



PODER LEGISLATIVO FEDERAL
CÁMARA DE DIPUTADOS



Dirección General de
Servicios de Documentación,
Información y Análisis

MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO **Marco Conceptual, Derecho Comparado,** **Políticas Públicas, Tratados Internacionales,** **Estadísticas y Opiniones Especializadas**

Mtra. Claudia Gamboa Montejano
Investigadora Parlamentaria

Mtra. Sandra Valdés Robledo
Asistente de Investigación

Septiembre, 2015

Av. Congreso de la Unión Núm. 66; Col. El Parque; Delegación Venustiano Carranza;
C.P. 15969, México, D.F; Teléfono: 50360000 ext: 67033 y 67036

Fax: 5628-1300 ext.4726

e-mail: claudia.gamboa@congreso.gob.mx

MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO
Marco Conceptual, Derecho Comparado, Políticas Públicas, Tratados Internacionales, Estadísticas y Opiniones Especializadas

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	3
RESUMEN EJECUTIVO / EXECUTIVE SUMMARY	4
1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	5
1.1 Derechos Sociales	5
1.2 Derecho a la Salud	5
1.3 Conceptos de mortandad y mortalidad	7
1.4 Mortalidad materna	10
2. PANORAMA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO	14
3. CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA	16
4. MARCO JURÍDICO ACTUAL	23
4.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	23
4.2 Ley General de Salud	23
4.3 Norma Oficial Mexicana NOM-007SSA2-1993 (Atención de la mujer durante el embarazo, parto y posparto y del recién nacido)	25
5. INSTRUMENTOS INTERNACIONALES	26
5.1 Agenda 21	26
5.2 1ra. Conferencia Nacional sobre Maternidad sin Riesgos (1993)	27
5.3 Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995)	28
5.4 Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (1995)	28
5.5 Declaración de Copenhague sobre Desarrollo Social	29
5.6 Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo	29
5.7 Objetivos de Desarrollo del Milenio	
5.8 Declaración Universal de los Derechos Humanos	30
5.9 Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979)	32
5.10 Convención sobre los Derechos del Niño (1989)	32
6. POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE MUERTES MATERNAS	33
6.1 Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018	33
6.2 Programa Sectorial de Salud 2013-2018	33
6.3 Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018	35

6.4	Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018	37
6.5	Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México	39
6.6	Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica (CGCIAEO)	42
7.	ESTADÍSTICAS SOBRE CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA	45
7.1	Defunciones de mujeres por cada 100 mil nacidos vivos (1990-2013)	47
7.2	Por Institución que atiende	48
7.3	Por grupo de edad	51
7.4	Por estado conyugal	52
7.5	Por ocupación	52
7.6	Por escolaridad	53
7.7	Por condición de hablante de lengua indígena	54
7.8	Por sitio de ocurrencia de la defunción, 2010	54
7.9	Por institución o tipo de afiliación, 2010	55
7.10	Asistencia médica antes de morir, 2010	56
7.11	Por número de embarazos, 2010	56
7.12	Por número de cesáreas, 2010	57
8.	COMITÉ PROMOTOR POR UNA MATERNIDAD SEGURA EN MÉXICO	59
8.1	Antecedentes de los Comités de Prevención para la Muerte Materna	60
9.	DERECHO COMPARADO	63
9.1	A Nivel Local	63
9.2	A Nivel Internacional	71
10.	INICIATIVAS DE REFORMA A LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE MORTALIDAD MATERNA PRESENTADAS EN LA CÁMARA DE DIPUTADOS EN DIVERSAS LEGISLATURAS	73
10.1	Durante la LIX Legislatura	73
10.2	Durante la LXI Legislatura	74
11.	LEY MODELO PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA	77
12.	OPINIONES ESPECIALIZADAS Y PERIODÍSTICAS	83
	CONSIDERACIONES GENERALES	100
	FUENTES DE INFORMACIÓN	103

INTRODUCCIÓN

La muerte materna ocurre por las complicaciones que se presentan durante el embarazo, parto o puerperio.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud cada día mueren en todo el mundo alrededor de 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Por lo que la mortalidad materna está considerada como la principal causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva a nivel global.

De ahí que a la mortalidad materna se le ha calificado como una problemática de salud pública, sin embargo, este problema no repara únicamente en el ámbito de la salud, pues está vinculado también con la violación a diversos derechos humanos de las mujeres y en especial de los derechos sexuales y reproductivos.

La mortalidad materna es un tema que en México ha estado latente y ha sido oficialmente atacado desde la década de los cuarenta con el nacimiento del derecho social, sin embargo, a partir de la Declaración de los Objetivos del Desarrollo del Milenio en el año 2000, que es donde se le ha puesto especial atención a esta dramática problemática, se ha estado en permanente observación ante el compromiso de reducir la mortalidad materna de 88.7 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos que se presentaban en 1990 a 22.3 para el año 2015, que es la fecha que se fijó para el cumplimiento de la meta.

El presente trabajo tiene como objeto dar a conocer aspectos que atañen al tema de la mortalidad materna, permitiendo conocer el panorama de este asunto en México, cuáles han sido sus avances y/o retrocesos, cómo ha sido abordado a través del ámbito jurídico, así como las acciones que el Gobierno ha implementado para combatirla, y finalizando con algunos casos que ilustran la situación actual de este problema de salud social que padece nuestro país.

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo sobre mortalidad materna se compone de los siguientes puntos:

Marco Teórico Conceptual, mediante el cual se mencionan los principales conceptos que atañen a la mortalidad materna y se aborda la Teoría del Desarrollo Humano, derivado de que además de considerarse a la mortalidad materna un problema de salud pública, también constituye un problema de derechos humanos, desarrollo social, equidad de género y justicia social, los conceptos de mortalidad y mortandad, así como un apartado que contempla las principales causas de mortalidad materna y los factores que influyen en ella.

Marco Jurídico, con los ordenamientos que regulan la mortalidad materna, incluyendo diversos instrumentos internacionales de los cuales México es parte, y que contemplan disposiciones específicas en la materia.

Instrumentos Internacionales en la materia, siendo un total de diez, destacando entre ellos, los Objetivos de Desarrollo del Milenio dentro de los cuales se tiene como meta bajar a la mitad para el 2015, en cada uno de los Estados parte comprometidos, la razón de mortalidad materna.

Políticas Públicas empleadas por México y que contemplan acciones a seguir en materia de reducción de la mortalidad materna, partiendo del Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Sectorial de Salud y el Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal todos para el periodo 2013-2018.

En **Derecho Comparado a nivel local e internacional**, en este último, se hace mención a las Leyes de Argentina, Guatemala y Uruguay que sin ser específicas para la regulación de la mortalidad materna, sí contemplan alguna disposición en la materia.

Estadísticas sobre mortalidad materna, cuyas cifras revelan el grado de avance, respecto al compromiso adquirido por México a través de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Las **iniciativas** que han sido presentadas en la Cámara de Diputados en diversas Legislaturas, en materia de mortalidad materna.

La **Ley modelo** para reducir la mortalidad materna presentada por la Organización Panamericana de la Salud, ante la falta de disposiciones legales que regulen adecuadamente la problemática.

Por último, se presenta un apartado de **opiniones especializadas y periodísticas** que contiene estudios y análisis en la materia, mismas que muestran parte del contexto en el que se encuentra la problemática de la mortalidad materna en México.

Maternal Mortality in Mexico

Conceptual framework, Comparative Law, Government Policies, International Accords, Statistics, and Specialized Opinions

Contents

This text on maternal death rates –here on maternal mortality– is organized by the following items:

A Conceptual Framework where the main concepts regarding maternal death rates are approached.

A Legal Framework, where the regulating systems to prevent maternal mortality are to be found including several international legal instruments of which Mexico is part.

Government Policies issued in Mexico to generate actions to follow in matter of reducing maternal mortality, stemming from the National Plan for Development, Sector Plan for Health, and the Specific Plan for Action on Maternal and Perinatal Health –all these policies issued for the 2013-2018 period.

Comparative Law at local and international levels, in this last field Laws from Argentina, Guatemala and Uruguay are mentioned. Although they are not specific on maternal mortality regulations, they include some dispositions that consider the matter.

Maternal Mortality Statistics where the figures reveal the grade Mexico has reached regarding its commitment to the Millennium's Development Objectives.

The **initiatives** presented on the matter in the Chamber of Representatives throughout several legislatures.

Model Law presented by Pan American Health Organization in order to reduce maternal mortality.

Lastly, there is a part where **specialized and journalistic opinions** are offered. There are studies and analysis on the matter where part of the context related to maternal mortality problem is presented.

1. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

1.1. Derechos Sociales

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), apunta que los derechos sociales junto con los derechos económicos y culturales son “los derechos humanos relacionados con el lugar de trabajo, la seguridad social, la vida en familia, la participación en la vida cultural y el acceso a la vivienda, la alimentación, el agua, la atención de la salud y la educación”.¹

Por lo tanto, tenemos que la atención a la salud es reconocida como un derecho humano e identificado como el derecho a la salud, que mal ejercido puede llegar a attentar contra la vida de las personas.

En ese sentido Rebecca Cook, citada por Gladys Acosta Vargas, establece **una clasificación de derechos humanos afectados por la mortalidad materna:**²

- A) *El derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal:* estos derechos son violados cuando se produce la muerte evitable, pero también cuando el riesgo de morir se incrementa y se convierte en un hecho constante.
- B) *El derecho a fundar una familia y a tener una vida en familia:* la mortalidad materna impide que la vida familiar se desarrolle y pone en riesgo a otros miembros de la familia.
- C) *El derecho al cuidado de la salud y a beneficiarse del progreso científico:* el desarrollo técnico prueba que aunque existen los medios para salvar vidas maternas, la negligencia del personal especializado y la desinformación de las mujeres son los principales factores de riesgo.
- D) *Los derechos relacionados con la igualdad y con la no discriminación:* el estatus social disminuido de las mujeres impulsa la mortalidad materna debido a que no acceden a la educación, a que los servicios y las propias comunidades no les reconocen la importancia que merecen y a la coexistencia de varios modos de discriminación, como la racial-étnica y la de la pobreza, que se expresan con mayor fuerza cuando se trata de mujeres muy jóvenes.

1.2. Derecho a la Salud

El derecho a la salud, incluye el derecho a acceder a las instalaciones, los bienes y los servicios relacionados con la salud, a condiciones laborales y ambientales saludables y a la protección contra las enfermedades epidémicas, así como los derechos pertinentes a la salud sexual y reproductiva.³

¹ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Preguntas frecuentes sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, Folleto informativo N° 33, Derechos Humanos, Ginebra, Marzo del 2009, Dirección en Internet: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS33_sp.pdf. fecha de consulta 25 de mayo de 2015.

² Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, UNICEF, *Mortalidad Materna: Un problema de Salud Pública y Derechos Humanos*, Buenos Aires, Argentina, 2003, Dirección en Internet: http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_mortalidadmaterna.pdf. Fecha de consulta 26 de junio de 2015.

³ *Idem.*

Lo que a decir de José y Miguel Carbonell, implica una serie de obligaciones positivas (de hacer) por parte de los poderes públicos. Pero señalan que el derecho a la salud obliga también a los particulares, cuando por ejemplo, los establecimientos médicos privados están obligados a proporcionar un servicio de urgencia a cualquier persona que lo requiera, con independencia de que pueda o no pagarlo, dejando en claro que el establecimiento cuando no hay recursos para pagar el servicio, se limitará a estabilizar a la persona, proporcionarle los medicamentos que necesite en lo inmediato y procurar su correcto traslado a una institución pública.⁴

Dentro de los derechos que se derivan o desprenden del derecho a la salud, el derecho a la salud sexual y reproductiva está estrechamente relacionado con el tema que se aborda, si se ubica qué se entiende por salud sexual y reproductiva pues este concepto otorga los elementos básicos que se pueden identificar dentro del derecho que se pretende comentar:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social. Es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo.⁵

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) señala que la salud sexual y reproductiva es el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva y que uno de los puntos principales es la prevención de la mortalidad materna a través del apoyo para programas y modelos de prevención de morbilidad y mortalidad materna. Sobre el tema enfatiza con relación a los derechos sexuales y de procreación que:

Derechos sexuales y de procreación [reproductivos]

La **salud sexual** y de la reproducción constituye un derecho de hombres y mujeres. Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos, a disponer de la información y los medios para ello; y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones, ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

1) Derecho a la salud sexual y de la reproducción: como componente de la salud general, a lo largo de todo el ciclo vital de las personas.

⁴ Carbonell, José, Carbonell Miguel, *El Derecho a la Salud: Una propuesta para México*, UNAM-III- Serie Estudios Jurídicos, Núm. 218, Primera edición, México, 2013, Dirección en Internet: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/7/3274/3.pdf>. Fecha de consulta 26 de junio de 2015.

⁵ Otros enfoques temáticos de esta área son la integración de la perspectiva de género a programas de prevención de VIH, con énfasis en programas para los y las jóvenes, así como programas que vinculan los temas de transmisión del VIH y la violencia sexual.

2) Derecho a adoptar decisiones con respecto a la procreación: incluidos la elección voluntaria de cónyuge, la formación de una familia y la determinación del número, el momento de nacer y el espaciamiento de los propios hijos; y el derecho de tener acceso a la información y los medios necesarios para ejercer una opción voluntaria.

3) Derecho a condiciones de igualdad y equidad de hombres y mujeres: a fin de posibilitar que las personas efectúen opciones libres y con conocimiento de causa en todas las esferas de la vida, libres de discriminación por motivos de género.

4) Derecho a la seguridad sexual y de la reproducción: incluido el derecho a estar libres de violencia y coacción sexuales y el derecho a la vida privada.⁶

1.3 Concepto de Mortalidad y Mortandad

Vale la pena detenernos en este punto, ya que si bien en términos generales se considera que los términos mortalidad y mortandad hacen alusión a los mismos aspectos, surgen algunas consideraciones, como se aprecia en seguida:

En primer orden, se menciona lo que se entiende por **mortalidad**:

“La mortalidad es un valor medible, y puede hacerse en relación a cualquier ser vivo, por ejemplo, mortalidad de peces, de animales en peligro de extinción, de animales domésticos etcétera, lo que se efectúa en un período determinado de tiempo, en general anual., para encontrar la tasa de mortalidad.⁷

Por su parte la Organización Mundial de la salud, en relación al término, menciona lo siguiente:

Mortalidad

“Los datos de mortalidad indican el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa. Los datos de mortalidad de la OMS reflejan las defunciones recogidas en los sistemas nacionales de registro civil, con las causas básicas de defunción codificadas por las autoridades nacionales.

La causa básica de defunción se define como "la enfermedad o lesión que desencadenó la sucesión de eventos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o acto de violencia que produjeron la lesión mortal", según lo expuesto en la Clasificación Internacional de Enfermedades".⁸

Por otro lado, son muchos las fuentes de información, que hacen uso indistinto de los mismos, como se observa:

⁶ UNFPA México, *Salud sexual y reproductiva*, Dirección en Internet: <http://www.unfpa.org.mx/salud%20sexual%20y%20reproductiva.php>. Fecha de consulta 26 de junio de 2015.

⁷ Concepto de Mortalidad. Diccionario electrónico, Dirección en Internet; <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/mortalidad>. Fecha de consulta: 26 de junio de 2015.

⁸ Concepto de Mortalidad. Dirección en Internet: <http://www.who.int/topics/mortality/es/>. Fecha de consulta 26 de junio de 2015.

Mortandad

“El término **mortandad**, sinónimo de **mortalidad**, se utiliza para hacer referencia al acto mediante el cual un número elevado de seres vivos mueren debido a causas no esperables, ya sean fenómenos o catástrofes naturales (como un terremoto, un tsunami) o fenómenos artificiales como una contaminación, una epidemia, etc. La mortandad es uno de los fenómenos más trágicos que pueden desarrollarse en la historia de una comunidad (ya sea de seres humanos como también de animales) porque supone una alta tasa de muertes y, por lo tanto, un posible peligro de desaparición de esa comunidad o extinción de la especie (en el caso de los animales).⁹

Diferencia entre ambos conceptos

A pesar de que si bien varios autores, hacen una referencia indistinta de ambos términos, cabe señalar que si hay una diferencia en la utilización de una u otra expresión como se aprecia enseguida:

“Aunque algunos medios de comunicación utilizan indistintamente los términos **mortandad y mortalidad**, **estos no significan lo mismo**, por lo que habrá de poner cuidado a la hora de elegir una u otra voz. De acuerdo con la RAE, la definición de *mortandad* es "gran cantidad de muertes causadas por epidemia, cataclismo, peste o guerra". Por su parte, *mortalidad* quiere decir "tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada". De este modo, es incorrecto el ejemplo "La peste negra causó la más grande mortalidad en la historia de Europa", en cuyo caso debe emplearse *mortandad*.”¹⁰

Lo anterior se expone, para contar con mayor detalle en el lenguaje utilizado en este trabajo, sin embargo, ya sea uno u otro término utilizable, en las fuentes consultadas se encontró de interés sobre el tema, aspectos complementarios.

Tasa de Mortalidad

La **tasa de mortalidad** es un indicador que sirve para mostrar si las muertes fueron muchas o pocas, con la finalidad de efectuar estadísticas. La mortalidad es una variable, que junto a la natalidad y las migraciones determinan la dinámica demográfica, o sea, los cambios en el número de la población de un lugar en un período considerado.

Entre los humanos se consideran los fallecimientos que se producen en un año en determinado lugar, por cada mil habitantes. A esto se llama tasa bruta de mortalidad, que puede ser más alta en países más adelantados, pues al vivir más tiempo sus habitantes, gracias a las condiciones de vida favorable, son sociedades envejecidas, cuya población fallece mucho por vejez. El nivel de mortalidad se expresa más eficazmente en la esperanza de vida al nacer, que muestra cuánto le queda de vida a una persona en una sociedad y un tiempo específicos.¹¹

⁹ Concepto de Mortandad. Dirección en Internet: <http://www.definicionabc.com/salud/mortandad.php>. Fecha de consulta: 26 de junio de 2015.

¹⁰ Aguirre A. Joel. ¿Mortandad o mortalidad? <http://losdemoniosdelalengua.blogspot.mx/2014/06/mortandad-o-mortalidad.html>. Fecha de consulta: 26 de junio de 2015.

¹¹ Diccionario Electrónico. Dirección en Internet: <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/mortalidad>. Fecha de consulta: 26 de junio de 2015.

La **mortandad** o **tasa de mortalidad** es una medida de la cantidad de muertes (en general, o debido a una causa específica) en una población.

Causas de mortandad

Las causas de **muerte varían mucho entre los países del primer y tercer mundo.**

Según Jean Ziegler (Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la Alimentación de 2000 y marzo de 2008), la mortalidad debida a la malnutrición representan el 58% de la mortalidad total en 2006.

De las aproximadamente 150.000 personas que mueren cada día en todo el mundo, alrededor de las dos terceras partes-100, 000 por día mueren por causas relacionadas con la edad.

Seguimiento de la mortandad

La salud pública en los países industrializados se transformó cuando la tasa de mortalidad en función de la edad, el sexo y el nivel socioeconómico surgió a finales de los siglos 19 y 20.

La grabación de estadísticas vitales puede llegar a ser el medio más eficaz para mejorar la salud mundial.

Aunque la recopilación de las estadísticas oficiales de mortalidad puede ser muy difícil en los países en desarrollo, donde muchas personas no tienen la capacidad o el conocimiento para denunciar casos de muerte.

Esto puede llevar a una evaluación errónea de la salud en general y una distorsión en las estadísticas de mortandad.¹²

Finalmente, se aborda sobre aspectos mucho más profundos de las causas de mortandad que pueden ocasionarse en ciertas cuestiones, como las que nos ocupan (muertes maternas), como se expresa a continuación:

“La **mortandad o mortalidad** es un fenómeno que puede tener diversas causas, por ejemplo las que se generan en la naturaleza y en la interacción de los seres vivos con ella, como también las que tienen que ver con el accionar mismo del ser humano y los problemas que esto genera no sólo sobre el ambiente sino también sobre su propia especie. La mortalidad puede ser además un problema especial, temporal y muy puntual causado por un hecho en particular (por ejemplo, la explosión de un volcán que causa muchas muertes) pero en algunos **otros casos también puede ser la consecuencia de fenómenos muy complejos y difíciles de resolver como el hambre, la miseria, la desnutrición infantil, la falta de acceso a la salud, etc. Todos estos últimos ejemplos son causantes de claros casos de mortandad y requieren, para su resolución, mucho tiempo de políticas direccionadas especialmente a controlarlos.** Es decir, no pueden desaparecer por sí mismos; por el contrario, la no solución hace que los mismos se profundicen cada vez más.

En el caso de los seres humanos, la mortandad afecta principalmente a los sectores de la sociedad más desprotegidos y frágiles, principalmente los niños y los ancianos, pero también puede afectar a grupos sociales que no cuentan con sus derechos básicos cubiertos y que por lo tanto no pueden acceder a una correcta atención sanitaria, no poseen educación sobre métodos de prevención y que no cuentan con ingresos adecuados para controlar o solucionar los problemas surgidos. Es necesario en ambos casos que el Estado actúe de manera responsable para asegurar a todos los miembros de la comunidad una vida digna y bajar así los índices de mortandad a corto y largo plazo”.¹³

¹² Revista especializada “Noticias de Salud y Vida Sana”. Dirección en Internet: <http://yasalud.com/mortandad/>
Fecha de consulta: 26 de junio de 2015.

¹³ Ibidem. Dirección en Internet: <http://www.definicionabc.com/salud/mortandad.php>

Por lo anterior, se señala como visión general de lo que corresponde a un señalamiento semántico más a detalle sobre el fenómeno estudiado, observando cuales son las diferencias entre uno y otro término, cabe señalar que independientemente de con ello, el fenómeno que se estudia es bajo los mismos parámetros, sin modificación del nivel de estudio de ningún tipo.

1.4. Mortalidad materna

Antiguamente, todavía en el siglo XVII, la muerte de la mujer durante el parto era una situación natural, casi esperada, inherente a su propia condición y función en la sociedad y el matrimonio; un evento que venía con la esencia de la mujer, si no lograba superarlo, era sustituida por otra mujer, para realizar la procreación y no había problema.¹⁴

Actualmente, ya con todos los avances médicos con los que cuenta la humanidad, la muerte materna es considerada entre los principales problemas de salud pública, ya que solo ciertos sectores padecen esta problemática, por lo que representa una violación a los derechos humanos de las mujeres, particularmente a sus derechos sexuales y reproductivos, y al respecto el IPAS (*International Pregnancy Advisory Services*),¹⁵ en español, Servicios Internacionales de Asesoría sobre el Embarazo, señala que:

“Toda **muerte materna** es el reflejo de una suma de inequidades y de discriminaciones que mantienen a las mujeres alejadas de la educación, de la toma de decisiones, conceden poca o nula importancia al cuidado de su salud, coartan sus opciones reproductivas, afectan severamente su salud hasta llegar a la pérdida de su vida.”¹⁶

En ese sentido la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que el 95% de la muerte materna es prevenible con el conocimiento existente, si la mujer recibe oportunamente atención digna y de calidad, pues esta problemática es expresión de la inequidad y desigualdad y de la falta de empoderamiento de las mujeres.¹⁷

Cómo se observa la mortalidad o mortandad materna no es un tema que quede en las meras estadísticas, sino que entraña alrededor de ella una serie de elementos y factores que influyen en su incidencia y que no pueden dejarse de lado al momento

¹⁴ Uribe Elías, Roberto, *Mortalidad Materna*, Dirección en Internet: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/01_ene_2k9.pdf

¹⁵ *International Pregnancy Advisory Services* (Servicios Internacionales de Asesoría sobre el Embarazo). Fecha de consulta 25 de mayo de 2015

¹⁶ Ipas México, *La muerte materna: una violación a los derechos humanos de las mujeres*, fecha de consulta 25 de mayo de 2015, en: <http://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/mmrsipas.pdf>

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, *Salud reproductiva y maternidad saludable. Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos*, Washington, DC, 2013, fecha de consulta 2 de julio de 2015, en: <http://www.paho.org/salud-mujeres-ninos/wp-content/uploads/2013/09/SRMS-derechos-y-legislacion.pdf>

de establecer las políticas y acciones a seguir para combatirla, evitarla y lograr su reducción.

El término defunción, muerte o fallecimiento, se define de acuerdo con la *Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de Información de Salud* como:

“Defunción (muerte, fallecimiento).- Desaparición permanente de todas las funciones vitales de una persona ocurridas después de ser declarado nacido vivo”.¹⁸

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Mortalidad materna como la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.¹⁹

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) define a la muerte materna de una mujer embarazada por cualquier causa o bien durante los siguientes 42 días a la conclusión del embarazo.²⁰

Por su parte, la NOM-035-SSA3-2012 que se comenta define la defunción materna acorde a lo establecido por la OMS para definir a la mortalidad materna, tal y como se observa enseguida:

“3.28 Defunción materna.- Muerte de una mujer mientras está embarazada, durante el parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o por su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.”

Roberto Uribe Elías²¹ hace algunas puntualizaciones relacionadas con la definición del término muerte materna, para quien no es un concepto rígido, sino por el contrario es utilizado acorde al contexto bajo el cual se desarrolla, de ahí que indica que la definición dada por la OMS, obliga a distinguir entre muerte materna directa e indirecta, señalando lo siguiente:

“Muerte Obstétrica Directa es aquella resultante de complicaciones del embarazo, cualquiera que sea su *momentum* (embarazo, parto y puerperio), de las intervenciones motivadas por el mismo, omisiones, tratamientos incorrectos o derivada de una cadena de eventos o resultado de cualquiera de los anteriores antes mencionados.

Muerte Obstétrica Indirecta es la resultante de una enfermedad o patología preexistente, o que su desarrollo durante el embarazo, cuyo origen no tiene relación directa con el

¹⁸ Diario Oficial de la Federación del 30 de noviembre de 2012, *Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de Información de Salud*, Dirección en Internet: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012. fecha de consulta 26 de junio de 2015.

¹⁹ Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Definiciones*, Dirección en Internet: <http://www.omm.org.mx/index.php/defs.html>. fecha de consulta 26 de junio de 2015

²⁰ Secretaría de Salud, *El Convenio General de Colaboración para la Atención de la Emergencia Obstétrica, Un Camino hacia la Universalización de los Servicios de Salud*, Primera edición 2012, México, fecha de consulta 22 de julio de 2015, en: http://www.ccinshae.salud.gob.mx/descargas/Atencion_de_la_Emergencia_Obstetrica.pdf

²¹ Uribe Elías, Roberto, *Mortalidad Materna, Op. Cit.*

embarazo, pero cuya evolución pueda ser agravada por los efectos fisiológicos del embarazo”.²²

Bajo estas variables, Uribe Elías señala que en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. 1992 (ICD-10), se modifica el concepto de **Muerte Materna**, por el de Muerte relacionada con el embarazo como la muerte de la mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días de finalizar la gestación, independiente de la causa de la muerte. Lo que lleva al surgimiento del concepto de **Muerte Materna Tardía**, que sería la muerte de una mujer de una causa directa o indirecta, más allá de los 42 días, pero menos de un año de finalizar el embarazo, en donde se incluirían a aquellos casos complicados, pero que tuvieron una mayor sobrevivencia debida a los medios tecnológicos de sostén.

El autor en comento, señala que también llegó a establecerse una clasificación de muerte materna, atendiendo a las causas que la ocasionaban e indicadores por los cuales podía medirse, la cual fue establecida por los Comités creados expresamente para ello, y que sin embargo, se encuentra en desuso dado que la misma llegó a ser un riesgo, ya que implicaba un impacto jurídico/legal, que podía ser mal interpretado fuera del ámbito de un estudio y un análisis estrictamente médico-profesional, por la complejidad que implicaba establecer y determinar los factores que condujeron a la muerte materna.

Dicha clasificación fue: **Muerte Materna Evitable, No Evitable y Con Responsabilidad:**

Muerte Evitable sería por omisión, defecto en el manejo del embarazo y la mujer, durante o antes de su arribo al ámbito hospitalario para su manejo final (transporte, acceso a los servicios de atención médica, ignorancia, desconfianza, tradiciones culturales, manejo previo inadecuado, condiciones institucionales y problemas de salud previos [...]).

La Muerte Evitable es [a su vez] clasificada como profesional, hospitalaria o de la paciente, de acuerdo a la Responsabilidad del factor determinante que condujo a la muerte.²³

Ahora bien, volviendo a la clasificación que se deriva de la definición que de muerte materna da la OMS, algunos autores incluyen también a la muerte materna no obstétrica, la cual se produce debido a causas accidentales o incidentales no relacionadas con el embarazo o con su cuidado.²⁴

²² Como ejemplos de muerte obstétrica directa Uribe Elías señala la presencia de Pre- eclampsia o Eclampsia, Hemorragia y sus secuelas como los Trastornos de la Coagulación; la Anestesia y sus complicaciones motivadas por una indicación obstétrica como la Cesárea o el manejo inadecuado o deficiente de esos eventos. Entre los ejemplos que da para la Muerte Obstétrica Indirecta están: el caso de la Cardiopatía, la nefropatía o en procesos neoplásicos que se agudizan en el embarazo. *Idem.*

²³ *Idem.*

²⁴ Rode Gonzaga-Soriano, María y otros, *Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California*, en Revista Salud Pública México 2014, Vol. 56(1):32-39, fecha de consulta 1 de julio de 2015, en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002946>

Y con relación al puerperio, éste también se clasifica en función del tiempo transcurrido después del parto, en: Puerperio inmediato: (primeras 24 horas posparto normal); puerperio mediato: (2o al 7o día) y puerperio tardío (8o a 42o día).²⁵

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud casi **800 mujeres mueren al día** debido a complicaciones en el embarazo y parto, a pesar de ello ha habido una disminución significativa del año 1990 al 2013:²⁶

Año	Muertes
1990	523 000
2013	289 000

²⁵ *Idem.*

²⁶ OMS, *Salvar Vidas Maternas*, Dirección en Internet: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-infographic-es.jpg?ua=1>. fecha de consulta 25 de mayo de 2015

2. PANORAMA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO

El Consejo Nacional de Evaluación (CONEVAL) señala que la mortalidad materna constituye un grave problema de salud pública, pero también de derechos humanos, desarrollo social, equidad de género y justicia social.

La forma en cómo concibe esta problemática el CONEVAL recuerda a lo señalado por Amartya Sen en su Teoría del Desarrollo Humano,²⁷ a través de la cual propone una concepción distinta para medir y abordar el desarrollo. Su enfoque superó la visión economicista centrada en el tener (dinero y mercancías), por una visión holística centrada en el ser y hacer del ser humano (bienestar y capacidades) en el cual la participación de las instituciones juega un papel determinante en el desarrollo.

Bajo esta teoría, Amartya Sen distingue dos tipos de libertades que permiten obtener el bienestar y capacidades para alcanzar el desarrollo necesario que se refleje en un mejoramiento de calidad de vida.

Las **libertades constitutivas** son aquellas libertades básicas individuales que conforman el fin del desarrollo humano, porque refieren a la vida humana. Es decir, estamos hablando de las potencialidades del ser humano. Son las que permitirán al ser humano alcanzar una vida plena con calidad; entre ellas podemos incluir una serie de capacidades elementales, la de evitar las privaciones básicas que limitan la vida (hambre, desnutrición, muertes prematuras o evitables) y también la adquisición de capacidades sociales y culturales básicas (lectura, escritura, cálculo elemental, expresión libre de ideas y valores, participación directa o indirecta en el sistema de gobierno de la comunidad). Cualquier programa de desarrollo humano debe asegurar la adquisición y expansión de estas libertades.

Por el contrario, las **libertades instrumentales** son aquellas oportunidades y derechos que contribuyen directa o indirectamente a la libertad general de las personas y se ofrecen, a través de los sistemas económicos, sociales y políticos de los cuales dependen principalmente las libertades constitutivas básicas para su realización. Entre estas libertades se encuentran los servicios económicos, las instituciones, las oportunidades sociales como los servicios de salud, las libertades políticas, las garantías de transparencia y la protección social y jurídica. Es decir, estamos hablando del entrono construido por la sociedad en un territorio determinado. Así lo define Amartya Sen:

El papel instrumental de la libertad se refiere a la forma en que contribuyen los diferentes tipos de derechos y oportunidades a expandir la libertad del hombre en general y, por lo tanto, a fomentar el desarrollo. La eficacia de la libertad como instrumento reside en el hecho de que los diferentes tipos de libertad están interrelacionados y un tipo de libertad puede contribuir extraordinariamente a aumentar otras.

Y agrega en otro texto: "Las opciones que una persona tiene dependen grandemente de las relaciones con los otros y de lo que el Estado y otras instituciones hagan. Deberíamos estar particularmente preocupados por esas oportunidades que están fuertemente influenciadas por las circunstancias sociales y las políticas públicas".

Entiende las libertades humanas como oportunidades determinadas por otras realidades, como lo son las condiciones que facilitan el acceso a la salud.

²⁷ Picazzo Palencia, Esteban y otros, *La teoría del desarrollo humano y sustentable: hacia el reforzamiento de la salud como un derecho y libertad universal*, en: Estudios Sociales, Vol. 19, no. 37, México, ene./jun. 2011, Dirección en Internet: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41716750009>. Fecha de consulta 26 de junio de 2015

En el marco de la teoría del desarrollo humano y en el espacio societal de las libertades humanas, **la salud surge y constituye una de las libertades constitutivas e instrumentales básicas de las personas, la cual debe estar relacionada estrechamente con la cuestión de los derechos y la justicia social, de cuya mano va la noción de equidad, la salud juega una función principal entre calidad de vida y capacidad – libertad–. La salud es una pieza clave o una aptitud para vivir mejor y la falta de ella es una amenaza para el bienestar social y económico.** Así, tener vida duradera y saludable es uno de los elementos fundamentales del desarrollo humano y que toda sociedad moderna y democrática deberá considerar la salud como un derecho universal. Por lo tanto, **"el mejoramiento de la salud de la población debe aceptarse (.) universalmente como uno de los grandes objetivos del proceso de desarrollo"**

Lo señalado por Amartya Sen concuerda con lo establecido por Uribe Elías cuando éste último apunta que las causas de la mortalidad materna no son únicamente atribuibles a las cuestiones **médico-sanitarias**, sino que es también resultado de **factores sociales** que incrementan el riesgo de la vida de la mujer durante el embarazo y los eventos obstétricos derivados del mismo.²⁸

Igualmente, concuerda con lo establecido por el CONEVAL cuando afirma que la muerte materna es una problemática de salud pública y de otros factores que como señala Amartya Sen son factores que permiten el desarrollo humano y en el que las instituciones se ven involucradas y contribuyen a su reducción en la medida en que busquen cumplir los objetivos y metas que les correspondan en la materia, ya sea que se trate de derechos humanos, el propio desarrollo social, por cuestiones de equidad de género o de justicia social.

²⁸ Uribe Elías, Roberto, *Mortalidad Materna*, Op. Cit.

3. CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA

De la propia definición de muerte materna dada por la OMS y adoptada en diversos documentos emitidos por el gobierno mexicano, se desprende que la muerte materna puede ser por cualquier causa relacionada con [el embarazo] o agravada por el mismo o su atención.

De acuerdo al cuadro No.1 donde la OMS precisa cuáles han sido las causas que han dado lugar a la mortalidad materna y que se han determinado por los registros que se tienen sobre las mismas, durante el año 2013 las causas de muerte materna más elevada con un 28% son las referentes a las condiciones médicas:

CUADRO No 1. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA DE ACUERDO A LA OMS.

Causas	%
Condiciones médicas preexistentes agravadas por el embarazo (como diabetes, paludismo, VIH, Obesidad)	28
Hemorragias graves	27
Hipertensión inducida por el embarazo	14
Infecciones (generalmente después del parto)	11
Parto obstruido y otras causas directas	9
Complicaciones de un aborto	8
Coágulos de sangre (embolias)	3
Total	100

Fuente: OMS, *Salvar Vidas Maternas*.²⁹

²⁹ OMS, *Salvar Vidas Maternas*, Op. Cit.

De acuerdo con el *Informe de Avances 2013 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México*,³⁰ las causas de muerte materna y el número de las mismas son:

CUADRO No 2. PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA SEGÚN ODM.

Principales causas	1990	2011
VIH/sida más embarazo	NA	0.2
Aborto	5.9	3.3
Enfermedad hipertensiva	22.5	10.5
Otras complicaciones del embarazo y parto	29.3	5.2
Hemorragia del embarazo, parto y puerperio	20.5	9.9
Sepsis y otras infecciones puerperales	5.6.	1.3
Otras complicaciones (principalmente puerperales)	3.8	2.0
Muerte obstétrica causa no especificada	0.0	0.1
Causas obstétricas indirectas	1.2	10.4
Total general	88.7	43.0

Fuente: Presidencia de la República, *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México Informe de Avances 2013*.³¹

Sobre las causas de muerte materna, en este Informe se destaca que existe una tendencia a la alza de las causas obstétricas indirectas (debidas principalmente a enfermedades crónico-degenerativas) que muestra un aumento en el riesgo de muerte debido a complicaciones no obstétricas más difíciles de tratar, y en donde prevenir el embarazo resulta la medida más efectiva. Lo anterior se determina al observarse que éstas causas se incrementan del 1.2 % al 10.4%. Ahora bien, el CONEVAL maneja como causas de defunción materna a:³²

- Las hipertensivas
- Hemorragia
- Aborto
- Sepsis
- VIH
- Respiratorias
- Otras

³⁰ Presidencia de la República, *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México Informe de Avances 2013*, Primera Edición, México, Septiembre 2013, Dirección en Internet: <http://www.mx.undp.org/content/dam/mexico/docs/Publicaciones/ODM/UNDP-MX-ODM-InfMex2013.pdf>. fecha de consulta 29 de junio de 2015

³¹ Primera Edición, México, Septiembre 2013, Dirección en Internet: <http://www.mx.undp.org/content/dam/mexico/docs/Publicaciones/ODM/UNDP-MX-ODM-InfMex2013.pdf>. pag. 12.

³² Anexo, CONEVAL, *Evaluación Estratégica sobre mortalidad materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud*, México, 2012, Dirección en Internet http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf. Fecha de consulta 2 de julio de 2015

Al respecto establece que el número de defunciones maternas según causas específicas y entidad federativa de residencia habitual para 2010 fueron 992 muertes maternas, como a continuación se señala en el siguiente cuadro:³³

Entidad de residencia habitual	Causa de la defunción							Total de causas maternas
	Hipertensivas	Hemorragia	Aborto	Séptic	VIH	Respiratorias	Otras	
Aguascalientes	4	2	1	0	1	1	1	10
Baja California	4	5	4	0	0	1	14	28
Baja California Sur	0	0	0	0	0	0	0	0
Campeche	0	1	2	0	1	0	4	8
Chiapas	19	23	4	1	3	0	19	69
Chihuahua	12	9	6	0	0	1	11	39
Coahuila	9	3	2	2	0	1	7	24
Colima	0	0	0	0	0	0	0	0
Distrito Federal	19	14	8	1	2	3	29	76
Durango	4	2	1	0	0	0	8	15
Guanajuato	10	7	2	1	0	1	21	42
Guerrero	14	13	3	2	0	1	20	53
Hidalgo	10	5	1	0	0	0	13	29
Jalisco	7	13	6	0	0	5	17	48
México	29	15	18	1	0	5	51	119
Michoacán	10	8	3	0	1	1	26	49
Morelos	1	1	2	0	0	2	4	10
Nayarit	0	2	1	1	0	0	4	8
Nuevo León	3	0	1	0	0	2	8	14
Oaxaca	16	20	3	0	2	1	17	59
Puebla	7	16	3	2	1	1	28	58
Querétaro	1	1	1	2	0	0	8	13
Quintana Roo	4	3	0	0	0	1	5	13
San Luis Potosí	11	4	3	0	0	0	4	22
Sinaloa	8	2	1	1	0	1	5	18
Sonora	0	3	1	0	0	0	8	12
Tabasco	6	3	0	0	0	2	3	14
Tamaulipas	8	0	1	1	1	2	13	26
Tlaxcala	7	3	1	0	0	0	3	14
Veracruz	19	12	10	2	0	0	35	78
Yucatán	4	2	1	0	0	2	3	12
Zacatecas	2	2	2	1	0	1	4	12
Estados Unidos Mexicanos	248	184	82	18	12	36	383	992

Fuente: Elaboración del CIESAS a partir de la base de datos de mortalidad materna definitiva de la DGIS, 2010.

³³ *Idem*

Encontrando que de manera global en el 2010 el Estado de México tuvo el número más elevado de causas maternas con 119 (12%), seguido de Veracruz con 78 (7.9%) y del Distrito Federal con 76 (7.7%); por su parte Baja California Sur y Colima no presentan ninguna causa materna de defunción, seguidas de Campeche y Nayarit quienes registran el número más bajo de defunciones ambas entidades con 8 (0.8%).

En cuanto a causas específicas se desprende que el Estado de México presenta el número más alto de defunciones por causas hipertensivas con 29 (11.7%), seguido de Chiapas, Distrito Federal y Veracruz con 19 (7.7%) cada uno; por su parte Baja California Sur, Campeche, Colima, Nayarit y Sonora no registran defunciones por causas hipertensivas, en cuanto a los estados que registran el número menor de defunciones por esta causa están Morelos y Querétaro con una defunción cada uno (0.4%).

Los Estados con mayor número de defunciones por hemorragia son Chiapas con 23 (11.9%), Oaxaca con 20 (10.3) y Puebla con 16 (8.2%); los Estados que no presentan casos por hemorragia son Baja California Sur, Colima, Nuevo León y Tamaulipas, seguidos de Campeche, Morelos y Querétaro con sólo un caso cada uno (0.5%).

El mayor número de defunciones por Aborto se presenta en el Estado de México con 18 (19.6%) casos, Veracruz con 10 (10.9%) y Distrito Federal con 8 (8.7%); el menor número de casos se ubica en Baja California Sur, Colima, Quintana Roo y Tabasco con ningún caso, seguidos de Aguascalientes, Durango, Hidalgo, Nayarit, Nuevo León, Querétaro, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas, Tlaxcala y Yucatán, quienes cuentan con un caso cada uno, lo cual representa el 1.1%.

En el caso de la muerte materna por sepsis, se observa que el número de casos mayor que se presenta es de 2 en Coahuila, Guerrero, Puebla, Querétaro y Veracruz, lo cual representa el 11.1% en cada uno de estos Estados por esta causa, sin embargo, también se registran varios Estados que no registran una sola de ellas como: Aguascalientes, Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chihuahua, Colima, Durango, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Tlaxcala y Yucatán, el resto de los Estados registran un caso cada uno, equivalente al 5.6%.

En el caso del VIH el registro más alto se observa en Chiapas con 3 (25%) casos, seguido del Distrito Federal y Oaxaca con 2 (16.6%) casos cada uno y Aguascalientes, Campeche, Michoacán, Puebla y Tamaulipas con un caso cada uno (8.3%), el resto de las entidades federativas no presenta ningún caso.

Respecto a enfermedades respiratorias como causas de defunción Jalisco y el Estado de México presentan cinco (14.3%) casos cada uno, y Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Colima, Durango, Hidalgo, Nayarit, Querétaro, San Luis Potosí, Sonora, Tlaxcala y Veracruz no registran un solo caso de defunción por causas respiratorias.

En el rubro de otras causas, el registro más alto lo presenta el Estado de México con 51 (13%) defunciones, Veracruz con 35 (8.9%) y el Distrito Federal con 29 (7.4%); por su parte el número más bajo de defunciones lo registran Baja California Sur y Colima con cero causas, seguido de Aguascalientes con una causa (0.3%).

De lo anterior se puede señalar que el Estado de México es el que presenta más prevalencia de muerte materna, teniendo como contraparte a Baja California Sur y Colima en donde como se observa no se presentan causas de defunciones.

Independiente a las causas anteriormente señaladas, es de destacar que el CONEVAL señala como una causa subyacente de la mortalidad materna y perinatal a la anemia, considerada ésta como un problema de salud pública en México.³⁴

Por su parte, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) señala que la operación cesárea³⁵ fue en sus inicios una causa de altísima mortalidad materna, lo que ocasionó que los obstetras consideraran su práctica con cierto temor, hasta la aparición de la hemoterapia, la anestesiología y el empleo de los antibióticos, que permitieron que la morbilidad materna por esta causa comenzara a descender. Al respecto, este Centro señala que a pesar de haber descendido la mortalidad materna por causa de la operación cesárea, no deben desestimarse los riesgos que implica bajo la argumentación que plantea el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), quien señala que: "El incremento del índice de cesáreas más allá del límite de sus beneficios, agrega morbilidad y costo, y se transforma de solución, en problema."³⁶

Con relación a la operación cesárea como causa de mortalidad y a fin de reducir su índice el CNEGSR ofrece las siguientes recomendaciones:

- Preparación de la paciente para el parto;
- Regular el pago de honorarios a médicos por procedimientos, parto y cesárea;
- Fomentar el otorgar incentivos económicos por prácticas de calidad, mayor dedicación y partos normales, mayor remuneración, en particular con Seguros Médicos;
- Cambio educacional en los médicos, deben mostrar sus resultados y evolución y reportes de casos específicos;

³⁴ CONEVAL, *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2014*, Dirección en Internet: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/IEPDS_2014/IEPDS_2014.pdf. Fecha de consulta 26 de junio de 2015

³⁵ La Cesárea es la intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer el producto de la concepción a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina. Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *Reducción del Índice de Operación Cesárea*, Dirección en Internet: http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/Programas_de_Accion/SMP/reduccionCesarea_SMP.html. Fecha de consulta 1 de julio de 2015

³⁶ *Idem.*

- Contar con protocolos para casos específicos, parto pélvico, ruptura de Membranas. Trabajo de parto estacionado;
- Control prenatal adecuado, acompañamiento y soporte emocional a las pacientes;
- Ofrecer alternativas: Modelo de Partería, Parto vertical, Psicoprofilaxis;
- Equipo, infraestructura y recursos para atender emergencias obstétricas y complicaciones.³⁷

Si bien las anteriores causas señaladas se consideran como las principales, cabe señalar que existen otros factores que influyen en esta problemática, tal y como se señala en el *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, en el cual se apunta que:

- La edad a la que las mujeres empiezan a tener hijos o dejan de tenerlos;
- El intervalo entre los nacimientos;
- El número total de embarazos a lo largo de la vida, y
- Las circunstancias socioculturales y económicas en que viven las mujeres son factores que influyen en la mortalidad materna.³⁸

La organización, "*Servicios Internacionales de Asesoría sobre el Embarazo*", coincide con el factor edad, sin embargo, indica que la mortalidad materna también se relaciona con:

- La etnicidad: ser indígenas aumenta el riesgo de Muerte Materna;
- El nivel de la educación formal: 8.7 % de las mujeres fallecidas NO tuvieron acceso a la educación a nivel nacional, y en Estados como Chihuahua, Chiapas, Guerrero, Puebla, Oaxaca, Michoacán, Hidalgo, Veracruz y Morelos, este porcentaje oscila entre 10 y 25 %.
- La seguridad social: casi una de cada tres mujeres no contaba con seguridad social, mientras que alrededor del 40 % estaba afiliada al Sistema Nacional de Protección Social en Salud.³⁹

Otros factores que se identifican como determinantes en la mortalidad materna son:

- De acuerdo con el CONEVAL, las largas trayectorias que llevan a cabo las mujeres para la atención de emergencia obstétrica.⁴⁰

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud, señala que:

³⁷ *Idem.*

³⁸ *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, Dirección en Internet: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf. fecha de consulta 27 de mayo de 2015.

³⁹ Ipas México, *La muerte materna: una violación a los derechos humanos de las mujeres*, Op. Cit.

⁴⁰ CONEVAL, *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2014*, Op. Cit.

- La falta de acceso equitativo y oportuno a servicios de calidad es la causa de fondo de la mortalidad materna.⁴¹

Es de destacar que a pesar de todos estos factores, existe uno que resulta determinante para que todas las acciones gubernamentales que establezcan los gobiernos en cualquiera de sus órdenes se cumplan, y éste es la voluntad política para enfrentar el problema, la cual puede resultar un obstáculo cuando no existe la disposición necesaria para llevar a cabo las transformaciones estructurales e institucionales que se requieren para combatir el problema.⁴²

⁴¹ Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, *Salud reproductiva y maternidad saludable. Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos*, Op. Cit.

⁴² Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Gobierno Federal, Salud, *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*, Pág. 11, Dirección en Internet: http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/info_public/estrategia_integral.pdf. Fecha de consulta 29 de junio de 2015,

4. MARCO JURÍDICO ACTUAL

4.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su artículo 4o establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la propia Constitución.

Por su parte el artículo 2o aunque más focalizado, señala en su Apartado B que la Federación, los Estados y los Municipios, para promover la igualdad de oportunidades de los indígenas y eliminar cualquier práctica discriminatoria, establecerán las instituciones y determinarán las políticas necesarias para garantizar la vigencia de los derechos de los indígenas y el desarrollo integral de sus pueblos y comunidades, las cuales deberán ser diseñadas y operadas conjuntamente con ellos.

En ese sentido determina que para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, dichas autoridades, tienen la obligación de:

VIII. Establecer políticas sociales para proteger a los migrantes de los pueblos indígenas, tanto en el territorio nacional como en el extranjero, mediante acciones para [...] **mejorar las condiciones de salud de las mujeres...**⁴³

4.2 Ley General de Salud

La Ley General de Salud⁴⁴ reglamenta el derecho a la protección de la salud que establece el artículo 4o de la Constitución; es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social. En este sentido, la Ley General de Salud establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.

Esta Ley define dos criterios de acceso a los servicios de salud:

- Ser derechohabiente de alguna institución de seguridad social o del Sistema de Protección Social en Salud, o
- Pertener a la población general no derechohabiente de dichos servicios.

⁴³ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Dirección en Internet:* http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_100715.pdf. Fecha de consulta 29 de mayo de 2015.

⁴⁴ *Ley General de Salud, Dirección en Internet:* http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_040615.pdf. Fecha de consulta 29 de mayo de 2015.

Por su parte, el artículo 51 señala las características del servicio de salud que tienen derecho a obtener, los usuarios del mismo:

- Prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea;
- A recibir atención profesional y éticamente responsable y,
- Trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares.

En cuanto a las áreas de salubridad que se cubren, la Ley en comento en su artículo 3o determina que es materia de salubridad general, entre otras:

- La atención materno-infantil

Además, este tipo de atención queda incluida dentro del paquete de servicios básicos de salud (art. 27) dirigidos a toda la población. Más adelante se mandata que los servicios de salud materno-infantil se prestarán en establecimientos públicos de salud, regidos por criterios de universalidad y gratuidad fundados en las condiciones socioeconómicas de los usuarios (artículo 35).

De ahí que cuenta con un capítulo específico denominado **Atención Materno-Infantil**, que contempla y alberga las disposiciones bajo las cuales se prestará la atención materna y dentro del cual se plasma a través del artículo 62 que, en los servicios de salud se promoverá la **organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil**, a efecto de que se conozca, sistematice y evalúe el problema y se adopten las medidas conducentes.

Como se puede observar, esta disposición si bien está encaminada a prevenir la muerte materna y se puede señalar que contribuirá a reducirla, el hecho de que se prevea la promoción y no la obligación de establecer estos comités, contribuye a que en algunos casos se deje de lado la atención de problemáticas de este nivel en donde por ejemplo se encuentra el caso de Oaxaca.⁴⁵

Así también, se entiende la poca creación de los Comités tal y como se observa pues sólo se encuentran en Chiapas, Guerrero, Jalisco, Oaxaca y Veracruz, de ahí que como se observará más adelante, el **Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018** (PAE), busca a través de sus líneas de acción fortalecer e impulsar **los Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal**.

⁴⁵ Donde se destinan recursos para la realización de centros de convenciones que bien podrían ser asignados para el sector salud Fuente: Matías, Pedro, “*Gobierno de Oaxaca abandona hospitales y destina 600 mdp a Centro de Convenciones*”, *Revista Proceso*, 29 de junio de 2015, Dirección en: <http://www.proceso.com.mx/?p=409158>. Fecha de consulta 30 de junio de 2015

4.3 Norma Oficial Mexicana NOM-007ssa2-1993 (Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto Y Posparto Y Del Recién Nacido)

Esta NOM tiene por objetivo establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio además de la atención del recién nacido normales. El cual parte de considerar que:

“La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas, y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

De esta manera procedimientos frecuentemente usados para aprontar el parto, por señalar sólo algunos ejemplos, la inducción del mismo con oxitocina o la ruptura artificial de las membranas amnióticas, han sido revalorados en vista de que no aportan beneficios y sí contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materno-infantil, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados”.

Entre las disposiciones que contiene y destacan en esta NOM se ubican las relativas a:

- Las definiciones de diversos conceptos como muerte materna y emergencia obstétrica.
- La atención de una mujer con emergencia obstétrica, la cual debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.
- La obligación de toda unidad médica del segundo nivel con atención obstétrica, de integrar y operar un Comité de Estudios de Mortalidad Materna y un Grupo de Estudios de Mortalidad Perinatal, señalando que los dictámenes que emitan tanto el Comité como los grupos de estudios deben incluir acciones de prevención hacia los factores y las causas que ocasionan las muertes maternas y perinatales.

La correcta aplicación de la NOM contribuirá como en ella misma se señala a disminuir la mortalidad materna.

5.- INSTRUMENTOS INTERNACIONALES

5.1 Agenda 21

La *Agenda 21* o *Programa 21* abordó los problemas más apremiantes de la actualidad y trató de preparar al mundo para los desafíos del siglo XXI. Este Programa fue el resultado de un consenso mundial y un compromiso político al nivel más alto sobre el desarrollo y la cooperación en la esfera del medio ambiente, firmado por 178 países entre el 3 y 14 **de junio de 1992**, junto con la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, y la Declaración de Principios para la Gestión Sostenible de los Bosques.

Ahora bien, el *Programa 21* atiende o es acorde con la teoría del desarrollo que líneas arriba se explica, toda vez que en este documento en cuestiones de salud se establece que:

La salud y el desarrollo tienen una relación directa. Tanto el desarrollo insuficiente que conduce a la pobreza como el desarrollo inadecuado que redundando en el consumo excesivo, combinados con el crecimiento de la población mundial, pueden redundar en graves problemas de salud relacionados con el medio ambiente en los países desarrollados y en los países en desarrollo.⁴⁶

A través de este programa se mandató a los países elaborar planes para la adopción de medidas prioritarias en relación con las áreas de programas correspondientes a la salud, que se basaron en la planificación cooperativa en los diversos niveles de gobierno, organizaciones no gubernamentales y comunidades locales. La coordinación de estas actividades estuvo a cargo de la OMS.

La responsabilidad de su ejecución fue encomendada a los gobiernos, siendo de suma importancia para su logro las estrategias, planes, políticas y procesos que en cada nación pusieran en marcha, así como la cooperación internacional a través del sistema de las Naciones Unidas, y de otras organizaciones internacionales, regionales y subregionales, quienes jugaron un papel importante a través de sus diversas contribuciones, en donde también se observó la participación activa del público, de las organizaciones no gubernamentales y de otros grupos.

Los esfuerzos unidos de todos los diferentes actores, confluyeron para establecer soluciones a problemáticas de salubridad como por ejemplo que la contaminación ambiental que se registra en las zonas urbanas va asociada con tasas de morbilidad y mortalidad excesivamente altas y que el hacinamiento de la población y el alojamiento inadecuado son factores que contribuyen al aumento de la incidencia

⁴⁶ Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Desarrollo Sostenible, *Programa 21, Capítulo 6, Protección y Fomento de la Salud Humana*, Dirección en Internet: <http://www.un.org/spanish/esa/sustdev/agenda21/agenda21spchapter6.htm>. fecha de consulta 2 de julio de 2015

de enfermedades de las vías respiratorias, las que se han considerado –como se observará más adelante–, ser una causa de **mortalidad materna**.

Al respecto, –se sugiere en el documento–, el establecimiento de objetivos cuantitativos referidos a la tasa de mortalidad derivada de la maternidad. Asimismo, dentro de las actividades que propone el Programa 21, las cuales divide por grupos para el caso de las mujeres, entre otras:

- ii) Proporcionar incentivos concretos para inducir a las mujeres de todas las edades a asistir a escuelas y a cursos de educación de adultos y a no abandonarlos prematuramente, incluidos los cursos de educación sanitaria y los de capacitación en materia de atención primaria de la salud, higienización de los hogares y **protección de la salud materna**;⁴⁷

La problemática de la mortalidad materna como tal, fue abordada por primera vez a nivel internacional dándole la importancia que se merecía, a través de la Conferencia Internacional de la Maternidad sin Riesgos (Nairobi, 1987) cuando fue lanzada a nivel mundial la Iniciativa del mismo nombre.⁴⁸

5.2 1ra. Conferencia Nacional sobre Maternidad sin Riesgos (1993)

México se unió a ésta a partir de la 1ra. Conferencia Nacional sobre Maternidad sin Riesgos (1993). Lo que permitió que representantes de diversos sectores elaboraran la “Declaración de México para una Maternidad sin Riesgos” y crearon el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México (CPMSR) con el fin de impulsar su puesta en marcha.⁴⁹

5.3 Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995)

A través de esta Declaración, los Gobiernos parte se comprometieron a aplicar la Plataforma de Acción instando a organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales, instituciones financieras internacionales y regionales, a todos los sectores de la sociedad civil, y a todos los hombres y mujeres a comprometerse plenamente y contribuir con dicha aplicación.

Esta Plataforma cuenta con diversos objetivos y estrategias, entre ellos el correspondiente a la mujer y la salud, respecto al cual en su párrafo 97 se reconoce:

Que las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto se cuentan entre las principales causas de mortalidad y morbilidad de las mujeres en edad

⁴⁷ Idem.

⁴⁸ Comité Promotor por una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas, *La Mortalidad Materna en Cifras*, Dirección en Intertnet: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/mortalidad-materna/>. Fecha de consulta 4 de junio de 2015.

⁴⁹ Idem.

reproductiva, en los países en desarrollo y también en aquellos que se encuentran con una economía en transición.

Que la mayoría de las muertes, lesiones y problemas de salud se pueden evitar mejorando el acceso a servicios adecuados de atención de la salud, incluidos los métodos de planificación de la familia eficaces y sin riesgos y la atención obstétrica de emergencia, reconociendo el derecho de la mujer y del hombre a la información y al acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia, así como a otros métodos lícitos que decidan adoptar para el control de la fecundidad, y al acceso a servicios adecuados de atención de la salud que permitan que el embarazo y el parto transcurran en condiciones de seguridad y ofrezcan a las parejas las mayores posibilidades de tener un hijo sano.

La Plataforma cuenta con diversos objetivos y medidas que se deberán adoptar para cumplirlos, destacando en el tema de la mortalidad materna el Objetivo estratégico C.1., a través del cual se pretende:

Objetivo estratégico C.1. Fomentar el acceso de la mujer durante toda su vida a servicios de atención de la salud y a información y servicios conexos adecuados, de bajo costo y de buena calidad.⁵⁰

Entre las medidas que han de adoptarse para cumplir estos objetivos están las señaladas en el párrafo 106, que se refiere a las medidas que han de adoptar los gobiernos en colaboración con las organizaciones no gubernamentales y organizaciones de empleadores y trabajadores y con el respaldo de instituciones internacionales, como la que se señala en el inciso i) para:

i) Fortalecer y reorientar los servicios de salud, en particular la atención primaria de salud, con el fin de dar acceso universal a servicios de salud de calidad para niñas y mujeres y de reducir las enfermedades y la morbilidad derivada de la maternidad y alcanzar a nivel mundial el objetivo convenido de reducir la mortalidad derivada de la maternidad como mínimo en un 50% de los valores de 1990 para el año 2000 y en otro 50% para el año 2015; garantizar que cada sector del sistema de salud ofrezca los servicios necesarios; y tomar las medidas oportunas para que se ofrezcan servicios de salud reproductiva, a través del sistema de atención primaria de salud, a todas las personas en edad de recibirla lo antes posible y no más tarde del año 2015.

5.5 Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (1995)

Como resultado de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social celebrada en marzo de 1995, se aprueban diversas resoluciones destacando la Declaración de Copenhague sobre Desarrollo Social y el Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social de los que es parte México y en cuyos instrumentos se contemplan algunos puntos sobre mortalidad materna, como enseguida se verá:

⁵⁰ Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Dirección en Internet: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>. Fecha de consulta 25 de mayo de 2015.

5.5 Declaración de Copenhague sobre Desarrollo Social⁵¹

Esta Declaración se encuentra conformada de diez compromisos, el sexto compromiso busca promover y lograr el nivel más alto posible de salud física y mental, y el acceso de todas las personas a la atención primaria de la salud, procurando de modo especial rectificar las desigualdades relacionadas con la situación social sin hacer distinción de raza, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Al respecto contempla en su inciso p) para el plano nacional:

p) **Trataremos** de cumplir los objetivos en materia de salud materno-infantil, especialmente **la reducción de la mortalidad** infantil y **materna** que estableció la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo y la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.

Para dar cumplimiento a lo mandatado en esta Declaración se crea el **Programa de Acción de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social**, en cuya acción C denominada Atención de las necesidades humanas básicas de todos, a través del párrafo número 36 se prevé la obligación de que los gobiernos cumplan con los compromisos contraídos con respecto a la atención de las necesidades básicas de todos, con la asistencia de la comunidad internacional, de conformidad con el capítulo V del presente Programa de Acción, incluidos, entre otros, los siguientes:

d) Para el año 2000, reducir la mortalidad materna a la mitad del nivel que tenía en 1990; y para el año 2015, reducir nuevamente la tasa a la mitad de ese valor.

5.6 Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo

A través de este Programa de Acción se recomienda a la comunidad internacional una serie de objetivos de población y desarrollo, así como metas cualitativas y cuantitativas que son mutuamente complementarias y de importancia decisiva para esos objetivos, entre los cuales figuran: la reducción de la mortalidad materna junto con el acceso universal a servicios de salud reproductiva, en particular de planificación de la familia y de salud sexual.⁵²

En este Programa de Acción, visto desde la perspectiva demográfica, se señala que si bien los países habían tenido logros con respecto a, entre otras problemáticas, la reducción de la mortalidad materna, aún quedaba mucho por hacer.

Al respecto, se apunta que uno de los factores que contribuyen a elevar los niveles de mortalidad es la pobreza generalizada que va acompañada entre otros de

⁵¹ *Declaración de Copenhague sobre Desarrollo Social*, [en línea], Dirección en Internet: <http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/cumbre/cumbredessocial1995.pdf>. Fecha de consulta 25 de mayo de 2015.

⁵² *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, Op. Cit.

un acceso limitado a servicios sociales y sanitarios entre los que se incluyen los servicios de salud reproductiva y los de planificación familiar.

Así añade que, una mayor atención a las necesidades de salud reproductiva de las jóvenes adolescentes y las mujeres jóvenes podría reducir notablemente la morbilidad y mortalidad maternas mediante la prevención de los embarazos no deseados y de los abortos posteriores realizados en condiciones deficientes. Por lo que, la maternidad sin riesgo, ha sido aceptada en muchos países como estrategia para reducir la morbilidad y mortalidad maternas.

Por lo tanto, uno de los objetivos que se estableció sobre esta problemática fue:

“Promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo a fin de lograr una reducción rápida y sustancial en la morbilidad y mortalidad maternas y reducir las diferencias observadas entre los países en desarrollo y los desarrollados, y dentro de los países. Sobre la base de un esfuerzo decidido por mejorar la salud y el bienestar de la mujer, reducir considerablemente el número de muertes y la morbilidad causados por abortos realizados en malas condiciones.”

5.7 Objetivos de Desarrollo del Milenio

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) son el esfuerzo mundial para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente, la discriminación contra la mujer y también para crear una alianza mundial para el desarrollo.⁵³

Los ODM tienen su base en una alianza mundial que enfatiza en la responsabilidad de los países en desarrollo de poner orden en sus propios asuntos, así como de sugerir a los países desarrollados apoyar esos esfuerzos. Son el resultado del acuerdo conocido como la Declaración del Milenio, firmado en septiembre del 2000 por 189 dirigentes del mundo.

Buscan atender las necesidades humanas más apremiantes y los derechos fundamentales que todos los seres humanos deberían disfrutar.

Dichos objetivos están conformados por ocho indicadores, integrados cada uno de ellos por diversas metas, y en el caso de México algunas metas incorporadas a partir de 2005, a las cuales se les denominó Metas Más allá del Milenio (MMM),⁵⁴ de las cuales se observa que con relación al tema que se desarrolla no fueron contempladas este tipo de metas.

⁵³ Sistema de Información de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, *¿Qué son y para qué sirven?*. Dirección en: Internet: <http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-win/odmsql.exe/OBJODM0050,E> Fecha de consulta 10 de junio de 2015.

⁵⁴ Presidencia de la República, *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México Informe de Avances 2013*, Op. Cit.

Los ocho ODM son los siguientes:⁵⁵

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre;
2. Lograr la enseñanza primaria universal;
3. Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer;
4. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años;
5. **Mejorar la salud materna;**
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades;
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, y
8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.

El objetivo 5 que implica mejorar la salud materna, de acuerdo con lo establecido por la ONU, tiene las siguientes metas:

- 5.A. **Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes;**
- 5.B. Lograr para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

De cada una de estas metas se desprenden diversos indicadores que quedan plasmados en una Lista Oficial de Indicadores de la ONU, de los cuales para efectos de este trabajo interesan los que derivan de la meta 5.A, que son los siguientes:

- 5.1 **Tasa de mortalidad materna,**
- 5.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado.

Sin embargo, es necesario aclarar que México reformula algunos de estos indicadores de acuerdo a su contexto, quedando el indicador 5.1 de la siguiente forma:

- 5.1. **Razón de mortalidad materna** (defunciones por cada 100 mil nacidos vivos), cuya institución responsable para dar seguimiento es la Secretaría de Salud.⁵⁶

Ahora bien, si estos instrumentos internacionales han sido expedidos y adoptados por los diferentes países partes con el objeto de atacar la problemática de la muerte materna, de manera preventiva y como metas trazadas, también existen aquellos que buscan proteger a la maternidad y que se pueden considerar en un momento dado como garantes de la vida de las mujeres embarazadas a través de brindar la protección a la salud como un derecho fundamental que debe ser garantizado en principio a toda la ciudadanía, y por consiguiente a este grupo en específico.

Al respecto se pueden mencionar los siguientes:

⁵⁵ Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, México, *Lista de Indicadores*, fecha de consulta 10 de junio de 2015, en: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-win/ODM.exe/LOI,E>

⁵⁶ Objetivos del Desarrollo del Milenio, *Comparativo Indicadores ONU-Indicadores México, 19/05/2104*, fecha de consulta 19 de junio de 2015, en: http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/odm/Doctos/Odm_CyR.htm

5.8 Declaración Universal de los Derechos Humanos

Aprobada en 1948, reconoce por primera vez la protección de la salud como un derecho fundamental que debe ser garantizado a toda la ciudadanía en condiciones de igualdad.

5.9 Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979)

Con esta Convención se estableció que todos los Estados deben garantizar a las mujeres “servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto”.

5.10 Convención sobre los Derechos del Niño (1989)

Esta Convención dispone en su artículo 24 que los Estados deben “asegurar atención sanitaria prenatal o posnatal apropiada para las madres” y desarrollar atención sanitaria preventiva, incluyendo “orientación a los padres, educación y servicios de planificación familiar”.

Luego entonces, atendiendo a lo anterior la mortalidad materna pone de manifiesto la violación de un conjunto de derechos de la mujer, da cuenta de una cadena de vulneraciones de principios básicos como el derecho a la vida y el acceso de información de calidad, y al máximo nivel posible de salud.⁵⁷

⁵⁷ Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, UNICEF, *Mortalidad Materna, Un problema de salud pública y derechos humanos*, Argentina, Buenos Aires, 2003, Dirección en Internet: http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_mortalidadmaterna.pdf. Fecha de consulta 29 de junio de 2015.

6 POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE MUERTES MATERNAS

6.1 Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018

A fin de integrar los derechos de las mujeres y en especial el de salud dentro del PND,⁵⁸ así como en sus objetivos, estrategias programas y líneas de acción, en la administración dirigida por el actual Presidente Constitucional Enrique Peña Nieto se encuentra lo siguiente:

El PND 2013-2018 está conformado por cinco metas nacionales denominadas:

- I. México en Paz
- II. México Incluyente
- III. México con Educación de Calidad
- IV. México Próspero
- V. México con Responsabilidad Global⁵⁹

De la segunda meta nacional denominada México Incluyente se desprende el Objetivo 2.3. Asegurar el acceso a los servicios de salud, el cual a su vez cuenta con cinco estrategias de las que la Estrategia 2.3.3 encaminada a mejorar la atención de la salud a la población en situación de vulnerabilidad se compone de ocho líneas de acción, entre las que se encuentra una a través de la cual se pretende:

- Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los actores, a fin de **reducir la mortalidad infantil y materna.**

6.2 Programa Sectorial de Salud 2013-2018⁶⁰

El Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 establece seis objetivos asociados a las Metas Nacionales, establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018)

De los objetivos establecidos, el objetivo cuatro contempla:

4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos y regiones del país. Al respecto en el programa señala que:

⁵⁸ *Diario Oficial de la Federación* del 20 de Mayo de 2013, Dirección en Internet: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013. Fecha de consulta 1 de junio de 2015.

⁵⁹ Gobierno de la República, *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*, Dirección en Internet: <http://pnd.gob.mx/>. fecha de consulta 17 de julio de 2015.

⁶⁰ *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*, *Diario Oficial de la Federación* del 12 de Diciembre de 2013, Dirección en Internet: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programaDOF.pdf. Fecha de consulta 1 de junio de 2015.

“Con el fin de reducir estas brechas existentes en las condiciones de salud entre distintos grupos poblacionales, las estrategias y líneas de acción deben [...] abordar sistémicamente la mortalidad materna para cumplir con las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como establecer acciones más eficaces para atender a grupos que viven en condición de vulnerabilidad.”

De ahí que, a través de la Estrategia 4.2. se pretende: Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas.

Las líneas de acción que se establecen para el desarrollo y cumplimiento de esta estrategia son las siguientes:

- 4.2.1. **Asegurar un enfoque integral y la participación incluyente y corresponsable en la atención del embarazo, parto y puerperio**
- 4.2.2. **Mejorar la calidad de la atención materna en todos los niveles de atención**
- 4.2.3. Fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad
- 4.2.4. Proporcionar consejería y el acceso a la anticoncepción para prevenir el embarazo no planeado
- 4.2.5. **Vigilar el embarazo con enfoque de riesgo y referencia oportuna a la evaluación especializada**
- 4.2.6. **Fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas, considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios**
- 4.2.7. Consolidar el proceso de vigilancia epidemiológica, búsqueda intencionada y **reclasificación de muertes maternas**
- 4.2.8. **Promover la participación comunitaria para el apoyo a embarazadas y mujeres con emergencias obstétricas.**

Por su parte, tomando en cuenta las estrategias transversales, en la denominada Perspectiva de Género se contempla dentro de sus líneas de acción las siguientes:

- ***Reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad***
- ***Garantizar que los esquemas de programas alimentarios incorporen a niñas y mujeres embarazadas***

Para ello, se tendrán como indicadores la razón de mortalidad materna, que medirá indirectamente la efectividad de las acciones de prevención y atención oportuna de complicaciones en mujeres embarazadas, parturientas y púerperas de acuerdo con la normatividad aplicable.

Además, el mismo Programa Sectorial señala que este indicador, es un indicador de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que permite la comparación entre países.

Con relación a la **Consulta Ciudadana** que se llevó a cabo para enriquecer los objetivos y las Metas Nacionales del PND 2013-2018, a través de este programa sectorial, se observa que se realizaron foros de consulta y mesas sectoriales. El 22 de

marzo de 2013 **en la Ciudad de México**, se llevaron a cabo nueve mesas de trabajo sectorial con la finalidad de discutir y aportar propuestas sobre temas específicos entre ellos el de **mortalidad materna**, de esta Mesa se desprendieron como principales propuestas para combatir la muerte materna las siguientes:

- Prevenir embarazos no deseados, no indicados y de alto riesgo;
- Disponer de servicios de salud para una maternidad segura, voluntaria y gozosa;
- Implementar un sistema centralizado para el seguimiento de la salud materna;
- Reducir las brechas e inequidades;
- Mejorar la vinculación intersectorial entre salud, educación y la política de desarrollo del país;
- **Mejorar la calidad de la atención del embarazo, parto y puerperio en todos los niveles de atención;**
- **Fortalecer el primer nivel de atención para detección de riesgo, atención obstétrica básica, estabilización y referencia;**
- Fortalecer programas de educación sexual;
- Consolidar la formación e incorporación del personal de salud no médico para la atención de partos y abortos no complicados;
- Actualizar normas y guías de práctica clínica;
- **Ratificar el convenio interinstitucional para la atención de la emergencia obstétrica.**

Asimismo, se llevaron a cabo Foros Especiales en los que se abordaron diversos temas entre ellos el de Mujeres, el cual fue celebrado el 20 de marzo de 2013 en el **Distrito Federal**, y del que se desprendieron diferentes propuestas que sirvieron para retroalimentar los objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa que se comenta, destacando en este Foro la siguiente:

- *Impulsar un programa nacional con la finalidad de proteger a las ciudadanas de muertes maternas tempranas, adoptando medidas que aseguren el acceso de las mujeres a la atención materna y a otros servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.*

6.3 Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018⁶¹

El Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), –como se indica en el mismo–, se construye vinculado estrechamente al Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, en la Meta II. México Incluyente, el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y la no Discriminación contra las Mujeres 2013-

⁶¹ Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018*, Dirección en Internet: http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf., Fecha de consulta 16 de julio de 2015

2018, y al Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 el cual se vincula estrechamente con:

- La finalidad de acelerar la obtención de resultados de impacto en la salud materna y perinatal,
- Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Para ello, se alinean objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa, a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la administración pública federal para materializar el derecho a la protección de la salud.

El objetivo principal del Programa es:

... que las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos en el curso de la vida, **particularmente los relacionados a la salud materna y perinatal**, y promover el derecho a la salud de toda persona desde antes del nacimiento, con énfasis en el desarrollo del recién nacido sano y la prevención de defectos al nacimiento, ya sean congénitos y/o genéticos.

El Programa se constituye como un instrumento de la política nacional de salud con el que se busca contribuir al cumplimiento de dos de los ocho ODM que el Gobierno de México hizo suyos, a través de las metas que se contemplan en éstos, para verificar y evaluar los avances en la reducción de la mortalidad de los niños menores de cinco años y en el mejoramiento de la salud materna. Respecto a éste último se aboca a la reducción de la muerte materna en tres cuartas partes de 1990 y 2015.

Se destaca y se reconoce en el mismo programa que aunque los logros en la disminución de la mortalidad materna son relevantes, se han dado a un ritmo más lento que el requerido para alcanzar la meta propuesta en los ODM.

Ahora bien, como se ha señalado, este programa se alinea con el PROSESA 2013-2018 y con el PND, vinculándose estrechamente con la finalidad de acelerar la obtención de resultados de impacto en la salud materna y perinatal, y específicamente para contribuir a la reducción de la mortalidad materna y perinatal, a través de los siguientes objetivos estrategias y líneas de acción:

OBJETIVOS DE PROSESA	
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.	
ESTRATEGIAS DEL PROSESA	LÍNEAS DE ACCIÓN DEL PROSESA
4.2. Asegurar un	4.2.1. Asegurar un enfoque integral y la participación incluyente y corresponsable en la atención del embarazo, parto y puerperio.
	4.2.2. Mejorar la calidad de la atención materna en todos los niveles de atención.
	4.2.3. Fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.

enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas.	4.2.4. Proporcionar consejería y el acceso a la anticoncepción para prevenir el embarazo no planeado.
	4.2.5. Vigilar el embarazo con enfoque de riesgo y referencia oportuna a la evaluación especializada.
	4.2.6. Fortalecer la atención oportuna y de calidad en emergencias obstétricas, considerando redes efectivas interinstitucionales de servicios.
	4.2.7. Consolidar el proceso de vigilancia epidemiológica, búsqueda intencionada y reclasificación de muertes maternas.
	4.2.8. Promover la participación comunitaria para el apoyo a embarazadas y mujeres con emergencias obstétricas.

A su vez, en lo que respecta al PAE que como se observa, está encaminado a contribuir a *reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal*, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo, se desprenden a su vez, cuatro estrategias y diez líneas de acción a cumplimentarse en el periodo 2013-2018:

6.4 Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018

OBJETIVO DEL PAE	
2 Contribuir a reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo.	
ESTRATEGIAS	LINEAS DE ACCIÓN
Estrategia 2.1. Promover formación, actualización y desarrollo de recursos humanos para la atención integral , pregestacional, prenatal, del parto, puerperio y del neonato.	2.1.1. Favorecer la disponibilidad de personal capacitado para la atención pregestacional, prenatal, parto, puerperio, las emergencias obstétricas y neonatales.
	2.1.2. Sensibilizar y capacitar al personal para brindar atención materna y perinatal segura, competente y respetuosa de los derechos humanos.
Estrategia 2.2. Contribuir a prevenir embarazos de alto riesgo impulsando el acceso a métodos anticonceptivos , respetando la libre decisión de las mujeres.	2.2.1. Favorecer el acceso de métodos anticonceptivos efectivos en mujeres y hombres con enfermedades que incrementan riesgos en el embarazo .
	2.2.2. Promover acciones efectivas en el embarazo y el postparto para acceder a métodos anticonceptivos acordes a su condición.
Estrategia 2.3. Apoyar la gestión para insumos y equipamiento en unidades médicas que atiendan la salud materna y perinatal.	2.3.1. Promover la adquisición de insumos y equipo estratégico para la atención materna y neonatal, priorizando localidades de alta marginación y concentración.
	2.3.2. Apoyar la implementación de unidades de atención de parto centradas en necesidades y preferencias interculturales.
Estrategia 2.4. Fortalecer la vinculación de los procesos de gestión, vigilancia, monitoreo, seguimiento y evaluación para la acción y rendición de cuentas.	2.4.1. Contribuir al fortalecimiento y vinculación de los sistemas de información y vigilancia de la salud materna y perinatal.
	2.4.2. Fortalecer e impulsar los Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal para identificar deficiencias y corregirlas.
	2.4.3. Supervisar el desarrollo del Programa y dar

	seguimiento a las desviaciones y recomendaciones emitidas.
	2.4.4. Dar seguimiento al uso eficiente de los recursos y su vinculación con resultados.

En cuanto a las Estrategias Transversales señaladas en el PND, el Programa en comento, contribuye al cumplimiento de la estrategia transversal Perspectiva de Género específicamente en las líneas de acción del Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres (PROIGUALDAD) 2013-2018:

4.2.8. Reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.

4.6.1. Garantizar que los esquemas de programas alimentarios incorporen a niñas y mujeres embarazadas.

En el mismo PAE se indica que lo anterior se cumplirá mediante acciones aplicadas desde la etapa pregestacional, durante la atención prenatal, del parto y el puerperio, respetando la decisión de cada mujer y hombre como pareja, sobre cómo quiere ser atendido sobre todo en el periodo de expulsión [parto], de acuerdo a las diferentes corrientes culturales, para que se tenga una atención de calidad, calidez y de respecto a sus derechos humanos y sexuales.

Asimismo, se pone énfasis en garantizar esquemas de programas alimentarios dirigidos a niñas y mujeres embarazadas con orientación nutricional, a modo de que se aprovechen los productos de cada región y que sean acordes a la realidad. Al respecto se considera que con esto se estaría abordando y atacando el factor anemia señalado por el CONEVAL como una causa subyacente de la mortalidad materna, y corroborándose también con lo establecido en la estrategia 1.2. del primer objetivo del Programa que prevé promover la nutrición efectiva en forma temprana y específica, en las etapas pregestacional, prenatal y neonatal.

Por otro lado, al estar el programa abocado a grupos de marginación y alto riesgo, se estaría también buscando combatir la mortalidad materna –de acuerdo con lo señalado por los organismos internacionales (OMS, OPS) y nacionales (CONEVAL), cuyas observaciones son que: los mayores índices de mortalidad materna se presentan en los sectores de mayor marginación, y que la mortalidad materna también es consecuencia de la falta de acceso equitativo y oportuno a servicios de calidad, la cual es calificada como una causa de fondo de la mortalidad materna y que se aborda por el primer objetivo del PAE, mismo que contempla:

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

Y cuya primera estrategia considera:

Estrategia 1.1. Incrementar el acceso en las etapas pregestacional, prenatal, parto, puerperio y neonatal a servicios con alta calidad.

En cuanto a las metas planteadas con relación al objetivo 2 del PAE, relativa a la contribución para reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo, se plantea lograr las siguientes, partiendo como base del año 2012, en cual se reportó una razón de mortalidad materna de 42.3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos:

Metas intermedias	2013	2014	2015	2016	2017	2018 Meta sexenal
	41.2	39.5	37.2	35.0	32.7	30.0

Bajo estas proyecciones se puede señalar que para el caso del cumplimiento de las metas, éstas podrían incluso ser superadas en virtud de que para el 2013 fue fijada una meta de 41.2 y el registro que se tiene para ese año fue de 38.2, sin embargo, en comparación con lo establecido por los ODM, se observa que México se encuentra lejos de alcanzar éste, el cual fue fijado para una razón de mortalidad materna para el 2015 de 22.5 muertes por cada 100 mil nacidos vivos y como meta del PAE se tiene contemplado alcanzar una razón de mortalidad materna de 37.2.

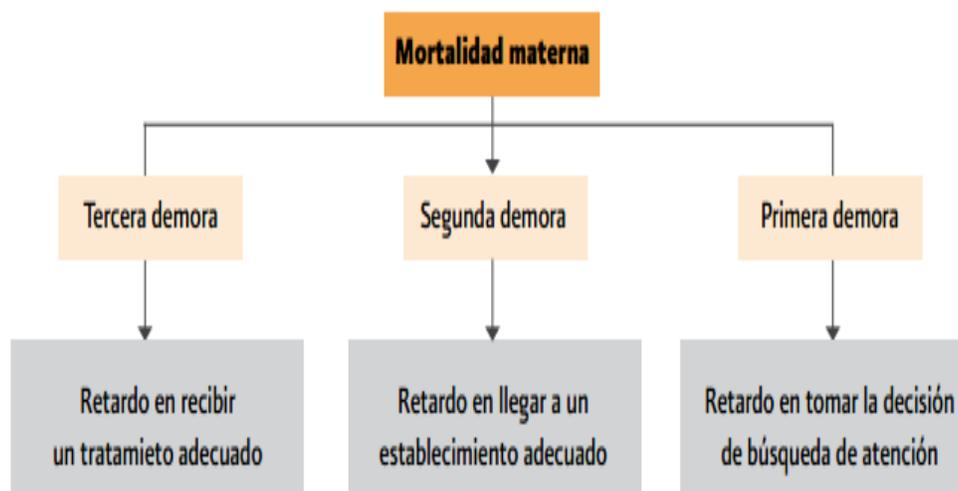
6.5 Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México

En el 2009 fue implementada la **Estrategia para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México**,⁶² la cual fue elaborada tomando como base el modelo de atención basado en las tres demoras, también conocido como el “**camino para la supervivencia a la muerte materna**”.⁶³

En este modelo –se explica en la propia estrategia–, las acciones deben estar encaminadas inicialmente al abatimiento de la tercera demora, posteriormente de la segunda, y finalmente de la primera. Si no es posible otorgar una adecuada atención, oportuna y de calidad, no es procedente establecer mecanismos de educación y movilización de la comunidad para que acuda a unidades médicas incapaces de manejar con éxito la emergencia obstétrica, pues esto desalentaría en el corto plazo la búsqueda de atención.

⁶² Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Gobierno Federal, *Estrategia para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*, México, 2009, Dirección en Internet: http://www.maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/Estrategia_para_reducir_la_mortalidad_materna.pdf. Fecha de consulta 22 de julio de 2015.

⁶³ Secretaría de Salud, *El Convenio General de Colaboración para la Atención de la Emergencia Obstétrica, Un Camino hacia la Universalización de los Servicios de Salud*, Op. Cit.



Fuente: Estrategia para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México.

El **tercer retardo** se explica señalándose que está relacionado con la incapacidad de resolver oportuna y adecuadamente la atención de la emergencia obstétrica. Esto tiene que ver con la calidad en la organización o la dimensión administrativa y con la calidad técnica/científica de la prestación del servicio.

La muerte materna es evitable y es mundialmente aceptada como indicador de la calidad de la atención a la salud, pues el conocimiento y la tecnología médica disponibles hacen factible que el 99% de ellas sean prevenidas.

Así, el deceso prematuro de las mujeres está muy ligado a la calidad de la atención de un país y relacionado también estrechamente con inequidades étnicas, de género o de clase.

El **segundo componente**, pretende disminuir el segundo retardo, es decir, que al momento de presentarse una complicación durante el embarazo, parto o posparto se tenga la posibilidad de arribar oportunamente a los servicios de salud, eliminando barreras de acceso y la incertidumbre sobre los mecanismos para demandar oportunamente la atención en los establecimientos pertinentes.

Lo anterior de acuerdo con esta estrategia se lograría a través del reto de afiliar al mayor número de mujeres embarazadas y una forma de optimizar los recursos ya existentes en las instituciones públicas sería la universalidad de la atención de la emergencia obstétrica bajo el único requisito de ser ciudadana mexicana, tal y como se gestó la vacunación universal, lo que concuerda con el Convenio que se verá en el siguiente apartado.

El tercer componente (primera demora) implica la reducción de las inequidades de género y étnica a fin de asegurar una decisión temprana en la búsqueda de atención por las mujeres y sus familias, o para la prevención de los embarazos no deseados. Al respecto en la estrategia se establece que éste tercer componente implica: crear una nueva cultura de la salud; participación significativa y rendición de cuentas.

Sobre este particular se señala que:

La calidad de los servicios mejorará también en la medida en que la población posea la información que le permita acudir a los servicios de manera oportuna y demande la rendición de cuentas.

De acuerdo con el CONEVAL, las largas trayectorias que llevan a cabo las mujeres para la atención de emergencia obstétrica elevan las probabilidades de morir. Lo cual se corrobora con lo establecido en la Estrategia cuyo objetivo es, como se ha visto, resolver oportuna y adecuadamente las emergencias obstétricas partiendo de que desde su primera búsqueda de atención la mujer embarazada reciba el servicio correspondiente, evitando las brechas que puedan influir en una muerte, de modo tal que se le pueda canalizar al segundo o tercer nivel de ser necesario.

Sobre el particular el CONEVAL también señala que las demoras documentadas por el sector salud y los organismos no gubernamentales son:

- Rechazo de las mujeres;
- Postergación de su ingreso a la unidad;
- Tardanza entre la indicación médica y el tratamiento;
- Incumplimiento de las normas para la atención de la urgencia obstétrica;
- Desconocimiento de los signos de alarma y su oportuna atención, el retraso entre la urgencia y la cirugía;
- Retraso en el traslado del área de urgencias a la de terapia intensiva, y ausencia de puestos de sangrado y, por tanto, dilación entre el requerimiento y la ministración.⁶⁴

De una manera más explícita en el *Informe de Avances 2013 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México*, se explica el modelo de las tres demoras señalando que:

- **La primera demora** se refiere al retraso en la decisión de buscar atención por parte de la embarazada; para evitarlo, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (cnegysr) difunde información preventiva con el fin de que las mujeres determinen o identifiquen signos de alarma y busquen atención médica de urgencia.
- **La segunda demora** se debe al retraso en la llegada al lugar de la atención, por la dificultad en el acceso a los servicios o por el tiempo de traslado; y
- **La tercera**, es el retraso en la obtención de atención una vez que la mujer ha llegado al servicio médico.⁶⁵

⁶⁴ CONEVAL, *Evaluación Estratégica sobre mortalidad materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud*, Op. Cit.

⁶⁵ Presidencia de la República, *Informe de Avances 2013 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México*, Op. Cit.

6.6 Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica (CGCIAEO)⁶⁶

El 28 de mayo de 2009, el IMSS, ISSSTE y la Secretaría de Salud suscribieron el CGCIAEO, el cual 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, al brindar atención oportuna, en cualquier unidad médica del Sector Salud con capacidad resolutive, a toda mujer en edad gestacional que:

- Presente una emergencia obstétrica sin que lo impidan las condiciones de derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento, y
- Sin que ello signifique o esté condicionado por un desembolso monetario de parte de la paciente.

Es importante señalar que a través del CGCIAEO se determina que en caso de no contar con la capacidad resolutive, esa unidad médica es responsable de trasladarla con sus propios medios a otra unidad con capacidad resolutive para que sea atendida la paciente con emergencia obstétrica, también sin costo.

Los principales **compromisos** que se establecieron en el CGCIAEO son:

- a) Prestar atención expedita a las mujeres en edad gestacional que presenten una emergencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en las unidades médicas con capacidad para la atención de emergencias obstétricas, sin tomar en consideración su derechohabiencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento.
- b) Atender al recién nacido en la unidad médica receptora.
- c) Establecer mecanismos ágiles de ingreso, referencia y contrarreferencia.
- d) Impulsar modificaciones al marco jurídico para dar cumplimiento al CGCIAEO.
- e) Adecuar los procedimientos internos para informar al personal médico y administrativo sobre el cumplimiento del CGCIAEO.
- f) Establecer el procedimiento interno para el ingreso y atención de las pacientes en las unidades médicas resolutive de emergencias obstétricas.
- g) Conformar una comisión para coordinar las acciones para la operación del CGCIAEO.
- h) Llevar un control de las pacientes ingresadas, los servicios otorgados y en su caso, los traslados.

A través del CGCIAEO, se estableció a modo de que pueda dar cumplimiento a sus compromisos, lo que deberá entenderse por **emergencia obstétrica**:

“La atención del embarazo, parto y puerperio se entiende como el estado nosológico que pone en peligro la vida de la mujer durante la etapa grávida puerperal y/o al producto de la concepción que requiere de atención médica y/o quirúrgica inmediata por personal médico calificado, adscrito a hospitales con capacidad resolutive suficiente para realizar este tipo de intervenciones.”

⁶⁶ Secretaría de Salud, *El Convenio General de Colaboración para la Atención de la Emergencia Obstétrica, Un Camino hacia la Universalización de los Servicios de Salud*, Op. Cit.

Esta definición dio pauta a establecer los parámetros bajo los cuales se atenderán las emergencias obstétricas, bajo las denominadas entidades nosológicas para la emergencia obstétrica:

- En cualquier momento del embarazo o puerperio;
- Primera mitad del embarazo;
- Segunda mitad del embarazo con o sin parto;
- Complicaciones posteriores al evento obstétrico y quirúrgico, y
- Otra patología médica u obstétrica, aguda o crónica que comprometa la vida de la madre o del producto de la concepción y que requiere recibir atención de emergencia (inmediata).

Por lo tanto, el CGCIAEO plasma la **voluntad institucional** de colaborar en la atención de la población, y específicamente se focaliza a apoyar en la reducción de la muerte materna poniendo a disposición de toda mujer en emergencia obstétrica la infraestructura, recursos humanos, insumos y estudios médicos, toda vez que la muerte materna es –como la propia Secretaría de Salud señala:

Reflejo de las **dificultades que enfrentan las mujeres mexicanas para contar con servicios de salud oportunos y de calidad las 24 horas del día, los 365 días del año**. Mismas que son resultado de múltiples factores como:

- La falta de información;
- La ubicación geográfica;
- Las condiciones de afiliación;
- La disponibilidad de recursos;
- Los costos familiares para desplazarse en búsqueda de atención médica, y
- Otras diversas circunstancias y obstáculos.

6.7 Visión 2030⁶⁷

Visión 2030 es un proyecto de país de largo alcance, expedido durante el gobierno del entonces Presidente de la República Felipe de Jesús Calderón Hinojosa, el cual tiene como propósito identificar objetivos compartidos para el futuro del país y ofrecer una metodología para evaluar los avances en el logro de esos objetivos.

Este proyecto fue estructurado bajo cinco ejes rectores:

- 1) Estado de Derecho y Seguridad
- 2) Economía Competitiva y Generadora de Empleos
- 3) Igualdad de Oportunidades
- 4) Sustentabilidad Ambiental

⁶⁷ Presidencia de la República, *Visión 2030*, Dirección en Internet: <http://archivo.cepal.org/pdfs/GuiaProspectiva/VisionMexico2030.pdf>. Fecha de consulta 30 de junio de 2015.

5) Democracia Efectiva y Política Exterior Responsable

Dentro del tercer eje rector denominado Igualdad de Oportunidades se contempla como prioridad en materia de salud la reducción de la mortalidad materna, tomando como dato referente que a la expedición del documento se presentaban 60 muertes de mujeres por cada 100 mil nacimientos vivos y teniendo como objetivo o meta tras mejorar las condiciones de salud, que para 2030 no haya más de 10 defunciones de mujeres por cada 100 mil nacimientos vivos (Meta 19).

7 ESTADÍSTICAS SOBRE CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA

Los datos y cifras que dan origen a las estadísticas en materia de mortalidad materna provienen de los diversos organismos encargados de generar dicha información, la cual ha sido retomada y procesada a su vez por los diversos organismos e instituciones involucrados en el tema.

En México las muertes maternas por complicaciones del embarazo, parto o puerperio pasaron de 2 mil 156 en 1990 a 971 en 2011, lo cual implica que se redujo en un 51.1%, al pasar de 88.7 a 43.0 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. Lo que representa un avance de 68.8% con respecto a la meta comprometida en los ODM.⁶⁸

Ahora bien, de acuerdo con los indicadores establecidos por los ODM, retomados por el Plan Nacional de Desarrollo y los Programas en materia de Salud que buscan darle cumplimiento, se observa que, la meta establecida para reducir la muerte materna al 2015 es de 22.5 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, y según datos de la propia Secretaría de Salud la razón de mortalidad materna (defunciones por cada 100 mil nacidos vivos) a 2013 es de 38.2 muertes.

Por lo que del propio monitoreo de los indicadores seguido por México aún y cuando no están todavía disponibles los datos para el año 2014, se contempla que el progreso de la meta es *insuficiente*, lo que implicaría que para octubre de 2015 que es cuando se actualizarían los datos de los indicadores sea altamente probable que la meta no sea cumplida.⁶⁹

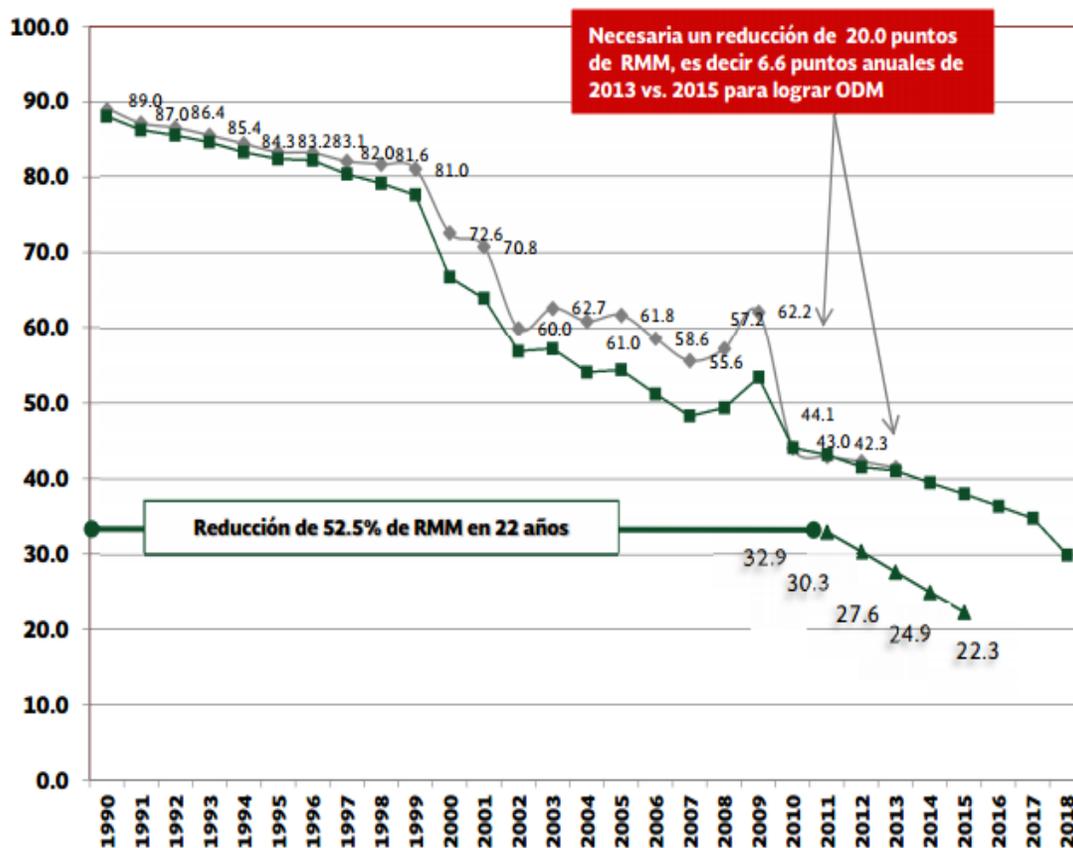
Lo anterior se corrobora con la proyección presentada en el PROSESA 2013-2018, respecto a la razón de muerte materna en México para el periodo 1990-2018 relacionada con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En la misma gráfica se determina que sería necesaria una reducción de 20.0 puntos de razón de mortalidad materna, es decir, 6.6 puntos anuales de 2013 contra 2015 para lograr el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, toda vez que al 2012, la razón de mortalidad materna registrada es de 42.3 y la meta determinada en los Objetivos del Milenio para el 2015 fue de 22.3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos.

⁶⁸ Presidencia de la República, *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México Informe de Avances 2013*, Op. Cit.

⁶⁹ Objetivos del Desarrollo del Milenio, *¿Cómo va México?*, Dirección en Internet: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-win/odmsql.exe/CDR,E>. fecha de consulta 19 de junio de 2014

Gráfica: Razón de Muerte Materna en México, 1990-2018⁷⁰



Fuente: 1990 a 2012, INEGI-SSA/DGIS, SSA/ PROYECCIÓN OFIC 2013-2018.
 La RMM corregida se calculó por 100,000 nacidos vivos del SINAC (2010-2012).

En el siguiente cuadro se puede observar la evolución de la mortalidad materna en México a partir de 1990 y hasta el 2013.

⁷⁰ Tomada del Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018, Op. Cit.

7.1 Defunciones de mujeres por cada 100 mil nacidos vivos (1990-2013)⁷¹

Razón de mortalidad materna (defunciones de mujeres por cada 100 mil nacidos vivos. Objetivo 5, Meta 5.A.)																								
Entidad Federativa	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Estados Unidos Mexicanos	88.7	86.3	85.4	84.0	82.4	80.5	79.7	77.6	78.2	80.0	74.1	68.9	56.1	56.5	53.5	54.0	50.9	48.1	49.2	53.3	44.1	43.0	42.3	38.2
Aguascalientes	23.0	45.4	45.0	18.6	44.4	51.6	36.7	44.1	33.1	77.2	66.2	55.1	22.0	43.9	18.3	25.8	44.8	15.0	33.7	48.8	37.8	18.5	47.7	25.7
Baja California	53.0	59.9	25.0	32.4	23.6	25.0	30.4	32.1	49.0	43.4	56.5	43.2	31.8	40.7	60.3	50.6	41.3	39.3	42.4	52.7	42.6	37.1	31.0	42.3
Baja California Sur	33.9	0.0	32.9	54.4	0.0	31.9	10.5	73.1	72.5	41.1	20.4	20.3	60.1	89.1	39.1	28.9	37.9	74.6	45.8	44.9	35.2	31.7	23.3	32.1
Campeche	62.5	55.2	97.2	102.8	115.1	139.9	98.1	74.3	62.6	57.0	57.3	25.6	70.3	57.5	44.6	69.8	63.2	18.8	43.7	49.6	49.4	63.1	42.8	65.4
Coahuila de Zaragoza	12.4	26.4	20.9	45.2	43.3	39.9	48.6	31.3	71.6	40.3	42.3	47.8	40.9	37.6	27.0	43.3	25.4	23.7	34.8	27.6	44.3	39.5	34.4	27.0
Colima	45.8	114.5	38.3	100.2	31.0	39.1	71.3	80.3	32.5	32.6	57.2	8.1	16.2	24.0	31.6	7.8	46.5	15.4	30.5	22.9	0.0	39.3	23.6	22.5
Chiapas	121.4	142.0	139.2	124.4	110.1	104.8	82.2	93.9	89.9	98.1	71.9	92.6	77.0	87.5	79.9	68.9	69.5	66.7	79.2	61.5	60.2	51.8	60.6	54.8
Chihuahua	103.2	48.6	70.7	71.6	59.9	53.4	92.3	98.1	51.0	77.9	70.8	80.6	73.8	48.2	49.2	81.7	61.3	65.5	54.1	78.6	57.0	67.7	46.7	59.8
Distrito Federal	104.8	109.8	102.9	106.6	102.6	83.2	96.4	88.2	102.6	104.2	81.0	70.5	49.9	64.9	57.7	53.7	53.2	61.8	48.6	51.4	55.2	40.8	40.1	41.9
Durango	74.0	27.1	29.6	37.1	56.9	47.1	40.0	55.5	46.0	54.4	47.4	48.1	37.9	52.1	66.7	39.4	74.1	40.3	66.6	37.9	44.2	35.9	52.5	41.2
Guanajuato	91.9	67.2	89.0	59.1	63.0	65.7	58.2	53.5	61.8	65.7	62.0	43.8	46.6	50.3	43.4	34.9	36.2	33.9	33.3	51.4	36.2	35.0	34.8	34.9
Guerrero	94.2	81.7	85.5	99.5	140.3	93.6	144.3	100.9	132.3	117.4	113.1	115.2	88.5	99.4	82.1	103.1	103.9	80.4	78.9	87.5	69.4	90.1	75.9	59.4
Hidalgo	116.7	96.0	125.2	88.7	89.4	95.2	71.6	67.5	59.6	87.3	55.0	51.9	53.8	55.7	59.4	65.0	46.1	53.5	50.0	53.5	52.1	28.9	37.8	37.5
Jalisco	54.8	40.1	50.0	50.3	37.5	44.7	40.0	65.4	47.2	52.1	56.4	46.1	33.1	37.1	43.8	34.7	51.5	30.7	34.7	54.1	32.3	23.4	23.4	22.4
México	112.7	120.5	95.8	96.0	110.1	100.4	106.3	100.9	111.1	107.5	95.6	100.4	63.1	68.9	64.9	64.6	48.8	47.1	50.5	54.5	38.9	42.9	42.7	36.1
Michoacán de Ocampo	49.1	54.6	87.8	74.3	59.8	83.7	59.2	74.8	82.2	74.7	61.9	61.7	40.6	49.4	41.3	49.1	57.1	42.2	47.7	44.6	53.9	57.9	41.7	36.7
Morelos	91.4	47.9	93.0	93.5	91.4	100.6	132.8	87.4	106.0	66.6	67.4	82.8	74.1	83.0	41.4	68.0	50.3	44.4	44.1	67.2	29.3	40.0	39.0	44.5
Nayarit	58.1	40.2	53.7	36.0	45.3	114.5	18.6	94.3	81.2	77.3	73.3	64.0	79.0	74.1	49.3	88.7	34.2	24.1	42.9	56.7	37.8	45.9	45.5	36.1
Nuevo León	40.1	32.4	24.8	28.4	24.5	23.1	25.5	41.1	44.5	46.6	53.6	26.1	26.0	11.8	14.1	23.5	28.2	20.0	27.0	29.4	16.5	29.3	26.6	14.8
Oaxaca	175.2	204.7	139.1	151.5	150.0	132.8	148.5	129.5	92.4	91.6	107.1	86.8	89.2	56.5	73.1	80.9	63.3	82.9	79.9	79.1	71.3	61.3	65.3	50.4
Puebla	123.1	120.1	110.0	106.1	107.5	140.2	106.8	70.7	81.0	74.1	75.3	93.4	64.6	65.8	64.7	55.5	47.8	44.3	47.5	60.0	44.8	48.1	50.6	31.8
Querétaro	74.3	63.6	78.6	108.7	103.5	75.7	43.0	66.0	73.9	64.0	97.8	64.8	49.4	44.4	47.1	39.4	52.5	44.7	42.4	31.9	34.7	40.2	19.8	35.0
Quintana Roo	33.8	60.8	92.8	108.2	64.4	74.5	58.1	52.2	77.4	86.5	115.2	88.6	57.9	66.1	50.5	57.9	54.3	56.2	67.7	38.7	49.4	50.0	50.4	46.2
San Luis Potosí	93.5	82.1	127.8	104.3	74.5	79.8	72.5	71.6	56.1	78.4	75.9	93.9	72.6	66.5	56.7	44.8	34.4	54.7	31.1	51.3	40.6	44.7	40.7	31.8
Sinaloa	26.8	49.9	36.4	32.9	24.6	21.3	31.3	46.4	41.7	52.1	57.6	27.3	32.6	19.0	31.4	40.4	35.4	44.4	32.2	32.4	32.6	16.8	41.5	26.7
Sonora	44.0	57.4	80.5	64.5	64.3	48.5	65.8	56.1	40.6	48.2	42.4	53.9	44.2	34.6	34.5	36.4	47.8	38.1	26.6	40.0	23.0	40.4	33.2	40.2
Tabasco	46.0	49.8	27.9	47.8	65.6	37.8	43.9	85.9	76.0	88.3	50.3	18.2	30.5	44.8	42.7	43.1	43.6	48.0	58.7	48.5	29.7	41.4	34.2	27.4
Tamaulipas	34.3	39.2	22.1	32.2	30.4	26.8	43.3	59.6	75.8	80.1	69.6	61.1	36.7	34.8	40.7	47.9	53.3	37.9	50.9	37.6	41.3	15.7	26.0	41.7
Tlaxcala	126.8	90.3	112.8	77.2	80.6	149.2	99.4	133.7	91.7	99.3	64.9	84.2	72.9	61.5	46.2	54.2	54.6	27.4	23.6	43.4	55.3	27.3	59.4	23.2
Veracruz de Ignacio de la Llave	129.1	106.3	118.7	117.3	106.3	102.0	104.3	73.7	83.3	97.5	85.6	66.2	71.9	61.0	66.0	55.0	53.8	68.1	67.9	64.7	54.7	56.3	51.0	46.4
Yucatán	69.4	102.6	84.0	108.7	90.1	91.0	87.1	88.2	68.8	51.4	82.7	59.8	75.7	55.0	44.5	49.7	26.1	51.9	38.7	38.4	30.7	35.6	50.1	50.8
Zacatecas	54.1	85.5	54.9	68.6	66.5	59.1	60.2	91.9	56.8	57.7	70.5	53.6	48.1	66.6	27.3	24.6	43.5	31.2	37.5	53.2	38.1	39.1	32.0	44.2
Extranjera	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND											

Nota: A partir de 2007 se excluyen defunciones con residencia en el extranjero y a partir de 2009 las defunciones extemporáneas.
 ND: No disponible. Fuente: Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

⁷¹ Este Cuadro de acuerdo con el Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio fue elaborado con información de: SS. Dirección General de Información en Salud. Dirección en Internet: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-win/odmsql.exe/SHIODM005000100010,26,E>. Fecha de consulta 26 de junio de 2015

Del cuadro anterior se pueden tener diversas inferencias encontrándose lo siguiente:

En 1990 la razón de mortalidad materna más alta se presentó en Oaxaca con 175.0, seguido de Veracruz con 129.1 y de Tlaxcala con 126.8 y el registro más bajo fue en el Estado de Coahuila con 12.4, seguido de Aguascalientes con 23.0.

En contraste para 2013 el Estado con la razón de mortalidad materna más alta fue Campeche con 65.4, seguido de Chihuahua con 59.8 y Guerrero con 59.4. El registro más bajo lo reporta Nuevo León con 14.8, seguido de Jalisco con 22.4. Estos dos últimos estados reportando una baja considerable, ya que en 1990 presentaban una razón de mortalidad materna de 40.1 y 54.8 respectivamente

Sin embargo, también se puede señalar que la tendencia que se sigue en cuanto a las muertes maternas en algunos Estados no es a la baja, dado que se observan incrementos significativos, tales son los casos por ejemplo de: Coahuila quien presentó una razón de mortalidad materna de 12.4 en 1990 (la más baja de todas las entidades federativas en ese año) y registra una de 27.0 para 2013, o el de Quintana Roo que en 1990 observa una razón de mortalidad materna de 33.8 y para 2013 es de 46.2.

Cabe señalar que en todos los siguientes casos, las causas específicas que se señalan, en todas las estadísticas son las siguientes: hiperventivas, hemorragia, aborto, sepsis, VIH, Respiratorias y otras.

7.2 Por Institución que atiende

De acuerdo al Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2014,⁷² y con la Evaluación estratégica sobre mortalidad materna en México 2010, ambos documentos emitidos por el CONEVAL, en dicha evaluación se destaca que:

- De la muestra analizada, 27.8 por ciento de las fallecidas no contaban con ningún sistema de seguridad social o protección a la salud, 39.2 estaban afiliadas al Seguro Popular y 17, al IMSS (ver cuadro 24).
- Los principales aspectos clínicos que ocasionaron muerte materna fueron: **enfermedad hipertensiva del embarazo (EHE)**, hemorragia obstétrica, aborto, sepsis y dos causas de muertes indirectas: sida e influenza.
- En 2010, las enfermedades obstétricas indirectas presentaron la mayor causa de defunción (26.3 por ciento), seguida de la EHE con 25 por ciento de los casos (CONEVAL, 2012a).

⁷² CONEVAL, *Informe de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2014*, Op. Cit.

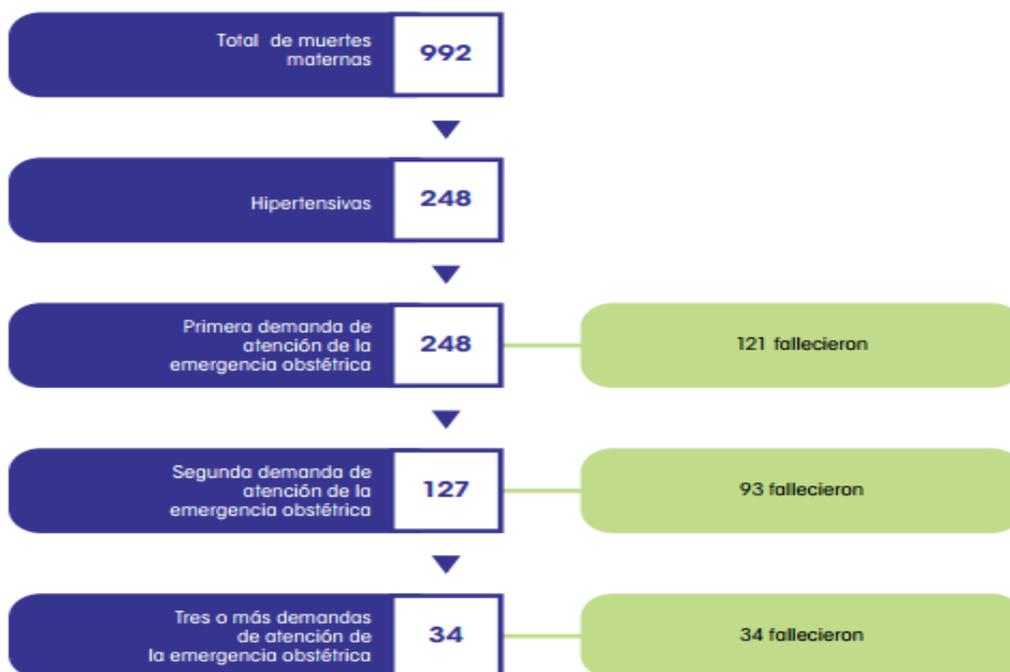
Distribución relativa (en porcentaje) de defunciones maternas según causas específicas e institución o tipo de afiliación, México, 2010

Institución o tipo de afiliación	Causa de la defunción (porcentaje)							Total de causas maternas
	Hipertensivos	Hemorragia	Aborto	Sepsis	VIH	Respiratorias	Otras	
Ninguna	22.6	30.4	43.5	27.8	16.7	25.7	26.7	27.8
IMSS	16.5	11.9	18.5	5.6	8.3	11.4	20.9	17.0
ISSSTE	6.0	4.1	6.5	0	0	5.7	2.5	4.1
Sedena	1.2	0.5	0	0	0	0	0	0.4
SEMAR	0	0	1.1	0	0	2.9	0	0.2
Seguro Popular	41.5	39.7	19.6	38.9	58.3	45.7	41	39.2
Otra	2.4	1.0	2.2	0	8.3	2.9	1.8	1.9
No especificada	9.7	12.4	8.7	27.8	8.3	5.7	7.1	9.3
Total	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración del CIESAS a partir de la base de datos de mortalidad materna definitiva de la Dirección General de Información en Salud, 2010.
 Nota: Los porcentajes en los casos de sepsis y VIH deben ser analizados con cautela, ya que el número de muertes por estas causas es menor de veinte.

Sobre las cifras arrojadas en la evaluación de la política de desarrollo social, el CONEVAL explica que, las pacientes con Enfermedad Hipertensiva del Embarazo (EHE), además de tener el índice más alto de mortalidad, son el ejemplo de las consecuencias de las largas trayectorias que las pacientes con emergencias obstétricas realizan. De las 248 mujeres que murieron de EHE (25 por ciento de la muestra), 121 fallecieron en la primera unidad de salud a la que asistieron; de las 127 que llegaron a la segunda, fallecieron 93; y de las 34 que llegaron a la tercera o siguientes unidades de atención médica, murieron las 34. Esto evidencia que mientras más larga es la trayectoria que emprende la paciente con EHE entre unidades médicas para su atención, más probabilidades tiene de morir. Lo anterior se explica con la siguiente figura:

Trayectoria de las mujeres que fallecieron por EHE, México



Fuente: Elaboración del CONEVAL con base en información de la Evaluación estratégica sobre mortalidad materna en México 2010.

En este informe, el propio CONEVAL señala sobre esta problemática que:

La afiliación a servicios de salud se ha incrementado considerablemente en los últimos años, pero dicho incremento no ha significado un crecimiento de la calidad en el servicio, como lo muestran los datos sobre mortalidad materna y atención en los servicios de salud; por lo tanto, es relevante considerarlo todavía como un reto.

Asimismo emite diversas recomendaciones para cada uno de los sectores que evalúa que deberán tener atención especial por parte del Ejecutivo, Estados y Municipios, y de las cuales en materia de salud y concretamente con relación a la mortalidad materna, apunta que:

- Cumplir la **Meta del Milenio** respecto a la mortalidad materna debería ser una prioridad del Estado. Por ello, debe ampliarse la **cobertura de los servicios de atención obstétrica e impulsar estrategias de identificación temprana y atención oportuna de las emergencias en esta área**, sobre todo en las **zonas interétnicas**, donde se localiza una alta proporción de la mortalidad materna.
- Con referencia al punto anterior, se recomienda implementar y fortalecer estrategias para la **eliminación real de las barreras al acceso a los servicios de salud**, por ejemplo, las **relativas a transporte y comunicación en zonas marginadas**.
- Es necesario **mejorar sustantivamente la calidad de los servicios de salud y educación**, que incluyan un monitoreo adecuado del embarazo para **combatir la anemia y la desnutrición entre las madres**, que también es un problema importante;...⁷³

⁷³ *Idem.*

7.3 Por grupo de edad

Con relación al grupo de edad y las causas específicas de defunción para 2010 se observa que, el mayor número de muertes se ubica en el rubro de otras, presentándose en el grupo de 20 a 24 años de edad y por causa específica la hemorragia es el que presenta el número más alto de casos con 56 defunciones en el grupo de edad de 30 a 34 años y en las enfermedades hipertensivas el grupo más alto también se encuentra en éste.⁷⁴

Grupo de edad	Causa de la defunción							Total de causas maternas
	Hipertensivas	Hemorragia	Aborto	Sepsis	VIH	Respiratorias	Otras	
13 - 14	1	0	0	0	0	0	3	4
15 - 19	31	18	8	3	0	4	61	125
20 - 24	47	32	18	5	2	13	92	209
25 - 29	47	38	31	3	2	6	76	203
30 - 34	54	56	21	6	4	2	68	211
35 - 39	51	38	10	0	4	7	69	179
40 - 44	17	9	4	1	0	2	22	55
45 - 50	0	3	0	0	0	1	2	6
Total	248	194	92	18	12	35	393	992

Fuente: Elaboración del CIESAS a partir de la base de datos de mortalidad materna definitiva de la DGIS, 2010.

Ahora bien, resulta importante destacar que de acuerdo con el *Informe de Avances 2013 sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México*, para 2011 el número de muertes maternas por grupo de edad de las mujeres, en comparación con los datos para 2010, se incrementó, señalando al respecto que:

“ En general, las mujeres jóvenes presentan menor riesgo de morir que las adultas, sin embargo, casi el 15 por ciento de las muertes maternas de 2011 ocurrieron en menores de 20 años; lo que se vincula en parte, a que los embarazos a esa edad se consideran frecuentemente de alto riesgo. Dicho porcentaje, aunado al 23 por ciento de muertes de mujeres mayores de 35 años, ubicadas en el extremo superior de la edad reproductiva, indica que el 38 por ciento de las muertes ocurren en edades en las cuales no se considera recomendable la maternidad y pudieran haberse evitado con el programa de planificación familiar. La distribución por edad muestra un menor riesgo en el grupo de 20 a 24 años con una rmm [razón de mortalidad materna] de 28.4, el de 15 a 19 años con 34.4, el de 25 a 29 con 37.3, y a partir de los 30 años de edad con una rmm creciente.”

⁷⁴ CONEVAL, Anexo 2 de la *Evaluación estratégica sobre mortalidad materna 2010*. Dirección en Internet: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf y http://web.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Estrategicas/ANEXOS_MORTALIDAD_MATERNA.zip. Fecha de consulta 26 de junio de 2015.

7.4 Por estado conyugal⁷⁵

De las 992 muertes maternas registradas al 2010, con relación al estado conyugal de las mujeres, se observa que 428 eran casadas y el número más bajo de muertes maternas bajo este indicador se presentó en divorciadas con dos casos cuya causa específica se ubica en el rubro de otras.

En cuanto a la causa, el número más alto se reporta en el grupo de las casadas bajo las enfermedades hipertensivas con 106 defunciones, con la misma tendencia en el caso de la hemorragia con 92 defunciones. El número más alto de las defunciones se presenta en el grupo de las mujeres cuyo estado conyugal es el de unión libre con 36 defunciones al igual que en el caso del VIH con 7 defunciones.

Estado conyugal	Causa de la defunción							Total de causas maternas
	Hipertensivas	Hemorragia	Aborto	Sepsis	VIH	Respiratorias	Otras	
Soltera	35	22	24	0	1	6	64	152
Unión libre	105	79	36	7	7	10	146	390
Casada	106	92	28	10	4	18	170	428
Divorciada	0	0	0	0	0	0	2	2
Viuda	1	0	1	0	0	1	1	4
No especificado	1	1	3	1	0	0	10	16
Total	248	194	92	18	12	35	393	992

Fuente: Elaboración del CIESAS a partir de la base de datos de mortalidad materna definitiva de la DGIS, 2010.

7.5 Por ocupación⁷⁶

Las muertes maternas presentadas por causa y ocupación de la mujer, observan que la mayor parte de éstas ocurren en mujeres que se encuentran inactivas, pues de las 992 muertes registradas al 2010, 797 (80.3%) correspondieron a este grupo. En cuanto a cada una de las causas de defunción, este grupo también representa el mayor número de defunciones.

⁷⁵ *Idem.*

⁷⁶ *Idem.*

Ocupación	Causa de la defunción							Total de causas maternas
	Hipertensivas	Hemorragia	Aborto	Sepsis	VIH	Respiratorias	Otras	
Inactivas	194	186	65	17	12	28	315	797
Profesionistas	9	3	2	0	0	0	6	20
Técnicas	1	1	2	0	0	0	1	5
Trabajadoras de la educación	10	2	4	0	0	0	2	18
Funcionarias y directivas de los sectores público, privado y social	0	0	0	0	0	1	1	2
Trabajadoras agropecuarias	2	3	0	0	0	0	4	9
Obreras y artesanas en la producción industrial	3	1	1	0	0	0	8	13
Operadoras de maquinaria en la producción industrial	2	0	2	0	0	0	1	5
Ayudantes, auxiliares y peones en la producción industrial	0	0	0	0	0	0	1	1
Jefas y coordinadoras en actividades administrativas	0	1	1	0	0	0	0	2
Trabajadoras de apoyo en actividades administrativas	13	8	6	0	0	3	29	59
Comerciantes y agentes de ventas	5	3	3	1	0	2	7	21
Vendedoras ambulantes	1	0	0	0	0	0	0	1
Trabajadoras en servicios personales	2	0	2	0	0	1	4	9
Trabajadoras en servicios domésticos	1	0	3	0	0	0	3	7
Trabajadoras de las fuerzas armadas, protección y vigilancia	2	1	0	0	0	0	0	3
Ocupaciones insuficientemente especificadas	2	0	0	0	0	0	1	3
No especificada	1	5	1	0	0	0	10	17
Total	248	194	92	18	12	35	393	992

Fuente: Elaboración del CIESAS a partir de la base de datos de mortalidad materna definitiva de la DGIS, 2010.⁷⁷

7.6 Por escolaridad⁷⁸

De acuerdo a la escolaridad el número más alto de defunciones se presenta en el grupo de mujeres con un nivel de escolaridad correspondiente a secundaria completa con 242 defunciones y por causa en este grupo ocurre el número más alto de defunciones por hipertensión con 59, hemorragia con 44 y aborto con 19 defunciones.

⁷⁷ Nota: Los porcentajes en los casos de Sepsis y VIH deben ser analizados con cautela, ya que el número de muertes por estas causas es menor de veinte.

⁷⁸ *Idem.*

Escolaridad	Causa de la defunción							Total de causas maternas
	Hipertensivas	Hemorragia	Aborto	Sepsis	VIH	Respiratorias	Otras	
Ninguna	20	23	9	2	2	2	28	86
Primaria incompleta	28	33	13	3	1	4	60	142
Primaria completa	54	40	18	3	1	7	69	192
Secundaria incompleta	11	10	3	8	5	2	14	53
Secundaria completa	59	44	19	0	0	11	109	242
Bachillerato o preparatoria	39	28	14	0	3	7	61	152
Profesional	28	11	12	0	0	1	30	80
No especificada	11	5	4	2	0	1	22	45
Total	248	194	92	18	12	35	393	992

Fuente: Elaboración del CIESAS a partir de la base de datos de mortalidad materna definitiva de la DGIS, 2010.

7.7 Por condición de hablante de lengua indígena⁷⁹

El número de defunciones maternas registradas por condición de hablante de lengua indígena reporta que del total de 992, 140 corresponden a ésta condición, y por causa bajo este indicador, la hemorragia se ubica como la principal causa de defunción con 47 casos, seguida por la hipertensión con 44. Por causas indirectas como el VIH no se reportan casos.

Habla de lengua indígena	Causa de la defunción							Total de causas maternas
	Hipertensivas	Hemorragia	Aborto	Sepsis	VIH	Respiratorias	Otras	
Sí	44	47	6	4	0	1	38	140
No	151	93	55	9	8	22	244	582
No especificado	53	54	31	5	4	12	111	270
Total	248	194	92	18	12	35	393	992

Fuente: Elaboración del CIESAS a partir de la base de datos de mortalidad materna definitiva de la DGIS, 2010.

7.8 Por sitio de ocurrencia de la defunción, 2010⁸⁰

Del total de defunciones maternas ocurridas las cifras arrojan que el mayor número de muertes ocurre en las unidades médicas adscritas a la Secretaría de Salud donde de las 992 muertes registradas 423 corresponden a ésta y donde las causas hipertensivas tienen la mayor incidencia, seguida del IMSS con 157 y el Hogar con 107 defunciones donde sus causas mayores son las hipertensivas para el IMSS y las hemorragias para el hogar.

⁷⁹ *Idem.*

⁸⁰ *Idem.*

Asimismo, destacan las unidades médicas de PEMEX donde se reporta sólo un caso por hemorragia, seguidas por SEMAR con 3 casos por aborto (1), respiratorias (1) y otras (1), y las unidades médicas de la SEDENA con 4 defunciones: 3 por causas hipertensivas y 1 por hemorragia.

Sitio de ocurrencia	Causa de la defunción							Total de causas maternas
	Hipertensivas	Hemorragia	Aborto	Sepsis	VIH	Respiratorias	Otras	
Unidad médica								
Secretaría de Salud	120	54	35	11	9	18	176	423
IMSS-Oportunidades	9	12	5	0	0	0	14	40
IMSS	45	23	13	3	1	5	67	157
ISSSTE	10	6	5	0	0	2	8	31
Pemex	0	1	0	0	0	0	0	1
Sedena	3	1	0	0	0	0	0	4
Semar	0	0	1	0	0	1	1	3
Otra	15	12	10	1	0	4	24	66
Vía pública								
Privada	15	24	9	0	0	3	34	85
Vía pública	3	12	5	0	0	0	8	26
Lugar de ocurrencia								
Hogar	18	40	3	2	1	1	42	107
Otro lugar	4	5	2	0	0	1	11	23
Se ignora	6	4	4	1	1	0	10	26
Total	248	194	92	18	12	35	393	992

Fuente: Elaboración del CIESAS a partir de la base de datos de mortalidad materna definitiva de la DGIS, 2010.

7.9 Por institución o tipo de afiliación, 2010⁸¹

Según la institución o el tipo de afiliación, el mayor número de muertes maternas se reporta para el Seguro Popular, lo que representa el 39.2% (389) del total de las defunciones reportadas para 2010 que se vienen mencionando.

⁸¹ *Idem.*

Institución o tipo de afiliación	Causa de la defunción							Total de causas maternas
	Hipertensivas	Hemorragia	Aborto	Sepsis	VIH	Respiratorias	Otras	
Ninguna	56	59	40	5	2	9	105	278
IMSS	41	23	17	1	1	4	82	169
ISSSTE	15	8	6	0	0	2	10	41
Sedena	3	1	0	0	0	0	0	4
Semar	0	0	1	0	0	1	0	2
Seguro Popular	103	77	18	7	7	16	161	389
Otra	6	2	2	0	1	1	7	19
No especificada	24	24	8	5	1	2	28	92
Total	248	194	92	18	12	35	393	992

Fuente: Elaboración del CIESAS a partir de la base de datos de mortalidad materna definitiva de la DGIS, 2010.

7.10 Asistencia médica antes de morir, 2010⁸²

Es de destacar que del total de defunciones ocurridas en 2010 (992), 904 sí recibieron atención médica antes de morir, lo que podría llevar a inferir que la atención médica recibida no ha sido la adecuada.

Asistencia médica	Causa de la defunción							Total de causas maternas
	Hipertensivas	Hemorragia	Aborto	Sepsis	VIH	Respiratorias	Otras	
Sí	235	155	83	17	12	35	367	904
No	8	38	7	1	0	0	15	67
No especificada	5	3	2	0	0	0	11	21
Total	248	194	92	18	12	35	393	992

Fuente: Elaboración del CIESAS a partir de la base de datos de mortalidad materna definitiva de la DGIS, 2010.

7.11 Por número de embarazos, 2010⁸³

Otro dato importante a destacar es que la mayor incidencia de muerte materna ocurre en las mujeres que presentan su primer embarazo con 314 casos y, destacando como primera causa de defunción las hipertensivas con 89 defunciones, seguidas de la hemorragia 43 y el aborto con 29.

⁸² *Idem.*

⁸³ *Idem.*

Número de embarazos	Causa de la defunción							Total de causas maternas
	Hipertensivas	Hemorragia	Aborto	Sepsis	VIH	Respiratorias	Otras	
1	89	43	29	4	2	10	137	314
2	45	31	23	6	0	10	77	192
3	45	33	12	4	5	6	64	169
4	22	32	9	1	1	5	43	113
5	14	17	10	1	3	1	28	74
6	12	11	1	0	0	1	14	39
7	8	6	3	0	0	0	5	22
8	5	6	1	0	0	0	3	15
9	2	4	1	0	1	1	4	13
10	0	3	0	1	0	0	3	7
11	1	3	0	0	0	0	2	6
12	0	1	0	0	0	0	0	1
13	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0	1	1
15	0	1	0	0	0	0	0	1
16	0	0	0	0	0	0	1	1
No especificado	5	3	3	1	0	1	11	24
Total	248	194	92	18	12	35	393	992

Fuente: Elaboración del CIESAS a partir de la base de datos de mortalidad materna definitiva de la DGIS, 2010.

7.12 Por número de cesáreas, 2010⁸⁴

Número de cesáreas	Causa de la defunción							Total de causas maternas
	Hipertensivas	Hemorragia	Aborto	Sepsis	VIH	Respiratorias	Otras	
Ninguna	190	142	72	14	7	27	308	758
1	44	27	14	0	4	7	53	149
2	14	14	6	3	1	1	27	66
3	0	9	0	0	0	0	4	13
4	0	1	0	0	0	0	0	1
5	0	0	0	0	0	0	1	1
No especificado	0	1	0	1	0	0	2	4
Total	248	194	92	18	12	35	393	992

Fuente: Elaboración del CIESAS a partir de la base de datos de mortalidad materna definitiva de la DGIS, 2010.

Con relación a la muerte materna en función del número de cesáreas se observa que ésta tiene mayor incidencia cuando no se ha realizado ninguna.

⁸⁴ *Idem.*

Algunos otros datos que arroja el CONEVAL con relación a la mortalidad materna son:⁸⁵

- De acuerdo a la causa específica y mes de inicio de atención prenatal, la mayor incidencia ocurre durante **el primer al tercer mes** en que se inició dicha atención y presentándose también bajo este parámetro el mayor número de muertes por causas.
- Según el número de consultas prenatales, el mayor número de muertes se presenta cuando han transcurrido más de cinco consultas.
- De acuerdo a la persona que brindó la atención obstétrica, el mayor número de defunciones ocurre bajo la atención de un médico pues del total de las 992 muertes registradas al 2010, 708 fueron atendidas por éste, y la ocurrencia menor se da bajo la atención de “otro” con un caso.
- Por lugar de atención del parto, la **Secretaría de Salud, el IMSS y las unidades médicas privadas son las que presentan el mayor número de muertes maternas con 441, 144 y 107 respectivamente** y para la SEMAR es donde se reportan sólo dos casos.

⁸⁵ *Idem.*

8. COMITÉ PROMOTOR POR UNA MATERNIDAD SEGURA EN MÉXICO

En la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México, líneas arriba comentada, se establece que bajo el contexto internacional se ha logrado el consenso sobre el qué hacer para disminuir la mortalidad materna, identificando tres acciones prioritarias a seguir:

- Planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva;
- Atención calificada durante e inmediatamente después del embarazo, y
- Atención obstétrica de emergencia cuando existan complicaciones que pongan en riesgo la vida.

Estas acciones las señala la Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) como los tres pilares básicos que contribuirán a la reducción de la muerte materna en México.⁸⁶

Con el objeto de lograr la reducción de la razón de mortalidad materna en México, desprendidos de los diversos instrumentos internacionales, del propio marco jurídico, de los planes y programas para el sector salud, se han establecido diversos organismos e instituciones tanto gubernamentales como no gubernamentales creadas exprofeso para tal fin, destacando entre ellos los dos siguientes:

Organismo o Institución	Misión, Visión, Objetivo(s) o Finalidad
Comité Promotor por una Maternidad Segura en México (Comité Nacional) ⁸⁷	<p>Visión “Ser referente estratégico en el diseño de atención a la salud materna, considerando los determinantes sociales y la diversidad sociocultural de las mujeres en México, promoviendo innovaciones y estrategias en salud materna basadas en evidencia científica y desde la perspectiva de derechos e incidiendo de manera eficaz en políticas públicas a niveles municipal, estatal y nacional.”</p> <p>Misión “Promover la maternidad informada, libremente decidida, sin violencia, gozosa y el acceso universal a atención de salud respetuosa y de calidad, para y con mujeres en situación de vulnerabilidad, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.”</p>
Observatorio Ciudadano de mortalidad	<p>Este observatorio hace alusión a la denominación bajo la cual un número de organizaciones se agrupan con el objetivo de contribuir a impulsar acciones que contribuyan a la reducción esperada de la muerte materna en México al 2015. Es una instancia independiente, conformada por personas, organizaciones civiles, agencias y fundaciones de cooperación técnica y financiera, de instituciones académicas y de gobierno:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo de Trabajo sobre Mortalidad Materna del Sistema de Naciones Unidas, vinculado al Grupo Interagencial de Género -CEPAL, OACNUDH, OPS/OMS,

⁸⁶ UNFPA, México, *Prevención de la mortalidad materna*, Dirección en Internet: http://www.unfpa.org.mx/ssr_mortalidad_materna.php. fecha de consulta 29 de junio de 2015.

⁸⁷ Sitio Web del Comité Promotor por una maternidad segura en México. Dirección en Internet: <http://www.maternidadsegura.org.mx/>. Fecha de consulta 29 de junio de 2015.

materna en México: ⁸⁸	<p>PNUD, UNFPA, UNICEF, y UNIFEM-, el Centro Nacional de Equidad de Género en Salud Reproductiva, INMUJERES, IMSS, ISSSTE;</p> <ul style="list-style-type: none">• Instituciones académicas: Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social;• Organizaciones de la sociedad civil: Fundar, CIDHAL, SIPAM, CIMAC, entre otras; y• Organizaciones internacionales: Population Council, MacArthur, etc. <p>Se concibe como un espacio para la conjunción de esfuerzos institucionales y de la ciudadanía para monitorear, desde la sociedad civil, los avances del compromiso relacionado con los Objetivos de Desarrollo del Milenio para mejorar la salud materna. Su marco de referencia está dado desde la perspectiva de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, derechos del niño y de la niña y el ejercicio de los mismos.</p> <p>Esta figura surge como una entidad que, sin ser la responsable directa de la política pública para evitar la muerte materna, vigilará o evaluará la acción gubernamental.</p> <p>Elemento distintivo: su independencia técnica e imparcialidad con respecto a las entidades de gobierno relacionadas con el tema.</p> <p>Actividad principal: será la incidencia en la mejora de la prestación de los servicios a través de una documentación rigurosa de su funcionamiento mediante diagnósticos, informes y reportes, seguimiento de indicadores y la difusión de los resultados obtenidos a actores significativos y a la ciudadanía en general.</p> <p>En resumen, este observatorio se refiere a un conjunto de personas e instituciones que se agrupan en un espacio autónomo con el fin de monitorear, evaluar e incidir en las políticas y la rendición de cuentas de los procesos y las acciones gubernamentales relacionadas con la reducción de la mortalidad materna en el país.</p>
---	---

8.1 Antecedentes de los Comités de Prevención para la Muerte Materna

Ya desde 1971, la Federación Mexicana de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia, presentó al Consejo de Salubridad General la propuesta para la fundación del **Comité Nacional y de los Comités Locales de Estudios de Mortalidad Materna**, cuyo objetivo sería el de conocer las cifras y causas de muerte materna en México, evitar el subregistro, mejorar la confiabilidad de los datos y realizar acciones congruentes y coherentes tendientes a disminuir la mortalidad materna.⁸⁹

El primer Comité de Mortalidad Materna en México fue fundado en el Hospital de Gineco Obstetricia Número 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social el 1º de junio de 1971.⁹⁰

⁸⁸ Observatorio Ciudadano de mortalidad materna en México. Dirección en Internet: <http://www.omm.org.mx/index.php/indicadores1.html>. Fecha de consulta: 16 de junio de 2015.

⁸⁹ Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *Comités de Prevención, Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal, Manual*, Primera edición julio de 2012, México, Dirección en Internet <http://www.omm.org.mx/images/stories/documentos/Comit%C3%A9s%20de%20Mortalidad.pdf>. Fecha de consulta 16 de julio de 2015.

⁹⁰ *Idem*.

El 7 de febrero de 1984, en el Diario Oficial de la Federación, se publicó la Ley General de Salud, que en el Artículo 62 enuncia hasta la fecha que:

“En los Servicios de Salud, se promoverá la organización institucional de **Comités de Prevención de la Mortalidad Materna e Infantil**, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes”

Y es en **1989** cuando se inicia el estudio de la mortalidad materna y perinatal a través de la instalación de Comités de Estudios en Mortalidad Materna en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Por su parte, **el Programa Nacional de Salud 1990-1994** incluyó en sus tres líneas estratégicas la instalación de Comités de Mortalidad Materna e Infantil en los hospitales de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Estos Comités tienen la misión de estudiar todas las defunciones maternas que ocurren en el país y actualmente existen en casi todos los hospitales que realizan atención obstétrica, fueron establecidos de manera generalizada y operan en forma sistemática desde entonces.⁹¹

El 2 de agosto de **1995** se publicó en el Diario Oficial de la Federación el **Acuerdo Número 127** por el que se crea el **Comité Nacional para el Estudio de Mortalidad Materna y Perinatal** con el objeto de contribuir a mejorar los registros y estimaciones de los indicadores sobre mortalidad, que permitan establecer estrategias para la reducción de dichas tasas. En este acuerdo se estableció quiénes lo integrarían y como estaría integrada orgánicamente su estructura para el mejor desempeño de sus funciones.

Este Comité tendrá las siguientes atribuciones:

- I.-Analizar y proponer la normatividad técnica para garantizar el estudio y dictamen de las muertes maternas y perinatales, observando las **recomendaciones internacionales** para obtener resultados uniformes y comparables;
- II.-Revisar y en su caso proponer adecuaciones al sistema de registros de nacimiento y certificación de muerte, mejorando la calidad y cantidad de información;
- III.-Establecer y actualizar permanentemente los lineamientos generales y los procedimientos para la **instalación y operación de los comités estatales**, de jurisdicción sanitaria y hospitalarios para el estudio de la mortalidad materna y perinatal públicos y privados;
- IV.-Vigilar la necesaria instalación y el funcionamiento **regular de Comités en los hospitales con atención ginecoobstétrica y/o neonatal de segundo nivel**, tanto del sector público como del privado;
- V.-Promover la creación de Comités en los hospitales, de las jurisdicciones sanitarias y Estados y fortalecer el funcionamiento de los ya existentes;
- VI.-Reforzar las actividades de los comités de jurisdicción sanitaria, con la finalidad de que se incluyan para su estudio y dictamen las muertes maternas y perinatales ocurridas en el primer nivel de atención y en la comunidad;

⁹¹ Rode Gonzaga-Soriano, María y otros, *Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. Op. Cit.*

- VII.**-Solicitar a los Comités hospitalarios, de jurisdicción sanitaria y estatales, así como a las instituciones del sector salud públicas y privadas, la información relacionada a las muertes maternas y perinatales, clasificarla y sistematizarla;
- VIII.**-Vigilizar la operación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal en el país;
- IX.**-Fomentar y coordinar la realización de investigaciones interinstitucionales, que se sustenten en los resultados de los estudios realizados y que permitan conocer las causas de las muertes maternas y perinatales y establecer medidas para su reducción;
- X.**-Gestionar ante Organismos Internacionales, apoyo para la realización de estudios e investigaciones sobre la mortalidad materna y perinatal;
- XI.**-**Vigilar el cumplimiento de la normatividad en cuanto al asiento de datos del certificado y acta de defunción en todos los casos de muerte materna y perinatal**, y en su caso, establecer a través de los Comités Estatales, mecanismos de capacitación y actualización permanente para la correcta utilización de tales documentos;
- XII.**-Promover que las sesiones de los Comités Estatales se desarrollen oportunamente, con la participación de representantes de los hospitales y sanatorios públicos y privados, así como de las instituciones del Sistema Estatal de Salud;
- XIII.**-Coordinar acciones con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, el Registro Nacional de Población; así como con las Direcciones Generales de Epidemiología, y Estadística, e Informática y Evaluación para crear el Registro Nacional de Casos de Muerte Materna y Perinatal, y
- XIV.**-Fomentar que en el estudio y dictamen de los casos, **esté presente el sentido ético y la responsabilidad profesional e institucional.**

Al respecto se puede observar que en la mayoría de las Entidades Federativas su Ley General de Salud contempla como facultad de los servicios de salud promover la organización institucional de **Comités de Prevención de la Mortalidad Materna**, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes con relación a esa problemática, tal y como se observa en el siguiente cuadro comparativo.

9. DERECHO COMPARADO

9.1 A Nivel Local

CUADRO COMPARATIVO EN LA LEGULACIÓN DE SALUD EN MATERIA DE COMITÉS DE PREVENCIÓN DE LA MORTALIDAD MATERNA A NIVEL LOCAL

AGUASCALIENTES	BAJA CALIFORNIA SUR	CAMPECHE	COAHUILA
Ley de Salud del Estado de Aguascalientes ⁹²	Ley de Salud para el Estado de Baja California Sur ⁹³	Ley de Salud para el Estado de Campeche ⁹⁴	Ley Estatal de Salud ⁹⁵
ARTÍCULO 70.- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de carácter estatal o municipal de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes, en todo el estado, en alguna región, municipio o sector específico.	ARTÍCULO 61.- La atención de la mujer con emergencia obstétrica, deberá ser prioritaria y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Considerando como emergencia obstétrica cualquier padecimiento que ponga en peligro inmediato la vida de la madre o el producto. Queda exceptuado de este supuesto el parto fisiológico. Una vez resuelto el problema inmediato y que no ponga en peligro la vida de la madre y el producto, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que corresponda. ARTÍCULO 63.- En los servicios de atención materna perinatal e infantil se promoverá la organización institucional de comités de prevención de mortalidad materna y perinatal , así como la infantil a efecto de	Artículo 59.- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de Comités de Prevención de la Mortalidad Materna e Infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.	Artículo 57. En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

⁹² Ley de Salud del Estado de Aguascalientes, fecha de consulta 31 de marzo de 2015, en: <http://www.congresoags.gob.mx/congresoags/leyes.php>

⁹³ Ley de Salud para el Estado de Baja California Sur, fecha de consulta 6 de abril de 2015, en: http://www.cbcs.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=2097&Itemid=154

⁹⁴ Ley de Salud para el Estado de Campeche, fecha de consulta 6 de marzo de 2015, en: <http://congresocam.gob.mx/leyes/>

⁹⁵ Ley Estatal de Salud, fecha de consulta 6 de marzo de 2015, en: http://congresocoahuila.gob.mx/portal/?page_id=538

	conocer, sistematizar y evaluar el problema, adoptando las medidas conducentes.		
--	---	--	--

COLIMA	CHIAPAS	CHIHUAHUA	DURANGO
Ley de Salud del Estado de Colima⁹⁶	Ley de Salud del Estado de Chiapas⁹⁷	Ley Estatal de Salud⁹⁸	Ley de Salud del Estado de Durango⁹⁹
ARTÍCULO 20 BIS 15.- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema, y de este modo adoptar las medidas conducentes.	Artículo 48.- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de estudio y prevención de la morbilidad y mortalidad materno-infantil , a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.	Artículo 68. En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la morbi-mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.	ARTÍCULO 82.- En los servicios de salud se promoverá la organización pública y privada para realizar acciones de difusión y atención médica al grupo materno-infantil, y para la integración de Comités de Prevención de la Mortalidad Materna e Infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

GUANAJUATO	GUERRERO	JALISCO	MÉXICO
Ley de Salud del Estado de Guanajuato¹⁰⁰	Ley Número 1212 de Salud del Estado de Guerrero.¹⁰¹	Ley de Salud del Estado de Jalisco¹⁰²	Reglamento de Salud del Estado de México¹⁰³
ARTÍCULO 63. En los hospitales se integrarán comités para el estudio de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, a	ARTICULO 80. La Secretaría de Salud en coordinación con los Ayuntamientos, instaurarán Comités para la Prevención de	Artículo 63.- En la realización de acciones tendientes a la prevención de la mortalidad materno-infantil , los sistemas	Artículo 33.- Las instituciones de salud y las autoridades educativas, tendrán la responsabilidad de promover y

⁹⁶ *Ley de Salud del Estado de Colima*, fecha de consulta 6 de abril de 2015, en: <http://congresocol.gob.mx/web/Pagina/Biblioteca/biblioteca/constitucion>

⁹⁷ *Ley de Salud del Estado de Chiapas*, fecha de consulta 20 de mayo de 2014, en: <http://www.congresochiapas.gob.mx/index.php/legislacion-vigente.html>

⁹⁸ *Ley Estatal de Salud*, fecha de consulta 20 de mayo de 2014, en: <http://www.congresochoihuahua.gob.mx/biblioteca/>

⁹⁹ *Ley de Salud del Estado de Durango*, fecha de consulta 7 de abril de 2015, en: http://congresodurango.gob.mx/?page_id=47

¹⁰⁰ *Ley de Salud del Estado de Guanajuato*, fecha de consulta 20 de mayo de 2014, en: <http://www.congresogto.gob.mx/leyes?page=7>

¹⁰¹ *Ley Número 1212 de Salud del Estado de Guerrero*, fecha de consulta 7 de abril de 2015, en: <http://congresogro.gob.mx/index.php/ordinarias?limitstart=0>

¹⁰² *Ley de Salud para el Estado de Jalisco*, fecha de consulta 9 de abril de 2015, en: <http://congresoweb.congresoal.gob.mx/BibliotecaVirtual/busquedasleyes/Listado.cfm#Leyes>

¹⁰³ *Reglamento de Salud del Estado de México*, fecha de consulta 21 de julio de 2015, en: <http://cddiputados.gob.mx/>

<p>efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.</p>	<p>la Mortalidad Materno-infantil, teniendo como objetivo identificar y atender a mujeres embarazadas de alto riesgo, conocer, sistematizar y evaluar las causales del problema, y adoptar las medidas conducentes, previendo la participación de las parteras tradicionales.</p>	<p>para el desarrollo integral de la familia, estatal y municipales, observarán las instrucciones que, sobre esta materia, reciban de la Secretaría de Salud Jalisco. En los establecimientos en que se presten servicios de atención médica materno-infantil se formarán los comités hospitalarios que determinen las Normas Oficiales Mexicanas aplicables, especialmente los destinados a prevenir la mortalidad materna y perinatal.</p>	<p>organizar Comités de Prevención de la Mortalidad Materno Infantil, a efecto de investigar, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.</p>
---	---	--	--

MORELOS	NAYARIT	NUEVO LEÓN	PUEBLA
<p>Ley de Salud del Estado de Morelos¹⁰⁴</p>	<p>Ley de Salud para el Estado de Nayarit¹⁰⁵</p>	<p>Ley Estatal de Salud¹⁰⁶</p>	<p>Ley Estatal de Salud¹⁰⁷</p>
<p>Artículo *74.- La salud reproductiva tiene carácter prioritario. Tiene como objetivo general, proporcionar información y servicios de salud reproductiva a la población, incluyendo acciones de planificación familiar. En sus actividades se debe incluir información, orientación educativa y servicios para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, se debe contribuir a que los individuos y las parejas disfruten de una</p>	<p>ARTÍCULO 57.- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer,</p>	<p>Artículo 25o.- La organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil comprenden las siguientes acciones: IV.- La organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, tendientes a conocer, sistematizar, evaluar y combatir dicha problemática; LEY DE LOS NIÑOS:</p>	<p>ARTÍCULO 57.- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.</p>

¹⁰⁴ *Ley de Salud del Estado de Morelos*, fecha de consulta 13 de abril de 2015, en: http://www.congresomorelos.gob.mx/instituto/nuestras_leyes/pdf/Ley_SALUDEM.pdf

¹⁰⁵ *Ley de Salud para el Estado de Nayarit*, fecha de consulta 13 de abril de 2015, en: <http://www.congresonay.gob.mx/qu%C3%A9-hacemos/compilaci%C3%B3n-legislativa/leyes/>

¹⁰⁶ *Ley Estatal de Salud*, fecha de consulta 13 de abril de 2015, en: http://www.hcnl.gob.mx/trabajo_legislativo/leyes/

¹⁰⁷ *Ley Estatal de Salud*, fecha de consulta 14 de abril de 2015, en: http://www.congresopuebla.gob.mx/index.php?option=com_docman&Itemid=485

<p>vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera libre, responsable y bien informada el número y espaciamento de los hijos y, de esta forma, regular en forma armónica el crecimiento de la población.</p> <p>Artículo 76.- La Secretaría de Salud de Morelos, promoverá la organización sectorial de comités de prevención de la mortalidad materna, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.</p>	<p>sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.</p>	<p>Artículo 50. Los adolescentes que tengan hijos o que estén esperando uno, tienen derecho a protección especial a fin de que logren integrar una familia con esos hijos, criarlos y apoyarlos en su desarrollo.</p> <p>El Estado establecerá programas especiales, entre los cuales estarán los de:</p> <p>I. Prevenir riesgos en embarazos y partos tempranos, y otros peligros atendiendo a lo dispuesto en el Capítulo Octavo de este título;</p>
--	--	---

QUERÉTARO	QUINTANA ROO	SAN LUIS POTOSÍ	SINALOA
Ley de Salud del Estado de Querétaro¹⁰⁸	Ley de Salud del Estado de Quintana Roo¹⁰⁹	Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí¹¹⁰	Ley de Salud del Estado de Sinaloa¹¹¹
<p>Artículo 64. En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.</p>	<p>Artículo 57.- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna-infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.</p>	<p>ARTICULO 52. La Secretaría de Salud del Estado impulsará la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema, así como adoptar las medidas conducentes.</p> <p>ARTICULO 58. Los servicios de salud reproductiva comprenden:</p> <p>I. El derecho que tienen hombres y mujeres de obtener información sobre salud reproductiva y de planificación familiar, para prevenir embarazos no deseados, disminuir los índices de mortalidad materna y</p>	<p>Artículo 78. En la realización de acciones tendientes a la prevención de la mortalidad materno-infantil, los sistemas para el desarrollo integral de la familia, estatal y municipales, observarán las instrucciones que, sobre esta materia, reciban de la Secretaría de Salud.</p> <p>En los establecimientos hospitalarios en que se presten servicios de atención médica materno-infantil se formarán los comités hospitalarios que determinen las Normas Oficiales Mexicanas aplicables, especialmente</p>

¹⁰⁸ *Ley de Salud del Estado de Querétaro*, fecha de consulta 14 de abril de 2015, en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/estatal.php?liberado=si&edo=22>

¹⁰⁹ *Ley de Salud del Estado de Quintana Roo*, fecha de consulta 14 de abril de 2015, en: <http://www.congresoqroo.gob.mx/>

¹¹⁰ *Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí*, fecha de consulta 15 de abril de 2015, en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/despliegaedo2.php?ordenar=&edo=24&idi=&catTipo=4/>

¹¹¹ *Ley de Salud del Estado de Sinaloa*, fecha de consulta 14 de abril de 2015, en: <http://www.congresosinaloa.gob.mx/leyes-estatales/>

		favorecer las posibilidades de tener hijos sanos;	los destinados a prevenir la mortalidad materna y perinatal.
--	--	---	---

TABASCO	TAMAULIPAS	TLAXCALA	VERACRUZ
Ley de Salud del Estado de Tabasco¹¹²	Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas¹¹³	Ley de Salud del Estado de Tlaxcala¹¹⁴	Ley de Salud del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave¹¹⁵
<p>ARTÍCULO 60.- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de los comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.</p> <p style="text-align: center;">CAPÍTULO IV ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES</p> <p>ARTÍCULO 194.- La Secretaría de Salud emitirá y difundirá las guías clínicas que faciliten la atención oportuna y eficaz para prevenir las principales causas de mortalidad materna-infantil, entre las que se dará prioridad a:</p> <p>I. Enfermedad hipertensiva del embarazo; II. Hemorragia puerperal; III. Atención del parto; IV. Atención del recién nacido; V. Tratamiento de enfermedades diarreicas; VI. Tratamiento de infección respiratoria aguda; y VII. las demás que establezca la Secretaría de Salud. Dichas guías clínicas deberán ser actualizadas periódicamente</p>	<p>ARTÍCULO 31.- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de Comités de Prevención de la Mortalidad Materna e Infantil, a efecto de conocer, sistematizar, evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.</p>	<p>ARTÍCULO 99.- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional y privada para realizar acciones de difusión y atención médica al grupo materno-infantil, y para la integración de Comités de Prevención de la Mortalidad Materna e Infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.</p>	<p>ARTÍCULO 61.-En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materno-infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.</p>

¹¹² *Ley de Salud del Estado de Tabasco*, fecha de consulta 14 de abril de 2015, en: <http://www.congresotabasco.gob.mx/legislativo/leyes>

¹¹³ *Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas*, fecha de consulta 14 de abril de 2015, en: <http://www.congresotamaulipas.gob.mx/Legislacion/ListadoLegislacionVigente.asp?IdTipoArchivo=1>

¹¹⁴ *Ley de Salud del Estado de Tlaxcala*, fecha de consulta 15 de abril de 2015, en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/>

¹¹⁵ *Ley de Salud del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave*, fecha de consulta 15 de abril de 2015, en: <http://www.legisver.gob.mx/index.php?p=ley>

conforme a los avances científicos. ARTÍCULO 195.- Los prestadores de servicios de salud tanto públicos, privados y sociales del estado de Tabasco deberán observar de manera obligatoria el cumplimiento de estas guías, su inobservancia será motivo de responsabilidades administrativas o penales conforme a las disposiciones aplicables.			
---	--	--	--

YUCATÁN	ZACATECAS
Ley de Salud del Estado de Yucatán¹¹⁶	Ley de Salud del Estado de Zacatecas¹¹⁷
Artículo 63.- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materno-infantil , a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema, y adoptar las medidas conducentes.	ARTÍCULO 36 Los Servicios de Salud promoverán la organización institucional de comités de mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes. La protección de la salud física y mental de los menores es una responsabilidad que comparten el Estado, la sociedad, los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre aquéllos.

Datos Relevantes:

- En algunos casos, se contempla que dichas medidas sean adoptadas ya sea para todo el Estado, para alguna región, municipio o sector específico, como en: Aguascalientes, Coahuila, Colima, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán, Zacatecas.
- En los Estados de Chiapas, Chihuahua y Guanajuato, también se contempla que estos Comités estudien a la morbilidad materna.
- En el Estado de México,¹¹⁸ se prevé que además de las instituciones de salud también las autoridades educativas sean responsables de la promoción de estos Comités.

¹¹⁶ *Ley de Salud del Estado de Yucatán*, fecha de consulta 15 de abril de 2015, en: <http://www.congresoyucatan.gob.mx/legislacion/leyes>

¹¹⁷ *Ley de Salud del Estado de Zacatecas*, fecha de consulta 15 de abril de 2015, en: <http://www.congresoac.gob.mx/e/todojuridico&cat=LEY>

- Las Entidades Federativas en las que no se contempla expresamente en la Ley General de Salud la creación de los Comités para la prevención de la muerte materna son: Baja California, Distrito Federal, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca y Sonora.

Sin embargo, no implica que no cuenten con dichos organismos pues como se ha señalado la creación de los mismos fue establecida para todos los hospitales del sistema del sector salud nacional a través del Programa Nacional de Salud 1990-1994.

- Es de destacar que se contempla como prioritaria la atención de la mujer con emergencia obstétrica en: Baja California Sur, igualmente en esta entidad se define la emergencia obstétrica.
- En Durango se contempla expresamente la participación del sector privado en la atención materna y para la integración de los Comités que se comentan.
- En Guanajuato y Sinaloa se contempla expresamente que los Comités en comento se integren en los hospitales. En Jalisco se determina que será en todos los establecimientos en donde se preste atención médica materna.
- Guerrero involucra en la instalación de los Comités para la prevención de la mortalidad materna a los Ayuntamientos, establece expresamente que el objetivo es atender a las mujeres embarazadas de alto riesgo, y prevé la participación de las parteras tradicionales.
- Es de destacar el caso de Morelos, en donde se prevén diversos criterios para disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal, como: contribuir a que los individuos y las parejas disfruten de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera libre, responsable y bien informada el número y espaciamiento de los hijos y, de esta forma, regular en forma armónica el crecimiento de la población.

¹¹⁸ Cabe señalar que con relación al Estado de México en el Libro Tercero de su Código Administrativo, se regula lo relativo a la Salud, así se tiene que el artículo 2.16 se señala que los servicios de salud que presta el Estado en materia de salubridad general son: II. Atención materno-infantil. Estableciendo este Código sólo eso en esta materia, sin embargo, en donde se encuentra bien desarrollado el tema relacionado con la atención materna es el Reglamento de Salud para el Estado de México, en el cual sí se contempla lo relativo a la promoción de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna.

- En el caso de Morelos se prevé la organización sectorial de los Comités de prevención de la mortalidad materna.
- Resulta relevante el caso de Tabasco en donde se contempla expresamente la obligación de la Secretaría de Salud de emitir y difundir las guías clínicas que faciliten la atención oportuna y eficaz para prevenir las principales causas de mortalidad materna señalando que se dará prioridad a aquellas que como se ha observado son causa de muerte materna, tal es el caso de: la Enfermedad hipertensiva del embarazo; la hemorragia puerperal y la atención del parto, además de las que establezca dicha Secretaría.

Asimismo, se contempla en este Estado la obligación de los prestadores de servicios de salud de los tres sectores -público, privado y social-, el cumplimiento de dichas guías.

9.3 A Nivel Externo

CUADRO COMPARATIVO DE LEYES DE GUATEMALA, URUGUAY Y ARGENTINA QUE CONTEMPLAN DISPOSICIONES EN MATERIA DE MORTALIDAD MATERNA

LEY NACIONAL Nº 25.673, DE CREACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE DE ARGENTINA ¹¹⁹	LEY PARA LA MATERNIDAD SALUDABLE DE GUATEMALA ¹²⁰	LEY Nº 18.426 DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE URUGUAY ¹²¹
<p>Artículo. 2º. Serán objetivos de este programa: b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil; ...</p>	<p>CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES</p> <p>Artículo 1. Objeto de la ley. La presente Ley tiene por objeto la creación de un marco jurídico que permita implementar los mecanismos necesarios para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres y del recién nacido, y promover el desarrollo humano a través de asegurar la maternidad de las mujeres, mediante el acceso universal, oportuno y gratuito a información oportuna, veraz y completa y servicios de calidad antes y durante el embarazo, parto o posparto, para la prevención y erradicación progresiva de la mortalidad materna-neonatal.</p> <p>Artículo 2. Fines. Los fines de esta Ley son: a) Declarar la maternidad saludable asunto de urgencia nacional; apoyar y promover acciones para reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal, especialmente en la población vulnerada, adolescentes y jóvenes, población rural, población indígena y población migrante, entre otros.</p>	<p style="text-align: center;">CAPÍTULO I DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS</p> <p>Artículo 3. (Objetivos específicos). Son objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva: ... b) Prevenir la morbimortalidad materna y sus causas.</p>

¹¹⁹ LEY NACIONAL Nº 25.673, DE CREACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE DE ARGENTINA, fecha de consulta 20 de julio de 2015, en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ministerio/adolescencia/ley-25673.pdf>

¹²⁰ Ley para la Maternidad Saludable de Guatemala, fecha de consulta 20 de julio de 2015, en: http://www.cepal.org/oig/doc/LeyesCuidado/GTM/2010_D32-2010_GTM.pdf

¹²¹ LEY Nº 18.426, DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE URUGUAY, fecha de consulta 20 de julio de 2015, en: http://www.cepal.org/oig/doc/LeyesSobreAborto/Uruguay/2008_Ley18426_Uruguay.pdf

Datos Relevantes

El combate y atención al problema de la mortalidad materna, como se ha venido comentando, es un problema regional, no es un problema que atañe exclusivamente a México.

En ese sentido se observa que tanto Argentina como Uruguay cuentan con una Ley específica encaminada a la protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos, diferenciando que:

- Para Argentina la Ley es para crear un Programa Nacional en esa materia, y uno de sus objetivos es **disminuir la morbimortalidad materna**.
- Por su parte, para el caso de Uruguay se busca: **Prevenir la morbimortalidad materna y sus causas**, a través de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva.

En el caso de Guatemala, en su Ley para la Maternidad Saludable se estipula que la misma tiene por objeto la creación de un marco jurídico que **permita implementar los mecanismos necesarios para prevenir y erradicar progresivamente la mortalidad materna**. Además uno de sus fines es: apoyar y promover acciones para reducir las tasas de mortalidad materna.

10.- INICIATIVAS DE REFORMA A LA LEY GENERAL DE SALUD, EN MATERIA DE MORTALIDAD MATERNA PRESENTADAS EN LA CÁMARA DE DIPUTADOS EN DIVERSAS LEGISLATURAS

10.1 Durante la LIX Legislatura

No. De Inic.	Fecha de publicación en Gaceta Parlamentaria	Reforma(s) y/o adición(es)	Presentado por:	Estado de la iniciativa
1	Número 1694-I, jueves 17 de febrero de 2005.	Que modifica y adiciona la Ley General de Salud, en materia de salud sexual y reproductiva.	Dip. Martha Lucía Mícher Camarena, PRD; y Dip. Diva Hadamira Gastélum Bajo, PRI.	Turnadas a las Comisiones Unidas de Salud y de Equidad y Género.

TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTO (1)
Artículo 62.- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil , a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes	Artículo 66 Bis.- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna y perinatal , a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes

Datos Relevantes

Derivado de la propuesta de reformas y adiciones para la Ley General de Salud de crear el capítulo de salud sexual y reproductiva, se propone también reformar el artículo 62 vigente el cual pasa a ser el 66 Bis, a través del cual se sigue manteniendo la facultad del sector salud para que dentro de sus servicios se siga promoviendo la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna y agregando la prevención de la mortalidad perinatal.

10.2 Durante la LXI Legislatura

No. De Inic.	Fecha de publicación en Gaceta Parlamentaria	Reforma(s) y/o adición(es)	Presentado por:	Estado de la iniciativa
1	Número 2902-II, martes 1 de diciembre de 2009	Que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de salud sexual y reproductiva.	Dip. César Augusto Santiago Ramírez, PRI. (LXI Legislatura)	Turnada a la Comisión de Salud. Retornada el jueves 15 de diciembre de 2011, con base en el artículo sexto transitorio del Reglamento de la Cámara de Diputados.
2	Número 3472-VI, jueves 15 de marzo de 2012. (3701)	Que adiciona el artículo 62 Bis a la Ley General de Salud.	Diputados Paz Gutiérrez Cortina y Miguel Antonio Osuna Millán, PAN; y Diva Hadamira Gastélum Bajo, PRI	Turnada a la Comisión de Salud.
3	Número 3472-VI, jueves 15 de marzo de 2012. (3702)	Que adiciona el artículo 62 Bis a la Ley General de Salud.	Ariel Gómez León, PRD.	Turnada a la Comisión de Salud.

TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTO (1)
Artículo 62.- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil , a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.	Artículo 66 Bis. En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna y perinatal , a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes

Datos Relevantes

Al igual que la iniciativa presentada durante la LIX Legislatura, esta iniciativa contempla un cambio en cuanto a la organización de comités de prevención de la mortalidad materna incorporando a la perinatal, sin embargo, es importante destacar que esta modificación se lleva a cabo derivada de la propuesta de creación del capítulo que regule lo relativo a la salud sexual y reproductiva y no al tema que nos ocupa.

TEXTO VIGENTE	TEXTO PROPUESTO DE INICIATIVAS	
	(2)	(3)
<p>Artículo 62.- En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.</p>	<p>Artículo 62 Bis. La cesárea sólo será efectuada cuando exista causa médica que la justifique, o a petición de la madre, una vez hecho de su conocimiento y habiendo aceptado expresamente los <u>riesgos de salud</u> que pudieran acompañar a ésta. Su práctica deberá sujetarse a las disposiciones de carácter general que para tal efecto emita la Secretaría de Salud, las cuales deberán de publicarse en el Diario Oficial de la Federación. En caso de que la madre no se encontrara en condiciones de solicitar la operación cesárea, ésta podrá ser requerida por el responsable designado por la paciente.</p>	<p>Artículo 62 Bis. Se promoverá el parto natural respetando en todo momento el derecho que tiene la mujer a decidir sobre su cuerpo. En el caso de la operación cesárea, ésta será efectuada cuando exista causa médica que la justifique o que la madre lo solicite, debiendo estar informada sobre el procedimiento y sus implicaciones, sujetándose a las disposiciones de carácter general que para tal efecto emita la Secretaría de Salud, las cuales deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación.</p>

Datos Relevantes

Si bien directa y expresamente en el artículo 62 Bis que se propone adicionar a la Ley General de Salud por medio de la iniciativa (2), no se contempla el término de mortalidad materna, sin embargo, esta propuesta se refiere implícitamente a procurar la reducción de la misma, a través del control de la práctica de la cesárea, tal y como se desprende de la propia exposición de motivos en donde se señala que:

“La Organización Mundial de la Salud también ha manifestado su preocupación por que **se reduzca la frecuencia de la práctica injustificada de cesáreas**, ya que la práctica indiscriminada de este procedimiento quirúrgico pone en riesgo la salud de la madre.

En ese sentido, en 2010 la Organización Mundial de Salud (OMS) publicó los resultados de la Encuesta Materna Mundial, evidenciando que el riesgo de muerte materna es mayor entre las mujeres sometidas a una cesárea que no estaba indicada desde el punto de vista médico, que entre aquellas para quien estaba médicamente prescrito.

...

Las mujeres y sus familiares deben estar informados de los riesgos que supone la práctica de estas operaciones [cesárea], cuando no existen motivos médicos que las justifiquen.

...

[Pues] Bajo falsos argumentos sobre la posibilidad de evitar los dolores del parto, algunas mujeres –cuando se les da la posibilidad de elegir– son convencidas de preferir este método sin que se les informe respecto de las complicaciones transoperatorias y postoperatorias – inmediatas, mediatas y tardías– que pueden presentar ellas y sus hijos.

...

Sin duda que los primeros factores a considerar son la vigilancia oportuna del embarazo, un diagnóstico temprano, así como el conocimiento y manejo profesional del mismo, ya que la atención obstétrica de calidad es decisiva para conseguir un embarazo seguro y evitar menoscabo del derecho a la salud de las mujeres.

Además, la vigilancia del tema y la regulación de las operaciones cesáreas contribuirá a que se garantice [el] derecho de los menores a crecer y desarrollarse en un núcleo familiar, pues la reducción [de las] prácticas que colocan en riesgo a las mujeres ayudará a prevenir el aumento de la mortalidad materna.”

En el caso de la iniciativa (3) en su exposición de motivos se reconoce la **problemática de la muerte materna en México y se le vincula con el status económico, la carencia de servicio médico de calidad y el acceso inequitativo a la atención de la salud, como la atención obstétrica.**

Ante tal situación, se busca **promover el parto natural y en el caso de la operación cesárea, ésta será efectuada cuando exista causa médica que la justifique o que la madre lo solicite**, respetando en todo momento el **derecho que tiene la mujer a decidir sobre su cuerpo.**

11 LEY MODELO PARA REDUCIR LA MORTALIDAD MATERNA¹²²

Ante la falta de disposiciones legales que regulen adecuadamente la problemática de la mortalidad materna, la Organización Panamericana de la Salud en conjunción con la OMS elaboraron una propuesta de Ley modelo que tiene como objetivo:

La prevención y reducción de la mortalidad materna y neonatal

Esta Ley modelo se fundamenta en diversos factores que se consideró inciden en la problemática y que se deben contemplar para atacarla y resolverla de manera integral, tales como:

- Equidad;
- Autonomía de la voluntad;
- Eliminación de los comportamientos de riesgo;
- Ejercicio del derecho a la salud reproductiva y de otros derechos humanos relacionados;
- Acceso a la información;
- Reducción de las inequidades en el acceso a bienes y tecnologías de salud, y
- Reducción de la violencia.

En cuanto a su contenido, esta Ley contemplará un capítulo de disposiciones generales en donde destaca el objetivo de la misma, el cual será:

Garantizar la protección del derecho a la salud reproductiva y **la prevención y reducción de la mortalidad materna evitable, la morbilidad materna grave y la morbi mortalidad neonatal**, por medio del acceso universal, oportuno y de calidad a establecimientos, servicios integrales de salud, bienes y tecnologías pertinentes

También en este capítulo se contendrá el ámbito de aplicación, quién será la autoridad rectora de la materia, y los principios que la regirán; en un segundo capítulo se contempla lo relativo a las acciones en materia de salud reproductiva, entre los que se incluye asegurar el acceso a los servicios de planificación familiar; en un tercer capítulo se ubicará lo referente a las acciones de salud materna y neonatal, en donde se señalará lo correspondiente a los ámbitos de la atención materna y neonatal, destacando sus etapas: pregestación, embarazo, parto y posparto; en el capítulo cuarto se prevé que contemple lo referente al financiamiento de los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal; un capítulo quinto en donde se plasmen las disposiciones complementarias relativas recursos humanos, gratuidad de la atención, rendición de cuentas y evaluación;

¹²² Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, *Salud reproductiva y maternidad saludable. Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos*, Op. Cit.

por último se prevé un sexto capítulo en donde se ubicará el régimen sancionatorio que será aplicable en caso de incumplimiento de la Ley.

MODELO MARCO DE TEXTO LEGISLATIVO SOBRE SALUD REPRODUCTIVA, MATERNA Y NEONATAL

Considerando¹²³

Que (nombre del país) ha firmado y ratificado los siguientes instrumentos internacionales de derechos humanos aplicables a la salud reproductiva, materna y neonatal:

Considerando

Que la Constitución de (nombre del país) reconoce

Considerando

Que el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos emitió el documento *Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad*, con el fin de ayudar a los responsables y a los involucrados en la formulación de políticas a mejorar la salud, promover los derechos de la mujer y fortalecer los procesos de rendición de cuentas.

Considerando

Que los países de la Región asumieron el compromiso de reducir la mortalidad materna en un 75% para el año 2015 partiendo de las cifras de 1990 (ODM 5) y que apenas a 3 años de esa fecha la reducción regional alcanza al 44% restando una brecha de 31%.

Considerando

Que en(completar con el nombre del país y los datos de número de muertes maternas anuales, razón de mortalidad materna y condiciones de inequidad en el acceso –incluyendo etnia, ingreso, educación y otras relevantes al país).

Considerando

Que para la mejoría de la salud de las mujeres y neonatos, es necesario contar con un sistema de salud funcional que garantice el acceso sin barreras financieras, geográficas o culturales a un conjunto de intervenciones en las diferentes etapas del curso de vida y con respeto a los derechos humanos y las libertades fundamentales, incluidos los derechos reproductivos, la identidad nacional, cultural, lingüística, étnica, racial, los valores y las costumbres propias de cada comunidad.

Considerando

Que la comunidad internacional ha hecho un llamado al diálogo entre los sectores público y privado y la sociedad civil para priorizar la salud de las mujeres y los niños, como componente del desarrollo humano.

Considerando

Que los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud han aprobado Estrategias y Planes de Acción Regionales para el desempeño de los sistemas de salud, y en particular la salud reproductiva, materna y neonatal fundamentados en el derecho internacional de derechos humanos, que debieran ser consideradas en la formulación de las políticas, planes, legislaciones y programas emitidos a nivel nacional.

**CAPÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES**

Artículo... Objetivo. Esta Ley tiene por objeto garantizar la protección del derecho a la salud reproductiva y la prevención y reducción de la mortalidad materna evitable, la morbilidad materna

¹²³ En el documento del modelo Ley se señala que: Este modelo de Ley utiliza la modalidad de Considerandos, si bien la técnica jurídica de muchos países aplica la Exposición de Motivos. El contenido de la información que se utiliza en la construcción de los Considerandos presentados en el modelo, pueden utilizarse para la formulación de la Exposición de Motivos.

grave y la morbi mortalidad neonatal, por medio del acceso universal, oportuno y de calidad a establecimientos, servicios integrales de salud, bienes y tecnologías pertinentes.

Artículo... Ámbito de aplicación. Esta Ley tiene por ámbito de aplicación **todos los niveles de atención de los servicios a cargo del Ministerio/Secretaría de Salud** (o autoridad nacional de salud, según el caso), de la seguridad social y de otras instituciones del sector público, de las instituciones privadas con o sin fines de lucro y de los organismos no gubernamentales que presten servicios de salud reproductiva, materna y neonatal.

Artículo... Rectoría. El Ministerio/Secretaría de Salud (o autoridad nacional de salud, según el caso) será la entidad rectora de las acciones referentes a esta Ley, incluyendo la formulación de marcos y planes estratégico-políticos y reglamentarios, así como del monitoreo de los resultados, de la evaluación de su impacto sobre la equidad, y de la coordinación intersectorial.

Artículo... Principios rectores. La protección de la salud reproductiva, materna y neonatal se realizará en aplicación de los siguientes principios:

a) Gratuidad: De la atención de todas las acciones relacionadas con salud reproductiva, materna y neonatal en los servicios públicos de salud.

b) Equidad: Garantizando el acceso a los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal con el fin de reducir las brechas de género y las desigualdades por zonas geográficas, grupos étnicos y condición de pobreza.

c) No discriminación: Asegurando la accesibilidad de hecho y de derecho a los establecimientos, bienes, servicios de salud y tecnologías pertinentes sin distinción por motivos de género, etnia o raza, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, situación económica, lugar de nacimiento, discapacidad, estado de salud (incluido el VIH/sida) y orientación sexual que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.

d) Disponibilidad: De un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos y centros de atención de la salud así como de programas de salud sexual y reproductiva, materna y neonatal.

e) Accesibilidad: Garantizando a todos los sectores de la población el acceso a los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal con alcance geográfico, cultural y económico. Se pondrá énfasis especial en los grupos en condición de vulnerabilidad.¹²⁴

f) Aceptabilidad: Todos los establecimientos de salud deberán ser respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, así como sensibles a la igualdad de género y a las necesidades de la población adolescente.

g) Sostenibilidad: Asegurando financiamiento público, específico, suficiente y permanente en el tiempo, que permita la atención de salud reproductiva, materna y neonatal de forma continua.

h) Calidad: Garantizando que en los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal se brinden prestaciones con base en la evidencia científica, con personal de salud suficiente y capacitado y con equipos de eficiencia comprobada y en buen estado.

i) Participación: De la comunidad, la sociedad civil organizada y las autoridades locales con el sector salud en la elaboración, ejecución y evaluación de políticas, planes, legislaciones, programas y acciones sobre salud reproductiva, materna y neonatal, con el fin de asegurar el derecho al disfrute al más alto nivel posible de salud.

j) Rendición de cuentas: Estableciendo mecanismos de monitoreo, evaluación y socialización del impacto de las acciones llevadas a cabo en la implementación de las políticas, planes, legislaciones y programas de salud reproductiva, materna y neonatal.

Artículo... Coordinación interinstitucional. Las acciones referidas a esta Ley se llevarán a cabo en coordinación con los Ministerios/Secretarías de Educación, de la Mujer, de Trabajo, Desarrollo Social y otras instituciones que tengan competencia sobre la materia.

CAPÍTULO II ACCIONES EN SALUD REPRODUCTIVA

¹²⁴ Cada país definirá la condición de vulnerabilidad de acuerdo con su perfil epidemiológico y poblacional y la estructura de la red de servicios.

Artículo... El ejercicio de los derechos reproductivos. El ejercicio pleno de los derechos reproductivos comprende el acceso universal, oportuno y de calidad a los servicios de planificación familiar, incluyendo el asesoramiento y la educación para decidir de forma libre e informada sobre el ejercicio de la vida sexual y reproductiva.

Artículo... Con el fin de **asegurar el acceso a los servicios de planificación familiar** en los términos establecidos en el artículo anterior, el Ministerio de Salud/Secretaría de Salud (o autoridad nacional de salud, según el caso) liderará acciones con el sector educación y otras entidades relevantes tendientes a (nota: seguir las áreas del Plan de Acción sobre Salud Reproductiva y Mortalidad Materna de OPS y OMS):

- a) Lograr la formación integral de los y las adolescentes en relación con sus derechos humanos y reproductivos, y responsabilidades para el cuidado de su salud, sexualidad y prevención del embarazo precoz y no deseado.
- b) El asesoramiento y educación que facilite a mujeres y hombres la toma de decisiones informadas sobre la fertilidad.
- c) El asesoramiento y educación para el espaciamiento del embarazo.
- d) Facilitar el acceso a métodos anticonceptivos modernos, incluyendo a los y las adolescentes.
- e) La prevención de enfermedades de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/ sida en todos los niveles del sistema educativo nacional.

CAPÍTULO III ACCIONES DE SALUD MATERNA Y NEONATAL

Artículo... Sobre la atención materna y neonatal. La atención materna y neonatal comprende los siguientes ámbitos (nota: seguir las áreas del Plan de Acción sobre Salud Reproductiva y Mortalidad Materna de OPS y OMS):

- a) Atención de la mujer durante la pregestación, embarazo, parto y posparto.
- b) Recepción y atención de calidad al recién nacido, incluyendo, la identificación y contacto con la madre en forma inmediata, así como las prácticas preventivas específicas.
- c) Valoración del crecimiento fetal y requerimientos específicos adecuando el cuidado a los mismos.
- d) Las inmunizaciones y la Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), así como el tratamiento del VIH, sífilis congénita y otras patologías.

Artículo... Trato digno durante la atención de salud reproductiva, materna y neonatal. La atención de salud reproductiva, materna y neonatal se realizará con pleno respeto a la dignidad y los derechos de las personas. Con tal fin, el equipo de salud deberá ser capacitado sobre los derechos sexuales y reproductivos. Existirán mecanismos para que las y los usuarios presenten reclamos en caso de vulneración de derechos.

Artículo... Durante la pregestación los servicios de salud comprendidos en el ámbito de aplicación de esta Ley ofrecerán a sus usuarias y usuarios consejería para tomar decisiones informadas sobre el embarazo, prepararse para un embarazo saludable, incluyendo el suministro nutricional y vitamínico necesario o evitar los embarazos no deseados accediendo a la planificación familiar.

Artículo... Durante el embarazo los servicios de salud comprendidos en esta Ley ofrecerán las siguientes intervenciones:

- a) Atención prenatal, incluyendo la identificación de VIH y sífilis y tratamiento a la mujer y su pareja.
- b) Disponibilidad y entrega de medicamentos e insumos para la atención del embarazo.
- c) Información comprensible respecto a acciones en casos de emergencias obstétricas.
- d) La identificación y reporte de las situaciones de violencia física, psicológica o sexual a que pueda estar expuesta la embarazada, y las acciones de prevención y atención de las mismas.

Artículo... Durante el parto los servicios de salud comprendidos en esta Ley ofrecerán **las acciones necesarias** para crear un sistema de referencia en la red de atención que garantice un parto seguro y humanizado, con base en las siguientes acciones:

- a) Ofrecer equipo de salud con insumos disponibles para la atención del parto, incluyendo el

acceso a sangre segura en cantidad y calidad suficientes, así como para la recepción y atención del recién nacido.

- b) Promoción del acompañamiento afectivo a la mujer durante el proceso de parto.
- c) La atención obstétrica de emergencia incluirá **los cuidados mínimos al momento del parto según lo establecido en las normas de la Organización Mundial de la Salud** (cuidado obstétrico de emergencia), así como del **recién nacido**.
- d) Para la atención del parto se proveerá de personal calificado y servicios de apoyo durante las 24 horas.

Artículo... Durante el posparto como mínimo hasta los 42 días posteriores al parto, los servicios de salud comprendidos en esta Ley ofrecerán las acciones necesarias incluyendo:

- a) Atención de posparto.
- b) Identificación e información sobre problemas emocionales consecuencia del parto y sobre la planificación familiar, así como sobre la prevención del cáncer cérvico-uterino y de mamas.
- c) Promoción y apoyo al sostenimiento de la lactancia materna.
- d) Control de salud del recién nacido.
- e) Prevención de complicaciones e información para el cuidado del recién nacido en el hogar luego del regreso de la institución de salud.
- f) Identificación y tratamiento de los problemas derivados de la prematurez, bajo peso al nacer y morbilidad neonatal.
- g) En el caso de los partos en domicilio, se llevará a cabo una visita de personal cualificado entre las primeras 24 a 48 horas.
- h) Protocolo de prevención de transmisión materno infantil (PTMI) a recién nacidos expuestos a VIH o sífilis.

CAPÍTULO IV FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA, MATERNA Y NEONATAL

Artículo... Financiamiento de los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal. Con el fin de corregir desigualdades y garantizar el acceso a los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal, el presupuesto de salud tendrá una partida de financiamiento específica. La asignación presupuestaria priorizará las áreas geográficas con mayor mortalidad materna y neonatal y no podrá ser alterada como consecuencia de crisis financieras.

CAPÍTULO V DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

Artículo... Recursos humanos. Los servicios de salud dispondrán de personal de salud suficiente y calificado para la atención de la salud de la mujer durante la pregestación, el embarazo, el parto y el posparto.

Artículo... Gratuidad de la atención. Los servicios de salud reproductiva, materna y neonatal serán gratuitos en el punto de atención en las instituciones públicas de salud. La atención de emergencias obstétricas será gratuita en todas las instituciones de salud comprendidas en esta Ley, sin perjuicio de los procesos de reembolso interinstitucional aplicables.

Artículo... Rendición de cuentas/evaluación. Para la vigilancia del cumplimiento de los objetivos de esta Ley, así como de las normas y procedimientos de salud reproductiva materna y neonatal que se dicten al efecto, se establecerá un **sistema de monitoreo y evaluación con participación de la comunidad, representantes del sector salud y otras entidades relevantes**. Con tal fin, se formularán indicadores con base en las normas y recomendaciones internacionales acordadas al efecto, y la información obtenida será de carácter público.

Artículo... Promoción de la investigación. Deberá promoverse la investigación relacionada con la incidencia y mecanismos de transmisión del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en diferentes grupos poblacionales, incluidos los recién nacidos, así como difundir los resultados de la misma. Artículo... Protección del derecho de la embarazada al servicio de salud materno y neonatal. Nadie podrá impedir que la embarazada concurra a las instituciones de salud

para recibir la atención correspondiente.

CAPÍTULO VI
SANCIONES

Artículo...Se penalizará con.... (cada país establecerá el régimen sancionatorio de conformidad con su legislación interna). **Se debe incluir la penalización de la pareja o terceros que impidan la asistencia de la embarazada a las instituciones de salud, sea por razones culturales o de otra índole.**

12 OPINIONES ESPECIALIZADAS Y PERIODÍSTICAS

En seguida, y como exposición complementaria, se muestra un apartado de diversas opiniones especializadas en la materia, que muestran parte del panorama bajo el que se ubica a la muerte materna en México, destacando aquellos temas relacionados con la falta de atención médica, sobre todo en el momento de la etapa del parto y, de datos que permiten dimensionar la problemática, las carencias y las necesidades de atenderlas.

“Reducir la mortalidad materna: una prioridad para México”¹²⁵

El quedarse lejos de cumplir con la meta de reducir la Tasa de Mortalidad Materna en un 75%, según los Objetivos Del Milenio, no es el mayor reto que enfrenta México en esta materia, **sino el subregistro de muertes maternas que nunca fueron documentadas mediante un certificado de defunción**. ¿Qué quiere decir esto? Que las muertes maternas no registradas no cuentan para las cifras oficiales, **lo cual probablemente implica que estamos más lejos de cumplir con el quinto ODM de lo que creemos**.

A poco menos de dos semanas de celebrar el Día Internacional de la Mujer el próximo 8 de marzo, vale la pena reflexionar sobre la evolución de la mortalidad materna en México[i]. Contar con un diagnóstico claro en esta materia se vuelve aún más relevante este año, porque **se cumple el plazo para alcanzar las metas** incluidas en los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), planteadas en 1990 por los países integrantes de la Organización de las Naciones Unidas y que el quinto de los ODM incluía entre sus metas el reducir en 75% la tasa de mortalidad materna (TMM) entre 1990 y 2015.

Desafortunadamente, **México no va a cumplir con esta meta**. De hecho, estamos lejos de llegar a una reducción del 75%. De acuerdo a las estimaciones realizadas por Kassebaum, *et al.*, la reducción en la mortalidad materna en nuestro país de 1990 a 2013 fue de 26.8%. Es decir, en lugar de disminuir la TMM de 73.8 en 1990 a una de 20.09 en 2013, solamente cayó a 54, según el estudio anterior. Para cumplir con el quinto de los ODM, México necesitaría disminuir la TMM en 41% cada año de 2013 a 2015, lo cual parece poco probable porque la reducción anual promedio de 1990 a 2013 fue de 1.4%.

El contexto internacional tampoco es muy alentador. De las 188 naciones que acordaron reducir la tasa de mortalidad materna en 75%, solamente 16 cumplirán con el objetivo. Las TMM de estos últimos variaban desde 29 a 293 en 1990. Como puede apreciarse en la **Gráfica 1**, que compara los 17 países latinoamericanos que fueron incluidos en el estudio de Kassebaum, *et al.*, la reducción anual promedio de la TMM en México fue más lenta que la mayoría de los países de la región. Sin embargo, la TMM base en 1990 poco predice la disminución anual promedio hacia la meta 2015. Por ejemplo, Bolivia con una TMM en 1990 de 382.4, casi cinco veces la de México, logró reducir de manera más acelerada el indicador de 1990 a 2013.

¹²⁵ Gómez-Morín Escalante, Lorenzo y Furszyfer, Jonathan, *Reducir la mortalidad materna una prioridad para México*, en Animal Político, Noticia del 26 de febrero del 2015. Dirección en Internet: <http://www.animalpolitico.com/blogueros-el-blog-de-mexico-evalua/2015/02/26/reducir-la-mortalidad-materna-una-prioridad-para-mexico/>. Fecha de consulta 5 de junio de 2015.

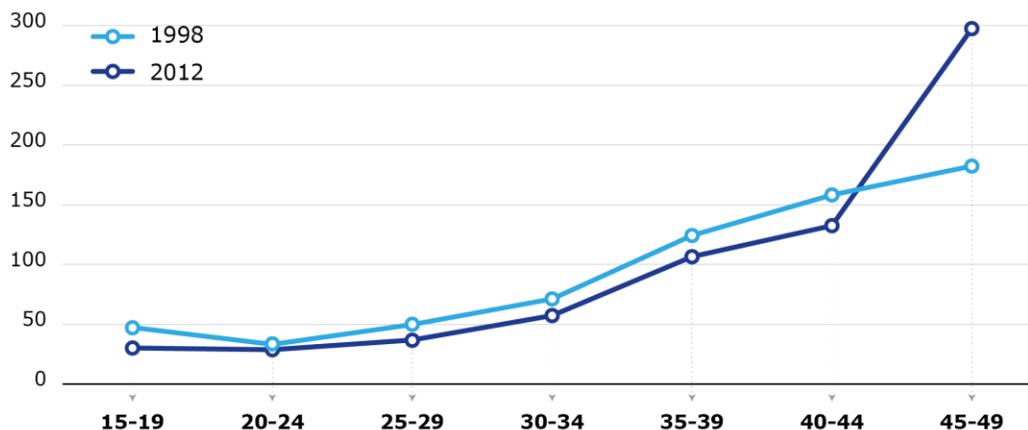
Gráfica 1. Reducción anual promedio en la TMM para países latinoamericanos, 1990-2013

País	TMM 1990	TMM 2013	TMM
Chile	47.8	18.7	-4.10%
Honduras	153.1	72	-3.40%
Bolivia	382.4	179.6	-3.40%
Perú	131.5	63.7	-3.20%
Uruguay	38.7	22.9	-2.30%
Ecuador	142.7	84.6	-2.30%
El Salvador	105.5	65.8	-2.10%
Paraguay	145.6	95.2	-1.90%
Promedio LATAM	94.5	63.5	-1.85%
Nicaragua	105.3	65.7	-1.80%
México	73.8	54	-1.40%
Guatemala	112.8	86.7	-1.20%
Brasil	73.1	58.7	-1.00%
Costa Rica	31.1	24.9	-1.00%
Venezuela	66.6	54.7	-0.90%
Panamá	62.3	55.2	-0.60%
Argentina	60.2	54.7	-0.40%
Colombia	68.2	62.9	-0.40%

Fuente: Kassebaum, N. J., et al. (2014). Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet, 384(9947), 980-1004.

Como podemos ver en la Gráfica 2, el progreso en la reducción de la TMM en México de 1998 a 2012 no fue igual para todos los grupos de edad. En mujeres entre 20 y 24 años, prácticamente no hubo avances, pero sí los hubo entre los 15-19 y 25-40 años. Sobre todo, llama la atención que el riesgo de morir en el embarazo o el parto para mujeres entre 45 y 49 años aumentó considerablemente. No contamos con suficientes elementos para explicar el cambio abrupto en esta categoría, tras comparar los dos años, y creemos que vale la pena explorar sus causas en futuras investigaciones.

Gráfica 2. Tasa de Mortalidad Materna por categoría de edad: 1998 vs. 2012

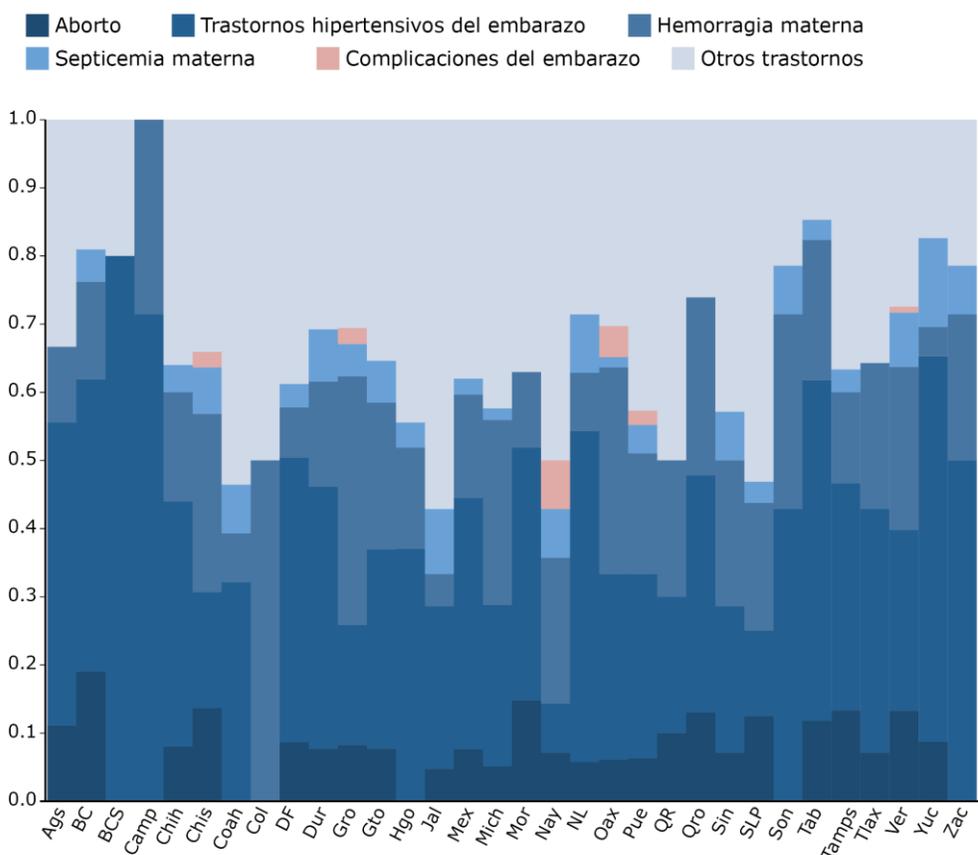


Fuente: Certificados de Defunción (SINAIS 1998-2012) y Estadísticas vitales: nacidos vivos (INEGI).

Asimismo, reclasificamos todas las causas de muerte materna documentadas mediante certificados de defunción, con base en la metodología de la Organización Mundial de la Salud (OMS) denominada *Global Burden of Disease*. Estas se dividen en seis categorías: (1) aborto; (2) trastornos hipertensivos del embarazo; (3) hemorragia materna (por ejemplo, placenta previa); (4) septicemia materna (por ejemplo, infecciones post-parto); (5) complicaciones del embarazo (por ejemplo, parto obstruido); y (6) otros trastornos. Esta última categoría agrupa muchas causas asociadas a la mala atención prenatal que no logró mitigar los riesgos surgidos durante el embarazo.

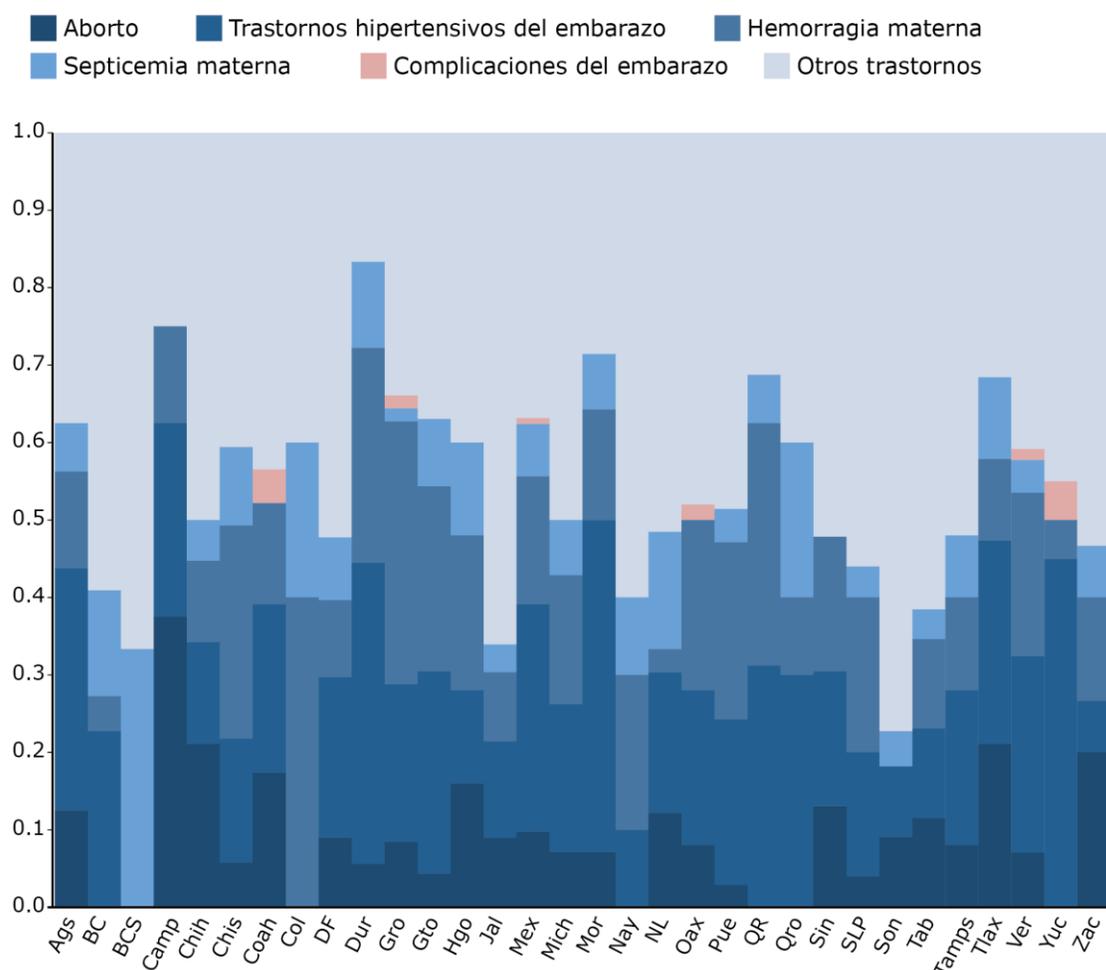
En las **Gráficas 3 y 4**, se puede comparar el peso que tuvo cada una de estas seis categorías en la mortalidad materna en los años de 1998 y 2012. Por un lado, nos preocupa que la categoría de “otros trastornos” haya aumentado de manera sustancial en todos los estados, lo cual refleja que no están siendo exitosas las políticas de atención prenatal –una de las principales recomendaciones de la OMS para disminuir las TMM en países en desarrollo. Por otro lado, se registró un incremento considerable en las muertes por aborto y septicemia materna, lo cual es particularmente preocupante en estados como Campeche, Chihuahua, Coahuila, Hidalgo y Tlaxcala. La buena noticia es que las muertes por trastornos hipertensivos del embarazo y hemorragias maternas disminuyeron considerablemente, lo cual puede ser efecto de la implementación de políticas como el Seguro Popular, como lo demuestran algunos estudios.

Gráfica 3. Causas detrás de la mortalidad materna por estado, 1998



Fuente: Certificados de defunción (SINAIS) 1998 y 2012. Estimaciones de los autores.

Gráfica 4. Causas detrás de la mortalidad materna por estado, 2012



Fuente: Certificados de defunción (SINAIS) 1998 y 2012. Estimaciones de los autores.

El quedarse lejos de cumplir con la meta de reducir la TMM en un 75%, según los ODM, **no es el mayor reto que enfrenta México en esta materia, sino el subregistro de muertes maternas que nunca fueron documentadas mediante un certificado de defunción. ¿Qué quiere decir esto? Que las muertes maternas no registradas no cuentan para las cifras oficiales, lo cual probablemente implica que estamos más lejos de cumplir con el quinto ODM de lo que creemos. ¿Cuál es la magnitud del subregistro de muertes maternas?** Desafortunadamente, no podemos conocer con precisión este dato. En un ejercicio anterior, intentamos estimar el nivel de subregistro de las defunciones totales en México. Para ello, comparamos las muertes registradas mediante certificados de defunción contenidas en el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), con las proyecciones de muertes elaboradas por el Consejo Nacional de Población (Conapo).

Dado que Conapo no publica proyecciones de defunción materna, no pudimos realizar este cálculo. Sin embargo, lo que sí es posible estimar, como puede ser consultado en la **Tabla 1**, es la magnitud en el subregistro de defunciones de mujeres entre 15 y 49 años, es

decir, el rango de edad normalmente utilizado en la literatura para evaluar la mortalidad materna. Cabe destacar que no todas las muertes en este rango de edad son maternas, pero creemos que podría ser una buena aproximación para estimar la magnitud del subregistro[ix]. Los porcentajes negativos de la **Tabla 1** reflejan en qué medida las estimaciones estadísticas de defunciones realizadas por CONAPO son mayores al registro de certificados de defunción de mujeres. **Por ejemplo, una cifra igual al -70% refleja que de 100 muertes que CONAPO estimó para un año y grupo de edad específico, solamente se registraron 30 mediante un certificado de defunción.**

Tabla 1. Magnitud del subregistro de defunciones de mujeres por categoría de edad

Edad (años)	Año 1998	Año 2012
15-19	-77.67%	-79.80%
20-24	-78.04%	-81.02%
25-29	-78.85%	-81.48%
30-34	-77.26%	-79.65%
35-39	-74.72%	-76.76%
40-44	-72.40%	-75.00%
45-49	-68.26%	-70.35%

Fuente: Certificados de Defunción (SINAIS 1998-2012) y Proyecciones Demográficas: defunciones (CONAPO 1998-2012)

En nuestro post anterior observamos que **las entidades federativas donde se concentraron los mayores niveles de subregistro de defunciones de mujeres son las que cuentan con mayores niveles de marginación.** Según nuestras estimaciones, en 2012, por lo menos 7 de cada 10 defunciones ocurridas en mujeres (15-49 años) no se registraron mediante un certificado de defunción. Esto implica que la TMM oficial sea probablemente más alta, porque entre las muertes de mujeres no registradas asumimos que algunas suceden durante el embarazo o el parto.

Hace falta mucho camino por recorrer para lograr reducir la TMM en México en la proporción planteada por los ODM en 1990. Pero uno de los pasos esenciales para lograr esta meta es mejorar el registro de defunciones maternas. Sin ello, el diagnóstico con el que cuentan nuestras autoridades es incompleto y puede afectar la eficacia y eficiencia de las políticas de salud pública destinadas a garantizar una mayor calidad de vida. Mejorar el registro no solamente permitirá definir de manera más precisa la TMM a nivel local y así concentrar los esfuerzos en los estados donde más se necesiten, sino que nos ayudará a entender cuáles son las causas en todo el proceso del embarazo y parto que implican un riesgo más agudo para las mujeres mexicanas”.

Análisis de caso CONEVAL¹²⁶

Yaneth Fallece por retardo en la atención por un tratamiento incorrecto e inoportuno

Caso 1

Yaneth nació en 1989. Vivía en unión libre, se dedicaba al hogar, aunque tenía estudios profesionales y no hablaba ninguna lengua indígena. **Residía en una localidad de menos de cinco mil habitantes de muy bajo grado de rezago social en 2010 y en un municipio de muy bajo grado de rezago social**, que pertenece a una entidad federativa en el centro del país que mostró bajo grado de rezago social de 2000 a 2010. **Tenía antecedentes familiares de Diabetes mellitus y cursaba su primer embarazo. Estaba afiliada al Seguro Popular.**

Su **primera consulta** prenatal la tuvo a las ocho semanas de gestación. En la **segunda consulta** —a las 13.5 semanas— le diagnostican cervicovaginitis, acerca del cual no se especifica si se le indicó tratamiento. Para la **tercera consulta** prenatal se precisó que por ultrasonido las semanas de gestación eran 17.5 y por fecha de última menstruación dieciséis semanas. Acudió a la **cuarta consulta** a las veinticuatro semanas —por ultrasonido— y se le diagnosticó infección de vías urinarias, así como probable inserción baja de la placenta. En la **quinta consulta** se volvió a diagnosticar cervico-vaginitis y la probable inserción baja de la placenta, por lo que en la semana 24.2 de gestación se le envió a un centro especializado de atención primaria a la salud para su valoración por ultrasonido. Para la **sexta consulta**, contaba con 28.5 semanas de gestación de acuerdo con el ultrasonido, se diagnosticó con probable placenta previa e infección de vías urinarias recurrente, y se le solicitó cultivo. Esta **última consulta** ocurrió dieciséis días antes de que **buscara atención en un hospital materno perinatal**. En el transcurso de sus consultas prenatales se le indicó tomar ácido fólico, hierro y se le aplicaron dos dosis de toxoide tetánico y en los “eslabones críticos” se asentó que rechazó la prueba de detección de influenza.

Yaneth inició su padecimiento con tos y fiebre un mes antes de su fallecimiento. En el hospital materno perinatal se registró que acudió en la semana 30.4 de gestación —por fecha de última menstruación— **por amenaza de parto pretérmino, cervico-vaginitis, infección de vías urinarias y síndrome febril.** Además, **que tuvo amenaza de aborto y recibió tratamiento, situación que no está asentada en las consultas prenatales.** El **hospital no se encuentra en su localidad, sino en la capital del estado, a menos de dos horas de desplazamiento.**

A la exploración física, como datos relevantes, presentó leucorrea verdosa y giordano positivo,¹⁹⁵ 38.6°C de temperatura, tensión arterial dentro de límites normales y frecuencia cardíaca fetal de 180 por minuto. Se le realizaron exámenes de laboratorio de biometría hemática y examen general de orina, los cuales **confirmaron la presencia de un proceso infeccioso.** Se le indicó hidratación parenteral, antibioticoterapia (ceftriaxona y clindamicina), un antibiótico local vaginal, antipirético y un uteroinhibidor (indometacina rectal). **Al día siguiente de su ingreso hospitalario, la fiebre disminuyó, pero no se encontró actividad uterina y se agregó tos y rinorrea al cuadro, por lo cual se añadió nebulizaciones y esteroides al tratamiento como esquema para propiciar la madurez pulmonar del bebé.**

Al tercer día de hospitalización, tanto el síndrome febril como el parto pretérmino fueron controlados, de modo que se le dio prealta y la indicación de continuar con el mismo tratamiento. Sin embargo, **ese mismo día durante la noche la fiebre reapareció y llegó a 37.7°C y “tos importante”,** por lo que continuó con el mismo tratamiento. **Yaneth fue egresada al día siguiente por “mejoría clínica”,** pues su temperatura fue controlada nuevamente y ya no presentaba leucorrea ni parto pretérmino; el tratamiento que se le prescribió incluía: gentamicina, cefalexina, paracetamol, ambroxol, ketoconazol/clindamicina vaginal, cita abierta a urgencias y a consulta con el ginecobstetra en quince días.

¹²⁶ CONEVAL, Anexo 2 de la *Evaluación estratégica sobre mortalidad materna 2010*, Op.Cit.

Al tercer día posterior a su egreso del hospital, acudió al **Centro Especializado de Atención Primaria a la Salud**, ubicado en otra localidad, con **dificultad respiratoria severa**, odinofagia, cianosis bucal y distal, entre otros signos y síntomas. Difirieron el tacto vaginal, constataron la frecuencia cardíaca fetal de 180 latidos por minuto, por doppler y se registró lo siguiente: **“Se comenta con familiar la necesidad de traslado a un hospital de tercer nivel, decidiendo llevarla por medios propios para ahorrar tiempos, otorgándose referencia para el hospital...”**.

El mismo día, llegó al hospital de tercer nivel. Hay que señalar que **no se encuentra el registro de su hora de ingreso**, por lo cual se desconoce el tiempo de traslado desde donde la refirieron. Ingresó a través del servicio de urgencia y fue trasladada a la unidad de **terapia intensiva**, previa toma de PCR, 196 rayos X y ultrasonido, **con diagnóstico de embarazo de 31.4 semanas, probable neumonía atípica a desarrollar influenza**. Como datos relevantes, los médicos la encontraron con taquicardia, oliguria y cianosis. Tres horas más tarde, **se decidió la interrupción del embarazo**. Durante el puerperio inmediato, Yaneth tuvo una evolución tórpida, con falla renal; **se estabilizó dentro de los tres días posteriores y en el sexto día de estancia intrahospitalaria se mantuvo estable; sin embargo, no se apreció mejoría en sus controles radiográficos**. A partir del **séptimo día de hospitalización, empeoró su condición, y sólo tuvo momentos de mejoría**. Al día diecinueve de estar ingresada, **su estado se volvió crítico y murió dos días después. El diagnóstico de egreso fue falla orgánica múltiple secundaria a choque séptico**.

Yaneth tenía acceso a los servicios de salud e hizo uso de ellos en todos los niveles de atención, además de que estaba afiliada al Seguro Popular. Sostuvo al menos seis consultas prenatales, las cuales iniciaron en el primer trimestre de la gestación. En su segunda consulta se le diagnosticó cérvico-vaginitis y en la cuarta, infección de vías urinarias e inserción baja de placenta, por lo que se le refirió a un centro especializado para su valoración. Lo que no se precisa en la información es si acudió a esta cita o si lo hizo posteriormente. En la sexta y última consulta prenatal, cerca de un mes y medio antes de su fallecimiento, le volvieron a diagnosticar la infección de vías urinarias recurrente y la placenta previa. No hay registro sobre la vacunación contra la influenza.

Un mes antes de su fallecimiento buscó atención en un hospital maternoperinatal que está fuera de su localidad, por presentar fiebre, infección de vías urinarias y la cérvico-vaginitis. Fue hospitalizada durante cuatro días y, pese a que en los últimos dos días se agrega tos, odinofagia y fiebre persistente, fue dada de alta. A los tres días de egresar, asistió a la consulta a la que había sido referida por el primer nivel; de nuevo, se trata de una unidad médica fuera de su localidad. Llegó con dificultad respiratoria severa, por lo cual se recomendó su traslado a un tercer nivel, a cargo de sus familiares, con el argumento de “ahorro de tiempo”. No se sabe cuánto tiempo demoró el traslado y cuáles fueron los costos, además de que para entonces Yaneth presentaba un cuadro grave de insuficiencia respiratoria.

La unidad médica de tercer nivel también se encuentra fuera de su lugar de residencia. Se le recibió y diagnosticó en el servicio de urgencias del hospital de tercer nivel. Se sospechó que se trataba de influenza. Fue remitida al servicio de terapia intensiva, donde se inició el manejo y durante diecinueve días presentó pequeñas mejorías, no obstante que su estado continuaba muy grave. Ahí, desde su llegada, se interrumpió el embarazo de 31.4 semanas. Finalmente, Yaneth murió a los veintidós días de estancia hospitalaria a consecuencia de choque séptico.

Es evidente el fracaso del manejo de la infección de vías urinarias y de la cérvico-vaginitis en el primer nivel de atención. Fueron padecimientos que llevó consigo hasta que otra enfermedad apareció, de la cual no se sospechó cuando estuvo hospitalizada y que, a pesar de empezar con las manifestaciones clínicas, se desestimó. Yaneth y su familia hicieron frente a los gastos que implicó la búsqueda de atención; acudió a las unidades médicas a las que fue referida por sus propios medios, aun cuando arribó al tercer nivel en un **estado grave, justificándose la falta de apoyo de la unidad de referencia para que su atención fuese más rápida**.

No hay explicación de por qué una mujer joven, de veinte años, que mantuvo contacto con los servicios de salud no pudo sortear los dos padecimientos que la aquejaron gran parte de su embarazo y que, pese a tener contacto con el segundo nivel de atención, en una época reciente en que la influenza AH1N1 había asolado a todo el país, no se sospechó que era el padecimiento que empezó a manifestarse antes de que egresara de su primera hospitalización; asimismo, llama la atención que una mujer que durante meses buscó atención a sus padecimientos rechazara la prueba de detección de la influenza. Parece que todo quedó en manos de Yaneth y en su persistencia en la búsqueda de atención.

CONCLUSIONES

- La consulta prenatal conforme a lo que marca la norma **no asegura el tratamiento oportuno de las mujeres de alto riesgo**, como es el caso de aquellas con enfermedades concomitantes.
- Se observan **deficiencias importantes en la comunicación entre los diferentes niveles de atención**, ya que la información que se genera y registra no es compartida entre éstos, lo que ocasiona duplicidad de trabajo, falta de información para una integración diagnóstica y terapéutica mejor argumentada, y pérdida de una posible sinergia en pro de la atención a las usuarias.
- No obstante el esfuerzo para documentar las muertes maternas, **es frecuente encontrar inconsistencias entre los resultados que arroja el cuestionario confidencial**, el dictamen de muerte materna, los eslabones críticos y los resúmenes clínicos

Víctima de violencia obstétrica lleva 13 años en espera de justicia¹²⁷



Foto: Yunuhen Rangel Medina

Indígena Irene Cruz quedó postrada tras mala atención en parto

Desde hace 13 años Irene Cruz Zúñiga, mujer oaxaqueña de origen mixteco, vive postrada en una cama.

Una mala práctica médica **durante el nacimiento de su hijo Epafrodito la condenó a vivir sin poder moverse y a comunicarse con su familia a base de gemidos y sonidos que hace con su garganta.**

¹²⁷ Zamora Márquez, Anaiz, *Víctima de violencia obstétrica lleva 13 años en espera de justicia*, en Cimacnoticias, 1 de agosto de 2014, Dirección en Internet: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/67251>. Fecha de consulta 27 de mayo de 2015.

Irene es un caso emblemático de morbilidad materna (secuelas en la salud por complicaciones en el parto, embarazo o puerperio), **violencia obstétrica, falta de acceso a la justicia y de reparación integral del daño, y vulneración de los derechos sexuales y reproductivos.**

“Cuando mi hermana salió de la casa para aliviarse, alcanzó a voltear y me dijo: ‘luego seguimos platicando’. Tengo 13 años esperando esa plática”, dice a Cimacnoticias Carlos Cruz Zúñiga, sentado en medio de la habitación de adobe que Irene comparte con sus padres y su hermana menor y que al mismo tiempo es comedor, sala y dormitorio.

La familia Cruz Zúñiga vive en Barranca Fiera, una de los parajes que integran la comunidad de Morelos, localidad perteneciente al municipio de Santa Cruz Itundujia, en Oaxaca. El nombre del paraje se debe a una caída de agua ubicada en la localidad, pero bien podría describir la condición de inaccesibilidad a servicios básicos en la que viven sus habitantes.

Con la voz entrecortada, Carlos recuerda que él y su hermana pasaron su infancia jugando entre los árboles, y su juventud dedicada a la pizca de café en los municipios vecinos. Ella se casó a los 25 años de edad y tenía la ilusión de tener una familia grande, su primer y único embarazo ocurrió un año después.

Irene dio seguimiento a su embarazo con las brigadas médicas voluntarias que cada mes visitaban Barranca Fiera. En esos años la comunidad de Morelos, y más aún la colonia, carecían de servicios de salud.

En 2008 se inauguró un Centro de Salud, pero actualmente no atiende emergencias médicas, lo que abre la puerta a que historias como la de Irene se repitan.

PARTO

La noche del 20 de junio de 2001 Irene presentó dolores de parto. **Como era la tradición de la comunidad, fue auxiliada por una partera.** Pasaron las horas y el producto “no se acomodó”, así que la partera la mandó a la unidad de salud “más cercana”, es decir a dos horas de distancia.

Su entonces esposo, Alberto Núñez Cruz, y sus padres, Enrique Cruz y Maura Zúñiga García, la llevaron a Santa Cruz Itundujia donde la tarde del 21 de junio de ese año no la pudieron atender porque no tenían el equipo necesario para emergencias obstétricas.

“Como no había ambulancia”, una camioneta del municipio llevó a Irene al Hospital Rural del IMSS más cercano, ubicado en el municipio de Tlaxiaco, lo que le implicó dos horas más de camino de terracería.

Finalmente, la madrugada del 22 de junio a Irene **le practicaron una cesárea de emergencia. De acuerdo con el expediente médico también se ordenó implantar un dispositivo intrauterino (DIU) sin el consentimiento de Irene o su familia, pues se sabe que ella deseaba tener más hijos.**

Hasta la fecha se desconoce si el DIU fue implantado o no, pues no se dio seguimiento ginecológico.

Horas después su esposo, Alberto Núñez, fue informado de que la situación de Irene y su hijo era grave, y sin más información la trasladaron al Hospital Civil de Oaxaca (Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, ubicado a tres horas de distancia en la capital del estado y perteneciente a los Servicios de Salud de la entidad).

De acuerdo con el expediente médico, Irene salió de Tlaxiaco con un pronóstico de “Glasgow” (escala que evalúa el nivel de conciencia de las personas víctimas de traumatismo craneoencefálico) de “bueno para la vida, malo para la función”.

El Hospital Civil le diagnosticó “encefalopatía hipóxica isquémica”, es decir pérdida total de la movilidad y razonamiento.

CONSECUENCIAS

Doña Maura, mamá de Irene, cuenta a esta agencia que las horas en Tlaxiaco (mientras intervenían a Irene) fueron de incertidumbre, y debido al cansancio de los trayectos ella decidió ir a descansar a casa de unos familiares.

“Me iba a acostar y llegó mi esposo a decirme que Irene estaba mal y que la iban a llevar a Oaxaca, que yo tenía que quedarme a cuidar al bebé”.

Desde ese momento y hasta la fecha, doña Maura está a cargo de Epafrodito, quien “pasó ocho días en la incubadora. Para que me lo pudiera traer (a la casa) me enseñaron a

alimentarlo con fórmula y leche en polvo; al principio era bien complicado, yo ya no estaba en edad de cuidar bebés; con el paso del tiempo tuve que dividir mi tiempo para cuidar al bebé y a Irene.

“Afortunadamente ya creció y se vale por el mismo, ahora sólo me levanto a hacerle su atole antes de las 5:30 de la mañana, que es la hora a la que sale para caminar hasta la secundaria. Cuando toda la familia se va, yo le hablo a Irene con la esperanza de que se levante un día y vuelva a platicar conmigo”, dice la mujer, **quien explica que ahora su hija se comunica con ella con miradas y parpadeos.**

Irene pasó una semana en terapia intensiva y dos meses en medicina interna del Hospital Civil. “Nuestra forma de estar ahí era tender un cartoncito para dormir”, recuerda su hermano Carlos.

“Era muy doloroso ver a mi hermana con tubos, estaba irreconocible. Ya no teníamos dinero y los médicos nos dijeron que si pasaba un poco de té y atole por la boca podíamos alimentarla en casa; como si pudo hacerlo la dieron de alta.

“Primero la reingresamos al hospital de Tlaxiaco (donde estuvo 15 días), pero los desgastes económicos ya eran bastantes y decidimos traerla al cuarto. A partir de entonces nos hacemos cargo de ella, un tiempo intentamos que fuera a rehabilitación, pero el dinero que sacamos del campo no nos rindió”, relata Carlos.

Don Enrique, padre de Irene, **explica que fue hasta 2012 que, gracias a un peritaje médico, supieron que la anestesióloga colocó la anestesia sin controlar la presión, lo que provocó varios paros cardiacos que impidieron que el oxígeno llegara al cerebro y finalmente le provocaron la inmovilidad que ahora padece.**

Eso se tradujo, detalla don Enrique, en la obligación de incrementar su jornada en el campo para mantener a su nieto, y significó que al volver a casa “en lugar de descansar deba mover a su hija de posición para que no le salgan llagas”.

Mientras hace tortillas a mano, Enimia Cruz Zúñiga, hermana menor de Irene, cuenta que desde los 21 años dedica parte de su vida a cuidar a su hermana y a su sobrino. “Mi día empieza desde las 5 de la mañana y acaba a las 9 de la noche”; lo más difícil es lograr que Irene coma, detalla.

Enimia decidió no formar una familia y no ejercer la maternidad debido a que “lo que le sucedió a mi hermana me creó desconfianza; yo sentí que me podía pasar algo igual y tener un sufrimiento así; me afectó mucho y hasta ahorita tengo miedo”. También abandonó sus planes de salir de la comunidad y trabajar.

Ella se siente defraudada por los servicios de salud y asegura que ser mujer en su comunidad es “muy difícil”, y sin saber mucho de cómo funciona el sistema sanitario, considera que para evitar más casos como el de su hermana “necesitamos una doctora, pues ella es de más confianza para las mujeres, para que no de repente lleguen a manos de alguien que no conocen y no saben cómo las va a tratar”.

IMPUNIDAD

Durante la estancia de Irene en el Hospital Civil de Oaxaca su esposo comprendió que el caso no era algo **“que simplemente había ocurrido por mala suerte”, y empezó su exigencia de justicia: presentó una demanda por negligencia médica.**

Alberto Núñez Cruz se presentó ante el Ministerio Público del fuero común adscrito al Hospital Civil de Oaxaca el 30 de junio de 2001. Carlos asegura que por dos meses su cuñado pudo pagar “unos abogados que parece que no hicieron nada por el caso”.

“Ya habíamos ido en tres o cuatro ocasiones a Tlaxiaco para que nos explicaran por qué mi hermana había salido así, si estaba perfectamente bien, pero todos nos cerraron las puertas”, explica Carlos.

La situación económica de la familia obligó a Alberto a emigrar a Estados Unidos; aunque volvió por un tiempo, después marchó de nuevo y hasta hoy la familia desconoce su paradero. Nadie dio seguimiento al proceso judicial.

Pese a la denuncia, la familia nunca recibió notificaciones o información relativa al curso de la investigación y al proceso legal. Fue hasta 2010, con el relevo en el gobierno estatal, que el expediente fue desempolvado. **La familia fue citada a declarar nuevamente en la ciudad de Oaxaca.**

La Procuraduría General de Justicia de Oaxaca (PGJO) cometió dilaciones y omisiones que entorpecieron el caso, ya que tardó mucho tiempo en pedir los informes médicos, no realizó los peritajes correspondientes, y el expediente quedó almacenado por años.

Hasta el 19 de octubre de 2011 la PGJO determinó declinar la competencia a favor de la Procuraduría General de la República (PGR), en razón de que el delito fue cometido por servidores públicos del IMSS, que son del orden federal. Así, la instancia inició la averiguación previa AP/PGR/OAX/HL/195/2011.

Fue hasta el 6 de julio de 2012 que la PGR encontró a María de Lourdes Franco Vásquez, anestesióloga de la cesárea, como probable responsable del delito de lesiones culposas con la agravante de responsabilidad profesional, usurpación de profesión, y ejercicio indebido del servicio público. Por ello solicitó el auto de formal prisión en su contra.

El 21 de agosto de ese año el Juez Cuarto de Distrito dictó el auto de formal prisión contra Franco Vásquez. Pero la anestesióloga, tras pagar una fianza, interpuso un recurso de apelación que fue radicado en el Primer Tribunal Unitario del Décimo Tercer Circuito en Oaxaca.

REPARACIÓN DEL DAÑO

En diciembre de 2013, el magistrado Rubén Pablo Ruiz Pérez, del Primer Tribunal Unitario, **determinó que el delito había prescrito, resolución que dictó luego de solicitar la elaboración de un peritaje antropológico con perspectiva de género, para tener mayor conocimiento del contexto cultural, pues se trataba de una víctima de origen indígena.**

Antes de emitir el acuerdo judicial, el magistrado recibió un Amicus Curiae (argumentos jurídicos de especialistas sobre un caso judicial) elaborado por la organización Fundar, Centro de Análisis e Investigación, y en el que recomendó medidas de reparación integral del daño para las víctimas (Irene, su hijo y su familia), por parte de autoridades estatales y federales.

En su fallo, el magistrado consideró que las lesiones y daños sufridos por Irene aún existían y por tanto determinó que era necesaria la reparación del daño de las víctimas, es decir de Irene y de su hijo, Epafrodito. Al mismo tiempo sostuvo que la familia de Irene (doña Maura, Enimia, don Enrique y Carlos) es víctima indirecta de los hechos.

Como se determinó que el delito prescribió –ya que el Código Penal estatal establece una temporalidad de 10 años para el tipo de lesiones culposas–, el magistrado emitió un acuerdo judicial en el que pide al **Estado mexicano otorgar a Irene y su familia una indemnización y rehabilitación, así como las medidas de no repetición que deben implementar diversas dependencias, aunque no precisa qué le corresponde a cada una.**

Para la abogada de la familia, Jaqueline Sáenz, el caso sienta un precedente pues es uno de los pocos o el único con una resolución que considera **las afectaciones individuales, familiares y colectivas y plantea –aunque de manera limitada, pues no precisa a las dependencias responsables– las formas en que se debe lograr una reparación integral del daño.**

Daniela Ramírez Camacho, maestra en Ciencia Política y quien junto con el doctor en Antropología Juan Carlos Martínez Martínez elaboró el peritaje antropológico del caso, explica que **Irene sufrió diversas violaciones a sus Derechos Humanos (DH), sobre todo en su salud sexual y reproductiva, su integridad personal, acceso a la justicia y la reparación integral del daño, todo ello enmarcado en un clima de discriminación y segregación contra las mujeres indígenas.**

Para Ramírez Camacho **las violaciones a los DH son claras desde antes del parto, la falta de accesibilidad y las condiciones precarias de los servicios –y que le hicieron recorrer grandes distancias–, son una muestra de que el Estado mexicano no garantizó plenamente su derecho a la salud.**

Además, aunque no se sabe si efectivamente se le colocó el DIU, la sola instrucción de hacerlo indica un mal proceder médico, violencia obstétrica y una violación a los derechos

reproductivos, a lo que se suman las omisiones que impidieron que Irene accediera a la justicia de manera expedita.

A decir de Daniela Ramírez, una vez **que las dependencias asuman su responsabilidad, el caso de Irene podría contribuir a fortalecer la visión de justicia y de reparación del daño, ya que las medidas van desde que ella y su hijo tengan servicios de salud de por vida, Epafrodito cuenta con una beca escolar, y que el Estado remunere económicamente los cuidados que les han brindado sus parientes.**

SERVICIOS DE SALUD

Otras de las medidas de no repetición son el mejoramiento de los servicios de salud en la comunidad de Morelos. Al respecto, Faustino Romero García, agente de policía de esa comunidad, reconoce que **el Centro de Salud (inaugurado en 2008) a veces no cuenta con los insumos suficientes y son los pobladores los que pagan los gastos del médico pasante que atiende, además de que carece de una ambulancia y los traslados a hospitales cercanos son complicados e implican un gasto considerable para las familias.**

Por su parte, Centolia López, una de las dos mujeres que fue agente de policía en la comunidad, sostiene que lo que se necesita es **un médico de planta comprometido en atender a las mujeres**, y que tenga “el entendimiento de que en el pueblo las que van a ser madres tendrán más confianza si las atiende una mujer”. Por ello, aclara, podría incorporarse a las parteras a esta atención.

Florencia Zamora Muñoz, mejor conocida como “doña Lenchita”, (única partera en la comunidad), asegura que **aunque los médicos y las parteras tengan visiones distintas de cómo se debe atender a una mujer, podrían trabajar en conjunto pues aunque ellos tengan conocimientos científicos, ellas tienen la experiencia necesaria aunque muchas veces su sabiduría ancestral es menospreciada, lamenta.**

La antropóloga Mirna Cruz Ramos sostiene que **en México, pero en particular en Oaxaca, se debe avanzar hacia la construcción de un sistema de salud intercultural, que se refiere a la capacidad de los servicios de salud de aplicar tres modelos de atención: tradicional, biomédico y doméstico, para así lograr que se respeten esos conocimientos y las mujeres de origen indígena puedan acceder a servicios de salud que no perciban como ajenos.**

Irene y su familia están en espera de una respuesta por parte de las autoridades involucradas en la reparación integral del daño, pues hasta el momento dependencias como el IMSS o el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) les han ofrecido algunos beneficios o una especie de indemnización, pero nada se ha concretado.

Como muestra del desinterés del Estado mexicano por combatir la muerte y morbilidad maternas, así como en garantizar el acceso a la justicia a víctimas de violencia obstétrica, el caso de Irene será expuesto en foros públicos. La violencia obstétrica que enfrentan las mexicanas de poblaciones vulnerables es un tema que ya se ha expuesto ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).

Documentan 23 casos de violencia obstétrica en hospitales del DF¹²⁸

REPORTAJE ESPECIAL

MÉXICO, D.F. (apro).- El 15 de diciembre de 2011, “María”, originaria del estado de Guerrero, acudió al Hospital Materno Pediátrico de Xochimilco, dependiente de la Secretaría de Salud del Distrito Federal (Sedesa), para que la asistieran en el parto de su segundo hijo.

¹²⁸ Pantoja, Sara, *Documentan 23 casos de violencia obstétrica en hospitales del DF*, en Proceso, 28 de mayo del 2015, Dirección en Internet: <http://www.proceso.com.mx/?p=405655>. Fecha de consulta: 28 de mayo de 2015.

A pesar de que ya sentía cólicos y contracciones, los encargados del nosocomio le dijeron que no podían recibirla porque no tenían cupo y la transfirieron al Materno Infantil de Magdalena Contreras. Ahí empezó su tragedia.

El 3 de enero de 2012, personal de ese hospital la revisó y le dijo que los signos vitales de su hijo estaban “normales”. **Un médico le informó que, debido a su baja estatura, debían hacerle cesárea. La programó para el siguiente día y le sugirió practicarle la salpingoclasia “para que ya no tuviera más hijos y se dedicara a gozar”.**

La mañana siguiente, ya en la cama del hospital, cinco médicos residentes discutían la atención que debían darle. **Uno se quejaba hasta con groserías porque le enviaban muchas cesáreas y faltaban cirujanos.**

Los galenos le comentaron que a su bebé le faltaban dos semanas para nacer y que mejor se regresara a su casa a esperar. Ella protestó. El médico encargado le dijo que si quería, le hacía la cesárea, pero bajo su propia responsabilidad, pero que su hijo nacería “prematureo o mal”.

“María” pidió que le hicieran un ultrasonido para corroborar el tiempo de gestación. “¿Está bien mi hijo?”, preguntó a la doctora que la revisó. Ésta guardó silencio, sólo le dijo: “Su doctor le explicará”. Los de bata blanca seguían discutiendo, pero el mismo que le ordenó esperar en su casa, cambió su discurso y le soltó la noticia hasta en tono burlón: **“Su hijo está muerto, pero usted está joven, puede tener otro”.**

Aún en shock por la noticia, “María” recibió medicamento para provocar la expulsión del feto. El dolor comenzó y los maltratos también. **Ninguna enfermera la ayudó a pasar de la cama a la camilla, pese a que parte del cuerpo de su hijo ya estaba afuera. El dolor hacía que se encogiera, pero las enfermeras la jalaban de los brazos para evitarlo.**

Tras minutos de sufrimiento físico y emocional, **la mujer pidió ver el cuerpo de su hijo, pero se lo negaron. Enseguida le aplicaron un sedante y cuando despertó le llevaron el cuerpo. Ya estaba congelado.**

Violencia obstétrica

El de “María” fue uno de los **23 casos de violencia obstétrica documentados por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) en la recomendación 3/2015 dirigida a la Secretaría de Salud del DF** que encabeza Armando Ahued.

Como parte de la conmemoración del Día Internacional de la Atención en la Salud de la Mujer, el organismo presidido por Perla Gómez explicó que **las quejasas eran beneficiarias del Seguro Popular y aún así, sus derechos fueron violados en el transcurso de su embarazo y al momento de solicitar atención médica en la Red de Salud Pública del Distrito Federal.**

Durante la revisión de las quejas recibidas durante los últimos años, la CDHDF identificó los siguientes hechos: **deficiente o mala práctica médica, tratos crueles, inhumanos o degradantes, maltrato físico o psicológico como indiferencia, insensibilidad e irresponsabilidad institucional por la ausencia de equipo médico adecuado, medicamentos básicos y especialistas.**

En 90% de los casos, las trataron con comentarios irónicos, descalificadores y hasta en tono de chiste, tardaron en atenderlas, no las dejaron preguntar sobre su propia salud o no les contestaban, diferentes médicos les hicieron tactos vaginales reiterados, les negaron el contacto inmediato con su recién nacido, las culparon de no cooperar para mejorar su situación y cuando sus hijos murieron, no les dieron explicación alguna.

Peor aún, según la Comisión, **la mayoría de las mujeres que presentaron una queja contra la Sedesa eran adolescentes, indígenas o tenían VIH, entre otras condiciones de vulnerabilidad que las hicieron más susceptibles de padecer abusos.**

Al momento de la violación de sus derechos, las mujeres tenían entre 15 y 33 años de edad, más de la mitad trabajaba en el hogar y la mayoría tenía estudios de educación básica. Más: 14 de ellas cursaba su primer embarazo. Dos de ellas murieron, una de apenas 15 años.

En nueve de los 23 casos, las mujeres alumbraron cuerpos sin vida y más de la mitad tenía 38 semanas de gestación. A tres se les extirpó total o parcialmente el útero y a una se le impuso un método anticonceptivo definitivo sin su consentimiento. Nueve de los bebés nacidos vivos requerirán valoraciones a corto y mediano plazo para detectar algún factor de

riesgo relacionado con su desarrollo físico y psicoemocional, además de que deberán recibir estimulación temprana y apoyo terapéutico.

En la recomendación fueron señalados como los lugares donde se violaron los derechos de las mujeres los hospitales materno infantil de Tláhuac, Cuauhtepac, Magdalena Contreras, Inguarán y Cuajimalpa, éste último derribado por la explosión del pasado 29 de enero. Además, se enlistó a los hospitales generales Dr. Enrique Cabrera, Iztapalapa, Ticomán y Dr. Gregorio Salas Flores, así como el Ajusco Medio, el de Especialidades Dr. Belisario Domínguez.

Según la recomendación 3/2015, los derechos violados de las víctimas –tanto de las madres como de sus hijos– fueron el de tener una vida libre de violencia, disfrutar del más alto nivel posible de salud durante el embarazo, parto y puerperio; tener un desarrollo y supervivencia, una vida e integridad personal; una vida privada e intimidad, salud y autonomía reproductiva, así como integridad personal.

Violaciones reiteradas

La recomendación 3/2015 se suma a las siete que ha emitido la CDHDF contra la Sedesa en los últimos años: una en 2002, dos en 2006, una en 2009 y tres entre 2011 y 2014.

De hecho, en la 5/2014, la Comisión sugirió a la Secretaría realizar un diagnóstico de los centros hospitalarios y centros de salud de la red que dan atención materno infantil. Sin embargo, a la fecha la Comisión no tiene evidencias del avance de la Secretaría en el tema. Y aunque la ombudsperson, Perla Gómez, **reconoció el esfuerzo de la Sedesa en los últimos meses para reparar el daño causado a las víctimas de las recomendaciones emitidas, llamó a tomar las medidas necesarias y suficientes para evitar que los hechos se repitan.**

Para la más reciente **recomendación** pidió al secretario Armando Ahued **aplicar 13 medidas entre las que se cuenta indemnizar económicamente a las víctimas, atenderlas médica y psicológicamente, capacitar a todo el personal de los hospitales mencionados, investigar los casos para medir y resolver el problema, implementar una campaña de sensibilización sobre violencia obstétrica y su denuncia, así como desarrollar protocolos para atención de urgencias obstétricas”.**

“Por qué la muerte materna constituye una violación a los Derechos Humanos de las mujeres”¹²⁹

La articulación entre **el enfoque de Derechos Humanos (DH) y la muerte materna como una violación fundamental a los derechos básicos de las mujeres, es un enfoque reciente, innovador y con un gran potencial para promover, defender y garantizar la salud materna y los derechos reproductivos de todas las mujeres en México.**

Los argumentos que a continuación se presentan contribuyen a **fortalecer las acciones para dar respuesta a un problema de salud pública, así como a un acto de justicia social que tiene una enorme relevancia para México.**

–**Primer argumento.** La muerte materna es una violación a los DH de las mujeres **porque es evitable en la gran mayoría de los casos.** Son muertes innecesarias, por lo que, al ocurrir, se viola el derecho a la vida de las mujeres.

Las muertes evitables son aquellas defunciones que ocurrieron de manera “prematura” e innecesaria, de acuerdo con el nivel de tecnología médica disponible y el conocimiento clínico alcanzado.

Las mujeres que fallecen por una muerte materna con frecuencia han sufrido una o múltiples formas de exclusión o discriminación social sobre la base del género, la clase, la condición de ruralidad y la etnicidad/raza; incluyendo el acceso, utilización y calidad de los servicios de

¹²⁹ Sesia, Paola, Schiavon Ermani, Raffaella, *Por qué la muerte materna constituye una violación a los Derechos Humanos de las mujeres*, en La Voz de la Coalición, 25 de junio de 2013. Dirección en Internet: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/63655>. Fecha de consulta 27 de mayo de 2015.

salud disponibles. En México se calcula que **hasta 84 por ciento de las muertes maternas son prevenibles o evitables.**

–**Segundo argumento.** La muerte materna es una violación a los DH de las mujeres porque **no ocurriría si los Estados-naciones garantizaran el pleno disfrute del derecho a la salud para las mujeres que viven la maternidad, con un acceso pleno a una atención al embarazo, parto y puerperio con personal calificado y un acceso oportuno e irrestricto a una atención obstétrica de emergencia (AOE) con calidad.**

La muerte materna es una violación flagrante al derecho a la salud que tienen todas las mujeres. El problema no es sólo tener acceso a servicios de salud, sino **acceder a servicios obstétricos de manera oportuna, que tengan calidad y presenten capacidad resolutive en casos de emergencia.**

En México, más del 80 por ciento de las muertes maternas en 2010 ocurrieron justamente en unidades de salud públicas o privadas, y **más del 90 por ciento de las mujeres que fallecieron recibió atención médica antes de morir.**

–**Tercer argumento.** La muerte materna es una violación a los DH de las mujeres porque **afecta de manera desproporcionada a las mujeres pobres, de minorías étnicas o raciales, de clases sociales bajas, que viven en zonas rurales aisladas o en zonas urbanas marginadas.**

Por lo tanto, la muerte materna de estos grupos sociales de mujeres **es una flagrante violación al principio del derecho a la no discriminación y al principio de la universalidad y equidad en el derecho al acceso a servicios de salud oportunos y de calidad.**

A este respecto, se constata que en México las **mujeres hablantes de lenguas indígenas enfrentan una sobrecarga desproporcionada de muertes maternas con respecto a su tamaño poblacional.**

En 2010, a nivel nacional, el **riesgo de fallecer fue el doble de lo que tendría que haber sido si la muerte materna se hubiese distribuido de manera proporcional al porcentaje de población hablante de lengua indígena, con el caso extremo del estado de Chihuahua donde el riesgo para las mujeres indígenas fue 10 veces mayor a su proporción poblacional.**

–**Cuarto argumento.** La muerte materna es una violación a los DH de las mujeres **porque muchas veces está relacionada con situaciones de falta de respeto a la dignidad de las mujeres y a sus derechos por parte de las instituciones de salud,** dándose situaciones comunes de maltrato, abusos, falta de sensibilidad, menosprecio o desprecio hacia lenguas y culturas distintas a la sociedad mayoritaria, un trato discriminatorio hacia las mujeres pobres, adolescentes, indígenas y/o de clase social baja, un **manejo deshumanizado del parto hospitalario y/o situaciones de negligencia o incompetencia en la atención médica recibida.**

Estos elementos apuntan a la violación al principio del derecho a la no discriminación y del acceso universal y equitativo a servicios de salud de calidad.

Según la Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010, **el principal problema que percibieron las personas indígenas encuestadas fue la discriminación y 27 por ciento de las y los encuestados reportaron que no tienen las mismas oportunidades de atenderse en los servicios de salud en comparación con la población no indígena.**

Aunque estos datos se relacionan sólo en parte con la atención que se recibe en el sistema de salud, son indicativos de las percepciones que la población indígena y/o de escasos recursos económicos tiene en sus relaciones con el entorno, incluyendo las instituciones que ofrecen servicios.

–**Quinto argumento.** La muerte materna es una violación a los DH de las mujeres **por no haber tenido pleno acceso a la información adecuada y oportuna sobre anticoncepción, o acceso a la más amplia gama de métodos anticonceptivos y en especial, al aborto seguro y legal, para poder evitar embarazos no deseados.**

Esto implica la violación a múltiples derechos reproductivos como son el derecho fundamental de las mujeres y sus parejas a decidir el número e intervalo de las y los hijos; el

derecho a acceder a servicios de salud reproductiva integrales, y el derecho a la información en salud sexual y reproductiva.

En este punto, cabe recordar que con la excepción del Distrito Federal, el aborto está penado en México en la mayoría de sus causales.

Ha habido francos retrocesos en los últimos dos años, con la promoción a rango constitucional en más de la mitad de los estados del país del derecho a la defensa de la vida desde la concepción.

En 2010, casi una de cada 10 muertes maternas registradas fue por aborto, aun cuando es probable que esta causa sea particularmente subregistrada. Es previsible que estas muertes no hubieran ocurrido si el acceso a un aborto seguro y legal hubiese sido un derecho para todas las mexicanas.

–**Sexto argumento.** La muerte materna es una violación a los derechos de las mujeres por **ser a veces consecuencia de relaciones sexuales no deseadas; porque no fue respetada su autonomía de decisión en cuanto a sus vidas sexuales y reproductivas; porque no estaban empoderadas en sus familias, con sus maridos, en sus trabajos, en sus comunidades; porque estaban desprotegidas de la violencia; porque enfrentan desigualdades en las esferas políticas y sociales; porque fueron educadas para interiorizar su subordinación, obediencia y minusvalía.**

En este último argumento, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006 reporta que 35 por ciento de las mujeres en México reportaron sufrir violencia por su actual pareja; 38 por ciento opinó que una buena esposa debe de obedecer a su esposo en todo lo que él ordene, y 19 por ciento consideró que no goza de las mismas libertades que sus esposos.

Así, los DH fundamentales de las mujeres son a menudo vulnerados debido a la inequidad y violencia de género que todavía prevalece en amplios sectores de la sociedad mexicana”.

“Llaman a hacer visible la violencia obstétrica en atención pública y privada¹³⁰

Especialistas participaron en conferencia de la CNDH

En el contexto del primer ciclo de conferencias Elvia Carrillo Puerto, la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), por conducto de su cuarta visitaduría general, llevó a cabo la conferencia **Violencia obstétrica**, para difundir información sobre el **maltrato que padecen las mujeres en los centros de salud públicos y privados.**

En años recientes, especialistas en violencia contra la mujer y derechos sexuales y reproductivos han hecho hincapié sobre el trato inadecuado que muchas pacientes reciben durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio en centros de salud públicos o privados, lo que algunos han denominado violencia obstétrica

Estos y otros aspectos sobre el tema fueron abordados en la conferencia impartida por Roberto Castro Pérez, de la Universidad de Toronto, investigador de la Universidad Nacional Autónoma de México y miembro del Sistema Nacional de Investigadores, así como de la Academia Mexicana de Ciencias.

Castro Pérez afirmó que reducir el problema a calidad de la atención **es invisibilizar la cuestión de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, pues existen formas de abuso que no siempre son delitos ni negligencia médica.**

La posibilidad de una **verdadera transformación del autoritarismo médico, dijo, no depende solamente de programas de sensibilización, sino de una transformación de las relaciones de poder dentro del campo médico**, señaló.

¹³⁰ *Llaman a hacer visible la violencia obstétrica en atención pública y privada*, en La Jornada, 1 de junio de 2015, Dirección en Internet: <http://www.jornada.unam.mx/2015/06/01/sociedad/038n2soc>. Fecha de consulta 1 de junio de 2015.

Por su parte, la cuarta visitadora general de la CNDH, Norma Inés Aguilar León, destacó la preocupación sobre el tema, el cual, dijo, debe ser atendido por las autoridades del sector salud y en el que deben ser capacitados todos los servidores públicos”.

Es así, como a través de las anteriores opiniones y estudios especializados en el tema, se advierte la realidad palpable y el acontecer diario de las mujeres que por su situación de gravidez llegan a atenderse a los hospitales públicos, con la esperanza de que sean respetados sus derechos de salud de manera íntegra, y que por el contrario en muchas de las ocasiones sufren de todo tipo de actos denigrantes hacia su persona, los cuales llegan a poner incluso tanto su vida como la de su hijo en riesgo de muerte, por lo que se considera que deben de ajustarse y ser mucho más eficaces y eficientes las políticas públicas anteriormente expuestas.

CONSIDERACIONES GENERALES

A manera de conclusiones se presentan las siguientes consideraciones generales:

La muerte materna es considerada como un problema de salud pública que lleva aparejado también la problemática de la violación a diversos derechos humanos como el derecho a la vida y a la seguridad personal, a fundar y a tener una vida en familia, al cuidado de la salud y a beneficiarse del progreso científico, a la igualdad y a la no discriminación y en especial de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Se observó que si bien la causa directa que provoca el fallecimiento es la emergencia obstétrica mal atendida y bajo la cual se mide bajo la causa específica que la ocasionó, existen diversos factores que contribuyen a que la atención oportuna de la misma pueda evitar la muerte de la mujer embarazada.

Entre esos factores se encuentran:

- La edad a la que las mujeres empiezan a tener hijos o dejan de tenerlos;
- El intervalo entre los nacimientos;
- El número total de embarazos a lo largo de la vida, y
- Las circunstancias socioculturales y económicas en que viven las mujeres son factores que influyen en la mortalidad materna

Actualmente y de acuerdo con la OMS casi 800 mujeres mueren al día debido a complicaciones en el embarazo y parto. Al respecto México, de acuerdo a las evaluaciones hechas sobre la materia, reporta 992 muertes maternas EN 2010, en donde las enfermedades hipertensivas y las hemorragias son las de mayor incidencia.

Al observar el número de fallecimientos por entidad federativa, de manera global para el 2010 el Estado de México tuvo el número más elevado de causas maternas con 119 (12%), seguido de Veracruz con 78 (7.9%) y del Distrito Federal con 76 (7.7%); por su parte Baja California Sur y Colima no presentan ninguna causa materna de defunción, seguidas de Campeche y Nayarit quienes registran el número más bajo de defunciones ambas entidades con 8 (0.8%).

Es de destacar que un factor determinante en la atención de la emergencia obstétrica y que deriva en una alta probabilidad de fallecimiento son las largas trayectorias que llevan a cabo las mujeres para la atención de ésta. Baste el ejemplo que se presenta por parte del CONEVAL en el que se establece que de las 992 muertes maternas que se registraron, 248 fueron por enfermedades hipertensivas, de las cuales en la primera demanda de atención de emergencia obstétrica de esas 248 fallecieron 121 mujeres, quedando 137 que recurrieron a

una segunda demanda de atención y falleciendo 97, las 34 restantes fallecieron en la tercera demanda de atención.

A partir de la revisión de las Leyes en materia de Salud de las Entidades Federativas se encontró que en las disposiciones que regulan la atención materno-infantil se contempla la organización de comités de prevención de la mortalidad materna, cuya creación tiene como objeto permitir conocer, sistematizar y evaluar el problema para adoptar las medidas conducentes sobre el mismo y sólo en los siguientes casos se contempla la instalación de los mismos: Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Durango, Guanajuato, Guerrero, Jalisco, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

Dichos comités también conocerán en sus estudios sobre la morbilidad materna en los casos de: Chiapas, Chihuahua, Guanajuato y Morelos. Y se destaca que en Guerrero se prevé que también participen en los Comités las parteras tradicionales.

Como es de observarse, las disposiciones resultan un poco escasas para abordar el tema, incluso en el Derecho Comparado se encuentra que en Argentina, Guatemala y Uruguay en sus legislaciones también de manera general se prevé:

Para Argentina crear un Programa Nacional en materia de Salud Sexual y Reproductiva, y uno de sus objetivos es disminuir la morbimortalidad materna.

Por su parte, para el caso de Uruguay se busca: Prevenir la morbimortalidad materna y sus causas, a través de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva.

Por lo tanto, al igual que en México, la legislación está encaminada a la creación de políticas públicas derivadas en programas específicos que se focalicen en la prevención y disminución de la mortalidad materna, destacando en ese sentido que México ha implementado diversos instrumentos para su combate como Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal y a través del cual se reconoce que aunque los logros en la disminución de la mortalidad materna son relevantes, se han dado a un ritmo más lento que el requerido para alcanzar la meta propuesta en los ODM, del cual México es parte y en donde se estableció una meta para el año 2015 de reducir la mortalidad materna a 22.3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, la cual en el monitoreo del mismo se ha señalado que no será superada partiendo de que para el año 2013 se reportó un índice de 38.3 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos.

Ahora bien, ante la falta de disposiciones legales que regulen adecuadamente la problemática de la mortalidad materna, la Organización Panamericana de la Salud en conjunción con la OMS elaboraron una propuesta de Ley modelo que tiene como objetivo la prevención y reducción de la mortalidad materna y neonatal.

Cómo se observa la mortalidad materna no es un tema que quede en las meras estadísticas, sino que entraña alrededor de ella una serie de elementos y factores que influyen en su incidencia y que no pueden dejarse de lado al momento de establecer las políticas y acciones a seguir para combatirla, evitarla y lograr su reducción.

Se considera indispensable que se cuente además de la voluntad política, la sensibilización adecuada en cada uno de los centros de salud que atienden a mujeres embarazadas, especialmente en aquellas áreas y comunidades apartadas de las grandes ciudades, donde por desgracia la atención médica carece en todos los sentidos, no solo en el caso de las mujeres embarazadas.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Aguirre A. Joel. ¿Mortandad o mortalidad? <http://losdemoniosdelengua.blogspot.mx/2014/06/mortandad-o-mortalidad.html>.
- Anexo, CONEVAL, *Evaluación Estratégica sobre mortalidad materna en México 2010: características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso efectivo a instituciones de salud*, México, 2012, fecha de consulta 2 de julio de 2015, en: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf
- Carbonell, José, Carbonell Miguel, *El Derecho a la Salud: Una propuesta para México*, UNAM-IIJ- Serie Estudios Jurídicos, Núm. 218, Primera edición, México, 2013, fecha de consulta 26 de junio de 2015, en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/7/3274/3.pdf>
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Gobierno Federal, Salud, *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*, Pág. 11, fecha de consulta 29 de junio de 2015, en: http://www.coneval.gob.mx/rw/resource/coneval/info_public/estrategia_integral.pdf
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Gobierno Federal, *Estrategia para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*, México, 2009, fecha de consulta 22 de julio de 2015, en: http://www.maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/Estrategia_para_reducir_la_mortalidad_materna.pdf
- Comité Promotor por una Maternidad Voluntaria y Segura en Chiapas, *La Mortalidad Materna en Cifras*, fecha de consulta 4 de junio de 2015, en: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/mortalidad-materna/>
- Concepto de Mortalidad. Diccionario electrónico, Dirección en Internet; <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/mortalidad>.
- Concepto de Mortalidad. Dirección en Internet: <http://www.who.int/topics/mortality/es/>.
- Concepto de Mortandad. Dirección en Internet: <http://www.definicionabc.com/salud/mortandad.php>.
- CONEVAL, *Evaluación estratégica sobre mortalidad materna 2010*, fecha de consulta 26 de junio de 2015, en: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf
- CONEVAL, *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2014*, fecha de consulta 26 de junio de 2015, en: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Evaluacion/IEPDS_2014/IEPDS_2014.pdf
- *Declaración de Copenhague sobre Desarrollo Social*, [en línea], fecha de consulta 25 de mayo de 2015, en:

<http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/cumbre/cumbredessocial1995.pdf>

- *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, fecha de consulta 25 de mayo de 2015, en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>
- Diccionario Electrónico. Dirección en Internet: <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/mortalidad>.
- Gaceta Parlamentaria, en: <http://gaceta.diputados.gob.mx/>
- Gobierno de la República, *Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*, fecha de consulta 16 de julio de 2015, en: <http://pnd.gob.mx/>
- Gómez-Morín Escalante, Lorenzo y Furszyfer, Jonathan, *Reducir la mortalidad materna una prioridad para México*, en Animal Político, fecha de consulta 5 de junio de 2015, en: <http://www.animalpolitico.com/blogueros-el-blog-de-mexico-evalua/2015/02/26/reducir-la-mortalidad-materna-una-prioridad-para-mexico/>
- Ipas México, *La muerte materna: una violación a los derechos humanos de las mujeres*, fecha de consulta 25 de mayo de 2015, en: <http://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/mmrsipas.pdf>
- *Ley General de Salud*, fecha de consulta 29 de mayo de 2015, en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_040615.pdf
- *Llaman a hacer visible la violencia obstétrica en atención pública y privada*, en La Jornada, 1 de junio de 2015, fecha de consulta 1 de junio de 2015, en: <http://www.jornada.unam.mx/2015/06/01/sociedad/038n2soc>
- Matías, Pedro, *Gobierno de Oaxaca abandona hospitales y destina 600 mdp a Centro de Convenciones*, en Proceso, 29 de junio de 2015, fecha de consulta 30 de junio de 2015, en: <http://www.proceso.com.mx/?p=409158>
- Ministerio de Salud Presidencia de la Nación, UNICEF, *Mortalidad Materna, Un problema de salud pública y derechos humanos*, Argentina, Buenos Aires, 2003, fecha de consulta 29 de junio de 2015, en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_mortalidadmaterna.pdf
- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, UNICEF, *Mortalidad Materna: Un problema de Salud Pública y Derechos Humanos*, Buenos Aires, Argentina, 2003, fecha de consulta 26 de junio de 2015, en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/ar_insumos_mortalidadmaterna.pdf
- Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Desarrollo Sostenible, *Programa 21, Capítulo 6, Protección y Fomento de la Salud Humana*, fecha de consulta 2 de julio de 2015, en: <http://www.un.org/spanish/esa/sustdev/agenda21/agenda21spchapter6.htm>
- Objetivos del Desarrollo del Milenio, *¿Cómo va México?*, fecha de consulta 19 de junio de 2014, en: <http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-win/odmsql.exe/CDR,E>
- Objetivos del Desarrollo del Milenio, *Comparativo Indicadores ONU-Indicadores México, 19/05/2104*, fecha de consulta 19 de junio de 2015, en:

http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/odm/Doctos/Odm_CyR.htm

- Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Definiciones*, fecha de consulta 26 de junio de 2015, en: <http://www.omm.org.mx/index.php/defs.html>
- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Preguntas frecuentes sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, Folleto informativo N° 33, Derechos Humanos, Ginebra, Marzo del 2009, fecha de consulta 25 de mayo de 2015, en: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS33_sp.pdf
- OMS, *Salvar Vidas Maternas*, fecha de consulta 25 de mayo de 2015, en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-infographic-es.jpg?ua=1>
- Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, *Salud reproductiva y maternidad saludable. Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos*, Washington, DC, 2013, fecha de consulta 2 de julio de 2015, en: <http://www.paho.org/salud-mujeres-ninos/wp-content/uploads/2013/09/SRMS-derechos-y-legislacion.pdf>
- Pantoja, Sara, *Documentan 23 casos de violencia obstétrica en hospitales del DF*, en Proceso, 28 de mayo del 2015, [fecha de consulta] 28 de mayo de 2015, en <http://www.proceso.com.mx/?p=405655>
- Picazzo Palencia, Esteban y otros, *La teoría del desarrollo humano y sustentable: hacia el reforzamiento de la salud como un derecho y libertad universal*, en: Estudios Sociales, Vol. 19, no. 37, México, ene./jun. 2011, fecha de consulta 26 de junio de 2015, en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41716750009>
- Presidencia de la República, *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México Informe de Avances 2013*, Primera Edición, México, Septiembre 2013, fecha de consulta 29 de junio de 2015, en: <http://www.mx.undp.org/content/dam/mexico/docs/Publicaciones/ODM/UND-P-MX-ODM-InfMex2013.pdf>
- Presidencia de la República, *Visión 2030*, fecha de consulta 30 de junio de 2015, en: <http://archivo.cepal.org/pdfs/GuiaProspectiva/VisionMexico2030.pdf>
- *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, fecha de consulta 27 de mayo de 2015, en: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
- *Programa Sectorial de Salud 2013-2018*, Diario Oficial de la Federación del 12 de Diciembre de 2013, fecha de consulta 16 de julio de 2015, en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programaD OF.pdf
- Revista especializada “Noticias de Salud y Vida Sana”. Dirección en Internet: <http://yasalud.com/mortandad/>

- Rode Gonzaga-Soriano, María y otros, *Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California*, en Revista Salud Pública México 2014, Vol. 56(1):32-39, fecha de consulta 1 de julio de 2015, en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002946>
- Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *Reducción del Índice de Operación Cesárea*, fecha de consulta 1 de julio de 2015, en: http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/Programas_de_Accion/SMP/reduccionCesarea_SMP.html
- Secretaría de Salud, *El Convenio General de Colaboración para la Atención de la Emergencia Obstétrica, Un Camino hacia la Universalización de los Servicios de Salud*, Primera edición 2012, México, fecha de consulta 22 de julio de 2015, en: http://www.ccinshae.salud.gob.mx/descargas/Atencion_de_la_Emergencia_Obstetrica.pdf
- Secretaría de Salud, *Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018*, fecha de consulta 16 de julio de 2015, en: http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf
- Sesia, Paola, Schiavon Ermani, Raffaella, *Por qué la muerte materna constituye una violación a los Derechos Humanos de las mujeres*, en La Voz de la Coalición, 25 de junio de 2013, fecha de consulta 27 de mayo de 2015, en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/63655>
- Sistema de Información de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, México, *Lista de Indicadores*, fecha de consulta 10 de junio de 2015, en: <http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-win/ODM.exe/LOI,E>
- Sistema de Información de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, *¿Qué son y para qué sirven?*, fecha de consulta 10 de junio de 2015, en: <http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-win/odmsql.exe/OBJODM0050,E>
- Sitio Web del Comité Promotor por una maternidad segura en México, fecha de consulta 29 de junio de 2015, en: <http://www.maternidadsegura.org.mx/>
- UNFPA México, *Salud sexual y reproductiva*, fecha de consulta 26 de junio de 2015, en: <http://www.unfpa.org.mx/salud%20sexual%20y%20reproductiva.php>
- UNFPA, México, *Prevención de la mortalidad materna*, fecha de consulta 29 de junio de 2015, en: http://www.unfpa.org.mx/ssr_mortalidad_materna.php
- Uribe Elías, Roberto, *Mortalidad Materna*, fecha de consulta 25 de mayo de 2015, en: http://www.facmed.unam.mx/sms/temas/2009/01_ene_2k9.pdf
- Zamora Márquez, Anaiz, *Víctima de violencia obstétrica lleva 13 años en espera de justicia*, en Cimacnoticias, 1 de agosto de 2014, fecha de consulta 27 de mayo de 2015, en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/67251>

Legislación:

- *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, fecha de consulta 29 de mayo de 2015, en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_100715.pdf
- *Diario Oficial de la Federación* del 20 de Mayo de 2013, fecha de consulta 1 de junio de 2015, en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5299465&fecha=20/05/2013
- *Diario Oficial de la Federación* del 30 de noviembre de 2012, *Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de Información de Salud*, fecha de consulta 26 de junio de 2015, en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012
- *Ley de Salud del Estado de Aguascalientes*, fecha de consulta 31 de marzo de 2015, en: <http://www.congresoags.gob.mx/congresoags/leyes.php>
- *Ley de Salud para el Estado de Baja California Sur*, fecha de consulta 6 de abril de 2015, en: http://www.cbcs.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=2097&Itemid=154
- *Ley de Salud para el Estado de Campeche*, fecha de consulta 6 de marzo de 2015, en: <http://congresocam.gob.mx/leyes/>
- *Ley Estatal de Salud*, fecha de consulta 6 de marzo de 2015, en: http://congresocoahuila.gob.mx/portal/?page_id=538
- *Ley de Salud del Estado de Colima*, fecha de consulta 6 de abril de 2015, en: <http://congresocol.gob.mx/web/Pagina/Biblioteca/biblioteca/constitucion>
- *Ley de Salud del Estado de Chiapas*, fecha de consulta 20 de mayo de 2014, en: <http://www.congresochiapas.gob.mx/index.php/legislacion-vigente.html>
- *Ley Estatal de Salud*, fecha de consulta 20 de mayo de 2014, en: <http://www.congresochihuahua.gob.mx/biblioteca/>
- *Ley de Salud del Estado de Durango*, fecha de consulta 7 de abril de 2015, en: http://congresodurango.gob.mx/?page_id=47
- *Ley de Salud del Estado de Guanajuato*, fecha de consulta 20 de mayo de 2014, en: <http://www.congresogto.gob.mx/leyes?page=7>
- *Ley Número 1212 de Salud del Estado de Guerrero*, fecha de consulta 7 de abril de 2015, en: <http://congresogro.gob.mx/index.php/ordinarias?limitstart=0>
- *Ley de Salud para el Estado de Jalisco*, fecha de consulta 9 de abril de 2015, en: <http://congresoweb.congresoajal.gob.mx/BibliotecaVirtual/busquedasleyes/Li stado.cfm#Leyes>
- *Reglamento de Salud del Estado de México*, fecha de consulta 21 de julio de 2015, en: <http://cddiputados.gob.mx/>

- *Ley de Salud del Estado de Morelos*, fecha de consulta 13 de abril de 2015, en:
http://www.congresomorelos.gob.mx/instituto/nuestras_leyes/pdf/Ley_SALUDEM.pdf
- *Ley de Salud para el Estado de Nayarit*, fecha de consulta 13 de abril de 2015, en:
<http://www.congresonay.gob.mx/qu%C3%A9-hacemos/compilaci%C3%B3n-legislativa/leyes/>
- *Ley Estatal de Salud*, fecha de consulta 13 de abril de 2015, en:
http://www.hcnl.gob.mx/trabajo_legislativo/leyes/
- *Ley Estatal de Salud*, fecha de consulta 14 de abril de 2015, en:
http://www.congresopuebla.gob.mx/index.php?option=com_docman&Itemid=485
- *Ley de Salud del Estado de Querétaro*, fecha de consulta 14 de abril de 2015, en:
<http://www.ordenjuridico.gob.mx/estatal.php?liberado=si&edo=22>
- *Ley de Salud del Estado de Quintana Roo*, fecha de consulta 14 de abril de 2015, en:
<http://www.congresoqroo.gob.mx/>
- *Ley de Salud del Estado de San Luis Potosí*, fecha de consulta 15 de abril de 2015, en:
<http://www.ordenjuridico.gob.mx/despliegaedo2.php?ordenar=&edo=24&idi=&catTipo=4/>
- *Ley de Salud del Estado de Sinaloa*, fecha de consulta 14 de abril de 2015, en:
<http://www.congresosinaloa.gob.mx/leyes-estatales/>
- *Ley de Salud del Estado de Tabasco*, fecha de consulta 14 de abril de 2015, en:
<http://www.congresotabasco.gob.mx/legislativo/leyes>
- *Ley de Salud para el Estado de Tamaulipas*, fecha de consulta 14 de abril de 2015, en:
<http://www.congresotamaulipas.gob.mx/Legislacion/ListadoLegislacionVigente.asp?IdTipoArchivo=1>
- *Ley de Salud del Estado de Tlaxcala*, fecha de consulta 15 de abril de 2015, en:
<http://www.ordenjuridico.gob.mx/>
- *Ley de Salud del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave*, fecha de consulta 15 de abril de 2015, en:
<http://www.legisver.gob.mx/index.php?p=ley>
- *Ley de Salud del Estado de Yucatán*, fecha de consulta 15 de abril de 2015, en:
<http://www.congresoyucatan.gob.mx/legislacion/leyes>
- *Ley de Salud del Estado de Zacatecas*, fecha de consulta 15 de abril de 2015, en:
<http://www.congresozac.gob.mx/e/todojuridico&cat=LEY>
- *Ley para la Maternidad Saludable de Guatemala*, fecha de consulta 20 de julio 2015, en:
http://www.cepal.org/oig/doc/LeyesCuidado/GTM/2010_D32-2010_GTM.pdf
- *LEY N° 18.426, DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE URUGUAY*, fecha de consulta 20 de julio de 2015, en:
http://www.cepal.org/oig/doc/LeyesSobreAborto/Uruguay/2008_Ley18426_Uruguay.pdf

- *LEY NACIONAL Nº 25.673, DE CREACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE DE ARGENTINA*, fecha de consulta 20 de julio de 2015, en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/ministerio/adolescencia/ley-25673.pdf>



PODER LEGISLATIVO FEDERAL
CÁMARA DE DIPUTADOS

**COMISIÓN BICAMARAL
DEL SISTEMA DE BIBLIOTECAS**

SECRETARÍA GENERAL

Mtro. Mauricio Farah Gebara
Secretario General

SECRETARÍA DE SERVICIOS PARLAMENTARIOS

Lic. Juan Carlos Delgadillo Salas
Secretario



Dirección General de
Servicios de Documentación,
Información y Análisis

**DIRECCIÓN GENERAL DE
SERVICIOS DE DOCUMENTACIÓN, INFORMACIÓN Y ANÁLISIS**

Lic. José María Hernández Vallejo
Director

DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS

Mtra. Avelina Morales Robles
Directora

SUBDIRECCIÓN DE ANÁLISIS DE POLÍTICA INTERIOR

Mtra. Claudia Gamboa Montejano
Investigadora Parlamentaria
Subdirectora

Mtra. Sandra Valdés Robledo
Lic. Arturo Ayala Cordero
Asistentes de Investigación

Lic. Miriam Gutiérrez Sánchez
Auxiliar de Investigación