuerzos y, sobre todo, identificar los contextos de estas poblaciones para que las intervenciones sean realmente efectivas.

Así, por ejemplo, se establece como Estrategia 1.1, línea de acción 1.1.3 “Promover, mantener y mejorar la salud de las embarazadas y de sus recién nacidos con un enfoque intercultural y género”, más no hay explicitación alguna en qué del enfoque intercultural y de género se va a abordar ni cómo.

Lo mismo se puede observar en los seis indicadores que el programa establece para su monitoreo y evaluación. Como se observa en el recuadro siguiente, son más bien indicadores genéricos que no tienen relación alguna con lo establecido anteriormente en tanto, por ejemplo, no están en función de poblaciones específicas, no hay alguna alusión a los DSS, a grupos culturales específicos, etcétera.

Tabla 5. PAE Salud Materna y Perinatal 2013-2018. Objetivos e Indicadores		
Objetivo	Indicador	Descripción
Objetivo 1 Propiciar el acceso universal de mujeres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal, a servicios de calidad y respetuosos.	Porcentaje de embarazadas atendidas en el primer trimestre gestacional	El indicador mide indirectamente a nivel institucional la calidad en la promoción y conocimiento de la mujer en la importancia de acudir al cuidado de su embarazo en forma temprana y oportuna para la prevención de complicaciones.
	Cobertura de Tamiz Neonatal	El indicador mide la calidad en la atención de los recién nacidos para la prevención de defectos congénitos metabólicos a nivel institucional.
	Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer	El indicador mide indirectamente la calidad en la atención durante el control prenatal a nivel institucional.

Objetivo 2 Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo.	Razón de mortalidad materna	El indicador mide indirectamente la efectividad de las acciones de prevención y atención oportuna de complicaciones en mujeres embarazadas, parturientas y puérperas de acuerdo con la normatividad aplicable.
	Tasa de mortalidad neonatal	El indicador mide indirectamente la efectividad de las acciones de prevención y atención oportuna en los menores de 28 días de edad de acuerdo con la normatividad aplicable.
	Porcentaje de partos atendidos a nivel institucional	El indicador mide indirectamente la calidad en la atención de partos a nivel institucional.

Fuente: Secretaría de Salud, Programa de Acción Específico en Salud Materna y Perinatal, 2012-2018

Con lo anterior, se observa que, pese a que los programas de salud materna y perinatal con miras a reducir la mortalidad materna han venido declarando la necesidad de llevar a cabo acciones con perspectiva de género, derechos e interculturalidad, lo que en efecto se da es una distancia discursiva entre estos programas y la realidad de las acciones llevadas a cabo; en específico de la estrategia del parto hospitalario, que en la práctica no es sensible a la perspectiva de género, de derechos sexuales y reproductivos ni de interculturalidad, según los hallazgos en trabajo de campo, relatados anteriormente.

4.5. Conclusiones

Las políticas públicas en general debieran identificar las inequidades por género, etnia, condición socioeconómica, etc., es decir, cuando las causas de las desigualdades están relacionadas a disposiciones sociales modificables. Lo anterior implicaría reconocer las dificultades que las mujeres como las chiapanecas tienen para recibir una atención prenatal oportuna, disponible y de calidad: primero, superar la barrera de asistir a las consultas (pues implicaría pedir permiso a su esposo o familiares, dejar de lado las tareas reproductivas, o pedir dinero para el traslado); además de que las consultas prenatales son otorgadas en su mayoría por prestadores de salud que no son sensibles a los contextos sociales y culturales de los que las mujeres provienen.

La estrategia de salud del parto, que promueve el parto hospitalario por sobre otro tipo de atención, es ciega de los determinantes sociales y de salud del género, pues las mujeres para trasladarse a un hospital tienen que recurrir a gastos de bolsillo que muchas de las veces son inaccesibles (porque

no cuentan con dinero propio), tanto para acudir por estudios de laboratorio como ya al momento del parto. Además de no considerar pertinencia cultural para la atención del parto, negándoles la posibilidad de ser acompañadas por su partera o por algún familiar, de disponer de un traductor o de parir en la posición que mejor deseen, tal como lo indica la normatividad (NOM 007).

Reconocer lo anterior implica reconocer que de las inequidades más marcadas en nuestros sistemas económicos y socio políticos, son también aquellas derivadas de las desigualdades de género, que discriminan a las mujeres y a personas diferentes a las reconocidas por el sistema patriarcal y heteronormado y las colocan en posiciones y situaciones de mayor vulnerabilidad.

Un elemento crucial para lograr que las mujeres ejerzan su derecho a la salud es la visibilización y redefinición de las relaciones de poder en que se sustenta la discriminación por género. Sin embargo, y según lo que hemos dicho sobre los determinantes sociales en salud, las inequidades de género no afectan por igual a todas las mujeres; sino que se ven, a la vez, mediadas por diversas condiciones como la situación de clase, la escolaridad, la etnicidad, entre otras.

El peso del género, como otras condiciones sociales, no funciona aisladamente (Baca Zinn y ThorntonDill, 1996), por lo que las mujeres empobrecidas, campesinas, negras, indígenas, o las que optan por alguna otra identificación sexo-genérica distinta a la heteronormativa, tendrán mayores posibilidades de sufrir vulneraciones en su derecho a la salud y en el resto de derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos.

En el caso de la estrategia del parto hospitalario al ser desplegada como una estrategia a nivel nacional que homologa los contextos y abstrae realidades específicas, da cuenta de que ésta reproduce las inequidades en salud y las vulneraciones en los derechos de las mujeres chiapanecas, la mayoría de ellas indígenas y empobrecidas.

Capítulo 5. Reflexiones para el planteamiento de una nueva hipótesis de acción-solución: hacia el fortalecimiento del primer nivel de atención con perspectiva de derechos.

En el capítulo anterior se discutió sobre las consecuencias que el parto hospitalario tiene para la calidad de la atención ofrecida, debido, principalmente, a la saturación de los servicios por concentrar casi la totalidad de partos en este nivel; aunado a un nulo fortalecimiento en términos de infraestructura hospitalaria, medicamentos y personal.

El parto hospitalario, así, está enmarcado en una visión estrictamente biomédica, hospitalocéntrica y sobremedicalizada, lo que también tiene consecuencias para la salud de las mujeres pues se ha demostrado que el uso excesivo de tratamientos que fueron diseñados originalmente para tratar complicaciones exponen a las mujeres a los efectos de intervenciones innecesarias usadas rutinariamente, incluyendo la limitada movilidad en trabajo de parto, episiotomía y cesáreas (Renfrew et al., 2014).

La contraparte de esta política, es la pauperización del primer nivel de atención, que pese a ser el nivel más cercano a las mujeres, se encuentra prácticamente limitado para ofrecer atención del parto o de atención básica de la emergencia obstétrica al, tampoco, contar con medicamentos, personal capacitado ni sistemas de referencia efectivos.

Estas consecuencias, como también se discutió, tienen mayor impacto en entidades como Chiapas, con alta ruralidad, presencia de población indígena y marginación social, lo que conlleva a profundizar las inequidades en salud de por sí ya existentes. Además, si se acerca el lente a niveles sub-estatales, estas disparidades se vuelven más marcadas; tal como lo demostrado según contexto urbano o rural en trabajo de campo.

Otro de los hallazgos en trabajo de campo, y no menos importante, es el proceso de criminalización del personal médico de primer nivel cuando llegan a enfrentarse a una situación que deriva en muerte materna, debido al no reconocimiento de las condiciones precarias en las que trabajan y bajo las que tienen que dar solución a estos casos de emergencias obstétricas, por lo que existe una renuencia, de entrada, a atender partos y/o emergencias obstétricas.

Del mismo modo, las parteras tradicionales – años atrás capacitadas con IMSS-Coplamar/Progresah han sido objeto de esta criminalización por lo que también han dejado de atender partos, su integración desde los centros de salud es más bien para mantenerlas “cautivas”.³² Se conoció de primera mano el caso de una partera indígena de la comunidad tzeltal de San Jerónimo Tulijá, Chilón, Chiapas, quien tuvo que atender una emergencia obstétrica que llegó a ella por no poder recurrir a tiempo al hospital y que derivó en muerte materna; tras lo cual declaraba que el apoyo mensual que recibía de Prospera -por su condición de ciudadana con ingresos bajos, que la hace población objetivo de dicho programa- le fue retirado discrecionalmente.³³

5.1. La Atención Primaria en Salud renovada como nuevo paradigma

Dado el diagnóstico anterior, es posible argumentar que se necesita un cambio de paradigma en la atención a la salud materna que, contrario al anterior, parta desde una perspectiva biopsicosocial más amplia y comprehensiva de los determinantes sociales en salud, pues se ha demostrado que la visión biomédica de simplemente otorgar atención medicalizada al parto no resulta completamente efectiva.

Además, en aras de promover una equidad sanitaria se hace necesario reconocer las particularidades territoriales, culturales y sociales de las mujeres más afectadas por la muerte materna, como las chiapanecas. Así, la interculturalidad en salud debe ser parte de este nuevo paradigma de política, definida como:

(...) la capacidad de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes, respecto a la salud y a la enfermedad, a la vida y a la muerte, y a los aspectos biológicos, sociales y relacionales, entendidos estos últimos no solamente con los entornos visibles, sino con la dimensión espiritual, cósmica de la salud (Cevallos y Amores, 2009: 13).

En general, las políticas públicas desde su diseño tienden a homogenizar a la población y a considerar al sistema de salud como un sistema cerrado, basado en los principios biomédicos de la medicina convencional/ occidental. El enfoque intercultural de la salud reconoce la importancia

³² Por ejemplo, en el Centro de Salud “Los Pinos” de San Cristóbal de las Casas, el personal encargado de atención materna mencionó que tienen un registro de las parteras “... para mantenerlas cautivas, que no vayan a andar atendiendo lo que no deben”. Mientras que en el Centro de Salud “San Cristóbal de las Casas” del mismo municipio, el personal entrevistado (director del CS), cuando se le preguntó sobre la identificación de los principales factores de riesgo en el embarazo respondió “... uno muy importante es atenderse con parteras, porque aquí aún hay mucha población indígena que se atiende con ellas”, lo que muestra una actitud estigmatizadora hacia ellas.

³³ Señora Ana María, 55 años. Se inició en la partería a los 17 años, capacitada por IMSS-COPLAMAR, quienes le “dieron su diploma”. Entrevista personal, 24 de marzo de 2018.

de caracterizar a la población y comprender las dimensiones de la pertenencia étnica, la cultura y la cosmovisión de los pueblos en la dinámica de salud.

Sin embargo, también es menester reconocer la interculturalidad en salud como un elemento central, y que no quede en simple declaración de intenciones, como ha sucedido y como sucede actualmente. Por lo que el enfoque de interculturalidad debe ir acompañado de objetivos, líneas de acción e indicadores claros que formen parte de una identificación de teoría del cambio que parta de reconocer las necesidades particulares de los pueblos indígenas.

Del mismo modo, para promover una equidad sanitaria, se hace necesario acercar los servicios de salud a estas mujeres que viven en contextos rurales y de difícil acceso, pues, como se mostró en el capítulo anterior, las unidades de segundo nivel de atención en Chiapas son pocas respecto a las necesidades de la población y se encuentran alejadas de ella; por lo que, además de la saturación ya aludida, en casos de presentarse una emergencia obstétrica, el traslado a estas unidades se vuelve una barrera de acceso.

Como también se discutió anteriormente, una política de salud materna con miras a la reducción de la mortalidad materna, tiene que pasar por un reconocimiento real de la salud como derecho y de la salud de las mujeres con perspectiva de género bajo la cual se reconocerían los factores estructurales que minan el acceso de las mujeres a la salud resultado del papel que el sistema hegemónico, patriarcal y heteronormativo les impone en esta sociedad.

Los elementos anteriores, podrían insertarse en un paradigma amplio de una renovación de la Atención Primaria en Salud (APS). Según se lee en la declaración signada en 1978 y que pretendía “Salud para todos en 2000” (Alma-Ata, 1978), la atención primaria de salud:

(...) es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

[...] se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y

trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

Por lo anterior, actores y organismos como la OMS han insistido en reforzar los sistemas basados en la APS cuyos principios centrales, y que continúan vigentes, son: accesibilidad, longitudinalidad, papel de puerta de entrada en el sistema, cobertura universal en base a las necesidades, equidad en materia de salud, participación comunitaria y enfoque intersectorial (Cobos, 2018).

Como se mencionó en el capítulo 3 de este trabajo, en México hubo visos de APS en los años ochenta, pero rápidamente fue transitada a una APS selectiva. Así, a principios de los años 80, la política nacional de salud, mediante COPLAMAR, estaba enfocada en expandir los servicios de salud del primer nivel, incluyendo partos, a través de una presencia creciente de médicos en las zonas rurales (COPLAMAR, 1982). Sin embargo, tras la crisis económica de los 80, el ajuste estructural y los procesos de reforma del Estado, la atención primaria pasó de integral a selectiva y de estrategia para fortalecer los servicios públicos y movilizar capacidades y recursos comunitarios, a justificación de paquetes básicos de atención para pobres (López Arellano, s.f.).

Con todo, se ha demostrado que la APS es esencial para mejorar la salud de los pueblos, que los países que disponen de una APS fuerte consiguen mejores niveles de salud, mayor satisfacción de la población con su sistema sanitario y menores costes del conjunto de los servicios. También se sabe que el nivel de salud es mejor en las zonas con mayor número de médicos de APS; que las personas que reciben cuidados preferentemente de médicos de APS son más saludables y que una buena APS se asocia con mejores indicadores de salud (Cobos, 2018). Así, según Starfield (1994), los países que tienen una atención primaria fuerte en general exhiben una mejor situación de salud y un menor gasto en este rubro.³⁴

Para ilustrar el funcionamiento de la APS y sus ventajas en la salud materna, el caso de la política de salud Chilena puede ser un ejemplo. Como se mencionó al inicio, Chile tiene una de las RMM más bajas de América Latina, comparado México con dicho país, se puede afirmar que ahora nos encontramos en el punto en el que Chile se encontraba hace 30 años.

³⁴ De modo que una APS débil incrementa los costes con una correlación $r = 0,61$ ($p < 0,001$) (Starfield, 1994)

En este país tienen un Modelo de Atención con enfoque familiar en la APS (Ministerio de Salud, 2005), el cual comenzó a aplicarse en forma sistemática a partir de la creación de los Centros de Salud Familiares (CESFAM), en el año 1997. Este modelo propone una atención centrada en las personas y familias y la aplicación de un enfoque biopsicosocial en reemplazo del tradicional enfoque biomédico. Además, propone la constitución de equipos de salud de cabecera que ofrezcan una atención personalizada y continuada, con énfasis en aspectos preventivos y con una fuerte participación de la comunidad.

La oferta de atención primaria en Chile se compone de una amplia y variada gama de establecimientos que otorgan una mayor cobertura de atención y, al mismo tiempo, buscando mejorar el acceso de la población rural a la atención de salud. Esta Red considera fundamentalmente establecimientos de dependencia municipal comenzando – de menor a mayor complejidad- por las Postas de Salud Rural, Centros de Salud Rural, hasta los Centros de salud familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de salud familiar (CECOSF) y Centros comunitarios de salud mental (CECOSAM). Mientras que el segundo nivel de atención se caracteriza por hospitales de mediana complejidad que luego derivan a los centros de alta complejidad.

Desde la perspectiva de la salud materna Chilena, la atención de la mujer en APS responde a etapas de vida, no únicamente al hecho reproductivo y es brindada por un personal de salud conocido como matrona/matrón.³⁵ Así, por ejemplo, en entrevista con una matrona³⁶ de un CESFAM de la comuna de Angol, Temuco, comenta que el papel de las matronas no se centra únicamente en la atención de las mujeres embarazadas, sino que realizan un seguimiento en todo el curso de vida: menarquia, adolescencia, planificación familiar, embarazo, parto y puerperio.

En cuanto a la atención prenatal, se enfocan en que todas las mujeres la reciban oportunamente y lo más pronto posible para detectar alguna anomalía recién iniciado el embarazo. En el caso de

³⁵ En este trabajo se habla indistintamente de matronería y partería, reconociendo, sin embargo, la carga de significado y contexto que tiene cada una de las denominaciones. Así, por ejemplo, tanto en Chile como Perú le llaman “matronas” a este personal de salud que tiene una capacitación formal de nivel universitario y no se refieren a las de origen tradicional. Del mismo modo, la literatura en lengua inglesa hace referencia a “*midwives*” y también, la mayoría de las ocasiones, excluyen a parteras técnicas y tradicionales. En México, el término partera se puede utilizar tanto para parteras tradicionales, técnicas (con entrenamiento de pocos años), o hasta enfermeras obstétricas. Sin embargo, se reconoce que los límites y alcances de la definición de lo que es, hace y el ámbito de acción de una partera es todo un debate que supera los objetivos de esta investigación.

³⁶ Entrevista personal realizada el 11 de mayo de 2018, CESFAM “Piedra del Águila” comuna de Angol, Temuco, Chile.

atención a poblaciones rurales, el equipo de los CESFAM se dirige una vez al mes a las postas, para revisión de los y las pacientes y realización de los estudios que *in situ* pueden realizar.

Los exámenes prenatales son completamente gratuitos, incluso los que se hacen en postas. Hay algunos exámenes que no se pueden realizar en postas, en esos casos, lo único que las mujeres tienen que gastar es el dinero de los pasajes para esos exámenes, pero son solo algunos. Muy diferente a la realidad rural mexicana en el que dichas pruebas se realizan únicamente en los hospitales pues los centros de salud no tienen la infraestructura, equipo ni personal necesario, por lo que, aunque la “gratuidad” del servicio está garantizada, las mujeres recurren a muchos gastos de bolsillo al trasladarse en continuas ocasiones hasta el hospital, lo que en muchas de las veces desincentiva que acudan por ellos.

Es así como, además de una APS más amplia, el papel de la matrona chilena parece ser un elemento crucial del éxito de la política en salud materna. En entrevista, por ejemplo, una matrona que labora en el CESFAM de Angol, Temuco, resalta el papel fundamental de este personal de salud:

(...) la confianza, la cercanía, ya que las mujeres a un ginecólogo pueden no decirle todo ya sea por temor o por desconocimiento, pues los especialistas utilizan términos muy técnicos que las mujeres no entienden, entonces ellas se sienten intimidadas muchas veces y la pesquisa no va a ser igual. Se forma todo un ciclo de confianza pues la matrona que atendió a una mujer, luego atenderá a la hija de esa mujer, por recomendación.³⁷

En este sentido, una serie publicada por *The Lancet* (Renfrew et al., 2014) muestra que las mujeres necesitan servicios proveídos de una manera respetuosa y por personal de quien sientan confianza, sea empático y amable, y que les provea cuidados personalizados a sus necesidades individuales. Particularmente, las mujeres necesitan de profesionales de la salud que combinasen habilidades y conocimientos clínicos con los del tipo interpersonal y cultural.

5.2. Incorporación de las parteras al sistema de salud: una figura cercana y con legitimidad comunitaria

Por lo anterior, en aras de un fortalecimiento del primer nivel de atención que esté en las condiciones de otorgar atención del parto con calidad y de dar atención básica a las emergencias obstétricas, que cuente con la disponibilidad suficiente de personal según la demanda de atención, es que parece resultar conveniente invertir en un profesional de la salud como el de la matronería en Chile: dedicado exclusivamente a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en todo su ciclo

³⁷ Entrevista personal, viernes 11 de mayo de 2018, CESFAM “Piedra del Águila”, comuna de Angol, Temuco, Chile.

de vida, capacitado y que, además, potencie los beneficios de ser un personal cercano a la población e investido de legitimidad comunitaria.

La misma serie de *The Lancet*, dedicada a la matronería (Renfrew et al., 2014) explica que la calidad de la atención no está directamente relacionada con la disponibilidad de recursos en un sistema de salud. Pese a su relativa riqueza, algunos países de ingreso alto, como los Estados Unidos, se ubican más abajo en el componente de salud del “Mothers Index 2013”, que países con mucha menor riqueza, como Polonia o Estonia. Aunque los niveles y tipos de riesgos relacionados con el embarazo, parto, posparto y puerperio difieren entre países y configuraciones, la necesidad de implementar mejoras efectivas, sostenibles y asequibles en la calidad de la atención es común a todos los países, y la partería es imperativa para este enfoque.

El análisis de *The Lancet* mostró que los resultados mejorados por la atención por matronas en cuatro países seleccionados (Burkina Faso, Camboya, Marruecos e Indonesia) incluyen la reducción de la mortalidad materna y neonatal, reducción de mortinatos, reducción del trauma perineal, reducción de nacimientos instrumentales,³⁸ reducción del uso de analgesia intra-parto, menos pérdidas severas de sangre, menos partos pretérmino, menos nacimientos de niños con bajo peso y menos hipotermia. El análisis también encontró aumentos del inicio espontáneo de trabajo de parto, mayores números de partos vaginales sin asistencia e incremento en las tasas de inicio y duración de lactancia materna. El estudio también destaca que las mujeres reportaron una mayor tasa de satisfacción con la atención en general y con el alivio de dolor en trabajo de parto, en particular, además, mejoras en la interacción madre-hija también fueron identificadas (Renfrew et al., 2014).

Según este reporte la matronería está asociada con un uso más eficiente de recursos y de mejora en los resultados cuando la atención es provista por matronas que han sido educadas, entrenadas y reguladas, y que a su vez, las parteras son solo efectivas cuando están integradas dentro del sistema de salud en un contexto de grupos de trabajo efectivos, mecanismos de referencia y recursos suficientes.

La serie de *The Lancet* concluye que, aunque se necesitan pruebas en más entornos, hasta el momento, la evidencia muestra que la atención de partería proporcionada por parteras es rentable,

³⁸Traducción libre de *Instrumental birth*

asequible y sostenible. El retorno de la inversión derivado de la educación y el despliegue de parteras comunitarias es similar al costo por muerte evitado por la vacunación. Además, muestra que donde los sistemas son consistentemente fortalecidos durante un largo periodo de tiempo, la inversión en matronas es una estrategia realista y efectiva para reducir la mortalidad materna, incluso en contextos con recursos limitados.

En línea con lo anterior, la ONU, junto con UNFPA y la Confederación Internacional de Matronas (ICM, por su sigla en inglés) han promovido la acción *Partería 2030*, partiendo de la premisa de que las mujeres embarazadas están bien de salud a menos que se presenten complicaciones, o signos de ellas, y que los servicios de partería brindan apoyo y atención preventiva con acceso a los servicios de urgencias cuando se requieren. De modo que se promueve los modelos de atención centrados en la mujer y dirigidos por parteras, que han demostrado generar mayores beneficios y ahorros que los modelos de atención medicalizados (ONU, UNFPA, & ICM, 2014).

Resalta que *Partería 2030* se centra en el aumento de la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios y los proveedores de salud, mediante la partería como estrategia que implica mucho más que la atención de la mujer durante el parto: promueve la atención centrada en la mujer y el bienestar de la mujer en sentido más amplio, tal como, por ejemplo, se mostró más arriba con los hallazgos en el caso chileno.

En México, aunque desde hace mucho tiempo existen parteras tradicionales -algunas capacitadas por ciertos programas gubernamentales- y algunas parteras técnicas y profesionales, sus funciones no son claras y tampoco están insertas totalmente en el sistema de salud. A nivel subnacional, algunas entidades han ensayado la incorporación de parteras en el sistema de salud (Guerrero es un ejemplo); sin embargo, no son claras sus funciones, y la política tampoco es clara y explícita.

Así, por ejemplo, en la recién revisión de la *Norma Oficial Mexicana 007, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y la atención de la persona recién nacida* se hace referencia explícita a las parteras como prestadoras calificadas para la atención del parto de bajo riesgo obstétrico, sin embargo, no existe mayor definición sobre su ámbito de competencia y acción.

Del mismo modo, tampoco existe una prohibición explícita para la práctica de la partería; no obstante, las existentes encuentran pocos lugares donde laborar en el actual sistema de salud,

debido, sobre todo a la promoción del parto hospitalario y a la noción de que “personal calificado” abarca solamente a médicos.

En el segundo informe sobre *El Estado de las parteras en el mundo. Retos y avances para México* (Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, 2014) se da cuenta de la existencia de 78 parteras profesionales en el país.³⁹ En este reporte se estimaba que en nuestro país tan solo se satisfacía el 61% de la demanda de profesionales de la salud disponibles para la atención de la salud materna – sin tomar en cuenta inequidades locales, claro está- bajo lo cual recomienda una mayor inversión en el desarrollo de la partería.

Un estudio reciente de la fundación MacArthur (Atkin, Keith-Brown, Rees, & Sesia, 2017) analiza el desenvolvimiento de las parteras que pudieron ubicar⁴⁰ que laboran actualmente en el sistema de salud a nivel nacional, basado en el cumplimiento o no de algunas prácticas basadas en evidencia⁴¹ y según si se desempeñan en el primer nivel o en el nivel hospitalario. Para lo cual, también recogió una muestra de mujeres que fueron asistidas en el parto por una partera en el último año. Algunos de los resultados más relevantes fueron que casi el doble de mujeres atendidas por parteras calificó el trato recibido como excelente (66%) en comparación con aquéllas que recibieron atención por parte de médicos (38%). A su vez, haciendo el análisis por nivel de atención, el 75% de las mujeres atendidas por parteras en el primer nivel calificaron la atención como excelente en comparación con un 59% de las mujeres atendidas en nivel intermedio y sólo un 28% de las que dieron a luz en un hospital general.

Lo anterior devela que no solo es necesario capacitar y desplegar parteras, sino que el entorno en el que desenvuelven sus prácticas importa. Siendo que el nivel hospitalario, al implementar rutinas

³⁹ Este informe incluye en esta clasificación a parteras tradicionales, profesionales, parteras técnicas, enfermeras obstetras, enfermeras generales, médicos generales y gineco-obstetras que otorgan servicios de “partería”, definida como los servicios de salud y el personal de salud requeridos para prestar apoyo y atención a las mujeres y los recién nacidos durante el periodo prenatal, el embarazo, el parto y el postparto. Abarca la atención de las mujeres durante el embarazo, el trabajo de parto y el periodo de postparto, así como la atención al recién nacido. Incluye las medidas destinadas a prevenir problemas de salud durante el embarazo, la detección de situaciones anormales, la contratación de asistencia médica cuando sea necesaria y la ejecución de medidas de emergencia en ausencia de un profesional médico.

⁴⁰ Este informe elaborado para la Fundación MacArthur utiliza el término "parteras profesionales" o "parteras" para referirse a las enfermeras (generales, obstétricas y perinatales) que atienden partos, aun si no se identifican a sí mismas como parteras, así como a las parteras técnicas.

⁴¹ Por ejemplo, permitir el acompañamiento por una persona de su elección; evitar la aplicación rutinaria de venoclisis; permitir el consumo de líquidos; permitir la libre deambulacion de la mujer durante el trabajo de parto; posición elegida por la mujer al momento de la expulsión; apego inmediato madre-recién nacido; ofrecer métodos de planificación familiar después del evento obstétrico y aceptados voluntariamente por la mujer.

basadas en la institucionalidad biomédica, dificulta el desenvolvimiento de las prácticas basadas en evidencia, o las prácticas asociadas al denominado “parto humanizado”. El mismo estudio encargado por la fundación MacArthur develó que, cuando se comparó por niveles, las mujeres atendidas en el primer nivel refirieron haber vivido más las prácticas basadas en la evidencia que aquellas que fueron atendidas en los hospitales (como la deambulación que es una intervención gratuita y con efectos positivos comprobados en el desarrollo del parto) (Atkin et al., 2017).

Así, en términos de implementación de una política de “parto humanizado” es más sensato apostar por personal comunitario, que conoce la realidad de las mujeres, que en personal médico, entrenado desde una perspectiva estrictamente biomédica. Es decir, cambiar las rutinas de éstos sería mucho más difícil para una verdadera implementación.⁴² Sin embargo, se reconoce que para que lo anterior sea posible, se deben contar con redes de derivación efectivas hacia un segundo nivel en caso de atención obstétrica de emergencia.

Sin sistemas eficaces de referencia, el temor por las complicaciones seguirá afectando a las parteras, muchas de las cuales prefieren referir a una paciente antes de asumir el riesgo de una eventual complicación, sobre todo porque carecen de respaldo oficial en caso de presentarse alguna.

Del mismo modo, es necesario priorizar la dotación adecuada de recursos humanos y materiales en las unidades de primer nivel y en los hospitales básicos comunitarios para que sea en estos sitios donde se ubiquen los servicios de partería, siempre asegurando la disponibilidad inmediata y cercana de servicios oportunos y efectivos de emergencia obstétrica y neonatal. Esta priorización también contribuirá a asegurar que las parteras ofrezcan el continuo de la atención desde el embarazo hasta el puerperio, promoviendo así el bienestar de las mujeres y sus bebés y mejores resultados en la salud materna y neonatal.

⁴² Así se develó en trabajo de campo, mediante el testimonio de personal de ginecología del Hospital de Palenque: “Hace 8 -9 años ya se planteaba por el jefe de enseñanza a nivel estatal [la incorporación de la visión del *Parto Humanizado*], ya se hablaba del trabajo de parto vertical... hemos acudido a cursos de intercultural, pero ha sido difícil implementarlo como tal... [es difícil] por el desconocimiento, o por el recelo a la especialidad... el hecho de decir esto es lo que estudié esto es lo que sé... sabemos que el hecho de que la mujer esté acostada es solo para el beneficio del médico. Los ginecólogos no aceptan este tipo de atención, incluso a las parteras”. Entrevista personal realizada el 20 de marzo de 2018, H.G. Palenque, Chiapas.

5.3. Conclusiones

En este capítulo se argumentó sobre la necesidad de un cambio de paradigma en la atención a la salud materna que, contrario al anterior, parta desde una perspectiva biopsicosocial más amplia y comprehensiva de los determinantes sociales en salud, pues se ha demostrado que la visión biomédica de simplemente otorgar atención medicalizada al parto, no resulta completamente efectiva.

Este nuevo paradigma debe partir desde un enfoque de interculturalidad que, además, sea acompañado de objetivos, líneas de acción e indicadores claros que hagan parte de una identificación de teoría del cambio que parta de reconocer las necesidades particulares de los pueblos y mujeres indígenas.

También se discutió el hecho de que una política de salud materna con miras a la reducción de la mortalidad materna, tiene que pasar por un reconocimiento real de la salud como derecho y de la salud de las mujeres con perspectiva de género bajo la cual se reconocerían los factores estructurales que minan el acceso de las mujeres a la salud.

La propuesta es el paradigma de la Atención Primaria en Salud (APS), cuyos principios centrales de accesibilidad, longitudinalidad, papel de puerta de entrada en el sistema, cobertura universal con base en las necesidades, equidad en materia de salud, participación comunitaria y enfoque intersectorial, enmarcaría la manera de diseñar, implementar y evaluar las políticas de salud materna dirigidas a promover y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y, por ende, reducir los niveles de mortalidad materna.

Por lo anterior, en aras de un fortalecimiento del primer nivel de atención que esté en las condiciones de otorgar atención del parto con calidad y de dar atención básica a las emergencias obstétricas, que cuente con la disponibilidad suficiente de personal según la demanda de atención, es que parece resultar conveniente invertir en un profesional de la salud como el de la matronería en Chile: dedicado exclusivamente a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en todo su ciclo de vida, capacitado y que, además, potencie los beneficios de ser un personal cercano a la población, investido de legitimidad comunitaria. Sin embargo, no solo es necesario capacitar y desplegar parteras, sino que el entorno en el que desenvuelven sus prácticas importa.

En definitiva, el impulso hacia la partería, que resulta una estrategia costo-efectiva, como se mostró con la revisión bibliográfica anterior, resulta pertinente en una política de salud materna con aras a reducir la mortalidad materna sobre todo en entidades federativas con menos disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de servicios de salud como Chiapas.

Dicha estrategia, además de potenciar los recursos comunitarios de la población, acercaría los servicios en términos de disponibilidad y calidad a las mujeres en aras de una equidad sanitaria. Sin embargo, no será posible una verdadera implementación si no se hace desde un paradigma de política de salud más amplio, como el que provee la Atención Primaria en Salud, con perspectiva de derechos, género, equidad e interculturalidad.

Sin embargo, también se reconoce como limitante que el potencial de desplegar la APS en México dependerá de enfrentar una disputa a nivel de paradigma de política de salud que supere el actual que promueve la “universalización” de un seguro financiero con garantías explícitas en salud y que se compra en un mercado de salud “aceitado” con fondos públicos (López Arellano, s.f.), y que de trasfondo tiene una perspectiva de sujetos que compran y acceden a la salud vía el mercado y no como verdaderos sujetos y sujetas de derechos.

Conclusiones

En este trabajo se discutió una perspectiva de las políticas públicas desde el punto de vista de la definición política de los problemas públicos que, como definiciones, son construcciones sociales que reflejan concepciones específicas de la realidad (Elder y Cobb, 1993). De manera que los encuadres o matrices epistémicas de la definición política de los problemas públicos, configuran las hipótesis de solución que le subyacen y, a su vez, las elecciones políticas posteriores, por lo que afirman una concepción particular de la realidad que es construida y reconstruida mediante las intervenciones estatales.

De lo anterior, la importancia de comprender las políticas sociales de salud como políticas públicas en las que subyacen hipótesis de política, de sujetos beneficiados/afectados, del riesgo social, de la respuesta a dicho riesgo y, por ende, a quién o quiénes les corresponde gestionar las demandas o, incluso, si a dichas demandas se les otorga legitimidad o no. Del mismo modo, como políticas públicas, las políticas sociales articulan discursos en torno a los fines, objetivos y valores que pregonan y, por tanto, validan o, por el contrario, invisibilizan demandas, sectores y sujetos mediante dichos discursos.

En el presente trabajo se hizo un análisis de la estrategia del parto hospitalario dentro de la política de salud materna; que se enmarca desde la concepción de una hipótesis de acción-solución que concibe el proceso de embarazo y parto como un proceso que se resuelve con la simple intervención médica; dejando de lado su reconocimiento como un proceso biológico natural y el hecho de que las realidades y situaciones de las mujeres determinan su condición de salud. Esta concepción que homogeneiza contextos tiene mayores consecuencias para las mujeres rurales e indígenas cuyas realidades, culturas y formas de vivir el proceso salud-enfermedad son particulares y exigen una forma de acercamiento que responda a sus necesidades, pues la homogeneización tiende a comprometer y vulnerar sus derechos.

Así, la hipótesis planteada de que en Chiapas la política de referencia de todos los partos hacia el segundo nivel de atención no ha sido efectiva para reducir los niveles de mortalidad materna pues se aumentó la demanda por servicios hospitalarios sin expandir de manera acorde la oferta de servicios, los recursos disponibles ni la oferta de salud, de manera que no se encuentra en las condiciones de infraestructura/disponibilidad/accesibilidad/aceptabilidad para proveer atención

calificada de los partos y de las emergencias obstétricas que se pudieran presentar, se analizó desde una exploración bibliográfica hasta la observación directa en campo, en donde, también se diferenciaron contextos urbano vs rural.

La perspectiva de los determinantes sociales de la salud, tal como se discutió, remiten a factores estructurales: de composición y funcionamiento social; apropiación, producción y distribución de los recursos. Estos factores dan forma y configuran los modos de vida sociales, expresados en formas de trabajo, de empleo, condiciones de vida, y otros, que influyen directamente sobre la salud de las personas. Por lo que una estrategia que considera como homogéneas las realidades y contextos de las mujeres chiapanecas, empobrecidas, indígenas y de la geografía de sus territorios no tendrá los resultados deseados en la reducción de los niveles de mortalidad materna.

Establecido lo anterior, queda en evidencia que para promover la equidad en salud, no basta simplemente con prestar atención sanitaria y, además, se hace necesario comprender “las causas de las causas” de las desigualdades en salud. Para esta empresa, la perspectiva de la salud colectiva insiste en una visión social comprensiva sobre el complejo desigualdad-inequidad, que se aborde a partir de la (re)construcción/comprensión de lo social y sus procesos determinantes y mediadores, que se expresan tanto en los procesos de salud/enfermedad, como en los procesos de atención/cuidado.

El caso de la mortalidad materna es paradigmático de esta forma de abordar las políticas sociales en salud ya que diversos estudios han mostrado que la mortalidad materna puede caracterizarse como el resultado de una combinación de procesos de discriminación, desigualdades de género y de etnia, de condiciones de vida y de falta de acceso a satisfactores esenciales que vulneran y empobrecen a ciertas poblaciones (Sesia, 2009; Pate, 2001).

Como se analizó en el capítulo 3, el conflicto principal desde la perspectiva de la definición política del problema público, es la concepción que se tiene sobre la hipótesis de solución al problema público de la mortalidad materna, que se bate entre dos enfoques de atención: como se analizó, APV integra de manera incipiente el enfoque de la atención calificada del parto más el de AEO. Es hasta la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Muerte Materna, lanzada en 2009, junto con el Convenio de AEO, que se consolida este enfoque como el prioritario, desplazando al enfoque de riesgo. Aun cuando el enfoque de AEO tardó en incorporarse en la política de atención materna en nuestro país, esta fue interpretada de manera más bien instrumental y como una abstracción de los

contextos, sujetos/as, territorialidades y, en general, determinantes sociales de la mortalidad materna.

Recordando que una política pública alude principalmente a la definición política del problema público, desde su hipótesis de solución o teoría del cambio, y que la delimitación del problema público a resolver así como la elección de la “mejor” o más factible alternativa de solución, implica, sobre todo, e invariablemente, una afirmación de valores, tal como subrayan Ives Meny y de Jean Claude Thoening, sobre que todas las políticas públicas se asientan en una orientación normativa en el sentido de la finalidad y las preferencias explícitas; en este trabajo se mostró que esta promoción del parto hospitalario es una estrategia instrumental que no comprende el enfoque de derechos, de género ni de interculturalidad y que, además, tiene consecuencias importantes en los resultados de equidad en salud ya que poblaciones como las chiapanecas, por su contexto, territorio y las condiciones que hacen parte de la determinación social de la salud materna, se ven más vulneradas.

Por lo que no se construye el problema desde una perspectiva de derechos, sino simplemente de “falta de atención médica calificada”; perspectiva que subyace a un paradigma de salud que la comprende desde el ámbito estrictamente medicalizado, y no desde una visión amplia del derecho a la salud.

Con lo anterior observamos que pese a que los programas de salud materna y perinatal con miras a reducir la mortalidad materna han venido declarando la necesidad de llevar a cabo acciones con perspectiva de género, derechos e interculturalidad, lo que en efecto se presenta es una distancia discursiva entre estos programas y la realidad de las acciones llevadas a cabo; en específico de la estrategia del parto hospitalario, que en la práctica no es sensible a la perspectiva de género, de derechos sexuales y reproductivos ni de interculturalidad, según los hallazgos en trabajo de campo, relatados anteriormente.

Dado el diagnóstico anterior, aquí se argumentó sobre la necesidad de un cambio de paradigma en la atención a la salud materna que, contrario al anterior, parta desde una perspectiva biopsicosocial más amplia y comprehensiva de los determinantes sociales en salud, pues se ha demostrado que la visión biomédica de simplemente otorgar atención medicalizada al parto, no resulta completamente efectiva.

En general, las políticas públicas desde su diseño tienden a homogenizar a la población y a considerar al sistema de salud como un sistema cerrado, basado en los principios biomédicos de la medicina convencional/ occidental. El enfoque intercultural de la salud reconoce la importancia de caracterizar a la población y comprender las dimensiones de la pertenencia étnica, la cultura y la cosmovisión de los pueblos en la dinámica de salud.

Por lo que el enfoque de interculturalidad debe ir acompañado de objetivos, líneas de acción e indicadores claros que deriven de una identificación de teoría del cambio que parta de reconocer las necesidades particulares de los pueblos indígenas.

Según la bibliografía revisada y, en aras de un fortalecimiento del primer nivel de atención que esté en las condiciones de otorgar atención del parto con calidad y de dar atención básica a las emergencias obstétricas, que cuente con la disponibilidad suficiente de personal según la demanda de atención, es que parece resultar conveniente invertir en un profesional de la salud como el de la matronería en Chile: dedicado exclusivamente a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en todo su ciclo de vida, capacitado y que, además, potencie los beneficios de ser un personal cercano a la población, investido de legitimidad comunitaria.

La bibliografía aquí revisada muestra que el impulso hacia la partería resulta una estrategia costo-efectiva, además de pertinente en una política de salud materna con aras a reducir la mortalidad materna sobre todo en entidades federativas con menos disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de servicios de salud como Chiapas. Dicha estrategia, que además de potenciar los recursos comunitarios de la población, acercaría los servicios en términos de disponibilidad y calidad a las mujeres en aras de una equidad sanitaria. Sin embargo, no será posible una verdadera implementación si no se hace desde un paradigma de política de salud más amplio, como el que provee la Atención Primaria en Salud, con perspectiva de derechos, género, equidad e interculturalidad.

Por todo lo anterior y según lo presentado y analizado en este trabajo, se muestra pertinente afirmar que plantear una política pública con miras a la reducción de la mortalidad materna tiene que pasar necesariamente por incorporar los elementos que se interseccionan en su determinación. Reconocer que son las mujeres rurales, indígenas y más empobrecidas las que tienen mayores probabilidades de muerte, implicaría diseñar e implementar una política pública que comprenda sus realidades y que, además de redoblar esfuerzos concentrados en ellas con miras a una equidad sanitaria en el

acceso a servicios de salud materna, también busque incidir y transformar las relaciones sociales determinadas por jerarquías de género, de clase, de etnia, territoriales y de generación.

Por lo que una política de atención materna, con miras a la reducción de la muerte materna, con perspectiva de género, derechos humanos e interculturalidad, debería incidir sobre los factores biológicos y sobre los determinantes sociales de las desigualdades, o al menos asumir la perspectiva crítica de que los primeros están altamente determinados por los segundos; es decir, tener presente que las características consideradas biológicas son, a menudo, construcciones relacionadas con el género, la clase y la etnia.

Más aún, estas construcciones sociales apoyan las normas y percepciones de género que aprueban la discriminación social que, a su vez, perpetúa las inequidades en salud. Además es necesario reconocer que el sesgo de género y la equidad existen y funcionan a lo largo de muchas dimensiones tanto en los servicios, como en las políticas mismas y en diferentes niveles: desde el familiar, comunitario, hasta el institucional de la atención a la salud.

No basta, por tanto, concentrar las acciones en el ámbito hospitalario sino se integran las realidades específicas de las mujeres; sobre todo de las que más se ven afectadas por la muerte materna. Reconocer que éste es un fenómeno que no se da de forma aislada como “resultados de salud”, sino que deviene de condiciones estructurales en que las mujeres viven los procesos de salud/enfermedad/atención.

Bibliografía

- Adelantado, J. (s/a). Las políticas sociales. disponible en: <https://campus.usal.es/~dpublico/areacp/materiales/6.2.laspoliticassociales.pdf>
- Adelantado, J. (2017). Reestructuración de los Estados del Bienestar ¿Hacia un cambio de paradigma?, 38–52.
- Aguilar Villanueva, Luis F (1992). La hechura de las políticas. 1ª ed., México, D.F., Miguel Ángel Porrúa.
- Alkema, L., Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller, A.-B., Gemmill, A., ... United Nations Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group collaborators and technical advisory group. (2016). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet (London, England)*, 387(10017), 462–474. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7)
- Alma-Ata. (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS.
- Atkin, L. C., Keith-Brown, K., Rees, M. W., & Sesia, P. (2017). *Iniciativa De La Fundacion Macarthur Para Promover La Partería En México*. Ciudad de México. Retrieved from https://www.macfound.org/media/files/Linea_de_Base_Parteria_Atkin_Keith-Brown_Rees_Sessia_3_Junio_2017.pdf
- Ávila, José Luis (1999). “Centros proveedores de servicios: Una estrategia para atender la dispersión de la población”, En Rodolfo Tuiran (coord.), *La situación demográfica de México, 1999*. México, CONAPO, PP. 91-113.
- Baca, Zinn, Maxine & Dill, Bonnie Thornton (1996). Theorizing Difference from Multiracial Feminism. *Feminist Studies* 22 (2):321-331.
- Bardach, Eugene (2001). "Problemas de la definición de problemas en el análisis de políticas" en Aguilar, Luis, (Comp.). *Problemas Públicos y agenda de gobierno*. M. A. Porrúa, México.
- Barroso, C., & Langer, A. (2009). *Salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el Caribe: Desafíos y Oportunidades*. Retrieved from <http://vps-1089923-x.dattaweb.com:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/530/GTRreduccionmortalidadmaterna.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Banco Mundial [BM] (1993). Informe sobre el desarrollo mundial, 1993. Invertir en salud. Washington, D.C.
- Berrio Palomo, Lina Rosa (2013). Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la costa chica de Guerrero. Tesis de Doctorado en Ciencias Antropológicas. UAM-Izamal.
- Buttiens H., Marchal B. y De Brouwere V., “Skilled attendance at childbirth: let us go beyond the rhetorics”, en *Tropical Medicine & International Health* 2004, 9(6):653-4
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2010). Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México.

- Cevallos, R., & Amores, A. (2009). Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas, 92. <https://doi.org/20037>
- Conferencia Internacional de Población y Desarrollo [CIPD] (1994), El Cairo, Egipto, 9 al 13 de septiembre.
- Cleland John et al. (2006). "Family Planning: The unfinished agenda", en *The Lancet Sexual and Reproductive Health*, vol. 368, núm. 9549, pp. 1810-1827, Series, octubre
- Cobos, L. P. (2018). *La Atención Primaria española: situación actual y perspectivas cuarenta años después de Alma-Ata*.
- Comité Promotor por una Maternidad Segura en México. (2014). *El estado de las parteras en el mundo 2014. Oportunidades y retos para México*. Retrieved from https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMy2014_complete-Spanish.pdf
- Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2016). Infografía de la población indígena según los resultados de la Encuesta Intercensal 2015. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/infografia-de-la-poblacion-indigena-2015>
- Consejo Nacional de Población [CONAPO] (2016a). Índice de marginación por entidad federativa y municipio, 2015. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/indice-de-marginacion-por-entidad-federativa-y-municipio-2015>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL] (2017). *Medición de la pobreza en México y en las Entidades Federativas 2016. Medición de la Pobreza en México*. Retrieved from https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Pobreza_16/Pobreza_2016_CONEVAL.pdf
- COPLAMAR. (1982). *Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000*. (COPLAMAR/Siglo XXI, Ed.) (Vol. 4 Sal).
- Dávila, Enrique & Guijarro, Maité (2000). Evolución y reforma del sistema de salud en México. Santiago de Chile, CEPAL.
- Díaz, D., Castañeda, M., Meléndez D., Meneses, S. (2007). *Muerte materna y Seguro Popular*, Fundar, Centro de Análisis e Investigación: México.
- Dirección General de Información en Salud [DGIS] (2016). Cubos dinámicos. Secretaría de Salud, México. Disponibles en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/BD_Cubos_gobmx.html
- Elder, Charles & Cobb, Roger (1993). "Formación de la agenda. El caso de la política de los ancianos" en Aguilar, Luis F (1993). *Problemas Públicos y agenda de gobierno*. Colección Antología de Política Pública, México, Porrúa.
- Frescina, R, De Murillo, B, Ortiz & Jarquín, D. (2012). *Guía para la atención de las principales emergencias obstétricas*. Montevideo: OPS.
- Fischer F. (Ed.) (2003). *Reframing Public Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Franco-Giraldo, A. & Álvarez-Dardet, C. (2008). *Derechos humanos, una oportunidad para políticas*

- públicas en salud. *Gaceta Sanitaria*, 3(22), 280-286pp.
- Freedman L. P. et al., “Practical lessons from global safe motherhood initiatives: time for a new focus on implementation”, en *The Lancet*, 2007, 370: 1383-1391
- Freyermuth, G. (2004). *Maternidad peligrosa: evaluación de la atención institucional a la urgencia obstétrica en los altos de Chiapas*. (SEDESOL, Ed.).
- Freyermuth-Enciso, María Graciela y Cecilia de la Torre Hernández (2008) “Inequidad étnica y tropiezos en los programas. Crónica de la muerte materna en Chiapas”, en: Lerner, Susana e Ivonne Szasz (coord.) (2008). *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. Tomo II. México, El Colegio de México.
- Freyermuth-Enciso, María Graciela. (2014). La mortalidad materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud en Chiapas: Un análisis desde la interculturalidad. *LiminaR*, 12(2), 30-45. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-80272014000200003&lng=es&tlng=es.
- García-Pelayo, Manuel(2005). *Las transformaciones del Estado contemporáneo*. 14a ed. España: Alianza editorial.
- GBD 2015 Maternal Mortality Collaborators, N. J., Barber, R. M., Bhutta, Z. A., Dandona, L., Gething, P. W., Hay, S. I., ... Murray, C. J. L. (2016). Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet (London, England)*, 388(10053), 1775–1812. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31470-2)
- Hassenteufel, Patrick (2008). *Sociologie politique: l'action publique*. París: Armand Colin.
- INMUJERES, & CIESAS-Sureste. (2011). *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios públicos del sector salud* (Cuadernos de Trabajo No. 29). Retrieved from <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/27489/ct29.pdf>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). *Programa de Acción: Arranque Parejo en la Vida. Evaluación del Programa de Acción*. (INSP, Ed.), *Secretaría de Salud* (Primera Ed). Cuernavaca, Morelos, México. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272003000500001>
- Juárez F., L. Palma, S. Singh y A. Bankole (2010). *Barreras para la maternidad segura en México*, Gutmacher Institute
- Langer A, Meleis A y F.M. Knaul et al. (2015), Women and Health: the key for sustainable development. *Lancet*. 19AD;386(9999):1165-1210.
- Laurell, Asa Cristina (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires: CLACSO
- Linares-Pérez, Nivaldo & López-Arellano, Oliva (2008). La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. *Medicina Social*, 3 (3), 247-260.
- López Arellano, O. (s/a). *Atención primaria a la salud en México*. Retrieved from <http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2013/10/APS-en-México.-OLA-11.pdf>

- López Arellano, Oliva & López Moreno, Sergio (Coords.) (2015). Derecho a la salud en México. México: UAM-Xochimilco.
- López Arellano, Oliva & López Moreno, Sergio (2012). "Retos para la difusión, comunicación y posicionamiento de los determinantes sociales de la salud" en Urbina Fuentes, Manuel & González Block, Miguel Ángel (coords.) (2012). La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. México: INSP.
- López Arellano, Oliva & Jarillo Soto, Edgar (2015). ¿Hacia dónde debe ir el sistema de salud en México? Una perspectiva desde el derecho a la salud. *Medicina social*, Vol. 10 (1).
- López, A.O., Escudero, J.C. & Carmona, L.D. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES, Revista Medicina Social, noviembre 2008, Vol. 3(4): 323-335.
- López, A.O. & Blanco, J. (1993). La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta. México, UAM-X.
- Luna, M., Muños, J. A., Freyermuth, G., & Argüello, H. (coord. . (2017). *Mortalidad Materna en México. Numeralia 2015*. Retrieved from http://omm.org.mx/images/stories/Documentos grandes/Numeralia_2015_26mar.pdf
- MacDonald, M., & Starrs, A. (2003). La atención calificada durante el parto: recomendaciones para políticas. *Family Care International*, 1–8. Retrieved from <http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Skilled Care Info Kit PDFs/Spanish/spanish policy.pdf>
- Maine, Deborah (1991). *Safe Motherhood Programs: Options and Issues*. New York.
- Maine Deborah (2007). “Detours and shortcuts on the road to maternal mortality reduction”, en *The Lancet*, 2007, 370: 1380-1382.
- Merino, Mauricio (2013). Políticas Públicas. Ensayos sobre la intervención del Estado en la solución de problemas públicos. México: CIDE.
- Meter F., & Evans T. (2002). Dimensiones éticas de la equidad. en: Evans y colb, (eds.) (2002). Desafío a la falta de equidad en salud. Washington DC: Fundación Rockefeller/ Organización Panamericana de la Salud. p. 27-36.
- Ministerio de Salud. (2005). *Modelo De Atención Integral En Salud* (Serie Cuadernos Modelo de Atención No. 1). Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>
- Muller, Pierre (2002). Las Políticas Públicas. Bogotá: Editorial Universidad Externado de Colombia.
- ONU (2000). Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Nueva York, Naciones Unidas.
- ONU Mujeres [Organización de las Naciones Unidas para las Mujeres] (2013). *Guía de evaluación de programas y proyectos con perspectiva de género, derechos humanos e interculturalidad*.
- ONU, UNFPA, & ICM. (2014). *El estado de las parteras en el mundo 2014. Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de mujer*. Retrieved from http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SoWMy2014_complete-Spanish.pdf

- ONU [Organización de las Naciones Unidas] (2015). Transformar nuestro mundo: agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Nueva York, Naciones Unidas.
- ONU [Organización de las Naciones Unidas] (2015a). The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). New York, USA; 2015. http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/pdf/EWEC_globalstrategyreport_200915_FINAL_WEB.pdf.
- ONU [Organización de las Naciones Unidas] (2015b). The Millenium Development Goals Report 2015. New York, USA; 2015. [http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG 2015](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%2015.pdf)
- ONU, UNICEF, UNFPA, BM & PNUD (2015) Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Ginebra 27, Suiza; 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/194254/1/9789241565141_eng.pdf?ua=1.
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (1985). *Prevention of Maternal Mortality: Report of a WHO Interregional Meeting*. [Geneva]: World Health Organization. Retrieved from <http://www.worldcat.org/title/prevention-of-maternal-mortality-report-of-a-who-interregional-meeting-geneva-11-15-november-1985/oclc/22641441>
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (1999). Reducción de la mortalidad materna. Declaración conjunta OMS, UNFPA, UNICEF, Banco Mundial.
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2005). The World Health Report 2005 - Make Every Mother and Child Count. Ginebra 27, Suiza; 2005. <http://www.who.int/whr/2005/en/>.
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2012). Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM, Ginebra, Suiza.
- OMS [Organización Mundial de la Salud] (2016). Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño. <http://www.who.int/about/es/>. Published 2016
- OPS [Organización Panamericana de la Salud] (1993). *Sobre la teoría y práctica de la salud pública: un debate, múltiples perspectivas*. (OPS, Ed.). Washington DC.
- OPS [Organización Panamericana de la Salud] (2006). *Nonatal Health in the Context of Maternal Newborn and Child Health for the Attainment of the Developments Goals of the United Nations Millennium*. Washington DC.
- Ordorica, Manuel y Jean François Prud'homme (2012). Los grandes problemas de México, El Colegio de México: México.
- Padioleau, Jean (1982). El estado en concreto. España: FCE.
- Pate, E. (2001). Health Equity and Maternal Mortality. *Pan American Health Organization. Eequity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau*, 85-98.
- Penn-Kekana L. B., McPake N. y Parkhurst J., “Improving maternal health: Getting what works to happen” en *Reproductive Health Matters*, 2007, 15(30): 28-37.
- Petchesky, Rosalind P. y Karen Judd (2006). Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo.

Una intersección entre culturas, política y religiones, México, Colmex.

- Poet, A. (2016). El control público de programas sociales: lineamientos para su definición y ejecución. Buenos Aires: Teseo.
- Porto, S. (2002). Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud. *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, 18(4), 939-957, jul-ago.
- Ramírez Rojas, Ma. Guadalupe & Freyermuth Enciso, Graciela (2013). Atención de emergencias obstétricas a través del Convenio Gneral de Colaboración Interinstitucional: entrevistas a usuarias beneficiadas. *Revista CONAMED*. Vol. 18 (3), julio-septiembre.
- Renfrew, M. J., Homer, C. S. E., Downe, S., McFadden, A., Muir, N., Prentice, T., & ten Hoop-Bender, P. (2014). An Executive Summary for The Lancet ' s Series “ Midwifery is a vital solution to the challenges of providing high-quality maternal and newborn care for all women and newborn infants , in all countries .” *The Lancet*, 6736(14), 1–8.
- Rosenfield, A., & Maine, D. (1985). Maternal mortality-a neglected tragedy. Where is the M in MCH? *The Lancet*, 326(8446), 83–85. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)90188-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)90188-6)
- Rawls, John (1985). Teoría de la Justicia. 2a ed. en español, trad. de María Dolores González. Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press.
- Sabatier, Paul (ed.) (2007), Theories of the policy process, Westview Press.
- Saldívar N. et al., Mortalidad materna por preclampsia en México 2005, Análisis de casos AIDEM.
- Satriano, Cecilia (2006). Pobreza, Políticas públicas y Políticas sociales. *Revista Mad*, 15. 60-63.
- Scavone, Lucilla (1999). Género y salud reproductiva en América Latina. San José: Libro Universitario Regional.
- Schiappacase V. (1995) “Calidad de Atención: un Marco de Referencia” en S. Díaz, S. Sánchez, M. Silvamonge (eds.), Realidades y Desafíos, Reflexiones de Mujeres que Trabajan en Salud Reproductiva, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Santiago de Chile
- Secretaría de Salud, UNFPA, & OPS. (2006). *Certificación Internacional del Programa Arranque Parejo en la Vida y Certificación del Proceso de Generación de Estadísticas sobre Mortalidad Materna*. México, D.F.
- Secretaría de Salud (2013). “Programa de Acción Específico. Planificación familiar y anticoncepción 2013-2018”
- Secretaría de Salud de México (1995). NOM-007-SSA2-1993, Atención a La Mujer Durante El Embarazo, Parto Y Puerperio a Recién Nacidos. Criterios Y Procedimientos Para La Prestación Del Servicio. Mexico; 1995 <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
- Secretaria de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud (2002), Programa de acción: “Arranque Parejo en la Vida”.
- Secretaría Estatal de Salud de Chiapas. Programa Estatal de Salud 2013-2018 (2013). Retrieved from http://saludchiapas.gob.mx/doc/marco-normativo/estatal/planes-y-programas/2.-programa_estatal_en_salud.pdf

- Sen, Amartya (2002). ¿Por qué la equidad en salud?. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 302-320.
- Spinelli, H., Urquía, M., Bargalló, M., & Alazraqui, M. (2002). *Equidad en salud. Teoría y praxis*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.
- Starfield, B. (1994). Is Primary Care Essential? *Lancet*. 1994; 344:1129–33. *The Lancet*, 344, 1129–1133.
- Singh, S., & Darroch, J. E. (2012, June). "Adding It Up: Costs and Benefits of contraceptive Services Estimates for 2012". UNFPA, Guttmacher Institute
- Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C. & Varonne, F. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona: Ariel S.A.
- Sundari T. K., “The untold story: how the health care systems in developing countries contribute to maternal mortality”, en *International Journal of Health Services*, 1992, 22(3): 513-528
- Szasz Ivonne (2003). “Pensando la salud reproductiva de hombres y mujeres”. En: Bronfman M, Denman C (Ed). *Salud reproductiva. Temas y debates*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003.
- Szasz, Ivonne y Susana Lerner (2010). “Salud Reproductiva y Desigualdades en la Población”, en *Los grandes problemas de México*, El Colegio de México.
- Tobar, Federico (2012). *Políticas de Salud : Conceptos y Herramientas*, 1–12.
- Vega, María (2017). *Salud en Chiapas: la maternidad, solo un privilegio*. *Animal Político*. Disponible en: <https://www.animalpolitico.com/salud-en-chiapas/maternidad/index.html#/>
- UNFPA [Fondo de Población de las Naciones Unidas], International Confederation of Midwives, OMS (2014), *El estado de las parteras en el mundo 2014. Hacia el acceso universal en salud, un derecho de la mujer*, Nueva York.
- UNFPA [Fondo de Población de las Naciones Unidas] (2003). *Mortalidad Materna, actualización 2002. En especial, atención obstétrica de emergencia*, en: https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mortalidad_materna_2002_spa.pdf
- UNICEF [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia] (2016), *Monitoreando la salud de niños y mujeres*. MICS, UNICEF.
- “Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado” en *Leyes y Reglamentos Federales de la Secretaría de Gobernación* [sitio web]. Disponible en <<http://bit.ly/1Nd6l2Y>>
- “Ley General de Salud” en *Leyes y Reglamentos Federales de la Secretaría de Gobernación* [sitio web]. Disponible en <http://bit.ly/1RbaBke>