

Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna

Eduardo Lazcano-Ponce, DSc,⁽¹⁾ Raffaella Schiavon, MD,⁽²⁾ Patricia Uribe-Zúñiga, D en Infectología,⁽³⁾
Dilys Walker, MD,^(1,4) Leticia Suárez-López, M en D,⁽¹⁾ Rufino Luna-Gordillo, MD,⁽⁵⁾ Alfredo Ulloa-Aguirre, DSc.⁽¹⁾

Lazcano-Ponce E, Schiavon R, Uribe-Zúñiga P, Walker D, Suárez-López L, Luna-Gordillo R, Ulloa-Aguirre A. Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. *Salud Publica Mex* 2013;55 suppl 2:S214-S224.

Resumen

Objetivo. Evaluar la cobertura de atención del parto en México en el contexto de la reducción de la mortalidad materna. **Material y métodos.** Se utilizaron dos fuentes de información: 1) la comparación de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 2006 y 2012 (ENSANUT 2006 y 2012); 2) La base de datos que monitorea las defunciones maternas de 2012 en México (hasta el 26 de diciembre de 2012) y las estimaciones de los nacidos vivos (NV) del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el mismo año. **Resultados.** La cobertura de atención del parto en unidades médicas es cercana a 94.4% a nivel nacional, pero entidades federativas como Chiapas (60.5%), Nayarit (87.8%), Guerrero (91.2%), Durango (92.5%), Oaxaca (92.6%) y Puebla (93.4%) todavía tienen coberturas de atención del parto que son menores al promedio nacional. En las mujeres adscritas a la seguridad social, se han alcanzado coberturas cercanas a 99%, y en aquéllas afiliadas al SPSS –denominado Seguro Popular– la cobertura de atención médica del parto fue de 92.9%. También en términos de la razón de mortalidad materna (RMM), se observan grandes disparidades por entidades federativas, con un promedio nacional de 47.0 por 100 000 NV (preliminar para 2012, hasta el 26 de diciembre de este año). Esta última estimación ha sido actualizada de acuerdo con las proyecciones más recientes de la población. **Conclusión.**

Lazcano-Ponce E, Schiavon R, Uribe-Zúñiga P, Walker D, Suárez-López L, Luna-Gordillo R, Ulloa-Aguirre A. Coverage for birth care in Mexico and its interpretation within the context of maternal mortality. *Salud Publica Mex* 2013;55 suppl 2:S214-S224.

Abstract

Objective. To evaluate health coverage for birth care in Mexico within the frame of maternal mortality reduction. **Materials and methods.** Two information sources were used: 1) The comparison between the results yield by the Mexican National Health and Nutrition Surveys 2006 and 2012 (ENSANUT 2006 and 2012), and 2) the databases monitoring maternal deaths during 2012 (up to December 26), and live births (LB) in Mexico as estimated by the Mexican National Population Council (Conapo). **Results.** The national coverage for birth care by medical units is nearly 94.4% at the national level, but in some federal entities such as Chiapas (60.5%), Nayarit (87.8%), Guerrero (91.2%), Durango (92.5%), Oaxaca (92.6%), and Puebla (93.4%), coverage remains below the national average. In women belonging to any social security system (eg. IMSS, IMSS *Oportunidades*, ISSSTE), coverage is almost 99%, whereas in those affiliated to the Mexican Popular Health Insurance (which depends directly from the Federal Ministry of Health), coverage reached 92.9%. In terms of Maternal Mortality Ratio (MMR), there are still large disparities among federal states in Mexico, with a national average of 47.0 per 100 000 LB (preliminary data for 2012, up to December 26). The MMR estimation has been updated using the most recent population projections. **Conclusion.** There is no correlation between the

- (1) Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
- (2) IPAS México DF, México.
- (3) Unidad de Gestión del Proyecto Fondo Mundial, FUNSALUD. México DF, México.
- (4) Universidad de Washington. Seattle, EUA.
- (5) Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud. México DF, México.

Fecha de recibido: 7 de enero de 2013 • Fecha de aceptado: 30 de enero de 2013

Autor de correspondencia: Dr. Eduardo Lazcano Ponce. Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: elazcano@insp.mx

En México no existe correlación entre la elevada atención del parto en unidades médicas y la RMM, por lo que no sólo es necesario garantizar la atención universal del parto por un profesional de la salud sino que ésta la debe proporcionar personal calificado de acuerdo con el nivel de atención y con un sistema de redes de atención funcionales, además de fortalecer la calidad de la atención obstétrica y los programas de planificación familiar, e implementar políticas innovadoras de salud con acciones intersectoriales en un marco de derechos humanos que disminuyan la enorme inequidad social.

Palabras claves: atención del parto; mortalidad materna; calidad de la atención obstétrica; determinantes sociales de la salud; derechos humanos; México

level of institutional birth care and the MMR in Mexico. It is thus necessary not only to guarantee universal birth care by health professionals, but also to provide obstetric care by qualified personnel in functional health services networks, to strengthen the quality of obstetric care, family planning programs, and to promote the implementation of new and innovative health policies that include intersectoral actions and human rights-based approaches targeted to reduce the enormous social inequity still prevailing in Mexico.

Key words: birth care; maternal mortality; quality of obstetric care; social determinants of health; human rights; Mexico

La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo o en los 42 días posparto, debido a causas directa o indirectamente asociadas con el embarazo. Durante los últimos años, a nivel mundial el número de muertes maternas ha declinado de 409 100 en 1990 a aproximadamente 254 500 en 2010, de acuerdo con dos estimaciones recientes a nivel global.^{1,2} Asimismo, se ha estimado que cerca de 56 100 muertes maternas en 2010 fueron relacionadas con VIH durante el embarazo,¹ y que más de 95% de ellas suceden en países en desarrollo.^{1,2} Por esta razón, al inicio del siglo XXI, a través de un acuerdo internacional de la Organización de las Naciones Unidas,³ se establecieron los objetivos de desarrollo del milenio, desde la perspectiva de 189 países que se comprometieron a cumplir diversas metas para el año 2015.⁴ Una de ellas fue la de mejorar la salud materna y, consecuentemente, dentro de sus compromisos se priorizó la necesidad de reducir en tres cuartas partes las razón de mortalidad materna (expresada como el número de muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos), así como la de tener una cobertura universal en salud reproductiva para el año 2015.^{5,6} Las estrategias propuestas en el ámbito internacional deben tener una dimensión integral, ya que no sólo implican garantizar que todas las mujeres embarazadas dispongan de una cobertura y sobre todo del acceso universal de calidad a los servicios de atención prenatal y atención del parto,⁷ sino además que puedan ejercer el derecho fundamental de decidir libremente sobre el embarazo y el número de hijos, lo que requiere de la disponibilidad y acceso a métodos anticonceptivos, ya sea temporales o permanentes, así como de la prevención y manejo adecuado de infecciones del tracto reproductivo, entre otros.⁸ De acuerdo con la evidencia disponible y con la experiencia gubernamental previa, la mortalidad materna se puede prevenir mediante la

aplicación de múltiples acciones intersectoriales convergentes; la estrategia más promovida a nivel global ha sido la atención calificada al nacimiento.⁹ También se incluyen acciones que van desde la modificación de determinantes sociales de la salud¹⁰ hasta intervenciones controvertidas desde el punto de vista ideológico, como es la práctica del aborto legal, cuya seguridad en un contexto normativo ha sido recientemente evidenciada en un informe de la Ciudad de México.¹¹ En este entorno, la Encuesta Nacional de Salud 2012 de México (ENSANUT 2012) pretende analizar la cobertura de atención del parto por profesionales de la salud y evaluar los posibles rezagos en cuanto a la misma. En este artículo, también se utilizan diversas fuentes de información para describir el contexto actual de la atención del parto en México, así como se exploran otros datos oficiales que han monitoreado la mortalidad materna.

Material y métodos

Se utilizó la combinación de dos fuentes de información. La primera incluye a las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 2006¹² y 2012¹³ (ENSANUT 2006 y 2012) con diseños muestrales probabilísticos, polietápicos, estratificados y por conglomerados, y con representatividad nacional y estatal – y la comparación entre los dos periodos en estudio. Los datos utilizados corresponden a mujeres de 20 a 49 años de edad que informaron haber tenido su último hijo nacido vivo en los cinco años previos a la encuesta. Las principales variables analizadas fueron: a) persona que atendió el parto y b) lugar de atención del parto. En la primera variable, se indagó si el parto fue atendido por: 1) médico, 2) enfermera, 3) promotora, auxiliar o asistente de salud, 4) partera profesional técnica, 5) partera tradicional o empírica, personal de salud, y 6) nadie.

La segunda fuente de información fue la base de datos que monitorea las defunciones maternas de 2012 en México (valor preliminar hasta el 26 de diciembre del mismo año)¹⁴ y dos estimaciones diferentes de nacimientos efectuadas por Conapo^{15,16} para ese año, por lo que se calculó la razón de mortalidad materna (RMM) a nivel nacional y por entidad federativa. Asimismo, se analizó la información del sitio donde ocurrió la muerte materna para el año 2011.

Resultados

En relación con la cobertura de atención de parto en unidades médicas del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con la ENSANUT 2012, mientras el promedio nacional fue de casi 94.5%, se observa que en Chiapas esta cobertura se estimó en 60.5% para ese mismo año. Los Estados de Nayarit (87.8%), Guerrero (91.2%), Durango (92.5%), Oaxaca (92.6%) y Puebla (93.4%) también tuvieron coberturas de atención del parto en unidades médicas menores al promedio nacional. Por otro lado, hay estados de la República donde la cobertura es total o muy cercana al 100% (Distrito Federal, Nuevo León y Yucatán) (figura 1). En la figura 2 se muestra cómo las derechohabientes a la seguridad social (IMSS, ISSSTE/ISSSTE Estatal, Pemex, Sedena, Semar) han alcanzado las coberturas más altas de atención médica del parto, con cerca de 99%, aunque ésta también se ha incrementado considerablemente, entre 2006 y 2012, en mujeres adscritas al Seguro de Protección Social en Salud (SPSS), con cerca de 97%. Asimismo, son los médicos el tipo de personal de salud que predomina en la atención del último parto en los cinco años previos, en el Sistema Nacio-

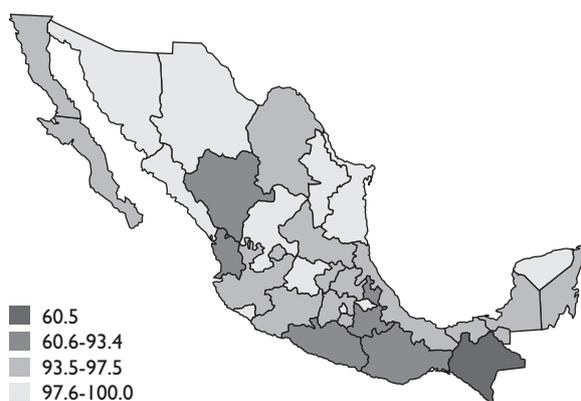
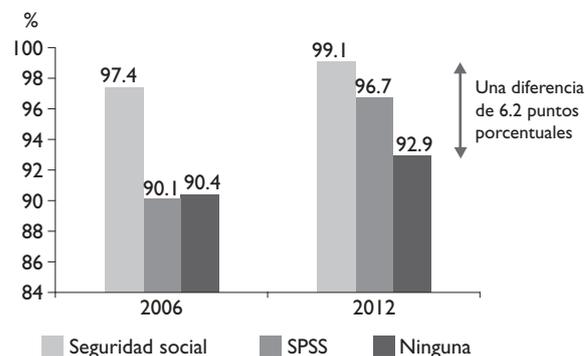


FIGURA 1. PORCENTAJE DE MUJERES ATENDIDAS POR UN MÉDICO AL MOMENTO DEL PARTO, POR ENTIDAD FEDERATIVA. MÉXICO, ENSANUT 2012



SPSS: Sistema de protección social en salud denominado Seguro Popular

FIGURA 2. ATENCIÓN DEL ÚLTIMO PARTO POR UN MÉDICO. MÉXICO, ENSANUT 2006 Y 2012

nal de Salud. Llama la atención, sin embargo, que cerca de 558 800 partos no fueron atendidos en instituciones de atención médica y que, de acuerdo con la ENSANUT 2012, cerca de 241 000 partos fueron atendidos en casa. Asimismo, de estos eventos obstétricos fuera de instituciones de seguridad social y privados, aproximadamente la mitad fueron atendidos por médicos, pero una cifra no despreciable fue asistida por otros profesionales de la salud; de hecho, uno de cada tres partos fueron atendidos por parteras empíricas tradicionales (168 000) o parteras profesionales (85 000) (cuadro I).

No se encontró correlación entre las RMM por entidad federativa y la cobertura de atención de parto en una unidad médica del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con la ENSANUT 2012 ($p > 0.05$). De acuerdo con las estimaciones de nacimientos de Conapo para 2005-2030,¹⁵ la RMM preliminar para 2012 (hasta el 26 de diciembre) es de 47.0 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos. Con las últimas estimaciones de nacimientos de Conapo para 2010-2050¹⁶ la RMM disminuye a 39.9 para el mismo año. Analizando la información por entidades federativas, existen grandes disparidades. En la figura 3 se muestra el contraste entre estados del país; en particular, con la estimación preliminar la diferencia en la RMM entre Guerrero (88.1) y Baja California Sur (10.1) indica que el riesgo de muerte materna de las mujeres guerrerenses es 8.7 veces mayor que la de las mujeres de Baja California Sur. Otras cifras que contrastan son las de los estados de Tlaxcala (77.9) y Oaxaca (73.5), en contraposición con las de Querétaro (24.4) y Sonora (28.3), que son de las más bajas. Esta misma tendencia se mantiene con la estimación más reciente de la RMM entre Guerrero y Baja California Sur

Cuadro I
PERSONAL DE SALUD QUE ATENDIÓ EL ÚLTIMO PARTO EN LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS,
ESTRATIFICADO POR EL LUGAR DE ATENCIÓN MÉDICA. MÉXICO, ENSANUT 2012

Lugar de atención del parto

	SSa	IMSS	IMSS Oportunidades	ISSSTE	Pemex	Sedena	Semar	Hospitales privados	Consultorio dependiente de farmacias	Casa de partera	Hogar	Otro	Total [‡]
Proveedor de la atención													
Médico	4 087 (97.9)	2 435.7 (99)	173 (96.8)	242 (98.0)	23 (100)	17 (100)	5 (100)	1 969 (99.3)	8 (100.0)	6 (10.1)	13 (5.3)	226 (90.6)	9 206 (95.5)
Enfermera	50 (1.2)	7.5 (0.3)	0.3 (0.2)	0.4 (0.2)	(0)	(0)	(0)	4.7 (0.2)	(0)	(0)	2 (0.9)	4 (1.6)	69 (0.7)
Auxiliar de enfermería	17.6 (0.4)	11 (0.5)	(0)	3 (1.3)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	0.8 (0.3)	(0)	33 (0.3)
Partera profesional	2.8 (0.07)	(0)	(0)	0.8 (0.3)	(0)	(0)	(0)	0.8 (0.04)	(0)	32 (53.3)	53 (22)	8 (3.1)	97 (1)
Partera tradicional o empírica	0.7 (0.02)	(0)	1.1 (0.6)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	21 (34.6)	147 (61.1)	3 (1.3)	173 (1.8)
Otro personal de salud	11 (0.3)	2.7 (0.1)	4 (2.4)	0.6 (0.3)	(0)	(0)	(0)	7.7 (0.4)	(0)	0.9 (1.5)	(0)	8 (3.2)	35 (0.4)
Ninguno	5 (0.1)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	0.3 (0.5)	25 (10.3)	0.6 (0.2)	31 (0.3)
Total*	4 175	2 457	178	247	23	17	5	1 982	8	60	241	250	9,645

* Datos ponderados por lo que la "n" está traducida en miles (% en cada columna)

‡ Datos ponderados por lo que la "n" está traducida en miles (% en cada fila)

aunque con razones menores (71.0 vs 8.4); no obstante, después de Tlaxcala (67.3) el DF ocupa el tercer lugar con la mayor RMM (59.9), en tanto que Querétaro (21.3) y Sonora (22.9) permanecen con valores pequeños.

La RMM en México ha ido disminuyendo a través del tiempo. En la figura 4 se muestra su tendencia general de 1990 a 2012 (hasta el 26 de diciembre), y su proyección hacia 2015. Se observa una lenta disminución en la RMM en la década de los noventa, y posteriormente un descenso más acentuado en los últimos años, que ha sido resultado de diversas políticas públicas encaminadas para su disminución hasta alcanzar un valor de 39.9 de acuerdo con las últimas estimaciones sobre los nacimientos efectuadas por Conapo 2010-2050.¹⁶ No obstante, será difícil alcanzar la meta comprometida para 2015 de 22.3 muertes maternas por cada 100 000 nacidos. Asimismo, en el cuadro II, se observa que 44.5% de las 971 defunciones maternas en México para el año 2011 se notificaron en unidades médicas de la Secretaría de Salud; 123 (12.6%) muertes ocurrieron en el hogar y 27 (2.8%) en la vía pública, lo que indica la persistencia de barreras diversas al acceso oportuno a la atención

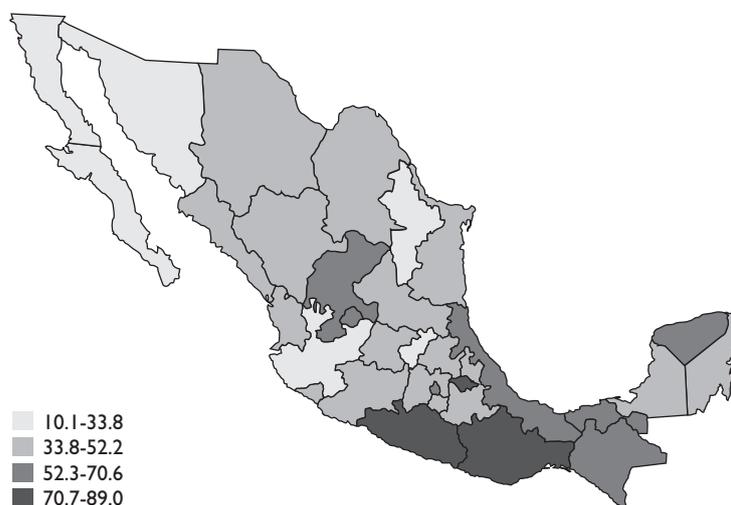
obstétrica para muchas mujeres y a la alta frecuencia de muertes en el postparto inmediato que suceden debido a la reducción del tiempo de hospitalización y al deficiente seguimiento de las mujeres en el postparto, entre otros factores.

Discusión

1) Existe una elevada cobertura de atención del parto en unidades médicas, misma que no parece relacionarse con una adecuada reducción en la mortalidad materna. En México, los datos de la más reciente ENSANUT documentan la elevada y creciente atención del parto en unidades médicas por profesionales de la salud, en línea con otras fuentes oficiales. De acuerdo con INEGI, por ejemplo, en 2011 en México hubo 2 586 287 nacimientos,¹⁷ de los que 1 046 883, se estima fueron atendidos en unidades médicas de la Secretaría de Salud¹⁸ (40.47%) y 559 718 en el IMSS¹⁹ (21.6%). Sin embargo, en nuestro análisis no se pudo documentar correlación alguna entre porcentajes de cobertura del parto y RMM por entidad federativa. Estos datos demuestran que, si

Defunciones maternas y razones de mortalidad materna (RMM), México, 2012*

Entidad federativa	Defunciones Maternas	RMM [‡]	RMM ^{&}	Entidad federativa	Defunciones Maternas	RMM [‡]	RMM ^{&}
Aguascalientes	13	58.2	49.3	Nayarit	7	43.1	32.4
Baja California	19	33.0	33.0	Nuevo León	22	29.5	25.8
Baja California Sur	1	10.1	8.4	Oaxaca	48	73.5	58.7
Campeche	6	41.2	36.6	Puebla	40	36.6	31.2
Chiapas	57	60.8	50.2	Querétaro	8	24.4	21.3
Chihuahua	30	52.2	43.8	Quintana Roo	14	49.8	50.8
Coahuila	19	41.5	35.2	San Luis Potosí	20	43.6	37.2
Colima	4	39.5	30.1	Sinaloa	21	48.5	38.4
Distrito Federal	80	62.9	59.9	Sonora	12	28.3	22.9
Durango	14	50.4	41.7	Tabasco	20	53.6	42.9
Guanajuato	38	39.9	33.2	Tamaulipas	22	40.1	35.2
Guerrero	53	88.1	71.0	Tlaxcala	17	77.9	67.3
Hidalgo	19	43.8	34.2	Veracruz	67	53.6	47.3
Jalisco	40	32.2	26.9	Yucatán	19	56.1	48.1
México	110	42.5	35.9	Zacatecas	13	53.2	41.7
Michoacán	29	41.6	32.1	Nacional	894	47.0	39.9
Morelos	12	42.8	34.9				



Fuente: Plataforma de Notificación Inmediata. DGE/SSA

* Por lugar de ocurrencia. Semana 52 (26 de diciembre de 2012)

‡ RMM por 100 000 nacimientos estimados por Conapo (estimaciones 2002-2030)

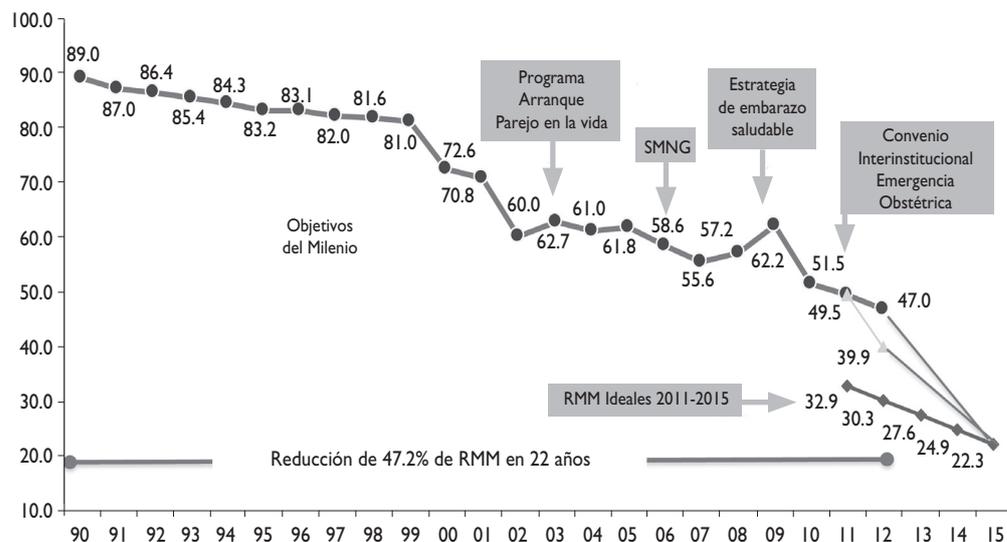
& RMM por 100 000 nacimientos estimados por Conapo (estimaciones 2010-2050)

Fuente: Plataforma de notificación inmediata de las defunciones maternas 2012 (hasta el 26 de diciembre)

Razón de Muerte Materna por 100 mil nacimientos estimados por CONAPO (Estimaciones 2005-2030)

Defunciones notificadas, por lugar de ocurrencia

FIGURA 3. RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA POR ENTIDAD DE OCURRENCIA. MÉXICO, 2012



Fuente: 1990 a 2011, INEGI-SSa/DGIS, SSa

* Información preliminar para 2012 (hasta el 26 de diciembre)

‡ La razón de mortalidad para 2012 tiene dos estimaciones: la primera (47.0) efectuada con los nacimientos estimados por Conapo en 2005-2030, y la segunda (39.9) efectuada con nacimientos estimados por Conapo en 2010-2050

SMNG: Seguro Médico para una Nueva Generación

FIGURA 4. INTERVENCIONES EN POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA DISMINUCIÓN DE LA RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO 1990-2015

**Cuadro II
DEFUNCIONES MATERNAS EN MÉXICO
POR LUGAR DE OCURRENCIA. 2011**

Lugar de ocurrencia	n	%
Secretaría de Salud	432	44.5
IMSS Oportunidades	24	2.5
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	147	15.1
Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	14	1.4
Petróleos Mexicanos (Pemex)	3	0.30
Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena)	5	0.51
Secretaría de Marina (Semar)	0	0
Otra institución pública	74	7.6
Servicio médico privado	68	7.0
En la vía pública	27	2.8
En el hogar	123	12.6
Otro lugar	25	2.6
No especificado	29	3.0
Total	971	100

Fuente: Base de datos de muertes maternas, 2011. Sistema Nacional de Información en Salud. DGIS/SSa

bien es necesario incrementar la atención del parto hasta garantizar su cobertura universal para todas las mujeres, independientemente de su derechohabencia o de su nivel socioeconómico, la cobertura en sí no es suficiente para lograr una reducción de la mortalidad materna conforme a los compromisos adquiridos por el país. Se requiere urgentemente garantizar que esta atención sea calificada, lo cual requiere contar con personal de salud con los conocimientos y habilidades necesarias, recursos e infraestructura que garanticen la atención obstétrica oportuna y de calidad en cualquier institución, así como de otras estrategias que permitan mejorar la calidad de la atención obstétrica y el funcionamiento del sistema de salud en su conjunto, incorporando en los servicios el enfoque de derechos humanos, género e interculturalidad. Como elemento estratégico, es necesario fortalecer los programas de planificación familiar e innovar políticas de salud capaces de promover acciones intersectoriales que disminuyan la enorme inequidad social, en un escenario donde el porcentaje de muertes maternas en función de los nacimientos para la Secretaría de Salud es estimada en 0.04%, y de 0.03% en el IMSS, eventos obstétricos

fatales cuyo elevado riesgo no es predecible hasta el momento del inicio del trabajo de parto en la mayoría de los casos.

2) *La mortalidad materna es un reflejo de la enorme inequidad social, por lo que la atención obstétrica debe proporcionarse de manera homogénea y con elevada calidad en todos los servicios de salud, independientemente de las regiones del país.* En México, las RMM más elevadas se observan en estados de la República con menor desarrollo socioeconómico, mayor marginalización²⁰ y menor cobertura de atención médica obstétrica, como el caso de Chiapas, Oaxaca, Guerrero y Puebla. De hecho, el comportamiento en los estados de esta región confirma la tendencia general informada para otros países,²¹ que identifica la deficiencia en la implementación de intervenciones efectivas, dirigidas particularmente a las poblaciones rural e indígena, como el común denominador de la región. Consecuentemente, la mortalidad materna, es decir, las muertes que resultan del embarazo y de la expulsión o nacimiento del producto (incluyendo el aborto), es un problema de salud pública que refleja una serie de condiciones asociadas con pobreza, marginalización, inequidad de género y escasa efectividad en el ejercicio de acciones por parte del estado y de la sociedad en general, y cuya presencia refleja una enorme inequidad social. Aun cuando ha habido avances en la prevención de la mortalidad materna a nivel mundial, es evidente el rezago que muestran los países en desarrollo en los que ocurre la mayoría de las muertes maternas. En las zonas con mayores índices de marginación aún se cuenta con menor disponibilidad de unidades médicas para la atención de partos y emergencias obstétricas, así como de personal de la salud calificado para la atención obstétrica, lo cual también requiere de estrategias novedosas que mejoren esta situación. El personal calificado alternativo o esquemas de contratación de profesionales de la salud alternativos pueden ser una opción de solución.

Las causas de muerte materna son bien conocidas y tratables en su gran mayoría: aproximadamente 75% de las mismas incluyen causas obstétricas directas tales como hemorragia, enfermedades hipertensivas, aborto inseguro, infección puerperal y parto distócico, las cuales requieren no sólo de acceso oportuno a unidades de atención obstétrica y de su tratamiento por personal capacitado, sino que la atención proporcionada en estas unidades y por este personal sea de calidad homogénea, culturalmente sensible y esté disponible permanentemente.

3) *La atención institucional o médica del parto en México no es per se sinónimo de atención obstétrica calificada.* La hipótesis para explicar la aparente falta de correlación entre RMM y proporción de partos atendidos a nivel institu-

cional podría estar relacionada con una insuficiente competencia de los profesionales de salud (particularmente los médicos de 1^{er} y 2^o nivel de atención) para ofrecer atención de calidad a las emergencias obstétricas,²² con una deficiente calidad de la atención prenatal, con carencia de insumos y de infraestructura básica, particularmente en el nivel primario de atención en las áreas rurales. Las diferentes dimensiones de la prevención de la muerte materna que deben considerarse e intervenir, de acuerdo con las evidencias internacionales, son: a) antes de un embarazo, las mujeres y sus parejas deben tener acceso a la información y a todos los métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados y no planeados, especialmente en caso de preexistencias de factores de riesgo físicos y psicosociales, y en su caso, para generar las condiciones de salud óptimas antes del mismo;²³ b) durante el embarazo, las mujeres y sus familias deben recibir información oportuna y clara para poder identificar los riesgos y los signos de alarma;²⁴ c) todas las mujeres deben tener acceso a una adecuada atención prenatal durante el embarazo y a una atención obstétrica de calidad durante el parto o aborto²⁵ y en el posparto. La calidad de la atención en salud en general, y en salud materna en especial, implica, entre otros, la accesibilidad, es decir accesibilidad geográfica, económica y organizacional para utilizar en forma óptima y oportuna los servicios de atención obstétrica. Asimismo, implica ofrecer una atención con absoluto respeto a los derechos de las mujeres, con perspectiva de género y con un enfoque intercultural, lo cual incrementará el uso de los servicios y la satisfacción de las usuarias y disminuirá el maltrato reportado en diferentes encuestas y estudios.

Además, para mejorar la calidad de la atención obstétrica es necesario contar con un sistema de información que incluya la medición de indicadores de calidad en todas las unidades médicas que ofrecen atención obstétrica e incluir en las Encuestas Nacionales de Salud información estratégica que permita su medición global.

4) *Se deben emprender esfuerzos intensivos para mejorar las competencias profesionales de los trabajadores de la salud, incluyendo a los médicos generales, para que puedan proveer atención obstétrica de calidad.* Considerando la calidad de la atención obstétrica, es importante mencionar una experiencia puntual de un estudio reciente realizado en cinco hospitales de diferentes estados en México, el cual documentó que tanto las parteras profesionales como las enfermeras obstétricas, después de un entrenamiento específico, tienen mejores competencias en la atención obstétrica básica que los médicos generales, a juzgar por indicadores de práctica basada en evidencias.²² Estos

datos enfatizan en la necesidad de intensificar la capacitación obstétrica en todos los médicos, y en especial en aquéllos que proveen atención al parto, particularmente en el primero y segundo nivel de atención, así como aprovechar y formar más figuras profesionales competentes, no necesariamente médicas tales como parteras profesionales y enfermeras obstetras, para la atención del parto no complicado.

Adicionalmente, un reflejo de enorme inequidad en salud debido a los determinantes sociales propios de áreas marginadas y rurales en México es la existencia de muchas unidades médicas sin capacidad estabilizadora ni resolutive ante una emergencia obstétrica. Este fenómeno se ve reflejado en las muertes maternas ocurridas en la vía pública, e implica a destiempo la atención de una complicación, lo que incrementa la posibilidad de una muerte materna durante el envío a otra unidad médica no sólo por inadecuadas condiciones de traslado, sino también por falta de competencias profesionales para efectuar intervenciones básicas de atención obstétrica y para la toma de decisiones médicas para la canalización oportuna. Recientemente, una revisión sistemática de estudios de costo-efectividad de intervenciones clínicas para reducir la mortalidad materna ha identificado el mayor beneficio durante la atención del parto en la prescripción y uso correcto de los fármacos (42.6%); en las intervenciones no farmacológicas la influencia fue de 16.3% y el mejoramiento de los sistemas de atención médica influyó en 14.7%.²⁶

La formación del personal de salud y actualización del personal ya formado debe incluir aspectos éticos, de derechos humanos, de perspectiva de género e interculturalidad de manera permanente, ya que estos aspectos son fundamentales para cumplir con los enfoques recomendados en el ámbito internacional y con lo establecido en la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos (artículos 1° y 4° Constitucional).

5) *La atención obstétrica debe de formar parte de la integración y mejora del Sistema Nacional de Salud en su conjunto.* La mortalidad materna refleja los problemas del funcionamiento actual del sistema de salud, el cual requiere de una mayor articulación e integración para garantizar redes de servicios eficientes y de calidad las 24 horas del día, los 365 días del año. Por ello, para su resolución se requiere de una propuesta holística y una mejora integral del sistema de salud.

En la actualidad, el sistema de salud de México se encuentra segmentado, por lo que existen diversas instituciones que ofrecen servicios de acuerdo con el tipo de población. Las unidades médicas están desarticuladas y no funcionan como redes de servicios de salud. Asimismo, como ya se ha comentado, no se tiene garantizado

el traslado, la comunicación entre las unidades médicas en zonas marginadas o la presencia de traductores en zonas indígenas.

Todavía existen plantillas incompletas de personal de salud que impiden tener cobertura con el núcleo básico (obstetra, anestesiólogo, cirujano y pediatra) las 24 horas del día, incluso en unidades que han sido establecidas como de referencia para emergencias obstétricas.

Por otro lado, desde hace varios años, en las unidades médicas de primer nivel, ha disminuido la atención de partos e intervenciones en salud reproductiva de baja complejidad (aborto no complicado, salpingoclasia y vasectomía). Esto ha llevado a una saturación de servicios de atención de todo tipo de eventos obstétricos, desde parto vaginal eutócico hasta una urgencia obstétrica.

En México, se continúa con la cobertura de plazas en áreas marginadas por personal de salud en entrenamiento (servicio social o médicos internos) que cambia cada año, y los profesionistas de salud ya formados o especialistas difícilmente encuentran los incentivos para cubrir estas plazas. Esta situación se ha reflejado en las dificultades que tienen los hospitales ubicados en zonas de alta marginación, como el de Tlapa, Guerrero, para cubrir las plantillas de personal de salud requerido.

Como un esfuerzo para mejorar la articulación de los servicios existentes en diversas instituciones, el 28 de mayo de 2009 se estableció el "Convenio General de Colaboración interinstitucional para la atención de la emergencia obstétrica" que establece una red de 362 hospitales para la atención de las emergencias obstétricas del IMSS, ISSSTE y Secretaría de Salud.²⁷ El convenio representa un trabajo de coordinación con el objetivo compartido de reducir la mortalidad materna eliminando las barreras de acceso a la atención ginecobstétrica de emergencia, independientemente de la derechohabencia de las mujeres, pero también constituye uno de los primeros ejercicios operativos de integración funcional entre las instituciones del sector público de salud en nuestro país para tratar de optimizar los hospitales obstétricos existentes y como un camino hacia la universalización de los servicios de salud. Este esfuerzo no ha estado exento de dificultades en su instrumentación y apenas está dando resultados con las unidades médicas que actualmente participan.

Por otro lado, es importante recordar que para poder impactar en los determinantes sociales de la salud se requiere de una mayor articulación y acciones concertadas con el sector educativo, de trabajo, desarrollo social, comunicaciones y transportes, desarrollo de pueblos indígenas, sindicatos y el Instituto Nacional de las Mujeres, entre otros. Elevar el nivel de escolaridad de las mujeres se ha documentado como un determinante

social de disminución de la muerte materna. En un análisis comparativo de riesgos obstétricos urbano y rural de México realizado por el Instituto Guttmacher con base en los datos de la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID) 1997 y 2006, se documentó que no había diferencias en el número de factores de riesgo obstétricos en el área rural y urbana; la diferencia fundamental fue el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que tenían más de 10 años de escolaridad, siendo de 28.6% en 1997 y de 44.4% en 2006 en el área urbana vs 5.9% en 1997 y 15.1% en 2006 en el área rural.²⁸

6) *Para mejorar la salud en general y en particular la materna, así como lograr la igualdad de género en salud, impactar en los determinantes sociales y disminuir la discriminación y el maltrato se requiere un enfoque basado en los derechos humanos.* Para lograr un enfoque basado en los derechos humanos y mejorar la calidad de la atención se requiere no sólo cambiar estructuras, personal, equipamiento o presupuesto. Para un cambio real y permanente se requiere un cambio de cultura organizacional, entendida como el conjunto de percepciones, sentimientos, actitudes, hábitos, creencias, valores, tradiciones, formas de interacción, el hacer y el comunicarse de la mayoría de los integrantes de una unidad médica, hospital, área directiva o jurisdicción. La cultura es lo más difícil de cambiar en los sistemas de salud, pero es indispensable para lograrlo.²⁹

Recomendaciones

Con la información y experiencia disponible sobre diversas políticas públicas que se han puesto en práctica durante los últimos años en México, así como la evidencia científica disponible y diversas propuestas realizadas por instituciones académicas y organizaciones de la sociedad civil, se pueden perfilar diversas recomendaciones que contribuyan a disminuir la mortalidad materna, con perspectivas que se pueden fortalecer desde diversas aristas, entre las que se encuentran las que se enumeran a continuación:

Innovación de políticas públicas

1. Diseñar políticas públicas de salud materna basada en evidencia científica, acordes al contexto de México.
 - Desarrollar políticas públicas para una maternidad saludable, elegida y segura, que incorporen la identificación del riesgo obstétrico con la atención de la emergencia obstétrica.
 - Enfatizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva como un asunto de derechos humanos.

- Incentivar la investigación en salud materna, incluyendo la investigación operativa para promover innovaciones en las intervenciones.
 - Promover la investigación para evaluación externa de intervenciones y monitoreo de indicadores de productividad y calidad en salud materna.
 - Establecer mecanismos para el control y la transparencia en los fondos para políticas y programas de salud materna.
2. Privilegiar el fortalecimiento de la atención primaria a la salud.
 - Incorporar la perspectiva de la salud pública, de la medicina preventiva y del manejo integral de la salud familiar.
 - Redefinir el papel del primer nivel de atención en la salud materna y neonatal, incorporándolas en las redes de atención obstétrica institucionales y comunitarias.
 - Profesionalizar las actividades de los trabajadores de la salud del primer nivel de atención en el ámbito de la salud reproductiva, en general, y de la atención obstétrica básica, en particular.
 - Promover acciones comunitarias que incrementen la autonomía, la información y la escolaridad de las mujeres, particularmente en las zonas con mayores índices de marginación.
 3. Fortalecer el programa de planificación familiar en México.
 - Garantizar la disponibilidad de una amplia gama de anticonceptivos en todas las unidades de salud pertinentes, incluidos los centros de servicios amigables para adolescentes.
 - Prevenir el embarazo en la adolescencia, en particular en la adolescencia temprana.
 - Establecer los métodos anticonceptivos como insumos estratégicos y promover la compra centralizada de los mismos para garantizar su abasto en todas las localidades.
 - Evaluar, desde la perspectiva jurídica de salud pública, de costo-efectividad y de derechos, estrategias para proveer la interrupción legal, oportuna y segura de los embarazos no deseados, de los embarazos de alto riesgo y de los embarazos forzados.
 - Establecer las necesidades para garantizar la oferta de servicios de calidad de planificación familiar o anticoncepción a mujeres con patologías previas o concomitantes.
 4. Eliminar las barreras geográficas, económicas y organizacionales para un acceso universal a la atención obstétrica.

5. Incorporar estrategias de educación para la salud comunitaria en relación con salud materna.
6. Fortalecimiento de la calidad de la atención prenatal y obstétrica.
 - Mejorar las competencias profesionales de los trabajadores de la salud en la atención del parto y su capacidad resolutive.
 - Promover y acreditar la competencia profesional de médicos generales y otros trabajadores de la salud en la atención obstétrica, básica y de emergencia, de acuerdo con el nivel de atención.
 - Mejorar las intervenciones para prevención y detección de embarazo de alto riesgo.
 - Enfatizar en el abasto, el acceso y el uso correcto de fármacos esenciales y otros insumos básicos en salud reproductiva y durante el evento obstétrico.
 - Fortalecer las competencias y habilidades mínimas básicas específicas de los trabajadores de la salud, necesarias para la atención del parto en diversos contextos.
 - Incluir aspectos éticos, de derechos humanos, perspectiva de género e interculturalidad en la formación y manejo de actitudes del personal de salud vinculado con la atención obstétrica y neonatal.
7. Consolidar la infraestructura y asegurar los insumos mínimos disponibles para la atención del embarazo, parto y puerperio.
8. Garantizar plantillas completas del personal de salud requeridas en todos los hospitales obstétricos prioritarios las 24 horas del día, los 365 días del año.
9. Fortalecer y distribuir estratégicamente unidades para la atención de emergencias obstétricas y neonatales en el ámbito nacional.
10. Promover un cambio de cultura organizacional donde prevalezca la calidad, el respeto a los derechos humanos, el enfoque de género y la interculturalidad.
11. Avanzar en una mayor integración de los servicios de salud y la mejora en el funcionamiento de las redes de atención.

Evaluación externa

12. Promover de manera sistemática la rendición de cuentas a través del monitoreo y evaluación externa de indicadores de salud reproductiva en general, y de la atención obstétrica en particular, incluyendo

el proceso de atención del parto, pre, trans y post hospitalario.

- Ampliar los indicadores de medición de los avances de la salud materna que no estén centrados sólo en la mortalidad. Se recomienda incluir indicadores de proceso, resultado e impacto que reflejen los avances comunitarios, de cada unidad médica, entidad federativa o del nivel nacional de manera más anticipatoria.
- Incluir indicadores de calidad en cada unidad médica de atención obstétrica, informando de manera periódica los resultados y avances.
- Fortalecer los Observatorios Ciudadanos de la Mortalidad Materna y la vigilancia ciudadana en el ámbito nacional, estatal y municipal.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Lozano R, Wang H, Foreman KJ, Knoll-Rajaratnam J, Naghavi M, Marcus JR, et al. Progress towards Millennium Development Goals 4 and 5 on maternal and child mortality: an updated systematic analysis. *Lancet* 2011;378:1139-1165.
2. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380(9859):2095-2128.
3. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2010. Nueva York: Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas, 2010. [Consultado 15 de enero de 2013]. Disponible en: http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2010/MDG_Report_2010_Es.pdf.
4. Roseman MJ, Reichenbach L. International Conference on Population and Development at 15 years: achieving sexual and reproductive health and rights for all? *Am J Public Health* 2010;100(3):403-406.
5. Sen G. The World Programme of Action: a new paradigm for population policy. The Cairo Conference. *Environment* 1995;37(1):10-15, 34-37.
6. Rasch V. Maternal death and the Millennium Development Goals. *Dan Med Bull* 2007;54(2):167-169.
7. Nindi SJ, Mhando DG, Kayombo AJ. The role of quality obstetric care services on reducing maternal mortality in rural areas of Tanzania. *East Afr J Public Health* 2011;8(4):286-293.
8. Shaw D, Cook RJ. Applying human rights to improve access to reproductive health services. *Int J Gynaecol Obstet* 2012;119 Suppl 1:S55-S59.
9. Ameh C, Msuya S, Hofman J, Raven J, Mathai M, van den Broek N. Status of Emergency Obstetric Care in Six Developing Countries Five Years before the MDG Targets for Maternal and Newborn Health. *PLoS One* 2012;7(12):e49938.
10. Putland C, Baum FE, Ziersch AM. From causes to solutions--insights from lay knowledge about health inequalities. *BMC Public Health* 2011;11:67. doi: 10.1186/1471-2458-11-67.
11. Schiavon R, Troncoso E, Polo G. Analysis of maternal and abortion-related mortality in Mexico over the last two decades, 1990-2008. Consequences of unsafe abortion on morbidity and mortality. *Int J Gynecol Obstet* 2012; 118(Suppl 2): S78-S86.

12. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
13. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012.
14. SSA. Plataforma de notificación inmediata de las defunciones maternas 2012. México: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología, 2012.
15. Conapo. Proyecciones de la Población Nacional 2005-2030. México: Consejo Nacional de Población, 2005. [Consultado 15 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/ce2ef615-d194-498b-9eaa-6a930c3cf8ea/RM.html>.
16. Conapo. Proyecciones de la Población Nacional 2010-2050. México: Consejo Nacional de Población, 2012. [Consultado 20 de enero de 2013]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>.
17. INEGI. Registros administrativos: nacimientos. [Consultado 1 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=11092&c=11109&s=est&cl=4#>
18. Secretaría de Salud. Base de Datos de Egresos Hospitalarios del Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH). México: SSA, 2005-2011.
19. Coordinación de Administración de Riesgos Institucionales a partir de la memoria estadística del IMSS a partir de 2008. Disponible en: http://local.insp.mx/images/stories/General/Docs/120928_prevenicionRiesgos.pdf.
20. Conapo. Índices de Marginalización 2005. Anexo 5: Metodología de Estimación. México: Consejo Nacional de Población, 2006. [Consultado 10 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/margina2005/AnexoC.pdf>.
21. Hernández-Prado B, Kestler E, Diaz J, Walker D, Langer Am Lewis S, De la Vara-Salazar E, et al. Perfil situacional y estrategias de intervención en la región mesoamericana en el área de salud materna, reproductiva y neonatal. *Salud Publica Mex* 2011;53 Sup 3:SW312-S322.
22. Walker D, DeMaria LM, Suarez L, Cragin L. Skilled birth attendants in Mexico: how does care during normal birth by general physicians, obstetrics nurses, and professional midwives compare with World Health Organization evidence-based practice guidelines? *J Midwifery Women's Health* 2011; 57(1):18-27.
23. Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *Lancet* 2012;380(9837):111-125.
24. Goldenberg RL, McClure EM. Disparities in interventions for child and maternal mortality. *Lancet* 2012;379(9822):1178-1180.
25. Koblinsky M, Matthews Z, Hussein J, Mavalankar D, Mridha MK, Anwar I, et al. Lancet Maternal Survival Series steering group. Going to scale with professional skilled care. *Lancet* 2006;368(9544):1377-86. Review. Erratum in: *Lancet* 2006;368(9554):2210.
26. Chapman E, Reveiz L, Chambliss A, Sangalang S, Bonfill X. Cochrane systematic reviews are useful to map research gaps for decreasing maternal mortality. *J Clin Epidemiol* 2013;66(1):105-112.
27. Secretaría de Salud. El Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la atención de la Emergencia Obstétrica. México: SSA, 2012.
28. Juárez F y cols. Análisis realizado con base a la ENADID 1997 y 2006. Barreras para la maternidad segura en México. México DF: Institute Guttmacher, 2010.
29. Atun R. Seminario Internacional "Hacia un Sistema Universal de Salud en México". FUNSALUD, The Lancet, Universidad de Howard, CIDE, Seguro Popular 9, Secretaría de Salud. México, 8 Octubre 2012.