



MORTALIDAD MATERNA

Una tarea inconclusa

Daniela Francisca Díaz Echeverría

3

MORTALIDAD MATERNA
Una tarea inconclusa

Daniela Francisca Díaz Echeverría
Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C.

Esta publicación forma parte de la serie: Avances y retrocesos, una evaluación ciudadana del sexenio 2000-2006
Coordinación de la serie: Helena Hofbauer y Verónica Zebadúa, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C.

Este trabajo se realizó gracias al apoyo de la Fundación John D. and Catherine T. MacArthur.

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

© 2006 Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C.
Popotla 96-5. Col. Tizapán San Ángel. C. P. 01090, México D. F.

Impreso en México

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

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

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

Actualmente, Fundar trabaja a partir de cuatro grandes programas:

- Transparencia, presupuestos y políticas públicas,
- Instituciones de derechos humanos y seguridad ciudadana,
- Monitoreo y vínculo con el Poder Legislativo y
- Fortalecimiento de capacidades ciudadanas

www.fundar.org.mx

Contenido

Presentación	7
1. Introducción	9
2. Antecedentes: la situación de la mortalidad materna en México al año 2000	11
3. Panorama de la mortalidad materna durante el sexenio 2000-2006	16
4. La propuesta gubernamental para abatir la mortalidad materna: Arranque Parejo en la Vida	22
4.1. ¿Invisible en el presupuesto?	26
Anexos	42
Fuentes de información	43

Presentación

Fundar, Centro de Análisis e Investigación, presenta esta serie de cuadernos a manera de evaluación, a la vez crítica y propositiva, del sexenio que termina. Nuestro objetivo es intervenir en la cultura de la rendición de cuentas posicionándonos en un contexto muy particular, guiado por un entendimiento específico de la democracia que encauza las intenciones y el trabajo de nuestra organización desde sus comienzos.

Democracia es una forma de vida orientada por los conceptos de igualdad, unidad y bien común, pero también por la diferencia, la fragmentación y el desacuerdo. La democracia implica, en palabras del filósofo Cornelius Castoriadis, una continua autoinstitución conciente de la sociedad. En este sentido, la democracia persiste sólo si el desencuentro de opiniones y puntos de vista se mantiene vivo, si la discusión y la deliberación acerca de lo público y lo privado se incentiva activamente, si nuevas formas de organizarse, entenderse y orientarse se instituyen sin cesar.

Lo que queremos dejar en claro en nuestra labor es que la democracia no es sólo un sistema político-electoral en el que los partidos pierden y ganan elecciones de manera periódica. Más allá de esto, entender la democracia en un sentido más sustancial implica aprehenderla como una forma de organización social. Una organización social democrática integra normas de deliberación y arreglos institucionales justos y equitativos, nutridos por una amplia participación ciudadana.

La intención de esta serie de cuadernos surge precisamente de la necesidad de contar con una visión alternativa —una visión ciudadana, apartidista e independiente— de las políticas públicas, los presupuestos y la legislación instrumentadas durante la presidencia de Vicente Fox. La administración Fox tiene una gran importancia simbólica, al erigirse como el primer gobierno nacional de oposición surgido de una elección limpia y reconocida como legítima. Por esta razón, resulta vital la evaluación ciudadana de aquellos que temporalmente ocuparon espacios de poder. ¿Cómo se diseñó la política social? ¿Cuáles fueron las prioridades presupuestales? ¿Qué reformas institucionales se lograron —y malograron? Sólo mediante el cuestionamiento crítico e informado la sociedad mexicana será capaz de transformarse, acercándose un poco más hacia el elusivo ideal democrático. Sólo si los y las ciudadanos se conciben a sí

mismos como creadores y agentes de su propia sociedad podremos ser una comunidad verdaderamente autónoma, auto-crítica e inclusiva.

Si bien la colección se acota a los temas que Fundar ha trabajado paralelamente a lo largo de este sexenio, ofrece un abanico amplio de temas prioritarios para México. Este balance ofrece un mapeo crítico de las acciones emprendidas, los temas pendientes por discutir y aquello que fue ignorado —o no debidamente atendido— a lo largo de estos seis años. Los temas que tratamos en esta serie de cuadernos se ajustan a nuestro entendimiento de la democracia sustancial. Discuten problemas que aún no están fuertemente posicionados en la agenda de discusión pública, como la mortalidad materna, el combate al VIH/SIDA y la salud como un derecho, y temas que son ya ampliamente discutidos, como la transparencia, los ingresos petroleros, la seguridad pública y el gasto social. Lidian también con los diversos actores de la democracia: el Ejecutivo, el Legislativo y las instituciones encargadas de velar por los derechos humanos.

A pesar de la diversidad temática, lo que une y da coherencia a esta colección es la intuición de que la participación ciudadana en la vigilancia certera del propio gobierno es un valor que siempre debe acompañar a las sociedades que se precien de ser democráticas. A través de los cuadernos quedan al descubierto tanto los aciertos y los logros, como los desatinos y retrocesos de la administración saliente. El sexenio que termina, en definitiva, es un sexenio en el que imperaron los claroscuros y que nos deja como herencia tanto acciones efectivas como oportunidades desaprovechadas.

1. Introducción*

La mortalidad materna es un indicador claro de injusticia social, inequidad de género y pobreza: el que un embarazo o parto desemboque en la muerte de la mujer refleja problemas estructurales, tanto de acceso como de atención a la salud. La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como "la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales".²

La muerte materna es el resultado último y más dramático de una serie de eventos que revelan la falta de acciones para atender la situación de atraso, marginación y rezago en la que viven un sector de las mujeres mexicanas por parte de las personas que conviven con ellas, del personal de salud y de autoridades gubernamentales. Asimismo, da cuenta de una serie de relaciones económicas, sociales y culturales que ubican a la mujer en una posición de franca desventaja.³ Detrás de cada muerte materna se ocultan también graves problemas socioeconómicos, como elevada mortalidad y morbilidad infantil, deserción escolar, desnutrición, orfandad e ingreso prematuro de los hijos al mercado de trabajo.⁴ Por estas razones, el fallecimiento de una mujer por causas asociadas a la maternidad, una tragedia en gran medida evitable, se utiliza como un indicador de desarrollo. En este sentido, la propia Secretaría de Salud reconoce en sus diagnósticos que:

* El presente documento se desprende del proyecto *Mortalidad materna y presupuesto público*. Los investigadores del proyecto son Martha Castañeda, Daniela Díaz, Graciela Freyermuth y David Meléndez; los asesores externos, Hilda Reyes y Carlos Nerí. Agradezco los comentarios, observaciones y colaboración activa del Mtro. Sergio Meneses Navarro.

² E. Gómez, "La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques", *Serie Mujer y Desarrollo*, CEPAL, Santiago de Chile, abril 1997.

³ M., Castañeda, et al., *La mortalidad materna en México. Cuatro visiones críticas*, Fundar-UAM Xochimilco, México, 2004, p. 18.

⁴ A., Langer, "La mortalidad materna en México: la contribución del aborto inducido", en A. Ortiz (ed.), *Razones y pasiones en torno al aborto*, Edamex / Population Council, México, 1994, pp.149-153; I. Gutiérrez, "La maternidad segura en su contexto conceptual" en M. del C. Elu y A. Langer (comps.), *Maternidad sin riesgos en México*, Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos, México, 1994, p. 9.

La mortalidad materna e infantil [...] afecta primordialmente a las entidades federativas con menor desarrollo socioeconómico, a las comunidades rurales y a las poblaciones indígenas.⁵

La mortalidad materna está relacionada también con una serie de derechos, por ejemplo, derechos económicos, sociales y culturales, y derechos sexuales y reproductivos. No es casualidad que estos fallecimientos se concentren en mujeres pobres, indígenas, afrodescendientes o urbano-marginales. La maternidad ubica a estas mujeres en una situación de vulnerabilidad y en un contexto de riesgo vinculado a la exclusión en salud.⁶

A lo largo del sexenio 2000-2006 se pusieron en práctica una serie de acciones que intentaron abatir la mortalidad materna. Sin embargo, la errónea asignación del gasto público sostuvo la inequidad y el rezago social de millones de mujeres. Por otra parte, el diseño de la política de combate a la mortalidad materna fue relativamente inadecuado e incompleto, pues dejó de lado acciones relevantes, como la atención obstétrica de emergencia, que reducen el riesgo de muerte de una mujer.

El presente documento hace un balance conciso de la política en materia de mortalidad materna del sexenio que termina, específicamente en lo referente al presupuesto público asignado a programas para atender a la población abierta en condiciones de pobreza —es decir, aquella sin seguridad social y que es atendida por la Secretaría de Salud—. En la primera sección se analiza, a manera de antecedente inmediato, el presupuesto asignado al Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), que se implementó durante la administración del Presidente Ernesto Zedillo. Posteriormente, el análisis se concentra en la estrategia Arranque Parejo en la Vida (APV) y en el Sistema de Protección Social (Seguro Popular).

⁵ SSA, Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, México, 2002, p. 13.

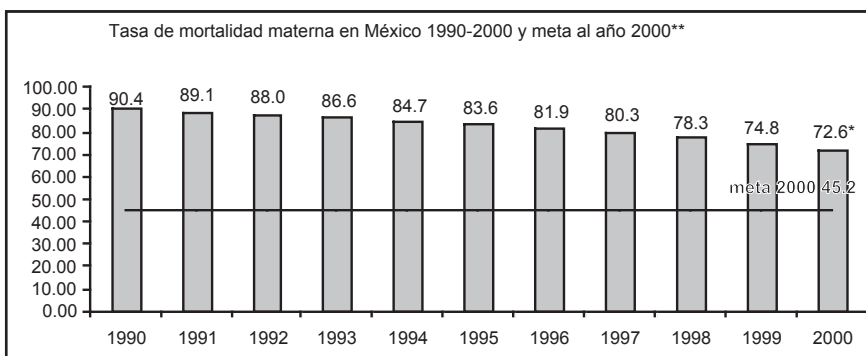
⁶ La definición de 'exclusión en salud' de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es la siguiente: "desde una perspectiva de derechos, la exclusión en salud se puede definir como la negación del derecho de satisfacer las necesidades de salud a una persona o grupo de personas en una sociedad determinada. Esta negación puede ser total (para todas las necesidades de salud) o parcial (para algunas necesidades de salud) y puede ser temporal o permanente en el tiempo." Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*, Serie No. 1 Extensión de la Protección Social en Salud (Edición revisada-2004), Washington, 2004, p. 7.

2. Antecedentes: la situación de la mortalidad materna en México al año 2000

En la década de los años noventa, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en septiembre de 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, efectuada en Beijing en septiembre de 1995, reconocieron la prevalencia del problema de la mortalidad materna y lo establecieron como punto central en sus respectivos programas de acción, fijando metas específicas: reducir a la mitad las tasas de muerte materna de 1990 a 2000 y para 2015 hacer lo propio con relación a 2000.⁷ Asimismo, explicitaron la necesidad de orientar recursos financieros para la atención materna. México firmó los acuerdos en cuanto a acciones y metas de disminución de la mortalidad materna establecidos en estas dos conferencias.

Sin embargo, durante la década de los años noventa, la tasa de mortalidad materna se mantuvo relativamente constante. La meta al año 2000 definitivamente quedó muy lejos, como se puede apreciar en la gráfica siguiente.

Gráfica 1



Elaboración propia con datos del Gobierno de la República, *Anexo del Sexto Informe de Gobierno 2006*, p. 92. Disponible en <http://sexto.informe.presidencia.gob.mx/docs/anexo/pdf/P092.pdf> (consultado en septiembre 2006).

Otras fuentes: SSA, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, respuesta vía SISI de la solicitud No. 0001200088006.

** Nota: Las tasas fueron calculadas a partir de la corrección del subregistro de defunciones de menores de un año y los nacimientos estimados. Tasa por 100 mil nacimientos estimados.

⁷ M. Castañeda, et al., *op. cit.*, pp. 25-26.

Durante la década de los años noventa, las causas de fallecimiento por factores relacionados con el embarazo, parto o puerperio fueron hemorragia obstétrica, preeclampsia/eclampsia, infección puerperal, aborto y parto obstruido. Estas causas dan cuenta de deficiencias en la atención y de problemas de acceso y calidad de los servicios de salud.⁸ Las mujeres en las cuales se concentraron los fallecimientos por causas asociadas a la maternidad son pobres, pertenecientes a la llamada población abierta (sin seguridad social), indígenas y habitan en zonas de alta y muy alta marginación.⁹ Al año 2000, la mortalidad materna se concentraba en las entidades federativas del centro y sureste. La Secretaría de Salud indicó que: "De las 1,310 muertes maternas registradas en 2000, 67.3 por ciento ocurrieron en 10 entidades del centro y sureste del país: estado de México, Veracruz, Distrito Federal, Guerrero, Puebla, Oaxaca, Chiapas, Jalisco, Guanajuato y Michoacán".¹⁰

El Programa de Ampliación de Cobertura fue un elemento clave de la Reforma del Sector Salud 1995-2000,¹¹ y a través de él cristalizaron dos objetivos importantes: la ampliación de la cobertura en salud y la descentralización de los servicios de salud. Dicho programa incorporó como uno de sus objetivos reducir la mortalidad materna y se focalizó en las entidades federativas y población donde se concentraban estos fallecimientos. El PAC otorgaba un Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS) en el primer nivel de atención, que contemplaba 13 intervenciones.¹² La intervención para atender la mortalidad materna contemplaba, a su vez, 14 acciones específicas, principalmente de prevención, basadas en la promoción de la salud y el autocuidado y centradas en el periodo del embarazo.

Durante 2002, Fundar y sus contrapartes locales investigaron la efectividad

⁸ M. Castañeda, "La atención médica a la salud materna en Oaxaca. Políticas, programas y presupuesto", en *ibid.*, p. 32.

⁹ Situación de desventaja que se explicitó durante el gobierno de Ernesto Zedillo en el Programa Nacional de la Mujer, 1995-2000: "En las áreas rurales los problemas de salud de las mujeres se vinculan a carencias nutricionales, excesivas cargas de trabajo, alta fecundidad y embarazos frecuentes, inadecuada atención prenatal y del parto, elevada mortalidad materna e infantil, así como condiciones de insalubridad en su entorno y en sus viviendas". (Secretaría de Gobernación, disponible en línea http://zedillo.presidencia.gob.mx/pages/f_archivo_gral.html, consultado en agosto 2006).

¹⁰ SSA, *op. cit.*, p. 21.

¹¹ Disponible en http://zedillo.presidencia.gob.mx/pages/f_archivo_gral.html.

¹² Para una descripción de las intervenciones, ver Diario Oficial de la Federación, "Reglas de Operación específicas e indicadores de gestión y evaluación del Programa de Ampliación de Cobertura", México, 15 de marzo, 2001.

del Programa de Ampliación de Cobertura en disminuir la mortalidad materna a nivel federal y en los estados de Chiapas y Oaxaca. Como se demostró en las investigaciones, el programa no logró disminuir las defunciones maternas. Desde la perspectiva del análisis presupuestal, se establecieron dos razones de índole estructural:

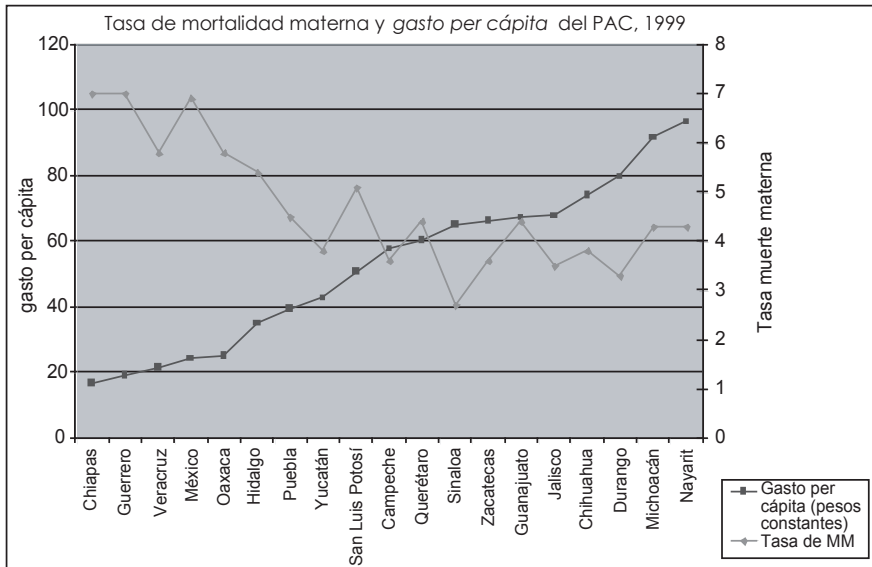
1. El diseño del programa; y
2. la concepción cardinal de otorgar salud a través de un paquete básico sostenido en el bajo costo y alto impacto.¹³

Resultó claro que para avanzar en el descenso de la mortalidad materna es insuficiente constreñir las acciones a un paquete básico. Baste un ejemplo: el Programa de Ampliación de Cobertura buscó atender a un importante número de la población abierta; así, para el año 2000 atendió a 14.55 por ciento de la población abierta a nivel nacional. Este sólo hecho cuantitativo obligaría a que la asignación de recursos fuera coherente con la proporción de población beneficiaria del programa. No obstante, al calcular el gasto PAC per cápita, resultó que los estados que dispusieron de los recursos per cápita más bajos fueron aquellos con las tasas más altas de mortalidad materna.¹⁴

¹³ M. Castañeda, *et al.*, *op. cit.*, p. 16.

¹⁴ *Ibid.*, p. 47.

Gráfica 2



Fuente: D. Díaz y D. Sánchez-Hidalgo, "Mortalidad materna: un problema sin resolver", en M. Castañeda et al., *La mortalidad materna en México. Cuatro visiones críticas*, Fundar-UAM Xochimilco, México, 2004, p. 47.

Asimismo, las investigaciones de Chiapas y Oaxaca demostraron rotundamente que, al otorgar un paquete básico de servicios de salud, se traspasó el costo en la atención del embarazo, parto y puerperio a las propias mujeres y sus familiares, siendo que se suponía que eran beneficiadas por este esquema de combate a la pobreza.¹⁵ Se concluyó que "el PBSS no cubre las necesidades de atención médica de las mujeres embarazadas, y finalmente no se cumple el objetivo de atender la mortalidad materna".¹⁶

¹⁵ En los casos de Chiapas y Oaxaca, sobresalen los resultados siguientes:

- Las cuotas de recuperación del año 2001, pagadas por mujeres pobres, representaron más de la quinta parte del presupuesto del PAC para Oaxaca.
- En traslado y estancia, las mujeres y sus familias pobres gastaron lo equivalente al 61 por ciento del PAC para 2001 en Oaxaca.
- Si se hubieran atendido todos los partos eutócicos, se habría gastado entre 40 y 50 por ciento del presupuesto total asignado al PAC para Chiapas y/o Oaxaca. (*Ibid.*, pp. 142-150).

¹⁶ *Ibid.*, p. 145.

Por el contrario, ésta resultó ser una política de consecuencias regresivas, ya que la mortalidad materna aumentó en Chiapas, Guerrero, Michoacán, Nayarit, y Sinaloa.¹⁷ La administración de Vicente Fox se enfrentó así a un grave panorama y a un desafío enorme por resolver.

¹⁷ Asimismo, se sostuvo el rezago en la atención. En Oaxaca en el año 2001, el PAC sólo atendió 42 por ciento de partos esperados para el programa. En Chiapas, en la región con más altas tasas de muerte materna (Los Altos), los partos registrados fueron atendidos por parteras (26 por ciento), en segundo nivel de atención (52 por ciento), y sólo 16 por ciento en el primer nivel. Además, entre 1998-1999, 65.51 por ciento de las fallecidas por muerte materna no contaron con atención médica antes de morir. (*Ibid.*, p. 37).

3. Panorama de la mortalidad materna durante el sexenio 2000-2006

El tema de la mortalidad materna continúa en la agenda mundial de la salud: en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas (2000) se puntualizaron metas específicas de disminución de la mortalidad materna en los llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio, concretamente en el Objetivo 5: Mejorar la salud materna.¹⁸ Cabe mencionar que México es país firmante de este compromiso. Así, ante lo evidente del rezago en los compromisos internacionales de la década pasada y ante el reto del cumplimiento de las Metas del Milenio, la muerte materna se estableció como un problema prioritario de salud pública en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 de la administración de Vicente Fox, concretamente como parte de la Estrategia 2, "reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres."

Tabla 1
Razón y número de defunciones de mortalidad materna 1990-2000,
meta al año 2000 y Meta del Milenio año 2015

Indicador	1990	2000	Meta al año 2000	Meta del Milenio año 2015
Razón de mortalidad materna por 100 mil nacimientos (defunciones por cada 100 mil nacimientos)*	90.4	72.6	45.2	22.3
Defunciones	2 189	1 543	1 094	547

Fuente: Gobierno de la República, *Anexo del Sexto Informe de Gobierno 2006*, p. 92. Disponible en <http://sexto.informe.presidencia.gob.mx/docs/anexo/pdf/P092.pdf> (consultado en septiembre 2006), y SSA, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, respuesta vía SISI de la solicitud de información No. 0001200088006.

* Incluye corrección por subregistro.

Durante este sexenio se mantuvieron las morbilidades que, mal atendidas o no atendidas, se convierten en las principales causas de muerte asociadas a la maternidad: preeclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica (embarazo, parto y puerperio), sepsis puerperal, todos los tipos de aborto y parto obstruido.

¹⁸ En la Cumbre del Milenio, organizada por las Naciones Unidas entre el 6 y el 8 de septiembre de 2000, se determinó como meta a 2015 reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes en relación al año 1990. Información disponible en: <http://millenniumindicators.un.org/unsd/mdg/Home.aspx>. Asimismo, el Día Mundial de la Salud 2005, con el lema "¡Cada madre y cada niño contarán!", estuvo dedicado a la salud materno-infantil.

Para el año 2000, las cuatro primeras causas representaban 68 por ciento del total de las defunciones maternas.¹⁹ En 2003, las dos primeras fueron los trastornos hipertensivos del embarazo, con 31.6 por ciento, y las hemorragias en el embarazo y parto, con 26.1 por ciento. Según la Secretaría de Salud, "las complicaciones del aborto se ubicaron en la tercera posición con alrededor del seis por ciento del total. Estas tres causas en conjunto representaron cerca de las dos terceras partes del total de las defunciones de dicho año y en total aumentaron su peso relativo en 9.2 puntos porcentuales en comparación con 1990".²⁰

Dichas morbilidades permanecieron sin cambio en los años 2004 y 2005. Cabe precisar que estas cifras son a nivel nacional, y que al adentrarse en las realidades estatales y locales, la incidencia se modifica. De hecho, la Secretaría de Salud argumenta que las causas asociadas a la muerte materna varían dependiendo del contexto: mientras que en las áreas urbanas predominan las causas asociadas al embarazo, como la preeclampsia, en el medio rural prevalecen las complicaciones del parto, como la hemorragia.²¹

Tabla 2
Principales morbilidades que provocan la muerte materna
en México, 2004 y 2005
(porcentaje)

Causas	2004	2005
Enfermedad hipertensiva del embarazo	29.46	25.93
Hemorragia del embarazo, parto y puerperio	25.50	24.48
Aborto	7.10	7.49
Sepsis y otras infecciones puerperales	3.47	2.42

Fuente: Elaboración propia con datos de Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, oficio No. 3819, 5 de junio 2006. Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, respuesta vía SISI, de la solicitud No. 000120060906, con fecha 08 junio 2006.

¹⁹ SSA, Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, *op. cit.*, p. 21.

²⁰ Gobierno de la República, *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de avance 2005*, México, 2005, pp. 72-73.

²¹ SSA, *Salud: México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas*, 2006, p. 138, disponible en <http://www.salud.gob.mx>.

En términos absolutos, en el sexenio 2000-2006 cada día murieron entre tres y cuatro mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. En el año 2000, 1,543 mujeres fallecieron por esta causa, mientras que en 2005 fueron 1,242.

Tabla 3
Número y razón de mortalidad materna en México 2000-2005

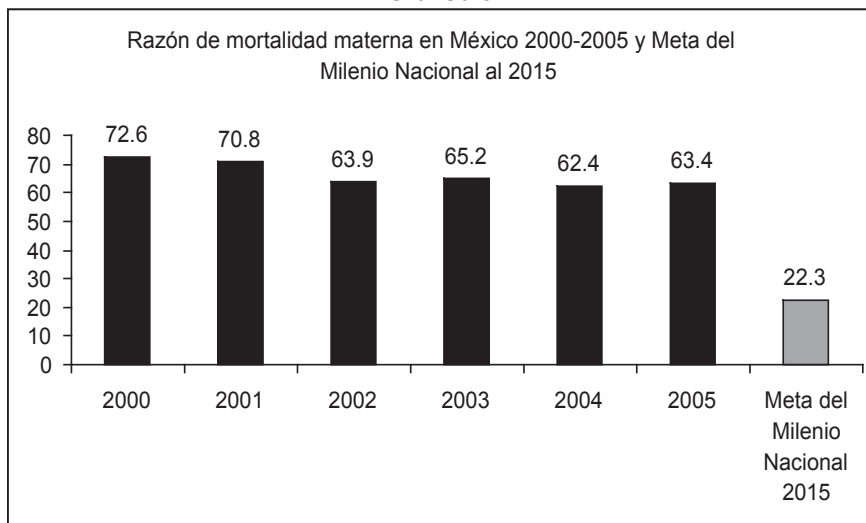
Año	Número de defunciones	Razón de mortalidad materna*
2000	1,543	72.6
2001	1,476	70.8
2002	1,309	63.9
2003	1,313	65.2
2004	1,239	62.4
2005	1,242	63.4

Fuente: SSA, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, respuesta vía SISI, de la solicitud No. 0001200088006.

Razón por 100,000 nacimientos estimados por el CONAPO. Para el cálculo de la mortalidad materna se tomaron los siguientes códigos de la CIE10: O00-099, A34 y embarazadas con B20-B24. Excluye muertes maternas tardías (O96 y O97). Datos corregidos aplicando la metodología RAMOS (Reproductive Age Mortality Survey), haciendo una búsqueda intencionada para determinar el número de muertes maternas y sus causas. Disponible en: http://sinais.salud.gob.mx/indicadores/basicos/ibs_morta2000-2004.xls

Evidentemente, la reducción de 234 muertes en el periodo 2001-2005 resulta insuficiente si se considera que se creó y puso en marcha una estrategia gubernamental con el único objetivo de disminuir la mortalidad materno-infantil. El ritmo de disminución de la mortalidad materna durante el sexenio aleja la posibilidad de conseguir la meta comprometida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Gráfica 3



Nota: Razón por 100,000 nacimientos estimados por Conapo.

Fuente: Elaboración propia con datos de SSA, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, respuesta vía SISI, de la solicitud No. 0001200088006.

Meta del Milenio Nacional al 2015, Secretaría de Salud, *Salud: México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas*, p. 138, disponible en <http://www.salud.gob.mx/>.

Como se observa en la Tabla 4, durante la administración Fox se mantuvieron también en los primeros lugares de razón de mortalidad materna las entidades federativas con más rezagos: Chiapas, Guerrero y Oaxaca. Asimismo, aunque en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se recalcó la vulnerabilidad y prevalencia de la mortalidad materna en dos grupos sociales, las adolescentes y las indígenas, al terminar el sexenio estos grupos se mantienen en las mismas condiciones de vulnerabilidad.²² Año tras año, los estados con fuerte presencia indígena son los que presentan mayor muerte materna, y prevalecen aún altos número de embarazos no deseados, concentrados en adolescentes, con el consecuente riesgo de muerte o morbilidades crónicas por la práctica de abortos inseguros.²³

²² SSA, *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, México, 2001, pp. 29-42.

²³ La propia Secretaría de Salud lo manifiesta como un problema sin resolver: "otro elemento para enfocar esfuerzos es el de los embarazos en adolescentes. En este grupo de edad la mortalidad materna creció ligeramente en los últimos años. Poco más de 13 por ciento de las muertes maternas ocurridas en 2005 fueron en menores de 20 años". Además, de los 761,641 nacimientos atendidos en unidades médicas de la Secretaría de Salud y en los Servicios Estatales de Salud, en 2005, 194,870 fueron en adolescentes, lo que equivale al 25.58 por ciento del total. (SSA, *Salud: México 2001-2005*, op. cit., p. 138).

Tabla 4
Razón de mortalidad materna en Chiapas, Guerrero y Oaxaca, 2002-2005

Estado/año	2002	2003	2004	2005
Chiapas	93.20	113.20	103.20	88.30
Guerrero	89.40	122.00	99.80	128.20
Oaxaca	103.10	67.00	86.90	95.10

Fuentes: SSA, *Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas, 2002*, p. 188; SSA, *Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas, 2003*, p. 215; SSA, *Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas, 2004*, p. 201; SSA, *Salud: México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas, 2005*, p. 191. Disponibles en <http://evaluacion.salud.gob.mx/saludmexico/saludmexico.htm>

Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos estimados.

Un problema más es que las muertes maternas se concentran en los establecimientos de la Secretaría de Salud, es decir, en aquellos que atienden a la población abierta (ver tabla 5). Esto ilustra, una vez más, la situación de vulnerabilidad en la que se encuentra la población no asegurada.

Tabla 5
Egresos hospitalarios por defunción materna 2000-2005

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total México	478	446	437	314	358	344
Población no asegurada Subtotal	328	304	294	229	248	269
SSA	299	278	268	229	248	269
IMSS Oportunidades	29	26	26	0	0	0
Población asegurada Subtotal	150	142	143	85	110	75
IMSS	130	121	113	70	84	68
ISSSTE	14	20	20	14	16	3
PEMEX	1	1	0	0	5	3
SEDENA	5	0	2	1	5	1
SEMAR	0	0	8	0	0	0
Seguro Popular	NA	NA	NA	NA	6	23

Fuente: Secretaría de Salud, Subsecretaría de innovación y Calidad, Dirección General de Información en Salud, respuesta vía SISI de la solicitud No. 00012008006.

Cabe señalar que a lo largo del sexenio se ajustó el registro de fallecimientos asociados a la maternidad, incorporando muertes antes registradas en otras causas. En este sentido, a pesar de que en el Sexto Informe de Gobierno 2006 se presentan las razones de mortalidad materna de 1990 a 2006, las cifras no coinciden con las reportadas por la Secretaría de Salud, ni con las respuestas obtenidas por Fundar en diversas solicitudes de información. La disparidad en las cifras oficiales sobre la prevalencia de la muerte materna en México implica una dificultad más para su seguimiento puntual. La diversidad de cifras plantea la cuestión de cuál de ellas es la correcta u oficial (ver anexo 1).

Esta situación se repite para el caso de las muertes maternas ocurridas en hospitales. Los números publicados en el documento de la Secretaría de Salud, *Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas*,²⁴ no concuerdan con las reportadas en la respuesta a la petición de estos datos hecha por Fundar a la Secretaría de Salud. Una prioridad que continúa pendiente para la próxima administración es, por lo tanto, mejorar los registros. En este mismo sentido, vale la pena mencionar que muchas de las cifras aquí presentadas se obtuvieron por medio de peticiones de información, es decir, no son consideradas —pese a su relevancia— como información pública.

Este panorama es la expresión de falencias e ineficiencias en la atención materna otorgada por la Secretaría de Salud, situaciones que van desde la insuficiencia del diseño de la política, hasta el incumplimiento de la Norma Oficial Mexicana de Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.²⁵ Se le suman las carencias de insumos, incapacidades del personal médico, subutilización del primer nivel de atención, saturación del segundo nivel de atención, e incluso prácticas racistas y discriminatorias. Frente a esta grave situación, se evalúan a continuación las estrategias de atención a la muerte materna llevadas a la práctica durante el sexenio que ahora termina.

²⁴ SSA, *Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas*, op. cit., p. 135.

²⁵ Diario Oficial de la Federación, México, DF, a 31 de octubre de 1994; Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993: Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

4. La propuesta gubernamental para abatir la mortalidad materna: Arranque Parejo en la Vida

Arranque Parejo en la Vida (APV) es la estrategia que plantea el Programa Nacional de Salud 2001–2006 para abordar y disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil. Se puso en marcha en febrero de 2002 como un “programa de acción”, lo cual significa que no está sujeto a reglas de operación. Esto implica que nunca se publicó en el Diario Oficial de la Federación, ni en los Decretos de Presupuesto de Egresos de la Federación para los ejercicios fiscales correspondientes al sexenio. Por consiguiente, carece de mecanismos para la rendición de cuentas y de herramientas de obligatoriedad del nivel federal hacia los estados, en el sentido de cumplimiento de estrategias, acciones y metas.²⁶

La propuesta base del APV se sustenta en la implementación de una red de servicios de salud que “incorpora la atención desde el primer nivel, incluyendo parteras, brigadas de salud y unidades móviles [...] encargadas de llevar a cabo el control prenatal y detectar los embarazos de riesgo, que en las unidades de salud serán corroborados como riesgo obstétrico y serán referidos a las clínicas Sí Mujer”.²⁷

Entre sus principales características sobresalen:

- a. Incorpora la atención específica a los embarazos de alto riesgo.
- b. Establece una “red social” que provee de recursos al programa.
- c. Contempla alojamiento para los hijos de las embarazadas durante su atención, a través del aporte de la red social y las llamadas Posadas de Asistencia a la Mujer Embarazada (Posadas AME).
- d. Establece transporte de Asistencia a la Mujer Embarazada (Transporte AME), cuya constitución depende también de la red social.

²⁶ Las reglas de operación son: “Las disposiciones a las cuales se sujetan los programas federales [...] con el objeto de otorgar transparencia y asegurar la aplicación eficiente, eficaz, oportuna y equitativa de los recursos públicos asignados a los mismos”. (Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2006, México, 2005, p. 6, disponible en www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/PEF_2006.pdf).

²⁷ SSA, *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, op. cit., p. 34.

- e. Sensibiliza al personal del primer nivel y jurisdiccional ante el problema de la mortalidad materna.

Las metas de disminución de muerte materna establecidas como objetivo gubernamental al año 2006 fueron:

- Disminuir en 35 por ciento la tasa de muerte materna con relación a la registrada en el año 2000; y
- reducir 30 por ciento el número de defunciones maternas con relación a las registradas en el año 2000.²⁸

Estas metas no se cumplieron. Según el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, "la reducción tanto de tasa como de número de muertes maternas dista de lo esperado, ya que en el periodo 2000-2005 se alcanzó 36.2 por ciento equivalente a 12.8 porcentuales de los 35 comprometidos en la reducción de tasa de mortalidad materna y 65 por ciento de avance en la reducción del número de defunciones maternas, que representa 19.5 de los 30 puntos porcentuales comprometidos por el programa".²⁹

Durante el ejercicio del APV se desarrollaron estudios situacionales sobre el problema, por ejemplo, la identificación de "redes rojas" (municipios con altas tasas de mortalidad materna) en los estados. De igual forma, se elaboró la herramienta "Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas".³⁰

En 2005, el Instituto Nacional de Salud Pública efectuó una evaluación del programa, a petición del Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva. En términos generales, el estudio concluye que es necesario incorporar al programa un enfoque intercultural, la presencia de enfermeras

²⁸ SSA, Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, México, 2002, p. 65.

²⁹ SSA, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, respuesta vía SISI de la solicitud No. 0001200087206.

³⁰ "Detección de eslabones críticos es la herramienta para transitar desde el análisis enfocado en las complicaciones de la paciente, al escrutinio de las fallas del sistema de atención. El supuesto es que cada mujer que murió es representativa de otras mujeres que —en condiciones similares— acuden hoy a nuestros servicios, y que si no hacemos algo distinto, no vamos a prevenir otra muerte materna". (R. M. Núñez, *Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas*, México, 2004, p. 5. Disponible en: http://www.generoy saludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/eslabones_criticos-2.pdf).

obstétricas, mejorar los módulos de atención y el transporte, fortalecer el trabajo estatal y local, y optimizar la atención prenatal y la capacidad de respuesta ante el parto. Por la ausencia de una "línea basal", es decir, de indicadores establecidos con anterioridad al APV, se concluye que pese a que "se observan cambios favorables en los indicadores para el periodo 2000-2004, no se cuenta con elementos para atribuir estos cambios a la operación del programa". Lo interesante es la recomendación ofrecida: "Es necesario fortalecer las políticas de salud relacionadas con los cuidados maternos y perinatales".³¹ Tanto esta última recomendación como todas las anteriores han sido propuestas desde hace varios años por organizaciones feministas enfocadas a la salud materna.

Cabe resaltar que la existencia y funcionamiento de las Posadas de Asistencia a la Mujer Embarazada (Posadas AME) y el Transporte de Asistencia a la Mujer Embarazada (Transporte AME) no fueron garantizados por la propia Secretaría de Salud, ya que dependen de la red social. Esto resulta grave, ya que la disponibilidad de alojamiento y transporte representa un eslabón fundamental en la red de servicios establecidos por el APV. Así, al solicitar información a la Secretaría de Salud sobre el número y localización de Posadas y Transporte AME, la respuesta recibida fue: "las Posadas y Transporte AME son iniciativas de Participación Comunitaria, no institucional, por lo que la información sobre su funcionamiento no está sujeta a sistemas oficiales de la Secretaría de Salud. No obstante, se tienen registradas 50 posadas".³²

³¹ INSP, *Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida 2000-2005. Evaluación externa. Resumen Ejecutivo*, México, 2006, pp. 5-7. Disponible en: http://www.insp.mx/Portal/Centros/Ciss/resumenes_ejecutivos.pdf

³² SSA, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, oficio N° 3997, con fecha 13 de junio de 2006.

El programa Arranque Parejo en la Vida se basó en un paradigma que se traduce en la estrategia de seguimiento e identificación a los embarazos de alto riesgo. Asimismo —y conforme a los indicadores de resultado refrendados en las Metas del Milenio— se fundamenta en la atención calificada del parto.³³

Mediante la investigación se constata que una de las razones para mantener este paradigma —que se aplica en la política social desde inicios de la década de los años ochenta— es el supuesto de que resulta más barato, ya que se basa en el marco del esquema de intervenciones de bajo costo y amplio impacto, resumido en la idea de costo-efectividad.

La consecuencia inmediata es sostener el énfasis en la atención mediante el esquema del Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS), es decir, en la prevención, no en la curación. Esto, a su vez, deriva en una situación de tensión y desencuentros entre las formas de asignar el presupuesto público, el diseño de la atención en salud materna y la atención de la mortalidad materna. Por ejemplo, se ha subutilizado el primer nivel de atención, saturando el segundo nivel: casi la totalidad de los partos son atendidos en el segundo nivel, siendo que en el primer nivel están concentrados casi todos los establecimientos de salud.

En 2004, de los 728,213 partos atendidos, 55,040 correspondieron al primer nivel (que cuenta con 11,867 establecimientos de salud); en contraste, 669,509 partos fueron atendidos en el segundo nivel, que cuenta con sólo 508 establecimientos.³⁴ Este es un hecho de trascendencia capital, pues el que una mujer pueda ser atendida tanto en un parto normal como en una

³³ En el ámbito operativo, se sustentó en la implementación de una red de servicios de salud que “incorpora la atención desde el primer nivel, incluyendo parteras, brigadas de salud y unidades móviles, que serán las encargadas de llevar a cabo el control prenatal, y detectar los embarazos de riesgo, que en las unidades de salud serán corroborados como riesgo obstétrico y serán referidos a la Clínica Sí Mujer que corresponda.” Estas son unidades de servicio de atención integral a la mujer, que estarían ubicadas estratégicamente en microrregiones donde no existen hospitales. Además, la Clínica Sí Mujer contaría con personal calificado para la atención de embarazos de bajo y mediano riesgo, con equipo e insumos suficientes, con atención las 24 horas del día, los 365 días del año. (SSA, Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, op. cit., pp. 34-62).

³⁴ Para el número de partos, la información proviene de datos del Sistema de Información para Población Abierta (SISPA), 2004, de la Secretaría de Salud, y del Sistema de Información en Salud (SINAIS). Para el número de establecimientos de salud, proviene de Secretaría de Salud, *Anuario Estadístico 2004*, México, 2004. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/publicaciones/publicaciones.htm>. Cabe señalar que de los 508 establecimientos, 30 son de psiquiatría y 74 de especialidad.

emergencia obstétrica en un lugar más cercano a su vivienda (es decir, en el primer nivel de atención, para el caso de mujeres rurales o que viven en comunidades pequeñas) puede hacer la diferencia entre vivir o morir.

4.1. ¿Invisible en el presupuesto?

En términos presupuestales, inicialmente el programa Arranque Parejo en la Vida (APV), se dispuso como una estrategia exclusivamente orientada a la disminución de la mortalidad materna e infantil; por tanto, los recursos se canalizaron centralizadamente a través del Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva (anteriormente Dirección General de Salud Reproductiva).³⁵ Sin embargo, en el transcurso de su operación los criterios de asignación del gasto se modificaron drásticamente, transformándose en gasto para atender no sólo a la mortalidad materna, sino a la salud materna en general. Esto se constata, como veremos más tarde, a través de su incorporación presupuestal al Sistema de Protección Social en Salud.

Aún en su concepción original —enfocado en la muerte materna— APV presentó falencias; por ejemplo, una falta de focalización en las mujeres y/o municipios de mayor riesgo. Es así que la investigación de campo en Oaxaca, desarrollada por la antropóloga Martha Castañeda, concluyó que “el primer paso [debe ser] focalizar, es decir, definir los municipios prioritarios identificando sus necesidades para poder determinar las acciones sustantivas y estratégicas que respondan a estas necesidades”.³⁶

El esquema del APV no contempla recursos para infraestructura, equipamiento, medicamentos y transporte, por lo que su funcionamiento se debe ajustar a los insumos existentes en las comunidades en que se implementa. Un hecho que resulta grave es que la Secretaría de Salud nunca consideró gastar en los rubros antes mencionados. En la estrategia del APV claramente se indica que se buscará “conformar una red de apoyo en el nivel estatal para la gestión de recursos financieros y materiales, externos a las instituciones del sector salud necesarios para la operación

³⁵ Por ejemplo, solamente en el año 2003 fueron visibles los recursos asignados vía Ramo33-FAS-SA.

³⁶ M. Castañeda, “Seguridad de las mujeres para dar vida: infraestructura sanitaria, presupuesto y cuentas claras. Monitoreo al programa Arranque Parejo en la Vida en Oaxaca”, en D. Díaz (coordinadora), *Muerte materna y presupuesto público*, México, Fundar, 2004, pp. 68-70.

del programa".³⁷ Como consecuencia, el aporte privado sustenta una parte fundamental de la implementación del programa.

Es así que, por ejemplo, en el Informe Anual de Actividades 2003 de la Fundación Vamos México, se reporta que la Fundación Telmex "aceptó entregar en forma directa a la Secretaría de Salud, un donativo en equipo equivalente al valor de 150 millones de pesos en varias etapas".³⁸ La dependencia del programa en donativos de la iniciativa privada es preocupante, ya que una acción que debiera entenderse como prioritaria para el gobierno federal se convierte en presa de la buena voluntad empresarial.

Con base en las investigaciones de campo desarrolladas en Chiapas, Guerrero y Oaxaca, se constata que el equipo allegado a través de la iniciativa privada no siempre se utiliza o bien se destina a Hospitales Generales de difícil acceso para las mujeres habitantes de los municipios con mayor prevalencia de muerte materna. Por tanto, antes de gestionar equipos, se debe solventar uno de los aspectos más débiles del programa APV y que es un mecanismo prioritario para disminuir la muerte materna: el transporte.³⁹

Más allá de esto, la asignación presupuestal al APV fue inconsistente, por decir lo menos: de una asignación presupuestal centralizada (es decir, dirigida desde la Secretaría de Salud) se pasó a un esquema descentralizado, en la que los estados son los responsables de su manejo y, finalmente, a una asignación dispersa y poco clara en el Ramo 12-SSA y el Ramo 33-FASSA (Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud).

El año 2003, por ejemplo, es el único en que el gasto asignado al programa se presentó más desglosadamente, a través de su etiquetación en el Ramo 33. Debemos aclarar que esto no significó publicar todos los recursos asignados, pues el APV recibe aportes de otras instancias de la Secretaría de Salud y de los gobiernos estatales. Sin embargo, estos recursos son difíciles de localizar.

³⁷ SSA, Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, *op. cit.*, p. 40.

³⁸ Fundación Vamos México, A.C., *Informe Anual de Actividades 2003*, junio 2004, p. 22, <http://www.vamosmexico.org.mx/pdfs/informe2003p.pdf>.

³⁹ D. Díaz, "Seguimiento presupuestal al programa Arranque Parejo en la Vida", en D. Díaz (coord.), *Muerte materna y presupuesto público*, México, Fundar, 2004, p. 17. Disponible en <http://www.fundar.org.mx/secciones/publicaciones/PDF/MuerteMaterna.pdf>.

Tabla 6
Gasto asignado a Arranque Parejo en la Vida 2002-2006
como se establece en el PEF (pesos constantes de 2006)*

Ramos	2002	2003	2004	2005	2006
Ramo 12	79,631,242	68,299,201	s/i	s/i	s/i
Ramo 33	-	692,894,461	s/i	s/i	s/i

Fuente: Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Cuenta de la Hacienda Pública*, 2002, 2003, 2004 y 2005, *Presupuesto de Egresos de la Federación*, 2006. Disponibles en www.shcp.gob.mx. s/i: sin información.

Un hecho grave es que en 2004 se modificó considerablemente la estructura del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF), lo que repercutió en la invisibilidad del gasto asignado al APV y a la salud materna en general. Una de las novedades de esta modificación es que el gasto asignado para el Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud (FASSA, Ramo 33), se categoriza y divide en dos modalidades: FASSA C (a la Comunidad) y FASSA P (a la Persona).

El APV recibió recursos por el Ramo 12 y el Ramo 33; por ejemplo, en 2005 y 2006, el programa se nombra en el tomo de Estrategia Programática del Ramo 12; en 2005 el problema de la mortalidad materna se indica en el tomo de Estrategia Programática del Ramo 33-FASSA. Como se ve, utilizando los documentos presupuestales públicos,⁴⁰ resulta difícil dar un seguimiento puntual a las cantidades asignadas año con año al APV, ya que las fuentes de financiamiento cambian. Un elemento que complica aún más el seguimiento de los recursos es la introducción del llamado Seguro Popular (Sistema de Protección Social), del que hablaremos en la sección siguiente.

Desde 2004 a la fecha, las consecuencias más significativas para el gasto asignado a APV son que:

- a) la mayor parte del gasto se establece a través del Sistema de Protección Social, y

⁴⁰ Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación, Presupuesto de Egresos de la Federación (Proyecto y Aprobado), y Cuenta de la Hacienda Pública Federal.

b) el gasto asignado a través del Ramo 33 deja de presentarse de forma etiquetada; es decir, no es visible en el presupuesto.⁴¹

En síntesis, las principales vías de financiamiento del APV son el nivel federal (Ramo 12-SSA) a través del Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva y el Seguro Popular y el nivel estatal (Ramo 33-FASSA). Cabe aclarar que las entidades federativas tienen la facultad de utilizar estos recursos discrecionalmente; de hecho, las investigaciones de campo del proyecto verificaron que en las entidades federativas el gasto asignado se manejó como presupuesto para la atención del embarazo, parto y puerperio, y no específicamente para reducir la mortalidad materna.

Este comportamiento presupuestal se debe a que Arranque Parejo en la Vida, a pesar de ser denominado "programa", en estricto sentido no lo es. Este hecho tiene implicaciones importantes en la manera en la que el APV se refleja dentro del Presupuesto de Egresos de la Federación y en términos de facultades de exigibilidad desde el nivel central o federal hacia los ámbitos estatales. El que no cuente con reglas de operación, además de dificultar su monitoreo en cuanto a las metas, conlleva a que el APV haya sido tratado presupuestalmente como estrategia para la *atención universal de salud materna*, no como un programa gubernamental para atender *específicamente* la mortalidad materna.

La falta de herramientas programáticas para operar la estrategia dificultó así la implementación de las acciones propuestas. Esta vulnerabilidad de origen del APV, aunada al cambio de la estructura del Presupuesto de Egresos de la Federación en 2004, significó una total opacidad de la información de los recursos financieros destinados al programa en el PEF. Como se mencionó, los recursos asignados al APV sólo fueron visibles en los años 2002 y 2003; posteriormente la información presupuestal se obtuvo por medio de solicitudes de información, ya sea mediante un oficio o por el sistema de información por Internet (SISI), establecido por la Ley Federal de Acceso a la Información Pública (ver tabla 7).

⁴¹ D. Díaz, *op. cit.*, p. 10.

Tabla 7
Gasto asignado a Arranque Parejo en la Vida 2004 y 2005,
vía solicitud de información
 (pesos constantes)

Ramos	Concepto	2004	2005
Ramo 12	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	21,184,027*	33,342,380*
Ramo 12	Sistema de Protección Social (Seguro Popular)	-	441,882,834
Ramo 33	Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud, FASSA	63,296,771	233,478,283
Total		84,480,798	708,703,496

* La base para calcular los pesos constantes corresponde al presupuesto ejercido, utilizando las fuentes siguientes: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, respuesta vía SISI de la solicitud No. 0001200088506, con fecha de 28 de julio de 2006. Seguro Popular y Ramo 33: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, respuesta vía SISI de la solicitud No. 0001200062106, con fecha de 8 de junio de 2006.

Independientemente de la modificación a la estructura presupuestal —a la cual se vieron sujetos no sólo el APV, sino otras acciones en salud— el vaivén en la distribución del gasto público está ligado a una indefinición en torno a la manera de ubicar la estrategia APV. El APV, en su calidad de programa de acción, careció de instrumentos estructurales para su implementación y para el adecuado financiamiento de sus estrategias y acciones en pro de disminuir la mortalidad materna.

5. ¿Nueva estrategia? El Seguro Popular y la mortalidad materna

La nueva Ley General de Salud, publicada en 2003, establece el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), siendo el Seguro Popular su brazo operativo.⁴² Como se observó con anterioridad, los recursos asignados al APV se aglutinan ahora en el Seguro Popular, el cual canaliza prácticamente todo el gasto público para salud materna en población abierta. También es importante recalcar que en los documentos presupuestales internos de la Secretaría de Salud se utiliza el nombre Arranque Parejo en la Vida para denominar al gasto dirigido a la salud materna, por cualquiera de las vías de asignación (Ramo 12-SSA, Seguro Popular o Ramo 33- FASSA) —sin que se trate específicamente de una estrategia orientada a la reducción de las tasas de mortalidad materna.

La absorción presupuestal por el Seguro Popular de lo que en un inicio fue gasto asignado con un fin específico —disminuir la mortalidad materna—, va acompañada de la redefinición conceptual a la cual va dirigida ese recurso financiero. Concretamente, el concepto es para la atención en salud del embarazo, parto y puerperio en general. Ello implica que en términos de los criterios de distribución del gasto público a mortalidad materna, ésta desaparece.

Esto se aprecia claramente al examinar el presupuesto asignado para el 2006 (ver Tabla 8). Los montos dados a conocer para los años 2005 y 2006 reflejan dos situaciones:

1. Al igual que en 2005, en el año 2006 la mayor cantidad del gasto asignado a Arranque Parejo en la Vida se canaliza y concentra en el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

⁴² El Seguro Popular de Salud (SPS) es un esquema de aseguramiento público y voluntario que brinda protección financiera en materia de salud a las familias que, por su condición laboral y socioeconómica, no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social. Cada año se pretende inscribir a un millón y medio de familias, hasta cumplir la meta de 10 millones de familias en 2010. Los recursos del SPS se componen de una cuota familiar anual (de acuerdo al ingreso familiar, las familias ubicadas en los tres primeros deciles y beneficiarias de Oportunidades no pagan), una cuota social aportada por el gobierno federal (equivalente al 15 por ciento de un salario mínimo para el DF, 2,574 pesos al año por familia), una aportación solidaria federal, también aportada por el gobierno federal (equivalente a 1.5 veces la cuota social, es decir 3,860 pesos al año por familia), y una aportación solidaria estatal, aportada por cada estado de la República (equivalente a la mitad de la cuota social, 1,287 pesos al año por familia). Ver <http://www.seguro-popular.gob.mx/> (consultado en octubre 2006).

2. Sin embargo, el presupuesto vía Seguro Popular es destinado para la atención del embarazo, parto y puerperio como intervención general de salud. El que la estrategia se denomine e identifique presupuestadamente como Arranque Parejo en la Vida resulta meramente simbólico.

Tabla 8
Gasto programa Arranque Parejo en la Vida 2006, por fuente de financiamiento
 (pesos corrientes)*

Programa	Ramo 12	SPSS	Ramo 33	Total
Arranque Parejo en la Vida	110,900,000	2,205,100,000	97,400,000	2,413,400,000
Representación en %	4.6	91.4	4.0	100.0

Fuente: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Administración y Finanzas, Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.

* En este caso se mantuvieron las cifras en pesos corrientes, con 2006 como año base.

Esta situación plantea una serie de interrogantes, que es preciso que la Secretaría de Salud, en su calidad de entidad rectora, clarifique. Por ejemplo, si bien prácticamente todos los recursos para la prevención de la mortalidad materna se canalizan por el Seguro Popular, no todas las mujeres pertenecientes a la población abierta están afiliadas al mismo. ¿Significa esto que los recursos del Seguro Popular se destinan para toda esta población, independientemente de su condición de afiliación? Si es así, hay que recordar que el Seguro Popular se sostiene por el número de familias aseguradas. Entonces, ¿cómo se sustenta en las entidades con baja afiliación? ¿Este panorama mantiene la desigualdad estructural en recursos para la salud entre entidades federativas? Por ejemplo, a junio del 2006 en Chiapas, Guerrero y Oaxaca el número de familias afiliadas es muy bajo en relación al número de familias no aseguradas.

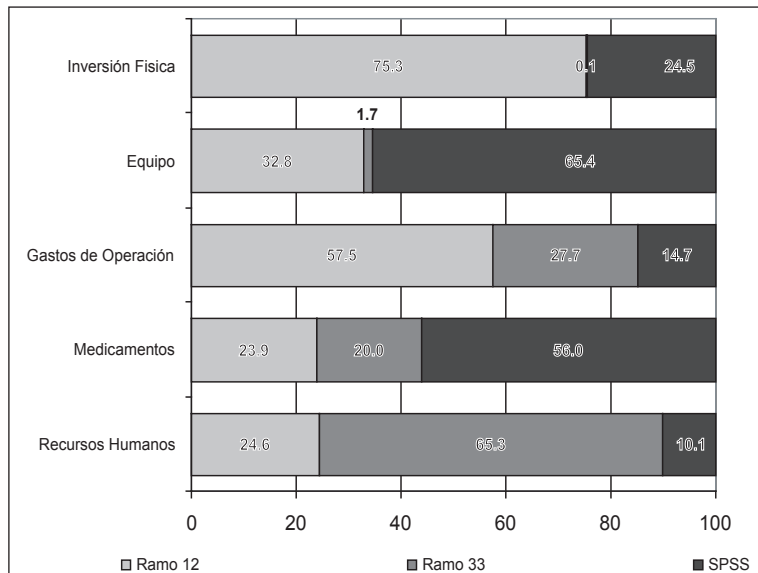
Tabla 9
Número de familias afiliadas y número de familias no aseguradas al Seguro Popular, al 30 de junio de 2006

Entidad federativa	Número de familias afiliadas	Número de familias no aseguradas	Avance (porcentaje)
Chiapas	178,397	690,396	25.8
Guerrero	55,748	518,800	10.7
Oaxaca	115,030	596,086	19.3

Fuente: Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Seguro Popular, Anexo estadístico del primer semestre del 2006, disponible en <http://www.salud.gob.mx/>.

En la práctica, entonces, el Seguro Popular no es exclusivamente para las familias afiliadas, tal y como se observa en la gráfica siguiente, que demuestra en términos generales la estructura porcentual del gasto (no exclusivamente para salud materna), para toda la población abierta:

Gráfica 4
Estructura porcentual del gasto en salud según destino, 2006



Fuente: Secretaría de Salud, Subsecretaría de Administración y Finanzas, Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto.

Sobre el esquema de distribución del gasto del Seguro Popular, es esclarecedora la respuesta recibida al solicitar la información siguiente: ¿Cuál es la asignación de los años 2004 y 2005, por entidad federativa y por concepto, de Arranque Parejo en la Vida? ¿Cuál es el presupuesto por entidad federativa, para las intervenciones 121 a 140 y las emergencias obstétricas? ¿Cuáles son sus fechas de liberación? Es pertinente precisar que las preguntas se plantearon como recursos asignados al APV e intervenciones específicas con el objetivo de ampliar las posibilidades de respuesta, en función de que éstas son las dos formas de denominar el gasto específico para el abatimiento de la mortalidad materna en el Seguro Popular.

La respuesta fue la siguiente: "Al respecto me permito informarle que el Sistema de Protección Social en Salud, no tiene financiamiento para programas de acción en salud, únicamente para padecimientos e intervenciones incluidos en el Catálogo Universal de Servicios en Salud (CAUSES). La Comisión Nacional de Protección Social en Salud no tiene responsabilidad directa en la asignación de recursos para intervenciones específicas, cada entidad federativa es responsable de asignar éstos a sus intervenciones".⁴³

Esto reafirma lo observado en las investigaciones de campo: los recursos del Seguro Popular se están destinando para la atención de embarazo, parto y puerperio, y no específicamente para acciones para contrarrestar la mortalidad materna. En términos presupuestales, el gobierno introdujo en el catálogo establecido para el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) todas las acciones correspondientes a la atención materna. La respuesta citada de la Comisión refleja la falta de elementos estructurales para sostener estrategias dirigidas a abatir la mortalidad materna. Al canalizarse la mayoría de los recursos financieros mediante una configuración absolutamente financiera y totalmente alejada de una perspectiva programática, las propuestas de la SSA en torno a la salud materna en general y la muerte materna en particular tienden a diluirse.

Esta situación se agrava si la asignación presupuestal no va acompañada de un documento que dé cuenta de la relación entre los recursos utilizados, las estrategias y acciones en salud dirigidas a la atención materna y los

⁴³ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, CNPSS/DGGSS/303/06, México, 05 de junio de 2006.

resultados de las mismas. Hecho que empeora dada la falta de la práctica de rendición de cuentas en los estados.

Tal divergencia operativa y conceptual se confirmó al revisar cómo se construye el Seguro Popular mediante los indicadores de gestión y la forma de calcular los costos de las intervenciones que se incluyen en éste, que manifiestan que el criterio de asignación de recursos responde a su naturaleza, es decir, ser una herramienta de financiamiento. Los indicadores usados responden a la cantidad de familias incorporadas, pues esa es la base para determinar el monto a transferir a las entidades federativas desde la federación. Este hecho plantea el reto de transparentar la asignación del gasto y de unificar criterios para relacionar efectivamente la distribución de recursos con las necesidades generales en salud. Resulta indispensable compatibilizar la gran cantidad de información epidemiológica sobre salud materna, elaborada por la Secretaría de Salud, y los recursos financieros asignados a través de, por ejemplo, la elaboración de informes públicos periódicos sobre el tema.

Este desafío aún no ha sido resuelto, y resulta evidente al revisar cómo se conforma el Catálogo de Servicios Médicos (CABEME), que incluye los servicios cubiertos por el Seguro Popular. El CABEME no tomaba en cuenta parte de las morbilidades que provocan el fallecimiento ligado a la maternidad. Mediante una serie de sugerencias al respecto, por parte de investigadoras especializadas del equipo del proyecto de mortalidad materna y presupuesto público de Fundar, y por medio de la intervención del Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva ante la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, se le modificó este año, transformándose en el ahora llamado Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES).⁴⁴ Este hecho es de suma importancia, ya que una base fundamental del cálculo del presupuesto de las entidades federativas por parte del Seguro Popular son las intervenciones incorporadas en dicho catálogo.

⁴⁴ Catálogo de Servicios Esenciales en Salud: Relación de intervenciones médicas, medicamentos y servicios cubiertos por el Sistema de Protección Social en Salud seleccionados de conformidad con el artículo 77 bis 1 de la Ley General de Salud.

Tabla 10
Intervenciones relacionadas a la morbi-mortalidad materna en el
Seguro Popular

CABEME (años 2002, 2003 y 2004)	CAUSES (año 2006)
	Examen y prueba del embarazo
Atención del embarazo normal (prenatal)	Atención del embarazo normal
Atención del parto normal y puerperio	Atención del parto normal
	Atención del puerperio normal
Cesárea y puerperio quirúrgico	Atención del parto por cesárea y del puerperio quirúrgico
	Diagnóstico y tratamiento de eclampsia
	Diagnóstico y tratamiento de pre-eclampsia
	Diagnóstico y tratamiento de pre-eclampsia severa
	Hemorragia obstétrica puerperal
	Hemorragia por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
	Ruptura uterina
	Enfermedad trofoblástica
	Embarazo ectópico
	Endometritis puerperal
	Infección superficial de episiorrafia o herida quirúrgica obstétrica
	Pelvipertonitis
	Choque séptico puerperal
Histerectomía vaginal	Histerectomía vaginal
Diagnóstico y tratamiento del aborto incompleto	Diagnóstico y tratamiento del aborto incompleto y sus complicaciones (hemorragia e infección)

Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud, Catálogo de Servicios Esenciales de Salud, p. 3. Catálogo Universal de Servicios de Salud, disponible en <http://www.salud.gob.mx/>.

Como ya se mencionó, los indicadores que utiliza el Seguro Popular están relacionados principalmente con el número de personas afiliadas al mismo. Resulta positivo que la información se desagregue por sexo y pertenencia étnica. Sin embargo, es preciso agregar indicadores que, además de estar relacionados con la calidad de la atención en cuanto a, por ejemplo, tiempo de espera, den cuenta de la efectividad en la atención a los problemas prioritarios en salud que financia.

Los indicadores del Seguro Popular agrupados en temáticas generales son los siguientes:

1. Presupuesto ejercido: mide el avance del presupuesto transferido a los gobiernos de los estados.
2. Número de familias afiliadas: mide el número de familias beneficiadas y desagrega a sus miembros por sexo, grupos de población y nivel de ingreso.
3. Número de personas afiliadas: mide la población afiliada por sexo.
4. Cuotas captadas: mide la captación de recursos por concepto de cuotas que aportan las familias del régimen contributivo.
5. Servicios otorgados: mide el servicio que se proporciona a los beneficiarios en las unidades médicas incorporadas al SPSS. En cuanto al tema que nos concierne —mortalidad materna— los indicadores de servicios otorgados son:
 - Nombre: Promedio de partos atendidos en mujeres afiliadas.
 - Fórmula: Número de partos atendidos en proporción del número total de mujeres afiliadas.
 - Unidad de medida: Promedio de partos atendidos
6. Número de unidades incorporadas al SPSS: mide el avance en la cobertura de las unidades médicas que prestan servicio a las familias afiliadas al SPSS, como son centros de salud, hospitales generales y unidades de alta especialidad.⁴⁵

Es necesario que a los indicadores de término medidos por el Seguro Popular —número de partos atendidos, número de consultas prenatales, número de embarazadas con aplicaciones de toxoide tetánico— se agreguen indicadores de proceso, que den cuenta del impacto real de la atención en salud materna y del uso de los recursos recibidos por el Seguro Popular.⁴⁶ Esto resulta urgente en vistas de que el Seguro Popular ha implicado un aumento en el presupuesto asignado a la Secretaría de Salud Federal y estatales.

⁴⁵ Disponible en: http://www.seguro-popular.gob.mx/files/1ERSEM_FI2006.pdf.

⁴⁶ Para una excelente propuesta de indicadores de proceso, ver G. Freyermuth, et al., *Maternidad peligrosa. Evaluación de la Atención Institucional a la Urgencia Obstétrica en Los Altos de Chiapas*, Impresiones DUMA, México, 2004.

Reiteradamente aflora la tensión entre la distribución de los recursos públicos y la atención a problemas prioritarios que se han delimitado en programas específicos. Queda en el aire la rectoría efectiva del nivel federal en la consecución de estrategias y acciones propuestas en los programas, particularmente para el caso de Arranque Parejo en la Vida y acciones relacionadas con la salud materna.

En este tenor, resulta positivo que con fin de fortalecer la rectoría del gobierno federal en el sector salud, el Consejo de Salubridad General publicó, el 1° de noviembre de 2004 en el Diario Oficial de la Federación, el acuerdo por el que se establece la aplicación obligatoria en las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud de los componentes sustantivos y estratégicos del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida y de la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas.⁴⁷ Básicamente, este acuerdo dispone la exigencia a todas las instituciones del sector salud —incluyendo al sector privado— de notificar todo lo referente al fallecimiento de una mujer por causas asociadas a la maternidad y aplicar los lineamientos de atención establecidos en el APV. Este acuerdo evidentemente fortalece las acciones propuestas y ejecutadas por el Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, pues institucionaliza el informar detallada y claramente lo que le ocurrió a la mujer fallecida en el espacio institucional.

Sin embargo —y tomando en cuenta el hecho de que el Acuerdo abre posibilidades a identificar los problemas en la atención en salud a la mujer— ésta es una obligatoriedad de rendir cuentas una vez que la mujer falleció, no antes de que la tragedia ocurra. Por tanto, es importante diseñar indicadores de seguimiento que den cuenta de los distintos procesos en la atención y de los distintos momentos de la gestación a los que se enfrenta la mujer, considerando factores como nivel socioeconómico, pertenencia étnica, edad, orientación sexual, discapacidad y lugar de origen. Hay que recalcar que es imprescindible institucionalizar la liga entre indicadores de seguimiento y la distribución del gasto público a salud materna y a la atención de la mortalidad materna, para asegurar una correcta distribución del gasto y el mejoramiento real de la calidad de la atención por maternidad.

⁴⁷ Disponible en:

http://www.salud.gob.mx/unidades/dgqj/archivos/archivos/dof/saluddof/04/dof_01-11-2004-1.pdf#search=%22Consejo%20Nacional%20de%20Salubridad%20dof%201%20de%20noviembre%20de%202004%22.

Un avance más es que la Secretaría de Salud propuso que, para el Presupuesto de Egresos de la Federación 2007, la estructura programática sea homologada.⁴⁸ Asimismo, el Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva encomendó al Instituto Nacional de Salud Pública la elaboración de las Cuentas Nacionales de Salud Reproductiva y Equidad de Género, que se publicaron por primera vez en 2006.⁴⁹

En síntesis, queda pendiente para la próxima administración lograr que todos estos insumos y herramientas se institucionalicen y relacionen, para que la población más vulnerable de ser afectada por la mortalidad materna deje de serlo. Es fundamental también hacer públicos estos vínculos y recursos, ya que es un derecho elemental de la población saber qué se hace con los recursos públicos.

⁴⁸ "La estructura programática homologada es el instrumento utilizado como traductor entre la estructura programática concertada con la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y la estructura programática individual de las 32 entidades federativas y de las 56 unidades administrativas de esta Secretaría". Secretaría de Salud, Subsecretaría de Administración y Finanzas, Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, oficio N° 1586, México DF., 2 junio 2006.

⁴⁹ "Las cuentas nacionales en salud son hoy en día el instrumento básico para garantizar la contribución eficiente y equitativa y la presupuestación por problemas de salud. Esta metodología permite identificar quiénes contribuyen, con cuánto y por medio de qué mecanismos financieros". (SSA, Instituto de Salud Pública, *Las cuentas nacionales de salud reproductiva y equidad de género*, México, 2005, p. 14).

6. Conclusiones y recomendaciones

Los datos expuestos manifiestan la necesidad inaplazable de, a la par de fortalecer las acciones concretas para disminuir la mortalidad materna, ampliar y profundizar la atención a la salud materna de manera integral a través de una política pública que concentre en su concepción y directrices programáticas un enfoque de derechos. Sólo si la mortalidad materna es comprendida en su dimensión completa (la cual indica que es un problema de salud pública, justicia social y desarrollo) se lograrán diseñar políticas que logren su disminución. Las políticas públicas deben ser entendidas de manera integral, es decir, se debe reconocer que, además de ser decisiones administrativas, son productos sociales⁵⁰ que emanan de un determinado contexto cultural y económico; son reflejo de un proyecto político, no únicamente un instrumento tecnocrático.

Hay cuatro aspectos críticos para la modificación de las estrategias de atención a la mortalidad materna: la etiquetación de recursos para asegurar que sean destinados a la atención de la mortalidad materna, la transparencia en las cifras de mortalidad materna, la rendición de cuentas en el gasto asignado para la atención de la salud materna a cada entidad federativa, y la incorporación de la atención obstétrica de emergencia en la estrategia de lucha contra la muerte materna.⁵¹ A través de la investigación realizada por Fundar y sus contrapartes ha sido sumamente clara la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención, crear efectivas formas de canalización (referencia y contrarreferencia) de las pacientes y garantizar la gratuidad de la atención para los sectores de mayor vulnerabilidad. La coherencia entre la asignación presupuestal, la naturaleza del problema de la mortalidad materna y las condiciones de atención de la salud materna en la población abierta debe ser asegurada.

⁵⁰ Ver el documento de la Organización Internacional del Trabajo, "Políticas públicas de equidad de género en el trabajo en los países del Cono Sur", disponible en: http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/sala/silv/pol_pub/i.htm.

⁵¹ Está documentado que alrededor del 15 por ciento de los partos desembocan en una urgencia obstétrica. La propuesta *Averting Maternal Death and Disability Program*, nombre en inglés del paradigma de la atención obstétrica de emergencia, es promovida por el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Universidad de Columbia. Se fundamenta en que "cualquier mujer puede padecer complicaciones durante el embarazo o el parto —aunque durante el embarazo no haya presentado signo de alarma alguno— pero que casi todas las complicaciones obstétricas son susceptibles de tratamiento". (Disponible en línea en: <http://www.unfpa.org/swp/2004/espanol/ch7/page10.htm>). Para un costeo de la atención obstétrica de emergencia en México, ver D. Díaz, (coord.), *op. cit.*, pp. 23-25.

Ciertamente se logró que actores como la Secretaría de Salud federal y secretarías estatales (Chiapas y Guerrero), el Legislativo federal y local, personal de salud, organizaciones sociales y comunidades afectadas miren desde otra perspectiva la asignación del gasto hacia la atención del embarazo, parto y puerperio, comprendiendo las consecuencias de una errónea determinación del mismo. A pesar de esto, la próxima administración está obligada a desarrollar una política de salud materna más efectiva. Es preciso, entonces, "redoblar los esfuerzos tendientes a mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud y de salud reproductiva, y operar con eficiencia los servicios de emergencia obstétrica, especialmente en las entidades de mayor marginación y entre la población indígena".⁵² Esto puede alcanzarse sólo si se cumplen a cabalidad los acuerdos, normas, lineamientos y guías de atención en salud, en los niveles estatal y jurisdiccional.⁵³

En suma, lo central es la necesidad de institucionalizar la salud materna como política pública, pues estrategias o programas para atenderla, sin un mayor sustento institucional y una rectoría de la Secretaría de Salud, dificultan el éxito y el cumplimiento de los objetivos planteados inicialmente. Un punto de partida importante es la manera en la que se expresa la acción gubernamental en torno a la mortalidad materna en el Presupuesto de Egresos de la Federación. Y una entrada primordial es que el presupuesto se diseñe de tal forma que logre plasmar a la mortalidad materna como uno de los indicadores más claros de inequidad de género.

⁵² O. Mojarro, Conmemoración del día mundial de la población y presentación del libro *México ante los desafíos de desarrollo del milenio*, disponible en línea en: <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2006/discurso06.pdf#search=%22rafa%C3%A9l%20lozano%20modelo%20%22>.

⁵³ SSA, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, "Intervenciones y retos para la reducción de muertes maternas y neonatales", presentación en diapositivas.

Anexo1

Disparidad en las cifras oficiales de razón de mortalidad materna en México 2000-2005

Razón de mortalidad materna

Año	Razón de mortalidad materna* SSA 1/	6° Informe de Gobierno 2/	Salud: México 3/
2000	72.6	66.0	s/í
2001	70.8	64.7	s/í
2002	63.9	60.0	6.2*
2003	65.2	62.7	65.2
2004	62.4	61.0	62.6
2005	63.4	61.9	63.3

* Razón por 100,000 nacimientos estimados por Conapo.

1/ Fuente: SSA, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, respuesta vía SISl, de la solicitud No. 0001200088006.

2/ Fuente: Presidencia de la República, Anexo del Sexto Informe de Gobierno 2006, México, 2006, p. 92. Disponible en línea en:

<http://sexto.informe.presidencia.gob.mx/docs/anexo/pdf/P092.pdf>.

3/ Año 2002 Fuente: SSA, *Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas, 2002*, p. 188. */ Razón de mortalidad materna por 10 mil nacidos vivos estimados. SSA, *Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas, 2003*, p. 215; SSA, *Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas, 2004*, p. 201; SSA, *Salud: México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas, 2005*, p. 191.

Fuentes de información

Bibliográficas

- Castañeda, Martha, Daniela Díaz, Cecilia de la Torre, Gisela Espinosa, Graciela Freyermuth, Dora Sánchez-Hidalgo, *La mortalidad materna en México. Cuatro visiones críticas*, Fundar, México, 2004.
- Freyermuth, Graciela et al., *Maternidad peligrosa. Evaluación de la Atención Institucional a la Urgencia Obstétrica en Los Altos de Chiapas*, Impresiones DUMA, México, 2004.
- Gobierno de la República, *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005*, México, 2005.
- Gutiérrez, I., "La maternidad segura en su contexto conceptual" en María del Carmen Elu y Ana Langer (comps.), *Maternidad sin riesgos en México*, Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos, México, 1994.
- Langer, Ana "La Mortalidad materna en México: la contribución del aborto inducido", en A. Ortiz (ed.), *Razones y pasiones en torno al aborto*, Edamex / Population Council, México, 1994.
- Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*, Serie Núm. 1 Extensión de la Protección Social en Salud (Edición revisada-2004), Washington, 2004.
- Secretaría de Salud, *Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida*, México, 2002.
- , *Salud: México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas*, México, 2006.
- , *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, México, 2001.
- , *Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas*, México, 2005.
- , *Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas*, México, 2004.
- , *Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas* México, 2003.
- , Instituto de Salud Pública, *Las cuentas nacionales de salud reproductiva y equidad de género*, México, 2005.

Hemerográficas

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

Electrónicas

Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 2006, México, disponible en www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/PEF_2006.pdf

Diario Oficial de la Federación, Consejo de Salubridad General, 1º de noviembre de 2004, "Acuerdo por el que se establece la aplicación obligatoria en las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud de los componentes sustantivos y estratégicos del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida y de la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas", disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/dgaj/archivos/archivos/dof/saluddof/04/dof_01-11-2004-1.pdf#search=%22Cons%20nacional%20de%20salubridad%20dof%201%20de%20noviembre%20de%202004%22

Díaz, Daniela "Seguimiento presupuestal al programa Arranque Parejo en la Vida", en D. Díaz (coord.), *Muerte materna y presupuesto público*, México, Fundar, 2004, disponible en <http://www.fundar.org.mx/secciones/publicaciones/PDF/MuerteMaterna.pdf>

Díaz, Daniela (coord.), *Muerte materna y presupuesto público*, México, Fundar, 2006, disponible en <http://www.fundar.org.mx/PDF/Muerte%20Materna%20y%20Presupuesto%20Publico.pdf>

Fundación Vamos México, A.C., *Informe Anual de Actividades 2003*, junio 2004, disponible en <http://www.vamosmexico.org.mx/pdfs/informe2003p.pdf>

INSP, *Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida 2000-2005. Evaluación externa. Resumen Ejecutivo*, México, 2006, disponible en: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/resumenes_ejecutivos.pdf

Mojarro, Octavio, *Conmemoración del día mundial de la población y presentación del libro México ante los desafíos de desarrollo del milenio*, disponible en <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2006/discurso06.pdf#search=%22rafa%C3%A9l%20lozano%20modelo%20%22>

Núñez, Rosa María "Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas", México, 2004, disponible en: http://www.generoyaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/eslabones_criticos-2.pdf

Organizaciones de Naciones Unidas, Cumbre del Milenio, disponible en <http://millenniumindicators.un.org/unsd/mdg/Home.aspx>

Organización Internacional del Trabajo, "Políticas públicas de equidad de género en el trabajo en los países del Cono Sur", disponible en http://www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/sala/silv/pol_pub/i.htm

Secretaría de Gobernación, Programa Nacional de la Mujer 1995-2000, disponible en línea en: http://zedillo.presidencia.gob.mx/pages/f_archivo_gral.html

Secretaría de Salud, Anuario Estadístico 2004, México, 2004, disponible en: <http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/publicaciones/publicaciones.htm>

-----, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Seguro Popular, Anexo estadístico del primer semestre del 2006, disponible en <http://www.salud.gob.mx/>

-----, Catálogo de Servicios Esenciales de Salud, Catálogo Universal de Servicios de Salud, disponible en <http://www.salud.gob.mx/>

Legislativas

Diario Oficial de la Federación, "Reglas de Operación Específicas e Indicadores de Gestión y Evaluación del Programa de Ampliación de Cobertura", México, 15 de marzo, 2001.

Diario Oficial de la Federación. México, 31 de octubre de 1994; *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993: Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.*

