



Recibido: 24 de noviembre de 2009
Aceptado: 10 de marzo de 2010

Programas destinados a combatir la muerte materna: Algo de historia

Reyna Sámano,* Eva Romero-López,† Irma Romero-Pérez,‡ Mayra Chávez-Courtois§

* Mtra. en Antropología Social. Investigadora en Ciencias Médicas del Departamento de Investigación en Nutrición del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

† Psicóloga Social de la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.

‡ Dra. en Ciencias Antropológicas. Investigadora en Ciencias Médicas de la Subdirección de Investigación en Salud Pública del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

RESUMEN

La problemática de la muerte materna ha existido desde tiempos remotos; sin embargo, hasta hace poco se le dio la importancia necesaria para que varios países del mundo se hayan puesto de acuerdo con el objetivo de combatirla. En este sentido, después de diversas reuniones internacionales, México se comprometió a disminuirla de manera considerable, sin lograr el objetivo en el tiempo establecido. Es necesario hacer un recuento para poder visualizar algunas estrategias que podrían auxiliar en la disminución de la mortalidad materna.

Palabras clave: Programas nacionales, programas internacionales, muerte materna, muerte materno-infantil.

ABSTRACT

The problem of maternal death has existed since time began; however, it has only recently received the necessary attention to prompt several countries to agree on addressing the issue. Thus, after numerous international meetings, Mexico committed to significantly decreasing maternal death, but did not meet its objective within the established timeframe. An analysis is needed to visualize those strategies that help decrease maternal death.

Key words: National programs, international programs, maternal death, maternal-infant death.

INTRODUCCIÓN

La muerte materna es la defunción de una mujer por causas directas o indirectas relacionadas con el embarazo, parto o puerperio.¹ Sin embargo, a tal definición se llegó en forma reciente, ya que hace cinco décadas una muerte materna era considerada dentro del rubro de la mortalidad materno-infantil. En el desarrollo de este documento se verá cómo se llegó al concepto de muerte materna.

Los estudios de mortalidad o muerte materna son relativamente recientes, ya que fueron las organizaciones no gubernamentales (y posteriormente las estatales), las que a través del llamado movimiento feminista iniciado en los años setenta, comenzaron a ventilar la importancia de la muerte en el grupo

de mujeres. En el caso de México, de 1980 a 1997 se encontró que las complicaciones del embarazo y parto eran las principales causas de defunción y discapacidad en mujeres de 15 a 49 años de edad; aunado a lo anterior, se calculó que por cada muerte ocurrida durante el embarazo y parto, se producían de 30 a 100 casos de enfermedad o discapacidad materna.² De esas muertes, más de la mitad (65%) se producían entre las mujeres que no contaban con algún tipo de servicio de seguridad social. Gran parte de estas secuelas fue resultado de servicios mal utilizados o no usados para la atención de la salud materna; en otras ocasiones, por limitaciones culturales o físicas; por ejemplo, las percepciones que las propias mujeres tienen acerca de la calidad y capacidad resolutiva de los servicios, en donde, en algunos casos, pueden carecer del conocimiento y la comprensión de los

problemas que frecuentemente conlleva el embarazo, pero en donde se requiere de atención médica inmediata y oportuna.

Desde otro punto de vista, la salud materna y perinatal refleja el tipo de justicia y equidad social de un país. Ya que estos indicadores obtenidos por los sistemas de vigilancia epidemiológica miden la eficiencia de las acciones de salud pública de un país. En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, se propusieron una serie de requisitos para el desarrollo de temas de género y salud reproductiva; además, se diseñaron estrategias que consideraban no sólo la implementación de programas de control de natalidad, sino de mecanismos que evitaran la subordinación de la mujer desde el punto de vista social, económico y cultural;^{3,4} de igual manera, se buscaban estrategias para mejorar su educación sexual, así como tener en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo a su ciclo vital.

En este contexto, es necesario mencionar que la salud materna y perinatal se consideró ligada a la salud sexual y reproductiva de la mujer, considerando a esta última como el estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción; además, se planteó que un eje central sería el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. En este sentido, un buen estado de salud sexual y reproductiva implicó la capacidad de tener y gozar de una vida sexual sin riesgos, satisfactoria, en donde existiera la libertad de procrear o no hijos, decidir el número y el espaciamiento de los mismos, así como tener la información que posibilitara la toma de decisiones libres e informadas, sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, además de contar con el acceso y la posibilidad de usar métodos de planificación familiar seguros, eficaces y aceptables por las mismas mujeres, y no por orden del médico o de otra persona.⁴

En relación al tema de la salud sexual, se planteó la eliminación de la violencia doméstica y sexual. Además, se reivindicó el derecho de las mujeres a recibir servicios adecuados de salud que les proporcionaran embarazos y partos sin riesgo; se consideró el derecho al acceso a programas con calidad para la prevención, promoción, detección y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia o clase.⁴

A continuación, se describen algunas de las estrategias desarrolladas para preservar la salud materna, tanto a nivel internacional como nacional. En aras de facilitar la lectura, se comienza con la primera de ellas; además, es necesario recordar que fue en otros países en los que se iniciaron las estrategias para evitar las complicaciones durante el parto y las muertes maternas, claro, desde otra perspectiva.

PANORAMA INTERNACIONAL

La creación de programas de salud pública para mejorar la salud de mujeres, incluyendo la de los niños, se da en Europa a finales del siglo XIX. Aunque su visión era básicamente desde una problemática económica, más que de salud, puesto que los gobiernos percibían a las mujeres y a los niños como una fuente para alcanzar sus metas económicas y políticas, ya que asumían la mala salud de los niños como una amenaza para lograr sus aspiraciones militares y culturales,⁵ en particular en Francia y Gran Bretaña, países que tuvieron dificultades para reclutar soldados para la guerra.⁶ No obstante, más adelante la preocupación por la salud de madres y niños fue ganando terreno, más allá de lo político o militar y se contó con la participación de instancias médicas, no médicas y de beneficencia, con lo cual fue creciendo el activismo de la sociedad civil.⁷ Posteriormente, los movimientos obreros y de agrupaciones de mujeres, organizaciones de beneficencia y científicas, también hicieron suya la causa de la salud materno-infantil; por ejemplo, en 1919 la Organización Internacional del Trabajo propuso algunas normas desde el punto de vista jurídico para proteger a las mujeres durante la maternidad en el trabajo. Para los años treinta, el diario New York Times publicó artículos sobre la mortalidad materna y en 1938, se supo que 60 organizaciones locales del Reino Unido proclamaron una Carta de Derechos de la Madre.⁸

En 1948, dentro de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se dispuso que las etapas de maternidad e infancia debieran tener derecho a cuidados y asistencia especiales (artículo 25 fracción 2).^{9,10} De esta forma, la salud materno-infantil cobró importancia a nivel internacional y generó un progreso con relación a las preocupaciones políticas y económicas que dominaron hace más de cincuenta años; de hecho, en ese mismo año la Organización

Mundial de la Salud en su Constitución estableció el objetivo de promover la salud y asistencia materna e infantil.¹¹

Por su parte, en la Conferencia Internacional de la Organización Internacional del Trabajo, llevada a cabo en 1952, se realizó la primera discusión relativa al asunto de la revisión del Convenio sobre la Protección de la Maternidad (1952, núm 103), y la Recomendación sobre la Protección a la Maternidad (1952, núm 95), que tuvieron lugar en la 87^a Reunión (1999) de la Conferencia Internacional del Trabajo. A partir de la discusión y de conformidad al artículo 39 del Reglamento de dicha Conferencia, la Oficina Internacional del Trabajo preparó y envió a los gobiernos de los estados miembros, un informe en el que se creaba un proyecto de convenio y otro de recomendación, relativos a la revisión del Convenio sobre Protección de la Maternidad (1952, núm 95).¹²

Pero no fue sino hasta el año 1966, dentro del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (parte III en el artículo 10, fracción 2) cuando se aclaró que se debe conceder especial protección a las madres durante un periodo de tiempo razonable, antes y después del parto. Durante esa etapa, a las madres trabajadoras se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social.¹⁴

Sin embargo, tuvieron que pasar trece años para que los organismos internacionales retomaran el tema de la vulnerabilidad de la mujer, pero dentro de un contexto de discriminación. Así, el 18 de diciembre de 1979, en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas, se aprobó la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, que entró en vigor como tratado internacional el 3 de septiembre de 1981, tras su ratificación por 20 países. En 1989, en el Décimo Aniversario de la Convención, casi 100 naciones declararon que se consideraban obligadas a seguir sus disposiciones por el bienestar de su población. Ese fue el primer tratado internacional que reconoció los derechos humanos de las mujeres. Allí, se trató de promover las condiciones igualitarias en cuanto a derechos en el trabajo de mujeres y hombres. Cabe mencionar, que con antelación, en 1981, se agregó el rubro de servicio de una salud adecuada durante la gestación; en ese mismo año, México se incorporó al Convenio.¹⁴ También en 1981 se llevó a cabo la Cumbre Mundial a Favor de

la Infancia de las Naciones Unidas, en la que los gobiernos se comprometieron a hacer cumplir los derechos de los niños y a reconocer que las mujeres también tienen derechos para lograr su mayor “bienestar”; aunque sin aclarar de qué tipo de bienestar se referían.¹⁴ Seis años después, en 1987, durante el marco del 5º Encuentro Internacional Mujer y Salud, diversas organizaciones acordaron dedicar un día a la Acción por la Salud de las Mujeres,¹⁵ con la finalidad de trabajar para solucionar el problema de la mortalidad materna.

La mortalidad materna, como tema prioritario, surgió en los años noventa; por ejemplo, en la reunión del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, llevada a cabo en el año de 1993 en Bolivia, se reconoció en los apartados 23 y 43, la inquietante situación de los derechos de la mujer con relación a su salud reproductiva, sobre todo en cuanto a la mortalidad materna. Cabe señalar que, en esos años, ese país tenía la cifra más alta de mortalidad materna en América Latina, básicamente atribuida a abortos ilegales y a la falta de asistencia médica. En dicha reunión se sugirió que cada Estado siguiera de cerca la mortalidad de las mujeres y, en particular, que adoptara medidas para reducir la incidencia de las muertes causadas por abortos ilegales y partos mal asistidos. Se recomendó que los Estados Miembros intensificaran la aplicación de sus programas nacionales de salud sexual y reproductiva, que se organizaran campañas educativas sobre la salud sexual y reproductiva de la mujer e incluyeran estos temas en los planes de estudio escolar.¹⁶

Desde 1974, en Bucarest, luego en México, en 1984, sesionaron para establecer como punto prioritario la reducción de la muerte materno-infantil. En 1987 surgió la iniciativa por una maternidad sin riesgos como una preocupación de la ONU y de organismos no gubernamentales que evidenciaron el fracaso de los programas materno-infantiles en la reducción de la muerte materna. Fue hasta el año 1994 en que se acordó realizar una conferencia con financiamiento de las Naciones Unidas, organizada por una Secretaría compuesta por la División de Población del Departamento de Políticas e Información Económica y Social, en conjunción con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés). Conocida como la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), llevada a cabo en la ciudad del Cairo del 5 al 13 de septiembre, en la que

hubo una gran cantidad de miembros registrados, entre gobiernos, agencias y organismos especializados de la ONU, organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y medios de comunicación. En total, fueron 179 gobiernos los que participaron en las negociaciones para el Programa de Acción en el área de población y desarrollo para los siguientes 20 años. Ahí se acordó que la población y el desarrollo están indisolublemente unidos y que era necesario dotar de mayor poder a la mujer y tomar en cuenta las necesidades de la gente en lo relativo a educación y salud, incluyendo el tema de la salud reproductiva, necesario para lograr el avance individual y desarrollo de las mujeres. También se pactó avanzar en términos de equidad y género, eliminar la violencia contra las mujeres y asegurar la habilidad de éstas para controlar su propia fertilidad. Las metas concretas se centraron en proveer de educación universal y cuidado a la salud reproductiva, incluyendo la planeación familiar y la reducción de la mortalidad materna e infantil. En este sentido, se trató de abordar casi todos los temas vistos en otros programas o estrategias establecidos previamente, incorporándolos dentro de un mismo objetivo.^{17,18}

En términos generales, se especificaron metas que todos los países firmantes se comprometieron a cumplir en un plazo de 20 años, dos relacionadas con la salud de la mujer:

1. Permitir que antes del año 2015 se tenga un acceso universal a los servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar y la salud sexual.
2. Disminuir la tasa de mortalidad materna del año 1990 a la mitad, antes del año 2000, y disminuirla, otra vez, a la mitad antes del año 2015.

El Programa de Acción se examinó a los cinco años de haber sido aprobado. En 1999 se evaluaron los progresos logrados y se revisaron las dificultades existentes para presentar recomendaciones y fines prácticos y alcanzar los objetivos de la Conferencia del Cairo. Esa reunión fue llamada CIPD+5, e involucró organizaciones no gubernamentales (ONGs), jóvenes, gobiernos y organizaciones internacionales. Esa revisión incluyó informes de los esfuerzos nacionales de implementación, reuniones con expertos globales, y un Foro Internacional en la Haya, organizado por la

UNFPA.^{14,15,17,18} Previo a la CIPD+5, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Pekín en el año 1995, se reiteró el objetivo de reducción de la muerte materna en un 75% de la presentada en 1990 para el año 2015.¹⁷ Con ello, el abatimiento de la mortalidad materna se adoptó como uno de los principales indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio por los países miembros de las Naciones Unidas.^{17,18}

En septiembre de 2000, 189 países de la ONU acordaron los "Objetivos del Desarrollo del Milenio", que incluyen a ocho, para disminuir la pobreza, el hambre, las enfermedades y la discriminación contra la mujer, entre otros. Asimismo, cada objetivo tiene sus propias metas; el Objetivo 5 es mejorar la salud materna, para el cual se estableció como meta: reducir la mortalidad materna para el 2015, teniendo como referencia el año de 1990.

Esta meta, a su vez, tiene tres indicadores más: el primero es la tasa de uso de anticonceptivos; el segundo, la disminución en la incidencia de embarazo en adolescentes, y el tercero, ampliar la cobertura en la atención prenatal y satisfacción de la demanda de métodos anticonceptivos.¹⁸ Esa meta tiene como característica la ventaja de reconocer que en la procuración y protección de la salud materna intervienen otros factores, además de los médicos y la atención clínica. Con ello, se quiere dejar claro que para que se logre una reducción de la mortalidad materna es necesario reconocer los factores sociales, políticos, económicos y culturales que pueden intervenir en la muerte materna. La idea es que los gobiernos están obligados a reconocer lo indispensable de cambiar el enfoque clínico como única forma de reducir la muerte materna, ya que se ha demostrado que es insuficiente para prevenirla siguiendo ese patrón, es decir, se debe trabajar de forma integral con otras áreas con la finalidad de mejorar la salud de la mujer.

A nivel internacional, el UNFPA comprende tres áreas: 1) salud sexual y reproductiva, 2) población y desarrollo, y 3) igualdad y género. Todas las actividades de la UNFPA se basan en la promoción de los derechos humanos, así como en el fortalecimiento de las capacidades nacionales. Por ejemplo, se busca fomentar y establecer alianza con diversos actores sociales y políticos, con el fin de arreglar asuntos de población.

Posteriormente, en la Cumbre del Milenio, realizada en septiembre de 2005, se reafirmó el compromiso

para lograr el acceso universal a la salud reproductiva en el 2015. Esta meta es la principal convenida en la CIPD. Después se integró en los Objetivos del Milenio y la Declaración del Milenio para reducir la mortalidad materna mejorando la salud de las madres, entre otros.¹⁸

Cuatro años después, en el 2009, aún mueren más de 500 mil mujeres a nivel mundial. A pesar de que países de Asia Sudoriental y de África del Norte han presentado incrementos en los trabajos de parto asistidos, siguen siendo elevadas sus tasas de muerte materna. Se sabe que en África Subsahariana la mortalidad materna es mil veces más alta que en los países de ingresos mayores; esto se ha asociado con la epidemia de VIH-SIDA. Ante ello, se documentó que la OMS intensifica el apoyo normativo y técnico, cuantificando logros, limitaciones o retrocesos, mediante otras organizaciones de las Naciones Unidas que se ocupan de detectar nuevos identificadores que coadyuven al logro de los objetivos relacionados con la salud.¹⁹

PANORAMA NACIONAL

En México, en el año 1917, se publicaron en el Diario Oficial de la Federación del lunes 5 de febrero (artículo 123, fracción V), algunos de los derechos reconocidos a la mujer que trabajaba en forma remunerada, de la siguiente forma: “Las mujeres durante los tres meses previos al parto, no desempeñarán trabajos físicos que exijan esfuerzo material considerable, en el mes siguiente al parto disfrutarán forzosamente de descanso, debiendo percibir su salario íntegro y conservando su empleo y los derechos que hubiera adquirido por su contrato”.²⁰

No se sabe con certeza cuál fue el impacto de este artículo; sin embargo, se tienen datos de que en 1930 la muerte materna en México descendió gradualmente, así se tiene que en 1930 la tasa de muertes maternas era de 565 por 100,000 nacidos vivos y ya en 1990, ésta fue de 54 por 100,000 nacidos vivos.^{21,22}

Por su parte, el artículo 4º Constitucional, concerniente a las garantías individuales se reformó en 1974 y se publicó el 31 de diciembre de ese año en el Diario Oficial de la Federación, en el cual se garantiza la elección de la mujer a ser madre o no y la libertad para definir el número y espaciamiento de las y los hijos, con la finalidad de que el estado

mexicano asegure la salud de las mujeres de todas las edades.²² En este sentido, cabría mencionar que esa fue la época en la que diferentes movimientos sociales se expresaron a favor de los derechos de la mujer, teniendo como resultado otra disminución en la tasa de muerte materna, ya que en 1979 era de 10 por cada 10,000 nacimientos y para 1990 descendió a 5.4 por cada 10,000 nacimientos.²³ Las causas más importantes de muerte fueron en todo ese periodo: problemas en el parto (34.2%), hipertensión (23.2%) y hemorragias (21.3%).

Quizá una de las estrategias que contribuyó en la disminución de las muertes maternas fue la implementación de los programas de planificación familiar, ubicados dentro de la temática de salud reproductiva. Su implementación coincidió justamente en los años setenta, cuando se desarrollaban diversos movimientos sociales (nacionales e internacionales) en donde surgieron una serie de demandas que buscaban disminuir el riesgo en la salud y de optimizar las condiciones de vida de las mujeres de todas las edades. En específico, se puede hablar de los programas de planificación familiar impulsados por el gobierno mexicano, posterior a la firma de México en el Programa de Acción Mundial Sobre Población de la Primera Conferencia Mundial de Población, llevada a cabo en Bucarest, Rumania, en 1974. En ese año, en México se creó el Programa Nacional de Educación Sexual, regulado por la Ley General de Población, que a su vez estaba relacionado con los programas de desarrollo del sector educativo y de salud; en él se promovieron contenidos educativos sobre reproducción, pubertad y desarrollo humano. Además, se trató de instruir acerca de la prevención del embarazo y de enfermedades de transmisión sexual.

Sin embargo, en 1975 la Unión Nacional de Padres de Familia publicó un desplegado contra la información contenida en los libros de texto de la Secretaría de Educación Pública y organizó quemas públicas de ellos en las ciudades de Monterrey, San Luis Potosí y Aguascalientes. Ahí, se pudo observar que no era bien aceptada ese tipo de información por el sector más conservador de la población, a pesar de que siempre hubo necesidad de ella.²⁴

En 1978, en la reunión de la Organización Mundial de la Salud celebrada en la ciudad de Alma Ata, Kazajstán, los 134 países participantes, entre ellos México, establecieron el objetivo de lograr salud primaria para todos en el año 2000. Los Estados

Miembros de este organismo internacional se comprometieron a establecer acciones para ampliar la cobertura de vacunación, de atención sanitaria en zonas rurales, e impulsar la lucha contra la malnutrición; sin embargo, casi todos los programas se centraban en la salud infantil, más que en la materna.²⁵ No obstante, se ha reconocido que esta iniciativa se ha constituido en una importante herramienta para lograr la equidad en salud.²⁶

Finalmente en 1987, a nivel nacional, hubo un llamamiento a favor de una maternidad sin riesgos; esto fue secundario al V Encuentro Internacional “Mujer y Salud”; con ello se dejaba clara la difícil situación de las madres y los niños en cuanto a salud; iba más allá de ser sólo un problema biológico, ya que se identificó que en la determinación del estado de salud de estos grupos intervienen factores sociales, políticos, económicos y ecológicos, entre otros. En 1993, se trabajó desde el ámbito de derechos humanos, de organizaciones gubernamentales, civiles y académicas en pro de “una maternidad sin riesgos”, tratando de enfocarse en los diversos entornos de las mujeres (como los sociales, culturales y económicos) que les pueden ser adversos. Esto es, porque la salud de las madres se consideraba como un condicionante de la salud de los hijos, y por lo tanto, afectaba la formación del capital humano, ya que los niños huérfanos de madre eran más susceptibles de enfermar o morir. De esta forma, de nuevo la salud materna se liga más con la infantil, y por eso los especialistas se enfocaron a los grupos materno e infantil como uno solo. En ese mismo año se formó el Comité Nacional por una Maternidad sin Riesgos con el propósito de disminuir la muerte materna en el país; desde entonces se han formado Comités estatales y municipales con la finalidad de mejorar la calidad de la atención en las embarazadas, buscando el bienestar de los niños a partir de la salud materna.²⁶

UN POCO DE CONTRASTE

Cabe resaltar que los movimientos sociales surgidos en los años setenta fueron la base para que se reconociera que las mujeres han tenido, y tienen, un acceso limitado a la educación e información para la prevención de embarazos no deseados, elementos que podrían salvarles la vida. Incluso, hoy en día, en muchas ocasiones no se les permite intervenir sobre

las decisiones en el uso de los anticonceptivos o acerca del lugar donde darán resolución a su embarazo.

Por otra parte, también se ha documentado que las mujeres tienen conductas renuentes para acudir a los servicios de salud, ya que se ha referido que se sienten humilladas o intimidadas por el personal, o bien presionadas a aceptar tratamientos que están en contra de sus propios valores y costumbres.²⁶ Lo anterior, aunado a la pobreza y a tradiciones culturales y obstáculos legales que les limitan el acceso a los recursos económicos, dificultándoles, así, los esfuerzos para obtener atención sanitaria a las mujeres y a sus hijos. Esta es una situación de injusticia que pone de manifiesto que la salud de las madres y de los niños es una cuestión de derechos, y que se trata de una lucha diaria por hacerlos valer.^{27,28}

MANOS A LA OBRA

La preocupación por hacer valer los derechos de la mujer y del niño se transformó en una estrategia acordada por varias naciones (incluyendo México) en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en el Cairo, Egipto (1994). En esta reunión, se estableció que en un plazo no mayor de 20 años debería haber una cobertura universal a los servicios de salud reproductiva, con un acceso basado en decisiones y derechos individuales, lo que trajo consigo la participación de otros campos de acción, como las ciencias sociales adicionales a las biológicas, con el fin de intervenir positivamente en la salud de la madre y el niño para lograr un estado de salud óptimo. Esto resultó, en cierto modo, difícil de realizar, sobre todo si se consideran las desigualdades de gran parte de la población mexicana, en las mujeres y menores de edad, en especial en lo referente a equidad en salud y género. Para lograrlo, todos los gobiernos tendrían que trabajar para erradicar las diferencias entre los diversos grupos de población y distribuir la riqueza, con el fin de mejorar las condiciones de vida y asegurar tanto a madres como a niños un acceso universal a la atención de salud, con la finalidad de disminuir la inequidad de los recursos en la población.

En México, los retos institucionales que implicaron la instrumentación del concepto de Salud Reproductiva y el impulso de una política pública de salud que lo llevara a la práctica, hicieron que en 1994 se crearan la Dirección General de Planificación Familiar y la

Dirección de Atención Materno Infantil, organismos que tenían cierta autonomía, pero estaban regidos por estrategias, planes de trabajo y objetivos establecidos en los programas desarrollados en las diferentes reuniones mundiales como la de Alma-Ata en 1978 y de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en 1994.³

Hasta la fecha, no se ha alcanzado la cifra esperada por los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En México, se han intentado varias estrategias para disminuir la muerte materna con programas como Arranque Parejo en la Vida, después llamado Oportunidades. Sin embargo, a dichos programas les hace falta mayor personal capacitado y un mejor manejo administrativo para lograr con eficacia lo esperado. Así, se dice que en México la mortalidad materna registra sólo una reducción del 8% en los últimos tres años.³⁰

RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES

Un elemento determinante para el funcionamiento de los programas es la existencia de un presupuesto económico permanente, aunado a la necesidad de enfrentar y superar los nuevos desafíos sociales, políticos y culturales del ámbito mundial para poder visualizar su efecto o impacto en la salud de las mujeres en forma integral.²⁸

Por otra parte, las políticas públicas de atención a la salud materna deben de ir más allá de la parte biológica y la atención médica del embarazo. Es preciso tratarla desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, y considerar temas como la equidad, los problemas de género y el empoderamiento que las mujeres deben lograr para poder decidir libremente sobre su reproducción.

Por ahora, se cuenta con una serie de documentos como los realizados por la Secretaría de Salud en México o datos de la OMS a nivel internacional, que indican que la muerte materna ha descendido, pero no al grado esperado por las autoridades; este logro ha sido con base en la presión que las autoridades internacionales han tenido sobre los diferentes países, en específico, hacia los países en vías de desarrollo, para que se unificaran con la finalidad de desarrollar estrategias y disminuir la muerte materna, como las establecidas en las reuniones del Cairo y Pekín de 1994 y 1995, respectivamente. Aun así, todavía se tiene un largo camino para seguir tratando de inte-

grar el área social con la médica y la psicológica, con el objetivo de identificar cuál es la problemática de la muerte materna, y con ello desarrollar estrategias que faciliten la detección oportuna de los momentos críticos que conducen a la muerte de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.

De todas las estrategias internacionales se han encontrado pocos resultados favorables en países en vías de desarrollo, en específico en zonas rurales o urbanomarginadas, que son las que requieren de esfuerzos mayores y mejor dirigidos para lograr los objetivos establecidos en esas estrategias. Se sabe que en los años sesenta y setenta algunos países redujeron las tasas de mortalidad materna a la mitad en un periodo de 10 años. Otros países lograron ese objetivo en años más recientes, por ejemplo Bolivia y Egipto.³¹ Sin embargo, hay otros que aumentaron su tasa, entre ellos, algunos del continente africano; una de las posibles explicaciones es la epidemia del SIDA que afecta a gran parte de la población de países de África como Malawi. Además, en esos sitios la reducción de la cobertura y el empeoramiento de la calidad de la atención sanitaria están relacionados con el deterioro de la disponibilidad de personal de salud, que a su vez no está separada de la epidemia del VIH-SIDA. De hecho, en muchas de las zonas una partera o matrona se hace cargo de todo un poblado rural; por lo tanto, no todas las embarazadas reciben la atención adecuada para su embarazo.^{30,31}

En términos generales, y como era de esperarse, los países que tuvieron mejoras fueron los europeos, ya que han manejado cifras inferiores de mortalidad materna. En contraste, los estancamientos y retrocesos se presentaron en los países con mayores rezagos económicos e inequidad en todos los servicios e ingresos. El impacto de aplicación de los programas a nivel internacional muestra mejoras en los que tienen y han tenido menor desigualdad en la distribución de su ingreso, independientemente del nivel absoluto de éste. Así, el impacto ha sido menor en los países con más pobreza y mayor desigualdad, entre los que se puede contar a los de Latinoamérica.

La relación entre la Atención Primaria de la Salud y las Metas de Desarrollo del Milenio es un compromiso asumido por las naciones del mundo para mejorar el bienestar de las personas, incluyendo la reducción de la pobreza, la mortalidad infantil y materna, y la propagación del VIH para el año 2015, con la finalidad de mejorar la calidad de vida, reducir la carga de la enfermedad y favorecer la equidad en salud.

Por su parte, el Banco Mundial señaló que el Paquete de Servicios Básicos de Atención Sanitaria “es el conjunto mínimo de servicios de salud que debe otorgarse a toda la población, y debe ser en respuesta a sus necesidades prioritarias locales”. En México, dicho paquete se proporcionó a través del programa APV (Arranque Parejo en la Vida)³² y el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC), que es un esquema heredado del sexenio anterior, llamado PROGRESA (Programa para la Educación, la Salud y la Alimentación). El PAC se desarrolló con el objetivo de identificar los resultados de la atención a la mortalidad materna. En 1996 se aplicó un nuevo modelo de atención a la población marginada, en el que se incorporaron acciones específicas de atención durante el embarazo, parto y puerperio, para reducir la mortalidad materna. Sin embargo, de 1997 a 1999 las tasas de mortalidad materna aumentaron en 9 de los 18 estados en los que operaba el PAC; una de las razones fue porque la cobertura propuesta por éste no abarcaba el total de los lugares que requerían de los servicios para el cuidado prenatal; por ello no se habían logrado revertir las carencias en materia de servicios de salud en la totalidad de las regiones; además, el personal de salud dedicado para este fin era insuficiente, porque se suponía que debería existir un médico por cada 3,000 habitantes, y no en todos los casos fue así, ya que en Chiapas esta cifra fue rebasada, teniendo como consecuencia una alta mortalidad materna.³⁴

Conforme ha ido avanzando el programa APV del año de 1998 a 2001, los recursos han ido disminuyendo, ya que sus cifras fueron del 3.9 al 2.2% de las partidas destinadas para el PAC en esos años respectivamente, lo que señala, que cada vez es menor esa cantidad, además de que no todos los estados cuentan con ese programa, lo que hace que sea limitada o nula su cobertura en estados como Campeche y Nayarit,³³ y aunque ha ido disminuyendo la tasa de mortalidad materna, todavía no alcanza la reducción esperada y acordada en la reunión del Cairo.

REFERENCIAS

1. Langer GA. La mortalidad materna en México: La contribución de aborto inducido. Disponible en: <http://www.popin.org/unpop-terms/defesp.htm> [consultada el 9 de mayo de 2009]
2. América Latina en Movimiento. Mortalidad Materna. Disponible en: http://alainet.org/active/show_text.php3?key=3412 [consultada el 11 de mayo de 2009]
3. Cairo Cairo+5 Cairo+10. Diez años. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Fondo de las Naciones Unidas. 2004. Disponible en: <http://venezuela.unfpa.org/documentos/CIPD.pdf> [consultado el 08 de mayo de 2009]
4. Arroyo de Cordero G. Derechos de la mujer. Salud sexual y reproductiva. Rev Enferm IMSS 1999; 7: 181-5.
5. Dwork D. War is good for babies and other young children. Londres. Tavistok, 1987.
6. Budin P. La mortalité infantile de 0 a 1 an. L’Ostétrique, 1903: 144. Citado en: Informe sobre la salud del mundo 2005. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2005/chapter1/es/index2.html#8> [Consultado el 1 de junio de 2009]
7. Loudon I. Childbirth, In: Bynum WF, Porter R, (Eds) Companion encyclopedia of the history of medicine. Londres y Nueva York, NY, Routledge, 1993: 1050-71.
8. Van Lerberghe W, De Brouwere, V. Of blind alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. Safe motherhood strategies: a review of the evidence. Amherst, ITG Press, 2001: 7-34 (Studies in Health Organization and Policy, 17). Citado en Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2005/chapter1/es/index2.html#8> [Consultado el 1 de junio de 2009]
9. Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas. Nueva York, NY, Naciones Unidas 1948.
10. Derechos Humanos para Todos, 50 Aniversario de la Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948-1998. Adaptada y proclamadas por la Resolución de la Asamblea General 217 A(iii) del 10 de diciembre de 1948. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/aboutun/rights.htm> [Consultado el 05 de marzo de 2009]
11. Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Artículo 2. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1948. Disponible en http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=basic-sp&softpage=Browse_Frame_pg42 [Consultado 22 noviembre de 2004], citado en OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2005. Capítulo 1. Las madres y los niños son importantes – y su salud también.
12. Conferencia Internacional del Trabajo 88^a Reunión 2000. Informe IV (2B) La protección de la Maternidad en el Trabajo. Revisión del Convenio sobre la protección de la maternidad (revisado), 1952 (núm. 103) y de la Recomendación sobre la protección de la maternidad, 1952 (núm. 95) Oficina Internacional del Trabajo Ginebra. Disponible en http://books.google.com/books?id=O421qOLpB0C&pg=PA2&lpg=PA2&dq=Conferencia+Internacional+de+de+la+organizaci%C3%B3n+Internacional+del+trabajo+1952&source=bl&ots=T21-LkdF_g&sig=qWSCCM8Gka0k0FKSqX9zfmqoLtA&hl=es&ei=aFqwSc2eMd-Btwe_yYnuBQ&sa=X&oi=book_result&resnum=1&ct=result#PPP1,M1 [Consultado el 6 de marzo de 2009]
13. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27. Oficina Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Disponible en <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm> [Consultado el 6 de marzo de 2009]

14. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 1979. Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm> [Consultado el 10 de marzo de 2009]
15. Deser. Red por los Derechos Sexuales y Reproductivos en México. Pronunciamiento por el Día Internacional de Acción por la Salud de las mujeres. Disponible en http://www.equidad.org.mx/nuevo/28mayo2007/pronunciamiento_def.pdf [Consultado el 1de junio de 2009]
16. Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Bolivia 21/05/2001. Disponible en <http://www.derechoshumanosbolivia.org/informes/Observaciones%20Finales%20del%20Comite%20DESC%20a%20Bolivia%202001.doc>. [Consultado 10 de marzo de 2009]
17. IV Conferencia Mundial de las Naciones Unidas Sobre las Mujeres. Pekín 1995. Plataforma para la acción. Disponible en <http://portal.aragon.es/portal/page/portal/IAM/TEMAS/POLIT-IGUAL/PEKIN.PDF> [Consultado el 08 de mayo de 2009]
18. Fondo de Población de las Naciones Unidas 2009. Disponible en: <http://www.unfpa.org.mx/acerca.htm> [Consultado el 26 de febrero de 2009].
19. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005, Capítulo 1. Disponible en <http://www.who.int/whr/2005/chapter1/es/index2.html#8> [Consultado el 1 de junio de 2009]
20. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/dof/CPEUM_orig_05feb1917_im.pdf [Consultado el 26 de marzo de 2009]
21. Campos-Ortega CS. Cien Años de Mortalidad en México. En DEMOs. El Colegio de México. 1997 No. 010.
22. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/cpeum_art.htm [Consultado el 26 de marzo de 2009]
23. Secretaría de Salud (SSA). Estadísticas sobre Mortalidad. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/estadisticas/mortalidad/mortalidad.htm> [Consultado el 27 de marzo de 2009]
24. Rodríguez G, Corona E, Pick S. Educación para la sexualidad y la salud reproductiva. En Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México. The Population Council/EDAMEX, México, 2000.
25. Pan American Health Organization. Regional Office of the World Health Organization. Atención Primaria a 25 años de la Declaración de Alma-Ata. http://www.paho.org/spanish/dd/pin_ps040824.htm [Consultado el 26 de marzo de 2009]
26. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005 ;Cada madre y cada niño contarán! Disponible en <http://www.who.int/whr/2005/es/index.html> [Consultado el 16 de junio de 2009]
27. Rodríguez G. La participación de las ONG y organizaciones comunitarias en la salud reproductiva. En: Bronfman M, Derman C. Salud reproductiva temas y debates. Instituto Nacional de Salud Pública. México. 2003: 202-222.
28. Deser: Pronunciamiento por el Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, Fuente: Programme of Action of the International Conference on Population and Development, paras. 13.15 and 14.11, tomado de Financing the ICPD Programme of Action: Data for 2005, estimates for 2006/2007. Disponible en http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2008/icpd_financing_2007.pdf [Consultado el 26 de febrero de 2009]
29. AbouZahr C, Wardlaw T. Trends in maternal mortality in the 1990s. Bulletin of the World Health Organization, 2001. Disponible en <http://www.unfpa.org/mothers/index.htm>, consultado el 07/05/09, UNICEF África Meridional- países en crisis. Malawi. 2004 Disponible en http://www.unicef.org/spanish/emerg/southernafrica/index_malawi.html [Consultado el 28 de febrero de 2009]
30. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. La salud materna muestra pocos indicios de mejora. Disponible en <http://www.who.int/whr/2005/chapter1/es/index7.html> [Consultado el 28 de mayo de 2009]
31. Díaz D, Sánchez-Hidalgo D, Freyermuth G, Castañeda MA. La mortalidad materna: un problema sin resolver. 2002. Centro de los derechos de la mujer A.C. FUNDAR, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población. México.
32. Secretaría de Salud. Programa Arranque Parejo en la Vida 2002.
33. Romo-Gamboa E. La mortalidad materna. Problema de Salud en México) sin fecha. Disponible en http://sociales.reduaz.mx/art_ant/mortalidad_materna_mexico.pdf [Consultado el 8 de mayo de 2009]

Correspondencia:

Mtra. Reyna Sámano

Departamento de Investigación en Nutrición del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Montes Urales 800, Col. Lomas de Virreyes, Del. Miguel Hidalgo. México, D.F. Teléfono 5520 9900 ext. 120.

Correo electrónico:
ssmr0119@yahoo.com.mx