

# Muerte Materna y Presupuesto Público

Daniela Díaz Echeverría  
Coordinadora

Graciela Freyermuth Enciso  
David M. Meléndez Navarro  
Martha Aída Castañeda Pérez  
Dra. Hilda Reyes Zapata  
Dr. Carlos Neri Méndez

COSTEO DE LA AOE

OAXACA

GUERRERO

CHIAPAS

FUNDAR

Esta publicación refleja los hallazgos de investigaciones realizadas a lo largo del 2005 en Chiapas, Guerrero y Oaxaca y en el nivel federal, con respecto al diseño, la asignación de recursos y la instrumentación de programas que buscan reducir las tasas de mortalidad materna en México. Las actividades del proyecto y la publicación contaron con el generoso apoyo de la Fundación John D. and Catherine T. MacArthur.

Daniela Díaz (coordinadora)

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

© 2006

Fundar, Centro de Análisis e Investigación  
Popotla 96-5, Tizapán San-Angel, México D.F.

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

Impreso en México

## Presentación

Esta colección de ensayos ofrece un costeo de los medicamentos necesarios para atender las cinco principales complicaciones asociadas con la maternidad, que en México -tanto como en el resto de Latinoamérica- provocan la muerte de mujeres en la mayoría de los casos: los trastornos hipertensivos durante el embarazo, el parto y el puerperio (preeclampsia-eclampsia), la hemorragia durante el embarazo, durante el parto y después del parto, el parto obstruido, el aborto y la sepsis puerperal.

Este ejercicio demuestra que trabajar en el marco de la alternativa paradigmática que es la Atención Obstétrica de Emergencia AOE no sólo es factible, sino que constituye un mecanismo eficaz para abatir la mortalidad materna.

El costeo de los medicamentos se realizó en los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, así como en el nivel nacional. El resultado es la demostración fehaciente de que el gasto que se requiere es sumamente bajo, lo cual refrenda, a su vez, la posición que hemos venido planteando reiteradamente: es preciso modificar las estrategias de atención a la mortalidad materna sustentándolas en la identificación y el seguimiento de los embarazos de alto riesgo, sin descuidar en caso necesario la atención profesionalizada del parto y la AOE adecuada a nuestro país es viable de implementar.

Este cambio de paradigma no exige erogaciones excesivas para el erario público, sino la voluntad política del poder ejecutivo en todos sus niveles para reorientar e incrementar, en su caso, el gasto destinado a la disminución de la mortalidad materna.

Daniela Díaz Echeverría  
Coordinadora



## Introducción

El presente documento pretende generar una serie de propuestas que ayuden a avanzar en el rediseño de las estrategias para combatir la mortalidad materna. Un aporte específico que se expone, es el cálculo de costos de los medicamentos para atender, en el primer nivel de atención, las cinco principales causas de mortalidad materna en México.

En años y meses recientes se han refrendado una serie de compromisos internacionales para atender la mortalidad materna. Ello se debe a que es evidente que los objetivos planteados durante la década de los noventa no se han cumplido satisfactoriamente. Una de las razones de este incumplimiento es que la reducción de la mortalidad materna exige acciones de mayor profundidad que la estrategia de promoción de la salud (sustentada en el auto cuidado) o que las intervenciones circunscritas a un Paquete Básico de Servicios de Salud. Este incumplimiento ha obligado a revisar el paradigma vigente de atención a las mujeres embarazadas, que hace énfasis en el seguimiento de los embarazos de alto riesgo. La revisión ha llevado a la formulación de nuevos paradigmas, como el de la Atención Obstétrica de Emergencia, que ya se ha abordado en anteriores trabajos.<sup>3</sup>

El Día Mundial de la Salud del año 2005 fue dedicado a la atención materno-infantil. A pesar de que el lema *¡Cada Madre y Cada Niño Cuentan!* representa un reconocimiento del rezago, los obstáculos y los retos asociados con la morbilidad y la mortalidad de estos grupos poblacionales, este planteamiento coloca de nueva cuenta la salud de la mujer en el marco del binomio madre-hijo. Esto debe preocupar, sobre todo después de los avances logrados en materia de formulación y posicionamiento de los derechos sexuales y reproductivos en términos más amplios, comprensivos y holísticos en las Conferencias Internacionales de El Cairo y Beijing. El desplazamiento de la atención de la salud de la mujer a su función reproductora deja fuera la discusión –absolutamente necesaria– de una serie de realidades y derechos que le atañen, tales como los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes, la anticoncepción de emergencia, el aborto, así como los embarazos múltiples y la maternidad de mujeres discapacitadas, lesbianas y migrantes. Ello, por no mencionar que las acciones para la atención de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio difieren, como se sabe, de las que requieren las criaturas recién nacidas o los infantes.

1 Responsable del proyecto *Mortalidad materna y presupuesto público: seguimiento al programa Arranque Parejo en la Vida* de FUNDAR, Centro de Análisis e Investigación A.C.

2 Dr. Julio Emilio Larou, *Foro Nacional Por el Derecho a la Maternidad Segura y Voluntaria*, efectuado los días 25 y 26 de agosto, de 2005, en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

\* El paradigma de la Atención Obstétrica de Emergencia, así como sus diferencias con la propuesta de Atención Profesional del Parto, han sido documentados en Daniela Díaz, (coordinadora), *Muerte Materna y Presupuesto Público*, 2004, disponible en [http://www.fundar.org.mx/secciones/publicaciones/pub\\_analisisyseguimiento.htm#5](http://www.fundar.org.mx/secciones/publicaciones/pub_analisisyseguimiento.htm#5)

Sin dejar de tomar en cuenta lo anterior, es indudable que la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el puerperio es uno de los indicadores más claros de la falta de desarrollo y de la injusticia social.<sup>4</sup> Es también señal inequívoca de la exclusión social, la inequidad y la pobreza que afectan específicamente a las mujeres, pues el hecho de que un embarazo o un parto desemboquen en la muerte refleja problemas estructurales en el acceso oportuno a la atención de la salud con calidad. En la medida en que la mortalidad materna es, en gran medida, prevenible -puesto que se tienen identificados los elementos que la causan, así como los factores que la pueden evitar, se la puede caracterizar como un problema de salud pública que pone en evidencia las inequidades económicas, sociales y culturales, tanto en el ámbito regional como al interior de los países.

En América Latina y, en este caso, en México, no se ha cumplido la meta de disminución de la muerte materna de manera persistente. Revisar y replantear las estrategias que hasta la fecha se han instrumentado constituye un ejercicio a todas luces necesario. Para realizarlo puede resultar útil partir de indicadores básicos de la política en salud, a los cuales habría que sumar otros de la misma relevancia, como los epidemiológicos o los que corresponden a los recursos médicos y financieros, y ampliar y profundizar los indicadores culturales.

Para elaborar y ejecutar una política efectiva y eficaz de disminución de la mortalidad materna es también necesario incorporar entre los indicadores los mecanismos que facilitan u obstaculizan los procesos en las diferentes estructuras a las que compete la atención de las mujeres gestantes; es decir la Norma Oficial Mexicana de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio (NOM-007-SSA2-1993), la descentralización vigente en la Secretaría de Salud y la asignación presupuestal. Todo esto permitiría romper efectivamente con la exclusión de la atención médica que, de hecho, experimentan las mujeres durante el período gestacional y posterior a éste.

### ***La mortalidad materna, hija de la exclusión en salud***

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone la reorientación de la atención de la salud hacia el nivel de la atención primaria. Esta propuesta se basa en el derecho a la salud, la solidaridad y la equidad. Para fundamentarla, la organización recurre al concepto de la *exclusión en salud*.<sup>5</sup>

4 Ciertamente existe un sector del movimiento feminista que opina que centrar la atención en la mortalidad materna responde a una visión conservadora de la salud de la mujer, y que prestar más atención a este problema que a otros puede significar un retroceso en materia de derechos sexuales y reproductivos.

5 La OPS define la exclusión en salud como "la situación en la cual el individuo o grupo de individuos no accede a los mecanismos que le permitirían dar satisfacción a sus necesidades en salud. Por lo tanto, se entiende la exclusión en salud como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros grupos o individuos de la sociedad disfrutan". *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*, Serie Extensión de la Protección Social en Salud, N° 1. Edición revisada. Oficina de Gerencia de Programas, Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, Área de Desarrollo Estratégico de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2004: 6.

Una de las ventajas de este replanteamiento conceptual en el caso que nos interesa aquí consiste en que, si se revisa la clasificación de las causas de exclusión en salud (Cuadro 1), la mortalidad materna puede entenderse precisamente como un resultado de dicha exclusión.

La exclusión en salud es, en gran medida, consecuencia de políticas públicas con orientaciones e intenciones específicas; así, al definir el concepto de exclusión en salud, la OPS centra su atención en la relación entre “la interacción que se produce entre las necesidades -percibidas y no percibidas- de salud de las personas y la capacidad de respuesta del sistema frente a esas necesidades”.<sup>6</sup> Además, establece un nexo con la perspectiva de los derechos humanos. De ese modo, apunta: “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.”<sup>7</sup>

Al relacionar las definiciones conceptuales de la OPS con el grupo en el que se concentra la mortalidad materna en México,<sup>8</sup> es importante determinar si en la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio han prevalecido políticas y que provocan la exclusión real de tan básico y elemental derecho.

---

<sup>6</sup> *Ibid.*: 7.

<sup>7</sup> *Loc. Cit.*

<sup>8</sup> Es decir, mujeres pobres, indígenas, o urbano marginales, sin seguridad social.

**Cuadro 1. Causas de exclusión en salud<sup>9</sup>**

Causa	Ámbito	Categoría
Déficit de infraestructura adecuada.	a. Provisión de bienes y servicios de salud. b. Provisión de bienes y servicios no directamente relacionados con el sector salud, pero que afectan la salud.	a. Inexistencia o insuficiencia de establecimientos de salud. b. Falta de agua potable, alcantarillado, caminos, transporte, etc.
Fallas en la asignación y/o gestión de los recursos, que se expresa en fallas en la producción, entrega o disponibilidad de los bienes y servicios de salud.	a. Provisión de bienes y servicios de salud. b. Provisión de bienes y servicios no directamente relacionados con el sector salud, pero que afectan la salud.	a. Insuficiencia o inexistencia de personal, medicamentos, insumos o equipamiento médico. b. Insuficiencia o inexistencia de sistemas de recolección de basura, descontaminación de suelo, aire o agua, eliminación de vectores, etc.
Barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud	a. Geográficas; b. Económicas; c. Culturales/étnicas (auto exclusión); d. Determinadas por la condición de empleo.	a. Asentamientos humanos en sitios remotos o geográficamente poco accesibles. b. Incapacidad de financiar los servicios de salud. c. La atención de salud se proporciona en un idioma o en una modalidad que no es comprendida por el usuario o que está en conflicto con su sistema de creencias. d. Subempleo, empleo informal, desempleo.
Problemas relacionados con la calidad de los servicios otorgados (que pueden, como ocurre en el caso de la variable étnica, resultar en auto exclusión).	a. Problemas asociados con la calidad técnica de la atención. b. Problemas relacionados con la calidad en el trato y el lugar donde se realiza la atención a la salud.	a. Errores de diagnóstico o tratamiento, utilización de insumos poco apropiados. b. Maltrato al público, discriminación en la atención, establecimientos en malas condiciones físicas.

Fuente: *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*, Serie Extensión de la Protección Social en Salud, N° 1. Edición revisada. Oficina de Gerencia de Programas, Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, Área de Desarrollo Estratégico de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, 2004: 6.

### **La mortalidad materna en México: panorama actual**

Pese a la instrumentación de una estrategia específica diseñada en el nivel federal -el programa Arranque Parejo en la Vida (APV)- la razón de mortalidad materna registrada en el país sigue siendo alta. En el año 2004 fue de 62.6 (por 100 mil nacidos vivos estimados). Esta situación se agrava en las entidades federativas con mayores índices de marginalidad y población indígena, las cuales ocu-

<sup>9</sup> Ibid: 10.

pan los tres primeros lugares en muerte materna. Se trata de Chiapas, con 103.2, Guerrero con 99.8 y Oaxaca con 86.9. En contraste, entidades que presentan mejores condiciones socioeconómicas tienen una razón menor. Tales son los casos de Nuevo León, Aguascalientes y Colima, con 15.9, 23.6 y 28.6 respectivamente.

## Cuadro 2. Razón de mortalidad materna en México, años 2003 y 2004

	2003	2004
Nacional	63.20	62.6
Chiapas	112.1	103.2
Guerrero	119.2	99.8
Oaxaca	65.70	86.9

Nota: El aumento significativo de la razón de mortalidad materna en el estado de Oaxaca se puede explicar por el mejoramiento del registro de las muertes maternas.

Fuente: Ssa, Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas, 2005, [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)

Esta situación denota claramente un escenario de vulnerabilidad que a la fecha ha sido difícil modificar. Esta fragilidad responde, a su vez, al atraso e inequidad en el acceso a los servicios de salud, que es en gran medida resultado de la dinámica y los criterios de distribución presupuestal para el gasto en salud destinado a población abierta. Se trata de un rezago en el acceso que no sólo se presenta en términos geográficos, sino también en términos de la calidad de la oferta de los servicios de salud y, consecuentemente, en las condiciones reales de infraestructura y de capacidad del personal de los centros de salud más cercanos a las mujeres embarazadas.

La propia Secretaría de Salud reconoce que (hasta el año 2003) la “probabilidad que tiene una mujer en Guerrero de morir por alguna causa relacionada con la maternidad sigue siendo más de ocho veces superior a la de Nuevo León”.<sup>10</sup> Resulta pues evidente que la muerte materna no es accidental. Es, más bien, consecuencia de una serie de relaciones económicas, sociales y culturales que ubican a las mujeres en posición de franca desventaja.<sup>11</sup>

De las 1,242 muertes maternas registradas en el año 2004, 366 se debieron a hipertensión asociada con el embarazo, 317 a hemorragia, 43 a sepsis puerperal, 88 a complicaciones por aborto, y 219 a otras complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio.<sup>12</sup> Estos trastornos dan cuenta de serios problemas en la capacidad efectiva de los sistemas de salud de resolver las urgencias obstétricas. Por ejemplo, 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. Puede suponerse, por tanto, que existen deficiencias en la capacitación del personal médico. Pero las cifras reflejan también otras insuficiencias o debilidades, como las relacionadas con el acceso a los servicios y las posibilidades de traslado oportuno, con la disponibilidad de los medicamentos e

10 Secretaría de Salud, *Salud: México 2003. Información para la rendición de cuentas*, [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)

11 Martha Castañeda, Daniela Díaz, Cecilia de la Torre, Gisela Espinosa, Graciela Freyermuth, Dora Sánchez-Hidalgo, *La mortalidad materna en México. Cuatro visiones críticas*, FUNDAR, México, 2004: 18.

12 Fuente: Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva.

insumos médicos necesarios para resolver las emergencias obstétricas y con la presteza y eficiencia en la referencia de la mujer del primero al segundo nivel de atención.

Los datos muestran igualmente otros factores relacionados con el fallecimiento de mujeres. Llama la atención, por ejemplo, el número reducido de muertes provocadas por el aborto. Son numerosos los casos difundidos por los medios de comunicación de mujeres -especialmente adolescentes- que han acudido a los servicios públicos de salud en busca del aborto, y a quienes el personal médico les ha negado el servicio aduciendo objeción de conciencia o, a veces, el hecho de que se trata de menores de edad cuyos tutores no autorizan la intervención. Estas situaciones ocurren a pesar de que existen diferentes causas por las cuales es absolutamente legal recurrir al aborto. Estas causales están establecidas en los códigos penales de las distintas entidades de la República. A la negativa de los responsables de los servicios se añade, desde luego, la innegable desinformación de la población respecto de la legislación en torno al aborto. Según la Encuesta Nacional sobre aborto,<sup>13</sup> ante "las leyes que permiten el aborto, el 63% de la población las desconoce en su totalidad". Pero, por otra parte, debe señalarse que "sólo en Baja California Sur, en el Distrito Federal y en Morelos existe una reglamentación para facilitar el acceso al aborto legal".<sup>14</sup> Por último, a pesar de que existen diversas causales que permiten la práctica del aborto legal, no todas estas se encuentran consignadas en los códigos penales de los diferentes estados, de modo que "no todas las mexicanas tienen las mismas posibilidades para acceder a un aborto legal, si así lo deciden."<sup>15</sup> El resultado de esta trama de condicionantes es la alta cifra de abortos practicados en situación de extrema inseguridad para las mujeres, lo que, en muchos casos, les cuesta la vida o les acarrea secuelas irreversibles, tales como la infertilidad.

Resulta pues, urgente, la modificación de las estrategias vigentes para la atención de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Esta modificación debe tomar en cuenta la totalidad de los entornos y condiciones en los que viven las mujeres pobres en edad reproductiva. Por ello, es alentador que la Secretaría de Salud esté replanteando el diseño del programa Arranque Parejo en la Vida y la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como que considere pertinente incluir la atención obstétrica de emergencia, estrategia cuya instrumentación es inaplazable si se desea impedir más muertes evitables.

### ***Metas del Milenio, ¿un compromiso internacional más?***

El último compromiso internacional de reducción de la mortalidad materna que fue suscrito por México, es el objetivo 5, meta 6 de la Cumbre de Desarrollo del Milenio del año 2000, que plantean respectivamente:

13 Gallup y Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. (GIRE), México, 2004.

14 Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. (GIRE), *El derecho al aborto. ¿Qué dicen las leyes mexicanas?*, México, 2ª edición, septiembre 2005.

15 Ibid.

Objetivo 5: Mejorar la salud materna.

Meta 6: Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad derivada de la maternidad.<sup>16</sup>

Los indicadores que se establecen para medir el desempeño respecto de esta meta son la tasa de mortalidad materna, por un lado, y el porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado.<sup>17</sup>

Si bien en México se registran avances en ambos indicadores, es evidente que persiste una serie de debilidades en la prestación de los servicios de atención en salud que es preciso abordar y a las que debe ponerse remedio, sobre todo en el caso de las mujeres pobres. Por ejemplo, como ya lo han argumentado en distintos trabajos Martha Castañeda y Graciela Freyermuth,<sup>18</sup> ceñirse al indicador de partos atendidos por personal calificado impide percibir la realidad existente en los lugares donde, debido al contexto socioeconómico de pobreza de los habitantes y a las condiciones deficientes de los servicios públicos de salud, la vida de las mujeres en edad reproductiva corre mayor peligro.

La Encuesta de Salud Reproductiva 2003 informa que en el medio rural un 25.3 por ciento de los partos fue atendido por parteras. La información desglosada por entidades federativas muestra que en el caso de Chiapas (el estado con la mayor tasa de muerte materna), el porcentaje de partos atendidos por parteras tanto en el ámbito rural como en el urbano aumentó entre 1997 y 2003, pasando de un 50.4 a un 53.9 por ciento, respectivamente.<sup>19</sup>

No se trata de culpabilizar a las parteras por la muerte de las parturientas, sino de entender que las estrategias que no cuentan con mecanismos programáticos claros y eficaces no contribuyen a eliminar el riesgo ni la vulnerabilidad en los que se encuentran actualmente las mujeres pobres, debido a la sola posibilidad de embarazarse. Limitar las acciones a la capacitación y entrega de maletines a las parteras no contribuye a la disminución de la muerte materna. El reconocimiento institucional a las parteras, que otorgan tanto el sector salud en general como la Secretaría de Salud, resulta sumamente ambiguo. No existe la política institucional de reconocer su trabajo en la referencia de mujeres al segundo nivel de atención, ni se les remunera su actividad. Incluso *Family Care International*, organización que promueve activamente la atención calificada del parto, reconoce que deben considerarse otros indicadores en el seguimiento y evaluación del impacto de la Atención Calificada Durante el Parto:

16 Fondo de Naciones Unidas para Población (UNFPA), *Población, Salud Reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio. Cómo el Programa de Acción del CIPD promueve los derechos humanos y la mitigación de la pobreza*, p. 7, 2002. Disponible en [www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/213\\_filename\\_mdg-icpd-spa2.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/213_filename_mdg-icpd-spa2.pdf)

17 Véase: [www.undp.org/spanish/mdgsp/mdgtablesp.pdf](http://www.undp.org/spanish/mdgsp/mdgtablesp.pdf)

18 Véase Graciela Freyermuth Enciso, *Maternidad Peligrosa. Evaluación de la Atención Institucional a la Urgencia Obstétrica en Los Altos de Chiapas*. 2004, México. Daniela Díaz, Graciela Freyermuth, David Meléndez, Martha Castañeda, Hilda Reyes y Carlos Neri, *Muerte materna y presupuesto público*. 2005, México, disponible en [www.fundar.org.mx/secciones/publicaciones/PDF/MuerteMaterna.pdf](http://www.fundar.org.mx/secciones/publicaciones/PDF/MuerteMaterna.pdf)

19 Dra. Raffaella Schiavon Ermani, Directora General Adjunta de Salud Reproductiva del Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, SSA, "Principales resultados de la ENSAR 2003", Presentación en diapositivas, 2004.

Las políticas y leyes nacionales, y las realidades a nivel de distrito y de instalaciones de primer nivel pueden promover o limitar la capacidad de una persona calificada para realizar el conjunto de intervenciones que han demostrado tener un impacto positivo sobre la salud materna resultante... Otro factor importante es la estructura y funcionalidad del sistema de atención médica. Tanto los suministros y recursos para la atención esencial y de emergencia, como los sistemas de referencia, transporte y comunicaciones, son elementos importantes de un sistema de atención materna -y no son captados por el indicador de personal calificado. Por otra parte, el acceso y la utilización de los servicios son aspectos fundamentales para la efectividad de la atención calificada durante el parto. Si las mujeres no pueden pagarlos, no pueden llegar hasta ellos o no pueden elegir una atención calificada, ya sea por factores geográficos, económicos, demográficos o culturales, contar con personal calificado no incidirá en la mortalidad materna y neonatal.<sup>20</sup>

Los indicadores que establecen las Metas del Milenio resultan insuficientes para afirmar si existen o no las condiciones que permitan asegurar una mejoría sin retrocesos en la disminución de la mortalidad materna, sobre todo en el caso de las mujeres indígenas pobres en edad reproductiva (que muchas veces son aún niñas). Así, en la medición de la atención a las mujeres en general y, particularmente, en la proporcionada a las mujeres pobres, deben incluirse también cuando menos cinco indicadores primordiales:

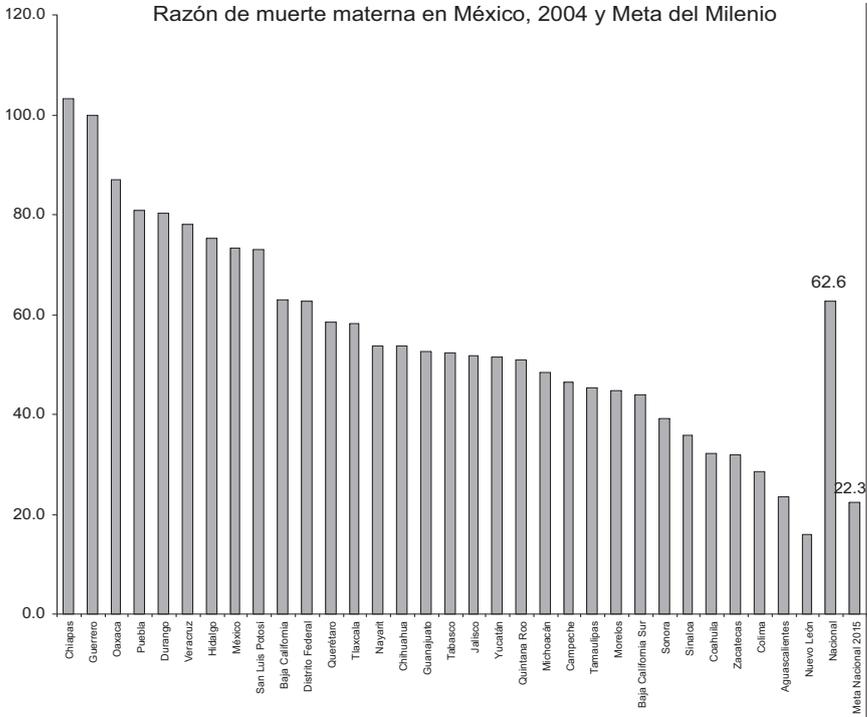
1. La gratuidad de la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio;
2. El acceso a la atención médica en la lengua de la paciente;
3. La enseñanza de los signos de alarma a las mujeres gestantes, a las personas con quienes viven, y a las comunidades en las que viven;
4. La incorporación activa del hombre en la totalidad del proceso reproductivo;
5. La sensibilización y el conocimiento del personal médico de las prácticas indígenas, particularmente aquellas de la región donde opera.

Otro de los temas que permanece desconsiderado es el aborto. Ése es el caso, por ejemplo, del Informe de México sobre las Metas del Milenio.<sup>21</sup> En este documento se pasan por alto además los problemas relacionados con el espaciamiento y la postergación de la maternidad, ignorando el derecho que las mujeres tienen en esta dimensión a proteger y mejorar su salud, derecho que implica el absoluto consentimiento de la mujer y la información clara y suficiente para tomar decisiones. Este informe también excluye la situación de las mujeres discapacitadas.

Es evidente, pues, la necesidad de abordar de manera integral las políticas destinadas a disminuir la mortalidad materna y la evaluación de su aplicación.

20 Maternidad Sin Riesgo, Secretaría del grupo Interagencial por Una Maternidad Sin Riesgo (IAG), Family Care International, *La Atención Calificada Durante el Parto. Un cuaderno informativo para salvar la vida de las mujeres y mejorar la salud de los recién nacidos*, 2003: 42- 43.

21 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005, <http://www.salud.gob.mx>



Fuente: Elaboración propia con datos de SSA, *Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas, 2005*, [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)

Para la Meta del Milenio, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva.

## Presupuesto para abatir la mortalidad materna en la población abierta

### El gasto en salud en México

La Organización Panamericana de la Salud llevó a cabo un estudio estadístico vinculado con la salud materna y perinatal sobre la base de los Indicadores Básicos en Salud del año 2003. En este estudio, se observa que el gasto en salud en México como porcentaje del PIB, en comparación con otros países o subregiones de América Latina y El Caribe, es mayor, ascendiendo a 9.5%, mientras que en Brasil es de 8.3%, en Centro América de 7.3%, en los países del Cono Sur de 9.3%, en el Área Andina de 7.8%, en el Caribe Latino de 6.4% y en el Caribe No Latino de 6.2%. Debe señalarse que en el continente americano el porcentaje más alto de gasto en salud se concentra en Estados Unidos y Canadá, países donde asciende, conjuntamente, a 12.9%.<sup>22</sup> Dadas estas cifras, ¿por qué presen-

22 Organización Panamericana de la Salud, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano-CLAP-OPS-OMS, 6-3, "Inequidades de Recursos en Salud (Regiones de América Latina y El Caribe)", en: *Estadísticas de la Región de América Latina y Caribe*. Disponible en [www.clap.ops-oms.org/web\\_2005/estadisticas%20de%20la%20region/index.htm](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/estadisticas%20de%20la%20region/index.htm) Los resultados se presentan separadamente para Brasil, México, el Cono Sur (que incluye a Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay), el Área Andina (que incluye a Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela), Centro América (que incluye a Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), el Caribe Latino (que incluye a Cuba, Haití, Puerto Rico y República Dominicana) y el Caribe No Latino, integrado por veinticuatro países y protectorados. Como punto de comparación se exhiben los resultados de Estados Unidos y Canadá en forma conjunta. La fuente de esta información es: OPS/ OMS, *Análisis de Salud y Sistemas de Información Sanitaria. Situación de Salud de las Américas. Indicadores Básicos, 2003*.

ta México tasas de muerte materna superiores a las de varios países de Latinoamérica? A continuación se intenta responder esta interrogante.

*Presupuesto de Egresos de la Federación 2004, 2005 y 2006: el rezago de la transparencia*

El presupuesto asignado en los niveles federal y estatal al Programa Arranque Parejo en la Vida y, en general, a la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio destinada a población abierta, resulta invisible en los documentos presupuestales producidos desde el año 2004. Asimismo, no existen documentos públicos de difusión masiva (que aparezcan, por ejemplo, en las páginas de Internet de la Secretaría de Salud, de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público o de los gobiernos estatales) que informen sobre el gasto asignado a dichas instancias de atención a la salud. Es cierto que los partos representan el mayor número de atenciones hospitalarias y es claro que se fijan recursos financieros para atenderlos. Pero actualmente no es posible determinar cuánto presupuesto se asigna a una política específica de disminución de la muerte materna y a la atención del problema. Cabe señalar que así se planteó el APV, y de ahí su meta de reducción en un 35% de la tasa de mortalidad materna para el año 2006 respecto de la tasa registrada en el año 2000.<sup>23</sup> Únicamente el Presupuesto de Egresos de la Federación del año 2003 etiquetó el gasto para el APV por entidad federativa, y aún así, los datos eran sumamente limitados, ya que no se desagregaban los recursos destinados a la atención materna y la infantil, ni se formulaban acciones ni indicadores específicos para cada uno de los grupos mencionados.

Durante el año 2005 Fundar solicitó información sobre el gasto asignado al APV. El trámite se realizó utilizando el mecanismo operativo vía Internet de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública (SISI, Sistema de Solicitud de Información pública) y de correspondencia. Las solicitudes se cursaron a la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y a la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto, ambas instancias de la Secretaría de Salud, que sí dieron respuesta.

En la información proporcionada hay varios problemas a considerar. El primero es que Fundar había solicitado las cuentas con resultados de gasto para 2003 y 2004 para los estados de Oaxaca, Chiapas y Guerrero, correspondientes a las intervenciones 69-76 del Seguro Popular,<sup>24</sup> el conglomerado nacional y las actividades y recursos presupuestados para cada uno de los tipos de intervención que propone el catálogo de intervenciones del Seguro Popular. La respuesta

23 Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Programa de Acción "Arranque Parejo en la Vida", p. 55. [www.generoysaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/230205-arranqueparejo.pdf](http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/IMG/pdf/230205-arranqueparejo.pdf)

24 En el documento del Seguro Popular, *Estimación del costo de producción de servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento médico*, p. 88, 2003, las intervenciones 69 a 76 corresponden al apartado de Servicios de urgencias, hospitalización y cirugía en los siguientes rubros: (69) Atención prenatal, detección y referencia del embarazo de alto riesgo, (70) Atención del parto normal y puerperio, (71) Atención del parto por cesárea y puerperio, (72) Atención del embarazo y parto de alto riesgo, (73) Diagnóstico de tratamiento de complicaciones del aborto, (74) Atención del recién nacido, (75) Tamiz metabólico del recién nacido, y (76) y Diagnóstico y tratamiento del hipotiroidismo congénito.

institucional consistió únicamente en la entrega de un cuadro con el total de las familias afiliadas al seguro y el ejercicio presupuestal para las entidades federativas mencionadas, así como el total nacional. Se adujo que es responsabilidad de los estados “garantizar la distribución de recursos al interior de los mismos (localidad y/o municipio), y determinar la asignación presupuestal para la aplicación de las intervenciones que integran el Catálogo del Seguro Popular”.<sup>25</sup> Sin embargo, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud tiene la obligación de rendir cuentas trimestralmente a la Cámara de Diputados con esa información, lo cual permite deducir que en la respuesta a Fundar no se hizo esfuerzo alguno por rastrear datos básicos que la comisión debería manejar. En síntesis, no se nos proporcionó la información solicitada.

En segundo lugar, por lo que respecta a la estimación de costos del Seguro Popular (intervenciones 69-76), se señaló al Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud que en la información proporcionada sólo se incluían los rubros de cesárea y aborto y sus complicaciones, y se dejaba fuera de la estimación las tres causas más frecuentes de complicaciones del parto: la hemorragia, la preeclampsia y la sepsis puerperal. El Centro ratificó que, efectivamente, “se encuentra fuera de esta estimación la hemorragia, preeclampsia y sepsis puerperal”, y aclaró que “actualmente estamos trabajando en su costo para su inclusión”.<sup>26</sup>

En tercer lugar, Fundar solicitó a la Dirección General del Centro Nacional de Equidad y Género estimaciones sobre los trastornos hipertensivos durante el embarazo, el parto y el puerperio (eclampsia- preeclampsia), la hemorragia del embarazo, la hemorragia del parto y la hemorragia del posparto, el parto obstruido, el aborto y la sepsis puerperal. También pidió información sobre las tasas de mortalidad materna por grupos indígenas y urbanos (a modo de información básica sobre la morbilidad causante de la mortalidad materna). El centro proporcionó como “indicadores de calidad de la atención prenatal los números de casos de preeclampsia/ eclampsia, cistitis, hipertensión arterial y diabetes mellitus”. Además, reconoció que no cuenta con información sobre el porcentaje de parto obstruido y del aborto en tanto factores de morbilidad materna, ni con datos sobre “los porcentajes de muertes por población indígena y urbana”.<sup>27</sup>

Por último, solicitamos información sobre el monto del presupuesto distribuido por entidad federativa para el programa Arranque Parejo en la Vida durante 2004 y 2005, información que corresponde dar a la Dirección General de Programación y Presupuesto de la Secretaría de Salud. Lo que se nos proporcionó fue información sobre los gastos de operación e inversión por vía de asignación (Cuadro 3).

25 Oficio CNPSS/DGGSS/DAPM/21/05, con fecha de 10 de junio de 2005. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, Dirección de Administración de Planes Médicos.

26 Oficio CNPSS/DGGSS/183/05, con fecha de 15 de junio de 2005. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Dirección General de Gestión de Servicios de Salud.

27 Oficio CNEGySR/304/3846/2005, con fecha de 20 de junio de 2005. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

**Cuadro 3. Arranque Parejo en la Vida. Por fuente de recursos y entidad federativa. (Gasto de operación e inversión) (Miles de Pesos)**

ENTIDAD	2004			2005			
	TOTAL	Ramo 12 Salud	Ramo 33 FASSA	TOTAL	Ramo 12 Salud	Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)	Ramo 33 FASSA
Aguascalientes	2,821.9	223.2	2,598.7	20,568.3	517.1	17,006.8	3,044.4
Baja California	1,479.8	619.4	860.4	18,116.8	617.6	14,172.3	3,326.9
Baja California Sur	939.9	104.8	835.1	4,974.9	274.1	3,643.4	1,057.4
Campeche	714.2	164.0	550.2	11,696.0	375.4	9,920.6	1,400.0
Coahuila	1,332.0	542.0	790.0	5,551.4	472.7	3,684.8	1,393.9
Colima	1,563.9	125.3	1,438.6	20,882.2	337.3	19,231.8	1,313.1
Chiapas	2,080.9	942.8	1,138.1	19,586.0	1,372.4	17,006.8	1,206.8
Chihuahua	2,046.7	728.7	1,318.0	1,641.2	517.2	0.0	1,124.0
Distrito Federal	1,906.1	1,906.1	N/D	28,125.9	1,955.4	0.0	26,170.5
Durango	974.1	334.8	639.3	8,965.1	514.0	0.0	8,451.1
Guanajuato	1,998.8	1,086.3	912.5	36,523.1	1,214.8	19,841.2	15,467.1
Guerrero	4,114.2	701.4	3,412.8	8,206.2	1,670.3	3,401.4	3,134.5
Hidalgo	2,931.9	512.4	2,419.5	22,527.7	917.8	12,441.3	9,168.6
Jalisco	3,159.0	1,462.0	1,697.0	63,710.1	1,581.2	37,812.6	24,316.3
México	22,126.0	3,122.1	19,003.9	41,339.0	2,380.1	22,229.3	16,729.6
Michoacán	3,150.0	910.9	2,239.1	7,004.4	853.4	2,834.5	3,316.5
Morelos	870.9	366.6	504.3	10,541.1	657.2	7,086.2	2,797.7
Nayarit	2,036.2	214.1	1,822.1	8,471.4	525.0	7,086.2	860.2
Nuevo León	2,698.6	904.1	1,794.5	18,614.6	822.4	7,369.6	10,422.6
Oaxaca	1,620.9	799.3	821.6	27,857.7	1,053.7	14,889.4	11,914.6
Puebla	3,077.7	1,184.2	1,893.5	39,895.8	1,039.5	32,596.3	6,260.0
Querétaro	1,613.0	339.3	1,273.7	10,925.1	618.2	2,834.5	7,472.4
Quintana Roo	395.8	227.7	168.1	4,851.5	456.0	2,260.8	2,134.7
San Luis Potosí	1,346.3	519.2	827.1	18,303.2	775.5	14,799.0	2,728.7
Sinaloa	1,810.5	594.4	1,216.1	35,632.0	612.9	26,927.4	8,091.7
Sonora	1,895.2	528.3	1,366.9	32,455.9	605.3	8,146.5	23,704.1
Tabasco	1,720.4	441.8	1,278.6	51,011.5	1,006.0	42,516.9	7,488.6
Tamaulipas	1,232.4	671.8	560.6	45,263.5	846.6	42,516.9	1,900.0
Tlaxcala	1,115.4	227.7	887.7	6,426.6	480.5	4,818.6	1,127.5
Veracruz	5,070.5	1,573.6	3,496.9	32,132.3	1,626.2	21,258.5	9,247.6
Yucatán	775.1	384.9	390.2	5,887.1	448.5	2,834.5	2,604.1
Zacatecas	976.0	309.7	666.3	13,098.5	567.6	6,132.6	6,398.3
No Distribuible Geográficamente	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<b>TOTAL</b>	<b>81,593.6</b>	<b>22,772.9</b>	<b>58,820.7</b>	<b>680,786.1</b>	<b>27,711.9</b>	<b>427,300.7</b>	<b>225,773.5</b>

N/D = no disponible.

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

Todos estos datos, respuestas y explicaciones denotan una situación sumamente delicada respecto de los problemas existentes en la estructura presupuestal y en las disposiciones que establece la Ley General de Salud. La voluntad institucional de informar y los dispositivos legales que fungen como mecanismos para acceder a la información sobre las acciones orientadas a abatir la mortalidad materna, son claramente insuficientes tanto para informar a la población como para transparentar lo que se hace.<sup>28</sup>

### En este cuadro sobresale lo siguiente:

- El aumento de más de ocho veces en el gasto, que se concentra en lo que se ha canalizado a través del Sistema de Protección Social y que pasa de 81, 593, 600 pesos en 2004 a 680, 786, 100 pesos en 2005. De estas cifras, lo que corresponde al Seguro Popular es el 62.76 por ciento del total del financiamiento. Una explicación plausible a tan significativo aumento es que el gasto que tradicionalmente se fija a la atención del embarazo parto y puerperio, se reasigno a través del Seguro Popular.
- Un aumento importante de los recursos vía el Ramo 33-Fassa, con una tasa de crecimiento de 283.83%. Este aumento contrasta con la tasa mucho menor de crecimiento de lo estipulado como Ramo 12-Salud, y puede ser explicado por la reasignación hacia el Seguro Popular.
- La forma de presentar, en el contexto del presupuesto, el gasto asignado al Seguro Popular. Este gasto se presenta totalmente agregado, como si fuese una gran bolsa. El grado de agregación es tal, que inclusive en la información entregada ni siquiera se separa lo que se destina a la atención de las mujeres de lo que se orienta al cuidado de los infantes (es decir, las criaturas de hasta 24 meses de edad), a pesar de que los recursos financieros de salud para cada uno de estos grupos son, evidentemente, diferentes, pues la atención que requiere cada uno de ellos es distinta.

### *El Sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular*

El Sistema de Protección Social en Salud es un mecanismo de modernización adoptado por la Secretaría de Salud que promueve la integración del sistema de salud a través de la integración institucional y de la integración de programas.

La integración institucional se define en la nueva Ley General de Salud<sup>29</sup> en los siguientes términos:

**Artículo 77 BIS 5.** La competencia entre la Federación y las entidades federativas en la ejecución de las acciones de protección social en salud quedará distribuida conforme a lo siguiente:

<sup>28</sup> Debe anotarse que pasado ya el año 2005, todavía no hay una Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública en los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca.

<sup>29</sup> Disponible en <http://www.cddhcu.gob.mx/leyinfo/pdf/142.pdf>

- A) Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:
- XII.** Establecer la forma y términos de los convenios que suscriban los estados y el Distrito Federal entre sí y con las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de optimizar la utilización de sus instalaciones y compartir la prestación de servicios;
  - XIII.** A los efectos de intercambiar información y comprobar la situación de aseguramiento, suscribir los convenios oportunos con las entidades públicas de seguridad social.

Cabe preguntar qué significan estas instancias de integración en la práctica y a largo plazo. Para que un hospital reciba los recursos financieros que puede aportar el Seguro Popular debe cumplir una serie de requisitos: sólo en ese caso recibe la acreditación para absorber esos recursos. Esto implica un largo proceso que habitualmente se traduce en demora. ¿Qué ocurre durante ese tiempo? La ley establece que es competencia de la Secretaría de Salud "Definir los requerimientos mínimos para la acreditación de los centros públicos prestadores de los servicios inscritos en el Sistema de Protección Social en Salud".<sup>30</sup> ¿Cuáles son esos requerimientos? ¿Qué sucede con los establecimientos que no logran acreditarse? ¿Siguen en funcionamiento? ¿Cómo son fiscalizados? En la asignación de nuevos recursos financieros a través de la acreditación hospitalaria ¿rige la atención de problemas de salud prioritarios, tales como la muerte materna?

Por otra parte, si la entidad que puede afiliarse al Seguro Popular es la familia, ¿de qué modo, bajo ese esquema, se establece una estrategia de disminución de la mortalidad materna? El hecho de que la Secretaría de Salud tenga la facultad de "solicitar al Consejo de Salubridad General el cotejo del padrón de beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud, contra los registros de afiliación de los institutos de seguridad social y otros esquemas públicos y sociales de atención médica",<sup>31</sup> ¿constituye una base suficiente para el registro de cada una de las mujeres en edad reproductiva? y ¿esto permitiría tener datos más precisos para enfrentar la mortalidad materna, considerando los nuevos recursos asignados a través del Seguro Popular? Estas interrogantes quedan por contestar.

La Ley General de Salud obliga a los estados a "Proporcionar a la Secretaría de Salud la información relativa al ejercicio de los recursos transferidos, así como la correspondiente a los montos y rubros de gasto".<sup>32</sup> Sin embargo, dichos datos no son publicados, lo cual contradice el derecho básico de la ciudadanía de contar con información sobre el uso del gasto público. En el espíritu de la ya prolongada colaboración entre organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas e instituciones públicas de salud -especialmente la Secretaría de Salud- orientada a avanzar en la disminución de la mortalidad materna, resulta indispensable compartir información que ayude a solucionar esa injusticia social de género.

30 Ley General de Salud, **Artículo 77 bis 5.** XV.

31 Ley General de Salud, **Artículo 77 bis 5.** XI.

32 Ley General de Salud, **Artículo 77 bis 5.**- VIII.

El nuevo esquema de Protección Social en Salud no sólo debe entenderse como una nueva modalidad de financiamiento. Debe también acompañarse de las modificaciones correspondientes en los protocolos de atención durante el embarazo, el parto y el puerperio. Es necesario, por ejemplo, distinguir el financiamiento de acuerdo con las zonas a las que se destina y reorientar el gasto hacia las poblaciones que habitan en las más vulnerables: las zonas marginadas rurales e indígenas y las zonas urbanas marginales.

### **Costeo de medicamentos para la atención obstétrica de emergencia: poco dinero que salva vidas**

A continuación expongo un ejercicio de estimación de costos centrado, exclusivamente, en los medicamentos que deben emplearse en el primer nivel de atención para atender las complicaciones que, en México, conducen a situaciones de emergencia obstétrica. Mal atendidas, estas complicaciones desembocan en la muerte de las mujeres que las experimentan. Las principales son:

- preeclampsia-eclampsia
- hemorragia (sangrado durante el parto y el postparto en embarazos de más de 20 semanas)
- sepsis (infección puerperal)
- parto obstruido
- aborto

Para estas estimaciones se usó como fuente básica el costeo realizado en los años 2004 y 2005 por los doctores Hilda Reyes y Carlos Neri (ambos del Instituto Nacional de Perinatología).<sup>33</sup> Además, se revisó la base estatal *del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA)*, 2004, de la Secretaría de Salud, y el *Informe Mundial de Salud 2005* de la Organización Mundial de la Salud.<sup>34</sup>

La primera fuente revisada, el SISPA, presenta algunas deficiencias. En el rubro de las consultas por infección puerperal, preeclampsia/eclampsia y hemorragias, no indica el número de casos que desembocaron en el fallecimiento de la mujer. Tampoco aclara si las hemorragias registradas ocurrieron antes o después del parto. De manera similar, no especifica los tipos de aborto; sólo clasifica como aborto las muertes de productos menores a las 22 semanas de gestación, y tampoco registra los decesos de mujeres por esta causa. Finalmente, no da cuenta de ningún otro tipo de complicaciones presentes durante el periodo gestacional y posterior a éste, como por ejemplo el parto obstruido. Mucho menos, desde luego, distingue las diversas manifestaciones o causas de este tipo de complicación, como la desproporción céfalo pélvica (DCP), la inercia uterina o la distocia de hombros. Estos últimos eventos suelen resolverse mediante una operación

33 Datos del año 2004, disponible en Daniela Díaz (coordinadora), Graciela Freyermuth, David Meléndez, Martha Castañeda, Hilda Reyes, y Carlos Neri, *Muerte materna y presupuesto público*, 2004, en [www.fundar.org.mx](http://www.fundar.org.mx) El ejercicio de costeo correspondiente al año 2005, está en proceso de impresión.

34 <http://www.who.int/es/>

cesárea. Pese a esto en el SISPA, la cesárea se cataloga sin especificar las causas que la originaron.

Sobre la base de la información del SISPA, considerando los embarazos registrados como atendidos por primera vez en el primer y segundo nivel de atención en casos de preeclampsia/eclampsia, hemorragia y aborto, así como los casos de mujeres atendidas por infección puerperal (sin tomar en cuenta el parto obstruido), se elaboró un cálculo de porcentajes de estas complicaciones durante el año 2004 (cuadro 4). La diferencia con las incidencias señaladas por la Organización Mundial de la Salud en el informe mencionado resulta contundente (ver cuadro 5).

#### Cuadro 4. Porcentaje de complicaciones (sin parto obstruido) en México.

Morbilidad	% de preeclampsia/ eclampsia/ embarazos atendidos	% de hemorragias/ embarazo atendidos	% de infección puerperal/ puérperas atendidas	% de aborto/ casos atendidos
Total Nacional	1.23	0.80	1.41	7.05

Fuente: Elaboración propia con datos de SSA, *Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA)*, 2004.

Por su parte, el *Informe Mundial de Salud 2005* establece un porcentaje de incidencia de hemorragias posparto, sepsis, preeclampsia y eclampsia y parto obstruido sobre el porcentaje de nacidos vivos, que no incorpora el aborto.

#### Cuadro 5. Porcentaje de complicaciones (sin aborto) en el mundo.

Morbilidad	Preeclampsia y eclampsia	Hemorragias posparto	Sepsis	Parto obstruido
Incidencia (% nacidos vivos)	3.2	10.5	4.4	4.6

Fuente: *Informe Mundial de Salud 2005*, Capítulo cuatro, p. 67, [www.who.int/es/](http://www.who.int/es/)

Se recurrió a la fuente de la OMS y se construyeron los datos utilizando la del SISPA, porque no existe un documento del sector de salud pública de México- por lo menos publicado y accesible- que contenga esta información. Inclusive cada una de las fuentes no contempla todas las morbilidades u complicaciones que se presentan en el embarazo, parto y puerperio.

En efecto, es perentorio confeccionar esta información para México y difundirla, pues para determinar los costos y consecuentemente el gasto a asignar de la atención obstétrica de emergencia al interior de las instituciones públicas de salud, es imprescindible contar con dichas estimaciones.

Otro dato fundamental para la realización del costeo es el número esperado de mujeres embarazadas en población no derechohabiente para el año 2004. La estimación de estos casos se observa en el cuadro siguiente:

**Cuadro 6. Datos de población de mujeres, mujeres no aseguradas y mujeres embarazadas esperadas en México, 2004.**

Población total de mujeres*	34,588,458
Población de mujeres no aseguradas**	18,720,764
Total 10 a 49 años***	12,257,720
% población de mujeres no aseguradas respecto del total de mujeres	54
% población femenina en edad reproductiva de 10 a 49 años no asegurada respecto de la población de mujeres no aseguradas	65
Mujeres embarazadas esperadas	1,225,772
Número esperado de embarazos que desembocarán en complicaciones****	183,866
Número esperado de abortos*****	85,804
Número esperado de embarazos restando el número de aborto	1,139,968

\* Fuente: Elaboración propia con datos de Secretaría de Salud, *Anuario Estadístico 2003*, <http://sinais.salud.gob.mx/publicaciones/publicaciones.htm>

\*\* Estimación calculada sobre la base del porcentaje de población de mujeres no aseguradas respecto del total de mujeres en el año 2003.

\*\*\* Estimación calculada sobre la base del porcentaje de la población femenina en edad reproductiva no asegurada de 10 a 49 años de edad respecto de la población de mujeres no aseguradas en el año 2003.

\*\*\*\* Estudios estiman que aproximadamente el 15% del total de las mujeres embarazadas manifiesta alguna complicación potencialmente mortal.<sup>35</sup>

\*\*\*\*\* Cálculo efectuado sobre la base del porcentaje registrado en el SISPA para 2004.

Como se puede constatar la elaboración de este ejercicio de cálculo del costo de los medicamentos para la atención obstétrica de emergencia en el nivel nacional, presentó una serie de dificultades metodológicas. Una de las más importantes fue, precisamente, la falta de información desagregada sobre las incidencias correspondientes a cada una de las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio que, en muchos casos, tienen consecuencias fatales o dejan secuelas permanentes en las mujeres. Esto evidencia que es urgente incorporar a este tipo de cálculo un diagnóstico epidemiológico y una evaluación de las capacidades de atención a la salud en cada jurisdicción y municipio. Esto es aún más apremiante en el caso de los municipios con altas tasas de muerte materna y aquellos considerados repetidores (es decir que presentan reiteradamente este tipo de tasa de mortalidad materna). También deben considerarse otras variables, tales como la situación socioeconómica de la población, las condiciones de desplazamiento y traslado, los usos y costumbres en el caso de comunidades indígenas, las lenguas distintas al español que se hablan en cada región, el mane-

35 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Universidad de Columbia, Programa AMDD (Evitar la Muerte y Discapacidad Materna), *Sistema de Aprendizaje a Distancia sobre Cuestiones de Población. Curso 6. Reducción del número de defunciones maternas: Selección de prioridades, registro del progreso. Módulo 2. Utilización de indicadores para determinar el progreso en la reducción del número de defunciones maternas*, p. 27, 2002.

jo idiomático en los establecimientos de salud, el posible cobro de cuotas de recuperación -es decir, la gratuidad o no de la atención-, el cobro o no de los medicamentos que se administran a las pacientes durante su estadía y recuperación, y la posibilidad real de alojamiento para la mujer y sus acompañantes durante el tratamiento.

Cabe mencionar también que la información del SISPA muestra un número extremadamente bajo de partos atendidos en el primer nivel, lo cual pone en evidencia la sub-utilización de la vasta cantidad de establecimientos de ese tipo. Esto implica que la mayoría de los partos son atendidos en el segundo nivel de atención (hospitales), aun cuando sean partos distócicos (normales) y en consecuencia ocurre una saturación de este nivel. Igualmente refleja que las mujeres y sus familias no optan por los establecimientos de salud del primer nivel al momento del parto, por falta de confianza en recibir una atención de calidad. Probablemente por no sólo ineficiencias percibidas sino también por carencias de los centros de salud de atender ya sean partos distócicos o eutócicos o de cualquier otro tipo de urgencia obstétrica. En situaciones de emergencia obstétrica el tiempo que demora el traslado marca la diferencia en las posibilidades de sobrevivencia, lo cual se agudiza si la mujer no es estabilizada por el personal médico de primer nivel. A la par el traslado de las mujeres con sus acompañantes que viven en zonas aisladas y de alta marginación, es un gasto de dinero que se convierte en otro obstáculo para acceder a un servicio de salud, y como tal a ejercer tal derecho.

Por ello es de suma importancia fortalecer el primer nivel, porque tienen una distribución territorial extensiva y numerosa, lo que los hace el acceso más rápido y menos costoso para las mujeres y familias pobres.

## Cuadro 7. SISPA 2004. Partos atendidos en el primer y segundo nivel y fuera de la unidad.

Número de partos eutócicos* atendidos en el primer nivel	50,653
Número de partos distócicos** atendidos en el primer nivel	4,387
Total de partos atendidos en el primer nivel	55,040
Número de partos eutócicos atendidos en el segundo nivel	441,730
Número de partos distócicos atendidos en el segundo nivel	11,370
Número de cesáreas realizadas en el segundo nivel	216,409
Total de partos atendidos en el segundo nivel	669,509
Número de partos normales atendidos fuera de una unidad	3,501
Número de partos complicados atendidos fuera de una unidad	113
Total de partos atendidos fuera de una unidad	3,664
Total de partos atendidos	728,163
Porcentaje de partos eutócicos atendidos en el primer nivel/ Total de partos registrados	6.96%
Porcentaje de partos distócicos atendidos en el primer nivel/ Total de partos registrados	0.60%
Porcentaje de partos eutócicos atendidos en el segundo nivel/ Total de partos registrados	60.66%
Porcentaje de partos distócicos atendidos en el segundo nivel/ Total de partos registrados	1.56%
Porcentaje de cesáreas realizadas en el segundo nivel/ Total de partos registrados	29.72%
Número de establecimientos de primer nivel	15,284
Número de establecimientos de segundo nivel	536***

\* Definición: Parto eutócico (normal): Es aquél que se origina cuando el producto de la concepción se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto.

Fuente: <http://sinais.salud.gob.mx/glosario/saludper2.htm>

\*\* Definición: Parto distócico vaginal (anormal): Es aquél que se origina con anomalía en el mecanismo del parto e interfiere en la evolución fisiológica del mismo, por ejemplo una presentación de cara o pélvica obtenida por vía vaginal, requiere de intervención activa por parte del médico para resolver el problema.

Fuente: <http://sinais.salud.gob.mx/glosario/saludper2.htm>

\*\*\* De los cuales 433 son hospitales generales, y 103 hospitales de especialidad.

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA), 2004, de la Secretaría de Salud, y del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), SSA, [www.e-salud.gob.mx/wb2/eMex/eMex\\_Directorio\\_de\\_Unidades\\_Medicas](http://www.e-salud.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Directorio_de_Unidades_Medicas)

### El costeo

El presente ejercicio se hizo con el fin de aportar en la discusión de modificación al paradigma actual en la salud materna: Identificación y seguimiento al embarazo de alto riesgo y atención calificada del parto, a la luz del paradigma alternativo vigente Atención Obstétrica de Emergencia.

Determinar los recursos financieros para implementar la AOE -en el rubro de medicamentos- es una contribución concreta a la reforma para avanzar en mejorar la atención en salud hacia las mujeres y reorientar el gasto público hacia la satisfacción y otorgamiento del derecho básico que es la atención en salud, preferentemente donde hay un rezago en el acceso a tal derecho fundamental, como es en las mujeres pobres.

El costeo de medicamentos se hace aquí únicamente para la atención en el primer nivel. Es pertinente aclarar que se utilizó como universo el total de embarazos proyectados (ver cuadro 6).

**Cuadro 8. Estimación de costos para el año 2004, sobre la base del SISPA Morbilidad**

Morbilidad	Costo de medicamentos por caso (pesos)	Porcentaje SISPA (% de mujeres embarazadas esperadas = 1, 225, 772)	Casos esperados en un año (SISPA)	Costo total anual (SISPA)
Preeclampsia – eclampsia*	968.64	1.23	15,077	14,604,181.02
Hemorragia anterior al parto*	304.10	0.8	9,806	2,982,058.12
Hemorragia posterior al parto*	333.04	0.8	9,806	3,265,848.86
Infección puerperal**	131.00	1.41	17,283	2,264,123.46
Síndrome de aborto***	453.52	7.05	86,417	39,191,804.28
<b>Total nacional (pesos)</b>				<b>62,308,015.74</b>

Fuente: Elaboración propia.

\* Costeo de medicamentos elaborado por Hilda Reyes y Carlos Neri.

\*\* El porcentaje de incidencias se estimó sobre la base del número total de puérperas atendidas por primera vez.

\*\*\* El porcentaje de incidencias se estimó sobre la base del número total de embarazos atendidos por primera vez.

**Cuadro 9. Estimación de costos para el año 2004, sobre la base del Informe Mundial de la Salud 2005.**

Morbilidad	Costo de medicamentos por caso (pesos)	Incidencia. Informe Mundial de la Salud 2005 (% de mujeres embarazadas esperadas = 1, 225, 772)	Casos esperados en un año. Informe Mundial de la Salud 2005	Costo total anual. Informe Mundial de la Salud 2005
Preeclampsia – Eclampsia	968.64	3.2	39,225	37,994,617.28
Hemorragia posterior al parto	333.04	10.5	128,706	42,864,266.22
Sepsis	131.00	4.4	53,934	7,065,349.81
Parto obstruido	80.00	4.6	56,386	4,510,840.96
<b>Total nacional (pesos)</b>				<b>92,435,074.27</b>

Fuente: Elaboración propia con base en el costeo de medicamentos elaborado por Hilda Reyes y Carlos Neri.

El resultado con base a los datos contruidos usando el SISPA da un total de 63,308,015.74 pesos; para el caso del *Informe Mundial de la Salud*, el resultado obtenido corresponde a 92,435,074.27 pesos. Esta diferencia en las cifras, enfatiza la necesidad de que la Secretaría de Salud efectúe proyecciones de las complicaciones puesto que las fuentes utilizadas en el presente ejercicio, cada una por separado, no contemplan todas las complicaciones obstétricas; y por tanto se está manejando un rango que presentan entre sí una diferencia de 30,127,058.54 pesos.

Cualquiera de las dos estimaciones da cuenta de que los recursos financieros que se requieren para abastecer el primer nivel de atención en todo el territorio nacional con los medicamentos necesarios para proporcionar atención obstétrica de emergencia y estabilizar las urgencias que actualmente suelen desembocar en la muerte de la mujer son sumamente moderados. Más aún, resultan irrisorios si se comparan con los 141, 333, 675 pesos ejercidos por la *Coordinación General de Opinión Pública e Imagen de la Presidencia de la República* durante el año 2004, o con los 184, 280, 209 pesos ejercidos ese mismo año en *Formular, regular y conducir la política de comunicación social del Gobierno Federal y las relaciones con los medios masivos de comunicación*, de la Secretaría de Gobernación.<sup>36</sup> Se acentúa entonces la exigencia de coherencia entre la tipificación de problemas prioritarios en la política pública en salud hacia la salud materna y la asignación del gasto público. La asignación de recursos financieros públicos debe entenderse como un mecanismo real para mejorar la salud en este grupo social, para fortalecer las estrategias para disminuir la mortalidad materna, y para permitir el acceso efectivo a una atención de calidad a las mujeres pobres.

## **Conclusión**

Detener la muerte de mujeres por causas asociadas con la maternidad es posible. Esta afirmación resulta, de suyo, trágica, si pensamos en la larga lista de mujeres que hoy podrían estar vivas. Las suyas fueron, al fin, muertes evitables. En este artículo he detallado una sucesión de reflexiones, acciones y elementos específicos que podrían contribuir a la solución del problema.

El terreno está ya abonado para que, desde el poder ejecutivo en sus niveles federal, estatal y municipal, se realicen las transformaciones que se requieren en las formas de abordar y atender, a través de las políticas públicas, la salud reproductiva y materna y para hacer, simultáneamente, las modificaciones legales, normativas y estratégicas necesarias. El punto de partida debe ser una priorización efectiva en la asignación de los recursos públicos y la exploración de estrategias alternativas para disminuir la muerte materna. Un claro ejemplo de la importancia de este punto es el bajo costo de los medicamentos que se requieren para instrumentar la Atención Obstétrica de Emergencia.

Para llevar a cabo estas reformas con el mayor grado posible de certeza en la pertinencia de las decisiones, es necesario abrir espacios de discusión incluyentes y dispuestos al diálogo. En eso hay también camino ya recorrido. Diversas organizaciones no gubernamentales,<sup>37</sup> que han venido luchando a favor de la visibilidad y la solución de esta tragedia social, lograron reunir durante el año 2005 a los tres niveles del poder ejecutivo, legislativo federal y estatal en dos foros nacionales de mortalidad materna -uno en San Luis Acatlán, Guerrero, y otro en San Cristóbal de las Casas, Chiapas. En esos foros participaron también representantes de la Secretaría de Salud Federal, estatal y jurisdiccional, personal de establecimientos locales de salud, organizaciones nacionales y locales. Lo más relevante de esos foros fue, quizá, la participación de los viudos, huérfanos, madres, amigas y otros miembros de las comunidades a las que pertenecieron las mujeres fallecidas. Su participación permitió captar claramente el rostro humano de la mortalidad materna. En ambos foros se establecieron acuerdos concretos suscritos por todos los participantes.<sup>38</sup>

Hay cuatro aspectos críticos para la modificación de las estrategias de atención a la mortalidad materna, sobre los cuales hubo consenso en los foros mencionados anteriormente: la etiquetación de recursos, la transparencia y la rendición de cuentas en el gasto asignado para la atención de la salud materna en cada entidad federativa, y la incorporación de la Atención Obstétrica de Emergencia. Este cuarto punto se desprende de la factibilidad de operacionalizar estrategias de AOE y responde al fortalecimiento del primer nivel de atención. Como se demostró en el ejercicio de costeo de medicamentos, lo puesto en práctica de la AOE representa un bajo costo al erario público y únicamente se requiere priorizar el gasto.

La invisibilidad de estos acuerdos en el Presupuesto de Egresos de la Federación para el año 2006 pone en evidencia la urgencia de modificar la estructura presupuestal. Ciertamente pese a lo ya logrado, aún falta camino por andar.

---

37 K'inal Antzetic A.C., Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C., Centro de Información para la Mujer A.C (CIMAC), Salud Integral para la Mujer A. C. (SIPAM), Consorcio para el Diálogo Parlamentario A.C., Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población Capítulo Oaxaca, Coordinadora Nacional de Mujeres Indígenas, San Luis en la Salud A.C., el Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México, y el Comité por el Derecho a una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas.

38 Los textos completos están disponibles en:

[www.fundar.org.mx/quehacemos/analisisProyectos/ponencias\\_documentos/ponenciasydoc.htm](http://www.fundar.org.mx/quehacemos/analisisProyectos/ponencias_documentos/ponenciasydoc.htm)

## Antecedentes en el campo de la atención materna

Son dos los elementos que han caracterizado la política de salud materna en el presente sexenio, tanto a nivel federal como estatal: el funcionamiento de programas específicos que responden a un interés manifiesto por enfrentar el problema de la mortalidad materna - Arranque Parejo en la Vida, en el nivel federal, y Por una Vida Mejor, en Chiapas-, y la posibilidad de contar con estadísticas más confiables sobre la magnitud del problema (Cfr. Lozano 2005; Núñez 2005).

Sin embargo, el Informe de Avance 2005 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México señala que el cumplimiento de la meta de veintidós defunciones por cada 100 mil nacimientos para el año 2015 se encuentra más lejano aún que el cumplimiento de la meta relativa a la mortalidad infantil (ONU, México: Gobierno de la República, 2005).

Los indicadores seleccionados en el ámbito nacional para medir el avance respecto de la meta 5, correspondiente a la disminución de la mortalidad materna, son la razón de muerte materna y el porcentaje de partos atendidos por personal calificado. Para el año 2006 se plantea que 90% de los partos del país sea atendido por personal calificado y que se incremente a cinco el número de consultas prenatales por mujer entre, cuando menos, el 95% de las mujeres embarazadas. Con esto se propone disminuir en un 35% la tasa de mortalidad materna en relación con la registrada en el año 2000 (SSAa 2002).

Según el Informe de Avance de los Objetivos del Milenio 2005 (ONU, México: Gobierno de la República, 2005), en el año 2000 la proporción de partos atendidos por personal calificado era de 83.3 %. Para el año 2003, esta proporción ascendió a 87.9%, lo que quiere decir que en ese periodo el incremento fue de 4.6%. El informe reconoce, por otro lado, que entre el año 2000 y el 2003 se había logrado una disminución de 10% en la razón de muerte materna. Después de un ascenso continuo en el registro de la mortalidad materna, en Chiapas se logró abatir la razón de muerte materna en 10% entre el año 2003 y el 2004. Se espera que para el año 2005 se observe en este estado una disminución significativa de la razón de muerte materna (ISECH 2005). Por lo demás, actualmente la proporción de partos atendidos por personal que puede considerarse como calificado<sup>2</sup> es de 43%. En 1985 se aceptaba que solamente 15% de la población contaba con atención médica.

## El marco internacional

En el marco internacional se ha reconocido que los avances en la reducción de la muerte materna son limitados (Family Care International 2005; Informe

1 Agradezco la colaboración de Cecilia de la Torre y Leticia Ballinas en la elaboración y el diseño de algunos de los cuadros que aquí se presentan. También agradezco a Adabell Gómez, quien realizó la captura de las hojas de egresos hospitalarios para el proyecto sobre mortalidad materna que llevo a cabo en Los Altos de Chiapas, en colaboración con Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud A.C., con financiamiento de la fundación MacArthur.

2 La definición de "calificado" se basa en la pertenencia del personal al Sector Salud.

sobre la salud en el mundo (OMS; 2005). El principal problema, señala el Informe sobre la salud en el mundo (OMS, 2005), consiste en el subregistro del fenómeno, ya que se carece de información confiable sobre los niveles de mortalidad materna en una gran cantidad de países. La causa de las defunciones solamente se registra en 100 países, que corresponden a una tercera parte de la población mundial. Se estima que se desconoce la suerte que corre una de cada cuatro mujeres que dan a luz en el mundo. Pero a pesar de que no ha sido posible registrar los cambios a lo largo del tiempo, existe una "sensación de progreso", si se toma en cuenta el incremento generalizado del acceso a los servicios de salud que se desprende de las estadísticas de atención del parto por personal médico (OMS 2005).

El cuadro 1 muestra la mortalidad en el mundo en los últimos veinte años. Entre los datos, lo primero que llama la atención es el incumplimiento del compromiso de El Cairo de disminuir la muerte materna en el año 2000 en un 50%. El decremento en los países en desarrollo fue de sólo 8%, mientras que en Latinoamérica y Asia el descenso de las cifras de mortalidad materna resultó ser más acentuado, de alrededor de 30% en los últimos veinte años. Sin embargo, Latinoamérica experimentó dificultades para disminuir la mortalidad materna en la década de 1990.

El hecho de que "la salud materna muestra pocos indicios de mejoría" a escala mundial (OMS 2005; UNFPA 2002) ha impulsado la realización de nuevas investigaciones, así como la relectura de estudios anteriores. Estas indagaciones han contribuido a modificar el marco lógico desde el cual se aborda el problema. Ha sido necesario reconsiderar el enfoque de riesgo y plantear que **las complicaciones durante la maternidad son difíciles de pronosticar, pero susceptibles de tratamiento**, ya sea en términos de "urgencia obstétrica" (FNUAP; AMDD 2002) o asegurando la atención durante la maternidad<sup>3</sup> por parte de personal calificado (WHO, 2004a).

La Organización Mundial de la Salud ha centrado su estrategia para abatir la mortalidad materna en la atención universal de los embarazos, partos y pospartos por personal profesional o calificado. La organización reconoce como personal profesional a médicos o médicas ginecobstetras o generales, a parteras profesionales y a enfermeras obstetras, y argumenta que la atención calificada del parto asegura la detección y el tratamiento oportunos de las urgencias obstétricas, tanto en el primero como en el segundo nivel de atención. La OMS excluye a las parteras tradicionales -aquellas mujeres que atienden partos en la comunidad, son independientes del sistema de salud y no han sido entrenadas formalmente- de su definición de personal capacitado. Para el seguimiento de los avances, la organización propone utilizar indicadores de impacto y de proceso: tasa de mortalidad materna y número de partos atendidos por personal calificado (WHO 2004a y 2004b).

---

<sup>3</sup> Se incluye el embarazo, el parto y 42 días después del parto.

Como he señalado en otros documentos, actualmente es posible distinguir dos propuestas para resolver el problema de la mortalidad materna.<sup>4</sup> En la primera, promovida por Family Care Internacional, se privilegia la atención universal calificada del parto. La segunda, impulsada por Averting Maternal Death Disability Program (AMDD), propone concentrar la atención calificada prioritariamente en los casos de complicaciones obstétricas (AMDD/UNFPA 2002). No obstante, ambas propuestas buscan abatir la mortalidad materna a través de la detección y el tratamiento oportunos de las urgencias obstétricas por parte de personal profesional.

En Chile ha tenido lugar una experiencia exitosa en este sentido. Desde 1948 se impulsó en ese país un esquema similar al europeo, y se inició un programa de formación de matronas profesionales que han estado a cargo de la atención materna desde entonces. Si comparamos la situación de tres países latinoamericanos, Chile, Brasil y México en el año 2003, podemos percatarnos de que Chile tiene la menor tasa<sup>5</sup> de mortalidad materna (30), en comparación con las de México (83) y Brasil (260). El porcentaje del gasto en salud en relación con la totalidad del gasto del gobierno es mayor en México que en Brasil y Chile, y estos dos países destinan un porcentaje similar al gasto en salud. La diferencia básica entre ellos es que la atención del parto en Chile depende en su totalidad (100%) de personal calificado. En ese país se ha aplicado desde hace más de 50 años una estrategia para asegurar la calificación del personal que atiende a las mujeres durante la maternidad (OMS 2005).

### **Atención profesional del parto versus atención de la urgencia obstétrica. Observaciones sobre la factibilidad de la atención profesionalizada del parto en Chiapas**

En este artículo interesa considerar la pertinencia de la propuesta de la OMS para el caso de Chiapas y, particularmente, para la región de Los Altos.

La región de Los Altos de Chiapas se ubica en la parte más elevada del Macizo Central del territorio del estado. Es una región única en el país por sus características demográficas: ahí se concentra el mayor número de hablantes de lengua indígena por espacio geográfico en México. Un análisis regionalizado a partir de los hablantes de lengua indígena muestra que la región con mayor proporción de población indígena es precisamente ésta, con un porcentaje superior al 80%. Le siguen la región Selva con un porcentaje superior al 60%, y la región norte, con un poco más de 40%. Según el censo del año 2000, la región de Los Altos tenía una población de medio millón de habitantes. La región está dividida en diecinueve municipios, y en dieciséis de ellos prácticamente la totalidad de la población es indígena y pertenece a las etnias tseltal y tsotsil (INI 2002).

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

5 Tasa calculada sobre la base de 100,000 nacidos vivos para el 2003. Informe sobre la salud en el mundo 2005. Anexo estadístico.

Como señalé antes, la OMS propone la atención calificada del parto a través de médicos especialistas o generales, enfermeras obstetras o parteras profesionales. En Chiapas, 53% de los partos es atendido por parteras (ENSAR 2003). En la propuesta de la OMS, la partera tradicional tendría un papel secundario y estaría destinada a desaparecer a mediano plazo, puesto que la organización concibe la atención calificada del parto como la que puede prestar personal profesional que ha tenido entrenamiento escolarizado y domina habilidades que exigen una formación superior. Las parteras de la región de Los Altos no podrían cumplir los requisitos que establece la OMS para la atención del parto; no satisfacen ese perfil.

Una encuesta realizada entre cuarenta y cuatro parteras del municipio de Tenejapa mostró que 60% de ellas no ha cursado estudios de ningún nivel. La mujer con más años de escolaridad había llegado al 5° año de primaria. La mayoría de estas mujeres no sabe leer ni escribir y, por tanto, no es candidata a recibir formación de partera profesional. Alrededor de 60% de los partos en Los Altos de Chiapas sigue siendo atendido por estas parteras o sus familiares. De hecho, la mitad de los partos sobre los que informa el Instituto de Salud de Chiapas son atendidos por parteras (Cuadro 2).

Debe señalarse que entre el año 2002 y el 2004 se incrementó en 100% el número de partos atendidos por el ISECH. Cifras oficiales para el 2002 indican que 39% de los partos era atendido en Chiapas por el Sector Salud y que, de ese porcentaje, 28% era atendido por el ISECH (cfr. Freyermuth, et al. 2004). En el año 2004 se incrementó en once puntos el número de partos atendidos por el ISECH en todo el estado en relación con el 2002, y en la región de Los Altos en catorce puntos.

Algunos análisis sistemáticos sobre el impacto que las parteras tradicionales han tenido en la reducción de la muerte materna en las últimas décadas, muestran que su papel ha sido limitado (Graham, Bell y Bullough 2001; Sibley y Sipe 2004; Sibley, Sipe y Koblinsky 2004). Sin embargo, un estudio reciente mostró que las parteras tradicionales siguen siendo preferidas para la atención del parto en las comunidades indígenas, y que hasta 2004 eran las únicas especialistas con disponibilidad las 24 horas del día. Es muy poco frecuente que los profesionales de la salud permanezcan en las localidades 24 horas al día los 365 días del año (Freyermuth, et al. 2004), lo cual se refleja en el bajo porcentaje de partos atendidos en el primer nivel (cuadro 3 y 4).

En Chalchihuitán, un municipio de Los Altos, se instaló en 2003 una Casa de Salud de Parteras.<sup>6</sup> Durante el año 2004, diez de las parteras asociadas a esta Casa atendieron 46% de los partos esperados. En contraste, durante el año 2002 el Sector Salud había atendido solamente 4% de los partos en dicho municipio. Estos datos, aunados a los de los cuadros 3 y 4, muestran que la atención del

<sup>6</sup> Este proyecto es dirigido por Sebastiana Vázquez y forma parte de una red de Casas de Salud de la Mujer Indígena, impulsada por el CDI y PROMSA desde el año 2003.

parto en estas localidades rurales sigue siendo responsabilidad de las parteras tradicionales. Por eso, en Chiapas resulta necesario incluir a las parteras en las estrategias orientadas a disminuir la mortalidad materna, y concentrar su capacitación en la identificación de signos de alarma y en la gestión y canalización de pacientes con urgencia obstétrica.

En la región de Los Altos existen más de 1,029 localidades. Para su atención, el Sector Salud dispone de 122 enfermeras, 70% de las cuales está ubicado en los dos municipios que cuentan con servicios de hospitalización (Altamirano y San Cristóbal de Las Casas). El resto de los municipios de la región carece de enfermeras generales y especializadas; sólo tiene enfermeras habilitadas o auxiliares (342). Los médicos generales disponibles son 140, pero la mitad de ellos se concentra en San Cristóbal. Esto quiere decir que hay 70 médicos disponibles para cubrir las 1,028 localidades de Los Altos dispersas en los dieciocho municipios restantes. No existe personal con las habilidades que prescribe la OMS para la atención del parto en el primer nivel (cuadro 5). Por eso resulta necesario buscar alternativas que permitan disminuir la mortalidad materna con los recursos disponibles. De otra manera, como señala un editorial del *Tropical Medicine and International Health*, una propuesta como ésta no pasará de ser retórica (Buttiëns, Marchal y De Brouwere, 2004).

En México, la figura de la partera profesional es prácticamente inexistente; las escasas escuelas dedicadas a la formación de este tipo de personal han tenido problemas con la certificación de sus egresadas, y por lo tanto con su contratación. Por otro lado, las enfermeras obstetras con nivel de licenciatura se insertan, por lo general, en puestos administrativos; prácticamente ninguna ejerce su especialidad. Esto significa que este recurso está siendo utilizado para otros fines. Así pues, para hacer viable la propuesta de la OMS, se requiere impulsar proyectos que profesionalicen la partería en México o, en su defecto, profesionalizar al personal que ya se encuentra contratado institucionalmente, como médicos y enfermeras auxiliares, y formar enfermeras obstetras indígenas de nivel técnico asegurando su permanencia en las comunidades rurales. Promover esta estrategia de atención profesionalizada del parto implica también abrir nuevos puestos de trabajo para estas profesionales de la atención obstétrica, dotándolas de insumos materiales y de medicamentos que les permitan realizar adecuadamente su trabajo. Se puede decir que, en caso de que se la considerara como una opción a consolidar, esta estrategia, que no ha sido promovida por los gobiernos recientes, ofrecería resultados a mediano plazo.

Sin embargo, la atención calificada del parto no constituye un desafío solamente en las zonas rurales. Es en las áreas urbanas donde se concentra el mayor número de muertes en términos absolutos (Ruiz Matus 2005). Desde luego, no basta con ostentar un título profesional para asegurar una atención adecuada.<sup>7</sup> En México, las altas tasas de mortalidad intrahospitalaria en los servicios de salud

<sup>7</sup> Se considera que el 46.4% de las muertes maternas es responsabilidad hospitalaria. Diversas fuentes, citadas por Manuell Lee 2005.

revelan que el personal requiere de mayor calificación para la atención correcta de las urgencias obstétricas.<sup>8</sup> Abatir la mortalidad materna en las zonas urbanas donde hay disponibilidad de personal profesional, exige formar al personal encargado de atender a las mujeres que sufren urgencias obstétricas, y actualizar y certificar sus conocimientos y habilidades; además, se requiere monitorear la disponibilidad de recursos y suministros médicos. La sobrecarga en los hospitales vuelve prioritario el diseño de un sistema de referencia que asegure la atención hospitalaria inmediata de las mujeres en estos trances.

### La atención obstétrica de emergencia

Optar por la atención obstétrica de emergencia como estrategia de atención implica, necesariamente, la calificación diferenciada del personal de salud. En el primer nivel de atención deben desarrollarse habilidades específicas para la atención primaria de la urgencia obstétrica, el manejo de antibióticos, anticonvulsivantes y oxitócicos por vía intravenosa, y la referencia de la mujer a un segundo nivel de atención en caso de que la urgencia no pueda ser controlada en el primero. Esto tendría diversas ventajas. Se promovería el acceso a los servicios de salud adecuados cuando se requiriera atención de la urgencia obstétrica y la referencia de las mujeres se realizaría desde el primer nivel de atención; esto impediría que los servicios hospitalarios se vean saturados por la atención del parto normal, que puede ser resuelta por parteras o por médicos del primer nivel.

Con los recursos humanos y la infraestructura disponibles, es factible impulsar a corto plazo la atención obstétrica de emergencia. Un elemento central en esta propuesta es el funcionamiento continuo de centros de salud ubicados estratégicamente. La propuesta requiere menor cantidad de recursos adicionales que los que exige la atención universal por parte de personal profesional. Implica, desde luego, la disponibilidad permanente de personal profesional en lugares clave para atender el 15% del total de embarazos, partos y pospartos que se espera evolucionarán hacia urgencias obstétricas.

A partir de la entrada en vigor del Seguro Popular en agosto de 2005, en Los Altos de Chiapas empezarán a funcionar como Clínicas Sí Mujer tres clínicas de la región. Todo parece indicar que las clínicas disponibles con menor infraestructura en el resto de las cabeceras municipales estarán en posibilidades de funcionar 24 horas al día los 365 días del año. Tal es el caso del municipio de Tenejapa. En estos casos será indispensable dotar a los médicos, enfermeras o auxiliares de salud de los medicamentos y habilidades necesarios para la atención primaria de las urgencias obstétricas.<sup>9</sup> Un estudio reciente mostró que el 50% de los médicos adscritos a la clínicas de la región de Los Altos no cuenta con las habilidades necesarias para resolver una urgencia obstétrica (Freyermuth, et al. 2004).

8 Según Manuel Lee (2005), las urgencias obstétricas son causa del 18% de la mortalidad hospitalaria.

9 El monitoreo realizado en las clínicas de la región Altos ha mostrado que en las unidades del Instituto de Salud de Chiapas existe desabasto de oxitócicos y, en ocasiones, de soluciones para venoclisis.

Una condición fundamental para el buen funcionamiento de este modelo es la demanda efectiva de los servicios de salud por parte de la población usuaria y, particularmente, de las mujeres que experimentan complicaciones. En este aspecto se presentan dos problemas. Por un lado, de acuerdo con las estadísticas oficiales disponibles, parecería que no hay demanda de servicios por complicaciones en las clínicas de primer nivel, donde se atiende menos del 1% de las complicaciones (ver cuadros 3 y 4 y gráficos 1 y 2). Además, los sistemas de información no incluyen en sus registros la canalización de ese tipo de urgencias. Dados los formatos actuales de captación de información, estos eventos pueden pasar desapercibidos. El segundo problema está relacionado con la demanda de los servicios de salud y, en este caso particular, con la atención del parto. Se ha documentado que en el marco del Programa Oportunidades, como parte de su corresponsabilidad, las mujeres acuden a los servicios de consulta prenatal. El incremento se ve reflejado en el cuadro 6, donde se muestra que la meta que se planteó el Instituto de Salud de Chiapas de atender durante este sexenio a 43% de las embarazadas esperadas, está prácticamente cumplida. En el caso específico de la región de Los Altos de Chiapas la cobertura de las embarazadas se ha incrementado en los últimos tres años casi en 100%, por lo menos en lo que respecta a la primera consulta prenatal. Además, no sólo se cumplió la meta del 43%, sino que para el año 2004 había sido rebasada (cuadro 6). Sin embargo, este incremento no se traduce en una cobertura similar en la atención del parto, que fue de 27% para 2004, ni en la atención de complicaciones, en cuyo caso las infecciones puerperales prácticamente no son atendidas por el Instituto de Salud. Así y todo, no se debe soslayar el incremento tan importante que se observa en la atención del parto, que ascendió a 100% respecto del año 2002 y que, de seguir a este ritmo, supondría que la meta que se había planteado podría cumplirse para fines del sexenio en la región de Los Altos.

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, es necesario reconceptualizar la consulta prenatal y convertirla en el espacio donde se proporcione información y educación a las embarazadas. De esta manera, las mujeres no solamente aprenderían a identificar los signos y síntomas que ponen en riesgo su vida, sino a reconocer la vía más corta para la solución del problema que les aqueja. Los programas Oportunidades y Por una Vida Mejor ofrecen la posibilidad de dar este nuevo sentido a la consulta prenatal.

En el municipio de Tenejapa se está impulsando un proyecto integral orientado a disminuir la mortalidad materna y lograr un acceso rápido a los servicios disponibles de salud. Se están elaborando mapas para cada localidad, en los que se muestra la ubicación de las clínicas, los nombres del personal de salud que labora en ellas y los horarios en los que están disponibles (Red Social).

Otro aspecto central del modelo es la disponibilidad de transporte para las mujeres que se refieran a las clínicas de primer o segundo nivel de atención. La satisfacción de este requerimiento implica el concurso de las autoridades municipales y su disposición a proporcionar vehículos. Debe señalarse que la Secretaría de Salud ha dotado de ambulancias a casi todas las presidencias municipales de la región de Los Altos. Los convenios de colaboración entre las instituciones de salud y las presidencias municipales pueden ser un recurso para contar con este tipo de apoyo.

Un estudio realizado en la región de Los Altos en 2004 mostró que en 60% de las localidades existe algún medio de transporte para las mujeres con urgencias obstétricas. La disponibilidad de vehículos ha mejorado. Sin embargo, es necesario monitorear el uso de este recurso (Freyermuth, et al. 2004).

La Jurisdicción III de Chiapas tiene en las presidencias municipales y las organizaciones sociales valiosos aliados para facilitar la canalización de las urgencias obstétricas.

El papel de la partera sigue siendo fundamental en Los Altos de Chiapas por diversas razones. Las parteras están disponibles 24 horas del día los 365 días del año, y en consecuencia siguen siendo quienes atienden el mayor número de partos,<sup>10</sup> y las mujeres prefieren atender sus partos en casa y, por tanto, con ayuda de las parteras. Esto hace de las parteras un recurso muy importante para la detección y referencia de mujeres con complicaciones obstétricas. Por eso es necesario asegurar que cada una de ellas conozca los signos y síntomas de las urgencias obstétricas. Un estudio realizado en Tenejapa mostró que las parteras del lugar tienen una experiencia de más de diez años en la atención de partos, y que están vinculadas a los servicios de salud. Sin embargo, sólo un pequeño porcentaje de ellas refiere a las mujeres con signos de urgencia obstétrica a los servicios de salud.<sup>11</sup> Un elemento nodal del trabajo debe ser la referencia de todas las mujeres que presenten síntomas de urgencia obstétrica a los servicios de salud.

Un elemento más de este modelo son las mujeres y sus familias, ya que tanto unas como otras son las principales responsables de la decisión de demandar un servicio de salud. Los argumentos más importantes que se esgrimen para no demandar el servicio son el maltrato que las mujeres padecen en los hospitales y la ausencia del personal en las clínicas. Para que el modelo funcione es necesario que las autoridades de salud se comprometan a supervisar la presencia del

A través de los planes municipales, la Jurisdicción II ha impulsado el compromiso de los presidentes a trasladar a las mujeres con urgencias obstétricas. El ISECH dotó de ambulancias a la mayoría de las presidencias municipales de la región de Los Altos de Chiapas.

10 Parteras entrevistadas en los meses de julio, agosto y septiembre de 2004 atendieron un mayor número de partos que los servicios de salud.

11 Estos resultados forman parte del monitoreo que realiza CIESAS-Sureste a las actividades de la Red Social de Lucha contra la muerte materna en Tenejapa. Se trata de un proyecto interinstitucional financiado por la fundación MacArthur.

personal en las clínicas a su cargo y a promover el funcionamiento permanente de cuando menos una clínica en cada municipio.

### **La atención obstétrica de emergencia y su costo. Un estudio de caso para el primer nivel de atención**

¿Por qué es fundamental mejorar la calidad de la atención médica en el primer nivel de atención? Hace ya más de una década, Thadeus y Maine (1990) identificaron tres formas de retraso en la atención médica de la urgencia obstétrica: la demora en la búsqueda de atención, la tardanza en el acceso al centro de salud, y la dilación de los cuidados médicos adecuados. En la primera forma de retraso, dependiente de la toma de decisiones, intervienen aspectos de tipo familiar y comunitario (Cfr. Freyermuth 2003). La segunda se produce debido a la imposibilidad del traslado o a una disponibilidad limitada de caminos y vehículos para que las mujeres con complicaciones accedan al primer o segundo nivel de atención. La tercera consiste en postergar el otorgamiento de la atención médica adecuada, sea por falta de insumos o de pericia para realizar el diagnóstico.

Así, en Los Altos de Chiapas gran parte de los fallecimientos de mujeres ocurre en sus casas, porque las familias no toman la decisión de llevarlas a un centro de salud o los servicios de salud no constituyen para ellas una opción. Una estrategia orientada a disminuir la muerte materna debe centrarse, inicialmente, en asegurar que no se presenten fallas en la atención médica, sobre todo donde la población es renuente a demandar los servicios de salud institucionales. Las fallas en el otorgamiento de los servicios de salud en contextos donde no existe confianza hacia ellos, desalientan de manera exponencial el uso de estos servicios.

Es por eso que debe insistirse en la necesidad de proporcionar servicios de salud de alta calidad, lo cual no implica, necesariamente, altos costos ni alta tecnología. En México, la norma oficial NOM-007 no contempla la atención de las urgencias obstétricas en centros básicos de salud, pero el programa Arranque Parejo en la Vida sí la incluye en las clínicas Sí Mujer. Éstas deben contar con una área administrativa, consultorios médicos para consulta general, área de urgencias, odontología, especialidades de ginecología, obstetricia y pediatría, servicios de hospitalización, laboratorio clínico, radiología, banco de sangre o puesto de sangrado, quirófano, sala de expulsión, central de esterilización y equipo (CEYE), farmacia y ambulancia. Estas clínicas requieren de un director de la unidad, un administrador, médicos generales y/o especialistas en ginecología y obstetricia, pediatría y anestesia; un técnico en radiología y un químico clínico en un turno cuando menos; pueden también contar con médicos residentes e internos de pregrado, licenciadas en enfermería, enfermeras especialistas, generales y auxiliares, trabajadoras sociales, nutricionistas, camilleros, personal de intendencia, vigilantes, choferes y otro tipo de empleados (SSAa, APV 2002: 16). Estas características solamente las tienen los hospitales de primer nivel de San Cristóbal de Las Casas (cfr. Freyermuth, et al. 2004), que atienden diecinueve municipios aledaños.

El hecho de que la norma oficial mexicana no incluya la atención de las urgencias obstétricas en centros básicos de salud, se debe a que fue concebida por ginecobstetras y especialistas que viven en las grandes urbes. Esta norma parte de la imagen de un sistema de salud que ofrece cobertura prácticamente universal y que cuenta con servicios de laboratorio, rayos x y hospitales de segundo nivel, así como con una red de comunicación y transporte suficiente para el traslado de las enfermas.

Sin embargo, en gran parte de México esas condiciones ideales son inexistentes. Incluso, actualmente las mujeres de las grandes ciudades enfrentan no sólo retrasos durante el traslado, sino dificultad para acceder a los servicios hospitalarios por falta de camas.<sup>12</sup> Por eso se hace necesario que las mujeres con complicaciones obstétricas reciban atención en el primer nivel, de modo que pueda iniciarse un tratamiento oportuno y que la postergación de la atención especializada no tenga como consecuencia un resultado fatal. Promover la atención en el primer nivel es fundamental para lograr la disminución de la muerte materna. Para esto se requiere que las mujeres demanden el servicio en el momento en el que se presentan las complicaciones, que los centros de salud de primer nivel cuenten con los insumos necesarios para la primera atención, y que el personal de salud domine las destrezas necesarias para el manejo primario de la urgencia obstétrica.

Las políticas internacionales han definido seis acciones básicas que los prestadores de servicios de salud deben ser capaces de llevar a cabo en el primer nivel de atención (ACPR, UNICEF; 2001):

- 1) Administración parenteral de antibióticos
- 2) Administración parenteral de oxitócicos
- 3) Administración parenteral de anticonvulsivantes
- 4) Extracción manual de la placenta
- 5) Extracción de restos placentarios (mediante el procedimiento de aspiración manual endouterina), y
- 6) Atención de un parto normal

El personal de salud debe ser capaz de identificar una hemorragia, la retención de restos placentarios, una sepsis puerperal y un parto obstruido. Debe poder proporcionar los primeros auxilios y canalizar a las mujeres en las mejores condiciones posibles y con probabilidades de supervivencia a la atención en un segundo nivel.

El principal recurso para desarrollar esta propuesta es el propio personal de salud, capaz de responder a la urgencia obstétrica. Además de las habilidades técnicas, es necesario contar con ciertos insumos básicos. Se necesitan, finalmente, hospitales para referir a las pacientes. Estos deben tener quirófano, anestesistas, cirujano -obstetra o general-, y un banco de sangre para la solución definitiva de los problemas.

<sup>12</sup> Este fenómeno ha sido documentado por la prensa nacional, en particular en el caso de las dificultades existentes en el DF para la atención de algunas mujeres durante el parto.

En este artículo interesa estimar el costo promedio de la atención de las urgencias obstétricas más frecuentes en Chiapas: hemorragias, infección puerperal, preeclampsia/eclampsia, parto obstruido y aborto. Me basaré para ello en la estimación de costos más elevada por cada una de las complicaciones más frecuentes. Estas estimaciones han sido propuestas por Reyes y Neri, del Instituto Nacional de Perinatología, en Díaz, et al. 2004 y en la presente publicación.

Para poder calcular el costo promedio por intervención se requiere conocer la incidencia promedio de cada complicación. En el nivel internacional se ha determinado que 15% de los eventos obstétricos se convierten en urgencias obstétricas (UNFPA 2003). Sin embargo, el costo de la atención primaria de un parto obstruido (\$23.00 MN) es muy distinto al costo por hora en el caso de un aborto complicado (\$292.00 MN) (cfr. Reyes y Neri). La mayoría de las estadísticas muestran la frecuencia y los porcentajes de ocurrencia de muerte por complicaciones determinadas. Pero la variabilidad de las cifras reportadas en los estudios de incidencia o prevalencia de la morbilidad materna es enorme. Un análisis sistemático de la bibliografía internacional disponible sobre morbilidad y mortalidad maternas consideró difícil la comparación entre estudios debido a la ambigüedad de las definiciones y la escasa claridad de las metodologías utilizadas (Betrán 2005).

En el caso que aquí se aborda, la estimación de los costos tomó en cuenta, inicialmente, las incidencias empleadas en la planeación de la Jurisdicción número II en Chiapas, pero la imposibilidad de conocer la fuente que originó esas incidencias me condujo a buscar otras fuentes que permitieran conocer la incidencia de las complicaciones obstétricas que producen el mayor número de muertes. En los cuadros 7-12 se muestran las diferentes fuentes utilizadas. El cuadro 13 presenta el resumen. Por un lado aparece la frecuencia de las complicaciones registradas por el Sistema de Información de Salud -antes Sistema de Información para Población Abierta de la Secretaría de Salud- para el estado de Chiapas, y particularmente para la región de Los Altos (Cuadro 6). Esta fuente presenta diversos problemas. No cubre la totalidad de las mujeres embarazadas y parturientas de la región. Su cobertura en el primer nivel es limitada y no contempla los informes de parto obstruido ni en el primer ni en el segundo nivel de atención. En el caso del segundo nivel se manifiesta, además, un porcentaje muy elevado de cesáreas en Chiapas (alrededor del 29%) y de más del 30% en Los Altos entre los años 2002 y 2004. No obstante, estas cesáreas no representan siquiera el 15% de los partos complicados esperados (cuadros 14 y 15 y gráficos 3-7). No hay, pues, manera de conocer las causas que las originaron.

Por todo esto, utilicé información basada en una revisión que se hizo en el Hospital Regional de San Cristóbal sobre las causas de ingreso a urgencias por padecimientos obstétricos entre 1998 y 2003. En esta revisión se identificó la incidencia de las causas por las que se realizaban las cesáreas: hemorragias, ruptura uterina, preeclampsia o eclampsia, distocia de partes blandas, desproporción cefalopélvica, cesárea anterior. El estudio reconoce que una parte de los diagnósticos que condujeron a las cesáreas no registra la causa que las originó. En el

cuadro 7 se muestra el porcentaje de complicaciones obstétricas correspondiente a alrededor de 5,500 egresos del hospital regional del Instituto de Salud de Chiapas entre 1998 y octubre de 2003. Para conseguir esta información se elaboró una base de datos a partir de la cual se obtuvieron los porcentajes de las complicaciones registradas por el hospital en ese periodo, independientemente de si fueron resueltas por parto vaginal o por cesárea. Los registros se obtuvieron de los cuadernos de control de los egresos hospitalarios.

Una tercera fuente de información son los libros especializados de obstetricia. Utilizamos dos fuentes: el Williams Obstetricia (cuadro 9) (Gary F, 2002), que contiene referencias a distintos estudios de incidencia -si bien todos ellos correspondientes a países desarrollados-, y la experiencia registrada en el libro de la Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del IMSS (López E. y Toledo A. 1995).

A partir de estas fuentes y con los datos proporcionados por la Jurisdicción II, se estimó el costo promedio en el caso de la incidencia más baja de cada complicación y en el de la más elevada. Los resultados se muestran en los cuadros 16-28. Las complicaciones esperadas en Chiapas podrían ir de 15,373 a 37,193 (cuadro 21), con un costo de entre 3 y 9 millones de pesos. En el caso de Los Altos de Chiapas, el costo oscila entre 400 mil y un millón de pesos al año (cuadro 28). El mayor número de complicaciones obedece al aborto, que representa más del 50% de las complicaciones esperadas y supone entre el 60 y el 70% del costo total de las mismas (cuadro 16). El aborto es la complicación atendida más frecuentemente en el hospital (cuadro 6) y puede ser resuelta en el primer nivel de atención mediante la aspiración manual endouterina. Hay que señalar que en Chiapas y en México la proporción de muertes maternas debidas al aborto asciende a alrededor del 10% del total.

Si se elimina el costo que representa el aborto, el resto de las complicaciones obstétricas podría enfrentarse satisfactoriamente durante el periodo 2003-2004 con los recursos etiquetados en el Informe del Gobierno de Chiapas bajo el rubro APV o con los del rubro de atención de partos en comunidades. El monto de esta partida es de alrededor de un millón de pesos (cuadro 29).

En el informe anual de gobierno se suele señalar una partida para la atención del parto en el primer nivel. Esta partida ha sido denominada de diferentes maneras a lo largo de los años. Lo que, sin embargo, llama la atención, es que normalmente para el mes de octubre, cuando se publica el Informe de Gobierno Estatal, el dinero no se ha gastado<sup>13</sup> (cfr. Cuadro 29). Al parecer, en muchas ocasiones esos recursos se reasignan a fin de año a la cobertura de otras necesidades. Consideramos que ese dinero podría ser utilizado para cubrir concretamente el abastecimiento de medicamentos e insumos para la atención de las urgencias obstétricas en el primer nivel.

## Conclusiones

La nueva propuesta de la OMS para abatir la mortalidad materna se centra en la atención profesionalizada del parto. La razón de muerte materna y el porcentaje de partos atendidos profesionalmente son los dos indicadores que se están utilizando para evaluar el cumplimiento de las Metas del Milenio. A corto plazo, será difícil ofrecer en las regiones indígenas del país una cobertura universal del parto a través de la atención profesionalizada, puesto que existe un número limitado de parteras profesionales y la inmensa mayoría de las parteras no tiene las habilidades ni la formación necesarias para que se les pueda considerar como personal profesional capacitado para resolver urgencias obstétricas.

En este trabajo propongo una alternativa para lograr la disminución de la mortalidad materna a partir de la estructura de servicios y del personal disponibles. Esta alternativa consiste en concentrar los recursos en la resolución de las urgencias obstétricas tanto en el primer como en el segundo nivel de atención. Esto implica privilegiar la capacitación del personal de salud y asegurar los insumos necesarios así como la disponibilidad permanente de los recursos humanos en los centros de salud. El ingreso, en agosto de este año, del Seguro Popular en la mayoría de las cabeceras municipales de la región de Los Altos hará posible la atención médica permanente de, por lo menos, una parte de la población. El modelo que propongo requiere contar con médicos con habilidades suficientes y los insumos necesarios para enfrentar la urgencia obstétrica en el primer nivel de atención.

En este documento se ha hecho un ejercicio de estimación de las complicaciones esperadas, así como del costo de su atención, en el estado de Chiapas, particularmente en la región de Los Altos. Anualmente existen recursos etiquetados para la atención del parto en el primer nivel de atención. Estos recursos, que no se gastan en su totalidad, pueden invertirse en la compra de los medicamentos e insumos necesarios para la atención primaria de las urgencias obstétricas.

Al tener a su cargo alrededor del 50% de la atención del parto en Chiapas, las parteras juegan un papel central en este modelo. Como personal de primer contacto con la mujer embarazada y la parturienta, las parteras tienen la posibilidad de identificar las urgencias obstétricas y ser gestoras ante la familia, la comunidad y el personal de salud para la atención médica primaria o la canalización al segundo nivel de atención. Por eso, la integración de las parteras al sector salud debe ser alentada en regiones como la de Los Altos de Chiapas.

## BIBLIOGRAFÍA

(ACPR) Associates for Community and Population Research, UNICEF, Review of Availability and use of emergency obstetric care (EMOC) Services en Bangladesh, Dan printers Limited, Bangladesh, 2001.

Arranque Parejo en la Vida y Population Council, "Diálogo de expertos en salud materna y perinatal. Programa de trabajo", México D.F, 4-6 de abril de 2005.

Buttiëns H., B. Marchal y V. De Brouwere, Editorial: "Skilled attendance at child-birth: let us go beyond the rhetoric", *Tropical Medicine and International Health*, Volume 9, No 6, June 2004: 653-654.

Betrán A.P., Say L., Gülmezoglu A.M., Allen T. and L. Hampson, Effectiveness of different databases in identifying studies for systematic reviews: experience from the WHO systematic review of maternal morbidity and mortality, *BMC Medical Research Methodology* 2005, 5:6, <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/4/16>.

Carrolli Guillermo (Centro Rosarino de Estudios Perinatales, CREP/ OMS, Argentina) (a), "Elementos del Paquete de Control Prenatal de la OMS", Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal, organizado por Arranque Parejo en la Vida y Population Council, 3-5 de abril de 2005.

Carrolli Guillermo (Centro Rosarino de Estudios Perinatales, CREP/ OMS, Argentina) (b), "Número de consultas prenatales como indicador de calidad de la atención", Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal, organizado por Arranque Parejo en la Vida y Population Council, 3-5 de abril de 2005.

Diario Oficial de la Federación, "Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio." 6 de enero de 1995.

Díaz D. coord. Muerte Materna y Presupuesto Público, Fundar Centro de Análisis e Investigación, México D.F., 2004. [www.fundar.org.mx](http://www.fundar.org.mx)

Equipo del Proyecto Kosongo, "Antenatal Screening for Fetopelvic Dystocias. A Cost-Effectiveness Approach to the Choice of Simple Indicators for Use by Auxiliary Personnel", *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, agosto de 1984, 87 (4), No 1: 29-73.

Family Care International, "Saving Women's Lives: Skilled Care Initiative", Narrative Report, Submitted to The Bill and Melinda Gates Foundation, New York, NY, May 2002-April 2003.

Family Care International, *La Atención Calificada del Parto. Un cuaderno informativo*, preparado por Mia MacDonald con Ann Starrs, Ciudad de Nueva York, 2003.

Freyermuth, Graciela, *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, CIESAS/ Miguel Ángel Porrúa, México, 2003.

Freyermuth, Graciela, coord., *Maternidad Peligrosa. Evaluación de la urgencia obstétrica de emergencia en los Altos de Chiapas*, CIESAS/ INDESOL/ Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México, 2004.

Gary Cunningham F. et al. *Williams Obstetricia*, Editorial Médica Panamericana, España, 2002.

Graham W., J. Bell and C. Bullough, "Can Skilled Attendance at Delivery Reduce Maternal Mortality in Developing Countries?", *Studies in HSO&P*, 17, 2001: 97-130.

Hall, M.H., P.K. Chang, and I. MacGillivray, "Is Routing Antenatal Care Worthwhile?", *The Lancet*, 12 de julio de 1980, 2: 78 - 80.

IAG, *La atención calificada durante el parto. Perfiles de país*, preparado por Rahna Risuto y Shafia Rashid, Secretaría del Grupo Interagencial Por una Maternidad Sin Riesgos, New York, May 2002- April 2003. (2005)

Hartman, J.G. y Limbird L.E. (edited by). Goodman and Gilman *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, tenth edition, Mc Graw-Hill, United States of America, 2001.

Instituto Nacional Indigenista, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Consejo Nacional de Población, [Indicadores Socioeconómicos de los pueblos indígenas de México, 2002](#). México D.F, 2002.

Instituto de Salud de Chiapas (ISECH), *Mortalidad Materna. Perfil epidemiológico, Vida Mejor, Arranque Parejo en la Vida*, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 2004.

Instituto de Salud de Chiapas (ISECH), "Mortalidad Materna. Uno de los principales problemas que miden la efectividad de los sistemas de salud que atienden a la población", documento presentado en el Foro de Acciones por una Maternidad Voluntaria y Segura, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, agosto de 2005.

Lynn P., Freedman JD, MPH, Commentary Shifting: Visions "Delegation" Policies and the Building of a "Rights-Based" Approach to Maternal Mortality", *JAMWA*, Vol. 57, No. 3: 154-158.

Lozano R., R. M. Núñez Urquiza, M. B. Gómez Duarte y L. M. Torres, *Tendencias y escenarios de la evolución de la mortalidad materna en México, 1990- 2015*. En prensa. Agosto 2005.

López E. y Toledo A., coord., *Ginecología y Obstetricia* (Tercera edición), Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del IMSS, A.C., México D.F., 1995.

Maine D., *Safe Motherhood Programs: Options and Issues*, New York, N.Y.: Columbia University, Center for Population and Family Health, 1993.

Manuell Lee, Gabriel R. (Comisión Nacional de Arbitraje Médico/ CONAMED), "Sub y sobre utilización de prácticas médicas", Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal, organizado por Arranque Parejo en la Vida y Population Council, 3-5 de abril 2005.

Naciones Unidas, México: Gobierno de la República, Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avances 2005. México D.F. 2005.

Núñez Urquiza, R. M., citado en: Ruiz Matus, Cuitláhuac (Dirección de Equidad y Género), "Calidad de la atención en los Programas de Arranque Parejo en la Vida", Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal, organizado por Arranque Parejo en la Vida y Population Council, 3-5 de abril 2005.

Núñez Urquiza, R. M. (Asesora de Arranque Parejo en la Vida), "Utilidad de la vigilancia activa de las muertes maternas", Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal, organizado por Arranque Parejo en la Vida y Population Council, 3-5 de abril 2005.

Núñez-Urquiza, R. M. "Mortalidad materna en México, 2005", Presentación en el curso "Equidad de género y salud reproductiva", Instituto Nacional de Salud Pública, 5 de agosto de 2005.

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

OMS, *Nuevo Modelo de Control Prenatal de la OMS*, Grupo de Investigación del Estudio de Control Prenatal de la OMS, Ginebra, Suiza, 2003.

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

Ramson I. E. and V.N. Yinger, *Making Motherhood Safer. Overcoming Obstacles on the Pathway to Care*, Population Reference Bureau, Washington D.C., 2002.

Ruiz Matus, Cuitláhuac, (Dirección de Equidad y Género), "Calidad de la atención en los programas de Arranque Parejo en la Vida", Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal, organizado por Arranque Parejo en la Vida y Population Council, 3-5 de abril 2005.

Secretaría de Salud (SSA) (a), Arranque Parejo en la Vida (APV), *Programa de Acción, Arranque Parejo en la Vida*, México D. F., 2002.

Secretaría de Salud (SSA) (b), "Informe de actividades de la Unidad Médica, primer y segundo nivel de atención", Sistema de Información en Salud para la Población Abierta (SISPA), Chiapas, 2002 y 2003.

Secretaría de Salud, Dirección de Salud Reproductiva y Arranque Parejo en la Vida, "Municipios Prioritarios en el Programa APV 2003", en: Programas SSA, 2002.

Secretaría de Salud (SSA), Comité Nacional de Seguridad en Salud Comando Federal, *Diagnóstico situacional e intervenciones para la mejora de servicios, jurisdicciones y hospitales de Comitán y San Cristóbal de las Casas*, 23 de enero de 2004.

Secretaría de Salud (SSA), Comité Nacional APV, México, *Informe 2003*.

Secretaría de Salud / Comité Nacional Arranque Parejo en la Vida, "Operativo APV Chiapas, Comitán de Domínguez y San Cristóbal de las Casas", Informe 2003, México.

Sibley L. and T. A. Sipe, "What can a meta-analysis tell us about traditional birth attendant training and pregnancy outcomes?", *Midwifery*, 2004a, 20: 51-60.

Sibley L., T. A. Sipe and M. Koblinsky, "Does traditional birth attendant training improve referral of women with obstetric complications? A review of the evidence", *Social Science & Medicine* 59, 2004: 1757-1768.

Starrs Ann, "La prevención de la tragedia de las muertes maternas. Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgos", Banco Mundial/ Organización Mundial de la Salud/ Fondo de las Naciones Unidas para las Actividades en Materia de Población, Nairobi Kenia, febrero de 1987.

Thadeus, S. and D. Maine, *Too far to Walk: Maternal Mortality in Context*, Center for Population and Family Health, Columbia University School of Public Health, New York, 1990.

UNFPA, *Maternal Mortality Update 2002. A focus on emergency obstetric care*, New York, 2003.

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

Vázquez, Sebastiana, "Presentación de los avances de la casa de Salud de Chalchihuitán", Consejo Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, Veracruz, Veracruz, 8 de marzo de 2001.

Velasco, Vitelio (Dirección de Prestaciones Médicas, Unidad de Salud Pública, Coordinación de Salud Reproductiva, IMSS), "Atención prenatal con enfoque de riesgo", Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal, organizado por Arranque Parejo en la Vida y Population Council, 3-5 de abril 2005.

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

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

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

**Cuadro 1**

## Estimación de Mortalidad Materna por Región

	Muerte materna por 100,000 nacidos vivos		
	1985	1990	2000
El Mundo	390	430	400
Países en Desarrollo	494		450
Africa	577	870	525
Africa del Norte	500		130
Africa Suba Sahariana	655		920
América Latina y el Caribe	270	190	190
Asia	366	390	248
Asia del este	55		55
Asia del sur	650		540
Asia del Sudoeste	420		210
Asia del Oeste	340		190
Oceanía	100		240
Países desarrollados	30	21	14

**Cuadro 2**

## Partos atendidos en el primer, segundo niveles y fuera de la unidad en las jurisdicciones de Chiapas en relación con nacimientos estimados, 2004

Jurisdicción	Partos primer nivel	Partos segundo nivel	Partos fuera de la unidad por parteras	Partos fuera de la unidad por personal de salud	Total de partos	Nacidos vivos	% Partos atendidos por ISECH/ nacidos vivos	% de partos atendidos por parteras (ISECH)
Tuxtla	241	7914	891	74	9120	22089	41%	10%
San Cristóbal	392	2516	821	78	3807	14082	27%	22%
Comitán	563	5274	924	29	6761	9420	72%	14%
Villa Flores	103	2019	332	14	2483	5312	47%	13%
Pichucalco	509	950	472	6	1946	9738	20%	24%
Palenque	258	3487	1928	7	5673	16267	35%	34%
Tapachula	219	5024	970	15	6218	14980	42%	16%
Tonalá	93	1723	309	25	2133	3382	63%	14%
Ocosingo	174	0	795	0	984	2866	34%	81%
Motuzintla	97	0	163	0	284	4685	6%	57%
Chiapas	2649	28907	7605	248	39409	102821	38%	19%

**Cuadro 3**

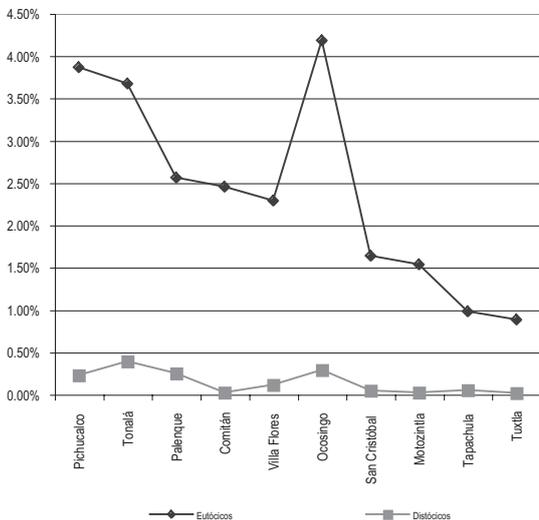
Porcentajes de partos eutócicos y distócicos atendidos en el primer nivel de atención en relación a los nacidos vivos esperados en las jurisdicciones de Chiapas, 2002

	Eutócicos	Distócicos	Total
Pichucalco	3.86%	0.23%	4%
Tonalá	3.67%	0.39%	4%
Palenque	2.56%	0.25%	3%
Comitán	2.46%	0.02%	2%
Villa Flores	2.29%	0.11%	2%
Ocosingo	4.18%	0.29%	4%
San Cristóbal	1.64%	0.04%	2%
Motozintla	1.54%	0.02%	2%
Tapachula	0.98%	0.05%	1%
Tuxtla	0.89%	0.02%	1%
Chiapas	1.96%	0.10%	2%

Fuente: Elaboración Freyermuth- De la Torre, con base en los Informes de actividades de las unidades médicas del primer nivel, Sistema de Información para la Población Abierta (SISPA), 2002

\*En el 2002 no incluye las actividades realizadas en el apartado fuera de la unidad

**Gráfico 1** Porcentaje de partos eutócicos y distócicos en el primer nivel durante el 2002



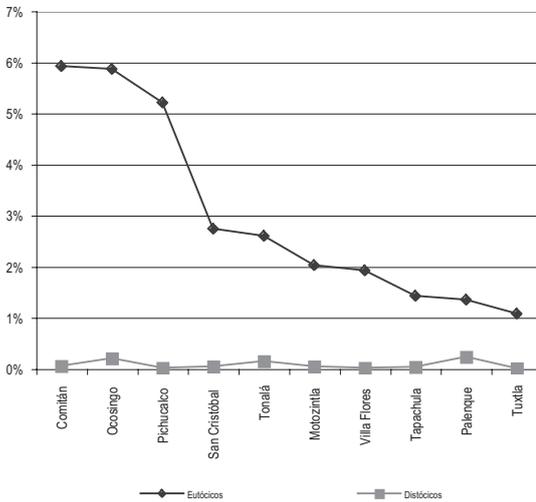
**Cuadro 4**

Porcentajes de partos eutócicos y distócicos atendidos en el primer nivel de atención en relación a los nacidos vivos esperados en las jurisdicciones de Chiapas, 2004

	Eutócicos	Distócicos	Total
Comitán	6%	0.05%	6%
Ocosingo	6%	0.21%	6%
Pichucalco	5%	0.02%	5%
San Cristóbal	3%	0.04%	3%
Tonalá	3%	0.15%	3%
Motozintla	2%	0.04%	2%
Villa Flores	2%	0.02%	2%
Tapachula	1%	0.04%	1%
Palenque	1%	0.23%	2%
Tuxtla	1%	0.01%	1%
Chiapas	3%	0.07%	3%

Fuente: Elaboración Freyermuth- De la Torre, con base en los Informes de actividades de las unidades médicas del primer nivel, Sistema de Información para la Población Abierta (SISPA), 2004

**Gráfico 2** Porcentaje de partos eutócicos y distócicos en el primer nivel de atención, durante el 2004



	CUADRO 5							
	Médicos				Enfermeras			
	Total <sup>1/</sup>	Generales	Especialistas	Otros <sup>2/</sup>	Total	Generales	Especializadas	Otras <sup>3/</sup>
<b>Nacional</b>	143 565	37 256	45 976	60 333	192 828	79 816	20 935	92 077
<b>Chiapas</b>	3 970	1 265	1 118	1 587	5 017	1 617	216	3 184
<b>Total Altos</b>	419	141	92	186	464	120	2	342
Altamirano	27	4	10	13	41	0	0	41
Amatenango del Valle	4	1	0	3	3	0	0	3
Chalchihuitán	5	1	0	4	2	0	0	2
Chamula	25	7	0	18	17	2	0	15
Chanal	10	5	0	5	12	0	0	12
Chenalhó	17	5	0	12	19	9	0	10
Huixtán	10	2	0	8	7	0	0	7
Larrainzar	10	5	0	5	10	2	0	8
Mitotic	5	0	0	5	5	0	0	5
Oxchuc	19	6	0	13	24	6	0	18
Pantelhó	8	3	0	5	9	1	0	8
San Cristóbal de las Casas	194	69	82	43	242	84	2	156
Tenejapa	14	5	0	9	10	2	0	8
Teopisca	15	9	0	6	14	4	0	10
Zinacantán	5	0	0	5	11	2	0	9
San Juan Cancuc	4	1	0	3	4	1	0	3
Aldama	2	1	0	1	1	0	0	1

Nota: Las Rosas no aparece

1/ Se refiere al total de personal médico; incluye al personal médico en contacto directo con el paciente y médicos en otras labores.

2/ Incluye médicos residentes, pasantes, odontólogos y en otras labores.

3/ Incluye enfermeras auxiliares y otras.

Fuente: Boletín 2002, ssa, www.salud.gob.mx

Cuadro 6							
Número de casos por complicaciones en la Región Altos y Chiapas en el primer y segundo nivel de atención, 2002 al 2004, ISECH							
Chiapas	Porcentaje			Porcentaje			
	2002	2003	2004	2002	2003	2004	
<b>Chiapas</b>	<b>28904</b>	<b>38240</b>	<b>45184</b>				
<b>Nacimientos</b>	<b>95058</b>	<b>98386</b>	<b>102821</b>				
<b>Partos esperados</b>	<b>89302</b>	<b>89302</b>	<b>91132</b>				
<b>Embarazadas esperadas</b>	<b>101480</b>	<b>103559</b>	<b>105697</b>				
Consultas a embarazadas 1era vez	40924	44021	48331	Porcentaje de consultas a embarazadas por primer vez en relación a nacidos vivos esperados	40%	43%	46%
Consultas a puérperas 1er vez	10781	12849	17571				
Abortos	3499	3 989	4530	Porcentaje de abortos en relación a embarazos atendidos	9%	9%	9%
Hemorragias	0	191	197	Porcentaje de hemorragias en relación a embarazos atendidos	0.0%	0.4%	0.4%
Eclampsias/preclampsias	0	500	731	Porcentaje de eclampsias preclampsias en relación a embarazadas atendidas	0.0%	3.9%	4.2%
Infección puerperal	216	241	317	Porcentaje en infecciones en relación a puérperas atendidas	2%	2%	2%
<b>Partos</b>	<b>25189</b>	<b>33 319</b>	<b>39 409</b>	<b>Porcentaje de Partos en relación a partos esperados</b>	<b>26%</b>	<b>34%</b>	<b>38%</b>
normales	17102	23 659	28232	Porcentaje de normales en relación al total	68%	71%	72%
distócicos	393	439	378	Porcentaje de distócicos por vía vagina   en relación al total	2%	1%	1%
cesáreas	7694	9 221	10799	Porcentaje de cesáreas en relación al total	31%	28%	27%
<b>Región Altos</b>	<b>2 131</b>	<b>3 253</b>	<b>4 627</b>				
<b>Nacidos Vivos</b>	<b>13904</b>	<b>14262</b>	<b>14636</b>				
<b>Partos esperados</b>	<b>13904</b>	<b>13714</b>	<b>14082</b>				
<b>Embarazadas esperadas</b>	<b>12123</b>	<b>12439</b>	<b>12769</b>				
Consultas a embarazadas 1era vez	4 084	5 162	7 313	Porcentaje de consultas a embarazadas por primer vez en relación a nacidos vivos esperados	34%	41%	57%
Consultas a puerperas 1era vez	1 115	1 250	2 921				
Abortos	383	464	582	Porcentaje de abortos en relación a embarazos atendidos	9%	9%	8%
Hemorragias	0	30	46	Porcentaje de hemorragias en relación a embarazos atendidos	0%	1%	1%
Eclampsias/preclampsias	0	93	135	Porcentaje de eclampsias preclampsias en relación a embarazadas atendidas	0%	2%	2%
Infección puerperal	15	17	57	Porcentaje de infecciones en relación a puérperas atendidas	1%	1%	2%
<b>Partos</b>	<b>1733</b>	<b>2649</b>	<b>3807</b>	<b>Porcentaje de Partos en relación a nacidos vivos esperados</b>	<b>12%</b>	<b>19%</b>	<b>26%</b>
normales	966	1783	2547	Porcentaje de normales en relación al total	56%	67%	67%
distócicos	40	42	34	Porcentaje de distócicos por vía vagina   en relación al total	2%	2%	1%
cesáreas	727	824	1226	Porcentaje de cesáreas en relación al total	42%	31%	32%

Fuente: Informes de Actividades del Sistema de Información en Salud para la Población Abierta (SISPA), 2003 al 2004.

Nota: incluye número de partos de fuera de la unidad (atención de partos por parteras, auxiliares de salud y supervisor médico).

**Cuadro 7**

Ingresos para atención del parto y complicaciones de 1998 a octubre 2003 Hospital regional del Instituto de Salud de Chiapas

	Atención de parto	%
Distócicos	751	14%
Parto normal	2740	49%
Cesáreas	2061	37%
Total	5552	100%
Hemorragias	100	2%
Preclampsia/eclampsia	157	3%
Aborto	1268	19%
Parto Obstruido DCP	272	5%

Registros de cuadernos de egresos. Se incluyen las complicaciones de partos vaginales distócicos y de cesáreas.

**Cuadro 8**

Otras estimaciones

Hemorragias	1 de cada 200 o 150 partos	Asociación de Médicos del Hospital de Ginecoobstetrica
Preclampsias/eclampsias	5 de cada 100 partos	Secretaría de Salud Dirección de APV
Aborto	20% de los cuales 7.5% en el periodo de 16 a 20 semanas	Asociación de Médicos del Hospital de Ginecoobstetrica
Hipertensión asociada a embarazo	En una muestra de EEUU con 146,320 mujeres se identificó este problema en el 3.7% de los embarazos que terminaron en nacidos vivos, Williams pá g. 489	

**Cuadro 9**

Incidencias de acuerdo a Williams Obstetricia 2002

Hipertensión asociada a embarazo	En una muestra de EEUU con 146,320 mujeres se identificó este problema en el 3.7% de los embarazos que terminaron en nacidos vivos, Williams pá g. 489.
Hemorragia con caída de hematocrito que requiere transfusión	La incidencia bajo este criterio es de 3.9 % de mujeres con parto vaginal y de 6 a 8% en aquellas que se les realizaron ces área p ág. 534.
Distocias (parto obstruido)	En 1990 un estudio en Estados Unidos consideró que el 12% de las mujeres norteamericanas sin cesárea previa se le había diagnosticado una distocia.
mala presentación	3,5% incluyendo presentación de cara y de nalgas Williams págs. 390 y 391.
Infección puerperal	El Williams menciona dos estudios sobre incidencias de infecciones puerperales 2.6% en 1973 y 1.3% en un estudio realizado en 1983.

**Cuadro 10**

Ingresos por aborto en el Hospital regional del ISECH  
durante 1998 a octubre del 2003

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Embarazo ectópico	16	1.3	1.3
Embarazo terminado en aborto	184	14.5	15.8
Embarazo molar	37	2.9	18.7
Aborto diferido	86	6.8	25.5
Aborto incompleto con complicación	11	0.9	26.3
Aborto incompleto	785	61.9	88.2
Aborto incompleto séptico	33	2.6	90.9
Aborto inevitable	8	0.6	91.5
Aborto inminente	3	0.2	91.7
Aborto en evolución	105	8.3	100
<b>Total</b>	<b>1268</b>	<b>100</b>	

Fuente: elaboración propia en base al cuaderno del Hospital del ISECH, Región II Altos.

**Cuadro 11**

### Propuestas al Consejo Nacional de Salud

Vigilar los Indicadores de calidad de la atención prenatal:

- Pre/eclampsia.- 5 en cada 100 embarazadas
- Cistitis.- de 20 a 40 en cada 100 embarazadas
- Hipertensión arterial.- de 10 a 15 en cada 100
- Diabetes mellitus.- de 7 a 10 en cada 100 embarazadas

**Cuadro 12**

### Jurisdicción Sanitaria II

Embarazadas	10% de las mujeres en edad fértil
Abortos esperados	12% de los embarazos esperados
Partos esperados	Embarazos menos abortos
Infecciones	1.5% de los partos esperados
Casos de preeclampsias y eclampsias	2.2. de los embarazos esperados
Casos de Hemorragias	2% de los partos esperados

**Cuadro 13**

Jurisdicción Sanitaria II		Libro mexicano	Williams	Frecuencia en la atención intrahospitalaria, registro de 5000 casos	SIS datos Chiapas	SIS datos Altos	Otras fuentes
Embarazadas	10% de las mujeres en edad fértil						
Abortos esperados	12% de los embarazos esperados	7.5		19		9	
Infecciones	1.5% de los partos esperados	ND	1.3% a 2.6	ND	2%	2%	
Casos de preeclampsias y eclampsias	2.2. de los embarazos esperados	5%	3.7%	3%	4%	2%	5%
Casos de Hemorragias	2% de los partos esperados	0.50%	3.9	2%	0.4	1%	
Parto Obstruido DCP	No considerado		3.5	5%			

**Cuadro 14**

Porcentajes de partos eutócicos, distócicos y cesáreas atendidos en el primer y segundo nivel de atención en relación a los nacidos vivos esperados en las jurisdicciones de Chiapas, 2002

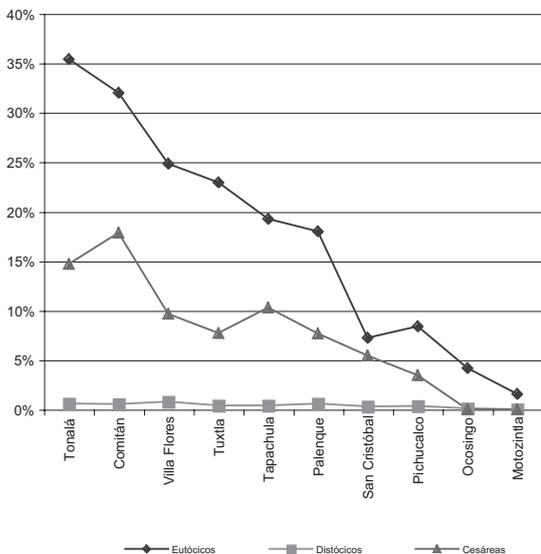
	Eutócicos	Distócicos	Cesáreas	Total
Tonalá	35.37%	0.57%	14.67%	50.61%
Comitán	32.00%	0.54%	17.85%	50.40%
Villa Flores	24.83%	0.76%	9.63%	31.02%
Tuxtla	22.93%	0.40%	7.69%	31.02%
Tapachula	19.25%	0.38%	10.27%	29.90%
Palenque	18.00%	0.58%	7.65%	26.23%
San Cristóbal	7.21%	0.30%	5.44%	12.95%
Pichucalco	8.39%	0.35%	3.43%	12.17%
Ocosingo	4.18%	0.11%	ND	4.29%
Motuzintla	1.54%	0.02%	ND	1.56%
Chiapas	17.99%	0.41%	8.09%	26.50%

Fuente: Elaboración Freyermuth- De la Torre, con base en los Informes de actividades de las unidades médicas del primer y segundo nivel, Sistema de Información para la Población Abierta (SISPA), 2002.

\*En el 2002 no incluye las actividades realizadas en el apartado fuera de la unidad.

\*El total de partos atendidos incluye primer nivel, segundo nivel.

**Gráfico 3 Porcentaje de partos eutócicos, distócicos y cesáreas atendidos en el primer y segundo nivel de atención en relación a los nacidos vivos esperados en las Jurisdicciones de Chiapas, 2002**



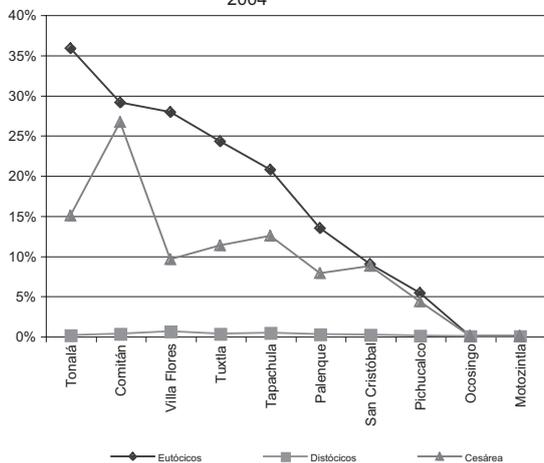
Cuadro 15

Porcentajes de partos eutócicos y distócicos atendidos en el segundo nivel de atención en relación a los nacidos vivos esperados las Jurisdicciones de Chiapas, 2004

	Eutócicos	Distócicos	Cesárea	Total
Tonalá	36%	0%	15%	51%
Comitán	29%	0%	27%	56%
Villa Flores	28%	1%	10%	38%
Tuxtla	24%	0%	11%	36%
Tapachula	21%	0%	12%	34%
Palenque	13%	0%	8%	21%
San Cristóbal	9%	0%	9%	18%
Pichucalco	5%	0%	4%	10%
Ocosingo	0%	0%	0%	0%
Motozintla	0%	0%	0%	0%
Chiapas	17%	0.24%	11%	28%

Fuente: Elaboración Freyermuth- De la Torre, con base en los Informes de actividades de las unidades médicas del segundo nivel, Sistema de Información para la Población Abierta (SISPA), 2004.

Gráfico 4 Porcentaje de partos eutócicos y distócicos atendidos en el segundo nivel de atención en relación a los nacidos vivos esperados en las Jurisdicciones de Chiapas, 2004

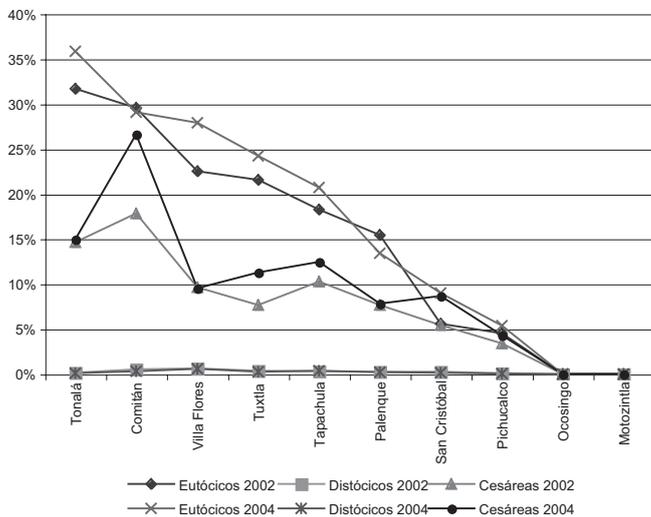


Porcentajes de partos eutócicos, distócicos y cesáreas en el segundo nivel de atención en relación a nacimientos estimados, Jurisdicciones Sanitarias de Chiapas, 2002 y 2004

	Eutócicos 2002	Distócicos 2002	Cesáreas 2002	Eutócicos 2004	Distócicos 2004	Cesáreas 2004
Tonalá	32%	0.18%	15%	36%	0.12%	15%
Comitán	30%	0.52%	18%	29%	0.31%	27%
Villa Flores	23%	0.64%	10%	28%	0.58%	10%
Tuxtla	22%	0.38%	8%	24%	0.28%	11%
Tapachula	18%	0.33%	10%	21%	0.39%	12%
Palenque	15%	0.29%	8%	13%	0.22%	8%
San Cristóbal	6%	0.25%	5%	9%	0.18%	9%
Pichucalco	5%	0.12%	3%	5%	0.04%	4%
Ocosingo	ND	ND	ND	0%	0.00%	0%
Motozintla	ND	ND	ND	0%	0.00%	0%
	16%	0.31%	8%	17%	0.24%	11%

Fuente: Elaboración Freyermuth- De la Torre, con base en los Informes de actividades de las unidades médicas del segundo nivel, Sistema de Información para la Población Abierta (SISPA), 2002 y 2004.

Gráfico 5 Porcentaje de partos eutócicos, distócicos y cesáreas en el segundo nivel de atención en relación a nacimientos estimados, Jurisdicciones Sanitarias de Chiapas, 2002, 2004

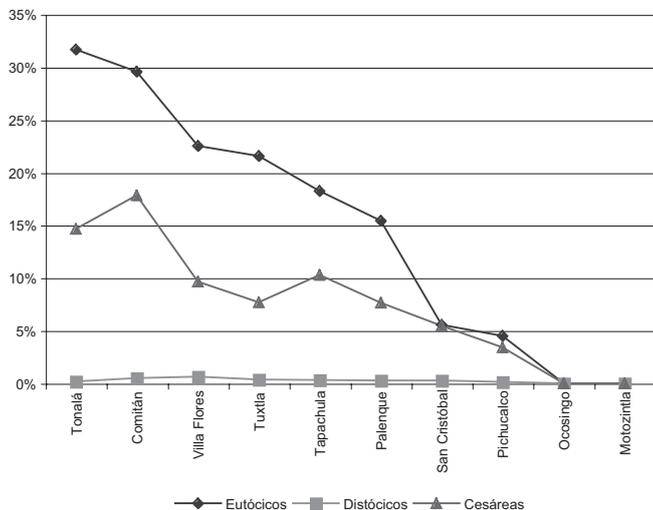


Porcentajes de partos eutócicos,  
distócicos y cesáreas en el segundo nivel  
de atención en relación a nacimientos  
estimados, Jurisdicciones Sanitarias de  
Chiapas, 2002

	Eutócicos	Distócicos	Cesáreas
Tonalá	32%	0.18%	15%
Comitán	30%	0.52%	18%
Villa Flores	23%	0.64%	10%
Tuxtla	22%	0.38%	8%
Tapachula	18%	0.33%	10%
Palenque	15%	0.29%	8%
San Cristóbal	6%	0.25%	5%
Pichucalco	5%	0.12%	3%
Ocosingo	ND	ND	ND
Motozintla	ND	ND	ND
	16%	0.31%	8%

Fuente: Elaboración Freyermuth- De la Torre, con base en los Informes de actividades de las unidades médicas del segundo nivel, Sistema de Información para la Población Abierta (SISPA).

Gráfico 6 Porcentaje de partos eutócicos, distócicos y cesáreas en el segundo nivel de atención en relación a nacimientos estimados, Jurisdicciones Sanitarias de Chiapas, 2002

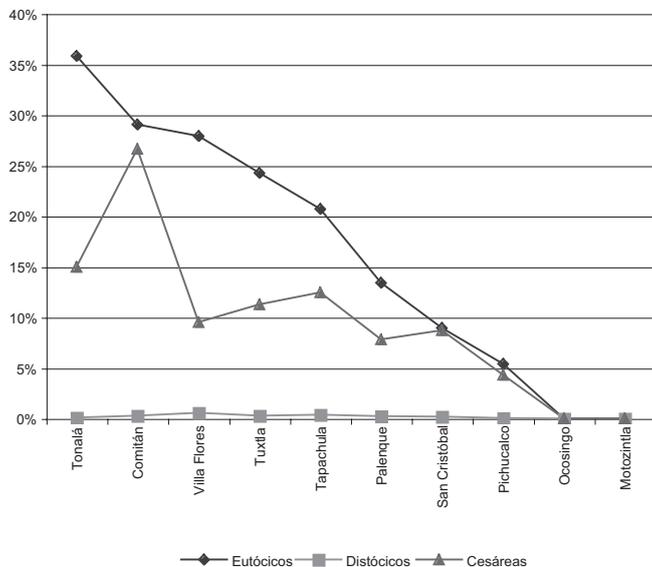


Porcentajes de partos eutócicos,  
distócicos y cesáreas en el segundo nivel  
de atención en relación a nacimientos  
estimados, Jurisdicciones Sanitarias de  
Chiapas, 2004

	Eutócicos	Distócicos	Cesáreas
Tonalá	36%	0.12%	15%
Comitán	29%	0.31%	27%
Villa Flores	28%	0.58%	10%
Tuxtla	24%	0.28%	11%
Tapachula	21%	0.39%	12%
Palenque	13%	0.22%	8%
San Cristóbal	9%	0.18%	9%
Pichucalco	5%	0.04%	4%
Ocosingo	0%	0.00%	0%
Motzintla	0%	0.00%	0%
Chiapas	17%	0.24%	11%

Fuente: Elaboración Freyermuth- De la Torre, con base en los Informes de actividades de las unidades médicas del segundo nivel, Sistema de Información para la Población Abierta (SISPA), 2004.

Gráfico 7 Porcentaje de partos eutócicos, distócicos y cesáreas en el segundo nivel de atención en relación a nacimientos estimados, Jurisdicciones Sanitarias de Chiapas, 2004



**Cuadro 16**  
Abortos esperados 2005

Clave	Jurisdicción	Incidencia a partir de estimaciones de la Jurisdicción II	Incidencia más baja reportada	Incidencia más alta reportada
1	Tuxtla	3356	2097	5313
7	Tapachula	2239	1399	3545
2	San Cristóbal	1532	958	2426
3	Comitán	1265	791	2004
6	Palenque	1252	782	1982
5	Pichucalco	1015	635	1608
4	Villaflores	690	431	1093
10	Motozintla	560	350	887
8	Tonalá	510	510	510
9	Ocosingo	264	264	264
	Chiapas	12684	7927	20083

Elaboración propia a partir de diferentes fuentes, consultar cuadros anexos.

**Cuadro 17**  
Casos de infección puerperal

Clave	Jurisdicción	Incidencia a partir de estimaciones de la Jurisdicción II	Incidencia más baja reportada	Incidencia más alta reportada
1	Tuxtla	369	320	640
7	Tapachula	246	213	292
2	San Cristóbal	169	146	241
3	Comitán	139	121	132
6	Palenque	138	119	194
5	Pichucalco	112	97	239
4	Villaflores	76	66	427
10	Motozintla	62	53	97
8	Tonalá	49	49	50
9	Ocosingo	25	25	107
	Chiapas	1384	1209	2418

Elaboración propia a partir de diferentes fuentes, consultar cuadros anexos.

**Cuadro 18**

Casos de preeclampsia

Clave	Jurisdicción	Incidencia a partir de estimaciones de la Jurisdicción II	Incidencia más baja reportada	Incidencia más alta reportada
1	Tuxtla	615	559	1398
2	San Cristóbal	281	255	638
3	Comitán	232	211	527
4	Villaflores	127	115	288
5	Pichucalco	186	169	423
6	Palenque	230	209	522
7	Tapachula	410	373	933
8	Tonalá	94	85	213
9	Ocosingo	48	44	110
10	Motozintla	103	93	233
	Chiapas	2325	2114	5285

Elaboración propia a partir de diferentes fuentes, consultar cuadros anexos.

**Cuadro 19**

Casos de hemorragia

Clave	Jurisdicción	Incidencia a partir de estimaciones de la Jurisdicción II	Incidencia más baja reportada	Incidencia más alta reportada
1	Tuxtla	559	112	1091
2	San Cristóbal	255	51	498
3	Comitán	211	42	411
4	Villaflores	115	23	224
5	Pichucalco	169	34	330
6	Palenque	209	42	407
7	Tapachula	373	75	728
8	Tonalá	85	17	166
9	Ocosingo	44	9	86
10	Motozintla	93	19	182
	Chiapas	2114	423	4122

Elaboración propia a partir de diferentes fuentes, consultar cuadros anexos.

**Cuadro 20**

Casos de parto obstruido por DCP

Clave	Jurisdicción	Incidencia más baja reportada	Incidencia más alta reportada
1	Tuxtla	979	1398
2	San Cristóbal	447	638
3	Comitán	369	527
4	Villaflores	201	288
5	Pichucalco	296	423
6	Palenque	365	522
7	Tapachula	653	933
8	Tonalá	213	213
9	Ocosingo	110	110
10	Motozintla	163	233
	Chiapas	3699	5285

Elaboración propia a partir de diferentes fuentes, consultar cuadros anexos.

**Cuadro 21**

Total complicaciones

Clave	Jurisdicción	Incidencia de la Jurisdicción II	Incidencia más baja reportada	Incidencia más alta reportada
1	Tuxtla	5878	4067	9840
2	San Cristóbal	2684	1857	4493
3	Comitán	2217	1534	3711
4	Villaflores	1209	837	2024
5	Pichucalco	1778	1231	2977
6	Palenque	2193	1517	3671
7	Tapachula	3922	2713	6565
8	Tonalá	950	873	1198
9	Ocosingo	491	452	620
10	Motozintla	981	679	1642
	Chiapas	22206	15373	37193

Elaboración propia a partir de diferentes fuentes, consultar cuadros anexos.

**Cuadro 22**

Costo Infección puerperal

Clave	Jurisdicción	Incidencia de la Jurisdicción II	Incidencia más baja reportada	Incidencia más alta reportada
1	Tuxtla	22812	19770	39540
2	San Cristóbal	10416	9027	18055
3	Comitán	8603	7456	14912
4	Villaflores	4693	4067	8135
5	Pichucalco	6902	5982	11963
6	Palenque	8510	7376	14751
7	Tapachula	15219	13190	26380
8	Tonalá	3006	3006	6012
9	Ocosingo	1555	1555	3109
10	Motozintla	3806	3299	6598
	Chiapas	85522	74727	149454

Elaboración propia a partir de diferentes fuentes, consultar cuadros anexos.

**Cuadro 23**

Hemorragias costo promedio

Clave	Jurisdicción	Incidencia de la Jurisdicción II	Incidencia más baja reportada	Incidencia más alta reportada
1	Tuxtla	186317	37263	363317
2	San Cristóbal	85075	17015	165896
3	Comitán	70265	14053	137016
4	Villaflores	38330	7666	74744
5	Pichucalco	56372	11274	109925
6	Palenque	69509	13902	135543
7	Tapachula	124305	24861	242395
8	Tonalá	2885	5666	55240
9	Ocosingo	2885	2930	28570
10	Motozintla	31089	6218	60623
	Chiapas	667031	140848	1373269

Elaboración propia a partir de diferentes fuentes, consultar cuadros anexos.

**Cuadro 24**

Costo Eclampsia

Clave	Jurisdicción	Incidencia de la Jurisdicción II	Incidencia más baja reportada	Incidencia más alta reportada
1	Tuxtla	179411	163101	407753
2	San Cristóbal	81922	74474	186185
3	Comitán	67660	61509	153774
4	Villaflores	36910	33554	83886
5	Pichucalco	54283	49348	123370
6	Palenque	66933	60848	152120
7	Tapachula	119698	108816	272041
8	Tonalá	27278	24798	61996
9	Ocosingo	14108	12826	32065
10	Motozintla	29936	27215	68037
	Chiapas	678140	616491	1541227

Elaboración propia a partir de diferentes fuentes, consultar cuadros anexos.

**Cuadro 25**

Costo Equipo venoclisis

Clave	Jurisdicción	Incidencia de la Jurisdicción II	Incidencia más baja reportada	Incidencia más alta reportada
1	Tuxtla	18810	13015	30464
2	San Cristóbal	8589	5943	13910
3	Comitán	7094	4908	11489
4	Villaflores	3870	2677	6267
5	Pichucalco	5691	3938	9217
6	Palenque	7017	4855	11365
7	Tapachula	12549	8683	20325
8	Tonalá	3040	2795	3679
9	Ocosingo	1572	1446	1903
10	Motozintla	3139	2172	5083
	Chiapas	71060	49192	115148

Elaboración propia a partir de diferentes fuentes, consultar cuadros anexos.

**Cuadro 26**

Costo Aborto por hora

Clave	Jurisdicción	Incidencia de la Jurisdicción II	Incidencia más baja reportada	Incidencia más alta reportada
1	Tuxtla	979848	612405	1551426
2	San Cristóbal	447412	279632	708402
3	Comitán	369525	230953	585081
4	Villaflores	201582	125989	319171
5	Pichucalco	296463	185289	469400
6	Palenque	365551	228470	578790
7	Tapachula	653727	408580	1035068
8	Tonalá	148980	148980	148980
9	Ocosingo	77053	77053	77053
10	Motozintla	163497	102185	258870
	Chiapas	3703637	2314773	5864092

Elaboración propia a partir de diferentes fuentes, consultar cuadros anexos.

**Cuadro 27**

Costo por parto obstruido por DCP

Clave	Jurisdicción	Incidencia más baja reportada	Incidencia más alta reportada
1	Tuxtla	22912	32732
2	San Cristóbal	10462	14946
3	Comitán	8641	12344
4	Villaflores	4714	6734
5	Pichucalco	6932	9903
6	Palenque	8548	12211
7	Tapachula	15286	21838
8	Tonalá	4977	4977
9	Ocosingo	2574	2574
10	Motozintla	3823	5462
	Chiapas	86603	86603

Elaboración propia a partir de diferentes fuentes, consultar cuadros anexos.

**Cuadro 28**

Costo aproximado para atención en el primer nivel de las urgencias obstétricas

Clave	Jurisdicción	Incidencia de la Jurisdicción II	Incidencia más baja reportada	Incidencia más alta reportada
1	Tuxtla	1410109	868466	2426255
2	San Cristóbal	643875	396553	1107861
3	Comitán	531787	327520	915001
4	Villaflores	290098	178667	499147
5	Pichucalco	426643	262763	734088
6	Palenque	526068	323998	905162
7	Tapachula	940785	579416	1618730
8	Tonalá	190166	190221	281039
9	Ocosingo	99747	98383	145355
10	Motuzintla	235290	144912	404843
	Chiapas	5291993	3282635	9170778

Elaboración propia a partir de diferentes fuentes, consultar cuadros anexos.

**Cuadro 29**

Presupuesto autorizado y ejercido en el control embarazadas y atención del parto, según actividad, metas programadas y alcanzadas, número de beneficiarios y porcentaje, Chiapas, 2000-2003

Año	Actividad	Autorizado	Ejercido	Número de mujeres		Mujeres	% ejercido /autorizado
				Programadas	Alcanzadas		
2000	Controlar el estado de salud de la embarazada	406.20	233.50	130131	104470	104470	57.48
	Atención del parto por partera tradicional	227.70	158.10	5501	3437	3437*	69.43
2001	Controlar el estado de salud de la embarazada	491.52	191.32	153915	103700	34697	38.92
	Atender el parto en comunidades sin servicios de salud	275.52	155.49	6570	3903		56.44
2002	Control prenatal con enfoque de riesgo	406.16	74.56	176960	125908		18.36
	Partos			31044	20330		
2003	Atención a la salud durante el embarazo, puerperio y del recién nacido	980.19	265.53	23953	19769		27.09
	Partos			171808	123894		
2004	Arranque Parejo en la Vida	980.19	128.41	173028	144,901.00		
	Partos atendidos por parteras			4,917	7,520		

Fuente: Anexos estadísticos de los Informes de Gobierno, 2000-2003.

\*Número de partos.

## Introducción

La muerte materna (MM) sigue siendo una realidad absurda. Los datos acumulados<sup>2</sup> de muertes de mujeres que buscan ejercer su derecho a la maternidad son inaceptables desde una perspectiva política, ética y técnica. La mortalidad materna debe entenderse no solamente como una evidencia del rezago, sino como un indicador directamente relacionado con la incapacidad gubernamental para asegurar la salud de la población. Si bien es cierto que, al igual que otros fenómenos relacionados con la salud, la muerte materna es un problema complejo y son múltiples los factores que determinan el fatal desenlace - algunos de los cuales escapan al control y la responsabilidad del sistema de salud-, también lo es que existen ineficiencias, inequidades e insuficiencias en el sistema de salud que resultan determinantes. Hay evidencias suficientes para afirmar que las políticas, los programas y los servicios de salud<sup>3</sup> pueden contribuir a disminuir la MM cuando se hace una planeación eficaz.

En los párrafos que siguen intento responder las siguientes preguntas:

¿En función de qué necesidades de salud se han diseñado las políticas, programas y servicios vigentes orientados a disminuir la muerte materna? ¿Tiene capacidad la organización actual del sistema de salud estatal para responder a las metas de los programas? ¿Cuáles son los puntos críticos que no han permitido alcanzar los resultados deseados? ¿Existen argumentos suficientes para modificar la estrategia? ¿Existen desajustes entre las necesidades de salud materna y las respuestas institucionales?

A partir de la idea de que existen evidencias suficientes para implementar la atención obstétrica de emergencia (AOE) como estrategia para disminuir la MM, presento un análisis del costo de la AOE en los niveles estatal, jurisdiccional y municipal.

## Magnitud y distribución del problema

La MM es considerada como uno de los indicadores de salud que ilustra más elocuentemente la brecha existente entre países y regiones en el interior de un país<sup>4</sup>. Esto se observa de manera clara si se analiza la distribución nacional y estatal de la MM que, pese al subregistro<sup>5</sup>, muestra lo siguiente:

1 Quiero hacer patente mi agradecimiento y admiración a todas las mujeres que conforman el grupo operativo de la Casa de Salud de la Mujer Indígena en Ometepe, Guerrero. Sin el apoyo que recibí de ellas durante dos años, me hubiera sido imposible acercarme a la realidad y conocer el verdadero drama de la mortalidad materna.

2 Me refiero a la suma de las muertes, así como a la suma de las historias dramáticas.

3 WHO, *The World Health Report 2005. Make every mother and child count*. Se pueden consultar diversas experiencias exitosas en la disminución de la mortalidad materna cuando media una buena planeación en el nivel de las políticas, los programas y los servicios de salud.

4 Secretaría de Salud, *Salud México 2004. Información para la rendición de cuentas*, Segunda edición, 2005.

5 "En México no se registran adecuadamente las muertes maternas, estimándose un subregistro de entre 30 y 40 por ciento, el cual varía por entidad federativa", Dr. Rafael Lozano, Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Información en Salud. "Se presume un importante subregistro de la mortalidad materna en nuestro país, sobre todo en las áreas rurales y comunidades indígenas", Secretaría de Salud, *Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida (APV)*, [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx).

## Nivel nacional

- 12 estados concentran el 75% del total de las defunciones maternas, sobre todo los estados del sureste, que son los que mayores índices de marginación presentan.
- Existen brechas importantes en el nivel nacional y regional: mientras Nuevo León y Aguascalientes presentan cifras de MM similares a las de los países más desarrollados, en Chiapas y Guerrero las cifras son cinco veces más altas.
- Las mujeres de las áreas rurales corren un riesgo de fallecer 40% mayor que las mujeres de las ciudades<sup>6</sup>.
- La población más vulnerable son las mujeres no aseguradas, particularmente las mujeres indígenas<sup>7</sup>.

## Nivel estatal

En los últimos diez años, Guerrero ha estado entre las entidades que presentan las tasas más altas de mortalidad materna, superando la media nacional. El año 2004 no podía ser la excepción, y Guerrero ocupó el segundo lugar nacional, sólo superado por Chiapas<sup>8</sup>.

## La vulnerabilidad indígena

De los 77 municipios de Guerrero, 30 están clasificados como de muy alta marginación. De estos, 16 (43%) se encuentran en la región de la Montaña y 9 (30%) en la de la Costa Chica. Éstas son, precisamente, las jurisdicciones sanitarias donde se concentra el 74% de la población indígena del Estado, que manifiesta los peores indicadores de salud de la entidad. Es en estas regiones donde se concentra el mayor número de defunciones maternas<sup>9</sup>.

## Las causas

En el año 2004, en el nivel nacional, 25% de las muertes maternas se debió a hemorragias, 30% a hipertensión asociada con el embarazo y 12% a otras complicaciones del parto. Estas cifras indican que más de 850 mujeres mexicanas murieron el año pasado por causas médicas atendibles<sup>10</sup>.

6 Secretaría de Salud, *Programa emergente de salud para el campo (PESC) 2003-2006*, Primera edición, 2003.

7 En las regiones indígenas de los estados de Oaxaca, Chiapas y Guerrero, las tasas de mortalidad en 1999 superaban hasta cinco veces la media nacional. SSA, *Programa Nacional de salud 2001-2006*.

8 Secretaría de Salud, *Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas*. Segunda edición 2005.

9 Meléndez N., D., "El programa Arranque Parejo en la Vida y la disponibilidad de la Atención Obstétrica de Emergencia; un análisis de los recursos financieros, humanos y materiales a nivel estatal y en una jurisdicción sanitaria" en: *Mortalidad materna y presupuesto público*, FUNDAR, México, 2004. Documento de difusión.

10 Secretaría de Salud, *Salud: México 2004*, [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)

## Breves antecedentes de la muerte materna como problema de salud pública responsabilidad de los gobiernos

La preocupación de los gobiernos y de los organismos regionales de salud por reducir la muerte materna es relativamente reciente. Algunos autores<sup>11</sup> identifican la década de 1970 como el punto de partida de la elaboración de políticas públicas dirigidas a las mujeres en edad reproductiva<sup>12</sup>. En 1987 se llevó a cabo la Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgos, y la mortalidad materna apareció como una preocupación del sistema de Naciones Unidas y de organismos no gubernamentales al reconocerse como un problema de salud y de injusticia social. Desde entonces quedó incluida en las agendas de diversos países y se planteó la meta de reducir el número de muertes a la mitad para el año 2000<sup>13</sup>.

En 1994 se celebró la conferencia de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo en El Cairo. Ahí se agregaron otros compromisos importantes, tales como el de destinar recursos financieros adicionales y específicos a la atención obstétrica de urgencia<sup>14</sup>. En la Declaración del Milenio, suscrita en el año 2000 por México y otros 188 Estados miembros de las Naciones Unidas, se establecieron ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, entre los cuales el número 5 establece el compromiso de mejorar la salud y reducir la mortalidad materna en 75% para el año 2015, respecto de los niveles de 1990. Sin embargo, entre el año 2000 y el 2003, la mortalidad materna sólo disminuyó un 26.7%.

Los compromisos asumidos en las conferencias mencionadas por multitud de gobiernos, entre los cuales se encuentra México, se deben traducir en directrices coherentes para la elaboración de políticas y programas nacionales<sup>15</sup>.

### El proceso de elaboración de políticas y programas en relación con la MM

Puede decirse, de manera esquemática, que las políticas de salud se definen en cuatro niveles<sup>16</sup>: el sistémico, el programático, el organizacional y el instrumental. En conjunto, lo que se propone en esos niveles tiene como propósito la calidad, la eficiencia y la equidad.

11 Freyermuth, G. E., *Las mujeres de humo; morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, CIESAS, México, 2003: 42.

12 Hay que señalar que esta preocupación estuvo ligada, ante todo, al control demográfico.

13 Starrs, A., "La prevención de la tragedia de las muertes maternas. Informe sobre la Conferencia Internacional sobre la Maternidad sin Riesgo", Banco Mundial/ OMS, Nairobi, Kenia, 1987.

14 Family Care Internacional, *Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Marco de acción*, 1995.

15 "Las declaraciones de las conferencias internacionales firmadas por los gobiernos se consideran parte de un conjunto de normas de derecho consuetudinario internacional de tal manera que los gobiernos las respeten y se rijan por ellas". Idem. Pág. 7

16 Frenk, J., González Bloch, M. A. y Lozano, R., "La salud en México: Una visión estratégica en salud. La sociedad civil frente a los desafíos nacionales", FUNSALUD, México, 1995: 46-50.

- En el nivel sistémico se establecen las funciones, los derechos y las responsabilidades de los diferentes actores. Las preguntas a responder en este nivel son: ¿Quién tiene derecho? ¿A qué servicios? ¿Qué necesidades de salud deben ser cubiertas?

Nuestro sistema de salud se basa en el principio de ciudadanía, “el cual se asocia al ejercicio de derechos y obligaciones que se definen en el marco constitucional. El principio de ciudadanía reconoce la protección de la salud como un derecho de todos. Exige la definición de los beneficios que este derecho implica y demanda el diseño y puesta en marcha de mecanismos para hacerlos valer.”<sup>17</sup>

- En el nivel programático se toman decisiones sobre los programas e intervenciones que configuran los servicios de salud. Su principal función es definir la eficiencia en la asignación de recursos, es decir, decidir qué intervenciones producen los mayores beneficios. En este nivel es donde pueden establecerse las prioridades de atención, de acuerdo con criterios explícitos tales como el costo y la efectividad<sup>18</sup> (eficiente asignación).
- En el nivel organizacional se decide qué organizaciones son responsables de proporcionar los servicios. La eficiencia técnica y la calidad son los propósitos que se persiguen en este nivel.
- En el nivel instrumental se define la inteligencia institucional requerida para un mejor desempeño del sistema. Esta inteligencia está determinada por los sistemas de registro que deben producir información relevante para monitorear y vigilar si las decisiones que se toman son eficientes y responden a las necesidades de salud de la población<sup>19</sup>.

## Las necesidades de salud durante la maternidad, los servicios y los recursos

Otra manera de entender la elaboración de políticas y programas es identificando las necesidades de salud, los servicios y los recursos<sup>20</sup>.

### Las necesidades

Las necesidades de salud se pueden definir como aquellas condiciones de salud y enfermedad que requieren atención<sup>21</sup>. En otras palabras, una necesidad de salud representa una situación que debe ser enfrentada; de lo contrario, pueden presentarse efectos negativos en la integridad del individuo. En la elaboración de políticas es indispensable identificar las necesidades de salud sobre

17 Idem.

18 Idem.

19 Idem.

20 Frenk, J., *La salud de la población: hacia una nueva salud pública*, SEP, CONACYT y FCE, México.

21 Donabedian, A., *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*, FCE, México, 1988: 79.

la base de evidencias científicas, a fin de delimitar las condiciones que deben recibir respuesta. Es entonces cuando se inicia la planeación de los servicios y de los recursos (humanos, materiales y financieros).

El proceso de la maternidad (embarazo, parto y puerperio) es una condición de salud que puede llegar a presentar complicaciones que pongan en riesgo la vida de la mujer y que desencadenen la muerte materna. Estas complicaciones se convierten en necesidades de salud reales, entre las que se encuentran las urgencias obstétricas. Diversas investigaciones ofrecen evidencia suficiente de que:

**1** Aunque la mayoría de los embarazos y partos se desarrolla sin incidentes, todos los embarazos suponen un riesgo. No existe ningún embarazo sin riesgo.

**2** La consulta prenatal como estrategia para disminuir la muerte materna representa un derroche de esfuerzos y recursos que no tiene impacto real en el problema. Eso se debe a que, aunque mediante el control prenatal se identifican casos de alto riesgo obstétrico, el resto de las mujeres catalogadas como de bajo riesgo también puede ver amenazada su vida durante el parto y el postparto por complicaciones que no puede predecir la atención prenatal.

**3** Alrededor de 15% del total de las mujeres embarazadas manifiesta alguna complicación potencialmente mortal que requiere atención calificada y, en algunos casos (de 3 a 4%), una intervención obstétrica importante (cesárea o transfusión sanguínea)<sup>22</sup>.

**4** Las emergencias obstétricas se presentan de manera súbita e imprevisible. Entre el 11 y el 17% se producen durante el parto, y entre el 50 y el 71% durante el puerperio<sup>23</sup>.

En síntesis, durante el embarazo es imposible prevenir o pronosticar todas las complicaciones obstétricas, pero es posible ofrecer tratamiento oportuno con recursos simples y baratos<sup>24</sup>. Dado que no se puede pronosticar qué mujeres experimentarán complicaciones, es necesario concentrar los recursos en actividades que realmente proporcionen tratamiento adecuado a las mujeres que sufran emergencias obstétricas.

### Los servicios

Existen dos propuestas respecto de los servicios que se deben ofrecer para disminuir la MM. La primera es la Atención Obstétrica de Emergencia. Esta estrategia propone que el embarazo, el parto y el puerperio sin complicaciones

22 Center for Population and Family Health, School of Public Health, *The Design and Evaluation of Maternal Mortality Programs*, Columbia University, 1997.

23 World Health Organization, *The world health report 2005. Make every mother and child count*.

24 AMDD, "Reducción del número de defunciones maternas: Selección de prioridades, registro del progreso. Módulo 1, Programa AMDD, Columbia University/ Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2002.

sean tratados por personal no profesional, y que las emergencias obstétricas se atiendan profesionalmente mediante un conjunto de capacidades y acciones absolutamente indispensables para evitar las muertes maternas. Estas capacidades y acciones son las siguientes:

- Administración de antibióticos por vía parenteral
- Administración de medicamentos oxitócicos por vía parenteral
- Administración de medicamentos anticonvulsivos por vía parenteral
- Extracción manual de la placenta
- Extracción de otros productos retenidos
- Atención del parto vaginal
- Práctica de operaciones quirúrgicas
- Realización de transfusiones sanguíneas

Éstas son las acciones mediante las cuales se pueden tratar las principales causas médicas de muerte materna, a saber: hemorragia, complicaciones del aborto realizado en condiciones inseguras, eclampsia, infección y parto obstruido<sup>25</sup>. Desde luego, no abarcan todos los servicios que se deben ofrecer a las mujeres durante la maternidad; son, simplemente, las acciones mínimas indispensables para salvar a cualquier mujer que presente una emergencia obstétrica<sup>26</sup>. Las primeras seis pueden y deben ser realizadas en unidades de primer nivel de atención; las dos restantes requieren acceso al segundo nivel.

La segunda propuesta consiste en la atención profesionalizada del embarazo, el parto y el puerperio. Esta estrategia propone que todo el proceso de maternidad sea atendido por prestadores de servicios que con formación profesional y que, por lo tanto, estén capacitados para identificar las urgencias obstétricas y para canalizarlas a la instancia hospitalaria adecuada de manera oportuna<sup>27</sup>.

### ¿Qué estrategia de atención propone la Secretaría de Salud?

El sistema nacional de salud, específicamente la Secretaría de Salud federal en tanto cabeza de sector, asume explícitamente en sus documentos los compromisos internacionales contraídos por el gobierno. En el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se establecen diez estrategias para mejorar el desempeño general del sistema de salud<sup>28</sup>. La estrategia 2 lleva por título "Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres". Es aquí donde se presenta una propuesta para disminuir la MM, incluida en una de las líneas de acción orientadas a garantizar el "Arranque Parejo en la Vida". Esta línea de acción se tradujo en un programa específico que lleva el mismo nombre -Arranque Parejo en la Vida-, y que

25 "Internacionalmente se reconocen estas cinco principales causas de muerte, las cuales representan un 75% de todas las muertes maternas en los países en desarrollo". AMDD, Op. Cit.

26 "Diversos estudios de caso demuestran que disponer o no de servicios de AOE representa una cuestión de vida o muerte", *Ibid.*: 34.

27 Family Care International, *La atención calificada del parto. Un cuaderno informativo*, 2003.

28 Secretaría de Salud, "Metas del Programa Nacional de Salud 2001-2006. Documento de seguimiento".

tiene el propósito de "brindar información y servicios de salud de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones<sup>29</sup> a todas las mujeres mexicanas"<sup>30</sup>. Las metas de esta línea de acción consisten en disminuir en 35% la tasa de MM en relación con la registrada en el 2000, y atender el 90 % de los partos a través de personal calificado.

Puede apreciarse con claridad que la estrategia que fundamentalmente propone el programa Arranque Parejo en la Vida para disminuir la MM, es la atención profesionalizada del parto y el control prenatal con identificación de riesgos, y no la AOE (Atención Obstétrica de Emergencia)<sup>31</sup>. A pesar de que existen evidencias nacionales e internacionales de que la estrategia del control prenatal y la atención profesionalizada del parto no ha resultado exitosa<sup>32</sup>, ésta es la propuesta prioritaria de la Secretaría de Salud, lo cual permite colegir una escasa eficacia tanto técnica como financiera.

Además de la ineficiencia de esa estrategia, diversos estudios de campo han puesto en evidencia las dificultades de la implementación del programa APV, debidas principalmente a que opera con recursos insuficientes de los sistemas estatales de salud<sup>33</sup>. Resulta imposible proporcionar en las unidades de salud los servicios que plantea el programa.

## El desempeño del Sistema de Salud Estatal (SSE)

Es difícil pensar que en el estado de Guerrero la MM pueda disminuir en el mediano plazo, ya que existe un desajuste entre las necesidades de salud y los programas, servicios y recursos financieros y humanos disponibles. Este panorama nos sitúa en un contexto de crisis sanitaria<sup>34</sup>. El Sistema de Salud Estatal (SSE) de Guerrero presenta claramente un bajo desempeño<sup>35</sup>.

### Las inequidades

Los recursos y servicios no están siendo asignados en función de las necesidades de la población. La AOE es un servicio básico de salud y, a pesar de ello,

29 Llama la atención esta frase, que parece afirmar que es posible "garantizar" un parto y un puerperio sin complicaciones, cuando las evidencias científicas señalan que no es posible evitarlas ni predecirlas; lo que, en todo caso, sí se puede y debe hacer, es atender dichas complicaciones cuando se presenten. AMDD, "Reducción del número de defunciones maternas..."

30 Secretaría de Salud, *Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida*, [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)

31 Aunque existen manuales de procedimientos de Arranque Parejo en la Vida para el manejo de las urgencias obstétricas, la AOE no es una parte sustantiva del programa.

32 Esta estrategia no ha resultado exitosa cuando menos en países en vías de desarrollo caracterizados por grandes desigualdades. OPS, *Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas*, OMS/ USAID, Washington, D.C., 2003.

33 Meléndez N., D., "El programa APV y la disponibilidad de la atención obstétrica de emergencia; un análisis de los recursos financieros, humanos y materiales a nivel estatal y en una jurisdicción sanitaria", en: *Mortalidad materna y presupuesto público*, FUNDAR, México, 2004.

34 Sarah West, "Manual for use in planning and implementing safer motherhood programmes in emergency, chronic or potential conflict situations", MSF-UK Version, February, 2002.

35 Frenk, J., González Bloch, M. A y Lozano, R., "La salud en México: Una visión estratégica en salud. La sociedad civil frente a los desafíos nacionales", FUNSALUD, México, 1995: 46-50.

no se encuentra disponible en los servicios de primer nivel (Centros de Salud y Hospitales Básicos Comunitarios) de los municipios supuestamente prioritarios para el programa APV.

El gasto per cápita es más elevado en el caso de la población derechohabiente que en el de la población abierta o no asegurada (cuadro I). Además, el personal de salud se concentra en las zonas urbanas.

**Cuadro I. Comparación entre el gasto per cápita en población derechohabiente y no derechohabiente en Guerrero. Periodo 2002-2004.**

Año	Población no derechohabiente (SSA)		Población derechohabiente (IMSS, ISSSTE)	
	No. de personas	Gasto <i>per cápita</i>	No. de personas	Gasto <i>per cápita</i>
2002	2,431,939	\$ 711	788,797	\$ 2,332
2003	2,445,207	\$ 755	791,137	\$ 2,613
2004	2,456,704	\$ 819	792,855	\$ 2,631

Fuente: Elaboración propia con información de las comparecencias del Secretario de Salud Estatal, 2002, 2003 y 2004. Proyecciones del Conapo.

Las cuotas de recuperación -es decir, la cantidad pagada por los pacientes en los servicios públicos-, ascienden a más del triple de la aportación estatal directa para el financiamiento de los servicios de salud del estado.

- Guerrero ocupa el penúltimo lugar nacional en el gasto estatal y federal en salud<sup>36</sup>. El financiamiento de los servicios de salud en Guerrero depende en primer lugar, con un 98%, de la aportación federal<sup>37</sup>; en segundo lugar, de las cuotas de recuperación, y en tercer lugar, de la aportación estatal<sup>38</sup>. El estado con mayor porcentaje de participación estatal es Tabasco, cuyo gobierno aporta el 50% del gasto en salud.

### Las insuficiencias

El sistema de salud en Guerrero padece una escasez crónica de recursos materiales, humanos y financieros. A esta escasez se suma una mala distribución. A veces hacen falta médicos en las comunidades, pese al hecho paradójico de que hay médicos indígenas desempleados. Es evidente que el sector salud no ha sido una prioridad para el gobierno estatal:

- En cuanto a gasto público en salud, Guerrero ocupa el lugar número 28 en el nivel nacional, destinando el 14% del gasto público total. Jalisco y Nuevo León ocupan los primeros lugares, aportando el 34 y el 27% respectivamente.

36 Secretaría de Salud, *Salud: México 2004*.

37 A través de los ramos 12 y 13 del Presupuesto de Egresos de la Federación, PEF 2004.

38 Se supone que la dinámica del financiamiento del Seguro Popular incrementaría las aportaciones estatales para el financiamiento de atención a la salud.

- Desde el punto de vista del indicador de médicos por cada 1,000 habitantes en instituciones públicas, Guerrero se sitúa en el lugar número 16, con menos de un médico por cada 1,000 habitantes no asegurados. Las jurisdicciones que presentan los mayores rezagos en salud -las regiones de la Montaña y la Costa Chica- muestran una disminución del número de médicos generales. En el año 2002, la Costa Chica contaba con una plantilla de 112 médicos; a finales del año 2004 había sólo 85 en los servicios de la Secretaría de Salud<sup>39</sup>.

Los hospitales certificados son sumamente escasos. En este caso, Guerrero

- ocupa el lugar 29 de la lista nacional. Nuevo León y Jalisco ocupan los primeros lugares y son, también, los estados que presentan la menor tasa de MM. La brecha entre Guerrero y esos estados alcanza los 80 puntos porcentuales.

### Las insuficiencias

El dinero se gasta en acciones y servicios que no tienen un impacto real en la salud de la población y, al mismo tiempo, los recursos se desperdician por falta de capacidad gerencial.

- La tecnología, los suministros y los conocimientos necesarios para atender las causas de la mortalidad materna se encuentran disponibles desde hace medio siglo<sup>40</sup>.
- Por lo que atañe a la inversión de los gobiernos municipales en los servicios públicos de salud, en el año 2003 los gobiernos municipales destinaron 23 millones 250 mil pesos a la construcción de treinta y cuatro casas de salud<sup>41</sup>. Este gasto se hace, en ocasiones, sin mediar una planeación estratégica. Algunas unidades de salud no se utilizan.
- A nivel nacional, casi 80% de las muertes asociadas con la maternidad ocurre en unidades médicas, 67% en unidades públicas -principalmente de la Secretaría de Salud- y 13% en unidades privadas.

Este panorama muestra indicadores de estructura (recursos y organización) que revelan la incapacidad del sistema de salud estatal para ofrecer o establecer servicios que contribuyan a disminuir la muerte materna. Además, hay una incoherencia entre los servicios que plantea el programa APV y los recursos realmente disponibles. Por ejemplo, se intenta promover el parto institucional<sup>42</sup>, pero en realidad no existen los recursos materiales y humanos disponibles para ello<sup>43</sup>.

39 Registro de unidades médicas y recursos humanos. Jurisdicción Sanitaria No. 6, Ometepec, Guerrero.

40 WHO, *Prevention of Maternal Mortality*. Report of a WHO Interregional Meeting, Geneva, 11-15 November 1985.

41 Las casas de salud son espacios reducidos (frecuentemente un solo cuarto) en los que se dispone de un cuadro de medicamentos insuficiente. Las casas son atendidas por un auxiliar de salud (una persona de la comunidad capacitada por personal de la Secretaría de Salud) que realiza actividades de medicina preventiva con nula capacidad resolutive en caso de emergencia obstétrica. De hecho, no se cuenta siquiera con material para suturar una herida.

42 "En los municipios indígenas de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, por ejemplo, sólo 9, 17 y 7% de los nacimientos, respectivamente, se atienden en unidades del sector". Secretaría de Salud, *Programa emergente de salud para el campo (PESC) 2003-2006*.

43 "De una muestra de 27 centros de salud de la jurisdicción sanitaria #6 (Costa Chica), solamente 2 contaban con material y personal para atender un parto vaginal, pero solamente en un turno." Meléndez, Op. Cit."

La deficiente calidad de los servicios tiene su origen en la estructura y organización de los servicios<sup>44</sup>, los recursos disponibles, la capacitación<sup>45</sup> y la actitud de los proveedores<sup>46</sup>. Estas insuficiencias, ineficiencias e inequidades se están incrementando en los servicios de salud que atienden a la población más vulnerable. Lo más preocupante, con todo, es que el desempeño del sistema estatal de salud es un problema que no se solucionará en el corto ni el mediano plazo, porque eso implicaría la reorganización del sector salud.

Ante este escenario, una opción viable para responder a las necesidades básicas de salud durante la maternidad es la Atención Obstétrica de Emergencia. En todo el mundo se han registrado diversas experiencias exitosas en contextos similares a los de las regiones con mayor MM en el estado de Guerrero. A continuación se presenta un ejercicio de los costos de la AOE en los niveles jurisdiccional y municipal.

## **Análisis de costos de la AOE básica en el primer nivel de atención**

### **Nivel estatal**

Este costeo se realizó sólo sobre la base de los medicamentos que deben usarse en la AOE básica en el primer nivel de atención, y que tienen el objetivo de estabilizar a la paciente y referirla ya sea a un hospital básico comunitario o a un segundo nivel de atención. No se consideró el rubro del personal de salud, la transportación ni el mantenimiento del establecimiento de salud.

Para establecer el costo por caso, se tomó como referencia la estimación de costos de los medicamentos más elevada para cada una de las complicaciones, elaborada por Reyes y Neri<sup>47</sup>. El grupo de las principales emergencias y las incidencias de cada una se tomaron de la información de nivel mundial que presenta el *Informe de Salud Mundial 2005*<sup>48</sup>.

Para el año 2005 se esperan, a nivel estatal, 67,074 nacimientos. De estos, se estima que 55,572 corresponderán a la población abierta<sup>49</sup>.

44 Sánchez, PHJ, Ochoa, DLH, García, GMM, Martín, MM., "Bienestar social y servicios de salud en la Región Fraylesca de Chiapas: el uso de servicios de atención prenatal", *Salud Pública México* 39, 1997:530-538.

45 "En materia de capacidad de los proveedores para la resolución de problemas clínicos, prácticamente el total de los investigados resultó deficiente o muy deficiente", Bronfman Pertovsky M. N, López Moreno S, Magis Rodríguez C, More Altamirano A, Rutstein S, "Atención prenatal en el primer nivel de atención: características de los proveedores que influyen en la satisfacción de las usuarias", *Salud Pública México* 45, 2003:445-454.

46 Ramírez STJ, Nájera A. P, Nigenda L. G., "Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios", *Salud Pública México* 40, 1998: 3-12.

47 Reyes Z. H., Neri M. C., "Costeo de la Atención Obstétrica de Emergencia", en: Díaz, Daniela, *Muerte materna y presupuesto público*, Fundar, 2004, [www.fundar.org.mx](http://www.fundar.org.mx).

48 WHO, *The World Health Report 2005. Make every mother and child count.*

49 Cálculo realizado considerando las proyecciones del CONAPO para 2000-2010.

**Cuadro II. Costo anual estatal de la AOE básica en el primer nivel**

Complicaciones	Incidencia (% de partos esperados = 55,572)	Casos esperados	Costo por caso <sup>50</sup>	Costo total
Hemorragia postparto	10.5	5,835	\$ 333	\$ 1,943,055
Sepsis	4.4	2,445	\$ 100	\$ 244,500
Preeclampsia- eclampsia	3.2	1,778	\$ 318	\$ 565,404
Parto obstruido (ruptura uterina)	4.6	2,556	\$ 333	\$ 851,148
			Costo total estatal	\$ 3,604,107

Fuente: Elaboración propia con información de proyecciones del CONAPO. Las incidencias se tomaron del Informe Mundial de Salud 2005 de la Organización Mundial de la Salud.

¿Qué porcentaje del presupuesto total de la Secretaría de Salud de Guerrero se invierte actualmente en la compra de medicamentos para los servicios que atienden a la población no derechohabiente? Si se analiza el gasto realizado por la Secretaría de Salud estatal, se advierte que 76.2% del presupuesto se canaliza a recursos humanos, 0.5% a la adquisición de equipos, y 23.3% a gastos de operación. De estos, a su vez, el 36% se destina a la compra de medicamentos, material de curación, vacunas y productos químicos<sup>51</sup>. Como se puede ver, la adquisición de medicamentos no es una prioridad presupuestal.

En el año 2005, el presupuesto, conformado con las aportaciones de diversas fuentes de financiamiento, alcanza la mínima cantidad de 121,000,000 de pesos. De este monto, la aportación estatal ascendió a 3,000,000 pesos, lo que representa sólo el 2.4% del total asignado a medicamentos<sup>52</sup> (ver cuadro III).

**Cuadro III. Presupuesto autorizado para la adquisición de medicamentos de acuerdo con la fuente de financiamiento. Guerrero, 2005**

Nivel de gobierno	Fuente de financiamiento	Monto en moneda nacional	Porcentaje en relación con el total
Federal	Programa Normal Federal para medicamentos	35,000,000	30.0%
	Programa Oportunidades	61,000,000	50.4%
	Seguro Popular	22,000,000	18.0%
Estatal	Programa de adquisición de medicamentos	3,000,000	2.4%
	<b>Monto Total</b>	<b>121,000,000</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia con información del Presupuesto de Egresos del Estado de Guerrero para el ejercicio fiscal 2005/ Reunión de trabajo del Secretario de Salud con la Comisión de Salud de la LVII Legislatura del H. Congreso del Estado, abril de 2005.

<sup>50</sup> Los costos se calcularon en base al tipo de manifestación de cada complicación que más elevado costo presenta. Para ver los costos desagregados por diferentes tipos de hemorragias y de preeclampsia-eclampsia véase: Reyes Z. H., Neri M. C., "Costeo de la Atención Obstétrica de Emergencia", en: Díaz, Daniela, *Muerte materna y presupuesto público*, Fundar, 2004, [www.fundar.org.mx](http://www.fundar.org.mx).

<sup>51</sup> Comparecencia de la Secretaría de Salud, Gobierno del Estado de Guerrero, 2004.

<sup>52</sup> Gobierno del estado de Guerrero. Presupuesto de Egresos del estado de Guerrero para el ejercicio fiscal del año 2005.

Este cuadro muestra cómo se conforma el presupuesto. En él se puede apreciar la mínima participación del gobierno estatal. El gasto anual en medicamentos per capita es de 49 pesos, lo que está muy por debajo de los 250 pesos recomendados por la OMS.

La manera de distribuir el presupuesto entre los diferentes programas es también desigual. Del monto total asignado a la compra de medicamentos únicamente el 1.08% (1,312,897 pesos) se destina a medicamentos de Arranque Parejo en la Vida<sup>53</sup>. Según el costo de los medicamentos necesarios para la AOE, se requieren en todo el estado 3,604,107 pesos. Si restamos lo disponible a lo requerido, tendremos un déficit de 2,291,210 pesos.

¿Puede cubrirse este déficit con inversión estatal directa? La respuesta es un sí contundente. Una posible solución reside en la reasignación del gasto de la propia Secretaría de Salud, es decir, la competencia entre programas para hacer más eficiente la asignación presupuestal. Otra posible solución consiste en ajustar el presupuesto público total priorizando o jerarquizando el gasto. Esto implica, necesariamente, identificar los recursos que se otorgan a entidades que no necesariamente tienen como meta el bienestar de la población. Un ejemplo muy claro es el de la inversión en la Orquesta Filarmónica de Acapulco, que en 2005 tuvo un presupuesto de 13,300,000 pesos. Esto representa una cantidad 82% mayor a la de la inversión estatal directa en medicamentos y resulta, simplemente, incomprensible. ¿Cuáles son las prioridades? ¿A qué se dedican nuestros diputados si no es a la revisión del presupuesto?

Es preciso advertir, sin embargo, que aunque existe cierto margen de maniobra presupuestal, los recursos financieros son insuficientes. Por eso, es indispensable aumentar el presupuesto público en salud, y ello implica un mayor compromiso del gobierno estatal, el poder legislativo federal y estatal y la Secretaría de Salud federal en la elaboración de presupuestos.

### **Nivel jurisdiccional. El caso de la Costa Chica**

La región de Costa Chica está conformada por trece municipios. La población que habita esta zona asciende, en 2005<sup>54</sup>, a un total de 418,528 habitantes. De estos, 207,093 son mujeres y 124,255 de ellas están en edad fértil. De estas últimas, sólo un 7.2% es derechohabiente, lo que significa que hay una población abierta<sup>55</sup> de mujeres en edad fértil de 115,309. Para 2005 en la región se esperan 9,681 embarazos<sup>56</sup>.

53 Reunión de trabajo del Secretario de Salud con la Comisión de Salud de la LVIII Legislatura del H. Congreso del Estado, abril de 2005.

54 Proyecciones 2005. CONAPO, [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx)

55 Ésta es la población que no está adscrita a ningún sistema de seguridad social, sea privado o público, y es también la población potencialmente usuaria de los servicios que brinda la Secretaría de Salud.

56 CONAPO, [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx)

Cuadro IV. Costo anual jurisdiccional para la AOE básica en el primer nivel

Complicaciones	Incidencia (% de partos esperados = 9,681)	Casos esperados	Costo por caso	Costo total
Hemorragia postparto	10.5	1,016	\$333	\$338,328
Sepsis	4.4	426	\$100	\$42,600
Preeclampsia- eclampsia	3.2	310	\$318	\$98,580
Parto obstruido (ruptura uterina)	4.6	445	\$ 333	\$148,185
			<b>Costo jurisdiccional total</b>	<b>\$627,693</b>

Cuadro V. Partos esperados en la totalidad de los municipios de la jurisdicción número 6

Municipio	Partos esperados en 2005
Ayutla (MPAPV*)	1,417
Azoyu (MPAPV)	855
Cuautepec (MPAPV)	396
Copala	336
Cuajinicuilapa	682
Florencio Villar	470
Igualapa (MPAPV)	272
Ometepec	1,143
San Luis Acatlán (MPAPV)	955
San Marcos (MPAPV)	1,127
Tecoanapa (MPAPV)	1,116
Tlacoachistlahuaca (MPAPV)	365
Xochistlahuaca (MPAPV)	547
<b>Total</b>	<b>9,681</b>

Fuente: Jurisdicción Sanitaria número 6, Costa Chica, Ometepec, Guerrero.

\*MPAPV: Municipios Prioritarios Arranque Parejo en la Vida.

### Nivel municipal

San Luis Acatlán y Xochistlahuaca son los municipios donde se produce el 70% del total de muertes maternas<sup>57</sup> de la Jurisdicción Sanitaria número 6 y son también, precisamente, los municipios con mayor porcentaje de población indígena de la región. En este ejercicio de costeo tomamos como base el caso del municipio de San Luis Acatlán, que comparte muchas características con otros municipios de elevada mortalidad materna.

57 Jurisdicción sanitaria número 6, "Análisis de la mortalidad materna por municipio. 1998-2004".

El municipio de San Luis Acatlán está integrado por 76 localidades<sup>58</sup> donde residen 40,989 personas<sup>59</sup>. De éstas, 20,132 son mujeres, y de ellas 11,072 se encuentran en edad fértil. El municipio es eminentemente rural y se caracteriza por una importante dispersión de las comunidades.

De las 76 comunidades,

- 33 tienen menos de 99 habitantes
- 26 tienen entre 100 y 499 habitantes
- 8 tienen entre 500 y 999 habitantes
- 5 tienen entre 1,000 y 1,999 habitantes
- 3 tienen entre 2,500 y 4,999 habitantes
- 1 tiene aproximadamente 6,000 habitantes

El municipio presenta una conformación multicultural. En la zona este y noreste la población es mixteca (28%); en la parte norte se ubican los tlapanecos (22%); al oeste habita población nahua (2.7%), y en la parte sur y suroeste la población es mestiza (45%). La vialidad regional es precaria. Existen sólo dos caminos pavimentados: el que une San Luis Acatlán con Tlapa, y el que lleva de San Luis Acatlán a Marquelia. Los enlaces carreteros entre la cabecera municipal y las comunidades son complicados y se vuelven casi intransitables en temporada de lluvias.

Las autoridades municipales y la sociedad civil reconocen que “la demanda de servicios de salud ha crecido de manera más acelerada que la cobertura de dichos servicios”<sup>60</sup>.

En el mes de mayo de 2005 se llevó a cabo en San Luis Acatlán un foro nacional sobre mortalidad materna<sup>61</sup>. Ahí se congregaron tomadores de decisión de la Secretaría de Salud de los niveles federal y estatal, diputados locales y federales de diversas comisiones, representantes de organizaciones no gubernamentales, parteras tradicionales y un nutrido grupo de mujeres de las comunidades indígenas -inclusive huérfanos y viudas-, y de mujeres indígenas organizadas de los estados de Chiapas y Veracruz. El encuentro fue muy significativo, puesto que en él se establecieron compromisos mutuos para disminuir la muerte materna. Esos compromisos quedaron plasmados, específicamente, en una Declaración Política firmada por todos los actores participantes. Con el paso del tiempo, la envidia inicial se esfumó. Actualmente, la situación de los servicios de salud no presenta mejoría; por el contrario, han disminuido los recursos, y las desigualdades, insuficiencias e ineficiencias no sólo se perpetúan sino que se han acentuado.

58 Ayuntamiento Municipal Constitucional de San Luis Acatlán, Guerrero, “Plan Municipal de Desarrollo 2002-2005.”

59 Proyecciones para 2005, CONAPO, [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx)

60 El reconocimiento de las insuficiencias en los servicios de salud motivó a un grupo de profesionistas (médicos y enfermeras), técnicos y voluntarios a integrarse en 2004 en una asociación civil llamada “San Luis en la Salud”. Sus actividades son predominantemente “acciones preventivas”. Entrevista con el Dr. Melquiádes Rosas Bernal, vocal de la asociación civil “San Luis en la Salud”.

61 Foro Nacional “Prevención de Muertes Maternas en México: ¿Y las mujeres indígenas?”, celebrado los días 26 y 27 de mayo de 2005 en San Luis Acatlán, Guerrero.

El Seguro Popular, al que la gente se empezó a afiliar desde 2004, no ha respondido a las expectativas creadas. En el hospital básico comunitario ubicado en la cabecera municipal se disponía de una ginecóloga de medio tiempo; en septiembre de este año se terminó su contrato de tres meses, financiado a través de recursos del Seguro Popular. Actualmente no hay ginecóloga.

Los gastos catastróficos que podrían evitarse mediante el Seguro Popular<sup>62</sup> continúan siendo muy altos para la población, esté o no afiliada a ese seguro. La mayoría de los pacientes que acuden al hospital básico tienen que comprar sus medicamentos<sup>63</sup>, así como el material que se ocupa en la atención médica. Si, por ejemplo, se atiende un parto, los gastos en medicamento y material ascienden a 400 pesos. La compra se hace en farmacias particulares y se entrega en especie al hospital; en caso de que la o el paciente no esté afiliado al Seguro Popular, el costo del parto varía entre los 400 y los 800 pesos. El servicio de cesárea cuesta entre 2,000 y 3,000 pesos, a los que se añade el costo de los medicamentos. En ocasiones, a los usuarios se les hace un descuento; cuando la deuda no puede ser pagada por el usuario, se busca apoyo del ayuntamiento.

Por su parte, el ayuntamiento tiene a su disposición dos ambulancias durante las 24 horas del día los 365 días del año. Sin embargo, este servicio funciona exclusivamente entre la cabecera municipal y el hospital de Ometepec (de segundo nivel) o el de Acapulco, pero no entre las comunidades y un hospital básico. El municipio cubre totalmente el costo del traslado por complicaciones obstétricas.

Otro esfuerzo que hace el ayuntamiento es dar un apoyo mensual de 500 pesos a 30 parteras tradicionales. El compromiso fue hecho por el presidente municipal en el foro mencionado. Esta erogación asciende, al mes, a 15,000 pesos; al año alcanza los 180,000 pesos, lo cual representa un monto mucho mayor al del costo de los insumos para la AOE, como se puede apreciar en el cuadro siguiente. Esto muestra que en el nivel municipal sí existen fondos que se pueden presupuestar para acciones orientadas a disminuir la MM y, por otro lado, es un claro ejemplo de la ineficiencia presupuestal en función de las prioridades<sup>64</sup>.

En el siguiente cuadro se contemplan, de nueva cuenta, únicamente los medicamentos para la AOE, de manera que se hace necesario aumentar el presupuesto en otros rubros, como el de transporte y los recursos humanos.

62 El mayor porcentaje de hogares que enfrentan gastos catastróficos por motivos de salud se ubica en los niveles socioeconómicos más pobres: los quintiles I y II, los hogares no asegurados y los residentes en áreas rurales. La inversión pública en salud y los esquemas de aseguramiento funcionan como mecanismos para minimizar el riesgo de empobrecimiento de los hogares que financian la atención de su salud con sus propios recursos (gasto de bolsillo).

63 La realidad contrasta con lo que se dice sobre el Seguro Popular: "Entre los afiliados al Seguro Popular, el porcentaje de recetas surtidas íntegramente es de 81%." Secretaría de Salud, *Salud: México 2004*, [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)

64 Las parteras son un interlocutor comunitario muy importante. Sin embargo, diversas experiencias muestran que las parteras no han sido consideradas como un elemento central en los esfuerzos orientados a disminuir la MM. AMDD, "Reducción del número de defunciones maternas..."

Cuadro VI. Costo anual de la AOE en San Luis Acatlán

Complicaciones	Incidencia (% de partos esperados = 955)	Casos esperados	Costo por caso	Costo total Anual
Hemorragia postparto	10.5	100	\$ 333	\$ 33,300
Sepsis	4.4	42	\$ 100	\$ 4,200
Preeclampsia-eclampsia	3.2	30	\$ 318	\$ 9,540
Parto obstruido (ruptura uterina)	4.6	44	\$ 333	\$ 14,652
			<b>Costo municipal total</b>	<b>\$ 61,692</b>

Como podemos apreciar, el costo anual de la AOE representa apenas el 34% de lo que anualmente invierte el ayuntamiento en apoyo a las parteras tradicionales.

El esfuerzo del ayuntamiento es visible, al grado de que fue la única instancia que dio seguimiento puntual a los compromisos del foro de muerte materna. La voluntad política de los municipios debe orientarse a hacer más eficiente y equitativo el gasto. Es precisamente en esta dimensión donde cobra relevancia el personal jurisdiccional y estatal responsable del desarrollo de estrategias como la de APV, que requieren capacidad de gestión y creatividad para delinear planes y acciones eficientes y lograr una asignación justa y eficiente de los recursos, de modo que las estrategias se transformen, efectivamente, en programas<sup>65</sup>.

En el discurso institucional, San Luis Acatlán constituye, con otros municipios, una prioridad. Monitorear el esfuerzo de la Secretaría de Salud en este municipio es un termómetro para deducir qué situación priva en otros municipios no "prioritarios".

### Apuntes finales a manera de sugerencias

- Los servicios básicos que se requieren para responder a las necesidades de atención durante la maternidad no son costosos ni exigen tecnología compleja. Las enfermedades que pueden evitarse con intervenciones de bajo costo son las que dan origen al llamado rezago epidemiológico. La MM no sólo se debe considerar como uno de los factores del rezago epidemiológico, sino también como una evidencia del olvido del sector salud, si se considera que los insumos y las técnicas necesarias para atender las principales causas de muerte materna se conocen desde la década de 1950<sup>66</sup>. Pero el olvido institucional no es involuntario; la responsabilidad de las institu-

<sup>65</sup> En el estado de Chiapas se elaboran planes municipales de salud. Las jurisdicciones sanitarias respectivas son responsables de promover su elaboración y apoyan en aspectos técnicos el establecimiento de las prioridades en función de las necesidades de salud de cada municipio. Esta estrategia ha dado buenos resultados en el sentido de acrecentar la colaboración y corresponsabilidad de los ayuntamientos en la disminución de la MM.

<sup>66</sup> WHO, *Prevention of Maternal Mortality*. Report of a WHO Interregional Meeting, Geneva, 11-15 November 1985.

ciones se encuentra establecida por escrito en documentos internacionales y en nuestra Carta Magna. Desde esta perspectiva, la desatención de un problema como el de la mortalidad materna constituye también una irresponsabilidad y una forma de violación de las garantías individuales. ¿De qué otra manera podría entenderse el olvido, la irresponsabilidad y la incapacidad del Estado frente al bienestar de la población en un país que supuestamente tiene la novena economía más fuerte del mundo?

- En vista de los indicadores de resultado (RMM), es evidente que el esfuerzo de la institución directamente responsable, la Secretaría de Salud, no ha sido suficiente. Y si tomamos en cuenta los indicadores de estructura (servicios y recursos) será también obvio que ese esfuerzo no sólo no ha sido suficiente sino que se encuentra en franca involución. Es necesario entonces conocer y supervisar el esfuerzo institucional, tanto federal como estatal, diseñando para ello indicadores de proceso y haciendo más transparente la información estratégica sobre los recursos financieros que dan sustentabilidad a estrategias como la de Arranque Parejo en la Vida <sup>67</sup>.
- Es importante incorporar en los sistemas de registro de información nuevas variables que den cuenta del proceso de atención a las mujeres durante la maternidad<sup>68</sup>. Sólo de ese modo se contará con la inteligencia institucional necesaria para tomar decisiones pertinentes implementando pequeñas intervenciones de grandes beneficios, como las de la estrategia de Atención Obstétrica de Emergencia.
- En este año se produjeron cambios en diversos niveles y direcciones del gobierno estatal, desde el ejecutivo hasta los presidentes municipales, pasando por el cuerpo legislativo. Estos cambios ofrecen la oportunidad de que cada actor incluya en su agenda el problema de la Muerte Materna. Las instituciones directamente responsables de realizar esfuerzos sustanciales en este campo son la Secretaría de Salud y el cuerpo legislativo, específicamente las comisiones de Salud y de Equidad y Género. Una de las tareas que dejaron pendientes las legislaturas pasadas es la aprobación de la iniciativa de transparencia y acceso a la información pública.
- El Sistema de Salud del Estado mexicano tiene el enorme reto de mejorar su desempeño y de disminuir las profundas insuficiencias, ineficiencias e inequidades que presenta. Éste es un proceso de largo plazo. Por eso, se tienen que implementar pequeñas acciones que redunden en beneficios de corto plazo. En este sentido, la Atención Obstétrica de Emergencia es una opción viable desde el punto de vista organizacional, operativo, técnico y financiero.

67 "...en la función pública, sin recursos financieros no hay prioridad institucional". Armando Arredondo, "El financiamiento a partir de la descentralización del sistema de salud en México; cambios tendencias y evidencias, 1990-2000", INSP, México, 2002.

68 La Secretaría de Salud ha venido ensayando recientemente un modelo denominado Eslabones Críticos, que se basa en un análisis retrospectivo de las muertes maternas para ubicar los puntos críticos. Es fundamental que el sistema de información en salud incorpore datos para elaborar indicadores específicos de proceso que puedan dar cuenta de la atención a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio y, al mismo tiempo, permitan hacer su seguimiento.



A pesar de que a nivel internacional y en México, los gobiernos reaccionaron tarde ante la magnitud de la tragedia que significa la muerte prematura de mujeres por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el postparto, actualmente se sabe que procurar el cuidado de la salud materna y disminuir el número de muertes maternas es uno de los resultados que debe producir el desarrollo (Objetivos de Desarrollo del Milenio 2000). La tasa de mortalidad materna<sup>1</sup> es consecuencia de la falta de cuidado de las mujeres durante el periodo preconcepcional, el embarazo, el parto y el posparto, sus condiciones de vida y el desempeño del sector salud. Es, por ello, un indicador de desarrollo.

Está ampliamente documentado que las regiones donde se concentran altas tasas de mortalidad materna son aquéllas donde habita población pobre y no se cuenta con los servicios médicos que sí existen en otras regiones (PNS 2001-2006, IMDH 2004).

En México, las instituciones de salud para población abierta (SSA e IMSS-Oportunidades), así como los programas de reducción de la pobreza, han hecho importantes esfuerzos para mejorar la atención a la salud y reducir las tasas de mortalidad materna. Sin embargo, ésta sigue concentrándose y elevándose por arriba de la media nacional en regiones rurales e indígenas, lo que significa que hay un problema de inequidad y sugiere la pertinencia de revisar si las acciones de las instituciones de salud están respondiendo a las necesidades locales o territoriales para atender la salud y evitar discapacidades y muertes maternas.

Las regiones donde se concentran altas tasas de mortalidad materna son aquéllas donde habita población pobre y no se cuenta con los servicios médicos que sí existen en otras regiones.

Éste es un problema de inequidad y sugiere la pertinencia de revisar si las acciones de las instituciones de salud están respondiendo a las necesidades locales o territoriales para atender la salud y evitar discapacidades y muertes maternas.

En este artículo se revisan de manera sucinta las principales estrategias y acciones que en México se realizan para enfrentar esta problemática. El análisis se ilustra con información de la situación en el Estado de Oaxaca. Sobre la base de esta revisión se propone una estrategia diferente y se plantean algunos elementos para considerar su factibilidad económica.

\* Antropóloga, Maestría en Salud Pública. Centro para los Derechos de la Mujer Nääxwiin, A.C.

1 Número de muertes maternas en un año sobre nacimientos en ese mismo año por 100 mil.

## 1 QUÉ SE HA HECHO

### Atención prenatal

La acción básica para atender la salud y reducir la mortalidad materna se concentra en los programas de atención prenatal con enfoque de riesgo, que en México comenzó a aplicarse hace 25 años.<sup>2</sup> Al principio, la detección del riesgo se basaba en algunos de los factores que más frecuentemente contribuyen a incrementar la probabilidad de daño a la salud: madre menor de 20 años o mayor de 35, multiparidad, abortos espontáneos, periodo menor de dos años entre el parto anterior y el embarazo actual, complicaciones en embarazos o partos anteriores, presión arterial alto o baja. Posteriormente, con el apoyo de los resultados de estudios de laboratorio, se fueron agregando otros factores como la historia clínica general de la mujer y la evolución del embarazo. Los factores de riesgo se detectan en el primer nivel de atención a la salud, -es decir, en los centros de salud y las clínicas- y se envía a la mujer a un hospital para su atención especializada.

En la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio se señala que "el control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvico-vaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo", y que "la unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación" (NOM-007-SSA2-1993). Así, uno de los indicadores de desempeño del sector es el promedio de consultas prenatales por embarazada.

En Oaxaca, a partir de la implementación de los programas de educación, salud y alimentación (1997-2000) y Oportunidades (2001-2005), que establecen la consulta prenatal como condición para recibir una beca alimentaria, el número de consultas prenatales se ha incrementado. No obstante, no se ha alcanzado el promedio de cinco consultas prenatales por cada embarazada atendida: en el año 2002, el promedio de consultas por mujer fue de 4.8, y en el año 2003 fue de 4.4 (SISPA 2002 y 2003).

El número de consultas prenatales se ha incrementado. No obstante, no se ha alcanzado el promedio de cinco consultas prenatales por cada embarazada atendida.

<sup>2</sup> El enfoque de riesgo consiste en determinar la probabilidad de que se produzca un resultado adverso, o en identificar los factores que incrementan esa probabilidad.

## Ampliación de la cobertura de los servicios de salud

En México, el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 establece como meta la reducción de la mortalidad materna en 50 por ciento para el año 2000, respecto de la presentada en 1990. Esta meta coincide con las establecidas en 1987 por la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos y en 1990 por la Organización Panamericana de la Salud, que puso en marcha el Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas, proponiendo la reducción de la mortalidad materna en 30 por ciento para el año 1995 y en 50 por ciento para el año 2000 en la mayoría de los países del área, incluyendo a México.<sup>3</sup>

La meta de la reducción de la mortalidad materna en este periodo va acompañada del propósito de garantizar el acceso universal a los servicios integrales de salud reproductiva para el año 2000. Ambas metas se insertan en el marco del Programa Nacional de Desarrollo, que planteó ampliar la cobertura de los servicios de salud a la población más pobre que aún no tenía acceso a ellos -diez millones de personas- para brindarles servicios esenciales de salud -entre los que se incluye la atención del embarazo, el parto y el puerperio-, así como mejorar la calidad de los servicios donde ya existían (SSA 2000). Cabe señalar que estas metas no se alcanzaron. Además, diversos estudios documentaron un subregistro de las muertes maternas de entre 40 y 60 por ciento (Lezana 1999 y Freyermuth 1998).

El Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006 establece como propósito una reducción del 35 por ciento de la tasa de mortalidad materna con respecto a la del año 2000. Los objetivos de este programa son: 1) Mejorar el estado de salud de los mexicanos, 2) Abatir las desigualdades en salud, 3) Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud, 4) Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud y 5) Fortalecer el sistema nacional de salud, en particular sus instituciones públicas.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 establece una reducción del 35% de la tasa de mortalidad materna con respecto a la del año 2000, incrementar en 70% la cobertura de la atención del parto por personal capacitado, e incrementar en 70% la cobertura de la atención prenatal de calidad.

El programa plantea diez estrategias. La reducción de la mortalidad materna se ubica en la estrategia orientada a reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres; en esa misma estrategia se ubican otras dos metas: incrementar en 70 por ciento la cobertura de la atención del parto por personal capacitado, e incrementar en 70 por ciento la cobertura de la atención prenatal de calidad. Para cumplir el objetivo de abatir las desigualdades en salud y la meta de reducir la mortalidad materna, el PNS define la atención de las urgencias obstétricas como una de las actividades fundamentales para la salud de la mujer.

<sup>3</sup> Estas metas fueron refrendadas en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 - donde se acordó también la meta de incrementar el presupuesto destinado a la salud reproductiva- y en la Conferencia Mundial de la Mujer de 1995.

Las metas y estrategias del PNS 2001-2006 concuerdan con los Objetivos de Desarrollo y las Metas del Milenio adoptadas en septiembre del año 2000 en una de las reuniones internacionales de jefes de Estado más concurridas. Esta reunión estuvo animada por una visión del desarrollo centrada en la salud y la educación, y la idea clara de que el desarrollo no se refiere solamente al crecimiento económico. Tres de los ocho Objetivos de Desarrollo están dedicados a la salud; uno de ellos consiste en mejorar la salud materna, y su meta es reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes. Los indicadores para medir el progreso son la tasa de mortalidad materna y el porcentaje de partos asistidos por personal sanitario especializado.

En el Estado de Oaxaca, el Plan Estatal de Desarrollo Sustentable 2004-2010 de la administración del gobernador Ulises Ruiz plantea como objetivo estratégico en salud “lograr la cobertura universal real del sistema estatal de salud con servicios de calidad, eficiencia, eficacia, oportunidad y prioridad en la prevención de enfermedades, la regulación y el fomento sanitario”. La primera estrategia para cumplir este objetivo es “gestionar y asignar mayores recursos federales y estatales para la salud materna, no sólo en infraestructura sino en capacitación de los recursos humanos y en insumos para complementar la funcionalidad de los servicios de salud”. En este Plan Estatal de Desarrollo no se plantean metas. Su introducción aclara: “No abusamos del establecimiento de metas cuantitativas porque el horizonte presupuestal es incierto. Sin embargo, hacemos planteamientos de alcances cualitativos”. Su diagnóstico de salud advierte: “En materia de salud reproductiva, Oaxaca es uno de los tres estados del país con mayores riesgos de mortalidad por causas asociadas al embarazo, al parto y al puerperio, así como a la muerte por cáncer cérvico-uterino y mamario. En las regiones indígenas la muerte materna es del doble de la media nacional, teniendo una de las más bajas prevalencias en el uso de métodos anticonceptivos”, y señala también: “las enfermedades que originan la morbilidad hospitalaria son las obstétricas directas y el parto único espontáneo”.

En el Estado de Oaxaca, el Plan Estatal de Desarrollo Sustentable 2004-2010 plantea como objetivo estratégico en salud “lograr la cobertura universal *real* del sistema estatal de salud con servicios de calidad, eficiencia, eficacia, oportunidad y prioridad en la prevención de enfermedades”.

La red de servicios de salud de primer nivel del Estado de Oaxaca es muy amplia. 80 por ciento de la población puede llegar a una unidad médica de primer nivel del IMSS-Oportunidades o de los Servicios de Salud de Oaxaca en una hora o menos. Sin embargo, un gran número de unidades médicas no ofrece servicio las 24 horas ni los fines de semana

En 2004, 40% de la población de Oaxaca tenía que viajar más de dos horas, y hasta dieciséis, para llegar a un hospital.

(Castañeda 2004b). Por lo que respecta a la cobertura hospitalaria, en 2004, 40 por ciento de la población abierta de Oaxaca tenía que viajar más de dos horas, y hasta dieciséis, para llegar a un hospital -a lo cual hay que agregar el tiempo invertido en conseguir transporte-; además, varios hospitales generales, comunitarios y rurales de los Servicios de Salud de Oaxaca y del IMSS-Oportunidades no tienen capacidad resolutive para enfrentar algunas urgencias obstétricas debido a la falta de personal, medicamentos, insumos o equipo; ésta es la situación que se observa en diez de los quince hospitales de los SSO (Ibid). La cobertura de los servicios de salud y el acceso a ellos representan un problema de rezago e inequidad en el Estado.

### **Corrección del subregistro de muertes maternas y monitoreo de cada muerte**

En 2003 la Secretaría de Salud realizó un notable esfuerzo por corregir el subregistro y la clasificación errónea de las muertes que realmente eran maternas pero no se registraban como tales. Ha hecho este mismo ejercicio para años anteriores. También se ha afinado el sistema de información para contar con información más oportuna y confiable sobre la causa y el lugar de ocurrencia de cada una de las muertes maternas (Lozano 2004).

Actualmente, bajo el supuesto de que cada mujer que murió es representativa de otras mujeres que -en condiciones similares- acuden a los servicios de salud o necesitan de ellos, se promueve una metodología para investigar cada una de las muertes maternas. El objetivo es analizar los procesos de atención de las complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, identificar fallas en el sistema de atención y corregirlas (Núñez 2004).

Los primeros resultados de la aplicación de esta metodología arrojan lo siguiente: a) una proporción muy importante de muertes maternas ocurre simplemente por la ausencia de transporte para que la mujer que está en trabajo de parto, sobre todo si ya experimentó algún signo de alarma como una hemorragia, llegue a tiempo al hospital (Frenk 2004); b) muchos de los puntos críticos tienen que ver con el reforzamiento de la tecnología médica, el abasto de sangre segura y el equipamiento (Ibid); c) en las jurisdicciones sanitarias rurales se documenta un 30 por ciento de casos de muerte materna en los que la atención obstétrica fue deficiente y los insumos básicos para atender las hemorragias no estuvieron disponibles en las unidades (Uribe 2005) y d) en las jurisdicciones sanitarias urbanas se documenta un 40 por ciento de casos de muerte materna en los que durante la atención prenatal la mujer no fue valorada siguiendo los indicadores de calidad y fue enviada a su casa en lugar de ser retenida en el hospital para vigilancia obstétrica estricta (Ibid).

### **Equipamiento de hospitales y transporte de emergencia**

El Programa Arranque Parejo en la Vida -programa de acción de la presente administración que busca garantizar embarazos saludables y partos y puerperios

seguros- tiene una estrategia de activación de redes sociales de apoyo que involucra a las autoridades municipales y a grupos organizados de la comunidad para apoyar a las embarazadas en su traslado a clínicas u hospitales en caso de urgencia obstétrica (SSA 2002). Además, durante la presente administración federal se ha dotado a los hospitales de equipo específico para la atención obstétrica mediante una inversión que supera los 180 millones de pesos (Frenk, Op. Cit.).

En Oaxaca, el transporte de emergencia y el acceso geográfico sigue siendo un problema. El 58% de las muertes maternas en 2002 y 2003 ocurrió en el hogar, en un centro de salud o en el trayecto a un hospital, pues las mujeres no pudieron llegar oportunamente a una unidad médica con capacidad resolutive.

En Oaxaca, el transporte de emergencia y el acceso geográfico sigue siendo un problema. En un trabajo anterior, documenté que 58 por ciento de las muertes maternas en 2002 y 2003 ocurrió en el hogar, en un centro de salud o en el trayecto a un hospital. Las mujeres no pudieron llegar oportunamente a una unidad médica con capacidad resolutive porque los hospitales estaban muy retirados de su localidad: 32 por ciento de las mujeres que murieron por maternidad tuvo que haber viajado en condiciones de gravedad severa durante más de dos y hasta diez horas para llegar a un hospital. En la Sierra Norte de Oaxaca, 60 por ciento de la población se ve obligado a viajar por más de tres horas y hasta dieciséis; en la Sierra Sur, 41 por ciento de la población debe viajar más de tres horas y hasta ocho. A todo ello debe añadirse el tiempo que tiene que invertirse en conseguir un medio de transporte (Castañeda 2004b). También señalé que en junio de 2004 sólo uno de los quince hospitales de la Secretaría de Salud contaba con la plantilla completa de especialistas que se requiere para brindar atención a las urgencias obstétricas durante las 24 horas del día.

Estas circunstancias se han reflejado en el análisis de los procesos de atención orientados a prevenir muertes maternas. Este análisis muestra que, en regiones rurales, en el 30 por ciento de los casos de muerte materna analizados, las mujeres que sufren urgencia obstétrica tienen que recorrer un vía crucis desde algún centro de salud hasta un centro de salud con servicios de hospitalización, de éste a un hospital integral y, posteriormente, a un hospital general en busca de atención resolutive (Uribe, Op. Cit.). Las mujeres y sus familias saben de este recorrido y en ocasiones tratan de llegar directamente al hospital de la capital del Estado; a veces, lamentablemente, ni siquiera lo intentan.

### **Cuánto se ha avanzado**

La mortalidad materna ha disminuido en México. En los últimos catorce años, según datos de la Secretaría de Salud, la brecha para alcanzar la meta establecida en la

En los últimos 14 años, la brecha para alcanzar la meta establecida se redujo en 39.5%, y el ritmo del cambio se aceleró. Quedan 11 años para andar el 60.5% del camino restante.

Cumbre del Milenio se redujo en 39.5 por ciento, y el ritmo del cambio se aceleró en los últimos años (Salud México 2004). Quedan once años para andar el 60.5 por ciento del camino restante.

Pero no basta con alcanzar un promedio nacional decoroso. También es preciso reducir los rezagos acumulados en diversos grupos de la sociedad y lograr un desarrollo con equidad, para lo cual es necesario acelerar el paso en algunas regiones. Un ejemplo ilustra lo anterior: en el año 1999 la tasa de mortalidad materna en Oaxaca fue de 54; sin embargo, en los municipios con 40 por ciento o más de población indígena, la tasa fue de 120 (SSA 2001). En 2002, 42 por ciento de las muertes maternas ocurrió en municipios indígenas y 29 por ciento entre mujeres de municipios con presencia indígena (Sesía 2003). Se requiere una distribución más justa de los recursos para la salud y una distribución más equitativa de los beneficios del desarrollo.

## **2. DEBILIDADES DEL MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD Y REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA**

La atención médica del embarazo con enfoque de riesgo se asocia con un mejor pronóstico de la salud de la mujer, del feto y del recién nacido. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud señala que los programas de atención prenatal no

La Organización Mundial de la Salud señala que los programas de atención prenatal no han sido sometidos a una evaluación científica rigurosa para determinar su efectividad.

han sido sometidos a una evaluación científica rigurosa para determinar su efectividad (OMS 2003). Villar y Bergsjø (1997) y Villar y Khan-Neelofur (2000) advierten que pocos de los procedimientos que suelen emprenderse en la atención prenatal tienen una repercusión importante en la morbilidad y la mortalidad maternas, y que algunos pueden no tener efecto alguno: las hemorragias durante el embarazo pueden ser resultado de diversos factores, ninguno de los cuales se puede eliminar mediante la atención prenatal; no se sabe a ciencia cierta si la detección temprana de la preeclampsia puede reducir la incidencia de eclampsia, ni tampoco existe evidencia contundente de que el tratamiento antihipertensivo en la preeclampsia benigna pueda prevenir una enfermedad más severa, aunque una mejor detección y atención médicas pueden contribuir a mejorar los resultados. Hilda Reyes (2005) anota que solamente en casos extremos de pelvis sumamente estrecha puede identificarse el parto obstruido antes del inicio del trabajo de parto, pero que generalmente es durante esta última etapa cuando se detecta.

Se considera que las necesidades de atención de las mujeres que cursan un embarazo de bajo riesgo pueden resolverse, por lo general, en unidades médicas de primer nivel, pero las mujeres con embarazo catalogado como de alto riesgo requieren atención en niveles de mayor complejidad y capacidad resolutive (Velasco 2005).

El análisis de las estadísticas del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA, actualmente SIS) de Oaxaca, revela que en los años 2003 y 2004 sólo 27 por ciento de las mujeres cuyo embarazo fue catalogado como de alto riesgo en unidades de primer nivel recibió atención en unidades médicas de mayor complejidad, es decir, en hospitales (27.4 por ciento en 2003 y 27.2 en 2004). Considero que esto se debe, principalmente, a la dificultad para llegar a un hospital y a los costos directos e indirectos de la atención hospitalaria del embarazo y el parto, como ya lo he señalado en un trabajo anterior (Castañeda 2004a).

En Oaxaca en los años 2003 y 2004, sólo 27% de las mujeres cuyo embarazo fue catalogado como de alto riesgo en unidades de primer nivel recibió atención en unidades médicas de mayor complejidad, es decir, en hospitales.

Otro factor que contribuye de manera importante a esta situación es que, de acuerdo con la información de los Comités para el Estudio de la Mortalidad Materna, 75 por ciento de las muertes es producto de complicaciones que se manifiestan en embarazos a término, alrededor del momento del parto (Núñez 2005). En estas circunstancias, las complicaciones que producen hemorragia pueden ser, por ejemplo, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura uterina, expulsión de la placenta antes del nacimiento del bebé, permanencia de restos placentarios después del nacimiento y acretismo placentario. Las hemorragias pueden deberse también a aborto incompleto o aborto séptico, es decir, con infección (Reyes y Neri 2004). También puede presentarse preeclampsia durante la segunda mitad del embarazo o después del parto, lo cual se asocia a presión arterial alta y proteinuria; cuando la preeclampsia es severa, puede afectar el hígado, los riñones, la coagulación y el cerebro de la mujer. Otra complicación que puede presentarse es la eclampsia, que se define como la aparición de uno o varios ataques convulsivos en concurrencia con el síndrome de preclampsia (Duley 2000). Estas complicaciones requieren atención inmediata: estabilizar a la mujer y realizar las intervenciones pertinentes.

En Oaxaca, en los años 2003 y 2004 los Servicios de Salud atendieron 54 por ciento de los nacimientos esperados para esos años<sup>4</sup> en la población bajo su responsabilidad; en las clínicas de primer nivel sólo se atendió el 12 por ciento. Y es que un importante segmento de la población femenina oaxaqueña prefiere atender su parto con parteras tradicionales, aun habiendo acudido a consultas prenatales en la unidad médica. Además, como ya se dijo, las unidades médicas no brindan atención las 24 horas del día ni los fines de semana, y alrededor del 60 por ciento de las mujeres embarazadas que acuden a ellas son atendidas por médicos pasantes en servicio social que, por diversos factores -como falta de entrenamiento, carencia de material, equipo y medicamentos o el estigma que les acarrearía que el parto no llegara a feliz término-, prefieren que los alum-

<sup>4</sup> Estimación elaborada a partir de la información del SISPA y de las estimaciones sobre la población menor de un año hechos por CONAPO.

bramamientos sean atendidos en hospitales. De esta manera, si se presenta una emergencia cercana al momento del parto en alguna comunidad rural, ni las parteras ni el personal médico o paramédico cuentan con una unidad médica cercana para referir a la paciente. En circunstancias como éstas es indispensable que existan unidades médicas de primer nivel con capacidad para atender urgencias obstétricas.

El concepto de riesgo relativo al que se recurre en la atención prenatal es muy útil en la práctica clínica para ayudar a ajustar el tratamiento y dar recomendaciones a las pacientes individuales pero, desde la perspectiva de la salud pública, resulta necesario brindar servicios accesibles y oportunos que salven las vidas de las mujeres y eviten futuras discapacidades irreversibles.

### 3. LA ATENCIÓN DE URGENCIAS OBSTÉTRICAS EN EL PRIMER NIVEL: UNA ALTERNATIVA

Una estrategia complementaria a los servicios que actualmente se brindan en las unidades médicas rurales es la atención de las urgencias obstétricas en ese nivel de atención. Esta estrategia consiste en el manejo y tratamiento de las principales complicaciones obstétricas; normalmente no incluye la prevención, el monitoreo del trabajo de parto ni los cuidados del recién nacido. En esta línea se distinguen dos tipos de servicio (Maine et al. 1997), cuyas características son:

Servicios básicos de urgencias obstétricas	Servicios integrales de urgencias obstétricas
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Administración de antibióticos por vía parenteral</li> <li>▪ Administración de medicamentos oxitócicos por vía parenteral</li> <li>▪ Administración de medicamentos anticonvulsionantes por vía parenteral en casos de preeclampsia y eclampsia</li> <li>▪ Extracción manual de la placenta</li> <li>▪ Extracción de los productos retenidos</li> <li>▪ Atención del parto vaginal</li> </ul>	<p>Todos los servicios básicos de atención de urgencias obstétricas, y además:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Práctica de operaciones quirúrgicas (cesáreas)</li> <li>▪ Realización de transfusiones sanguíneas</li> </ul>

La propuesta de atender las urgencias obstétricas en el nivel de la atención primaria parte del supuesto de que un parto normal puede ser atendido por personal médico, paramédico o parteras tradicionales que tengan conocimientos suficientes para identificar los signos de emergencia obstétrica y poder trasladar a la parturienta, en su caso, a una unidad médica en la que pueda ser atendida. Dada la distribución de los servicios de salud en las regiones marginadas, se requiere que existan unidades médicas de primer nivel capaces de brindar servicios básicos para estabilizar a las pacientes y trasladarlas en mejores condiciones

a un hospital (Díaz y Freyermuth 2004: 4); en algunos casos, estas unidades médicas pueden ser resolutivas.

Esta estrategia daría una respuesta a los problemas de acceso efectivo a los servicios de salud, fortalecería el primer nivel de atención tan descuidado actualmente, permitiría distribuir de manera más equitativa los recursos públicos para la salud, haría complementarios los servicios de las parteras y los del sector salud en lugar de intentar eliminar los primeros, generaría mayor confianza en la eficacia de los servicios y, de manera más importante aún, contribuiría a prevenir discapacidades y muertes maternas.

### **Qué se necesita**

Las instalaciones para brindar servicios de atención básica a urgencias obstétricas ya existen. Lo que se requiere es:

#### **Actualizar los sistemas de información sobre mortalidad materna:**

Actualmente se cuenta con información sobre el número, las causas, el lugar de ocurrencia y las fallas en el proceso de atención médica de cada una de las muertes maternas. Sin embargo, no existe información sistemática acerca de la morbilidad materna. El SISPA registra sólo la eclampsia, la hemorragia durante la consulta a embarazada y el aborto; las complicaciones en el parto son señaladas como nacimientos distócicos. El Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) lleva un registro amplio de las causas de morbilidad materna y otras afecciones obstétricas; sin embargo, únicamente 27 por ciento de los embarazos de alto riesgo identificados en el primer nivel de atención son atendidos en hospitales, y en éstos se atiende solamente 37 por ciento de los partos (ver Cuadro 2). Otra fuente de información es el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la preeclampsia-eclampsia que los Servicios de Salud de Oaxaca comenzaron a aplicar en el año 2004, pero que todavía no está consolidado. Si comparamos la información de estas fuentes, encontraremos importantes inconsistencias, como se observa en el siguiente cuadro:

Se necesita:

1. Actualizar los sistemas de información sobre morbilidad materna.
2. Personal médico y paramédico capacitado.
3. Visión de futuro y voluntad política para fortalecer el primer nivel de atención.

Cuadro 1. Morbilidad materna en Oaxaca 2004, según distintas fuentes de información

DESCRIPCIÓN	SAEH	SISPA 2o nivel	Sistema de Vigilancia Eclampsia	SISPA 1er nivel	Fuera de la unidad
Embarazo , parto y puerperio	20084	24601			
Embarazo				30199	5786
Nacimientos		16420		4587	20
Parto distócico		270		94	-
Cesárea		7023		-	-
Aborto espontáneo	2	-		-	-
Aborto médico	6	-		-	-
Otros embarazos terminados en aborto	2168	1982		43	5
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	655	175	437	358	-
Placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta y hemorragia anteparto*	70	30*		143*	-
Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto	4952	-		-	-
Trabajo de parto obstruido	85	-		-	-
Hemorragia postparto	53			-	-
Otras complicaciones del embarazo y del parto	3934	-		-	-
Complicaciones relacionadas principalmente con el puerperio y otras afecciones obstétricas, no clasificadas en otra parte**	178	7**		156**	-
Embarazos complicados no atendidos en 2o nivel				1960	
<b>Total complicaciones</b>	<b>12103</b>	<b>9487</b>		<b>2754</b>	<b>5</b>
Parto único espontáneo	7981	6933		4450	20

\* Registradas como hemorragia. No se señala si se producen antes o después del parto.

\*\* Infección puerperal.

El registro sistemático de la morbilidad materna por región ofrecería una perspectiva más amplia del estado de salud de la población y de las condiciones de vida de las mujeres, ayudaría a identificar las clínicas rurales en donde se pueda brindar servicios de atención de urgencias obstétricas las 24 horas del día, y permitiría conocer la prevalencia de casos y estimar la demanda esperada de servicios y su costo.

### **Personal capacitado**

Es necesario que cada clínica que proporcione servicios básicos de atención a urgencias obstétricas cuente durante 24 horas diarias con personal capacitado para administrar antibióticos, medicamentos oxitócicos y anticonvulsionantes por vía parenteral, así como para extraer manualmente la placenta y productos retenidos, y para atender partos vaginales. A fin de garantizar que el equipo esté

completo, se puede capacitar a médicos/as generales, enfermeras, auxiliares de salud y parteras, pero no sería eficiente capacitar a personal que rota cada seis meses o cada año.

### **Visión de futuro y voluntad política para fortalecer el primer nivel de atención**

Esta propuesta implica un cambio en las estrategias y actividades que hasta ahora desarrollan los programas de atención materna y perinatal. Requiere, en particular, modificaciones pequeñas pero significativas en la red de servicios de salud, entre las que se encuentra el cambio de responsabilidades o roles en algunas unidades del primer nivel de atención. Por ello, su adopción y ejecución por parte de las instituciones públicas de salud exige que éstas estén dispuestas a realizar un esfuerzo innovador, intensivo y no rutinario.

## **4. FACTIBILIDAD ECONÓMICA DE LA ATENCIÓN DE URGENCIAS OBSTÉTRICAS**

Uno de los obstáculos que ha tenido la propuesta de brindar servicios de atención básica de urgencias obstétricas en centros de salud de primer nivel, es que se piensa que puede tener altos costos económicos. Sin embargo nuestra propuesta no implica grandes inversiones ni equipar con quirófanos a las unidades médicas de primer nivel, tampoco requiere un sistema administrativo complejo y caro. Requiere, sí, personal médico y de salud capacitado que pueda brindar servicios las 24 horas del día, lo cual fortalecería la red de servicios de primer nivel y mejoraría sustancialmente el acceso efectivo a éstos.

Con los datos disponibles resulta difícil estimar el costo de los servicios de atención de urgencias obstétricas en las clínicas de primer nivel. No obstante, es importante realizar el ejercicio, pues aporta información sobre la inversión necesaria para prevenir discapacidades y evitar muertes maternas.

### **Ejercicio de costeo de la atención de urgencias obstétricas**

#### **Metodología**

El ejercicio de costeo se realizó solamente para el año 2004, con la información demográfica, epidemiológica y de cobertura de los servicios de salud disponible para el mismo año. El procedimiento que se siguió y sus resultados se describen a continuación.

#### *A. Determinación de la cobertura de atención del embarazo, del parto y del puerperio de la Secretaría de Salud de Oaxaca.*

Durante el año 2004, en el Estado de Oaxaca 78 por ciento de la población estaba cubierta por las instituciones de salud dedicadas a la atención de la población abierta: el IMSS-Oportunidades y los Servicios de Salud de Oaxaca. Los servicios de 1er nivel de la SSO cubrían el 51.56 por ciento del total de la

población; la población objetivo del 2º nivel son 2,185 808 personas que representa el 59.18 por ciento de la población, ya que en este nivel la SSO tiene una cobertura más amplia que la del IMSS. De acuerdo a las proyecciones de CONAPO para 2004, las niñas y niños menores de un año son 73,310 y el 59.18% que le correspondería atender a la SSO son 43,385. El número de muertes infantiles ocurridas en la población atendida por SSO en 2003 fue de 1084; y el número de abortos es de 10,033 de acuerdo al número de casos de complicaciones de aborto en una población de 10 mil habitantes (47.26, cifra nacional). Con estos datos se obtuvo el número de embarazos ocurridos en la población objetivo de la SSO, es decir: menores de 1 año en 2004, más muertes infantiles, más abortos. El número de partos es el resultado de la suma de la población objetivo de SSO menor de un año más las muertes infantiles.

Cuadro 2. Embarazos y partos esperados en la población objetivo de los Servicios de Salud de Oaxaca en 2004

<b>Total de embarazos esperados en población objetivo de SSO</b>	<b>54799</b>
<b>Total de partos esperados en población objetivo de SSO</b>	<b>44469</b>
<b>Total de abortos esperados en población objetivo de SSO</b>	<b>10330</b>

Elaboración propia sobre la base de Estimaciones CONAPO y SSO, Regionalización Operativa-Oaxaca base 2004.

La fuente para calcular la cobertura de la atención del embarazo, el parto y el puerperio por parte de los SSO, es el SISPA, tanto en el caso de los hospitales como en el de las clínicas y fuera de la unidad. Los datos se muestran en el Cuadro 3.

Cuadro 3. Cobertura de la atención del embarazo, el parto y el puerperio por parte de los Servicios de Salud de Oaxaca en 2004

DESCRIPCIÓN	2o nivel	1er nivel	Fuera de la unidad	Total atendidos SSO	Cobertura de atención SSO %	Informados por parteras
<b>Embarazos atendidos</b>		30 199	5 786	<b>35 985</b>	<b>65.7</b>	16 50
Embarazos de alto riesgo referidos a 2o nivel		2 692		2 692	7.5	10
Embarazos de alto riesgo atendidos en 2o nivel	732			732	2.0	
<b>Nacimientos atendidos</b>	16 420	4 587	20	<b>21 027</b>	<b>47.3</b>	14 24
Partos normales	9 127	4 493	20	13 640	64.9	
Parto distócico	270	94		364	1.7	
Cesárea	7 023			7 023	33.4	
<b>Puerperios atendidos</b>	1 215	8 688	4 420	<b>14 323</b>	<b>68.1</b>	13 84

Fuente: SISPA-Oaxaca 2004. Elaboración propia.

## B. Cálculo del número y tipo de casos de complicaciones obstétricas esperadas en 2004 en la población objetivo de la SSO.

Las fuentes de información que sirvieron de base para calcular el número de casos de complicaciones obstétricas en el Estado fueron el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) SSO-2004 y el Sistema de Información en Salud (SISPA) SSO-2004. Se estimaron abortos, casos de preeclampsia-eclampsia, placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta, de hemorragia anteparto y postparto, de parto obstruido, infección puerperal y otras complicaciones. Para el aborto se tomó la tasa nacional; para la hemorragia anteparto se consideró el número reportado en el primer nivel; para las otras siete complicaciones del parto se usó como base el SAEH.

Cuadro 4. Estimación de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio en población objetivo de los Servicios de Salud de Oaxaca 2004

DESCRIPCIÓN	Complicaciones atendidas	Prevalencia en población atendida por SSO <sup>1</sup>	Casos estimados en población objetivo SSO
Abortos	2224	6.18	10330 <sup>2</sup>
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	655	3.12	1707
Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta	70	0.33	148
Hemorragia anteparto	143	0.68	302
Trabajo de parto obstruido	83	0.39	176
Hemorragia postparto	53	0.25	112
Complicaciones relacionadas principalmente con el puerperio	178	0.85	376
Embarazo complicado no atendido en 2º nivel	1960	5.45	2985
<b>Subtotal complicaciones</b>	<b>5366</b>	<b>17.25</b>	<b>16136</b>
Otras complicaciones del embarazo y parto	4952	13.76	7541
Otras complicaciones con posibles problemas de parto	3934	18.71	8320
<b>Total complicaciones</b>	<b>14252</b>	<b>49.72</b>	<b>31997</b>
Embarazos atendidos		35985	
Embarazos esperados		54799	
Nacimientos atendidos		21027	
Nacimientos esperados		44469	

1 Número de casos por cada 100 mujeres embarazadas o en trabajo de parto.

2 Con base en tasa nacional de abortos.

Fuente: Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios- Oaxaca 2004 y SISPA Oaxaca- 2004, sobre la base de las proyecciones de CONAPO.

## C. Costo en materiales, insumos y medicamentos por caso y total.

El cálculo del costo de materiales, insumos y medicamentos para la atención de complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio en unidades médicas de primer nivel se basó en el ejercicio de costeo por caso para 2004 y

2005 realizado por los doctores Hilda Reyes Zapata y Carlos Neri Méndez del Instituto de Perinatología. Se consideraron solamente las complicaciones de las que se tiene mayor información. El costo total fue de en \$3, 756,519.35; los datos se presentan en el cuadro 5.

Cuadro 5. Estimación del costo de medicamentos, insumos y materiales para la atención de urgencias obstétricas en unidades médicas de 1er nivel en población objetivo de los Servicios de Salud de Oaxaca, 2004

DESCRIPCIÓN	Casos de complicaciones obstétricas en población objetivo de SSO	Costo de materiales, insumos y medicamentos en 1er nivel	Costo total
Abortos	10330	\$291.41	\$3,010,265.30
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio	1707	\$318.03	\$542,877.21
Placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta	148	\$304.10	\$45,006.80
Hemorragia anteparto	302	\$304.10	\$91,838.20
Trabajo de parto obstruido	176	\$34.06	\$5,994.56
Hemorragia postparto	112	\$333.04	\$37,300.48
Complicaciones relacionadas principalmente con el puerperio	376	\$61.80	\$23,236.80
<b>Total complicaciones</b>	<b>13152</b>		<b>\$3,756,519.35</b>

Elaboración propia con base en el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios- Oaxaca 2004, SISPA Oaxaca- 2004, sobre la base de las proyecciones de CONAPO y Costo de la Atención Obstétrica de Emergencia de Hilda Reyes Zapata y Carlos Neri Méndez 2004 y 2005.

#### *D. Identificación de la población sin acceso a un hospital en el estado de Oaxaca.*

Partimos de la consideración de que la ubicación de las unidades médicas de primer nivel que darán servicios de atención de urgencias obstétricas debe privilegiar el problema del acceso geográfico por sobre el número de habitantes; es decir, esas unidades deben ubicarse en regiones de alta marginalidad y difícil acceso geográfico. Para identificar las regiones se revisó la base de datos del Estudio de Regionalización Operativa de la SSO para reconocer los municipios cuyos habitantes tienen que viajar más de dos horas para acceder al segundo nivel de atención e identificar los hospitales. Se distinguieron cuatro regiones ubicadas en la Sierra Sur y la Sierra Norte, que están cubiertas por cuatro hospitales de SSO, como se ilustra en el Cuadro 6.

Cuadro 6. Acceso a un hospital en regiones seleccionadas del Estado de Oaxaca, 2004

Región	Hospital	Tiempo de traslado de la localidad al hospital (% de población)			
		2 horas o menos	de 2 a 3 horas	más de 3 horas y hasta 16	más de 2 horas
Sierra Sur	San Pablo Huixtepec	37.9%	20.6%	41.7%	<b>62.3%</b>
Sierra Sur-Costa	Juquila	42.6%	15.5%	41.9%	<b>57.4%</b>
Sierra Norte-Mixe	Tamazulapan	24.5%	13.7%	61.9%	<b>75.6%</b>
Sierra Norte-Zapoteca	Ixtlán	29.2%	11.5%	59.3%	<b>70.8%</b>
Otras	Varios	82.4%	9.4%	8.2%	<b>17.6%</b>

Fuente: Elaboración propia con base en SSO, Regionalización Operativa base 2004.

E. Estimación de embarazos y partos esperados en cada región en 2004.

El número de embarazos y partos esperados en cada región se calculó con base en los datos de población de los municipios más alejados de los hospitales. La cifra estimada de embarazos es resultado de la suma de menores de un año, mortalidad infantil y abortos por municipio; la estimación de partos es resultado de la suma de la población menor de un año más las muertes infantiles. Es conveniente recordar que Oaxaca cuenta con 570 municipios. Los datos se muestran en el Cuadro 7.

F. Estimación de complicaciones obstétricas esperadas en cada región.

El cálculo del número de casos de complicaciones obstétricas esperadas siguió el mismo procedimiento que para calcular el número y tipo de casos de complicaciones obstétricas en la población objetivo de la SSO. Los datos se presentan en el Cuadro 7.

Cuadro 7. Complicaciones obstétricas estimadas en cuatro regiones indígenas del estado de Oaxaca 2004

Región/ Hospital	Número de municipios	Población total <sup>1</sup>	Estimación de embarazos <sup>2</sup>	Estimación de partos <sup>3</sup>	Complicaciones obstétricas <sup>4</sup>
Sierra Sur S.P. Huixtepec	20	74545	2704	2352	411
Sierra Sur-Costa Juquila	9	39972	1185	996	214
Sierra Norte- Mixe Tamazulapan	12	42918	1172	969	227
Sierra Norte- Zapoteca Ixtlán	16	18479	426	339	96
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>175914</b>	<b>5487</b>	<b>4656</b>	<b>948</b>

1 Proyecciones por municipio, CONAPO.

2 Población menor de un año más muertes infantiles más abortos.

3 Población menor de un año más muertes infantiles.

4 Incluyen abortos, preeclampsia-eclampsia, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y hemorragia anteparto, parto obstructivo, hemorragia posparto, complicaciones del puerperio sobre la base de la información del SAEH Oaxaca 2004. No incluye otras complicaciones insuficientemente especificadas y que representan el 63% de las complicaciones.

### G. Identificación de los centros de salud con posibilidad de brindar servicios de atención básica de urgencias obstétricas.

Es necesario definir el número de unidades médicas de primer nivel que deben brindar servicios de atención obstétrica. Como se señaló antes, la prioridad debe ser el acceso geográfico, por lo que es necesario identificar los centros de población en los que convergen los caminos de acceso a diferentes zonas de alta marginalidad. Para continuar el ejercicio propuesto, a reserva de hacer un diagnóstico específico, planteamos de manera hipotética entre tres y seis clínicas en cada región, sobre la base del grado de dispersión de la población.

### H. Cálculo de costos de recursos humanos y lavado de ropa.

Será necesario garantizar personal médico y paramédico capacitado durante las 24 horas del día. El salario mensual de un médico de base es alrededor de 19, 500 pesos. Durante un año, en los tres turnos la inversión será de 702, 000 pesos. La inversión anual aproximada en salarios de tres enfermeras de base que se distribuyan en los tres turnos es de 201, 600 pesos. La inversión anual total en personal de salud será de 903, 600 pesos por cada unidad médica. El pago promedio a una partera tradicional es de 600 pesos por evento,<sup>5</sup> y el lavado de la ropa por evento cuesta en promedio 30 pesos.<sup>6</sup>

He tomado en cuenta a las parteras tradicionales debido al lugar tan importante que ocupan en el cuidado de la salud materna en Oaxaca. Ellas atienden 23.5 por ciento de los partos, generalmente en localidades marginadas; si se les presentan complicaciones o urgencias obstétricas, se enfrentan al mismo obstáculo que cualquier especialista: no existen unidades médicas accesibles a las cuales llevar a las pacientes. Aún así, numerosos testimonios dan cuenta de que las parteras han logrado llevar a buen término partos complicados en las difíciles condiciones en las que ejercen su oficio. Por otra parte, las parteras incluyen en sus servicios la atención del embarazo, del parto y del puerperio; de acuerdo con los datos disponibles, las parteras atienden 86.7 por ciento de los partos de sus pacientes embarazadas, y de éstos, el 97 por ciento de los puerperios. En contraste, SSO atiende 58.4 y 68.1 por ciento, respectivamente, de los partos y puerperios de sus pacientes (Cuadro 3). Finalmente, los servicios de las parteras tradicionales son culturalmente aceptados por una importante porción de la población oaxaqueña.

Para estimar la inversión necesaria en recursos humanos resulta relevante conocer el número de consultas para la atención de la salud materna; los datos del SISPA revelan que 5 por ciento de las consultas se destina a este fin, de tal suerte que la inversión en recursos humanos fortalecería la atención médica en

5 Información proporcionada por Círculo de Mujeres, asociación civil dedicada al trabajo con parteras tradicionales y a la investigación y el ejercicio de la partería.

6 Información proporcionada por médicos que trabajan en SSO e IMSS-Oportunidades en clínicas rurales del Estado de Oaxaca.

general en los municipios con rezago en el acceso. Por lo que respecta a las parteras, se consideró su intervención en la mitad de los casos.

El ejercicio sobre la inversión en recursos humanos y lavado de ropa para la atención de urgencias obstétricas se presenta en el siguiente cuadro:

Cuadro 8. Estimación de la inversión en recursos humanos y lavado de ropa para la atención de complicaciones obstétricas en unidades médicas de primer nivel en regiones indígenas de Oaxaca 2004

Región	Número de clínicas	Costo médicos y enfermeras	Costo médico y enfermera en atención a salud materna (5%)	Casos esperados de urgencias obstétricas	Partera	Lavado de ropa	TOTAL
Sierra Sur	6	5,421,600	271,080	613	183,900	18,390	473,370
Sierra Sur-costa	3	2,710,800	135,540	199	59,700	5,970	201,210
Sierra Norte Mixe	4	3,614,400	180,720	310	93,000	9,300	283,020
Sierra Norte Zapoteca	3	2,710,800	135,540	125	37,500	3,750	176,790
Total	16	14,457,600	722,880	1347	374,100	37,410	1,134,390

Costo anual en pesos.

El costo estimado en recursos humanos y lavado de ropa para la atención básica de urgencias obstétricas es de 1,134,390 pesos anuales, más medicamentos e insumos. La inversión que incluye recursos humanos para todas las intervenciones propias del primer nivel de atención y que fortalecería la red de servicios de salud es de 14,869,110 pesos anuales. El personal médico seguramente ya está en servicio por lo que solamente tendría que ser reasignado.

## CONCLUSIONES

Una respuesta médica eficaz para enfrentar la problemática de la discapacidad y la mortalidad materna es brindar servicios oportunos de atención a las urgencias obstétricas en las unidades médicas de las regiones rurales. A pesar de que en sucesivos Programas Nacionales de Salud se ha planteado ampliar la cobertura y lograr que la población tenga acceso efectivo a los servicios, esto no se ha logrado y las mujeres siguen muriendo en su casa o viajando en busca de unidades médicas que les brinden atención adecuada.

La atención a las urgencias obstétricas en las unidades médicas de primer nivel es una estrategia factible. Aun cuando el ejercicio realizado para estimar su costo enfrenta problemas de información disponible escasa, es evidente que se requiere una muy pequeña inversión para fortalecer la cobertura y la capacidad resolutive del primer nivel de atención. Así podría evitarse mucho sufrimiento de mujeres a causa de complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, sufrimiento que sólo existe por inequidad en la atención a la salud. El factor crítico es la sensibilidad y la voluntad política de quienes toman las decisiones para hacer una pequeña inversión y mejorar los sistemas de registro de la morbilidad materna.

## Bibliografía

- Ávila Figueroa C., S. Gómez Fraga, B. E. Herrera, F. A. Sousa, A. R. Lozano, *Estimación de los costos de producción de servicios clínicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento médico*, Secretaría de Salud. Seguro Popular, 2ª Edición, México, 2003.
- Castañeda Pérez, Martha A., "La atención médica a la salud materna en Oaxaca: políticas, programas y presupuesto" en: *La mortalidad materna en México: cuatro visiones críticas*, Fundar/ FNMPP/ Kinal Antzetik/ UAM, México, 2004a.
- Castañeda Pérez, Martha A., *Seguridad de las mujeres para dar vida: infraestructura sanitaria, presupuesto y cuentas claras. Monitoreo al Programa Arranque Parejo en la Vida en Oaxaca*, Fundar Centro de Análisis e Investigación, México, 2004b.
- Consejo Nacional de Población, *Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2003*, México Informe, México, 2004.
- Consejo Nacional de Población, *Proyecciones de la población de México 2000-2050*, CONAPO, México, 2002.
- Maine, Dehora, et al., *Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna*, Universidad de Columbia, Centro para la población y salud familiar, Nueva York, 1997.
- Diario Oficial de la Federación, *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*, México, octubre de 1994.
- Díaz, Daniela y Freyermuth Graciela, "Introducción", en: *Muerte Materna y Presupuesto Público*, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, México, 2004.
- Duley, L., A. M. Gulmezoglu, D.J. Henderson Smart, *Anticonvulsivos para la preeclampsia* (Traslated Cochrane Review), en: *The Cochrane Library*, Sigue 4, 2000, Oxford. Update Software
- Frenk Mora, Julio. *Comparecencia del doctor Julio Frenk Mora, Secretario de Salud, sobre la situación actual de salud de las y los mexicanos, en el marco del IV Informe de Gobierno, ante la Comisión de Salud y Seguridad Social del Senado de la República*, Senado de la República. Versión estenográfica. México, D. F., 4 de octubre de 2004.

Freyermuth Enciso, Graciela, *"La muerte materna en los Altos de Chiapas"*, Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México, 1998.

Freyermuth Enciso, Graciela, *"Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad"*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/ Instituto Nacional de las Mujeres/ Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas/ Miguel Ángel Porrúa, México, 2003.

Gobierno del Estado de Oaxaca, Secretaría Técnica, *Plan Estatal de Desarrollo Sustentable 2004-2010*, Oaxaca, México, marzo de 2005.

Gutiérrez Trucios, Isaías Daniel, *La Maternidad Segura en su contexto conceptual en Maternidad sin Riesgos en México*, IMES A.C./ Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México, México, 1994.

Lezana, Miguel Ángel, "Evolución de las tasas de mortalidad materna en México", en: Elu, Ma. del Carmen y Santos Elsa (compiladoras), *Una nueva mirada a la mortalidad materna en México*, Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México, México, 1999.

Lozano A., Rafael. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Dirección General de Información en Salud. "Subregistro de muertes maternas en México", Ponencia presentada en el Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal, organizado por Arranque Parejo en la Vida y Population Council, México, 3 a 5 de abril de 2005.

Núñez Urquiza, Rosa María, *Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para la prevención de muertes maternas*, Secretaría de Salud, Programa Arranque Parejo en la Vida, México, 2004. URL disponible en: [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)

Núñez Urquiza, Rosa María, "Detecciones de eslabones críticos en los procesos de atención: una herramienta para contestar: ¿qué tengo que hacer distinto para evitar la muerte de una mujer que está hoy en condiciones similares a la que murió ayer?", Ponencia preparada para la celebración del décimo aniversario del Comité por una Maternidad sin Riesgos en Oaxaca, Oaxaca, agosto de 2005.

OMS, *Nuevo Modelo de Control Prenatal de la OMS*, Grupo de Investigación de estudio de Control Prenatal de la OMS, OMS, Ginebra, Suiza, 2003.

OMS, *Millenium Development Goals. La OMS y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. URL disponible en <http://www.who.int/mdg/es>

- Poder Ejecutivo Federal, *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*, Secretaría de Hacienda y Crédito Público, México, 1995.
- Poder Ejecutivo Federal, *Programa de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000*, Poder Ejecutivo Federal, México, 1995.
- Reyes Zapata Hilda y Carlos Neri Méndez, *Atención Obstétrica de Emergencia: costo de la AOE*, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, México, 2004.
- Reyes Zapata Hilda y Neri Méndez Carlos, *Atención Obstétrica de Emergencia: parto obstruido y aborto*, En prensa, México, 2005.
- Secretaría de Salud, *El Programa de Ampliación de Cobertura 1996-2000. Recuento y testimonio de un esfuerzo de equidad y extensión de servicios de salud en México*, Primera Impresión, México, 2000.
- Secretaría de Salud, *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, Secretaría de Salud, México, 2001.
- Secretaría de Salud, *Salud México 2004. Información para la rendición de cuentas*, Secretaría de Salud, México, 2005.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, *Relación de parteras tradicionales registradas y capacitadas en el programa APV* [Información proporcionada por la DGS], México, junio de 2004.
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Programa de Acción "Arranque Parejo en la Vida", México, abril de 2002.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, *Relación de parteras tradicionales registradas y capacitadas en el Programa APV por entidad federativa*, Programa Arranque Parejo en la Vida, México, 2004.
- Secretaría de Salud, UNAM. *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*.
- Servicios de Salud de Oaxaca, Dirección de Planeación y Desarrollo, *Mortalidad Estatal 1999-2003*. Disponible en: <http://www.oaxaca.gob.ma/sso/salud>. Oaxaca, 2004.
- Servicios de Salud de Oaxaca, Dirección de Planeación y Desarrollo, *Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios, Concentrado Estatal 2004*.
- Sesia, Paola. Comité por una Maternidad sin Riesgos-Oaxaca, "Muertes maternas en municipios indígenas en Oaxaca 2002", Ponencia presentada en el Taller de Seguimiento y Evaluación de la Muerte Materna, Oaxaca, 26 de noviembre de 2003.

Townsend, John, *La colaboración de los organismos internacionales en México*, IMES A.C./ Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México, México, 1994.

Uribe, Patricia. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, "Intervenciones y retos para la reducción de muertes maternas y neonatales", Ponencia presentada al Comité México por una Maternidad sin Riesgos, México, Junio de 2005.

Velasco, Vitelio, Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas, Unidad de Salud Pública, Coordinación de Salud Reproductiva, "Atención Prenatal con Enfoque de Riesgo", Ponencia presentada en el Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal, organizado por Arranque Parejo en la Vida y Population Council, 3 a 5 de abril 2005.

Villar J. y P. Bergsjø, *Bases científicas para el contenido de la atención antenatal rutinaria I. Filosofía, estudios recientes, y capacidad para eliminar o aminorar resultados maternos adversos*, Acta obstétrica gynecologica Scandinavica, 1997; 76:1-14

Villar J. y D. Khan-Neelofur, *Modelos de atención prenatal corriente para el embarazo de bajo riesgo* (Traslated Cochrane Review), en: The Cochrane Library, Sigue 4, 2000. Oxford: Update Software.

## Objetivo

1. Presentar en términos operativos la Atención Obstétrica de Emergencia (AOE) en el primer y segundo nivel de atención a la salud, en el marco del Manual de Atención de Urgencias Obstétricas en Unidades de Primer Nivel y de la normatividad vigente en el Sector Salud, así como en el de los procedimientos vigentes en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer).
2. Definir los costos monetarios de los medicamentos para la AOE en el primer nivel de atención.

## Metodología

- Se analizaron las normas y lineamientos vigentes de la Secretaría de Salud, las normas y procedimientos de ginecología y obstetricia para 2002 del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), y bibliografía disponible sobre AOE.
- Se definieron los procesos de atención de las principales causas de muerte materna - preeclampsia/eclampsia, hemorragia obstétrica e infección puerperal-, precisando el uso específico de medicamentos, líquidos parenterales y paquetes sanguíneos. Esta definición se hizo en el marco de la normatividad vigente en el Sector Salud y considerando las condiciones operativas del primer y segundo nivel de atención.
- Se definió la AOE para la atención en primer nivel de atención (el nivel del primer contacto).
- Se investigaron los costos de los medicamentos necesarios para la atención médica en el primer y segundo nivel. Con este fin, se tomó como referencia el costo de adquisición que se registró, por licitación, en una institución de tercer nivel, y el precio de venta en una farmacia de descuento (Farmacia San Pablo).

## 1. Preeclampsia-Eclampsia

Es el síndrome que complica el embarazo, generalmente después de la vigésima semana de gestación o en el puerperio. En caso de embarazo múltiple (dos o más fetos) puede presentarse antes de las veinte primeras semanas de gestación. Se manifiesta a través de presión arterial alta, excreción de proteínas mediante la orina y, frecuentemente, edema, dolor de cabeza, zumbido de oídos, fosfenos (ver destellos de luz súbitos). Esta entidad se incluye dentro de las enfermedades hipertensivas del embarazo.

### Clasificación de los estados hipertensivos del embarazo:

- Hipertensión gestacional
- Preeclampsia/eclampsia
- Preeclampsia leve
  - Preeclampsia severa
  - Síndrome de Hellp
  - Eclampsia
- Preeclampsia agregada a hipertensión crónica
- Hipertensión crónica

Tipo	Síntomas y signos clínicos	Tratamiento
Hipertensión gestacional	<p>El diagnóstico se hace cuando se encuentra <b>presión arterial alta</b> después de la vigésima semana de gestación y hasta las primeras 12 semanas después del parto. Se manifiesta a través de <b>presión sistólica</b> igual o mayor a 140 mm. Hg., y <b>presión diastólica</b> igual o mayor a 90 mm. Hg., tomadas por lo menos 2 dos veces consecutivas con un espacio mínimo de 7 días entre cada toma.</p> <p>La hipertensión arterial puede acompañarse de dolor de cabeza, zumbido de oídos y fosfenos (ver destellos de luz súbitos).</p> <p>La hipertensión gestacional puede ser <b>transitoria</b> si desaparece durante las 12 semanas siguientes a la detección. Puede también avanzar hacia preeclampsia leve.</p>	Su manejo es semejante al de la preeclampsia leve.

<p><b>Preeclampsia leve</b></p>	<p>El diagnóstico se hace cuando se presentan los siguientes signos después de la vigésima semana de gestación y hasta las primeras 6 semanas del postparto, en mujeres sin hipertensión arterial previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Presión arterial alta</b>, manifestada por <b>presión sistólica</b> igual o mayor a 140 mm. Hg.; <b>presión diastólica</b> igual o mayor a 90 mm. Hg.; <b>presión arterial media</b> igual o mayor a 105 mm. Hg., tomadas por lo menos 2 veces consecutivas con un espacio mínimo de 6 horas entre cada toma.</li> <li>● <b>Proteinuria</b>: excreción de proteínas en la orina igual o mayor a 300 mg., medida a través de estudio de orina de laboratorio de 24 horas o mediante una tira o cinta reactiva que señale valores iguales o mayores a 30 mg./dl. (1+).</li> <li>● La hipertensión arterial puede acompañarse de dolor de cabeza, zumbido de oídos y fosfenos (ver destellos de luz súbitos).</li> <li>● También puede haber <b>Edema</b>: hinchazón de extremidades y párpados.</li> </ul>	<p><b>Atención en el primer nivel</b>                  Cuando se sospeche el diagnóstico en el primer nivel de atención, deberá enviarse a la mujer a un segundo nivel de atención para su vigilancia por parte de un médico ginecobstetra.</p> <p><b>Atención en el segundo nivel</b>                  El caso deberá valorarse tan pronto llegue la mujer, para decidir su hospitalización. De ser así, se prescribirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta normosódica.</li> <li>• Toma de presión arterial cada 4 horas.</li> <li>• Toma diaria de peso.</li> <li>• Vigilancia de edemas, reflejos osteotendinosos y síndrome vasculoespasmódico.</li> <li>• Determinación de proteinuria en orina con tira reactiva cada 6 horas.</li> <li>• Estudios de laboratorio: Examen general de orina, biometría hemática, plaquetas, química sanguínea, glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, transaminasas, deshidrogenasa láctica, tiempo de coagulación, TP y TPT, grupo sanguíneo y RH, depuración de creatinina en orina de 24 horas.</li> </ul> <p>Deberá valorarse el crecimiento uterino y la frecuencia cardíaca fetal. De ser posible, se realizará un ultrasonido para efectuar fetometría y valoración del líquido amniótico, así como un registro cardiotocográfico en embarazos mayores o iguales a 32 semanas.</p> <p>Si la presión arterial presenta cifras diastólicas mayores o iguales a 100 mm. Hg., se sugiere usar alfametildopa de 250 a 500 mg. cada 6 a 8 horas, o hidralazina de 30 a 50 mg. vía oral cada 6 horas, o nifedipina de 10 mg. cada 8 horas.</p>
---------------------------------	--	---

<p>Preeclampsia severa</p>	<p>El diagnóstico se hace con dos o más de los siguientes signos después de la vigésima semana de gestación y hasta las primeras 6 semanas de postparto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Presión arterial alta</b>, manifestada por <b>presión sistólica</b> igual o mayor a 160 mm. Hg.; <b>presión diastólica</b> igual o mayor a 110 mm. Hg.; <b>presión arterial media</b> mayor a 126 mm. Hg., tomadas por lo menos 2 veces consecutivas con un espacio mínimo de 6 horas</li> </ul>	<p>En caso de que la condición de la paciente no amerite hospitalización, se sugiere cita dos veces por semana para evaluar los siguientes datos, que se tomarán con apoyo del centro de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de presión arterial tomada diariamente.</li> <li>• Peso corporal tomado cada 7 días.</li> <li>• Grado del edema.</li> <li>• Evaluación del feto.</li> <li>• Realizar cada 7 días los siguientes estudios de laboratorio: proteinuria, creatinina, ácido úrico, hemoglobina, hematocrito, plaquetas, transaminasas.</li> <li>• No permitir que el embarazo pase de 40 semanas.</li> </ul> <p>Deberá informarse a la embarazada y a su familia de la necesidad de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir la actividad física y tomar por lo menos un descanso completo una vez al día, de preferencia recostada.</li> <li>• Comer más proteínas de origen animal (carne, leche, huevo, quesos, etcétera).</li> <li>• Disminuir la sal en los alimentos.</li> </ul>
		<p><b>Atención en el primer nivel</b></p> <p>Tan pronto se detecte el caso, debe trasladarse de inmediato a la mujer a un hospital de segundo o de tercer nivel, en ambulancia y acompañada por personal médico. Las medidas terapéuticas de urgencia en el primer nivel incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Canalizar vena con solución glucosada al 5% o solución isotónica de cloruro de sodio de 100 a 150 ml. por hora.</li> <li>• Hidralazina de 5 mg. IV lentamente; continuar con bolos de 5 a 10 mg. cada 20 minutos. Dosis máxima: 30 mg.</li> <li>• Si no se tiene hidralazina puede usarse nifedipina</li> </ul>

	<p>entre cada toma.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Proteinuria:</b> excreción de proteínas en la orina mayor o igual a 2 mg., medidas en laboratorio en orina de 24 horas o mediante una tira o cinta reactiva que señale valores de más de 2 gramos (2+).</li> <li>• <b>Edema:</b> hinchazón de extremidades y párpados.</li> <li>• <b>Dolor de cabeza</b> persistente.</li> <li>• <b>Dolor intenso</b> en el cuadrante superior derecho del abdomen (hipocondrio derecho) o en el cuadrante superior central (epigastrio).</li> <li>• <b>Oliguria:</b> orina menor o igual a 500 ml. en 24 horas.</li> <li>• Datos de edema agudo de pulmón.</li> </ul> <p>Pueden presentarse también mareo, fosfenos (ver destellos de luz subitos), acúfenos ("zumbido de oídos"), visión borrosa.</p> <p>Si se cuenta con apoyo de laboratorio, los datos que se encuentran son los siguientes:</p> <p>creatinina sérica mayor a 1.2 mg./dl., trombocitopenia menor o igual a 150 000 células por milímetro cúbico, deshidrogenasa láctica mayor o igual a 600 UI, transaminasas elevadas al doble de lo normal o más.</p>	<p>de 10 mg. VO y pasar simultáneamente carga rápida de 250 cc. de solución cristaloide (haemacel). Si continúa la presión arterial diastólica por arriba de 110 mm. Hg., repetir la dosis cada 30 minutos. Dosis máxima: 50 mgs.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidralazina, tabletas de 50 mg. vía oral cada 6 horas.</li> <li>• Tomar la presión arterial cada 10 minutos.</li> <li>• Vigilar el estado de conciencia de la paciente.</li> <li>• Traslado urgente.</li> </ul> <p><b>Atención en el segundo nivel</b></p> <p>Interrupción del embarazo dentro de las primeras 6 horas de llegada la paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tomar la presión arterial cada 10 minutos.</li> <li>• Aplicar una carga rápida de 250 cc. de solución mixta o fisiológica o Hartman en 10 o 15 minutos.</li> <li>• Continuar con solución isotónica de cloruro de sodio 1000 cc. para 6 u 8 horas. Valorar uso de haemacel.</li> <li>• Aplicar un bolo inicial de hidralazina de 5 mg. IV, diluidos en 20 ml. de solución fisiológica; continuar con bolos de 5 a 10 mg. cada 20 minutos. Dosis máxima: 30 mg.</li> <li>• Si no se tiene hidralazina, adminístrese labetalol de 10 mg. IV; si no hay respuesta en 10 minutos, adminístrese 20 mg, IV. Auméntese la dosis a 40mg. y luego a 80 mg. si no se tiene una respuesta satisfactoria después de pasados 10 minutos de la administración de cada dosis.</li> <li>• En caso de no tener hidralazina, otra opción es la nifedipina de 5 mg. debajo de la lengua. Si la respuesta no es adecuada, colóquese 5 mg. adicionales y continúese administrando 10 mg. vía oral cada 4 horas.</li> </ul>
--	--	--

- Continuar con dosis de mantenimiento: Hidralazina de 50 mg. vía oral cada 6 horas. Dosis máxima: 200 mg. Alfametil dopa de 500 mg. vía oral cada 6 horas. Dosis máxima: 2 gr.
- Colocar sonda de Foley a permanencia y cuantificar el volumen de orina y la proteinuria.
- Realizar los siguientes exámenes de laboratorio: pruebas de coagulación, recuento de plaquetas, transaminasas, medición de proteínas en orina y, de ser posible, biometría hemática, glucosa, urea, creatinina y ácido úrico en sangre.
- Vigilar el estado de conciencia de la paciente.
- Continuar con el mismo esquema de medicamentos.
- Interrupción del embarazo por vía vaginal si existe trabajo de parto, o por vía abdominal una vez que se haya estabilizado la presión arterial, sobre todo si existen signos de desprendimiento prematuro de placenta (ver tratamiento).
- **Para prevenir crisis convulsivas**, adminístrese, durante 20 minutos (tiempo que debe durar la infusión del medicamento), **sulfato de magnesio** de 4 gr., diluido en 250 ml. de solución glucosada al 5%. Continuar con 2 gr. por hora. Esto sólo debe continuar si el reflejo patelar está presente, la frecuencia respiratoria es mayor a 12 por minuto, y la urosis es mayor de 100 ml. en 4 horas.
- La administración del sulfato de magnesio debe continuar durante 24 a 48 horas después del parto cuando el riesgo de convulsiones es bajo.
- Si no se tiene sulfato de magnesio se puede usar fenobarbital: una ampolla de 330 mg. IM o IV cada 12 horas. Otra opción es el uso de difenilhidantoína sódica de 250 mg. IV, y posteriormente 125 mg. cada 8 horas.

<p><b>Síndrome de Hellp</b></p>	<p>Se considera que existe cuando a los síntomas de una paciente con preeclampsia en todas sus modalidades o con eclampsia, se añade plaquetopenia (disminución de plaquetas por debajo de 150 000/mm<sup>3</sup>), y alteración de las enzimas hepáticas.</p> <p>Ante la carencia de estudios de laboratorio que permitan hacer un diagnóstico, como suele ocurrir en el primer nivel de atención, sólo podrá sospecharse esta complicación ante la presencia de petequias o sangrado marcado en sitios de venopunción.</p>	<p><b>Atención en el primer nivel</b></p> <p>La atención de esta complicación debe darse en el nivel hospitalario, preferentemente en un hospital que cuente con servicio de cuidados intensivos, ya que esta situación implica un mayor riesgo de muerte para la mujer gestante. Es por tanto indispensable que el traslado de la mujer al hospital se haga de inmediato.</p> <p>Ante la sospecha de esta complicación y las dificultades de traslado habituales en las áreas rurales, se justifica usar la dexametazona, de acuerdo con el esquema que se señala abajo (para la atención en el segundo nivel).</p> <p><b>Atención en el segundo nivel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar exámenes de laboratorio: pruebas de coagulación, recuento de plaquetas, transaminasas, medición de proteínas en orina y, de ser posible, biometría hemática, glucosa, urea, ácido úrico y creatinina en sangre.</li> <li>• Interrupción del embarazo una vez que se establezca la presión arterial y se logre una cuenta de plaquetas mayor a 80 000 mm<sup>3</sup>.</li> <li>• Dexametazona de 16 mg. intravenoso como dosis de impregnación; posteriormente, de 8 mg. intravenosos cada 8 horas.</li> <li>• Transfusión de concentrados plaquetarios cuando el recuento de plaquetas sea menor a 40 000 mm<sup>3</sup>, cuando se vaya a intervenir quirúrgicamente o si hay sangrados en sitios de venopunción, independientemente de la cuenta plaquetaria.</li> </ul>
---------------------------------	--	--

## Eclampsia

Se considera que existe cuando se asocia a todas las modalidades de preeclampsia, crisis convulsivas o estado de coma.

Deberá sospecharse inminencia de eclampsia ante cualquier caso de preeclampsia severa con los siguientes signos:

La presión sistólica mayor a 185 mm. Hg., o presión diastólica mayor o igual a 115 mm. Hg., proteinuria mayor o igual a 5 gr./dl.

Confusión mental o desorientación, hiperreflexia generalizada y dolor en barra en epigastrio.

En este caso deberá aplicarse el manejo señalado en la columna siguiente.

### Atención en el primer nivel

Este cuadro obliga a un traslado urgente de la mujer a una unidad hospitalaria, en ambulancia y con acompañamiento de personal médico. Mientras esto ocurre, deberá hacerse el mismo manejo que en la preeclampsia severa, agregando:

- 250 cc. de solución Harttman o fisiológica en 10 minutos y continuar con 1000 cc. de las mismas soluciones para 8 horas.
- **Sulfato de magnesio** de 4 gr. diluido en 250 ml. de solución glucosada al 5%. Continuar con 2 gr. por hora. Sólo debe continuarse si el reflejo patelar está presente, la frecuencia respiratoria es mayor a 12 por minuto y la urosis es mayor de 100 ml. en 4 horas.
- Si no se tiene sulfato de magnesio se puede usar fenobarbital: una ampollita de 330 mg. IM o IV cada 12 horas. Otra opción es el uso de difenilhidantoína sódica de 250 mg. IV, y posteriormente de 125 mg. cada 8 horas.
- Cuidar que las vías aéreas superiores estén permeables.
- Colocación de sonda vesical (sonda de Foley).
- Evitar mordeduras de lengua.
- Aspirar secreciones de vías aéreas superiores.

### Atención en el segundo nivel

Aplicar las mismas indicaciones señaladas para la preeclampsia severa, incluyendo el uso de sulfato de magnesio. Agregar el siguiente manejo:

- Colocar catéter para medición de presión venosa central y para infusión de soluciones. 100 o 150 ml. por hora. Según los resultados de las mediciones, administrar líquidos.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se aprecia pérdida de líquidos, corregir déficit aplicando solución Hartman de acuerdo con la pérdida.</li> <li>• Realizar exámenes de laboratorio: pruebas de coagulación, recuento de plaquetas, transaminasas, medición de proteínas en orina y, de ser posible, biometría hemática, glucosa, urea, ácido úrico y creatinina en sangre.</li> <li>• Si se encuentran datos de síndrome de Hellp, dar el tratamiento medicamentoso arriba señalado.</li> <li>• Interrupción del embarazo por vía abdominal una vez que se establezca la presión arterial y se logre una cuenta de plaquetas mayor a 80 000 mm<sup>3</sup>, en caso de estar agregado un síndrome de Hellp.</li> </ul> <p>Las mujeres en esta situación deberán ser atendidas en un servicio de cuidados intensivos.</p>
<p><b>Preeclampsia sobreagregada a hipertensión arterial crónica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertensión arterial conocida antes de la gestación.</li> <li>• Proteinuria después de la vigésima semana, o incremento severo si ya existía.</li> </ul>	<p>Deberá darse el tratamiento señalado para los casos de preeclampsia severa.</p>

## 2. Sangrado uterino antes y después del parto (hemorragia) en gestación de más de veinte semanas

Periodo del embarazo	Causa	Signos y síntomas
Anterior al parto	Placenta previa	Sangrado vaginal de color rojo rutilante. Cantidad variable. Tono uterino (consistencia del útero) normal Sin dolor
	Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	Sangrado vaginal rojo oscuro. Cantidad variable. Tono uterino aumentado de ligero a severo (hipertonía). Dolor tipo cólico (dolor de parto).
	Ruptura uterina	<p>Intenso dolor súbito arriba del pubis, seguido de hemorragia progresiva, detención del trabajo de parto y datos de choque hipovolémico. Puede haber palpación de partes fetales superficiales. Taquicardia fetal seguida de ausencia del foco fetal.</p>

Posterior al nacimiento	Atonía o hipotonía uterina	Falta de contracción uterina. Sangrado vaginal rutilante y constante. Cantidad variable.	
	Retención de restos placentarios	Alumbramiento incompleto, identificado porque al revisar la placenta se observa la falta de uno o varios cotiledones o fragmentos de las membranas.	
	Acretismo placentario (inserción normal de la placenta con penetración anormal de ella en las paredes del útero)	Alumbramiento nulo o incompleto después de 15 minutos del parto y habiendo efectuado una tracción moderada del cordón umbilical. Sangrado vaginal rutilante de cantidad variable, que se puede tornar incontrolable si se pretende desprender la placenta.	

## Atención en centro de salud o en el primer nivel

- En todos los casos de pérdida sanguínea (leve, moderada o severa), la reposición de líquidos es fundamental. Se recomienda la regla de reposición “tres por uno”; es decir, por cada 100 ml. de sangre que se estiman perdidos, habrá que reponer 300 ml. de líquidos. Se aconseja canalizar dos venas de manera simultánea y administrar por ambas vías solución Harttman. Si no se cuenta con ella, deberá usarse solución isotónica de cloruro de sodio o, en su defecto, solución glucosada al 5%. Puede usarse soluciones expansoras del plasma como el polimerizado de gelatina al 4% (Haemacel); la cantidad a usar debe basarse también en la regla de “tres por uno”.
- Colocar una sonda para el drenaje de orina (sonda de Foley).
- Traslado inmediato.
- Ante la sospecha de **placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y ruptura uterina**, el traslado debe hacerse de inmediato, después de haber iniciado el tratamiento para pérdida sanguínea arriba señalado.
- En el caso de **atonía uterina**, el tratamiento incluye masaje abdominal sobre el fondo del útero para estimular la contracción del mismo. Está igualmente indicado el uso de oxitocina por vía endovenosa, diluida en solución glucosada (20 unidades de oxitocina en 500 cc de solución glucosada). Si no se ha contraído el útero, puede usarse una ampolla de 0.2 mg. de ergonovina por vía intramuscular. Cuando existan evidencias de estado de choque hipovolémico, deben seguirse las indicaciones señaladas en el primer inciso y trasladar a la paciente de inmediato.
- En caso de **retención de restos placentarios**, podrá efectuarse un legrado manual. Este legrado sólo deberá ser hecho por personal capacitado y con experiencia en el procedimiento, cuando se considere que el traslado podría tardarse y el sangrado sea abundante. El legrado se hace introduciendo una mano cubierta por guante estéril en el útero. Con una gasa estéril envolviendo los dedos índices y medio, se trata de limpiar el fondo del útero. Simultáneamente, con la otra mano colocada encima del abdomen a nivel del fondo uterino, se hace presión y masaje para favorecer la expulsión y la contracción uterina. El procedimiento deberá ser muy breve, con duración de segundos.
- Administrar ergonovina una ampolla de 0.2 mgs por vía intramuscular.
- Cuando existan evidencias de estado de choque hipovolémico deberán seguirse las indicaciones señaladas en el primer inciso y trasladar a la paciente de inmediato.

## Atención en hospital (segundo nivel)

- Idealmente, la sangre perdida debería reponerse de inmediato. Sin embargo, esto se hace generalmente hasta que la paciente llega a un hospital de segundo nivel de atención, y una vez que se le han tomado las pruebas cruzadas correspondientes. Puede usarse sangre total o concentrados globulares en proporción a la pérdida hemática. De existir evidencia de choque hipovolémico, deberán aplicarse dos paquetes de 600 ml. (de sangre total o con-

centrado globular) y valorar si debe aplicarse una cantidad mayor de acuerdo con las condiciones de la mujer y los datos de laboratorio (biometría hemática completa o por lo menos hemoglobina y hematocrito).

- En el momento de tomar la muestra de sangre para efectuar las pruebas pretransfusionales cruzadas, debe realizarse, de ser posible, una biometría hemática completa y una química sanguínea. Los datos resultantes permitirán evaluar la función renal. Deberán hacerse también pruebas de coagulación.
- La **placenta previa** exige vigilancia en el hospital hasta que haya pasado una semana de no haber sangrado vaginal. Se deberá vigilar la frecuencia cardíaca fetal y monitorear los datos de anemia en la mujer.
- El **desprendimiento prematuro de placenta normoinserta** amerita la interrupción del embarazo por vía abdominal (cesárea).
- La **ruptura uterina** exige una intervención quirúrgica de urgencia. Puede hacerse una reparación del útero si las condiciones de la lesión y los datos hemodinámicos de la paciente lo permiten. Sin embargo, existe una gran probabilidad de que el manejo quirúrgico tenga que ser una histerectomía. El intento de preservar el útero requiere la sutura del sitio hemorrágico, pero el cirujano debe estar preparado para efectuar una histerectomía en caso necesario.
- En caso de **atonía uterina** deben seguirse las instrucciones señaladas para el primer nivel. Si el útero no se contrae, deberá hacerse una intervención quirúrgica (histerectomía).
- Cuando se trate de **acretismo placentario**, deberá intentarse desprender la placenta. Esto puede ocasionar un sangrado mayor y el intento sólo será exitoso en caso de acretismo parcial; sin embargo, esto no puede saberse con certeza al iniciar las maniobras manuales de desprendimiento. Si se intenta esta acción debe contarse con la posibilidad de efectuar una cirugía de urgencia. La colocación del tapón uterino da unos minutos de margen para preparar la intervención quirúrgica.

### 3. Infección puerperal

Es la invasión de microorganismos en los órganos genitales externos o internos durante o después del aborto o del parto por vía vaginal o por cesárea. Por lo general, esta infección es ocasionada por gérmenes que residen habitualmente en el tracto genital. Los gérmenes se vuelven patógenos ante la existencia de tejidos desvitalizados, muy manipulados, incluso con heridas, y la baja resistencia de la mujer por condiciones predisponentes, tales como el embarazo mismo, la desnutrición y la anemia, alguna infección urinaria, obesidad, etcétera. A esta situación pueden sumarse otras condiciones de riesgo, como la ruptura prematura de membranas, infecciones cervicovaginales, abortos inducidos en condiciones inadecuadas, técnicas quirúrgicas mal realizadas, falta de asepsia durante la intervención quirúrgica o los diversos procedimientos obstétricos, y retención de restos de membranas placentarias, entre otras.

La atención de este padecimiento debe tomar en cuenta el sitio donde se localiza la infección. En el cuadro siguiente se resumen los signos y síntomas, así como el tratamiento de acuerdo con el sitio de localización del proceso infeccioso.

Tipo	Síntomas y signos clínicos	Tratamiento
Infecciones locales del perineo, la vagina o heridas quirúrgicas	Esta infección es generalmente consecuencia de desgarros, episiotomía, laceraciones o heridas quirúrgicas. Los síntomas pueden incluir dolor en el sitio afectado, hipersensibilidad al tacto o al roce con la ropa, signos de inflamación en el sitio afectado (eritema, rubor y calor). Pueden encontrarse también uno o más abscesos en la zona afectada.	<p><b>Atención en el primer nivel</b> Lavar la zona afectada con agua y jabón. En caso de existir abscesos, drenarlos repitiendo el proceso cuantas veces sea necesario hasta la cicatrización.</p> <p>Si el dolor es intenso, puede usarse analgésicos. Se pueden emplear tabletas de ketorolaco de 10 mg. por vía oral cada 8 horas hasta la mejoría del dolor (que generalmente se produce en 2 a 5 días).</p> <p>Si el proceso infeccioso no muestra mejoría en las primeras 48 horas, enviar a la paciente a un segundo nivel de atención</p> <p><b>Atención en el segundo nivel</b> Continuar con el esquema de antibióticos. Si es necesario, debridar la zona infectada y efectuar lavado mecánico.</p>
Infección uterina	A la palpación del útero se encuentra subinvolución, dolor al palparlo y movilizarlo. Puede sentirse blando y fijo. Loquios fétidos, purulentos. Fiebre en grado variable de 38 grados o más, taquicardia y sudoración profusa.	<p><b>Atención en el primer nivel</b> Canalizar vena y administrar solución Hartman a 100 o 150 ml. por hora. Si no se tiene esta solución, puede usarse glucosada al 5% y solución salina isotónica.</p> <p>Administrar penicilina G sódica cristalina 5 millones por vía intravenosa cada 4 horas durante 7 a 10 días, más gentamicina de 80 mg. por vía intravenosa cada 8 horas, también durante 7 a 10 días.</p> <p>Si es necesario, reponer líquidos por vía intravenosa de acuerdo con el esquema señalado para la hemorragia.</p> <p>Trasladar de inmediato a la paciente a una unidad hospitalaria.</p> <p><b>Atención en el segundo nivel</b> Continuar con el esquema de líquidos y antibiótico. Registrar el horario de toma de temperatura.</p> <p>Tomar biometría hemática completa, química sanguínea, electrolitos y pruebas de coagulación. Si es posible, efectuar cultivo de secreciones de heridas y abscesos.</p> <p>Considerar la necesidad de efectuar histerectomía en caso de no haber respuesta al esquema de antibióticos y de acuerdo con la evolución y los estudios de laboratorio.</p>

<p>Infección uterina y exterior al útero</p>	<p>Además de los síntomas mencionados en la infección uterina, se encuentra fiebre, generalmente en agujas, y ataque severo al estado general. En la exploración de abdomen se produce dolor intenso. A la palpación media y profunda es posible encontrar masas anaxiales. Puede haber masas fluctuantes que se traducen en abscesos. El sitio donde más frecuentemente se hallan es en el nivel del saco posterior. Si no se da atención efectiva a la paciente, este cuadro puede evolucionar a peritonitis, septicemia y muerte.</p>	<p><b>Atención en el primer nivel</b>                      Canalizar vena y administrar solución Hartman a 100 o 150 ml. por hora. En caso de no tenerse esta solución, se puede usar glucosada al 5% y solución salina isotónica.                      Administrar penicilina G sódica cristalina 5 millones por vía intravenosa cada 4 horas durante 7 a 10 días, más gentamicina de 80 mg. por vía intravenosa cada 8 horas, durante 7 a 10 días.                      Trasladar de inmediato a la paciente al nivel hospitalario.</p> <p><b>Atención en el segundo nivel</b>                      Colocar catéter para medición de presión venosa central y para infusión de soluciones a 100 o 150 ml. por hora. Según los resultados de las mediciones, administrar líquidos                      Si se aprecia pérdida de líquidos, corregir el déficit aplicando solución Hartman de acuerdo con la pérdida y con el esquema señalado para la hemorragia.                      Continuar con el esquema de antibiótico señalado.                      Tomar exámenes de laboratorio: pruebas de coagulación, recuento de plaquetas, transaminasas y, de ser posible, biometría hemática, glucosa, urea, ácido úrico y creatinina en sangre.                      Si es necesario, reponer los líquidos por vía intravenosa.                      Realizar, si es posible, cultivo de secreciones de heridas y abscesos.                      Una vez estabilizado el estado hemodinámico de la paciente, intervenir quirúrgicamente para efectuar histerectomía y drenaje de abscesos intra-abdominales.                      Ante la presencia de choque séptico o la inminencia del mismo, la atención de las mujeres en esta situación debe hacerse en una unidad de cuidados intensivos, a fin de hacer un manejo específico.</p>
--	--	---

## MEDICAMENTOS PARA LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

Medicamento (sustancia activa y nombre comercial)	Presentación	Costo	
		Institución Pública: SSA *	Farmacia de descuento**
Solución Harttman	Frasco o bolsa con 1000 ml.	14.65	46.20
Solución glucosaza al 5%	Frasco o bolsa con 1000 ml.	14.65	46.20
Solución isotónica de cloruro de sodio	Frasco o bolsa de 1000 ml.	14.65	46.20
Poliigelina (polimerizado de gelatina al 4%) (Haemacel)	Caja con frasco de plástico de 500 ml. y equipo para su administración	110.00	272.90
Cloridrato de hidralazina, tabletas (Apresolina)	Caja de 50 grageas de 50 mg.	(compra directa) 107.10	107.70
Metildopa, tabletas de 500 mg. (Aldomet).	Caja de 30 tabletas de 500 mg.	22.00	70.30
Fentoína, solución inyectable (Epamin)	Caja con 5 ampolletas de 250 mg.	una ampolleta 24,39	253.80
Dexametazona, solución inyectable (Alin o Decadrón inyectable)	Caja con una ampolleta de 8 mg.	una ampolleta 4.97	21.40
Sulfato de magnesio 1 gr.	Ampolletas de 10 ml.	4.40	
Ergonovina, solución inyectable (Ergotrate)	Ampolletas de 0.2 mg.	una ampolleta 9.70	caja con 6 ampolletas 75.60

Oxitocina, solución inyectable (Syntocinón u Oxitopisa)	Caja con 5 ampollitas de 5 U. l.	Caja con 50 ampollitas de 5 U. l.	61.20
Ketorolaco Tabletas (Dolac)	Caja con 10 tabletas de 10 mg.	20.0	136.30
Ketorolaco, solución inyectable (Dolac)	Ampollitas de 30 mg.	Una ampollita 2.33	Caja con 3 ampollitas 188.10
Penicilina G Sódica de 5 millones de U (Anapenil, Hidroclina)	Frasco ampulla y una ampollita diluyente	14.20	36.60
Gentamicina, ampollitas de 80 mg. (Garamicina)	Frasco ampulla de 80 mg.	4.50	Caja con 5 inyecciones 262.60
Equipo para venoclisis, sin aguja	Pieza	2.43	Venoset 34.30
Catéter venoso periférico, transparente (Jelco, Insyte, etcétera)	Pieza	6.33	10.90
Jeringa desechable de 3ml.	Pieza	0.60	2.20
Jeringa desechable de 5ml.	Pieza	0.69	3.20
Aguja estéril	Pieza	0.32	Caja con 5 ampollitas 40.20
Sonda Foley (de látex) 14F.	Pieza	8.68	46.20

\* Costo obtenido por licitación para los medicamentos que se están utilizando en 2005 en el INPer.

\*\* Costo en la Farmacia San Pablo del Distrito Federal, en junio de 2005.

Costo de medicamentos prescritos según padecimiento en el primer nivel de atención

A) Preeclampsia – Eclampsia

Tipo	Medicamento prescrito	Costo*
Preeclampsia leve	Ningún medicamento específico	
Preeclampsia severa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solución glucosada al 5% o solución isotónica de cloruro de sodio de 100 a 150 ml. por hora</li> <li>• Metildopa de 500 mg. por vía oral cada 8 horas</li> <li>• Hidralazina, tabletas de 50 mg. por vía oral cada 6 horas</li> <li>• <b>Sulfato de magnesio</b>, 4 gr. diluidos en 250 ml. de solución glucosada al 5%. Continuar con 2 gr. por hora</li> </ul>	<p style="text-align: right;">29.40</p> <p style="text-align: right;">66.60</p> <p style="text-align: right;">107.10</p> <p style="text-align: right;">26.40</p> <p style="text-align: right;"><b>TOTAL      229.50</b></p> <p style="text-align: center;">(Gasto promedio estimado para 12 horas)</p>
Síndrome de Hellp	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solución glucosada al 5% o solución isotónica de cloruro de sodio, de 100 a 150 ml. por hora</li> <li>• Metildopa de 500 mg. por vía oral cada 8 horas</li> <li>• Hidralazina, tabletas de 50 mg. por vía oral cada 6 horas</li> <li>• Dexametazona de 16 mg. por vía intravenosa como dosis de impregnación, y posteriormente 8 mg. por vía intravenosa cada 8 horas</li> </ul>	<p style="text-align: right;">29.40</p> <p style="text-align: right;">66.60</p> <p style="text-align: right;">107.10</p> <p style="text-align: right;">14.91</p> <p style="text-align: right;"><b>TOTAL      218.01</b></p> <p style="text-align: center;">(Gasto promedio estimado para 12 horas)</p>

<p>Eclampsia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solución glucosada al 5% o solución isotónica de cloruro de sodio de 100 a 150 ml. por hora</li> <li>• Metildopa de 500 mg. por vía oral cada 8 horas</li> <li>• Hidralazina, tabletas de 50 mg. por vía oral cada 6 horas</li> <li>• <b>Sulfato de magnesio</b>, 4 gr. diluidos en 250 ml. de solución glucosada al 5%. Continuar administrando 2 gr. cada hora</li> <li>• Difenhidantoina intravenoso, dosis de impregnación de 15 mg. por kg. de peso, sin pasar de un gramo y a una velocidad de infusión no menor a 40 mg. por minuto.</li> <li>• Dexametazona 16 mg. intravenoso, como dosis de impregnación. Posteriormente, 8 mg. por vía intravenosa cada 8 horas (si existen evidencias agregadas de Síndrome de Hellp).</li> </ul>	<p>29.40 66.60 107.10  26.40  73.62  14.91</p> <p><b>TOTAL 318.03</b> (Gasto promedio estimado para 12 horas)</p>
<p>Preeclampsia sobreagregada a hipertensión arterial crónica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solución glucosada al 5% o solución isotónica de cloruro de sodio de 100 a 150 ml. por hora</li> <li>• Metildopa de 500 mg. por vía oral cada 8 horas</li> <li>• Hidralazina, tabletas de 50 mg. por vía oral cada 6 horas</li> </ul>	<p>29.40 66.60 107.10</p> <p><b>TOTAL 203.10</b> (Gasto promedio estimado para 12 horas)</p>

\* Cantidad estimada de acuerdo al tiempo promedio de estancia de la paciente, antes de su traslado al segundo nivel de atención y sobre la base de los precios obtenidos por licitación para el INPer en el año 2005.

## B) Sangrado en el parto y postparto en gestación de más de 20 semanas

Tipo	Medicamento prescrito	Costo*
Hipovolemia por hemorragia vaginal	<p>En todos los casos de pérdida sanguínea (leve, moderada o severa), la reposición de líquidos es fundamental. Se recomienda la regla de reposición "tres por uno", es decir, por cada 100 ml. de pérdida estimada de sangre, habrá que reponer 300 ml. de líquidos. Se aconseja canalizar dos venas de manera simultánea y administrar por ambas vías solución Harttman. Si no se cuenta con ella, se puede usar solución isotónica de cloruro de sodio o, en su defecto, solución glucosada al 5%.</p> <p>Puede usarse soluciones expansoras del plasma como el polimerizado de gelatina al 4% (Haemacel). La cantidad a usar debe establecerse con la misma regla de tres por uno.</p>	44.10
Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	Ningún medicamento específico además de lo señalado para atender la hipovolemia.	260.00
Ruptura uterina	Ningún medicamento específico además de lo señalado para atender la hipovolemia.	<p><b>TOTAL 304.10</b> (Gasto promedio estimado para 2 horas)</p> <p><b>TOTAL 304.10</b></p>
<b>TOTAL</b>		<b>304.10</b>

<p>Atonía o hipotonía uterina</p>	<p>Oxitocina por vía endovenosa, diluida en solución glucosada (20 unidades de oxitocina en 500 cc. de solución glucosada) Si no se ha contraído el útero, puede usarse una ampollita de 0.2 mg. de Ergonovina por vía intramuscular. Cuando existan evidencias de estado de hipovolemia, deben seguirse las indicaciones señaladas en el inciso correspondiente y trasladar de inmediato a la paciente.</p>	<p>12.50 9.20 7.24</p> <p>304.10</p> <p><b>TOTAL 333.04</b> (Gasto promedio estimado para 1 hora)</p>
<p>Retención de restos placentarios</p>	<p>Una ampollita de 0.2 mg de Ergonovina por vía intramuscular. Dosis única. Soluciones para la reposición de líquidos. Cuando exista evidencia de estado de hipovolemia, deben seguirse las indicaciones señaladas en e inciso correspondiente y trasladar de inmediato a la paciente.</p>	<p>7.24</p> <p>304.10</p> <p><b>TOTAL 311.34</b> (Gasto promedio estimado para 1 hora)</p>

\* Cantidad estimada de acuerdo a tiempo promedio de estancia antes de su traslado al segundo nivel de atención y en base a los precios obtenidos por licitación para el INPer. en 2003.

### C) Infección puerperal

Tipo	Medicamento prescrito	Costo*
Infecciones locales del perineo, vagina o herida quirúrgica	Ketorolaco, tabletas de 10 mg. por vía oral cada 8 horas	7.40
Infección uterina	<p>Canalizar vena y administrar solución Harttman a 100 o 150 ml. por hora. En caso de no contarse con esta solución puede usarse solución glucosada al 5% y solución salina isotónica.</p> <p>Penicilina G sódica cristalina 5 millones por vía intravenosa cada 4 horas durante 7 a 10 días, más gentamicina de 80 mg. por vía intravenosa cada 8 horas durante 7 a 10 días.</p> <p>Si es necesario, reponer líquidos</p> <p>por vía intravenosa de acuerdo con el esquema señalado para la hemorragia.</p> <p>Trasladar de inmediato a la paciente a una unidad hospitalaria.</p>	<p>29.40</p> <p>26.40</p> <p>6.00</p> <p><b>TOTAL 61.80</b> (Gasto promedio estimado para 12 horas)</p>
Infección uterina y exterior al útero	<p>Canalizar vena y administrar solución Harttman a 100 o 150 ml. por hora. En caso de no tener esta solución puede usarse glucosada al 5% y solución salina isotónica.</p> <p>Penicilina G sódica cristalina 3 millones intravenosos cada 4 horas durante 7 a 10 días, más gentamicina de 80 mg. Por vía intravenosa cada 8 horas durante 7 a 10 días.</p> <p>Si es necesario, reponer líquidos por vía intravenosa de acuerdo con el esquema señalado para la hemorragia.</p> <p>Trasladar de inmediato a la paciente a una unidad hospitalaria.</p>	<p>29.40</p> <p>26.40</p> <p>6.00</p> <p><b>TOTAL 61.80</b> (Gasto promedio estimado para 12 horas)</p>

\* Cantidad estimada de acuerdo con el tiempo promedio de estancia de la paciente antes de su traslado al segundo nivel de atención y sobre la base de los precios obtenidos por licitación para el INPer en el año 2003.

## Conclusiones

La muerte materna es una situación que, en la mayoría de los casos, podría evitarse mediante la atención oportuna y de alta calidad a las mujeres gestantes, principalmente durante el embarazo. Esta atención implicaría un control prenatal ajustado a los avances científicos actuales para los distintos niveles de atención, así como durante el momento del parto.

La atención obstétrica de emergencia en el primer nivel de atención a la salud constituye una alternativa para contrarrestar la mortalidad materna. Esta alternativa exige, no obstante, contar permanentemente con un mínimo de recursos en las unidades del primer nivel de atención, con personal capacitado para aplicarla y con la posibilidad de trasladar oportunamente a las pacientes a un segundo nivel de atención. Sobra decir que también en el área hospitalaria debe contarse con recursos suficientes y personal capacitado para resolver las complicaciones maternas que se canalicen.

Como puede apreciarse en los cuadros correspondientes, el gasto necesario para atender a las mujeres es sumamente modesto en relación con cada una de las entidades que se asocian con más frecuencia a la muerte materna. Desde luego, es también necesario considerar el gasto que debe hacerse en la capacitación del personal que brinda servicios en el primer nivel de atención. Esto supone una capacitación continua, que en las condiciones actuales no se da debido a que la atención en este nivel es proporcionada por personal de servicio social que se moviliza por lo menos una vez al año.

Otro requisito indispensable para asegurar la disminución de la mortalidad materna es la existencia de mecanismos expeditos y permanentes de traslado ante las urgencias obstétricas. Del traslado depende, en gran medida, la supervivencia de las mujeres afectadas, sobre todo en las localidades de más difícil acceso -que con frecuencia son, también, las de mayor rezago económico y social-.

Por último, es necesario asegurar la presencia permanente de personal de salud capacitado para otorgar la atención obstétrica de emergencia en las diversas localidades.

## Bibliografía

1. Belfor M A, Kennedy A, Rassner, U.A Novel Techniques for Cerebral Evaluation in Preeclampsia and Eclampsia. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 2005 June, 48(2): 387-405.
2. Benson RC, Pernoll ML: *Manual de Obstetricia y Ginecología*. 9th. ed. New York: Mc Graw- Hill/Interamericana, 1994.
3. Dexeus S., Carrera J.M., *Infecciones puerperales*. Tratado de Obstetricia Dexeus. 3th.ed. Salvat, 1978; 810-820.
4. Newton ER: Chorioamnionitis and intramniotic Infection. *Clin Obstet Gynecol*. 1993; 36(4): 795-808.
5. Brian MC, Cox MS: Chorioamnioitis and endometritis. *Infec Dis Clin N Am*, 1997; 11:203-222.
6. Brown D L Pelvic Ultrasound in the Postabortion and Postpartum Patient. *Ultrasound Quarterly* 2005 March. 21 (1):27-37,
7. Browne H N, Small M, Bianco K, Kershaw T. Placenta Previa-Related Obstetric Morbidity: Consequences of the Increased Cesarean Delivery Rate. *Obstetrics & Gynecology*. 2005 April.105 (4) Supplement: 113S.
8. Chang P. Newton E.: Predictors of antibiotic prophylactic failure in postcesarean endometritis. *Obstet and Gynecol* 1992; 80: 117-122.
9. Cunningham, et al. *Williams Obstetricia*. 20th. ed. Panamericana, 1998.
10. Duley L, Henderson-Smart D. *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004.
11. Elly M-J. K, Jeana M. P, Nancy F, Deborah C, and Obed L: Preeclampsia: Is induction of labor more successful?. *Obstetrics and Gynecology*. 1997 April. 89:600-603.
12. Elly M.-J. X , Jeanna M. P, Deborah L. C, and Obed L: Induction of labor in the nineties: conquering the unfavorable cervix. *Obstetrics and Gynecology*. 1997 August, 90: 235-239.
13. Gibas RS, Duff P: Progress in patogénesis and management of clinical intraamniotic infection. *Am J Obstet Gynecol*. 1991, 164 1317-26.
14. Gilstrap LC, et al. Postpartum Hemorrhage. *Clin Obstet Gynecol* 1994,37:824-829.
15. Gleicher N.: *Enfermedades bacterianas anaerobias en el embarazo*. Principes o medical therapy in pregnancy. Panamericana, 1996, 1th. ed.: 564-578.
16. Grossman, D; Ellertson, Ch; Grimes, D A.; Walker, D [S] Routine Follow-up Visits After First-Trimester Induced Abortion. *Obstetrics & Gynecology*. 2005 April,103, 738-745.

17. Haddad, B; Sibai, B. M, Expectant Management of Severe Preeclampsia: Proper candidates and Pregnancy Outcome. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 2005 June 8: 430-440.
18. Heather D. Eschenbach D, Kenny G.: Early postpartum endometritis: The role of bacteria, genital mycoplasmas, and Chlamydia trachomatis. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 52-59.
19. Hicks, P Systematic Review of the Risk of Uterine Rupture with the Use of Amnioinfusion After Previous Cesarean Delivery. *Southern Medical Journal*. 2005 April. 98: 458-461.
20. Hospital Central Militar. *Terapéutica y Procedimientos Medicoquirúrgicos*, México, Editores de Textos Mexicanos, 2002. 546-550.
21. Instituto Nacional de Perinatología. *Normas y Procedimiento de Obstetricia y Ginecología*. México, 2003.
22. Irons D. Sriskandabalan P, Bullough C. A simple alternative to prenatal oxytocics for the tirad stage of labour. *Int J Obstet Gynecol*. 1994;46, 15-8.
23. Kupfermenc, M. J Thrombophilia and Preeclampsia: The Evidence So Far. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 2005 June.48: 406-415.
24. Laughon, S Katherine MS, Wolfe, H; Visco, Anthony G. Prior Cesarean and the Risk form Placenta Previa on Second-Trimester Ultrasonography. *Obstetrics & Gynecology*. 2005 May.105 (5, Part 1):962-965.
25. Lawson HW, Frye A. Atrash KH, Smith JC, Shulman HB, Ramich M. Abortion mortality. United States, 1972 through 1987. *Am. J. Obstet Gynecol*. 1994; 171:1365-1372.
26. Lichtenberg, E. S, Shott, S. Randomized Clinical Trial of Prophylaxis for Vacuum Abortion: 3 Versus 7 Days of Doxycycline. *Obstetrics & Gynecology*. 2005 April.101 726-731.
27. Lucidi R. S, Blumenfeld L. A, Chez R A. Cervimetry: A review of methods for measuring cervical dilatation during labor. *Obstet and Gynecol Surv*. Vol. 55 (5); 312-320, May 2000.
28. Matsunaga, J. S. Repair of Uterine Dehiscence With Continuation of Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. 2005 June.105, 1488.
29. Newton ER, Pridoda TJ, Gibbs RS: Logistic regression analysis of risk factors for intraamniotic infection. *Obstet Gynecol*. 1989; 74: 571-5.  
Organización Mundial de la Salud. *Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto*, OPS. 2002.

30. Patrick D.: Pathophysiology and management of postcesarean endomyometritis. *Obstet Gynecol* 1986; 67:269-275.
31. Predanic, MJ. , MSC; Perni, SC.; Jean-Pierre, C; Baergen, R N Deceleration of Marginal Placenta Previa "Migration" Rate and Mode of Delivery. *Obstetrics & Gynecology*. 2005 April.105 Supplement: 91S.
32. Roberts WE. Tratamiento obstétrico urgente de la hemorragia postparto. *Clínicas de Ginecología y Obstetricia: Temas Actuales* 1995; 2:265-282, 30.
33. Roussis P, Rosemond R. L, Glass C, Bohem FH: Preterm premature rupture of membranes: detection of infection. *Am. J. Obstet Gynecol*. 1991; 165:1099-104.
34. Sibai B. M, Magnesium Sulfate Prophylaxis in Preeclampsia: Evidence From Randomized Trials. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 2005 June. 48:478-488.
35. Spiunnato, J A, Livingston, J C. Prevention of Preeclampsia With Antioxidants: Evidence Fron Randomized Trials. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 2005 June.48: 416-429.
36. Tan, Hannah: Oxytocin for prelabour rupture of membranes at or near term. *The Cochrane Library*, 1999, Issue 2. 1-7.
37. Tierney L. McPhee S. J, Papadakis M.: Enfermedades inflamatorias pélvicas. Diagnóstico clínico y tratamiento. *Manual Moderno* 1996; 31th. ed.: 665-666.
38. Velasco MV et al Mortalidad materna por hemorragias obstétricas en el IMSS dE 1987 a 1996. *Rev Med IMSS*, 1998; 36:161-167.
39. Van Pampas, M. G; Aarnoudse, J. G, Long-Term Outcomes Alter Preeclampsia. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 2005 June.48:489-494.
40. Von Dadelszen, P; Magee, L. A, Antihypertensive Medications in Management of Gestational Hypertension - Preeclampsia. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 2005 June, 48: 441-459.
41. Weintein, A ; Chandra, P; Schiavello, H; Fleischer, A Conservative Management of Placenta Previa Percreta in a Jehovah's Witness. *Obstetrics & Gynecology*. 2005 May. 105 (5, Part 2): Supplement: 1247-1250.
42. Woodring, T. C; Klauser, C K. Adams, M; Martin, R. W; Bofill, J. A; Morrison, J C. A 20-Year Experience With Pathologically Confirmed Placenta Accreta in One Institution. *Obstetrics & Gynecology*. 2005 April, 105, Supplement: 109S.
43. Yamussino, K Postoperative Infection. *Clinical Obstetrics & Gynecology*. 2002, June. 45: 562-573.



## 1. Parto obstruido

Sinonimia: Falta de progreso en el trabajo de parto.

En realidad, "parto obstruido" o "falta de progreso en el trabajo de parto" son expresiones poco precisas que se refieren a una situación ocasionada por diversos factores. El trabajo de parto se puede detener por causas diferentes antes de alcanzarse la dilatación completa. Si esta situación se mantiene inalterada durante un periodo de dos horas, amerita la revaloración cuidadosa de la paciente, incluyendo su patrón de contractilidad uterina, la presentación del producto y la evaluación de la pelvis.

Es particularmente importante respetar el límite de dos horas en sitios desde donde el acceso a un segundo nivel de atención es difícil y el traslado de la paciente puede retrasarse, puesto que así se incrementa el riesgo de ruptura uterina.

Cuando se llega al diagnóstico de parto obstruido, casi siempre debe recurrirse a la operación cesárea. El uso de fórceps sólo debe hacerse cuando el médico a cargo tiene experiencia en el manejo del instrumento y si la paciente reúne los requisitos para un parto instrumentado, tales como la dilatación cervical completa y la presentación cefálica en tercer plano de Hodge.

A continuación se resumen las distintas entidades que ocasionan parto obstruido.

Entidad	Signos clínicos	Tratamiento
Desproporción cefalopélvica (DCP)	<p>Sin causa aparente se detiene el progreso del trabajo de parto. En casos extremos de pelvis demasiado estrechas, el riesgo puede identificarse antes del inicio del trabajo de parto, pero generalmente es durante este periodo cuando se detecta la desproporción cefalopélvica.</p> <p>Por lo general, esta condición obedece a una disminución de los diámetros de la pelvis materna, lo que a su vez puede ocurrir por múltiples circunstancias (alteración de los miembros pélvicos o de la columna vertebral, situaciones traumáticas, condición genética, características raciales, etcétera).</p> <p>También puede deberse a que el feto tiene un tamaño mayor a lo esperado o presenta cierto tipo de alteraciones, como hidrocefalia, ascitis o mielomeningocele, o vienen gemelos siameses.</p> <p>Hay signos que pueden orientar al diagnóstico de DCP. Entre ellos están la falta de encajamiento de la presentación en primigesta, y la falta de descenso de la presentación durante el trabajo de parto. Ante alguno de estos signos es indispensable revalorar la pelvis materna (pelimetría interna realizada clínicamente), el tamaño del producto, la variedad de posiciones en la presentación del feto, y las partes blandas perineales.</p>	<p>Ante la duda de una DCP, está indicado realizar una prueba de trabajo de parto para determinar la posibilidad del nacimiento por vía vaginal.</p> <p>Para efectuar esta prueba es necesario que la presentación sea cefálica, el cérvix esté borrado o semiborrado con 2 o 3 cm. de dilatación, y las membranas rotas. (Idealmente, la mujer debería estar bajo el efecto de un bloqueo peridural. Sin embargo, no es posible hacerlo en el primer nivel de atención porque es indispensable que un anestesiólogo sea quien coloque el bloqueo).</p> <p>La prueba consiste en mantener a la paciente en las condiciones señaladas por un periodo de dos horas con contractilidad uterina regular y efectiva. Si en esas condiciones y en ese lapso no avanza el trabajo de parto cuando menos a un centímetro por hora, estará indicado realizar una operación cesárea, por lo que habrá que trasladar de inmediato a la embarazada a un segundo nivel de atención.</p> <p>Es importante vigilar muy estrechamente a lo largo de todo el lapso de trabajo de parto los signos vitales de la mujer, entre ellos la presión arterial, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria y el estado de hidratación, así como las constantes fetales: frecuencia cardiaca y aspecto del líquido amniótico. Ambos tipos de dato permitirán sospechar sufrimiento fetal agudo (cuando la</p>

		<p>frecuencia es menor a 120 o mayor a 180 latidos por minuto y hay meconio en líquido amniótico en presentación cefálica). Asimismo, debe tenerse canalizada una vena con solución glucosada al 5%.</p>
<p>Inercia uterina</p>	<p>Es la disminución o ausencia de contracciones uterinas durante el trabajo de parto ya establecido, aunque también pueden presentarse contracciones uterinas de irregular intensidad y duración - generalmente muy baja- que interrumpen la progresión del trabajo de parto. En caso de no tratarse de DCP, puede utilizarse oxitocina para regularizar el trabajo de parto; si éste no se regulariza, está indicado realizar una operación cesárea.</p> <p>La inercia uterina puede presentarse también después del nacimiento del feto, lo cual tiene como resultado una hipotonía uterina que genera una hemorragia. Esta tendrá que manejarse como se señala en el capítulo correspondiente.</p>	<p>El uso de la oxitocina se deberá iniciar mediante una infusión endovenosa de 2 unidades en 500 cc. de solución glucosada, empezando con 10 gotas por minuto (2 miliuinidades por minuto). Se continuará administrando esta dosis de acuerdo con la respuesta, hasta tener 3 contracciones de intensidad clínica adecuada en 10 minutos.</p> <p>Como en el caso de la DCP, se esperará a tener respuesta durante 2 horas. De no prosperar la prueba de trabajo de parto, será necesario trasladar a la paciente a un segundo nivel de atención para someterla a operación cesárea, manteniendo canalizada la vena con solución glucosada al 5%.</p>
<p>Situación y presentación anormales del feto</p>	<p>La situación transversa del feto y su presentación pélvica son indicativas de cesárea.</p> <p>Existen algunas variedades de la presentación cefálica que también provocan una falta de avance en el trabajo de parto. Ejemplo de ello es que la cabeza del feto tienda a deflexionarse presentando ante el explorador la frente o, francamente, la cara. Otras variedades de posición que pueden obstruir el parto son la derecha e</p>	<p>Ante estas obstrucciones del trabajo de parto se recomienda canalizar a la paciente a un segundo o tercer nivel de atención, manteniendo canalizada la vena con solución glucosada al 5%.</p>

	<p>izquierda posterior y la transversa, todas ellas persistentes.</p> <p>Una condición que debe considerarse es la distocia de hombros. Si el feto tiene un tamaño mayor al normal, debe pensarse en ella desde que se inicia el trabajo de parto.</p> <p>Las presentaciones compuestas también son causa de parto obstruido. Entre ellas se encuentran la presentación cefálica con protrusión de mano o de mano y pie, las cuales obligan al traslado inmediato de la paciente a un segundo nivel de atención para operación cesárea.</p>	
--	---	--

Situaciones especiales en las que se debe considerar el traslado de la paciente al segundo nivel de atención

Algunas otras situaciones que pueden presentarse durante la evolución del trabajo de parto y condicionar la detención de la labor y su terminación por medio de cesárea, son la preeclampsia severa, la eclampsia, el sufrimiento fetal agudo, el prolapso y procúbito del cordón, el desprendimiento prematuro de la placenta normoinsera y la placenta previa.

## 2. Síndrome de aborto

Se habla de aborto cuando la terminación de la gestación ocurre antes de la semana 22 o cuando el producto de la concepción pesa 499 gramos o menos. Existen distintas variedades del síndrome de aborto, que se describen a continuación:

Tipo	Síntomas y signos clínicos	Tratamiento
Amenaza de aborto	<p>Hemorragia genital leve (menor a sangrado menstrual), dolor abdominal, contracciones uterinas, cuello uterino cerrado, sin borramiento.</p> <p>El tamaño del útero corresponde a la edad gestacional.</p> <p>Puede haber cólico o dolor abdominal aislado u ocasional.</p>	<p>Reposo absoluto.</p> <p>Administrar butilioscina de 10 mg. cada 6 horas mientras dure el cuadro.</p>
Aborto inevitable	<p>La continuación de la gestación es imposible debido, por lo general, a la hemorragia genital o a la ruptura de membranas, aún sin presentarse modificaciones cervicales o actividad uterina. El sangrado es profuso -en cantidad mayor al sangrado menstrual- y afecta el estado hemodinámico de la paciente (hipotensión, taquicardia).</p> <p>El cuello uterino está dilatado. El tamaño del útero es menor a la edad gestacional.</p>	<p>En todos los casos de pérdida sanguínea (leve, moderada o severa), la reposición de líquidos es fundamental. Se recomienda seguir la regla de reposición “tres por uno”; es decir, por cada 100 ml. de sangre estimados como perdidos, habrá que reponer 300 ml. de líquidos. Se aconseja canalizar dos venas de manera simultánea y administrar por ambas vías solución Hartman. Si no se cuenta con ella, se puede usar solución isotónica de cloruro de sodio o, en su defecto, solución glucosada al 5%. Pueden usarse soluciones expansoras del plasma como el polimerizado de gelatina al 4% (Haemacel), en cuyo caso la cantidad a usar debe determinarse también a partir de la regla de tres por uno.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar una sonda para el drenaje de orina (sonda de Foley)</li> <li>• Traslado inmediato de la paciente para la evacuación uterina</li> </ul>

		En el <b>segundo nivel</b> , la evacuación del útero se realizará de preferencia por medio de la AMEU (aspiración manual endouterina) o mediante legrado uterino instrumental. Deberá asegurarse la reposición de líquidos y, en caso necesario, se emplearán sangre y sus derivados.
Aborto en evolución	Se caracteriza por hemorragia genital profusa y persistente, actividad uterina y modificaciones cervicales (borramiento y dilatación), incompatibles con la continuidad de la gestación. Útero con tamaño menor a la edad gestacional.	Mismo manejo que en el caso anterior.
Aborto incompleto	Se presenta sangrado profuso y persistente. El útero presenta un tamaño menor al correspondiente a la edad gestacional. El cuello se encuentra dilatado y ha ocurrido expulsión de una parte del producto de la concepción; el resto se encuentra aún en la cavidad uterina.	Mismo manejo que en el caso anterior.
Aborto completo o consumado	Se presenta cuando la expulsión del producto de la concepción ha sido total. El sangrado es leve, el cuello uterino se encuentra cerrado, y el útero tiene un tamaño más pequeño que el que corresponde a la edad gestacional.	Habitualmente no se requiere legrado uterino. Se recomienda observación y, en caso de que la hemorragia ceda, no se requiere más manejo.  Cuando el aborto completo estuvo precedido por una hemorragia moderada o severa, se dará el tratamiento arriba señalado.
Aborto séptico	Se habla de aborto séptico para referirse a cualquiera de las variedades clínicas de aborto a las que se agregue una infección intrauterina. Los síntomas son dolor abdominal localizado en la zona inferior o generalizado en el resto del	<b>Atención en el primer nivel</b> Canalizar vena y administrar solución Hartman a 100 o 150 ml. por hora. En caso de no contarse con esta solución, puede usarse glucosada al 5% y solución salina isotónica.

	<p>abdomen. Puede haber sensibilidad al "rebote".  Malestar general, fiebre, sangrado genital prolongado y fétido e, incluso, expulsión de secreción purulenta.  Sensibilidad al movimiento del cuello uterino.</p>	<p>Administrar penicilina G sódica cristalina 5 millones por vía intravenosa cada 4 horas, más gentamicina de 80 mg. también por vía intravenosa cada 8 horas.  Trasladar de inmediato a la paciente al segundo nivel de atención.</p> <p><b>Atención en el segundo nivel</b></p> <p>Colocar catéter para medición de presión venosa central y para infusión de soluciones a 100 o 150 ml. por hora. Según los resultados de las mediciones, administrar líquidos.</p> <p>Si se aprecia pérdida de líquidos, corregir el déficit aplicando solución Harttman, de acuerdo con la pérdida y con el esquema señalado para la hemorragia.</p> <p>Continuar con el esquema de antibiótico señalado durante 7 a 10 días.</p> <p>Realizar exámenes de laboratorio que incluyan pruebas de coagulación, recuento de plaquetas, transaminasas y, de ser posible, biometría hemática, glucosa, urea, ácido úrico y creatinina en sangre.</p> <p>De ser necesario, deberán reponerse los líquidos por vía intravenosa.  De ser posible, se recomienda hacer cultivo de secreciones de heridas y abscesos.</p>
--	---	--

		<p>Una vez estabilizado el estado hemodinámico de la paciente y estando impregnada de antibióticos, evacuar el útero mediante AMEU y, en caso necesario, intervenir quirúrgicamente para efectuar histerectomía y drenaje de abscesos intra-abdominales.</p> <p>Ante la presencia de choque séptico o la inminencia del mismo, la atención de la mujer debe tener lugar en una unidad de cuidados intensivos, para realizar un manejo específico.</p>
<p>Aborto diferido</p>	<p>Se presenta cuando, habiendo ocurrido la muerte del producto de la concepción, no se expulsa de manera espontánea.</p> <p>Esta situación presupone un lapso entre la muerte ovular y la elaboración del diagnóstico. Por lo general existe el antecedente de amenaza de aborto de repetición.</p> <p>Generalmente, la pérdida hemática transvaginal es leve e inconstante, o no se presenta hasta que se inicia el proceso de aborto propiamente dicho.</p>	<p>Ante la duda en este diagnóstico, la paciente debe ser trasladada a un segundo nivel de atención, a fin de integrar el diagnóstico y establecer el tratamiento.</p> <p>El diagnóstico en el segundo nivel se hace básicamente por medio de ultrasonido, a través del cual debe determinarse la ausencia de latido cardíaco del producto y/o la falta de crecimiento del saco gestacional y de las estructuras embrionarias.</p> <p>Una vez hecho el diagnóstico, se procederá a la evacuación uterina.</p>
<p>Aborto habitual</p>	<p>Es la pérdida repetida y espontánea del producto en tres o más ocasiones consecutivas.</p>	<p>La paciente debe someterse a estudios para conocer las causas que ocasionan sus pérdidas gestacionales. Por ello, debe canalizarse a un segundo o tercer nivel de atención.</p> <p>Ante un aborto en cualquiera de sus variedades clínicas, el manejo deberá hacerse de acuerdo a lo arriba señalado.</p>

**MEDICAMENTOS PARA LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA**  
Parto obstruido y síndrome de aborto

Medicamento (sustancia activa y nombre comercial)	Presentación	Costo (pesos mexicanos)	
		Institución Pública, SSA *	Farmacia de descuento**
Solución Harttman	Frasco o bolsa con 1000 ml.	14.65	46.20
Solución glucosada al 5%	Frasco o bolsa con 1000 ml.	14.65	46.20
Solución glucosada al 5%	Frasco o bolsa con 500 ml.	8.35	30.80
Solución isotónica de cloruro de sodio	Frasco o bolsa de 1000 ml.	14.65	46.20
Poligelina (polimerizado de gelatina al 4%) (Haemacel)	Caja con frasco de plástico de 500 ml.	110.00	272.90
Ergonovina, solución inyectable (Ergotrate)	Ampolletas de 0.2 mg.	Una ampolleta 9.70	Caja con 6 ampolletas 75.60
Oxitocina, solución inyectable (Syntocinón u Oxitopisa)	Caja con 5 ampolletas de 5 U. I.	Caja con 50 ampolletas de 5 U. I. 115.00	61.20
Ketorolaco Tabletas (Dolac)	Caja con 10 tabletas de 10 mg.	20.0	136.30
Ketorolaco, solución inyectable (Dolac)	Ampolletas de 30 mg.	Una ampolleta 2.33	188.10
Butilioscina (Buscapina)	Tabletas de 10 mg.	Caja con 10 tabletas 3.50	Caja con 36 tabletas 120.0

Penicilina G sódica de 5 millones de U ( Anapenil, Hidrocilina )	Frasco ampúla y una ampolleta diluyente	14.20	36.60
Gentamicina, ampolletas de 80 mg. (Garamicina)	Frasco ampúla de 80 mg.	Un frasco ampúla y ampolleta diluyente 4.50	Caja con 5 frascos y ampolletas diluyentes 262.60
Equipo para venoclisis sin aguja	Pieza	2.43	Venonet 34.30
Catéter venoso periférico transparente (Jelco, Insyte, etcétera)	Pieza	6.33	7.50
Jeringa desechable de 3 ml.	Pieza	0.60	2.20
Jeringa desechable de 5 ml.	Pieza	0.69	3.20
Aguja estéril	Pieza	0.32	Caja con 5 ampolletas 40.20
Sonda Foley (de látex) 114F	Pieza	8.68	18.70

\* Costo obtenido por licitación de los medicamentos que se están utilizando en 2005 en el INPer.

\*\* Costo en la Farmacia San Pablo, del Distrito Federal, en junio de 2005.

Costo de medicamentos prescritos según padecimiento en el primer nivel de atención.

Parto obstructivo

Tipo	Medicamento prescrito	Costo
Desproporción cefalopélvica DCP	Mantener canalizada una vena con solución glucosada al 5%.	Solución glucosada al 5%, 1000 ml. 14.65 Equipo para venoclisis sin aguja 2.43 Catéter venoso periférico transparente 6.33 <b>Total 23.41</b>
Inercia uterina	El uso de la oxitocina se deberá iniciar con una infusión endovenosa de 2.5 unidades en 500 cc. de solución glucosada, empezando con 10 gotas por minuto (2.5 miliuinidades por minuto) y continuar la dosis de acuerdo con la respuesta, hasta tener 3 contracciones de intensidad clínica adecuada en 10 minutos. Como en el caso de la DCP, se esperará a tener respuesta durante 2 horas. Si no prospera la prueba de trabajo de parto, se deberá trasladar a la paciente a un segundo nivel de atención para operación cesárea, manteniendo canalizada la vena con solución glucosada al 5%.	Solución glucosada al 5%, 500 ml. 8.35 Una ampolleta de oxitocina 2.30 Equipo para venoclisis sin aguja 2.43 Catéter venoso periférico transparente 6.33 <b>Subtotal 19.41</b>
		Solución glucosada al 5%, 1000 ml. 14.65 <b>Total 34.06</b>

Situación y presentación anormales del feto	En estas dos condiciones se recomienda canalizar a la paciente a un segundo o tercer nivel de atención, manteniendo canalizada la vena con solución glucosada al 5%.	<p>Solución glucosada al 5%, 1000 ml. 14.65</p> <p>Equipo para venoclisis sin aguja 2.43</p> <p>Catéter venoso periférico transparente 6.33</p> <p><b>Total 23.41</b></p>
---	--	---

## Síndrome de aborto

Tipo	Medicamento prescrito	Costo*
Amenaza de aborto	Reposo absoluto. Butilhioscina de 10 mg. cada 6 horas mientras dure el cuadro.	Butilhioscina, tabletas de 10 mg. 120.00 <b>Total 120.00</b>
Aborto inevitable	En todos los casos de pérdida sanguínea (leve, moderada o severa), la reposición de líquidos es fundamental. Se recomienda la regla de reposición "tres por uno", es decir que por cada 100 ml. de sangre estimados como perdidos, habrá que reponer 300 ml. de líquidos. Se aconseja canalizar dos venas de manera simultánea y administrar por ambas vías solución Harttman. Si no se cuenta con ella, puede usarse solución isotónica de cloruro de sodio o, en su defecto, solución glucosada al 5%. Pueden usarse soluciones expansoras del plasma como el polimerizado de gelatina al 4% (Haemacel). La cantidad a usar debe determinarse siguiendo también la regla de 3 por uno. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar una sonda para el drenaje de orina (sonda de Foley).</li> <li>• Traslado inmediato de la paciente para la evacuación uterina.</li> </ul>	Solución Harttman 1000 ml., 3 frascos 43.95
Aborto en evolución		Equipo para venoclisis sin aguja 2.43
Aborto Incompleto		Catéter venoso periférico transparente 6.33
<b>Subtotal</b>		<b>57.71</b>
Polimerizado de gelatina al 4%, dos bolsas		220.00
Sonda de Foley, una pieza		18.70
<b>Total</b>		<b>291.41</b>
Gasto promedio por hora en caso de hemorragia de moderada a severa.		

Aborto completo o consumado	<p>Esta situación no requiere, por lo general, legrado uterino. Se recomienda observación y, si cede la hemorragia, no es necesario ningún manejo adicional.</p> <p>Cuando el aborto completo ha estado precedido por hemorragia moderada o severa, se dará el tratamiento arriba señalado.</p>	Igual al anterior en caso de hemorragia de moderada a severa.
Aborto séptico	<p><b>Atención en el primer nivel</b>  Canalizar vena y administrar solución Hartman a 100 o 150 ml. por hora. En caso de no existir esta solución, puede usarse glucosada al 5% y solución salina isotónica.</p> <p>Administrar Penicilina G sódica cristalina 5 millones por vía intravenosa cada 4 horas, más gentamicina de 80 mg. también por vía intravenosa cada 8 horas.</p> <p>Trasladar de inmediato a la paciente al segundo nivel de atención.</p>	<p>Solución Hartman de 1000, un frasco 14.65</p> <p>Penicilina G sódica cristalina 5 millones de U, una dosis 14.20</p> <p>Gentamicina, una ampolleta de 80 mg.</p> <p>Equipo para venoclisis sin aguja</p> <p>Catéter venoso periférico transparente</p> <p><b>Total 42.11</b></p>

<p>Aborto diferido</p>	<p>Ante la sospecha de este diagnóstico, la mujer debe ser trasladada a un segundo nivel de atención para realizar el diagnóstico de certeza y establecer el tratamiento necesario. En caso de que el huevo esté muerto, habrá que evacuar el útero.</p> <p>La pérdida hemática transvaginal es por lo general leve e inconstante o no se presenta hasta que se inicia el proceso de aborto propiamente dicho.</p>	<p>En caso de hemorragia de moderada a severa, el costo es igual al correspondiente al aborto inevitable, en evolución o incompleto.</p>
<p>Aborto habitual</p>	<p>La paciente debe ser sometida a estudios para determinar las causas de sus pérdidas gestacionales. Por ello, debe canalizarse a un segundo o tercer nivel de atención.</p> <p>Un aborto en cualquiera de sus variedades clínicas se manejará de acuerdo con lo arriba señalado.</p>	

\* Cantidad estimada de acuerdo con el tiempo promedio de estancia de la mujer antes de su traslado al segundo nivel de atención, y sobre la base de los precios obtenidos por licitación para el INPer en 2005.

**Bibliografía**

1. Brown, D L Pelvic Ultrasound in the Postabortion and Postpartum Patient. *Ultrasound Quarterly*. 2005 March.21 (1):27-37.
2. Benson RC, Pernoll ML:Manual de Obstetricia y Ginecología. 9th. Ed. New York. Mc Graw Hill/Interamericana, 1994.
3. Brian MC, Cox MS,: Chorioamnionitis and endometritis. *Infec Dis Clin N Am*, 1997; 11:203-222.
4. Chang P. Newton E.: Predictors of antibiotic prophylactic failure in postcesarean endometritis. *Obstet and Gynecol* 1992; 80: 117-122.
5. Cunningham, et al. (editors): *Williams Obstetricia*. 20a ed. Panamericana, 1998.
6. Cunningham et al. Hemorragia Obstétrica en: *Williams de Obstetricia*. Ed. Panamericana 20 ed. L998; 24:513-532.
7. Dexeus S., Carrera J.M., Infecciones puerperales. *Tratado de Obstetricia Dexeus*. (Salvat), 1978; 3ªedición 810-820.
8. Elly M.-J. X, Jeanna M. P, Deborah L. C, and Obed L: Induction of labor in the nineties: conquering the unfavorable cervix. *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 90, No.2, 235-239 August 1997.
9. Elly M-J. K, Jeana M. P, Nancy F, Deborah C, and Obed L: Preeclampsia: Is induction of labor more successful? *Obstetrics and Gynecology*. Vol. 89, No. 4, 600-603. April 1997.
10. Gibas RS, Duff P: Progress in patogénesis and management of clinical intraamniotic infection. *Am J Obstet Gynecol*. 1991; 164 (3): 1317-26.
11. Gilstrap LC, et al. Postpartum Hemorrhage. *Clin Obstet Gynecol* 1994,37:824-829.
12. Gleicher N.: Enfermedades bacterianas anaerobias en el embarazo. *Principles o medical therapy in pregnancy*. (Panamericana) 1996, 1ª. Edición: 564-578.
13. Grossman, D; Ellertson, Ch; Grimes, D A.; Walker, D [S] Routine Follow-up Visits After First-Trimester Induced Abortion. *Obstetrics & Gynecology*. 103 (4) 738-745, April 2005.
14. Heather D. Eschenbach D, Kenny G.: Early postpartum endometritis: The role of bacteria, genital mycoplasmas, and Chlamydia trachomatis. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 52-59.
15. Hospital Central Militar. *Terapéutica y Procedimientos Medicoquirúrgicos*, México, Editores de Textos Mexicanos, 2002. 546-550.

16. Instituto Nacional de Perinatología. Normas y Procedimiento de Obstetricia y Ginecología. 2003.
17. Irons D, Sriskandabalan P, Bullough C. A simple alternative to prenatal oxytocics for the tirad stage of labour. *Int J Obstet Gynecol.* 1994;46, 15-8.
18. Lawson HW, Frye A, Atrash KH, Smith JC, Shulman HB, Ramich M. Abortion mortality. *Am. J. Obstet Gynecol.* 1994; 171:1365-1372.
19. Lichtenberg, E. S, MPH; Shott, S A Randomized Clinical Trial of Prophylaxis for Vacuum Abortion: 3 Versus 7 Days of Doxycycline. *Obstetrics & Gynecology.* 101 (4) 726-731, April 2005.
20. Lucidi R. S, Blumenfeld L A., Chez R A,: Cervimetry: A review of methods for measuring cervical dilatation during labor. *Obstet and Gynecol Surv.* Vol. 55 (5); 312-320, May 2000.
21. Newton ER: Chorioamnionitis and intramniotic Infection. *Clin Obstet Gynecol.* 1993; 36(4): 795-808.
22. Newton ER, Prihoda TJ, Gibbs RS: Logistic regression analysis of risk factors for intraamniotic infection. *Obstet Gynecol.* 1989; 74(4): 571-5.
23. Organización Mundial de la Salud. Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto, OPS. 2002.
24. Patrick D.: Pathophysiology and management of postcesarean endomyometritis. *Obstet Gynecol* 1986; 67:269-275.
25. Roberts WE. Tratamiento obstétrico urgente de la hemorragia postparto. *Clínicas de Ginecología y Obstetricia: Temas Actuales* 1995; 2:265-282,3.
26. Roussis P, Rosemond RL, Glass C, Bohem FH: Preterm premature rupture of membranes: detection of infection. *Am. J. Obstet Gynecol.* 1991; 165(4) 1099-104.
27. Tan, Hannah: Oxytocin for prelabour rupture of membranes at or near term. *The Cochrane Library*, 1999, Issue 2. 1-7.
28. Tierney L. McPhee SJ, Papadakis M.: Enfermedades inflamatorias pélvicas. Diagnóstico clínico y tratamiento (Manual Moderno) 1996; 31ava edición: 665-666.
29. Velasco MV et al., Mortalidad materna por hemorragias obstétricas en el IMSS de 1987 a 1996. *Rev. Med IMSS*, 1998; 36:161-167.
30. YAMUSSINO, K Postoperative Infection. *Clinical Obstetrics & Gynecology.* 45 (2): 562-573, June 2002.



**fundar**

Centro de Análisis e Investigación