



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO.

CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO.

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

“MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO”

T E S I N A.

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A:

SALINAS DOMÍNGUEZ JOSE MARINO.

ASESOR: MA. EN S. P. ANA MARÍA OVIEDO ZÚÑIGA.

ZUMPANGO ESTADO DE MÉXICO 2014.



**CENTRO UNIVERSITARIO
UAEM ZUMPANGO**

Introducción.	1
Justificación	3
Planteamiento del Problema	5
Metodología.	7
Objetivos.	9
Capítulo 1 Mortalidad Materna.	10
1.1 Mortalidad Materna en México.	12
1.2 Mortalidad Materna a nivel Estado.	15
Capítulo 2 Principales complicaciones de la Mortalidad Materna en México.	19
2.1 Hemorragias Del Primer Trimestre De Gestación	19
2.1.1 Aborto	20
2.1.2 Embarazo Ectópico	21
2.1.3 Mola Hidatiforme O Embarazo Molar	22
2.2 Hemorragias en la Segunda Mitad de Gestación o Hemorragias.	24
2.2.1 Abrupto Placentae	24
2.2.2 Placenta Previa	26
2.3 Hiperémesis Gravídica.	28
2.4 Hipertensión Inducida Por El Embarazo (Hie)	28
2.5 Principales Complicaciones De La Mortalidad Materna En México.	31
2.5.1 Preeclampsia.	31
2.5.2 Eclampsia.	32
2.5.3 Síndrome De Hellp.	33

2.5.4 Infección Puerperal.	34
2.5.5 Hemorragia Obstétrica.	35
Capitulo 3 La Estrategia Integral para la Reducción de Mortalidad Materna en México	38
3.1 Atención calificada del parto vs atención de la emergencia obstétrica.	39
3.2 Primer componente	48
3.2.1 El reto en grandes ciudades	52
3.2.2 Calidad de la atención y un trato humanizado para las usuarias	55
3.2.3 Calidad técnica y científica de la prestación del servicio.	56
3.2.4 Formación en el pre y posgrado	57
3.2.5 Profesionales alternativos	58
3.2.6 Capacitación continúa.	59
3.2.7 Información disponible para los proveedores de salud	60
3.3 Segundo Componente	61
3.3.1 Mejorar el acceso financiero; apuntar hacia la universalidad de la atención Obstétrica	61
3.3.2 Atención Obstétrica Universal	62
3.3.3 Red Integral de Servicios.	65
3.4 Tercer Componente.	67
3.4.1 La competencia cultural en el servicio, no discriminación y equidad, y el ejercicio de los derechos	70
3.4.2 El Programa Oportunidades	73
3.4.3 La integración del padrón de familias	73
3.4.4 La prestación de servicios de salud	74

3.4.5 Consolidar la incorporación automática de población con Oportunidades al Seguro Popular	74
3.4.6 La certificación de corresponsabilidad del programa Oportunidades	75
Capitulo 4 Avances en la RMM en los últimos años.	77
4.1 Avances en la RMM por Estados.	77
4.2 Avance en el cumplimiento del compromiso ODM	79
4.3 RMM - Entidad de residencia vs Entidad de ocurrencia	80
4.4 RMM Sitio de ocurrencia vs. Afiliación a los servicios de salud.	82
4.5 RMM Edad de la madre.	86
Capítulo 5 Legislación.	88
5.1 Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.	89
5.2 Definiciones	89
5.3 Programa Nacionales de Salud.	96
Capítulo 6 Acciones de Enfermería para el cuidado del embarazo sano, complicaciones del embarazo, del parto y puerperio.	100
6.1 Cuidados de Enfermería para la atención del embarazo sano, parto y puerperio.	100
6.2 Cuidados de enfermería para el manejo de complicaciones maternas.	101
6.3 Cuidados de enfermería para la atención de la Mortalidad Materna.	102
7. Conclusiones	104
8. Sugerencias	110
Bibliografía.	112



UAEM | Universidad Autónoma
del Estado de México



Martes, 22 de abril del 2014
Oficio No. TIT/138/14

C. JOSÉ MARINO SALINAS DOMÍNGUEZ
PASANTE DEL PE LEN
DEL CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO
PRESENTE.

Por este conducto, la Subdirección Académica del Centro Universitario UAEM Zumpango informa a Usted que, el trabajo de titulación bajo la modalidad de tesina y cuyo tema es: "**MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO**", ha quedado formalmente registrado. Asimismo, la designación del(a) **M. EN S.P. ANA MARÍA OVIEDO ZÚÑIGA**, como su **ASESOR** durante un período de tres años a partir de la fecha arriba señalada, con asesorías los días lunes a jueves de 11:00 a 13:00 horas.

De igual manera le informo que en su momento, el(a) **M. EN S.P. CLAUDIA RODRÍGUEZ GARCÍA** y el(a) **M. EN E.S. FRANCISCO JAVIER GARCÍA LAVALLEY**, profesores del PE antes mencionado, fungirán como revisores de dicho trabajo.

No omito recordarle que de no concluir el trabajo en el tiempo establecido, éste le será anulado.

ATENTAMENTE

PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

"2014, 70 Aniversario de la Autonomía ICLA-UAEM"



**CENTRO UNIVERSITARIO
UAEM ZUMPANGO
SUBDIRECCIÓN ACADÉMICA**

M. EN ED. GUILLERMO PALEMÓN HERNÁNDEZ BASTIDA
SUBDIRECTOR ACADÉMICO DEL CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO

C.c.p. Profesor designado.
c.c.p. Departamento de titulación del CU.
GPHB/yjms*



www.uaemex.mx



UAEM | Universidad Autónoma del Estado de México



Martes, 13 de mayo del 2014
Oficio No. TIT/158/14

C. JOSÉ MARINO SALINAS DOMÍNGUEZ
PASANTE DEL PE DE LEN
DEL CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO
PRESENTE.

Por este conducto, la Subdirección Académica del Centro Universitario UAEM Zumpango informa a usted que, los siguientes profesores han sido designados como **REVISORES** del trabajo de titulación bajo la modalidad de tesina denominado: **"MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO"**.

NOMBRE	DE ACUERDO	APROBADO
M. EN S.P. CLAUDIA RODRÍGUEZ GARCÍA		
DR. EN ED. FRANCISCO JAVIER GARCÍA LAVALLEY		

Quien deberá emitir su dictamen por escrito en **diez días hábiles**.

ATENTAMENTE
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO
"2014, 70 Aniversario de la Autonomía ICLA-UAEM"

M. EN ED. GUILLERMO PALEMÓN HERNÁNDEZ BASTIDA
SUBDIRECTOR ACADÉMICO DEL CU UAEM ZUMPANGO



CENTRO UNIVERSITARIO
ZUMPANGO
DIRECCIÓN ACADÉMICA

C.c.p. Departamento de titulación del CU.
c.c.p. Minutario
GPHB/yjms*



www.uaemex.mx



INTRODUCCIÓN.

Uno de los objetivos del milenio propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue reducir la tasa de mortalidad materna que se refiere al periodo gestante de una mujer desde su concepción hasta los 42 días después de su término. La población femenina debería de tener revisión médica en los primeros meses del embarazo para determinar las condiciones del mismo, dado que las complicaciones más comunes en México son: la preeclampsia, eclampsia, síndrome de hellp, infecciones puerperales, hemorragias obstétricas e incompatibilidad de Rh. Así como también enfermedades como diabetes gestacional, anemias e hipertensión entre otras.

Los riesgos en la población femenina para obtener una complicación en el embarazo son: multíparas, añosas, primigestas, madres muy jóvenes. La mujer a veces ni cuenta se da que está embarazada y se presentan casos como el embarazo ectópico donde la complicación máxima es la ruptura de la trompa. Otro es el embarazo molar este consiste en no tener embrión y no pasa de las 18 semanas de gestación.

Millones de mujeres podrían salvarse si recibieran los cuidados de salud adecuados, pero deberían ser informados a nivel primario y con nivel de conciencia en lecho familiar, informar sobre los pros y contra de un embarazo así como reflexionar sobre el riesgo que puede llegar a correr la vida de la persona al no prevenirse.

Sin dejar de lado el apoyo que brinda el artículo cuarto constitucional que establece el derecho a la salud a toda persona, y la Ley General de Salud en su artículo tercero fracción cuatro que establece la atención materno-infantil con carácter prioritario, es condición esencial del bienestar de las familias y constituyen un elemento clave para reducir las desigualdades y realidades económicas. Por ello se busca contribuir al cumplimiento de las metas propuestas para lograr el objetivo 5 de desarrollo del milenio, adoptando la declaración de



esta en el año 2000, y logrando la cobertura universal de la asistencia especializada al parto.

La organización del presente trabajo de investigación se conformo en el capítulo 1 la mortalidad materna, en el capítulo 2 integra las principales complicaciones de la muerte materna en nuestro país, el capítulo 3 se compone de la Legislación en materia de salud como: Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, Ley General de Salud y artículo 3º constitucional y otros Programas como Arranque Parejo en la Vida, Embarazo Saludable y el actual. Por último en el Capítulo 4 integra las intervenciones de Enfermería antes del embarazo y durante embarazo para la atención del embarazo sano o complicado, para implementar la atención de la urgencia y complicación obstétrica para ir contemplando la reducción del objetivo del milenio.



JUSTIFICACIÓN

La Mortalidad Materna es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días después de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y lugar del mismo, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. La mortalidad materna es un indicador fundamental del desarrollo social de un país, por lo que su reducción y adecuado control son un objetivo primordial de las autoridades sanitarias en el ámbito global.

El sector salud en México ha realizado esfuerzos para lograr el cumplimiento de la disminución en la Mortalidad Materna, uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas para el año 2015.

La mortalidad materna se encuentra estrechamente relacionada con la utilización oportuna y eficiente de personal profesional calificado. Sin embargo, la selección del servicio de atención médica, así como la decisión de buscar atención, dependen de factores relacionados a la capacidad económica y a la afiliación a esquemas de servicios de salud pre-pagados,^{1,2} ya sean de la seguridad social que ampara a los trabajadores y sus familiares o de la protección social en salud que subsidia la atención para el sector informal de la economía y para los desempleados. En México y la mayoría de los países de América Latina que siguen el modelo segmentado de sistemas de salud, los servicios son propiedad de las instituciones de seguridad social o del Estado, así como de inversionistas privados, y existen pocas o nulas opciones de elección sin necesidad de realizar pagos adicionales.^{3,5}

En México por ejemplo el Programa Nacional de Salud 2007-2012 contempla dentro de su estrategia número 5 organizar e integrar la prestación de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud. Para lo cual, su línea de acción número 5.5 se enfoca en promover una mayor colaboración entre instituciones, entidades



federativas y municipios para mejor aprovechamiento de la capacidad instalada en materia de prestación de servicios de salud. Entre los esfuerzos nacionales específicos de integración en el ámbito de salud materna se encuentra el convenio firmado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud (SSA) el 28 de mayo del año 2009, donde se manifiesta que dichas instituciones proveerán atención médica a todas las mujeres en edad gestacional que presenten una emergencia obstétrica.

Asimismo, también se han formalizado convenios de integración interinstitucional para la atención de la salud materna firmados a nivel estatal, como es el caso de los estados de Tabasco, Tlaxcala y Michoacán.⁷ Esta investigación se propone indagar información relacionada a la Mortalidad Materna en México por medio de los antecedentes, desarrollo y evolución de la Obstetricia en México. La mortalidad materna es reflejo del rezago en salud de una población y México es ejemplo de ello con una tasa de defunciones de 54 mujeres por 100 mil nacidos vivos. Es un problema atendido apenas en los discursos oficiales pero sin traducción en la realidad, cuando 91% de las fallecidas en 2010 por causas relacionadas con el embarazo y parto llegaron a hospitales, mientras 70% carecía de acceso a la seguridad social y tampoco estaba afiliada al Seguro Popular, aseguraron organizaciones civiles de la Coalición por la Salud de las Mujeres.



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema de la mortalidad materna en México es considerado un problema de salud pública, dado que es responsable para proteger salud de la población en México. Uno de los Ocho Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) adoptados por la comunidad internacional en el año 2000. Con respecto al acuerdo numero 5 ODM, los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Desde 1990, la mortalidad materna ha disminuido en un 47%.¹

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre ricos y pobres. La casi totalidad (99%) de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad al África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional.

México se ha comprometido, como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, lo que significa que para 2015 se haya disminuido la Razón de Mortalidad Materna (RMM) a 22 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos estimados. Este gobierno se ha comprometido a disminuir la mortalidad materna en 40% en su población general y en 50% en los municipios de alta marginación. La respuesta del sistema de salud ante el reto de la muerte materna se ha plasmado en diversas acciones, que si bien han contribuido a su disminución, no han logrado los resultados esperados para asegurar que las metas comprometidas puedan ser alcanzadas. Es importante señalar que México tienen una RMM 17 veces mayor que países como Suecia o tres veces mayor que países similares como es el caso de Chile. En el país hay diferencias importantes, así, los municipios con población indígena (70% y más) tienen RMM hasta tres veces mayores que aquellos municipios sin población indígena, o RMM siete veces mayores entre mujeres que fallecieron en el IMSS con respecto a las que no cuentan con seguridad social.⁴



La razón de mortalidad materna en los países en desarrollo es de 240 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 16 por 100 000 por lo que refleja grandes disparidades entre los países.

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo.

En México se sabe que las complicaciones que conducen a la Mortalidad Materna proceden de los 80's hasta nuestros días, derivadas de las principales complicaciones que abarcan el 80% de la mortalidad materna.⁴

Como profesional de enfermería nuestro papel es participar de manera objetiva ante los retos que plantea la Mortalidad Materna. Por ello la intervención de enfermería debe crear estrategias que operen con conocimiento y habilidad, el Triage Obstétrico, el papel del Primer Nivel de Atención y la participación profesional de la ciencia del cuidado en el Control Prenatal CPN, entre otros de acuerdo a las características de cada población, región o país.



METODOLOGÍA.

Tipo de Investigación:

No experimental. La investigación no experimental es también conocida como investigación Ex Post Facto, término que proviene del latín y significa después de ocurridos los hechos. La investigación Ex Post Facto es un tipo de “... investigación sistemática en la que el investigador no tiene control sobre las variables independientes porque ya ocurrieron los hechos o porque son intrínsecamente manipulables”.

Documental: como una variante de la investigación científica, cuyo objetivo fundamental es el análisis de diferentes fenómenos (de orden histórico, psicológico, sociológico, etc.), utiliza técnicas muy precisas, de la Documentación existente, que directa o indirectamente, aporte de la información.

Área del conocimiento: Salud Pública.

ETAPAS:

- 1.- Lectura previa del tema general.
- 2.- Definición del tema a investigar.
- 3.- Indagación de fuentes de información diversas.
- 4.- Selección de la información delimitada.
- 5.- Procesamiento de la información para la construcción del marco teórico y la discusión crítica y activa que permea en la tesina.
- 6.- Elaboración de la construcción del discurso a manera de conclusión.
- 7.- Elaboración de sugerencias a partir del texto elaborado y el pensamiento crítico del autor.

RECURSOS HUMANOS:

Autor: José Marino Salinas Domínguez.

Asesor: MA. en S.P. Ana María Oviedo Zúñiga.



Revisor: MA. en S.P. Claudia Rodríguez García.

Revisor: Dr. en E.D. Francisco Javier García Lavalley.

RECURSOS MATERIALES:

Internet	goma	Impresora
Libros	sacapuntas	Hojas
Revistas	pasaje	Cd
Computadora	Lapiceros, lápiz, crip	

Recolección de Información:

Biblioteca, Páginas Web, Artículos, Tesis y Tesinas.

Gráfica de Gantt.

	ENE	FEB	MA R	ABR	MA Y	JUN	JUL	AGO	SEP	OC T	NOV	DIC
1. Elaboración de protocolo.	X	X										
2. Integración del Marco Teórico.	X	X	X	X	X	X						
3. Desarrollo de la tesina.	X	X	X	X	X	X						
4. Procesamiento de la información			X	X	X							
5. Análisis e interpretación de la información.				X	X							
6. Elaboración de resultados y conclusiones.				X	X							
7. Propuesta de sugerencias.					X							
8. Presentación de la tesina.						X						



OBJETIVOS.

Objetivo General:

Indagar sobre la Mortalidad Materna en México.

Objetivos específicos:

Averiguar las principales complicaciones de Mortalidad Materna en México.

Conocer las intervenciones de Enfermería que debiera seguir para prevenir la Mortalidad Materna.



Capítulo 1 Mortalidad Materna.

1 Mortalidad Materna

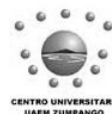
La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”. Por lo general se hace una distinción entre «muerte materna directa» que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y una «causa de muerte indirecta» que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud pre-existente o de reciente aparición. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas al mismo se denominan *accidentales, incidentales o no-obstétricas*.

La Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco reporta que en México la mortalidad materna o muerte materna o de mujeres gestantes es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante o poco después de un embarazo. La muerte materna es un indicador claro de injusticia social, inequidad de género y pobreza: el que un embarazo o parto desemboque en la muerte de la mujer refleja problemas estructurales, tanto de acceso como de atención a la salud; de hecho es el más dramático de una serie de eventos que revelan la falta de acciones para atender la situación de atraso, marginación y rezago en la que vive un sector de las mujeres mexicanas; así como las personas que conviven con ellas, el personal de salud y autoridades gubernamentales. Por otro lado, da cuenta de una serie de relaciones económicas, sociales y culturales que ubican a la mujer en una franca desventaja.⁸



Las Naciones Unidas estimó que la mortalidad materna global en el 2000 era de 529.000 representando aproximadamente 1 defunción materna cada minuto de los cuales menos del 1% ocurrieron en países desarrollados. Sin embargo, un estudio de The Lancet señala que la cifra ha descendido continuamente desde 526.300 en 1980 hasta 342.900 en 2008 y en este último año, habrían sido 281.500 en ausencia de VIH. La mayoría de estas muertes han sido médicamente prevenibles desde hace décadas, por razón de que los tratamientos y terapias para prevenir dichas muertes se conocen y manejan en todo el mundo desde los años 1950.

Hay factores asociados a la muerte materna que no implican un buen o mal estado de salud general, como son el aborto provocado y las muertes relacionadas a la violencia contra la mujer. El índice de muerte materna vinculado al aborto clandestino es 2,95 veces más elevado que el de embarazos que llegan al parto. Se ha reportado además que cerca del 10% de las muertes maternas ocurren más allá que los 42 días del puerperio, por lo que algunas definiciones se extienden más allá del puerperio tardío e incluyen hasta un año post-parto. Se reconoce que los datos recibidos de mortalidad materna son una importante minoría de los eventos reales, siendo que menos del 40% de los países miembros de la OMS reportan de manera correcta, sistemática y en forma verificable sus niveles de mortalidad materna.³Fundamentado en la importancia que tiene el conocimiento de la magnitud real de la mortalidad materna y perinatal para identificar las causas que lo producen se crea en julio de 1996 por el "Comité Nacional" el manual de organización y procedimientos de los comités para el estudio de la mortalidad materna y perinatal, para dar cumplimiento a la Ley General de Salud en su título tercero, capítulo quinto, artículo 62 en que se reconoce que la salud materno infantil es una prioridad nacional.



1.1 Mortalidad Materna en México.

Considerando que era necesario tener una serie coherente de datos sobre defunciones por mortalidad materna de 1990 hacia adelante, la Secretaría de Salud (SS) hizo una corrección del número de muertes maternas para poder tener una serie homogénea para el monitoreo de los avances en relación con el Objetivo de Desarrollo del Milenio número cinco: la razón de mortalidad materna. Esta corrección fue importante para toda la serie, como se muestra en el cuadro 1.^{9,5}

Como se observa, la corrección que hizo la SS a esta serie no fue menor, pues para 1993 las muertes maternas enmendadas ascendieron a 2,058%, lo que significa que 790 muertes maternas adicionales a las reportadas de origen. Una rectificación del 62%; para 1996 la cifra fue de 50% en relación con lo observado, y para 1991, 1992, 1996 y 1997 la cifra mostro el 48% y 50%.

El cuadro 1 muestra la magnitud de la corrección que se le hizo a la información captada desde 1990, año base para las Metas del Milenio al 2001. Hay que considerar que en el 2002 ya estaba en marcha la búsqueda intencionada de muertes maternas, por lo que los datos tuvieron una mejora cualitativa relevante de ese año en adelante, aunque de forma paulatina. Al analizar la serie corregida de muertes maternas 1990-2001 se observa un descenso constante de 1990 a 1997, con un ligero repunte en 1999 para continuar con el descenso durante el 2000 y 2001. Esto refleja como es lógico en la reducción de la diferencia y en la disminución del porcentaje de la corrección de 1999 al 2001; sin embargo, para el 2001, la corrección todavía fue de 29%.

Cuadro 1

Defunciones maternas observadas y corregidas, 1990-2001

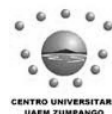
Año	Muertes maternas observadas	Muertes maternas corregidas ^a	Incremento porcentual	Diferencia
1990	1 477	2 156	0.46	679
1991	1 414	2 108	0.49	694
1992	1 399	2 090	0.49	691
1993	1 268	2 058	0.62	790
1994	1 409	2 021	0.43	612
1995	1 454	1 967	0.35	513
1996	1 291	1 937	0.50	646
1997	1 266	1 874	0.48	608
1998	1 417	1 874	0.32	457
1999	1 399	1 904	0.36	505
2000	1 310	1 697	0.30	387
2001	1 253	1 616	0.29	363

a Estimación por subregistro hasta el 2001 (DGIS/SSA).

Fuente: SS. *Búsqueda intencionada de muertes maternas en México. Informe 2008*, p. 26.

Es importante señalar que la descripción detallada del proceso de la búsqueda intencionada de muertes maternas, así como de la metodología y de la información base para el cálculo de las estimaciones retrospectivas realizadas de 1990 al 2001 de la RMM, forman parte de la información que en la actualidad no es accesible al público en general. Valdría la pena reflexionar sobre esto en el contexto de la accesibilidad y la transparencia, y tratar de que la documentación explicativa sea pública.

Cuando se consultan los datos sobre defunciones maternas que presenta el Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI) en su página de Internet, se encuentra que sólo hay información de 1998 en adelante y que no está la serie completa que permite darle seguimiento a los ODM de 1990 al último dato disponible.



Otro punto que tiene que ver con el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG) es que los datos del INEGI sobre defunciones maternas no coinciden con los que tiene la Secretaría de Salud tanto en su página electrónica como en sus publicaciones. Peor aún, en el cuadro 2 se puede ver que el INEGI tiene etiquetas diferentes para dar cuenta de las defunciones maternas, pues utiliza el título de Defunciones por embarazo, parto y puerperio y el de Defunciones maternas para dar cuenta de lo mismo; pero, además, los datos que brinda el INEGI en Internet a partir del 2003 no son iguales y aunque las diferencias son pequeñas (por ejemplo, para el 2009 ascienden a 38 muertes maternas más), no dejan de ser diferencias.⁹

Cuadro 2

Defunciones, 1998-2009

Año	Defunciones por embarazo, parto y puerperio ^a	Defunciones maternas	Diferencia
1998	1 430	1 430	-
1999	1 411	1 411	-
2000	1 325	1 325	-
2001	1 269	1 269	-
2002	1 325	1 325	-
2003	1 333	1 339	6
2004	1 268	1 273	5
2005	1 270	1 278	8
2006	1 189	1 202	13
2007	1 136	1 157	21
2008	1 137	1 167	30
2009	1 243	1 281	38

a Forma parte de las causas detalladas del CIE 10/2 e incluye: embarazo terminado en aborto (O00-O08); edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, el parto y el puerperio (O10-O16); otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo (O20-O29); atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto (O30-O48); complicaciones del trabajo de parto y del parto (O60-O75); complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio (O85-O92); otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (O95-O99).

Fuente: INEGI. Registros administrativos. Estadísticas vitales. Estadísticas de mortalidad. Base de datos.



1.2 Mortalidad Materna a nivel Estado.

La normativa nacional en el ámbito federal y local otorga carácter prioritario a la prestación de servicios de salud materna en las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Las obligaciones internacionales de derechos humanos contraídas por México comprometen al Estado a prevenir la muerte materna; sin embargo, los datos estadísticos no muestran una reducción notable en los últimos años. Tanto las principales causas como las entidades federativas con el mayor registro de casos han permanecido sin cambios.⁹ Esta situación es sin duda un reflejo de la existencia de problemas estructurales en el Sistema que impiden a las mujeres un acceso efectivo a los servicios de salud materna. En México, la RMM en 2008 fue de 57.2, en 2009 de 62.2, en 2010 de 51.5 y en 2011 de 50.7 por cada 100,000 nacimientos.⁶

En números absolutos, de 1990 a 2011 fallecieron 28,042 mujeres por complicaciones durante el embarazo, aborto, parto o puerperio.¹⁵ Si analizamos los avances y retrocesos en términos de RMM, entre 1990 y 2010, de las 32 entidades federativas, 14 registraron avances mínimos,⁹ incluso un incremento, y 18 la redujeron.¹¹ Cabe resaltar los casos de Colima y Morelos que la redujeron 64.4% o más. Hay que recordar que de conformidad con los ODM, México se comprometió a reducir la RMM en 75% para 2015. Dada la tendencia actual, es muy probable que el Estado mexicano no pueda cumplirlo.

En años recientes, México ha vivido un considerable avance en su desarrollo económico y social, especialmente en algunos factores que se consideran reducirían la mortalidad materna. Estos incluyen, específicamente, una tasa de fecundidad en descenso y mejoras en la educación de las mujeres, así como la asignación de una proporción relativamente grande del gasto público para la atención de la maternidad



En el pasado, fue difícil estimar con exactitud los niveles de mortalidad materna debido a deficiencias en la calidad de los datos, pero el gobierno de México ha reportado una reducción sustancial en este indicador a lo largo de los últimos 60 años.^{2,10} Entre 1955 y 2006, se estima que la razón ha disminuido de aproximadamente 204 a cerca de 60 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos. Los análisis muestran que el 80% de esta reducción se logró entre 1955 y 1989; y el restante 20%, entre 1990 y 2006.¹⁰ Por lo tanto, la velocidad de descenso empezó a disminuir su ritmo a inicios de los años noventa.* Los factores a largo plazo asociados con esta disminución, son el aumento en la cobertura de servicios básicos de salud para las mujeres, así como la atención prenatal; el mayor acceso a hospitales que ofrecen estándares mejorados de atención médica en el parto; y el lanzamiento en 1974 del Programa Nacional de Planificación Familiar de México, el cual para 2006 había alcanzado una cobertura de 71% en mujeres casadas (esto es, en unión legal o consensual) de 15–49 años.⁹ Algunos factores adicionales que contribuyeron a esta disminución incluyen el mejoramiento relativo de las condiciones de vida de la población en general y mejoras a la infraestructura del país (más amplia disponibilidad de electricidad, agua potable y caminos pavimentados en las áreas rurales), entre otros. Una revisión internacional a profundidad de los datos de mortalidad materna en México concluye que las estimaciones para 2005 y años posteriores ahora son relativamente precisas, pero esto no sucede así para cada uno de los estados.¹² Y, a pesar de todos estos esfuerzos, la subcobertura sigue siendo un problema persistente, lo que significa que el número estimado de muertes maternas debe considerarse como una aproximación.

De hecho, los datos a nivel nacional y regional son más confiables que los de nivel estatal. Como indica el Cuadro 3, la razón de mortalidad materna en México a nivel nacional ha disminuido en años recientes, de una estimación de 63 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos en 2005, a 57 por 100,000 en 2008. Ésta



sigue la tendencia de largo plazo, una disminución de 36% de 1990 a 2008 en la razón de mortalidad materna (de 89 a 57).

CUADRO 3. Razones de mortalidad materna y número de muertes maternas en México a nivel nacional y por Región,* 2005 y 2008

Región	Razón de mortalidad materna		Número absoluto de muertes maternas	
	2005	2008	2005	2008
Nacional	63.4	57.2	1,241	1,119
Región 1	57.6	52.9	80	69
Región 2	56.7	48.3	439	375
Región 3	55.9	51.8	102	95
Región 4	57.4	50.3	264	233
Región 5	69.4	72.1	119	126
Región 6	102.0	97.3	237	221

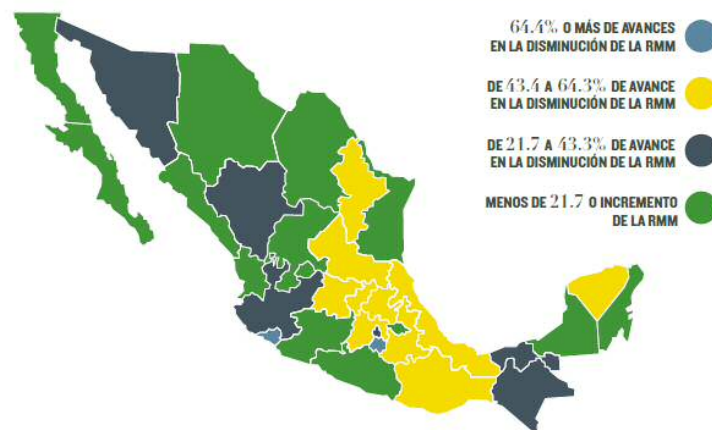
*Las regiones están definidas con base en características socioeconómicas de las entidades federativas y varían desde la más desarrollada (Región 1) hasta la menos desarrollada (Región 6).

La disminución ha ocurrido también en la mayoría de las regiones, y se observa alguna asociación entre la mortalidad materna y el nivel de desarrollo: en general, mientras menos desarrollada sea la región, mayor es la razón. Por ejemplo, en 2008 la razón de mortalidad materna en la Región 6 que es la menos desarrollada y que está constituida por los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca fue aproximadamente del doble de las Regiones 1–4, y del país en su conjunto.

También fue 35% más elevada que la razón promedio de la Región 5, que abarca los estados de Hidalgo y Veracruz. Sin embargo, en términos absolutos, las Regiones 2 y 4 fueron las que registraron los números más altos de muertes maternas. A nivel estatal, Chiapas y el estado de México tuvieron los números más altos de esas muertes⁹

El análisis de las razones de mortalidad materna por grupos de edad específicos, muestra que las adolescentes de 15–19 años tienen una razón ligeramente más alta que las mujeres en sus años veinte (47 vs. 40 por 100,000 en 2008).¹² Las mujeres de 30 años o más tienen los niveles más elevados (variando de 72 a 151 por 100,000). Desde luego, en valores absolutos, el mayor número de muertes se observa en el grupo de edad de 20–34 años, simplemente porque tienen mayor probabilidad de embarazarse. Muchas muertes maternas de la Región 6 ocurren en mujeres indígenas del medio rural que viven en condiciones de pobreza, en comunidades pequeñas y aisladas, sin acceso real a servicios de emergencia obstétrica.¹³ Expertos en salud materna sugieren que para cerrar la brecha de desigualdad social y económica que resulta en la alta morbilidad y mortalidad de ciertos grupos de población, será necesario proporcionar acceso gratuito y universal de atención obstétrica para todas las mujeres.^{6,9}

PORCENTAJES DE AVANCE POR ENTIDAD FEDERATIVA EN EL OBJETIVO 5 DE DESARROLLO DEL MILENIO ENTRE 1990 Y 2010



FUENTE: Observatorio de Mortalidad Materna en México, *Porcentajes de avance por entidad federativa en el Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio entre 1990 y 2010*.



Capítulo 2 Principales complicaciones de la Mortalidad Materna en México.

Las complicaciones de mortalidad materna es el conjunto de signos, síntomas y patologías que se encargan de alterar el proceso de gestación, ya sea durante el periodo gestante, en el parto y después del mismo. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Del 100% de las MM causantes, el 80% son los decesos.¹

2 Principales causas de la Mortalidad Materna en México.

Los problemas de salud en el embarazo se clasifican en dos categorías:

1. Problemas de salud o complicaciones derivadas de la propia gestación. En la primera mitad del embarazo los problemas de salud más frecuentes son: hiperemesis gravídica, aborto, embarazo ectópico y la mola hidatiforme. En la segunda mitad de la gestación los problemas más frecuentes son: placenta previa, abrupcio placentae, hipertensión inducida por el embarazo, amenaza de parto prematuro, embarazo prolongado e isoimmunización Rh. A estas complicaciones se les llama gestosis.

2. Problemas de salud sobreañadidos y coincidentes con la gestación que pueden agravar la evolución de la misma: diabetes, hipertensión crónica, anemias, enfermedad cardiaca, infección urinaria y enfermedades infecciosas en general.

2.1 HEMORRAGIAS DEL PRIMER TRIMESTRE DE GESTACIÓN

Las causas más frecuentes son:

- ✓ Aborto



- ✓ Embarazo ectópico
- ✓ Mola hidatiforme

2.1.1 ABORTO: Interrupción del embarazo antes de que sea viable (puede ser espontáneo o inducido antes de la semana 20 de gestación o antes de que el feto pese 500gr). De 20 a 28 semanas o entre 500 y 1000 gr se considera un parto inmaduro, parto prematuro entre 28 y 37 semanas o de 1000 a 2500 gr de peso, y parto a término entre 37 a 42 semanas y más de 2500 gr de peso.

Etiología o causas de aborto espontáneo:

En la mayoría de los casos no se sabe por qué ocurren, pero la incidencia de abortos espontáneos es mayor de lo que se cree ya que a veces se confunden con trastornos menstruales. Además la incidencia va a ser distinta a diferentes edades maternas. Entre el 43% y 45% de las gestaciones terminan en abortos espontáneos, los inducidos o clandestinos son más difíciles de cuantificar, según la situación legal de cada país los datos se ajustarán en mayor o menor medida a los reales.

Las causas pueden ser:

Causas ovulares

1. Anomalías cromosómicas (60%), (sobre todo poliploidías).
2. Malformación del huevo
3. Anomalías en la inserción o estructura de la placenta
4. Infecciones ovulares (toxoplasmosis y viriasis.)
5. Alteraciones hormonales (insuficiencias)

Causas maternas

1. Malformación uterina



2. Insuficiencia cervical
3. Enfermedades crónicas (diabetes, insuficiencia renal.)
4. Sustancias citotóxicas (drogas.)

Estadios y formas clínicas del aborto espontáneo

En función de la sintomatología podemos hablar de:

1. Amenaza de aborto: cuando hay una pérdida hemática ligera, pequeños calambres abdominales y en la exploración ginecológica hay cuello cerrado. Puede consumarse el aborto o no, la pauta a seguir es reposo absoluto y medicación relajante. No afecta al feto.
2. Aborto en curso: los síntomas anteriores aparecen más exagerados y acompañados de dolor; pérdida hemática moderada o grave, calambres que se parecen a contracciones uterinas dolorosas y cuello uterino ligeramente dilatado (sobre 4 cm). Este aborto es inevitable. Dentro de éste tipo puede ser:
 - a. Aborto completo: cuando se produce la evacuación del embrión y de los anejos fetales (membranas y placenta).
 - b. Aborto incompleto: se expulsa parcialmente el contenido uterino y quedan restos retenidos en el interior.

La pauta terapéutica es distinta en a y b. En un aborto completo cesa la hemorragia y el cuello tiende a cerrarse, en incompleto no. Habrá que evacuar totalmente el útero.¹⁰

2.1.2 EMBARAZO ECTÓPICO

El embarazo que se produce fuera de la cavidad uterina se le llama Embarazo Ectópico. Ectopia: significa fuera de su sitio. Es la segunda causa de mortalidad materna, la incidencia es de uno de cada 200 embarazos. Si no se detecta a tiempo la madre puede morir.



Etiología

Los signos y síntomas del embarazo ectópico son:

1. Alteraciones de las trompas: inflamación del endosalpinx, procesos obstructivos, adherencias o cicatrices por enfermedades infecciosas o inflamatorias previas, así como también anomalías congénitas, cirugía tubárica previa o tumores que oprimen la trompa.
2. Fallo en la contracepción oral con progesterona (ya que enlentecen el desplazamiento del huevo desde la trompa).
3. Fallo del DIU muestra el 98% de los casos la localización del embarazo ocurre en la trompa.

Evolución de los embarazos tubáricos

1. Resolución espontánea, el huevo fecundado muere y hay una reabsorción o calcificación del huevo en la trompa.
2. Aborto tubárico: el huevo fecundado muere y es abortado hacia la cavidad abdominal o peritoneal, o al útero. Otras veces cuando cae en la cavidad abdominal y no está muerto, se implanta allí y ha habido embarazo hasta de 16-20 semanas.
3. Rotura tubárica por crecimiento del huevo fecundado. La trompa estalla y provoca rotura de arterias y venas siendo una situación comprometida. Puede producirse un shock hipovolémico, etc.

2.1.3 MOLA HIDATIFORME O EMBARAZO MOLAR



Es la degeneración o crecimiento anómalo benigno del tejido trofoblástico, de las vellosidades coriónicas (neoplasia benigna del corion). Normalmente se produce embarazo molar sin embrión (ya que no se establece la circulación útero-placentaria), pero a veces conviven un desarrollo de la placenta degenerada y el embrión muerto calcificado. En un corte del útero se ve cómo las vellosidades coriónicas se transforman en vesículas llenas de líquido viscoso claro que se asemejan a racimos de uvas. Este embarazo no progresa más de 18 semanas.¹⁰

Signos y síntomas del embarazo molar:

1. Aumento del tamaño del útero, a una velocidad mayor que lo que corresponde para la edad gestacional. La consistencia es blanda.
2. Pérdida hemática variable, desde escasa hemorragia vaginal a grandes hemorragias (sangre roja y expulsión de vesículas).
3. No se aprecian movimientos fetales en ecografía.
4. Frecuencia cardíaca fetal negativa. Y además puede haber otros signos y síntomas asociados:
5. Hiperemesis (vómitos exagerados).
6. Preeclampsia (hipertensión).

La **etiología** exacta no se conoce, la incidencia es de uno de cada 1500 embarazos. La mola es la forma benigna y más frecuente de la enfermedad trofoblástica. Sin embargo dependiendo del estado de proliferación del epitelio, la mola puede ser maligna: es cáncer de corion o coriocarcinoma. Se asocia a factores como falta de proteínas en la dieta, malnutrición, uso de Citrato de Clomifeno (inductor de la ovulación) y a alteraciones cromosómicas sobre todo en el hombre, ya que cuando se estudia esta mola sólo aparece el cromosoma del varón, no aparece el femenino.

Diagnóstico de mola



1. Ecografía

2. Mediciones de HCG. Está aumentada, si en embarazo normal es 300.000 UI, en mola es 1.000.000 UI. La HCG normalmente sólo está aumentada en embarazo gemelar o múltiple.

2.2 HEMORRAGIAS EN LA SEGUNDA MITAD DE LA GESTACIÓN O HEMORRAGIAS ANTEPARTO.

El útero gestante está irrigado por la arteria ovárica y uterina que cuando entran en el miometrio se van espiralando para irrigar el endometrio. Esto hace que el útero pueda crecer. Cuando hay contracciones el flujo sanguíneo a la placenta se reduce (el flujo sanguíneo normal a la placenta es de 500ml/min.). Se considera que hay hemorragia cuando se pierde un 10% del volumen total o el 1% del peso corporal. Así mismo, una mujer en situación de hemorragia anteparto puede entrar en shock hipovolémico cuando pierde el 25% del volumen, que es 1.5-2 litros. Esto puede ocurrir en tres minutos. En el 3% de las embarazadas hay hemorragias anteparto. De ese 3% la mitad se corresponden con placenta previa o abruptio placentae, y en el resto la causa es desconocida.¹¹

Las complicaciones de la segunda mitad de la gestación son:

2.2.1 ABRUPTIO PLACENTAE

Es aquel desprendimiento de la placenta normalmente inserta. Puede ser total o parcial, las referencias que muestran son:

1. Cuando coexisten embarazo e hipertensión, y hay un golpe brusco de sangre a la placenta.
2. Enfermedades que cursan con lesiones vasculares como la diabetes.



3. Por accidentes, traumatismos.
4. Por cordón umbilical corto.

Los ítems 1 y 2 suponen el 50% de los desprendimientos. Es una situación grave; esto puede ocurrir en casa o en el hospital. El pronóstico es diferente tanto para la madre como para el feto. La mortalidad fetal es de 30%, y la mortalidad materna es del 6%.

Complicaciones

1. Hemorragia; de grado leve (250 ml de pérdida), es parcial. Grave (más de un litro de pérdida), es total.
2. Shock hipovolémico.
3. Útero de Couvelaire o apoplejía útero placentario; cuando la sangre se infiltra y rellena el tejido muscular del útero, tiene aspecto de útero atigrado. Además se produce una contractura uterina intensa y mantenida. Una vez acabado el parto hay que hacer una vigilancia más estrecha ya que la fibra muscular uterina está fatigada y puede haber:

1. Hemorragia posparto.
2. Coagulación intravascular diseminada; en la zona de desprendimiento la hemorragia provoca la liberación de gran cantidad de factores de coagulación cuya finalidad es formar el coágulo retroplacentario. Estos factores pasan a la circulación general, y desencadenan la formación final de fibrina. De esta forma se genera una CID, que es una grave complicación que afecta a diversos órganos, y en especial al riñón. A causa de ello se consumen los depósitos de fibrinógeno de tal forma que cuando este alcanza cifras muy bajas la sangre pierde su capacidad normal de coagulación, y se produce una coagulopatía de consumo, con hemorragias en diferentes órganos. Se hacen estudios de coagulación porque los productos de la coagulación se acaban.



3. insuficiencia renal (con oliguria, anuria, etc.) por disminución de la perfusión, y por necrosis de la corteza del riñón por depósitos de fibrina en los capilares renales.¹²

2.2.2 PLACENTA PREVIA

Se define la inserción total o parcial de la placenta en el segmento uterino (no en el fondo uterino que sería lo normal) (el segmento uterino es la parte entre el cuello y cuerpo uterino). En este segmento uterino, el tejido endometrial es más escaso y por consiguiente la placenta se extiende más buscando redes vasculares y puede haber una oclusión del orificio cervical. En base al grado de oclusión del OCI (orificio cervical interno), se clasifica la placenta previa en:

1. completa
2. parcial
3. marginal

Además dependiendo de donde se localice puede ser:

1. Lateral baja; se inserta sólo en el segmento uterino.
2. Marginal; la placenta llega hasta el borde del OCI.
3. Oclusiva parcial; ocluye parcialmente el OCI.
4. Oclusiva completa; toda la placenta descansa en el OCI, incluso se podrían visualizar los cotiledones con un amnioscopio si el orificio cervical estuviera dilatado.

Epidemiología



Se da en uno de cada 200 embarazos. Índice de mortalidad fetal de 50%. El embrión cuando llega al útero no encuentra una zona adecuada en la decidua y baja hasta el segmento uterino inferior.

Las circunstancias que determinan cicatrices en la superficie endometrial, y que pueden causar placenta previa son:

1. legrado por abortos (en las zonas más erosionadas).
2. multiparidad elevada (el sitio de inserción se “gasta”, y se buscan sitios Más vascularizados).
3. edad materna avanzada (más de 35 años).
4. cicatrices uterinas previas (por miomas, etc.).

Manifestaciones clínicas

La principal manifestación es la hemorragia, cuanto más precoz sea esta mayor será el grado de oclusión y complejidad del problema. La hemorragia ocurre porque el cuello uterino se modifica y el segmento uterino se estira, y la placenta que no es extensible, con lo que ésta se desprende en parte y las boquillas vasculares se abren. Normalmente hasta la 28^a semana las manifestaciones clínicas son:

1. Metrorragias;
 - ✓ no dolorosas
 - ✓ no asociadas con el trabajo de parto
 - ✓ aparición súbita y espontánea
 - ✓ sangre roja (en placenta desprendida más negra)
 - ✓ cantidad moderada (no más de 500ml) (la sangre sale a borbotones),
 - ✓ Una vez que se diagnostica se prohíben los tactos vaginales ya que se puede agravar la hemorragia.
2. Alteraciones de la situación y presentación fetal
3. FCF normal si la metrorragia no es importante
4. La consistencia del útero es normal o blanda.



2.3 HIPEREMESIS GRAVÍDICA.

La hiperémesis gravídica es un trastorno poco frecuente (3,5/1000 embarazos). Consiste en que hay vómitos persistentes a lo largo del embarazo. Se presentan náuseas y vómitos que van más allá del tercer mes de la gestación, se prolongan por más de 100 días. Se asocia a mujeres con embarazos múltiples y mujeres con mola hidatiforme. Por tanto se asocia con crecimiento rápido trofoblástico y HCG aumentada, y concentraciones elevadas de estrógenos (que tienen efectos nauseógenos). También puede haber un componente psicológico que agrave el problema. La etiología es en general desconocida.¹²

Manifestaciones clínicas

1. Vómitos persistentes (no esporádicos)
2. Pérdida de peso
3. Deshidratación (que puede llegar a producir acidosis metabólica)
4. Oliguria, y en el peor de los casos insuficiencia renal

2.4 HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO (HIE)

A veces el embarazo hace que una mujer sea hipertensa cuando antes no lo era, o puede agravar una hipertensión anterior. Es un problema grave y lleva a una alta mortalidad y morbilidad materno-fetal. Su incidencia es de 5% y 7%. Normalmente este problema suele ir acompañado de otros dos síntomas que son edema y proteinuria, y se le llama tríada gestósica. También se le llama gestosis y antes se llamaba toxemia ya que se pensaba que esto estaba producido por una toxina.¹³

Esta hipertensión aparece normalmente a partir de la 20ª semana de gestación y se puede dar durante el embarazo, parto y puerperio. La manifestación más grave



de esta hipertensión se le llama eclampsia, que viene del griego eclamnis (proyección brusca hacia delante o convulsión). Esta hipertensión puede provocar:

1. Insuficiencia cardiaca congestiva
2. Edema pulmonar
3. Insuficiencia renal
4. Muerte de la madre
5. Muerte del feto

Los fetos normalmente son CIR (Crecimiento Intrauterino Retardado), y hay situación de hipoxia crónica por disminución del intercambio útero-placentario.

Epidemiología

Aparece sobre todo en el último trimestre de embarazo (a partir de 20^a semana), en el parto y en el puerperio precoz (en las primeras 48 horas). Si la HTA existía antes del embarazo los signos y síntomas aparecen antes de la 20^a semana. Es más frecuente en:

1. Jóvenes y primigrávidas
2. Añosas
3. Malnutridas (deficiencia proteica)
4. Diabéticas
5. Embarazo gemelar
6. Mola hidatiforme
7. Hidramnios o polihidramnios (exceso de líquido amniótico, mas de 2000 ml en gestación avanzada)
8. Incompatibilidad Rh

Etiología y patogenia



No se sabe con claridad la causa, se sabe que hay un desequilibrio entre prostaglandinas vasodilatadoras y vasoconstrictoras, o sea, entre prostaciclina y tromboxano. La mayoría de las evidencias señalan como punto de partida de la enfermedad a una insuficiencia placentaria. Una pobre perfusión placentaria puede presentarse por implantación anormal (mediada genética y/o inmunológicamente), enfermedad microvascular y/o aumento de tamaño placentario. Cuando ocurre el proceso de implantación embrionaria en el ser humano, las células trofoblásticas desplazan, disocian y sustituyen a las células epiteliales de la decidua materna, siguiendo con invasión de la membrana basal y del estroma subyacente hasta finalizar en cambios en la estructura vascular uterina. Para ello, se producen una serie de cambios: durante los estadios tempranos del embarazo, se presentan cambios histológicos en las arterias terminales espirales, situadas en la decidua materna, que se caracterizan por desintegración de la lámina elástica interna, por lo que sólo permanece una delgada capa de membrana basal entre el endotelio y la capa muscular. El siguiente cambio ocurre entre las semanas 6 y 12 de la gestación, período en el cual las arterias espirales son invadidas por tejido trofoblástico extraembrionario, que sustituye a las células endoteliales y permite su dilatación. Posteriormente, la invasión alcanza las arterias radiales del miometrio, durante las semanas 14 a 20 de la gestación. Los cambios descritos en la estructura vascular permiten que se dilaten estas arterias, disminuyendo así la resistencia uteroplacentaria y, con ello, aumentando el flujo a través de las mismas. Sin embargo, en la preeclampsia la irrupción trofoblástica no alcanza a las arterias radiales, por lo que se produce un aumento en la resistencia vascular, lo cual se traduce en una disminución de la circulación uteroplacentaria. Cuando se daña al endotelio, éste pierde su resistencia natural a la formación de trombos, iniciándose el proceso de coagulación sanguínea. Por tanto se produce endotelitis y se forman agregados plaquetarios (ya que el flujo sanguíneo de la madre si se recibe).



Estos productos de la coagulación migran y llegan a los vasos sanguíneos renales y los lesionan, y se produce proteinuria (mala reabsorción de las proteínas). Además la vasoconstricción de la placenta hace que se forme renina uterina que da lugar a angiotensina I y esta a su vez a angiotensina II, que hace que haya vasoespasmo o vasoconstricción generalizada. A su vez la renina y angiotensina II hacen que las cápsulas suprarrenales produzcan aldosterona con lo que se retiene sodio y agua, formándose edemas. Además el intenso vasoespasmo hace que se disminuya el riego de útero, riñones y cerebro (órganos vitales). Hay un aumento de volumen sanguíneo que después se convierte en una disminución del volumen intravascular debido a una lesión endotelial y escape de proteínas (albúmina). Se crea una presión positiva y salen líquidos al espacio intersticial, ya que disminuye la presión osmótica y esto unido a la hipertensión hace que el líquido salga.¹³

2.5 Principales complicaciones de la Mortalidad Materna en México.

Se entiende como factor de riesgo, la característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociados con un aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño. Por lo que el riesgo obstétrico alto es un aumento real o potencial en la probabilidad de sufrir daños a la salud de la madre o del producto. Existen diversas clasificaciones de riesgo como son:

2.5.1 PREECLAMPSIA: Síndrome multisistémico de severidad variable, específico de embarazo, caracterizado por una reducción de perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras 6 semanas después de este. El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial mayor 140-90 mm Hg acompañada de proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acúfenos, fosfenos, dolor abdominal.¹⁴



Fisiopatología. La preeclampsia progresa a lo largo de un espectro que va desde la enfermedad leve hasta la preeclampsia severa, esta se relaciona con los cambios fisiológicos del embarazo, las adaptaciones fisiológicas normales a este incluyen un aumento de volumen del plasma, vasodilatación, disminución de la resistencia vascular sistémica y aumento del gasto cardiaco.

2.5.2 ECLAMPSIA: Presencia de convulsiones o estado de coma en pacientes con preeclampsia después de la semana 20 de gestación, parto o en las primeras 6 semanas de este, en ausencia de otras causas de convulsiones y generalmente la interrupción del embarazo.¹⁴

Estos son signos y síntomas de preeclampsia y eclampsia

1. Amnesia (estado de confusión mental).
2. Acufenos.
3. Fosfenos.
4. Epigastralgia
5. Nauseas y vómitos.
6. Cefaleas.
7. Vértigo.
8. Estado de hiperreflexia (reflejo rotuliano amplio cuando se golpea en la rodilla)

Son algunas complicaciones de eclampsia

1. Insuficiencia cardiaca
2. Acidosis respiratoria o metabólica
3. Abruption placentae
4. Hemorragia cerebral (muerte materna)
5. En ocasiones muerte fetal (por disminución de perfusión)



6. Síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y bajo recuento de plaquetas)

2.5.3 SÍNDROME DE HELLP. Este padecimiento es una complicación de la preeclampsia y eclampsia, que lleva a la alteración o daño de órganos blancos como son: hígado, corazón, riñón, cerebro, que incluso puede llevar hasta la muerte.

- (H de "hemolysis" en inglés): hemólisis (la descomposición de glóbulos rojos)
- (EL de "elevated liver enzymes" en inglés): enzimas hepáticas elevadas
- (LP de "low platelet count" en inglés): conteo de plaquetas bajo

Síntomas

- ✓ Fatiga o no sentirse bien
- ✓ Retención de líquidos y aumento de peso en exceso
- ✓ Dolor de cabeza
- ✓ Náuseas y vómitos que siguen empeorando
- ✓ Dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen
- ✓ Visión borrosa
- ✓ Sangrado que no para fácilmente
- ✓ Crisis epiléptica o convulsiones

Durante un examen físico, el médico puede descubrir:

- ✓ Sensibilidad abdominal, especialmente en el cuadrante superior derecho
- ✓ Agrandamiento del hígado
- ✓ Hipertensión arterial
- ✓ Hinchazón en las piernas
- ✓ Hiperflexia



Las pruebas de la función hepática (enzimas hepáticas) pueden estar altas y los conteos de plaquetas pueden estar bajos. Una tomografía computarizada puede mostrar sangrado dentro del hígado.

Se realizarán exámenes sobre la salud del bebé, entre otros: cardiotocografía en reposo y ecografía.

Tratamiento

El tratamiento principal es dar a luz al bebé lo más pronto posible, incluso si éste es prematuro. Los problemas con el hígado y otras complicaciones del síndrome HELLP pueden empeorar rápidamente y ser dañinos tanto para la madre como para el bebé.

El médico puede inducir el parto administrando fármacos para iniciar el trabajo de parto o puede llevar a cabo una cesárea.

Tratamiento en la complicación

- Una transfusión de sangre si los problemas de sangrado se tornan graves
- Corticoesteroides para ayudar a que los pulmones del bebé se desarrollen más rápido
- Medicamentos para tratar la hipertensión arterial

2.5.4 INFECCIÓN PUERPERAL: Enfermedad causada por invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales internos o externos antes, durante o después de aborto, parto o cesárea y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo, ocurridos durante la gestación. La infección puerperal se caracteriza clínicamente por fiebre mayor a 38 C, en dos o más registros sucesivos de temperatura, después de 24 horas y durante los 10 primeros días del postaborto, postparto y postcesarea.



Etiología.

La endometritis es la fuente más común de infección posparto. Otras fuentes de infecciones postparto incluyen:

1. Infecciones de la herida postquirúrgica, bien sea cesárea o episiotomía,
2. Celulitis perineal,
3. Los productos retenidos de la concepción,
4. Infecciones del tracto urinario (ITU), y
5. Flebitis pélvica séptica.

Los microorganismos más frecuentes provienen de fuentes endógenas o exógenas. Las bacterias endógenas normalmente habitan en la madre e incluyen *Escherichia coli*, *Streptococcus faecalis* y anaerobios como el género *Clostridium*, mientras que los exógenos provienen de otra persona o del material usado durante el parto

2.5.5 HEMORRAGIA OBSTÉTRICA: Es la pérdida sanguínea en cantidad variable que puede presentarse durante el estado grávido o puerperal, proveniente de genitales internos y externos. La hemorragia puede ser hacia el interior (cavidad peritoneal) o al exterior(a través de los genitales externos).^{10, 14}

Sangrado en el embarazo temprano.

El sangrado más común en el comienzo del embarazo es el aborto espontáneo. Es un sangrado similar a una menstruación voluminoso, sin embargo, puede llegar a verse acompañado de sangrado excesivo y prolongado. Lo más frecuente es que el obstetra realice un legrado uterino para el tratamiento de este tipo de



situación. En el caso de un embarazo ectópico, el sangrado suele ser interno y puede llegar a ser fatal si no se trata a tiempo.

Sangrado en el embarazo tardío.

La consideración principal de una hemorragia al final del embarazo es la presencia de placenta previa, un trastorno que suele ser resuelto con una cesárea. Igualmente, un desprendimiento prematuro de placenta puede conllevar a un sangrado obstétrico, a menudo no aparente.

Sangrado del parto

Adicional a una placenta previa o un DPP, los desgarros uterinos pueden ser una causa seria que produce hemorragia interna o externa. El sangrado de origen fetal es muy raro que, aunque no suele ser abundante, puede ser importante para el recién nacido

Sangrado del puerperio.

La hemorragia durante el puerperio se define como la pérdida de más de 500 ml de sangre después del parto vaginal o más de 1000 ml de sangre después de una cesárea.² Es la causa más importante de muerte materna perinatal en países desarrollados y una causa principal de morbilidad a nivel mundial.¹

Las principales causas de hemorragia posparto son la atonía uterina, traumatismo físico, placenta retenida y coagulopatías:¹



- Atonía uterina: es la incapacidad del útero para contraerse y puede conllevar a sangrado continuo.³ La retención de tejido placentario puede causar una atonía uterina.
- Traumatismos: los traumatismos durante el parto pueden desgarrar el tejido y vasos sanguíneos del canal del parto, lo que conlleva a sangrado importante.
- Retención de tejido: es cuando porciones de la placenta o del feto permanecen adheridos al útero, lo que puede causar hemorragias.
- Coagulopatías: ocurren cuando hay un fallo en la coagulación lo que puede predisponer a sangrados constantes.



Capítulo 3 La Estrategia Integral para la Reducción de Mortalidad Materna en México.

A pesar de los esfuerzos realizados desde la Conferencia Internacional sobre Maternidad Sin Riesgo (1987), la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha reconocido que las tasas de mortalidad materna continúan siendo inaceptables en un número importante de países, por ello existe un renovado interés mundial en disminuir este tipo de mortalidad.

De acuerdo a su desarrollo económico y social, se estima que se deberían presentar 417 defunciones maternas cada año. Esa es la meta que se ha planteado para este 2015. En la actualidad, se presentan 2.1 millones de embarazos cada año, alrededor de 300 mil tienen complicaciones obstétricas. El impacto que estas complicaciones obstétricas siguen teniendo en la país es enorme ya que 30,000 mujeres quedan con secuelas obstétricas que las convierten en discapacitadas, falleciendo anualmente, 1,100 mujeres lo que provoca una secuela social de 3,000 huérfanos cada año. Vale recordar que el 80 por ciento de estas defunciones maternas son prevenibles Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR, 2009). Más aún, 280 muertes, ocurren entre beneficiarias del programa más importante de desarrollo social de este país.¹⁶

Las dificultades presentadas para abatir la mortalidad materna a escala mundial han requerido de nuevas investigaciones y la relectura de las anteriores que han modificado el marco lógico, reconsiderando el enfoque de riesgo y planteando que las complicaciones durante la maternidad son difíciles de pronosticar, pero posibles de tratar. Los estudios han llevado a varios supuestos:



- ✓ Es muy difícil pronosticar el riesgo de hemorragia que se produce después del parto una de las principales causas de muerte en los estados con población indígena.
- ✓ Las investigaciones han mostrado que la eclampsia frecuentemente aparece sin previo aviso, incluso en mujeres que han estado bajo control médico.
- ✓ El aborto practicado en condiciones inseguras no puede prevenirse en donde existen leyes restrictivas para su realización, como es el caso de México.
- ✓ El parto obstruido y las infecciones pueden ser en ocasiones prevenidos y fácilmente solucionados.

La eclampsia es la hipertensión durante el embarazo y se caracteriza por También llamado puerperio, es el periodo de cuarenta días posterior presentar convulsiones y estados de coma al parto.

3.1 Atención calificada del parto vs atención de la emergencia obstétrica

La Organización Mundial de la Salud ha centrado su estrategia para abatir la mortalidad materna en la atención universal del embarazo, parto y puerperio por personal profesional o calificado, considerando como tal a médicos ginecobstetras, médicos generales, parteras profesionales y enfermeras obstetras, excluyendo a las parteras tradicionales que son las mujeres que atienden partos en la comunidad, que son independientes del sistema de salud y no han sido entrenadas formalmente. Se argumenta que la atención profesionalizada del parto asegurará la detección y tratamiento oportuno de las emergencias obstétricas, tanto en el primero como en el segundo nivel de atención.^{4,5}

Este enfoque considera que todas las mujeres embarazadas pueden presentar una complicación, lo cual ha llevado a modificar la propuesta de atención y obliga a disponer de dos estrategias: una que privilegia el cuidado profesional del parto, y otra que pone énfasis en la atención obstétrica de emergencia (AOE) para evitar la



muerte materna. Ambas propuestas están siendo impulsadas por dos instancias internacionales involucradas en la promoción de una maternidad segura.

Family Care International ha respaldado la iniciativa que se centra en promover la atención profesional del parto y se basa fundamentalmente en la experiencia de los países desarrollados en el abatimiento de la mortalidad materna. La atención profesional implica que las personas que se encarguen del cuidado de las mujeres embarazadas, así como de sus partos y puerperios, hayan pasado por un proceso de entrenamiento profesionalizado, lo que lleva a que todas las mujeres embarazadas sean atendidas por médicos, enfermeras u obstetras profesionales capacitados para identificar las emergencias obstétricas, canalizándolas a la instancia hospitalaria de manera oportuna. En su propuesta, Family Care estima necesario definir indicadores de referencia con el fin de dar seguimiento al progreso de la atención calificada del parto; elaborar políticas nacionales que garanticen el derecho de toda mujer a la atención calificada durante la maternidad; poner en marcha programas que permitan al personal del sector adquirir las destrezas y conocimientos para este fin; establecer normas y directrices nacionales para dar seguimiento al desempeño del personal calificado; invertir en los recursos necesarios que aseguren la atención calificada como: medicamentos, transporte y recursos en los distintos niveles de atención, y eliminar las barreras financieras, de clase y culturales para asegurar el acceso universal. Esta propuesta ha tenido impacto en la Declaración del Milenio sobre el Desarrollo, que ha incluido como un indicador de evaluación el número de nacimientos atendidos por personal calificado.

La segunda propuesta ha sido promovida por Averting Maternal Death and Disability Program (AMDD, Columbia University, N. Y.) y está encaminada a resolver la atención obstétrica de emergencia. Se basa en los supuestos de que un embarazo, parto o puerperio de evolución normal puede ser tratado por una partera o incluso por los familiares de la mujer embarazada. Sin embargo, la población en



general debe tener los conocimientos necesarios para identificar los signos de emergencia obstétrica, para canalizar oportunamente a las mujeres que sufren complicaciones hacia los servicios de salud de primer y segundo nivel con el fin de que los resuelvan. Se necesita una red de servicios de salud que cuente con los recursos materiales y humanos necesarios para proporcionar la atención primaria y resolutive de la emergencia. Esta propuesta se centra en la provisión de atención obstétrica de emergencia las 24 horas de los 365 días del año, en el primer y segundo nivel de atención. El plan requiere de la existencia de una red de servicios de atención básicos, con personal calificado capaz de instalar un acceso venoso periférico a una paciente con hemorragia, extraer una placenta o restos placentarios retenidos, y manejar oxitócicos, antibióticos, analgésicos y anticonvulsivantes intravenosos, propiciando la atención oportuna y la canalización a un servicio de emergencias completo que resuelva cualquier tipo de emergencia obstétrica. El nivel resolutive, además de cumplir con lo anterior, debe contar con un cirujano o ginecobstetra, un anestesiólogo, un pediatra y un banco de sangre, debiéndose promover mecanismos para que dichos servicios sean utilizados por aquellas mujeres que realmente los necesiten, es decir, las que tienen una emergencia obstétrica. Es indispensable mejorar la calidad de la atención de esta red de servicios para disminuir la mortalidad materna, y contar con indicadores de evaluación y monitoreo de las acciones que se realizan.

La diferencia básica entre las dos propuestas es que en la primera se privilegia la atención universal calificada del parto, y la segunda reserva la atención calificada solo para los casos complicados. Sin embargo, ambas pueden ser complementarias. Al poner el énfasis en la atención de la emergencia obstétrica presupone que los partos normales pueden ser atendidos sin problemas por las parteras tradicionales. Por lo tanto, es importante asegurar que las mujeres y sus familias, la comunidad en su conjunto, así como las autoridades locales estén preparadas para referir de manera oportuna a una mujer en el momento de padecer una emergencia obstétrica.



La propuesta de Family Care International pone énfasis en la atención profesionalizada del parto y en el seguimiento estrecho del desarrollo del embarazo, con lo que se pretende asegurar la identificación precoz de los síntomas de emergencia obstétrica, la estabilización de la paciente y su canalización a un nivel resolutivo superior. En última instancia, ambas propuestas buscan abatir la mortalidad materna a través de la detección y el tratamiento oportunos de las emergencias obstétricas por parte de profesionales.

En Chile ha tenido lugar una experiencia exitosa en este sentido. Desde 1948 se impulsó en ese país un esquema similar al europeo y se inició un programa de formación de matronas profesionales, quienes han estado a cargo de la atención materna desde entonces. Si comparamos la situación de tres países latinoamericanos, Chile, Brasil y México en el año 2003, podemos percatarnos de que Chile tiene la tasa menor de mortalidad materna, en comparación con las de México y Brasil. El porcentaje del gasto en salud respecto del total del gasto gubernamental es mayor en México que en Brasil y Chile, países con un gasto en salud muy parecido. La diferencia básica entre ellos es que la atención del parto en Chile es realizada en su totalidad (100%) por personal calificado, pues desde hace más de 50 años ha asegurado la calificación del personal que atiende a las mujeres durante la maternidad (OMS, 2005). Lamentablemente, las parteras profesionales que en México fueron parte del sistema de salud desde principios del siglo XX con educación institucionalizada y práctica hospitalaria en diferentes Estados de la república, no fueron contratadas a partir de 1950 y en 1960 se les prohibió atender partos. Desde esa fecha, la formación educativa de la partería profesional deja de ser mencionada en el sistema de salud mexicano, y las enfermeras obstetras egresadas de la licenciatura son adscritas a puestos administrativos y gerenciales en los hospitales. Fue hasta 1996, a petición de las propias parteras tradicionales que buscaban un mejor entrenamiento y un mejor futuro, que se abrió en el estado de Guanajuato una escuela de partería profesional llamada CASA, que aunque ha sido reconocida por el gobierno de



México, ha tenido dificultades para su reconocimiento formal y su expansión. Contar con personal alternativo para la atención obstétrica ha sido históricamente de alta rentabilidad en términos de la mortalidad materna como lo demuestran experiencias de muchos años en países europeos, en México existe desde hace años la figura de la Enfermera Obstetra, que tiene ya una currícula orientada en éste sentido y por lo tanto es importante favorecer la reapertura del código laboral de dicho profesional.

Como se mencionó, la estrategia de atención con parteras profesionalizadas ha sido muy exitosa en Chile, y en nuestro país se han documentado las ventajas de la atención del parto por este tipo de personal respecto de la realizada por médicos. Un estudio retrospectivo (2005/2006) realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP) y el Departamento de Obstetricia, Ginecología y Ciencias Reproductivas de la Universidad de California (UCSF), concluyó que la tasa promedio de cesáreas en el Hospital de CASA entre 2002 y 2005 fue menor comparada con la tasa promedio en los hospitales del estado que fue de 35%; y que la tasa promedio de recién nacidos de bajo peso en CASA fue menor que en los hospitales del estado, entre otros datos. Estas dos instituciones publicaron recientemente una evaluación realizada al currículo de la escuela de medicina más grande de México, su escuela de obstetricia y enfermería, y el plan de estudios de la escuela de partería de CASA. El estudio concluyó que el currículo de la Escuela de Parteras Profesionales de CASA está integrado con un 93% de los conocimientos básicos internacionalmente recomendados para la atención del parto, contra 60% en la escuela de medicina y 59% en la escuela de enfermería. Solamente CASA exige a sus estudiantes experiencia clínica y habilidades comprobadas para su graduación.



Adicionalmente, este tipo de profesional es más compatible con el movimiento del parto humanizado, corriente que ha documentado que ciertos procedimientos hospitalarios como la posición de litotomía, la episiotomía de rutina, la tricotomía, y el uso indiscriminado de oxitocina, entre otros, alteran los procesos naturales teniendo como consecuencia más distocias de los partos y una tendencia al incremento en las cesáreas. En nuestro país la tasa de cesáreas a nivel nacional es de alrededor del 40%, a diferencia de lo que ocurre en países desarrollados, en los que fluctúan entre 25% (EEUU) y 11% (Francia).

Uno de los retos del Sector Salud ha sido la focalización de las acciones en los lugares donde el problema es más evidente. Hay entidades como el Estado de México que, para el periodo 2000-2004, contribuyó con la sexta parte de las muertes maternas ocurridas en el país, 75% de las cuales fueron evitables en exceso. Por su parte, Veracruz y el Distrito Federal sumaron otra sexta porción del total de las defunciones a las que nos referimos. En los estados de Oaxaca, Chiapas, Puebla, Guerrero, Veracruz, Distrito Federal y Estado de México ocurrieron más del 50% de las muertes totales para el mismo periodo, mientras que Querétaro, San Luís Potosí, Tlaxcala e Hidalgo, aunque presentaron en conjunto alrededor de 100 muertes maternas anuales, casi el 65% de ellas fueron evitables (SSA, 2006).

Estos datos han llevado a reconocer dos espacios geográficos de trabajo para el Sector Salud y algunos puntos estratégicos para la acción. Entre los espacios geográficos destacan aquellos estados con un mayor porcentaje de habitantes indígenas y pobres, donde la población está dispersa y no tiene acceso oportuno a los servicios de salud debido a diversos factores (la ubicación geográfica de las clínicas a más de dos horas de traslado; la ausencia de servicios las 24 horas de los 365 días al año; la falta de capacidad de los médicos para tratar emergencias obstétricas en el primer nivel de atención; las dificultades para el traslado, y el retardo en la toma de decisiones por parte de las familias). El segundo espacio es el de las grandes ciudades en las que el acceso a los servicios también está



siendo limitada, aunque por otras razones como el desmantelamiento del primer nivel como instancia de atención de partos; la sobredemanda de camas hospitalarias en el D.F. y el Estado de México por población de otros estados con menores recursos; la consecuente sobresaturación de los servicios y las remodelaciones de nosocomios realizadas en los últimos años que han propiciado el rechazo de las mujeres que requieren atención en los hospitales de segundo nivel, así como la carencia de cunas en las unidades de cuidados intensivos neonatales.

El comportamiento de la mortalidad materna en México revela las dificultades de los servicios de salud públicos para lograr una disminución continuada. De acuerdo a las cifras oficiales, la reducción de las muertes en algunos estados no sigue una tendencia a la baja sostenida, pues la voluntad política para enfrentar el problema depende muchas veces de las autoridades locales. Por otro lado gobiernos estatales que mostraron voluntad política para encararlo no siempre llevaron a cabo transformaciones estructurales en el sistema de salud, por lo que su salida va acompañada de retrocesos. Ejemplo de ello es el caso de Chiapas, que a pesar de haber transitado por un sexenio gubernamental durante el cual la muerte materna tuvo una alta prioridad política evidenciada en el discurso de los funcionarios de alto nivel y con la puesta en marcha de planes específicos, no ha conseguido institucionalizar las estrategias para reducirla de manera sostenida.

La mortalidad materna es reflejo de la pobreza, pero también de la inequidad de género, construida a partir de la posición que guardan las mujeres en su familia, así como de las condiciones de vida de una familia en particular (la presencia de violencia doméstica como coadyuvante de muerte materna ha sido documentada ampliamente por activistas y académicas). Es necesario incidir en el espacio de la familia, ya que es en este donde se ubica la mujer en su dimensión individual. La familia es la unidad primigenia de socialización: en ella se interiorizan las relaciones de desigualdad y subordinación o las igualitarias y el empoderamiento; se posibilita o impide poseer capital humano y capital social, y



es la unidad en la que se posiciona la persona y determina sus expectativas futuras para la atención de su salud. No se puede soslayar la necesidad de la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en el conjunto de la población. La mortalidad materna está estrechamente ligada a la posibilidad de las mujeres de ejercer plenamente sus derechos; la muerte materna asociada al aborto es muestra de ello.

La consecución de mejoras progresivas para una maternidad segura es un tema que debe impulsarse por diversos actores y en diversos escenarios. Para lograr acciones eficientes, sostenidas, homogéneas y progresivas no basta con esperar la voluntad política de parte de actores fundamentales; existen evidencias suficientes que demuestran que no es suficiente informar y sensibilizar a los actores y que no es dable esperar la voluntad política, sino que la voluntad política se debe construir. Para la generación de voluntad política es indispensable disponer de información clara y precisa sobre qué acciones estratégicas se espera que desarrollen los distintos actores y en los distintos niveles, el CNEGySR tiene responsabilidad en esto.

La federación es responsable de alcanzar o permitir el logro de este objetivo, y su meta, disminuir en 40% la muerte materna.¹⁶ Se necesita la voluntad política para asignar recursos adecuados, así como para crear un ambiente favorable al logro del objetivo. Es menester que este objetivo guíe y ponga en marcha políticas y programas nacionales, y que estas políticas y programas sean del conocimiento de toda la ciudadanía.

Los gobiernos locales también tienen un importante rol que jugar, ya que este plan y la voluntad política federal permite una estructura aprobada por la federación que puede ser empleada para apoyar las reformas en favor de los pobres y aumentar los gastos en salud, asegurar la disponibilidad de los recursos y mejorar la calidad de la atención. Este objetivo también representa la oportunidad, para las autoridades locales, de acercarse a sus ciudadanos y al legislativo que los representa para ejercer presión y lograr reformas estructurales



que garanticen el acceso universal a los servicios de salud, y el etiquetamiento de recursos para el mantenimiento de las ambulancias.

Las redes de organismos internacionales son responsables de organizar sus recursos y conocimientos de la manera más estratégica y eficientemente posible, para apoyar los esfuerzos de los socios a nivel mundial y nacional y controlar los avances. Los ciudadanos, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado deben contribuir con su fuerza para lograr motivación, movilización, acción y evaluación.

La Presidencia de la República y el Secretario de Salud juegan un papel fundamental en la construcción de la voluntad política. La Presidencia de la República, junto con la coordinación del Gabinete Social son las instancias que pueden hacer posible que el combate a la muerte materna sea una Política de Estado. Ello requiere de la alineación de una parte de los programas ya existentes para este fin común. El Ejecutivo es el que debe impartir este sentido de urgencia a la solución del problema, no sólo en el ámbito federal sino ante los gobiernos estatales, municipales, y en el poder legislativo.

La Secretaría de Salud, evidentemente es el actor más importante, aunque requiere de alianzas con otras Secretarías e instancias: Desarrollo Social, Secretaría de Educación, Secretaría de Comunicaciones y Transportes, así como con el Instituto de la Mujer, el Instituto de la Juventud y la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

La tarea que enfrenta la Secretaría de Salud, asimismo, precisa de conjuntar y alinear los esfuerzos principalmente de tres subsecretarías. Se cuenta con la estructura y las instancias que permitan el logro del objetivo que se plantea, y es fundamental que todos los actores conozcan cuáles son las medidas estratégicas, el por qué de ellas, y desde estas impulsar los cambios necesarios para caminar por la misma ruta.

Asegurar el buen desempeño de los servicios en el ámbito estatal es uno de los retos que enfrenta la federación, así como erigirse en promotora de cambios sustantivos en las políticas de salud del país, dejando de lado el papel pasivo que



algunos actores han adoptado en el contexto de la descentralización. La transparencia y la rendición de cuentas son dos elementos que deben estar integrados en una iniciativa de esta naturaleza, ya que estos elementos son los que permitirán la participación de otros actores, como la sociedad civil organizada y los organismos no gubernamentales nacionales e internacionales. Las miradas externas permitirán ir calibrando el avance de las iniciativas que se proponen.

Estratégicamente, 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.

3.2 Primer componente

Lograr una calidad optima en la atención médica.

El tercer retardo 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.

Entre los años 2000 y 2004 se registraron en el país un total de 2.3 millones de muertes, y según reporte de la Secretaría de Salud, el 38.5% fueron debidas a causas evitables. Las muertes evitables son aquellas en las que la atención médica efectiva y oportuna habría impedido su ocurrencia; por lo tanto estas muertes no deben ocurrir, para el caso de la mortalidad materna se aprecian diferencias importantes entre los estados; así, en Nuevo León no ocurrieron muertes maternas evitables, a diferencia de lo sucedido en Oaxaca (75.9%), Chiapas (79.3%) y Guerrero (82.7%) (SSA, 2006). En los años recientes se ha incrementado la muerte evitable, lo que se ha atribuido a la calidad de la atención médica (SSA, 2006)^{9,16, 17}. 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 término inequidad tiene una dimensión ética que, en este caso, se refiere a las diferencias en la mortalidad por causas evitables, por lo que deben ser consideradas injustas e inaceptables. Dichas inequidades pueden fundarse en la desigualdad de oportunidades para el acceso a servicios médicos de calidad y culturalmente competentes; a condiciones de vida inadecuadas, determinadas por factores económicos y sociales restrictivos; a la exposición a riesgos para la salud por condiciones de vida particulares, tales como violencia, stress o inadecuadas condiciones de trabajo, o a la inaccesibilidad a la atención médica por discriminación étnica o de género. Las normas internacionales de derechos humanos proveen de un marco concreto, a partir del cual se puede evaluar desde el diseño hasta la puesta en marcha de las políticas públicas y los programas de salud. Un enfoque de salud basado en derechos incluye principios como: no retroceso y progreso adecuado; no discriminación y equidad; participación significativa; rendición de cuentas, y desarrollo de estrategias multisectoriales. La calidad en la organización o la dimensión administrativa y la calidad técnica científica de la prestación del servicio.⁷

El gobierno mexicano ha optado por la atención obstétrica de emergencia como la estrategia central para disminuir la mortalidad materna, esto implica necesariamente la calificación diferenciada del personal de salud (CNEGySR,2009).

Para el primer nivel de atención deben desarrollarse habilidades específicas para la atención primaria de la emergencia obstétrica, el manejo de antibióticos, anticonvulsivantes, analgésicos y oxitócicos por vía intravenosa, y estrategias muy claras de referencia de la mujer a un segundo nivel de atención en caso de que la emergencia no pueda ser controlada en el primer nivel. Esto tendría diversas



ventajas: se promovería el acceso a los servicios de salud para una atención del parto humanizado o competente culturalmente, y cuando se requiriera atención más especializada de la emergencia obstétrica la referencia de las mujeres se realizaría desde el primer nivel de atención, lo que impediría que los servicios hospitalarios se vieran saturados por la atención de partos normales, que puede ser realizada por parteras o por médicos del primer nivel.

Con los recursos humanos y la infraestructura disponibles, es factible impulsar a corto plazo la atención de emergencias obstétricas, debiendo ser un elemento central el funcionamiento continuo de centros de salud con hospitalización ubicados estratégicamente. La propuesta requiere menor cantidad de recursos adicionales que los que exigiría la atención universal por personal profesional. Implica, desde luego, la disponibilidad permanente (24 horas 365 días del año) de personal profesional en lugares clave para atender el 15% del total de embarazos, partos y pospartos que se espera evolucionarán hacia la complicación. Asegurar la calidad implica la realización de auditorías sobre los insumos disponibles en las clínicas.

A partir de la entrada en vigor del Seguro Popular en agosto de 2005, se han fortalecido las clínicas de primer nivel con personal médico e insumos necesarios para la atención primaria de la emergencia obstétrica.⁸ Sin embargo, un monitoreo reciente de estas clínicas en tres de los ocho estados prioritarios Oaxaca, Chiapas y Guerrero, demostró la necesidad urgente de proveer de las habilidades necesarias al personal de salud para resolver la emergencia obstétrica; existe una proclividad a referenciar cualquier solicitud de atención, incluso de mujeres con trabajos de parto normal⁹.

La fragmentación de los servicios para población abierta persiste en los estados, ya que coexisten dos sistemas de atención: IMSS, Oportunidades y SSA. La



microrregionalización de la cobertura de estas instituciones fue un avance en el sentido de que hizo posible evitar duplicidades, pero estudios en campo han mostrado que esto impide el funcionamiento de una red de servicios que brinde atención oportuna en caso de emergencia obstétrica, por ejemplo el personal de la clínica Sí Mujer del Instituto de Salud considera que está en capacidad de rechazar a una mujer que proviene de una comunidad bajo el área de influencia del IMSS. Por su parte, los prestadores de servicios del IMSS, Oportunidades afirman que una mujer de su área de influencia no puede hacer uso de una clínica Sí Mujer.⁸ Esto retrasa necesariamente la atención de las mujeres y pone en peligro su vida, además de que induce la infrautilización de los recursos públicos instalados para la resolución de estos problemas.

Una observación frecuente en los análisis de muertes maternas está en relación directa con los múltiples motivos por los cuales se difiere la atención médica a las mujeres embarazadas, y no solamente es los criterios de derechohabiencia, sino también está en función de carencia en ocasiones de infraestructura física y/o de personal calificado las 24 hrs y las dilaciones en éste sentido pueden condicionar, en cualquier momento un riesgo inminente para la vida. El reto actual en nuestro fragmentado sistema de salud consiste en que no exista ya motivo para negarle la atención médica a ninguna mujer que la solicite de manera urgente, para la consecución de éste objetivo tiene ya, la Secretaría de Salud un diagnóstico basado en un mapa georeferenciado en el que se pueden apreciar las áreas más necesitadas de infraestructura y/o de medios de comunicación.

De acuerdo con las recomendaciones de la OMS, es necesario reconsiderar la consulta prenatal y convertirla en un espacio propicio para dotar de información y educación a las embarazadas (información sobre el grupo sanguíneo y rh), llevar a cabo la identificación de mujeres con padecimientos previos a fin de evitar las muertes maternas por causas indirectas, y poner en práctica intervenciones que han mostrado ser benéficas (administración de toxoide tetánico, suplementación de hierro, vitaminas y oligoelementos para todas las mujeres, y detección y



tratamiento de infecciones de transmisión sexual, infecciones urinarias u otros padecimientos como tuberculosis o VIH/SIDA), así como para anticipar acciones requeridas en los casos de cesáreas programadas, amén de estrechar el vínculo entre la mujer embarazada y el proveedor del servicio. Informar a las mujeres de las posibles complicaciones, hará posible que no solamente aprendan a identificar los signos y síntomas premonitorios de padecimientos capaces de causar su muerte o la de otras mujeres embarazadas, sino a reconocer la vía más corta para su solución. La operación del Programa Oportunidades ofrece la posibilidad de dar este nuevo sentido a la consulta prenatal, y simultáneamente debemos atender también a la falta de expectativas en crecimiento profesional de los médicos encargados de la atención obstétrica, la estrategia debe iniciar por reconocer a los profesionales involucrados para plantear así un escenario de invitación a sumarse al esfuerzo encaminado al abatimiento de la mortalidad materna..

3.2.1 El reto en grandes ciudades

A diferencia de lo que ocurre en algunos estados con bajas coberturas de los servicios de seguridad social que protegen a los trabajadores asalariados, en los estados con una mayor generación de empleos, *la fragmentación del acceso a los servicios de salud en tres grandes grupos de población, de acuerdo a su inserción laboral o capacidad de pago, ha devenido de facto en lo que podría denominarse una ausencia estructural de cobertura universal.* En este contexto de fragmentación, la sobredemanda de los servicios de salud del segundo nivel en las grandes concentraciones humanas como el Distrito Federal y el Estado de México, responde a una lógica muy distinta a la descrita anteriormente. En estas entidades obedece fundamentalmente a la dinámica de las redes sociales familiares y al supuesto de que la medicina de calidad se encuentra en las grandes metrópolis. Un estudio realizado por Sandra Reyes Fraustro en el 92 hace varias décadas mostró que un porcentaje no despreciable de las muertes maternas en el Distrito Federal ocurrían como resultado de una atención inicial de mala calidad en



clínicas privadas suburbanas, cuya principal clientela provenía de las pequeñas ciudades cercanas a la capital. Estas mujeres pertenecían a familias de la clase media que contaban con ciertos recursos que les permitieron elegir la atención del parto en la gran urbe, y en muchos casos la elección del servicio estuvo determinada por las redes familiares que aseguraban el contar con habitación y alimentos durante el preparto, parto y posparto inmediato. La atención obtenida las llevó a la muerte prematura. Así, un reto presente en las grandes ciudades es la regulación de una multitud de clínicas que carecen de certificación alguna y cuyos ingresos se basan particularmente en la atención de la maternidad.

Otra clientela que se traslada desde la provincia a la zona metropolitana está conformada por mujeres jóvenes muchas veces primigestas, cuyas madres fueron atendidas en décadas pasadas en algún hospital público y valoraron positivamente los cuidados recibidos entonces. Si su llegada coincide con una remodelación o un rechazo, la familia no contará con el capital social y cultural para elegir un hospital que le resuelva el problema en caso de que padezca una emergencia obstétrica. Se ha documentado que las remodelaciones no parecen estar coordinadas y que algunos de los grandes hospitales de referencia pueden estar cerrados de manera simultánea, sin alternativas reales de atención ante dichas contingencias. Es un hecho la falta de personal, que en teoría siempre está completo pero en la práctica no, pues no hay quien cubra las vacaciones, comisiones sindicales, incapacidades o las ausencias injustificadas. La mala calidad de la atención tiene otras aristas; por un lado, el mal trato del que son objeto las mujeres en las instituciones evita que deseen regresar a los hospitales, pudiendo postergar en otra ocasión o desalentar en otras mujeres la búsqueda de atención. Por otra parte, el no brindarles asesoría anticonceptiva reduce las probabilidades de que opten por la anticoncepción postevento obstétrico, incrementando así el riesgo de períodos intergenésicos cortos. Los indicadores de calidad pocas veces toman en cuenta la opinión de las usuarias basándose en tiempos de espera, por ejemplo, en lugar de verificar si las mujeres recibieron y comprendieron información relevante, como



serían los datos de alarma obstétrica¹². Se ha documentado que la mitad (51%) de las mujeres que han fallecido acudieron a servicios de salud que no estaban en posibilidad resolver su problema (CNEGySR, 2009), de hecho la Secretaría de Salud ha detectado a la fecha un número muy importante de hospitales que teniendo infraestructura adecuada en muchas de sus áreas carecen, por ejemplo, de unidades de terapia intensiva, indispensables por cierto en la atención de la emergencia obstétrica.

Existen múltiples retrasos entre el contacto con el servicio de salud y la evaluación que decide el ingreso definitivo; entre la admisión y la primera nota médica (es decir, la primera evaluación médica en hospital); entre la indicación médica y la ejecución de la misma por el servicio de enfermería; entre urgencias y sala de labor; entre quirófano y la terapia intensiva, y entre la orden de transfusión y la administración de la sangre. Es decir, que los trámites que deben vencerse para que se resuelva de manera definitiva la urgencia ocasiona que un porcentaje importante (80%) de las mujeres que fallecen hayan llegado a una servicio de atención, lo cual no evitó el desenlace fatal (CNEGySR, 2009). La sobresaturación de los hospitales públicos (y sus unidades de cuidados intensivos neonatales) *versus* la infrautilización de hospitales de seguridad social (CNEGySR,2009), se ha convertido en un espacio de oportunidad para mejorar la atención de las mujeres que lo solicitan. Sin embargo, se requiere que los convenios de colaboración entre instituciones de seguridad social e instituciones públicas que se generen sean de orden estructural, a fin de que los cambios gubernamentales no impidan una mejora sostenida de los modelos de cooperación que se impulsen, y que aseguren la universalidad de los servicios eliminando las barreras financieras para las usuarias. También es necesario por supuesto, para que dicho convenio pueda operar, garantizar un mecanismo adecuado, en tiempo real, de comunicación interhospitalaria, que bien puede ser un tablero virtual.



3.2.2 Calidad de la atención y un trato humanizado para las usuarias.

El llamado movimiento de parto “humanizado o competente culturalmente” persigue que el personal de salud del primer nivel de atención, los agentes de salud de la comunidad, las usuarias y los gobiernos locales trabajen juntos en un proceso de negociación para cambiar la atención del parto institucional, haciéndolo más adecuado a la cultura y a las necesidades de la población. Si esto es posible, las usuarias estarán más satisfechas con los servicios después de estos cambios y por lo tanto utilizarán más los servicios de atención del parto.

La atención del parto incluye una serie de medidas fáciles de llevar a cabo y de probada evidencia científica:

- ✓ Atención del parto vertical o en la posición que la mujer la demande.
- ✓ Acompañamiento a la parturienta por una persona de su elección (partera, pareja, madre, hermana u otro familiar).
- ✓ Adecuación amigable de la sala de partos: temperatura, administración infusiones, ropa cómoda para la usuaria, etc.
- ✓ Adecuación de los horarios de visita.
- ✓ Adecuación de la dieta, incluyendo comidas rituales o tradicionales.

En México existe una iniciativa para la atención del parto vertical, propuesta por la Subsecretaría de Innovación y Calidad, que pretende conjugar los avances tecnológicos con los aportes para una atención con mayor calidez en el parto. Como señala el documento base, con esta propuesta se tiene la intención de disminuir las barreras culturales, enfatizando en la satisfacción de las usuarias como un elemento fundamental. La *Norma Oficial Mexicana 007* también hace posible que las mujeres tengan derecho a gozar de un parto más amigable, facilitando la deambulaci3n durante el trabajo de parto, el permanecer en una postura c3moda y evitando someter a las mujeres a procedimientos de rutina innecesarios, como la episiotomía (OMS, 2004).



Por ello, una propuesta de atención resolutive debe asegurar que el segundo nivel será utilizado por mujeres con complicaciones sobre todo en aquellas regiones en donde los recursos son limitados y escasos, y promoviendo la atención del parto humanizado y/o culturalmente competente con el fin de que los prestadores de servicios en el primer nivel puedan mantener una vigilancia estrecha de la mujer en trabajo de parto.

3.2.3 Calidad técnica y científica de la prestación del servicio.

Asegurar el propósito del sector salud demanda además de infraestructura e insumos necesarios, de un personal de salud con conocimientos y habilidades que le permitan resolver los problemas. El personal a cargo del primer nivel de atención debe poseer las habilidades para proporcionar la atención primaria de la emergencia obstétrica.

Reformular la prestación de los servicios con base en evidencias científicas forma parte del reto, ya que existe una fuerte resistencia. Por ejemplo, se ha demostrado que no es el número de consultas prenatales lo que reduce la mortalidad materna, pues la consulta prenatal por sí misma no previene las complicaciones durante la maternidad, aunque puede propiciar el acceso oportuno a los servicios de salud; sin embargo, se sigue monitoreando la calidad de la atención con el número de consultas prenatales otorgadas y no con el número de emergencias obstétricas canalizadas oportunamente. Otro ejemplo de esta resistencia es la no utilización de sulfato de magnesio tratamiento de primera elección para el manejo de la preeclampsia y eclampsia, pues se sigue utilizando muy escasamente tanto en servicios públicos como privados. Se debe cambiar el paradigma predominante en las escuelas de obstetricia mexicana para ir modificando las prácticas de los nuevos egresados. Además, la pobre capacidad técnica del personal de salud debe evaluarse a fondo, pues ocasionalmente ni el personal de salud especializado ginecobstetras, traten con criterios uniformes una emergencia obstétrica; que no exista un juicio clínico unificado que les permita identificar la presencia de complicaciones oportunamente, y que la ausencia de



normas les conduzca a rechazar a mujeres que, por su condición, deberían ser atendidas de inmediato. El CNEGySR (2009) señala que, para el 2008, el 84% de las muertes maternas había estado asociado a la mala calidad de la atención obstétrica, y lo más preocupante es que los análisis realizados revelan que esta asociación ha ido al alza, pues en el 2006 fue del 66% y en el 2007 del 83%.

3.2.4 Formación en el pre y posgrado

El paradigma centrado en la atención prenatal y la detección de embarazos de alto riesgo, debe ser sustituido por el de la atención oportuna de la emergencia obstétrica en todas las escuelas y facultades de medicina, así como en todas las instituciones formadoras de personal de salud de nivel medio y técnico. Desde las instituciones educativas, los planes de estudio deben incluir las propuestas de humanización del parto y la competencia cultural. En México, los pasantes en servicio social y los médicos recién egresados desempeñan un papel fundamental en la atención médica de la población que habita en comunidades rurales o marginadas. *Por ello, capacitación durante la formación de pregrado para la atención del embarazo, parto y posparto, la identificación temprana de sus complicaciones y el conocimiento de la terapéutica correspondiente son factores esenciales de un programa para reducir la mortalidad materna. Al entrenamiento de pregrado adecuado para atender las complicaciones maternas se añade la necesidad de incorporar aquellos elementos que permitan transitar de una capacitación práctica adquirida en unidades hospitalarias a su aplicación en centros de salud.* La homologación de estos conocimientos debe ser asegurada en todas las escuelas y facultades de medicina enfermería y partería y otras, a través de exámenes departamentales y la inclusión de estos contenidos en las evaluaciones finales o en un examen intermedio previo al ingreso al internado de pregrado. Las Normas Oficiales Mexicanas deben ser documentos de revisión obligatoria en todas las facultades y escuelas de medicina, así como en las escuelas técnicas, a fin de que los egresados estén familiarizados con el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud de la nación. Para esta



iniciativa es estratégica la intervención de la Dirección de Calidad y Educación en Salud (DGCES).

Adicionalmente, la formulación y reformulación de guías y normas de la atención del embarazo, parto y emergencia obstétrica con base en evidencias científicas es una cuestión prioritaria en este tema, así como la reformulación de la Norma para la Atención del Embarazo, Parto y Puerperio, y la actualización de cualquier otro instrumento que permita la actualización de la atención de la emergencia obstétrica. La instauración de un programa de bioética que haga posible la humanización de la práctica médica y el consentimiento informado por parte de las usuarias.

Si bien el fortalecimiento de la preparación de los estudiantes de medicina en la atención de las complicaciones obstétricas es un elemento del entrenamiento médico necesario para reducir la mortalidad materna que debe ponerse en marcha, en estos momentos se requiere la capacitación inmediata de los proveedores en funciones de establecimientos públicos y privados, a fin de que sean competentes para resolver las principales emergencias en obstetricia. Esto será posible mediante la aplicación de programas de capacitación que incluyan aspectos teóricos y prácticos para el manejo de las principales complicaciones maternofetales y neonatales.

3.2.5 Profesionales alternativos

A pesar de la gran producción de médicos y enfermeras, las tasas de mortalidad materna no ha disminuido significativamente y el nivel de atención materna es de baja calidad y sin calidez humana. Con la incorporación de parteras profesionales y de Enfermeras Obstetras (que por cierto ya tienen un perfil profesional definido en nuestro país) al sistema de salud y la creación de Escuelas de Partería Profesional será posible que la problemática de la atención materna se contenga de alguna manera. En el 2005, la Secretaría de Salud a nivel federal, concedió un premio nacional de excelencia a la Secretaría de Salud de San Luis Potosí por haber implementado estrategias innovadoras, como la contratación de parteras



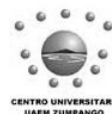
profesionales graduadas de CASA, que han contribuido a reducir significativamente el número de muertes maternas. A la fecha el número de graduadas de esta institución es pequeño y no ha habido voluntad política para la puesta en marcha de filiales de esta escuela.

Esta estrategia podría contribuir a mediano plazo a la atención profesionalizada de partos en zonas rurales y en aquellas regiones en las que el recambio de médicos es continuo. Se requiere por tanto, que la Secretaría de Educación Pública (SEP), Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES) y CNEGySR realicen las gestiones necesarias para que sea aprobado el currículo y los campos clínicos abiertos para las prácticas de las estudiantes.

3.2.6 Capacitación continúa.

Una opción es la propuesta desde 1991 por la Academia Americana de Médicos Familiares (AAFP, por sus siglas en inglés): el cursotaller denominado ALSO (Advanced Life Support Obstetrics), cuyo objetivo primordial ha sido capacitar en competencias a los proveedores para el manejo de emergencias en el periodo perinatal en forma estandarizada y validada por evidencias de efectividad.

Es posible impartir un curso básico, de un día de duración, dirigido al personal de primer nivel de atención, incluyendo la coordinación con parteras para el manejo inicial adecuado y la referencia oportuna de las pacientes, así como un entrenamiento más avanzado mediante el curso ALSO GLOBAL, que incluye, entre otros aspectos, la reparación de lesiones perineales, la ligadura de arterias hipogástricas, la técnica de Blynch, el manejo de expansores de volumen, entre otros temas, y la integración operativa entre redes de referencia y unidades médicas de obstetricia crítica, en proceso de implementación. Esquemas como estos de educación continua y de posgrado pueden contribuir a mejorar la calidad en la prestación de los servicios. Para todas las iniciativas se debe impulsar un esquema de monitoreo de las habilidades técnicas del personal de salud para resolver los problemas que se presentan, de acuerdo al nivel de atención que se trate y la región. La creación de esquemas de certificación institucional o de los



Consejos ya establecidos pueden desempeñar un papel de gran relevancia en el monitoreo del éxito de estos entrenamientos.

La dificultad para retener al personal médico en las localidades indígenas apartadas debe llevar a promover la formación técnica científica de los recursos humanos locales. No solamente a las parteras tradicionales, sino a los auxiliares y técnicos en salud. El caso de las regiones indígenas es bastante particular, ya que existe un recambio de personal tan frecuente que los programas de capacitación no aseguran la calidad de la prestación del servicio. Por ello, es necesario asegurar las habilidades técnicas del personal de salud, de acuerdo con el nivel de atención al que esté adscrito y tomando en cuenta los problemas de salud locales que tendrá que enfrentar, que le doten de capacidad resolutoria y de atención primaria de las emergencias obstétricas. Para ello pueden utilizarse las nuevas tecnologías, con módulos de autoenseñanza que sean resueltos previamente por el personal a su ingreso a un servicio de salud, y con un sistema de asesoría a distancia.

3.2.7 Información disponible para los proveedores de salud

El monitoreo que ha realizado el Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos en México y sus filiales en los estados, han documentado la inadecuada preparación de los médicos para la atención de las emergencias obstétricas en el primer nivel. La importancia de la práctica médica con estándares de atención a la salud materna basados en la evidencia científica debe enfatizarse. Es evidente que la práctica médica en México no adopta nuevos procedimientos y mantiene otros aunque no existan evidencias de sus beneficios para las madres y los recién nacidos (ejemplo de ello son la práctica de la episiotomía o la tricotomía). Por ello, es necesario el acceso continuo a información actualizada, inclusive en formatos amigables para su consulta rápida en las clínicas. Los algoritmos sobre el tratamiento de hemorragia, preeclampsia/ eclampsia y fiebre puerperal pueden ser de gran ayuda en el tratamiento primario de la emergencia obstétrica, y suelen ser adecuados para su consulta rutinaria; también debe disponerse del formato de



partograma recomendado por la OMS en las clínicas de primero y segundo nivel, y de las normas y manuales, así como asegurar el acceso a la Biblioteca de Salud Reproductiva (OMS, 2004).

3.3 Segundo Componente

Acceso universal a la atención obstétrica, con sistemas de comunicación disponibles, caminos transitables.

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.

3.3.1 Mejorar el acceso financiero; apuntar hacia la universalidad de la atención Obstétrica

Una de las principales barreras para la utilización de los servicios de salud es el aspecto económico. A partir del 2003 se implantó el Seguro Popular de Salud (SP), con la posibilidad de afiliarse y lograr por este mecanismo la gratuidad al utilizar los servicios de salud. Sin embargo, en la implementación del Programa en estados como Guerrero sólo era posible afiliarse si la familia o la mujer se encontraba ya afiliada al Programa OPORTUNIDADES, o en su defecto se tenía un hijo nacido posteriormente al primero de diciembre del 2006. Cuando la mujer acudía al hospital para atención materna se afiliaba a su hijo, pero ella tenía que pagar el costo de la atención obstétrica. En mayo de 2009, el Presidente de la República anunció un nuevo programa denominado “Embarazo Saludable”, que en la práctica se perfiló como un mecanismo de afiliación directa al SP para que las mujeres embarazadas fueran incorporadas de manera inmediata y se les garantizara la gratuidad en la atención obstétrica requerida. Así, la afiliación sigue



siendo un requisito para recibir atención exenta de pago. En Guerrero, a iniciativa de las autoridades estatales se emitió un oficio a todas las unidades de salud con la orden de no realizar cobro alguno en la atención de la maternidad; sin embargo, evidencias empíricas sugieren que las familias y las mujeres continúan realizando gastos de bolsillo por dos causas fundamentales: la primera es que no lograron afiliarse o ser afiliadas al SP, y la segunda porque una vez en el hospital les solicitaron la compra de diversos insumos para su atención. Otro factor que no contribuye a mejorar el acceso universal a los servicios obstétricos mediante la afiliación al SP es el hecho que la cobertura de este seguro tiene una vigencia temporal y porque muchas mujeres carecen de toda la información necesaria para poder acceder a ésta alternativa, en su idioma y a su alcance.

Por otro lado, la capacidad de afiliación en los estados resulta preocupante cuando se piensa en instalar el mismo mecanismo para el programa Embarazo Saludable. Un ejemplo nuevamente es Guerrero, en donde si se continúa con el ritmo actual de afiliación (6.5% de avance anual respecto a la meta), se logrará alcanzar el 100% hasta el año 2019, y la cobertura de afiliación de la población indígena en el estado apenas llega a una tercera parte del total.

Adicionalmente, el SP no necesariamente garantiza un mejor acceso a los servicios de salud ni la calidad de los mismos. Esto lo podemos identificar cuando observamos que el número de muertes maternas se está incrementando considerablemente (a mayor número de afiliadas) entre la población que cuenta con SP.

3.3.2 Atención Obstétrica Universal

Una propuesta de solución ante el 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.



El artículo 4º de la Constitución mexicana 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. A su vez, la Ley General de Salud (LGS) impone dos criterios de acceso a los servicios: a) ser derechohabiente de alguna institución de seguridad social o del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), pertenecer a la población general no derechohabiente de dichos servicios. La atención maternoinfantil es motivo de salubridad general (artículo 3º de la LGS) y se incluye en el paquete de servicios básicos de salud (artículo 27 de la LGS) dirigidos a la toda la población. Los servicios de salud maternoinfantil se prestarán en establecimientos públicos de salud, regidos por criterios de universalidad y gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios (artículo 35 de la LGS). Sin embargo, a pesar de que el Estado es responsable de garantizar los derechos sociales, ni la Constitución ni la LGS establecen la obligación jurídica del Estado mexicano para garantizar el acceso universal, efectivo, oportuno, de calidad y gratuito a los servicios de salud materna para todas las mujeres, independientemente de su condición de afiliación o no a la seguridad social, al SP, o a cualquier otro:

- ✓ Se deben redefinir los criterios de acceso a los servicios de atención materna basados en un enfoque de derecho, bajo los principios de universalidad y gratuidad no condicionada a la capacidad de pago, ni al estado de derechohabencia a un esquema de seguridad o de protección social (como es el caso del Programa de Embarazo Saludable).
- ✓ Debe quedarexplicitamentedefinidalaresponsabilidad del Estado para garantizar el financiamiento y prestación de los servicios de salud materna, además de definirse claramente las bases para la participación de los diversos niveles de gobierno (federal, estatal y municipal).

Para la integración de una propuesta de Reglas de Operación del Convenio IMSS, ISSSTE, SSA es fundamental la participación de la Subsecretaría de



Administración y Finanzas de la SS, así como de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Mejorar la cobertura de clínicas a menos de 2 horas de desplazamiento y que ofrezcan servicios las 24 horas 365 días al año, con personal calificado y con los insumos necesarios para la provisión de servicios de emergencia obstétrica básica e integral. Mejorar el acceso geográfico a una red de establecimientos con capacidad de producir servicios de emergencia obstétrica es un reto apremiante. En las regiones rurales las condiciones de dispersión geográfica de la población obligan a la planeación estratégica para la ubicación de los centros de salud. Actualmente, existen localidades que no cuentan con establecimientos próximos (a menos de dos horas de desplazamiento) con capacidad de proveer servicios de atención obstétrica las 24 horas los 365 días del año; los casos más notables son los de Chihuahua (Evaluación Oportunidades, 2008) y Guerrero (CNEGySR, 2009). Es un hecho que esto constituye un determinante central en la dilación para que, una vez tomada la decisión de buscar atención en los servicios de salud por una complicación obstétrica, se alcance el servicio pertinente. No obstante, la experiencia de proyectos de intervención sugiere que es de poca utilidad fortalecer componentes de manera aislada; es decir, no basta con mejorar la distribución espacial de los servicios si no se cuenta con una integración de elementos o servicios indispensables para lograr la utilización y demanda oportuna de la población.

La Dirección General de Planeación y Desarrollo En Salud (DGPLADES) es la instancia idónea para contribuir a la definición de necesidades de recursos humanos, equipo e insumos en los ocho estados prioritarios, y por su parte el CNTS estaría a cargo del sistema de información georreferenciado para la ubicación de los centros de transfusión. Esta información sería necesaria para ubicar los recursos existentes y planificar la instalación de puestos de sangrado estratégicos.



El transporte adecuado y oportuno (desde las localidades o domicilios a las unidades de salud y desde unidades de salud de primer nivel a los servicios de mayor resolución); caminos transitables y la posibilidad de comunicarse para solicitar transporte.

El transporte desde las localidades a los establecimientos de salud es un tema no resuelto, si bien es cierto que ha mejorado la disponibilidad de ambulancias en los establecimientos de salud, no se ha alcanzado el nivel óptimo, y los vehículos disponibles son utilizados en su mayoría para el traslado desde la unidad de salud a otros establecimientos, y no desde las localidades o domicilios a las unidades de salud.

En el 2008, el Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México realizó un monitoreo de la disponibilidad de los servicios de atención obstétrica en 3 estados (Chiapas, Guerrero y Oaxaca), respecto a las variables de disponibilidad de ambulancias y comunicación entre unidades de salud de primer y segundo nivel, diseñándose un índice de disponibilidad con una escala del 0 al 1, siendo 1 la calificación óptima. Los resultados fueron decepcionantes pues en ninguno de los estados se alcanzó la máxima calificación; en el rubro de disponibilidad de ambulancias Chiapas obtuvo 0.62 y Guerrero 0.57. En la variable de comunicación para caso de referencia se obtuvieron calificaciones de 0.68 y 0.75, respectivamente.¹⁷

3.3.3 Red integral de servicios

La conformación de una red de servicios con atención obstétrica básica las 24 horas los 365 días al año por localidad, y servicios de atención obstétrica integral por cada 500,000 habitantes, interconectada de manera permanente de acuerdo a la propuesta de organismos internacionales (UNFPA, 2002). Su éxito depende de la capacidad instalada diferencial en los establecimientos que ofrecen Atención Obstétrica Básica o Integral, asimismo la responsabilidad diferencial de estas dos



instancias en el otorgamiento de servicios, para ello se requiere además del desempeño como red a través de una comunicación eficiente entre unidades y niveles de atención de la definición de responsabilidades precisas entre cada elemento de la red.^{6,9}

En prácticamente todos los municipios del país existen centros de salud ubicados en las cabeceras municipales, y algunos de estos centros laboran las 24 horas del día. Una de las iniciativas tendría que apuntar a que en todos los municipios – sobre todo en las regiones indígenas y rurales, los centros de salud localizados en las cabeceras municipales funcionaran las 24 horas y tuvieran la capacidad de proveer servicios de atención obstétrica de emergencia básica, disponiendo de ambulancia de manera continua y con la posibilidad de comunicación desde las localidades al centro de salud, y desde centro de salud al Hospital resolutivo para la atención del parto o de la emergencia obstétrica.

La estrategia tendría que incluir a todos los niveles de gobierno en acciones concretas:

- ✓ Vigilancia de la disponibilidad del servicio
- ✓ Garantizar mediante la etiquetación del presupuesto las condiciones de transitabilidad de los caminos y solventar la disponibilidad de gasolina y chofer
- ✓ Instalación de una red de radiocomunicaciones efectiva entre las localidades y el centro de salud (operado por los asistentes o auxiliares de salud comunitarios)
- ✓ Vincular a los hospitales resolutivos con los medios de transporte terrestres o aéreos en zonas de difícil acceso
- ✓ Definir las responsabilidades en la red hospital-centro de salud-asistente en salud



No basta con la localización de las clínicas a una distancia o tiempo de desplazamiento adecuados; estas unidades deben contar con personal durante las 24 horas de los 365 días del año y disponer de los insumos necesarios para la resolución de los problemas de salud que se requiere atender (medicamentos, instrumentos y otros). Una evaluación de la calidad requiere de auditorías sobre dichos insumos en las clínicas de primer y segundo nivel de atención que aseguren un funcionamiento potencial adecuado.

La articulación de la comunicación bidireccional debe estar aparejada con un mecanismo que favorezca la toma de responsabilidad de los médicos en la sala de labor del hospital resolutivo respecto de cualquier mujer que en su área de influencia inicie con trabajo de parto.

3.4 Tercer Componente.

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.

Crear una nueva cultura de la salud; participación significativa y rendición de cuentas

Una condición fundamental para el buen funcionamiento de este modelo es la demanda efectiva de los servicios de salud por parte de la población usuaria y, particularmente, de las mujeres que experimentan complicaciones. Al año fallecen 280 mujeres beneficiarias de Oportunidades.

En este aspecto se presentan dos problemas. Por un lado, las estadísticas oficiales dan la falsa impresión de que no hay demanda y los sistemas de información no incluyen en sus registros la canalización de ese tipo de emergencias, y es que, dado el diseño de los formatos actuales para la captación



de información, estos eventos pueden pasar desapercibidos. El segundo problema está relacionado con la demanda de los servicios de salud y, en este caso particular, con la atención del parto. Se ha documentado que en el marco del Programa Oportunidades las mujeres acuden a los servicios de consulta prenatal como parte de su corresponsabilidad. Sin embargo, este incremento no se traduce en un desempeño notablemente más eficaz para la búsqueda de atención. Debe señalarse que las evaluaciones de Oportunidades realizadas con anterioridad habían identificado el impacto del Programa con el incremento en la consulta prenatal, consulta que sin una estrategia específica para la búsqueda de atención tiene poco impacto en la disminución de la muerte materna.

Para el caso de los padecimientos obstétricos, señalamos que la consulta prenatal no es suficiente para identificar a las mujeres que presentarán una complicación. Por ello la consulta prenatal debe estar encaminada a proporcionar información y educación a la mujer embarazada; implementar medidas que han demostrado su utilidad (citadas anteriormente); identificar a las mujeres que sufren violencia doméstica, y que por lo tanto pueden no acudir a un servicio materno en caso de requerirlo, y a detectar padecimientos asociados para su tratamiento oportuno.

La presencia de preeclampsia/eclampsia, hemorragia y enfermedades de transmisión sexual se relacionan estrechamente con la calidad de vida, por lo tanto es necesario lograr que el personal de salud desarrolle habilidades para detectar y documentar la violencia doméstica y vincularla con la salud de la mujer, así como para proporcionar consejería aplicando la normatividad vigente en la materia.

Tratándose de población indígena y alejada de los servicios de salud, son indispensables las campañas masivas de comunicación en lenguas vernáculas que hagan posible que las familias conozcan los signos y síntomas de emergencia obstétrica, así como de los padecimientos locales más frecuentes. Además, debe



promoverse, ya sea por la Dirección General de Promoción de la Salud, del Programa Oportunidades, o a través de los programas Municipio Saludable, la elaboración para cada familia de un Plan de Seguridad para el acceso oportuno a los servicios de salud, a través del cual: La mujer y la familia conozcan los signos y síntomas de urgencia que ameriten la búsqueda de atención.

- ✓ La familia acuerde, con el personal de salud o la autoridad local, quién tomará la decisión del traslado de la mujer en caso de que el jefe de familia esté ausente.
- ✓ La familia acuerde quién se hará cargo de los hijos pequeños, en caso de traslado de la mujer al hospital.
- ✓ La familia tenga identificado el medio más rápido y seguro para el traslado.
- ✓ La familia se familiarice con la clínica más cercana que otorga atención las 24 horas. los 365 días al año.
- ✓ La familia considere la creación de un fondo de ahorro personal, comunitario o municipal para cubrir los gastos del traslado (o el endeudamiento).
- ✓ La familia identifique a quién puede recurrir en la clínica u hospital si no se les atiende rápidamente.

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. En esta nueva cultura de la participación, encaminada a apoyar la autonomía de las mujeres y fomentar su libertad para decidir sobre sus derechos sexuales y reproductivos, es fundamental –a través de la transversalidad, la colaboración del Instituto Nacional de las Mujeres y sus filiales estatales.



3.4.2 La competencia cultural en el servicio, no discriminación y equidad, y el ejercicio de los derechos

En contextos multiculturales es necesario que el personal de salud se capacite en competencia cultural y humana. La competencia cultural, es un proceso a través del cual el proveedor de los servicios de salud reconoce la necesidad de una autorreflexión respecto a sus propias prácticas, representaciones y prejuicios acerca de sus pacientes y su cultura; combina un conocimiento general sobre la población que atiende con la información particular que proviene del paciente y que va interiorizando e incorporando a su propia perspectiva. Como es imposible conocer y entender todos los códigos culturales y los valores de cada población, los proveedores de servicios de salud deben siempre estar abiertos al aprendizaje que sus pacientes y otros proveedores de servicios de salud les pueden brindar.

Debe reconocer que los individuos tienen diferentes representaciones sobre el proceso salud enfermedad atención, basadas en la diversidad cultural. Por lo tanto, evita hacer juicios escuchando con atención los valores culturales de sus pacientes; clarificando aquellos aspectos que no comprende, valora las fortalezas de sus pacientes y aquellas que provienen de sus culturas. Está dispuesto a las negociaciones entre los diferentes valores cuando la salud de un paciente está en peligro; por ejemplo, permite que una parturienta indígena de Chiapas tome posol después del nacimiento, adopte la postura que desee durante el trabajo de parto, o que un familiar o la partera la acompañen durante el parto.

La competencia humana, elemento que mucho se ha perdido en la práctica médica, consiste en dar un trato digno y respetuoso a cualquier paciente que acude en condiciones de vulnerabilidad extrema. Esto implica poner como eje rector el respeto a los derechos de las personas, así como obtener el consentimiento informado de todos los procedimientos médicos a los que se le someta, y el ir construyendo una nueva cultura en salud con una participación más activa de las pacientes o usuarias de los servicios.

Asegurar, en coordinación con el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI), que en el 100% de los hospitales generales localizados en las regiones indígenas,



cuente con personal contratado para actuar como gestores y/o interpretes interculturales.

En los hospitales, es deseable: Que se observen los principios del Programa de Acción Igualdad de Género en Salud 2007-2012 de la Secretaría de Salud y de la Norma Oficial Mexicana NOM007SSA21993 (Atención de la mujer durante el embarazo, parto y posparto y del recién nacido), así como los criterios y procedimientos para la prestación del servicio, principios a partir de los cuales las mujeres pueden tener un trato digno durante el trabajo de parto, el parto y el aborto. Estos lineamientos permitirían la aplicación preferentemente de aspiración endouterina en caso de aborto, en lugar del legrado uterino instrumental, método más peligroso; la deambulación de la mujer durante el trabajo de parto, en lugar de obligarla a permanecer en posición de litotomía, y evitarían la realización de tricotomías sin previo consentimiento o de episiotomías con fines educativos. Estas prácticas, además de ser intrusivas y obligadas, no permiten a las mujeres el ejercicio de sus derechos.

En los servicios rurales alejados se requiere:

- a) De intérpretes culturales que hablen la lengua original de la población atendida y que estén oportunamente capacitadas(os) en los derechos de las usuarias y en la interculturalidad en salud. Gestión que puede ser realizada por la Subsecretaría de Administración y Finanzas de la Secretaría de Salud.
- b) Que a través de estrategias de acciones afirmativas, en el ámbito indígena se incorpore a personal local en la prestación del servicio (en el mayor número de puestos posible: auxiliares de salud, parteras, médicos, enfermeras, etc.).
- c) Que donde no haya parteras locales y exista una insuficiencia de personal médico capacitado en el primer nivel para atender partos normales y estabilizar a las mujeres con complicaciones, se contrate a enfermeras obstetras, parteras profesionales, o en su defecto se formen recursos humanos locales (promotores) para la atención primaria de las emergencias.



Se necesita adaptar los procedimientos y normas de acuerdo a cada contexto cultural y socioeconómico específico. Por ejemplo, es importante asegurar los recursos para la atención obstétrica universal y gratuita, así como que los servicios de salud tengan horarios de trabajo “amigables”, de acuerdo a los ritmos y horarios locales (por ejemplo, la disponibilidad del servicio en días “de plaza”, aun en días domingo, sobre todo pensando en la población que se desplaza desde lugares lejanos).

Es imprescindible sensibilizar al personal médico y paramédico acerca de: a) la diversidad sociocultural de la población; b) los derechos de las poblaciones indígenas, los derechos de las mujeres y los derechos de los y las usuarias de los servicios de salud; c) la presencia y extensión de la discriminación hacia poblaciones indígenas y mujeres indígenas en particular, en los servicios de salud; d) la promoción del respeto a la diversidad cultural que en los servicios de salud se debe traducir en una actitud de respeto frente a la manifestación de conocimientos, conceptos y creencias sobre la salud, las enfermedades y las formas de curarlas de la población indígena, incluyendo por supuesto, al embarazo, parto y posparto; e) el derecho de las mujeres indígenas, así como cualquiera otra mujer que así lo desee, de atenderse durante el trabajo de parto y el nacimiento en la posición que más le plazca, incluyendo la posición vertical, y f) el hecho de que toda cultura está en constante transformación, para evitar estereotipos que no ayudan a la comprensión de las realidades locales. Acciones que debe promover el CDI.

Dentro de este enfoque, se ha visto además que hay intervenciones adicionales con la población en general (incluyen a las mujeres y hombres en edad reproductiva y a sus familias), las autoridades municipales, y el personal médico y paramédico de salud a nivel local que son altamente efectivas y muy poco costosas. Entre estas se ubica la difusión de los signos y síntomas de complicaciones obstétricas entre la población para que pueda reconocer el



surgimiento de una emergencia obstétrica, así como la formulación y actualización continua de un Plan de Seguridad municipal, en el que se identifiquen con claridad y oportunidad los servicios de salud disponibles con capacidad resolutive en AOE, su ubicación y distancia, costos y medios de transporte. La elaboración de guiones y la difusión por las radios indígenas de campañas que informen sobre los signos y síntomas de emergencia obstétrica y los planes de seguridad en las lenguas vernáculas de los estados prioritarios, es un acción urgente que debe impulsar la CNEGySR para que sea puesta en marcha por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.

3.4.3 El Programa Oportunidades

El programa Oportunidades debiera ser un instrumento que facilite la detección oportuna de la emergencia obstétrica. Sin embargo, al centrar sus actividades en corresponsabilidades tales como la asistencia al control prenatal, no ha tenido impacto en el abatimiento de la mortalidad materna. De 2005 a 2007, de acuerdo a estadísticas oficiales disponibles, 45% de las muertes maternas en las zonas rurales ocurrieron entre beneficiarias de Oportunidades; en las áreas semiurbanas 29% y en las urbanas 12%; es decir, que con mejorando la estrategia de atención de estas beneficiarias cautivas sería posible disminuir casi el 25% de las muertes maternas anuales (280 en promedio). Bajo estas premisas y aprovechando la cobertura masiva del Programa Oportunidades en poblaciones de escasos recursos (que coinciden con la población femenina con mayor riesgo de muerte materna), proponemos la implantación algunas líneas estratégicas de acción en este Programa:

3.4.4 La integración del padrón de familias

Es pertinente ampliar el padrón sobre todo en regiones indígenas en donde existen personas que viven en pobreza extrema y no se encuentran afiliados al



Programa. Esta ausencia en la afiliación al Programa no solo los excluye de los diversos apoyos que ofrece Oportunidades, sino que además perciben que él no ser afiliado les priva del derecho a solicitar atención médica en los servicios públicos de salud. Es por ello que en las regiones indígenas es vital reconsiderar y mejorar el procedimiento para la identificación de localidades y familias, propiciando una ampliación de la cobertura de afiliación al menos en los municipios de alto rezago, mayores índices de pobreza y altas tasas de mortalidad femenina en edad reproductiva.

3.4.5 La prestación de servicios de salud

En el momento en que se incorporan al Programa, se proporciona a los integrantes de las familias beneficiarias las Acciones del Paquete Esencial (Básico) de Servicios de Salud previstas en las actuales Reglas de Operación, en especial a los grupos vulnerables específicos: menores de 5 años, embarazadas y mujeres en periodo de lactancia. Esta es una oportunidad para proporcionarles (en materiales gráficos, en video y en audio) los elementos de un Plan de Seguridad familiar para las mujeres embarazadas, que incluya de manera clara los signos de alarma, las acciones que como familias de Oportunidades deben realizar para evitar una muerte materna en su familia, y la información completa y actualizada de la red de servicios con capacidad resolutive a nivel regional.

3.4.6 Consolidar la incorporación automática de población con Oportunidades al Seguro Popular

Si bien es cierto que no toda la población en situación de pobreza extrema está incorporada a Oportunidades, un buen sector de este grupo poblacional se encuentra afiliado; sin embargo, estar afiliado al Programa no garantiza el acceso gratuito a servicios de salud que están fuera del paquete básico de servicios, como la atención de complicaciones obstétricas.



Actualmente, en Chiapas Guerrero y Oaxaca la afiliación al SP se ha reservado exclusivamente para la población con Oportunidades, a las familias que tuvieron un hijo después del primero de diciembre de 2006, y a las mujeres embarazadas que se incorporan a Embarazo Saludable. Sin embargo, el procedimiento de afiliación se ha dejado a la responsabilidad personal y las familias de Oportunidades tienen que llevar sus papeles y hacer el trámite. Esto ha circunscrito la cobertura del SP a población con Oportunidades, y persiste a veces, la barrera económica para que mujeres con complicaciones obstétricas accedan a servicios de salud en el segundo nivel de atención. Ante tal situación, es pertinente obviar los trámites administrativos y que se favorezca la incorporación automática de la población de Oportunidades al SP.

El paquete básico de los servicios de salud de Oportunidades Este paquete incluye acciones de carácter principalmente preventivas y de detección oportuna de problemas de salud, que se proporciona a cada uno de los integrantes de las familias beneficiarias, en forma gratuita y a través de citas programadas. Es urgente incluir en este paquete la atención gratuita de las complicaciones obstétricas en los servicios de salud de primer y segundo nivel. Es decir, independientemente del estado de aseguramiento de la familia al SP se debe incluir como un servicio la atención exenta de pago de las emergencias obstétricas, precisando los establecimientos responsables de brindar ese servicio a nivel regional. Por otro lado, la capacitación sobre el Plan de Seguridad a las familias debe ser también parte de los servicios del paquete básico que ofrece el Programa.

3.4.7 La certificación de corresponsabilidad del programa Oportunidades

El Programa Oportunidades, en su componente de prestación de servicios, contiene como objetivo el informar sobre el grado de corresponsabilidad de las familias. La corresponsabilidad se presenta como la acción que realizan los integrantes de las familias al asistir de acuerdo a las citas programadas a las



unidades de salud, a recibir las acciones del Paquete Esencial (Básico), así como a la capacitación para el autocuidado de la salud. Este componente se puede ampliar con la inclusión del Plan de Seguridad, verificando el grado de corresponsabilidad que adopta una familia al diseñar su Plan de Seguridad familiar.

La formación de estructuras comunitarias. El Programa contiene un componente denominado “formación de estructuras comunitarias” el cual se traduce como la conformación de “comités de promoción comunitaria” y tiene como objetivo “Conformar, renovar y actualizar los Comités de Promoción Comunitaria, para fortalecer la operación y enfocar sus acciones a mejorar el impacto social del programa”. A su vez, este comité tiene como funciones “Contribuir a establecer una mejor vinculación entre las familias beneficiarias y el personal de los servicios de salud, educación y la Coordinación Nacional, a canalizar solicitudes y sugerencias de las familias, así como fortalecer las acciones de nutrición, contraloría social y transparencia del Programa, preservando en todo momento la libertad de las familias beneficiarias de interlocución directa con instancias operativas y normativa”. Considerando lo anterior, es factible que a este comité se le asigne la promoción y diseño del Plan de Seguridad comunitario para evitar las muertes maternas, y al mismo tiempo se le otorguen facultades para que realicen monitoreo de la red de servicios y presenten quejas y sugerencias relacionadas con el acceso a los servicios de las mujeres con complicaciones obstétricas.



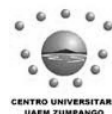
Capítulo 4 Avances en la RMM en los últimos años

En los últimos años a pesar de las expectativas de cambios a los que sea enfrentado todas y cada una de las diferentes instituciones de salud se ha reportado lo siguiente. Para el cálculo 2011 de la Razón de Mortalidad Materna, sólo se incluyeron las 971 defunciones seleccionadas con base en la definición internacional, que considera la mortalidad materna como la muerte de una mujer mientras está embarazada 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 su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. De esta forma y utilizando por primera vez de manera oficial el denominador proveniente del ajuste realizado al SINAC, la RMM 2011 se sitúa en 43 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos. Con estas cifras, el descenso en términos absolutos con respecto a 2010 fue de 21 defunciones, lo que se traduce en un decremento de 2%, correspondiente a 1.1 puntos en la RMM. Por otro lado, una vez abordado previamente el tema sobre los cambios que este indicador ha sufrido derivado del uso de distintas fuentes a lo largo del periodo 1990-2011.¹⁵

Asimismo, cabe mencionar que derivado del uso del Sistema de Información Sobre Nacimientos (SINAC) a partir de 2011, como base para obtener el denominador de la RMM, en este apartado se han incluido algunas desagregaciones de este indicador para el año en comento, que antes eran imposibles de calcular dadas las limitaciones de la fuente Sensibilidad de la RMM.

4.1 Avances en la RMM por Estados.

Con el objeto de lograr una mejor interpretación del comportamiento de la RMM y con ello mejores conclusiones, es necesario saber que este indicador es muy sensible a las variaciones, tanto del denominador como del numerador,



principalmente cuando se construye sobre poblaciones pequeñas; no obstante, aún en poblaciones grandes se ve afectado cuando los cambios son de una magnitud importante, como es el caso expuesto en el apartado V, donde se mostró el impacto según el denominador utilizado. A modo de ejemplo para 2011: la RMM obtenida con los nacidos vivos estimados del Consejo Nacional de Población (CONAPO) (versión Censo 2005) da como resultado 50.7 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos, mientras que al usar los nacidos vivos estimados también por el CONAPO, pero en su versión vigente (Censo 2010), la RMM logró un valor de 43.2, lo que representa una reducción cercana a 15%; y a su vez, al calcularla con el denominador oficial a partir de este año (nacidos vivos ocurridos del SINAC con ajuste), finalmente la RMM se situó en 43.0 Sin embargo, la mayor sensibilidad responde a las alteraciones del numerador (número de muertes maternas) cuando la RMM se calcula en universos pequeños, principalmente cuando se realizan desagregaciones a niveles muy bajos, como pudiera ser el nivel municipal o en las categorías más pequeñas de sitio de ocurrencia, e incluso a nivel estatal en entidades pequeñas como Colima, Nayarit o Aguascalientes. Es decir, existe una relación inversamente proporcional entre el tamaño de la población sobre la que se obtiene la RMM y la magnitud de la variación en sus niveles. Dicho de otra forma, entre más pequeñas sean las unidades de desagregación, mayores serán las fluctuaciones que se encontrarán como resultado de incluir o excluir una muerte materna. Por ejemplo, tomando Colima y el estado de México por corresponder a los estados con menor y mayor población del país; en Colima se tienen cinco muertes maternas por residencia habitual en 2011, que arrojaron una RMM de 39.3; si se hubiera captado una muerte más, Colima hubiera tenido un incremento de 7.9 puntos en su RMM, con lo que llegaría a 47.2; mientras que para el estado de México, se tienen en el mismo año 127 defunciones maternas con una RMM de 42.9; en este caso una muerte más significaría un aumento de sólo 0.3 puntos en su RMM, con lo que la RMM sería de 43.2. A nivel nacional, cada muerte extra en 2011 incrementaría en

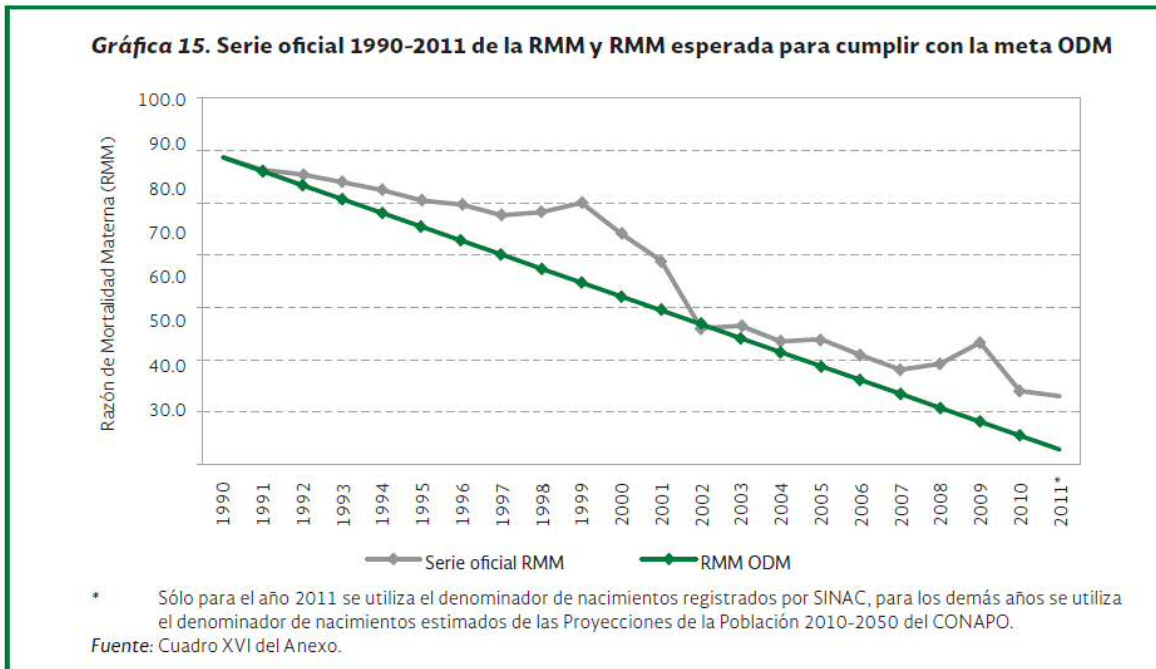


0.044 puntos la RMM, por lo que para aumentar un punto la RMM se requeriría 22 muertes más.

4.2 Avance en el cumplimiento del compromiso ODM

En el informe 2010 de la BIRMM, se incluyó un análisis sobre el avance de nuestro país en su compromiso de reducir para 2015 tres cuartas partes la RMM de 1990, correspondiente al quinto objetivo de desarrollo del milenio (ODM). Este tema es retomado nuevamente en el presente informe debido a que el ajuste en la serie histórica oficial de la RMM, derivado de las modificaciones ya analizadas en su denominador, obliga a evaluar nuevamente el avance logrado hasta 2011.

En un principio es de resaltar que la línea base de 1990, antes estimada en 89 defunciones maternas por cada cien mil nacidos vivos, con el ajuste tuvo una reducción mínima, situándose en 88.7; mientras la meta de reducción no sufrió cambio, permaneciendo en 22.2. Por otro lado, las cifras recalculadas correspondientes a las cifras oficiales del país, hacen más asequible la posibilidad de alcanzar dicha meta en 2015. El avance para 2011 es ahora del 69%, al haber disminuido en los pasados 21 años de 88.7 (en 1990) a 43.0 (en 2011); quedando pendiente reducir en los siguientes cuatro años (entre 2012 y 2015) 31% más, lo que significa un descenso de 20.8 puntos de la RMM, con la que se alcanzaría la meta de 22.2. Pensando en una reducción lineal constante y sostenida de 1990 a 2015 para lograr el cumplimiento del compromiso, en 2011 se tiene un rezago en la RMM de 10.2 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos (Gráfica 15); de esta forma parece complicado llegar a la meta de 2015, principalmente por el corto tiempo y la velocidad de disminución que observa el indicador en los últimos años, por lo que habrá que triplicar esfuerzos.¹⁵



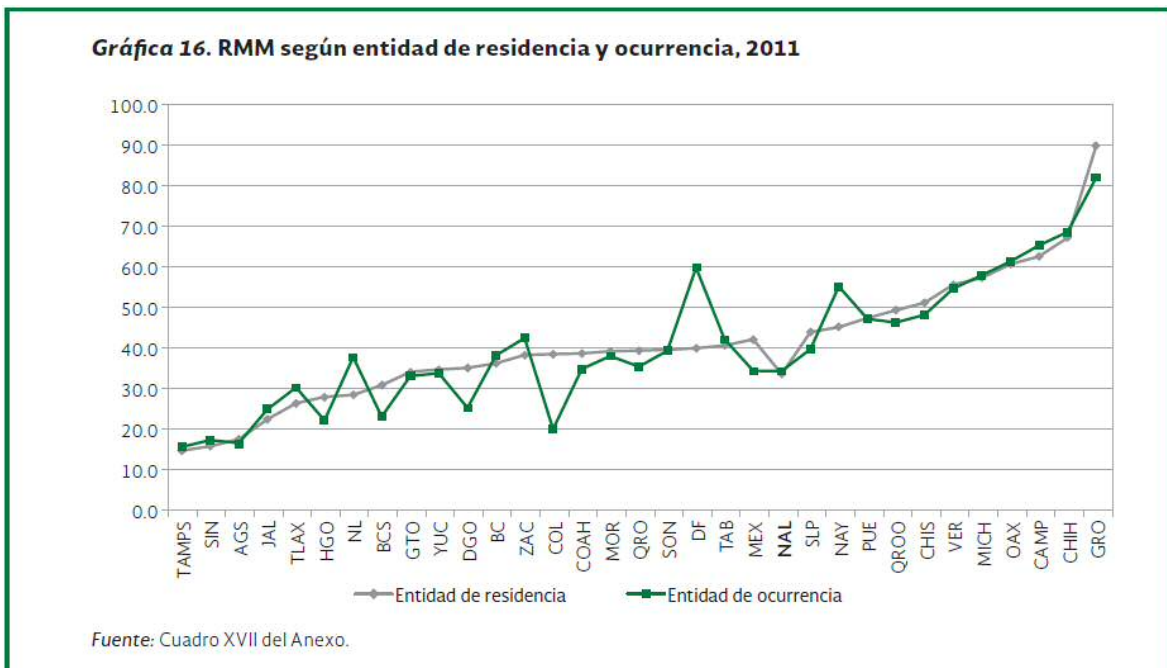
En este sentido, cabe mencionar de manera general que en la medida que un indicador se acerca al límite, su avance es más complicado.

4.3 RMM - Entidad de residencia vs Entidad de ocurrencia

La RMM debe analizarse siempre tanto por entidad federativa de residencia como de ocurrencia, ya que estas cifras evidencian aspectos diferentes. Para el caso del cálculo por residencia de la madre, que es la forma histórica con la que se venía monitoreando el indicador dada la limitante de la fuente antes utilizada como denominador, su nivel está asociado a los factores presentes en el entorno habitual de la mujer, en donde muchas veces recibe la atención prenatal; por otro lado, el cálculo de la RMM por entidad de ocurrencia, que hasta antes de 2011 sólo se llegaba a estimar y que ahora empezará a medirse y difundirse sistemáticamente junto con la RMM por residencia, permite hacer visibles otros factores que influyen en la mortalidad materna, como es la calidad de la atención

del evento obstétrico, la referencia oportuna y la necesidad de insumos por demanda, sobre todo en las entidades que atienden una población alta de mujeres residentes en otros estados. En la Gráfica 16 se muestran las RMM según la entidad federativa de residencia u ocurrencia de la defunción. Al igual que en el análisis del número de muertes maternas, entidades como el Distrito Federal, Colima, Nayarit, Nuevo León, Durango, Baja California Sur y estado de México presentan diferencias importantes entre ambos cálculos.

Por una parte, en entidades como el Distrito Federal, Nayarit y Nuevo León, la RMM por entidad de ocurrencia está muy por arriba de la RMM por residencia habitual; una explicación de esto podría ser que en estas entidades la atención de eventos obstétricos de mujeres residentes en otras entidades es muy alta. En el otro extremo, Colima, Durango, Baja California Sur y el estado de México presentan RMM por entidad de ocurrencia significativamente por debajo de la RMM por residencia habitual; lo anterior puede explicarse por el hecho de que una proporción importante de mujeres residentes en estos estados son atendidas en otras entidades.





En este sentido destaca el Distrito Federal, en donde la diferencia entre ambas razones para 2011 es cercana a 20 puntos, con lo que de tener la posición 14 a nivel estatal en cuanto a su RMM por residencia (40.8), cuando el estudio es de acuerdo a las defunciones que ocurrieron en la entidad, resulta ser el quinto estado con una RMM mayor (60.4)¹⁵. Una situación similar, pero de comportamiento inverso, tiene Colima, sin embargo, la gran discrepancia entre ambas razones, como se explicó anteriormente, se deben a que sus defunciones tanto por residencia como por ocurrencia son muy pocas (cinco y tres respectivamente), de tal manera que las conclusiones en este caso deben tomarse con reserva. Asimismo, sobresalen Guerrero, Chihuahua, Campeche y Oaxaca, que en este orden ocupan los primeros cuatro lugares con la RMM más alta, tanto por residencia como por ocurrencia.

4.4 RMM Sitio de ocurrencia vs. Afiliación a los servicios de salud.

Cabe mencionar que al igual a lo planteado para la RMM por entidad de ocurrencia, anteriormente, y también debido a las limitaciones del denominador utilizado hasta 2010, la RMM según sitio de ocurrencia y la RMM según afiliación a los servicios de salud no podían obtenerse de manera regular, en ocasiones se obtenían estimaciones y para el caso de la afiliación algunas instituciones del sector salud obtenían sus RMM propias; sin embargo, a partir de 2011 ambas RMM serán calculadas oficialmente y por tanto podrán ser monitoreadas a fin de incidir con acciones específicas en su disminución. Es de resaltarse que para la desagregación a nivel de entidad federativa, para la obtención de la RMM según sitio de ocurrencia se utilizó la entidad de ocurrencia y para la RMM según afiliación a los servicios de salud se usó la entidad de residencia; en realidad, gracias a la nobleza que brinda el SINAC, ambas razones pueden calcularse tanto por entidad de residencia como de ocurrencia, según la visión y objetivo del análisis.

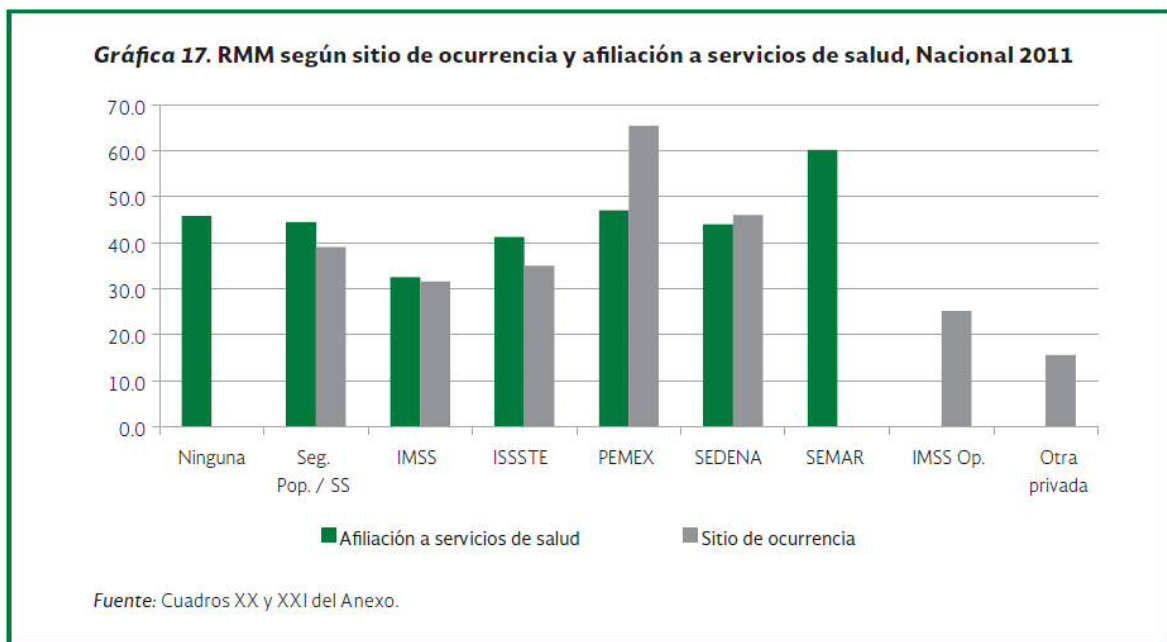


Previamente se mostró en números absolutos que la mayor cantidad de muertes maternas ocurren en unidades médicas de la Secretaría de Salud, sin embargo, al calcular la RMM por sitio de ocurrencia, resulta que las razones más altas se observan para las muertes maternas ocurridas fuera de alguna unidad médica y en otras unidades públicas.

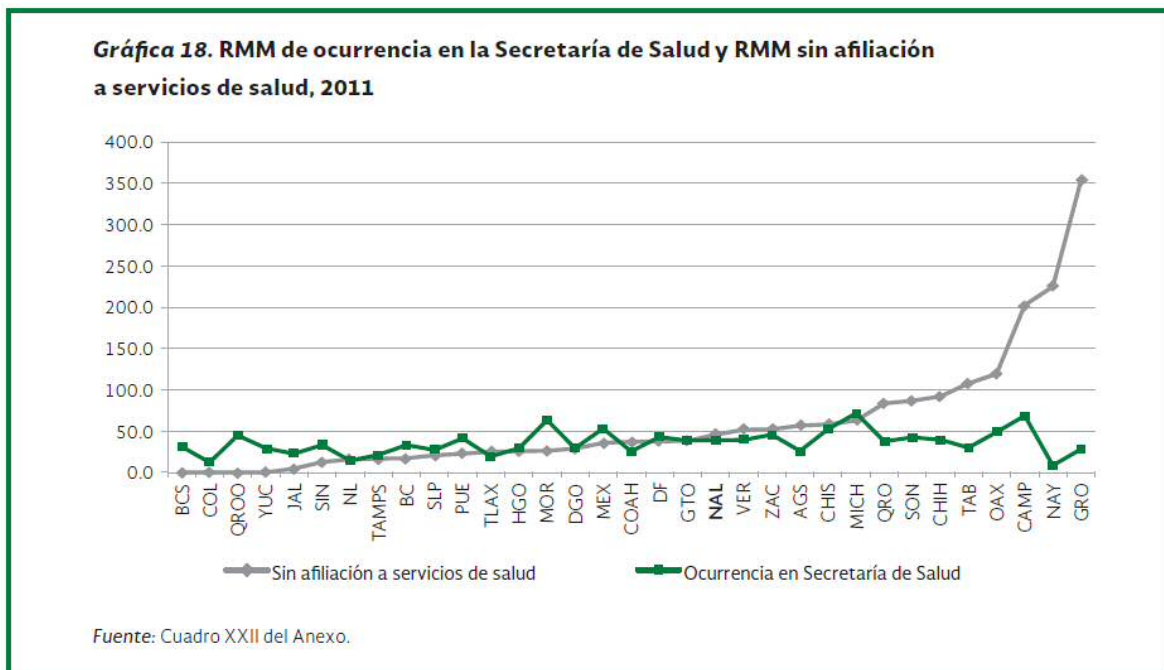
En la Gráfica 17 se observa el resultado de relacionar las RMM nacionales por sitio de ocurrencia con las obtenidas según la afiliación a servicios de salud; para su presentación se excluyeron los sitios de ocurrencia correspondientes a otra unidad médica pública y fuera de unidades médicas; tampoco se muestra la afiliación a IMSS Oportunidades, ya que el Certificado de Defunción en 2011 aún no captaba esta opción. Por otro lado, se parte de que la población afiliada al Seguro Popular asiste a las unidades médicas de la Secretaría de Salud, lo cual parece tener sentido al observar que la RMM de mujeres afiliadas al Seguro Popular es similar a la RMM por sitio de ocurrencia en la Secretaría de Salud; asimismo, esta última es similar a la de las mujeres que no tienen ninguna afiliación a servicios de salud. En esta misma gráfica se observa que PEMEX y la SEDENA presentan en 2011 las RMM más altas en cuanto a la ocurrencia en sus unidades médicas, lo que básicamente se debe a que su denominador es muy pequeño, es decir, la cantidad de nacidos vivos que atienden es mínima, lo que produce RMM altas; sin embargo es matemáticamente innegable que efectivamente, las probabilidades de morir son mayores. Otro aspecto a resaltar de este análisis es que pese a que la SEMAR tiene en 2011 la RMM más alta en cuanto a afiliación (derechohabiencia), no se recibió información sobre la ocurrencia de alguna muerte materna en sus instalaciones, por lo que su RMM por ocurrencia es de 0.0; también sobresale la RMM correspondiente a las mujeres sin afiliación a servicios de salud, cuyo valor fue de 45.8. Asimismo, llama la atención el caso de PEMEX, que presenta RMM muy diferentes al comparar la afiliación y la ocurrencia, lo cual podría significar dos cosas: que algunas de las muertes maternas acaecidas en unidades médicas de esta institución pertenecían a

mujeres sin derechohabencia a PEMEX; o bien, que algunas de las muertes maternas de mujeres derechohabientes de PEMEX no se están reportando como derechohabientes de esta institución en el Certificado. En cambio, para el caso del IMSS y de la SEDENA, se observan valores de sus RMM por afiliación y ocurrencia muy similares. En el Cuadro XX del Anexo, se pueden consultar estas cifras, además de las correspondientes según entidad de residencia.

Vale la pena mencionar que la RMM más baja según sitio de ocurrencia se presenta en las unidades médicas privadas, con un valor de 15.6 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos; sin embargo, esto debe tomarse con cautela, ya que en algunos casos de defunciones ocurridas en las instituciones públicas, las mujeres fueron referidas en condiciones graves desde alguna unidad privada.



A la par de lo anterior, resulta interesante relacionar la RMM de las defunciones ocurridas en unidades médicas de la Secretaría de Salud con la RMM correspondiente a las de mujeres sin afiliación a servicios de salud en la Gráfica 18 se muestra esta comparación por entidad federativa, donde se observa que entidades como Guerrero, Nayarit y Campeche, y en menor medida, Oaxaca, Tabasco, Chihuahua, Sonora, Querétaro y Aguascalientes, presentan una RMM de mujeres sin seguridad social residentes en la entidad muy superior a la RMM de ocurrencia en las unidades médicas de la Secretaría de Salud en la misma entidad, lo que nos lleva a preguntarnos por qué razón las mujeres que fallecieron en estas entidades sin seguridad social no fallecieron en alguna unidad de la Secretaría de Salud; tal vez porque no buscaron la atención o quizá no les dio tiempo de llegar a recibirla, aunque es probable que hayan ocurrido en alguna unidad médica privada o perteneciente a otra institución pública, como IMSS Oportunidades por ejemplo.





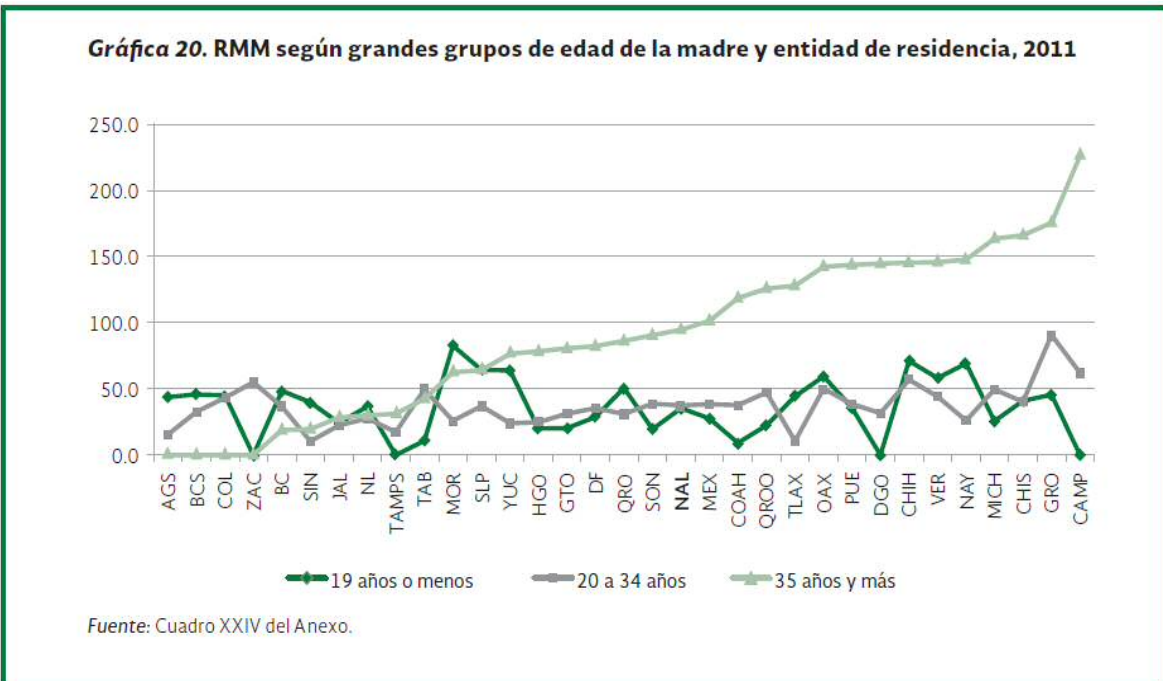
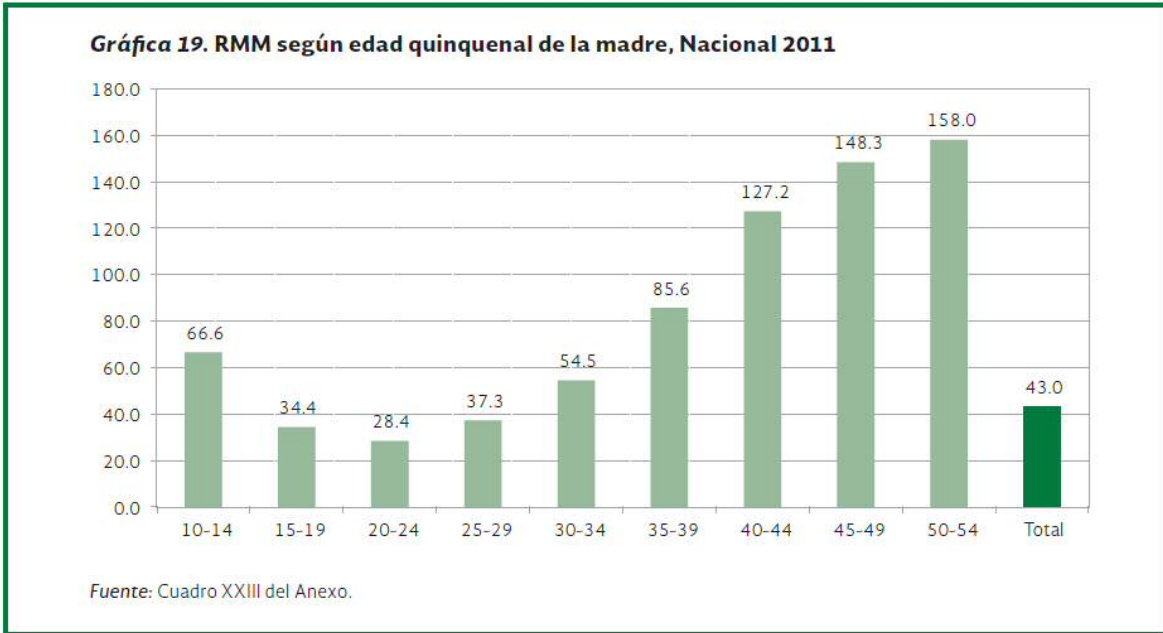
4.5RMM Edad de la madre

La edad es una de las variables que más correlación tiene con el comportamiento de la RMM. Desde el punto de vista biológico, la edad ideal para el desarrollo de un embarazo es entre los 20 y 34 años, fuera de este rango se considera la presencia de un riesgo (el cual es mayor entre más extrema sea la edad de la mujer) de morbi-mortalidad materna debido a la alta frecuencia de patologías tales como embarazos molares, preeclampsia y diabetes gestacional, por mencionar algunas. Adicionalmente, el riesgo de muerte en edades más adultas se incrementa por paridad múltiple y por la comorbilidad de padecimientos preexistentes de la madre que pueden complicar el embarazo, lo que resulta en un número importante de muertes maternas ocurridas por causas obstétricas indirectas.

La Gráfica 19 muestra la RMM según grupos de edad quinquenal a nivel nacional, donde se puede confirmar lo mencionado en el párrafo anterior. La RMM para los grupos de edad mayores a los 34 años presenta los niveles más altos (85.6 a 158), siendo la RMM más alta cuando más avanzada es la edad. De manera similar, pero en menor grado, el grupo de 10 a 14 años presenta una RMM alta (66.6). El caso que sorprende es el quinquenio de 15 a 19 años, el cual presenta una RMM de 34.4, por debajo del valor nacional de 43 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos; parte de esto se explica debido a la alta proporción de nacidos vivos de mujeres de 18 y 19 años dentro del quinquenio.

La relación RMM vs. edad de la mujer, es aún más interesante cuando se analiza por entidad federativa, lo que puede apreciarse en la Gráfica 20, en la que para facilitar la interpretación se agrupó la RMM en tres grandes grupos de edad. En esta gráfica se puede observar que, en efecto, la RMM del grupo de 35 años y más es el que presenta mayores valores para la mayoría de los estados (22 de los 32); de las 10 entidades restantes, en ocho de ellas la RMM más alta es la del grupo de 19 años o menos, y sólo en dos estados (Zacatecas y Tabasco) la razón mayor corresponde al grupo de 20 a 34 años, grupo para el que Guerrero alcanza el valor máximo, con 90.7.^{15,16}

En el grupo de adolescentes (19 años o menos), Morelos es el que presenta la razón más alta (82.7), mientras que para el grupo de 35 años y más destaca Campeche con la RMM más alta de todas (226.1), estado en el que por otro lado resalta su RMM nula para el grupo de adolescentes.¹⁵





Capítulo 5 Legislación

5 Legislación.

El artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece el derecho de toda persona a la protección de la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. La Ley General de Salud en su artículo 3o. fracción IV establece que se considera a la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61 del mismo ordenamiento jurídico, reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como del recién nacido y etapas posteriores, vigilando su crecimiento y desarrollo. El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva es la instancia responsable de la Secretaría de Salud para la vigilancia y seguimiento del programa de acción "Arranque Parejo en la Vida" de acuerdo al Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza. Por ello se busca contribuir al cumplimiento a las metas propuestas para lograr el objetivo 5 de Desarrollo del Milenio que el Gobierno de México hizo suyos, junto con 189 países más, al adoptar la Declaración del Milenio en el año 2000. Este objetivo consiste en mejorar la salud materna, y para ello se establecieron dos metas, que son: disminuir para 2015, en tres cuartas partes (75%) la Razón de Muerte Materna respecto a la registrada en 1990 y la mortalidad neonatal a 15%, y lograr la cobertura universal de la asistencia especializada al parto.



5.1 Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido.

El partograma es una herramienta fundamental durante el trabajo de parto que se debe analizar en forma detallada en todas las gestantes con la finalidad de evitar distocias y cesáreas de emergencia que conllevan a una alta morbilidad y mortalidad. Finalmente el manejo activo del alumbramiento es también una actividad que se debe realizar en la atención del parto con el objetivo de prevenir una hemorragia obstétrica.

1. Objetivo y campo de aplicación

Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal, y del recién nacido sano.

Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas normales y a los recién nacidos sanos.

5. Definiciones

Para los fines de esta Norma se entiende por:

5.1 Aborto, a la expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso y/o menos de 22 semanas completas de gestación.

5.2 Alimentación mixta, a la proporcionada al recién nacido, con base en la leche humana, más otro tipo de leches o alimento proteico.

5.3 Alojamiento conjunto, a la ubicación y convivencia del recién nacido y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto precoz y permanente y la práctica de la lactancia materna exclusiva.

5.4 Atención de la emergencia obstétrica, a la prestación que debe brindar el personal médico de la unidad de salud, garantizando la resolución inmediata y



correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 horas, todos los días del año.

5.5 Atención prenatal, a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con alguno de los integrantes del equipo de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo del recién nacido, acciones que se deberán registrar en el expediente clínico.

5.6 Calidad de la atención, al grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica con los menores riesgos para los pacientes, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados.

5.7 Calidez en la atención, al trato cordial y atento que se proporciona al usuario del servicio.

5.8 Certificado de nacimiento, al documento oficial de carácter individual e intransferible que certifica el nacimiento de un recién nacido vivo en el momento mismo de su ocurrencia, proporcionando a la madre el comprobante original de este hecho.

5.9 Cesárea, al procedimiento quirúrgico mediante el cual se extrae al producto de la concepción, vivo o muerto, así como sus anexos, a través de una laparotomía e histerotomía.

5.10 Comunicación educativa, al proceso de aprendizaje que permite al profesional de la salud, ponerse en contacto con las diferentes culturas, idiomas y costumbres del usuario de los servicios de salud, en un ámbito interpersonal que trasciende los enfoques cognitivo, afectivo, psicomotor y de salud.

5.11 Diabetes gestacional, es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo, ésta traduce una insuficiente adaptación a la insulinoresistencia que se produce en la gestante.



5.12 Distocia, a las anormalidades en el mecanismo del trabajo de parto que interfieren con la evolución fisiológica del mismo y requiere maniobras especiales.

5.13 Edad gestacional, al periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.

5.14 Embarazo, al periodo comprendido desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.

5.15 Embarazo complicado, a la certeza de estados patológicos durante la gestación, que incrementan la morbimortalidad de la mujer, del feto o del recién nacido y que requiere atención especializada.

5.16 Embarazo de alto riesgo, al embarazo con altas probabilidades de presentar estados patológicos que pueden incrementar la morbimortalidad de la mujer, del feto o del recién nacido.

5.17 Embarazo saludable, al embarazo sin factores de riesgo, libre de complicaciones y que con una adecuada vigilancia prenatal, logra un estado de bienestar biológico, psicológico y social para la gestante y para el producto de la concepción.

5.18 Emergencia obstétrica, a la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, el parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.

5.19 Eutócica, a la presentación del feto en vértice, cuyo progreso del trabajo de parto es normal, termina sin complicación y no requiere de maniobras especiales.



5.20 Hipotiroidismo congénito, a la enfermedad que se presenta desde el nacimiento y se caracteriza por disminución permanente o transitoria del funcionamiento de la glándula tiroides.

5.21 Interculturalidad, al modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.

5.22 Lactancia materna, a la proporcionada al recién nacido, con leche humana, sin la adición de otros líquidos o alimentos.

5.23 Maternidad saludable, al que involucra tratar al embarazo como un periodo especial, durante el cual, todas las mujeres deben tener acceso al cuidado apropiado acordes a su estado, buscar tratamientos para ciertos signos y síntomas, que pongan en peligro su vida y contar con un nivel de capacidad resolutive que permita atender estas complicaciones.

5.24 Mercadotecnia social en salud, al diseño, implantación y control de programas para incrementar entre la población la aceptación de una idea social y/o de determinado tipo de práctica de grupo destinadas a conservar, aumentar o restablecer la salud de una colectividad.

5.25 Muerte materna, a la muerte de una mujer mientras está embarazada 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 su atención, pero no por causas accidentales o incidentales. Muerte Materna Directa relacionado con las complicaciones propias del embarazo. Muerte Materna Indirecta causada por una enfermedad de fondo agravada por el embarazo.

5.26 Muerte materna tardía, a la pérdida de vida de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días y hasta los 364 días completos de la terminación del embarazo. No se toma en cuenta para la razón de mortalidad materna.



5.27 Muerte neonatal, a la pérdida de vida del recién nacido, en el periodo comprendido desde su nacimiento hasta los 28 días completos.

5.28 Nacido vivo, a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción del organismo materno, cuando después de dicha separación respire y lata el corazón, se haya o no cortado el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

5.29 Nacido muerto, a la expulsión completa o extracción del producto de la concepción del organismo materno, cuando después de dicha separación no respire ni lata el corazón, se haya o no cortado el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

5.30 Nacimiento con producto pretérmino, al nacimiento que ocurre antes de las 37 semanas de gestación.

5.31 Nacimiento con producto a término, al que ocurre entre las semanas 37 a 40 6/7 semanas de gestación.

5.32 Nacimiento con producto postérmino, al que ocurre de las 41 semanas de gestación en adelante.

5.33 Oportunidad de la atención, a la prestación de los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad a la unidad y tiempo de respuesta del personal de salud.

5.34 Participación para la acción comunitaria, al impulso a la participación informada y organizada de la población, que promueve la creación de redes sociales que posibiliten y faciliten la instrumentación de las estrategias de promoción de la salud desde la base social, logrando el empoderamiento de las comunidades.

5.35 Participación social, al proceso que permite involucrar a la población y a las instituciones de los sectores público, social y privado, en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer la salud materna y perinatal.



5.36 Parto, al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, incluyendo la placenta y de sus anexos. El nacimiento puede ser también por cesárea, e indicación médica u obstétrica.

5.37 Parto vertical, a la atención del parto de la mujer embarazada colocada en posición vertical: de pie, sentada, semidecúbito, o en cuclillas.

5.38 Periodo perinatal, a la etapa que inicia el primer día de la semana 22, es decir a los 154 días de gestación y termina a los veintiocho días completos después del nacimiento.

5.39 Producto de la concepción, al embrión o feto de acuerdo a la etapa del embarazo.

5.40 Promoción de la salud, a la estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar.

5.41 Puerperio normal, al periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatomo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

5.42 Puerperio inmediato, al periodo que comprende las primeras 24 horas.

5.43 Puerperio mediato, al periodo que abarca del segundo al séptimo día.

5.44 Puerperio tardío, al periodo que incluye del día 8 al 42.

5.45 Recién nacido, al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

5.46 Recién nacido pretérmino, al producto de la concepción menor a 37 semanas. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Usher, Capurro, Ballard y Ballard modificado.



5.47 Recién nacido inmaduro, al producto de la concepción de 22 semanas a menos de 28 semanas de gestación o de 501 a 1,000 gramos.

5.48 Recién nacido a término, al producto de la concepción de 37 hasta 41 semanas. Cuando no se conoce la edad gestacional, se considerará así equivale a un producto de 2,500 gramos o más. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Usher, Capurro, Ballard y Ballard modificado.

5.49 Recién nacido postérmino, al producto de la concepción con 41 o más semanas de gestación.

5.50 Recién nacido de peso bajo para edad gestacional, al recién nacido que tiene peso inferior al percentil 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional. De acuerdo con las tablas de crecimiento anexas. (Gráficas de Battaglia/Lubchenco y Jurado García)

5.51 Recién nacido de peso adecuado para edad gestacional, al producto cuyo peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y el 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional. De acuerdo con las tablas de crecimiento anexas. (Gráficas de Battaglia/Lubchenco y Jurado García)

5.52 Recién nacido de peso alto para edad gestacional, al producto cuyo peso corporal mayor al percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional. De acuerdo con las tablas de crecimiento anexas. (Gráficas de Battaglia/Lubchenco y Jurado García)

5.53 Restricción en el crecimiento intrauterino, al producto de la concepción que en su exploración prenatal tiene un crecimiento menor a lo esperado para la edad gestacional, identificado por clínica y/o ultrasonido, nace con un peso inferior al percentil 10 para su edad gestacional, implicándole una restricción patológica en su capacidad para crecer.

5.54 Sucedáneo de la leche materna, a toda fórmula alimenticia que sustituya parcial o totalmente a la leche humana.



5.55 Tamiz metabólico neonatal, al examen de laboratorio practicado al recién nacido, para detectar padecimientos de tipo metabólico.

5.56 Obstetricia: rama de la medicina que estudia el parto, sus antecedentes y sus secuelas.

5.2 Programa Nacionales de Salud.

El objetivo 2 del Programa Nacional de Salud 2007-2012 es reducir las brechas o desigualdades en salud mediante intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, y para lograr este objetivo, se estableció la meta de disminuir a la mitad la Razón de Mortalidad Materna en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano, y disminuir 40% la mortalidad infantil de niños menores de un año y menos, por cada 1,000 nacidos vivos. En este mismo sentido, la estrategia que incluye trabajo comunitario, para lograr esta meta, es el fortalecimiento e integración de acciones de promoción a la salud, y prevención y control de enfermedades, mediante las siguientes líneas de acción: fortalecimiento de las políticas de salud materna y perinatal, promoción la salud sexual y reproductiva responsable e impulsar una política integral de prevención y atención de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) desde la etapa perinatal.

Acuerdo del Consejo de Salubridad General y la Norma Oficial Mexicana 017⁸⁹

En noviembre del 2004 se publicó en el DOF este acuerdo que establece la aplicación obligatoria en las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud de los componentes sustantivos y estratégicos de los programas de acción Arranque parejo en la vida y vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas. Destacan los artículos tercero, cuarto y quinto:



TERCERO.- Se establece como un mecanismo permanente la Vigilancia Epidemiológica activa de toda defunción materna la cual comprende las acciones siguientes:

- I.- La notificación inmediata de la defunción materna
- II.- El estudio del caso para la confirmación de las causas de defunciones maternas
- III.- El dictamen de las defunciones maternas
- IV.- La elaboración y aplicación de medidas que contribuyan a la disminución de las principales causas de las defunciones maternas

"CUARTO.- Para coadyuvar a la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas, se instalará un Equipo Nacional de Análisis de Defunciones Maternas, integrado por especialistas de las instituciones del Sistema Nacional de Salud y será coordinado por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud, a través de las unidades administrativas que para el efecto designe.

"QUINTO.- Cada institución del Sistema Nacional de Salud deberá tener de manera permanente un responsable de la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas y de la instrumentación de las acciones del Programa de Acción Arranque parejo en la vida, el cual estará obligado a reportar mensualmente a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud, a través de las unidades administrativas que para el efecto ésta designe de los resultados obtenidos, así como de las medidas preventivas y correctivas adoptadas."

Acción Arranque parejo en la vida⁹⁰

El Programa tiene, entre otros, el propósito de lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad para las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, contribuyendo así con la igualdad de



oportunidades. Cuenta con un componente para disminuir la mortalidad materna, así como la neonatal e infantil y es el instrumento con el que se busca contribuir al cumplimiento de todo lo concerniente a la salud de la madre y del recién nacido.

Embarazo Saludable 2008⁹¹

Es un programa que inició en mayo del 2008; forma parte del denominado Seguro Médico para Mujeres Embarazadas y es una ampliación del Seguro Médico para una Nueva Generación. Consiste en otorgar todo el tratamiento médico necesario para garantizar la vigilancia médica durante el embarazo; incluye atención prenatal en el embarazo; atención durante el parto y el puerperio (fisiológica y quirúrgica, si es necesaria); legrado uterino terapéutico por aborto incompleto; diagnóstico y tratamiento de preeclampsia y eclampsia; diagnóstico y tratamiento de amenaza de aborto y parto pretérmino; infecciones, heridas y hemorragias; tratamiento de placenta previa o desprendimiento prematuro; endometritis puerperal, pelviperitonitis, choque séptico puerperal y reparación uterina, entre otras.

Universalización de la Atención de la Emergencia Obstétrica 2009⁹²

Ya que sigue siendo inadmisibles que muchas mujeres sanas mueran por una emergencia obstétrica, se consideró que toda paciente embarazada que presente una urgencia de este tipo tiene el derecho a ser atendida de manera expedita en todas las instituciones de salud, incluyendo las de seguridad social, IMSS, ISSSTE y SS, sin barreras por no ser derechohabiente.

Programa para mejorar la calidad en la atención personal:

Enrique Peña Nieto señala que México vive una situación compleja en materia de salud pública. Su meta es un acceso afectivo, calidad en el servicio y prevención. Que cada mexicano tenga acceso pleno a los servicios de salud, sin importar su condición laboral, su lugar de residencia, su referencia política, el género o edad que tenga, nivel socioeconómico. Por ello pondrá en marcha un programa para



mejorar "La calidad en la atención personal; donde el anticiparnos a la enfermedad y evitar las condiciones que la generan reducirá la mortalidad materna, obesidad y diabetes. Esto se lograra fortaleciendo las instituciones del sector salud.

Para ello, propone instrumentar nuevos mecanismos de financiamiento público, que permitan universalizar los servicios de salud; brindar atención médica asegurada por el solo hecho de ser mexicanos, sin ningún otro requisito; garantizar el abasto de medicamentos a través de vales de medicina; garantizar un personal de salud competente y capaz; y duplicar el número de médicos, enfermeras y camas hospitalarias por cada mil habitantes



Capítulo 6 Acciones de Enfermería para el cuidado del embarazo sano, complicaciones del embarazo, del parto y puerperio.

6.1 Cuidados de Enfermería para la atención del embarazo sano, parto y puerperio.

Acciones de enfermería en mujeres embarazadas

Control prenatal:

Se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y prenatal.

Objetivos del cuidado de enfermería.

- ✓ Ofrecer atención perinatal personalizada.
- ✓ Fomentar en la mujer embarazada una actitud proactiva en su cuidado personal y brindarle información para tomar decisiones adecuadas.
- ✓ Detectar tempranamente eventos y complicaciones.
- ✓ Establecer una relación estrecha y cálida con la mujer embarazada y su familia, haciendo ver que el embarazo es un proceso que involucra a ambos.
- ✓ Fomentar el autocuidado en la mujer para reducir los riesgos de morbilidad y mortalidad materna.

Acciones básicas.

- ❖ Garantizar una cobertura de enfermería a mujeres embarazadas en el área de influencia, para evitar complicaciones y controlar los riesgos en el periodo del embarazo, es fundamental que el personal realice las siguientes acciones.



- Difundir en la comunidad del área de influencia que existe en el servicio de control prenatal en la unidad de salud.
- Levantar regularmente un censo de mujeres embarazadas y en edad reproductiva.
- Ofrecer el servicio de acompañamiento prenatal a todas las mujeres embarazadas residentes en el área de influencia.
- Capacitarlas para identificar los riesgos posibles y brindarles las referencias que sean necesarias.

❖ Realizar una búsqueda activa en una etapa temprana de su embarazo.

La integración de las mujeres al programa de control prenatal, debe iniciarse desde el principio del embarazo para influir positivamente al proceso gestacional. La primera consulta debe ser en el primer trimestre, antes de la semana 12 de gestación, esto nos permite:

- Identificar los factores de riesgo.
- Planificar una asistencia obstétrica adecuada.
- Completar las consultas sugeridas por la norma oficial 007

6.2 Cuidados de enfermería para el manejo de complicaciones maternas.

Se define como todas las acciones y procedimientos de urgencia destinados para el diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y prenatal.

Objetivos del cuidado de enfermería.

- ✓ Ofrecer atención perinatal personalizada de urgencia.
- ✓ Controlar o estabilizar la salud de la paciente en cuestión de hipertensión.
- ✓ Controlar o estabilizar la salud de la paciente en prevención de hemorragia.



Acciones básicas.

- ❖ El equipo multidisciplinario de profesionales de la salud cuya función es brindar atención a la mujer embarazada inmediata para obtener una resolución obstétrica en las mejores condiciones posible contribuyendo a disminuir la mortalidad materna.
 - Prevenir y/o disminuir la mortalidad materna perinatal, mediante tres acciones A: identificar, B tratar, C trasladar.
 - Activación de código rojo o código MATER.

- ❖ Se inicia un proceso de estudios y tratamientos para conocer el estado más acertado de la paciente en los cuales esta:
 - Internamiento.
 - Toma de laboratorios y estudios de gabinete.
 - Colocación de 2 vías de catéter periférico corto.
 - Sonda vesical a derivación.
 - Administración y Ministración de medicamentos antihipertensivos.
 - Preparación para quirófano en caso de solicitarlo.
 - En caso de ser necesario preparar para traslado.

6.3 Cuidados de enfermería para la atención de la Mortalidad Materna.

Se define como todas las acciones y procedimientos para la atención y manejo de factores que ayudan al proceso de duelo que mantiene la familia en la pérdida de un ser querido, así como la atención de cuidados postmortem de la paciente.

Objetivos del cuidado de enfermería.

- ✓ Ofrecer atención postmortem a la paciente.
- ✓ Brindar apoyo emocional a familiares.



- ✓ Canalizar con grupo de apoyo o psicología

Acciones básicas.

- ❖ El equipo multidisciplinario de profesionales de la salud cuya función es optimizar el sistema de atención y los recursos hospitalarios, capacitados en tanatología, para controlar o superar procesos de duelo que conlleven a trastornos psicosociales.
- ❖ Se inicia un proceso de amortajamiento
 - Retira monitoreo y mecanismos invasivos.
 - Aseo de paciente.
 - Prepara material para amortajamiento.
 - Taponamiento de todos los orificios naturales.
 - Colocación de membrete de identificación en tórax.
 - Se coloca sabana en triángulo para amortajamiento.
 - Se coloca el segundo membrete e identificación situado en tórax



7. CONCLUSIONES.

La Organización Mundial de la Salud define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”. Por lo general se hace una distinción entre «muerte materna directa» que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y una «causa de muerte indirecta» que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud pre-existente o de reciente aparición. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas al mismo se denominan *accidentales, incidentales o no-obstétricas*.

Independientemente del tipo de mortalidad que se presenta, no deja de ser alarmante las estadísticas de morbilidad y mortalidad materna en nuestro país y sobre todo el deshonroso primer lugar de mortalidad en el Estado de México a pesar de la formación de recursos humanos, entre ellos el personal de Enfermería, aún con los grandes avances de tipo tecnológico y científico, la muerte se presenta en ocasiones al 200% considerando la afectación al binomio o en su caso alguno de ellos y la presencia de los diferentes tipos de instituciones hospitalarias que con preocupación siguen los reportes alarmantes en la salud perinatal de la mujer en nuestro país.

México acepta el compromiso a nivel internacional en materia de salud materna, como parte de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, para reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, dicho compromiso ha rebasado el tiempo con respecto al logro de las metas dado que nos encontramos en el 2014 solo se ha logrado 21.7- 43.3 % en la reducción de la Mortalidad Materna en el Estado de México, Durango, Baja California Norte y Tamaulipas. Así mismo reporta Baja California Sur, reporta un avance menos del 21 %; El estado de Veracruz, Guadalajara, Guanajuato, Yucatán, Puebla, Morelos, y Querétaro están



del 43.4- 64.3 %; así mismo reporta Baja California Sur un avance menor del 21 %, este reporte nos brinda una orientación hacia qué estados están por cumplir la Meta de Desarrollo del Milenio y que estados están lejos de cumplir los Objetivos del Milenio. Lo que significa que para 2015 se haya disminuido la Razón de Mortalidad Materna (RMM) a 22 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos estimados. Los compromisos establecidos establecen disminuir la mortalidad materna en 40% en su población general y en 50% en los municipios de alta marginación. La respuesta del sistema de salud ante el reto de la muerte materna se ha plasmado en diversas acciones, que si bien han contribuido a su disminución, no han logrado los resultados esperados para asegurar que las metas comprometidas puedan ser alcanzadas. Es importante señalar que México tienen una RMM 17 veces mayor que países como Suecia o tres veces mayor que países similares como es el caso de Chile. En el país hay diferencias importantes, así, los municipios con población indígena (70% y más) tienen RMM hasta tres veces mayores que aquellos municipios sin población indígena, o RMM siete veces mayores entre mujeres que fallecieron en el IMSS con respecto a las que no cuentan con seguridad social.⁴

El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años, esta situación es relevante porque a pesar de la cantidad de información, medios de acceso a la información, recursos profesionales a disposición de una prevención exitosa, la disposición de los métodos anticonceptivos y otros elementos en la actualidad es un problema de Salud Pública en México los embarazos en adolescentes. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo, como nuestro país. Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ello. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes



maternas, son: Las hemorragias graves (post-parto), las infecciones (post parto), la hipertensión gestacional (Preeclampsia y Eclampsia) y los abortos peligrosos.

La salud materna y del recién nacido están íntimamente relacionadas. Cada año mueren más de 3 millones de recién nacidos, y otros 2.6 millones mueren antes de nacer.

De este modo, con el Control prenatal (CPN) se espera detectar y tratar oportunamente la morbilidad obstétrica y perinatal. La primera hace referencia a los eventos que se presentan en la embarazada y que pueden influir negativamente en la salud y el bienestar de madre e hijo. Los eventos de morbilidad más frecuentes en la mujer adulto son: hemorragia, infecciones, preeclampsia y trastornos hipertensivos del embarazo. La morbilidad perinatal comprende afecciones propias del neonato como prematurez, asfisia, malformaciones congénitas, bajo peso al nacer y síndrome de dificultad respiratoria. Dichos eventos pueden agravarse y llevar a la muerte, la cual, a su vez, desencadenan otros problemas. Por ejemplo, cuando mueren las madres, sus hijos menores tienen, como consecuencia, mayor probabilidad de morir; problemas de aprendizaje; Es por esto que la adherencia al CPN es tan importante.¹

La población como se ha mencionado no está educada u orientada sobre los problemas y complicaciones que se lleva o que pudiese ocurrir en un embarazo, que no está llevando un control prenatal como lo marca la **Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido**, como lo establece la NOM 007 la persona deberá de acudir un mínimo de 5 consultas en el embarazo para prever situaciones de riesgo en el binomio.

Se puede constatar 2 situaciones una la población mexicana siempre va a tener carencias económicas, de ejecutar cuidados que recomienda el equipo de salud,



de negación, por las cuales es una causa importante que va aproximadamente de un 45% a un 50% el índice de mortalidad materna, por la falta de cuidados que deben de tener así mismas, y por otro lado la infraestructura hospitalaria no siempre es la más adecuada, la falta de recursos humanos y materiales que son indispensables para la atención de urgencias obstétricas no están al alcance del equipo multidisciplinario, y si a esto le sumamos la falta de capacitación, experiencia y habilidad para el control del urgencias obstétricas, el otro porcentaje restante se incrementa. También es válido comentar que un importante porcentaje de las Mortalidad Materna en el Estado de México son en el ámbito hospitalario privado, ya que la práctica de obstetricia en estos lugares son practicadas por Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, lo que nos permite verificar que no hay experiencia, ni conocimientos sustentados en la materia, para poder atender una urgencia obstétrica.

Dicho lo anterior nuestras acciones como profesionales de la salud es tener o fomentar o mantener una población informada y consiente del beneficio que otorga el cuidar su salud, para reducir las repercusiones de salud o complicaciones maternas. Que consisten en primer lugar en la educación de madres y población en general, mediante platicas, conferencias, revistas, apoyándonos de material didáctico e ilustrativo para darles a conocer como las enfermedades o complicaciones que son producidas por la mala información y hábitos que tienen a población sobre el embarazo sano, también así capacitarnos nosotros como equipo de salud para ofrecer una atención de calidad sobre los cuidados, control y manejo de complicaciones obstétricas, para mantener la salud materna en un embarazo sano y dadas las circunstancias la capacidad de respuesta por el personal en caso de la presencia de alguna(s) complicaciones que ponga en riesgo la salud del binomio.

Uno de los retos del Sector Salud ha sido la focalización de las acciones en los lugares donde el problema es más evidente. Hay entidades como el Estado de



México que, para el periodo 2000-2004, contribuyó con la sexta parte de las muertes maternas ocurridas en el país, 75% de las cuales fueron evitables en exceso. Por su parte, Veracruz y el Distrito Federal sumaron otra sexta porción del total de las defunciones a las que nos referimos. En los estados de Oaxaca, Chiapas, Puebla, Guerrero, Veracruz, Distrito Federal y Estado de México ocurrieron más del 50% de las muertes totales para el mismo periodo, mientras que Querétaro, San Luís Potosí, Tlaxcala e Hidalgo, aunque presentaron en conjunto alrededor de 100 muertes maternas anuales, casi el 65% de ellas fueron evitables SSA 2006.

Uno de los problemas en los habitantes indígenas y pobres, donde la población está dispersa y no tienen acceso oportuno a los servicios de salud debido a diversos factores, la ubicación geográfica de las clínicas a más de dos horas de traslado; la ausencia de servicios las 24 horas de los 365 días al año; la falta de capacidad de los médicos para tratar emergencias obstétricas en el primer nivel de atención; las dificultades para el traslado, y el retardo en la toma de decisiones por parte de las familias.

El segundo espacio es el de las grandes ciudades en las que el acceso a los servicios también está siendo limitada, aunque por otras razones como el desmantelamiento del primer nivel como instancia de atención de partos; la sobredemanda de camas hospitalarias en el D.F. y el Estado de México por población de otros estados con menores recursos; la consecuente sobresaturación de los servicios y las remodelaciones de nosocomios realizadas en los últimos años que han propiciado el rechazo de las mujeres que requieren atención en los hospitales de segundo nivel, así como la carencia de cunas en las unidades de cuidados intensivos neonatales.

El gobierno mexicano ha optado por la atención obstétrica de emergencia como la estrategia central para disminuir la mortalidad materna, esto implica



necesariamente la calificación diferenciada del personal de salud en el manejo específico y oportuno del Triage Obstétrico.

La fragmentación del acceso a los servicios de salud en tres grandes grupos de población, de acuerdo a su inserción laboral o capacidad de pago, ha devenido de facto en lo que podría denominarse una ausencia estructural de cobertura universal.

Considerando lo anterior, es factible que se le asigne la promoción y diseño del Plan de Seguridad comunitario para evitar las muertes maternas, y al mismo tiempo se le otorguen facultades para que realicen monitoreo de la red de servicios y presenten quejas y sugerencias relacionadas con el acceso a los servicios de las mujeres con complicaciones obstétricas.



8 SUGERENCIAS

Los resultados motivan a proponer lo siguiente:

- ✓ Fomentar la educación en la población mexicana sobre el embarazo sano y las complicaciones del mismo, mediante información didáctica, de radio, televisión, pláticas, conferencias u otros. Donde la finalidad es convencer a la población de la necesidad de la Atención Primaria para el control del embarazo sano y que conozca e identifique los riesgos de las complicaciones obstétricas.
- ✓ Empeñarse por parte del estado en la construcción hospitales de los diferentes niveles de atención en abastecer lo suficiente en los centro de atención, primaria, secundaria y terciaria tanto en recursos humanos y materiales.
- ✓ La capacitación continúa del equipo de salud para obtener las competencias necesarias para afrontar situaciones reales en los diversos escenarios institucionales, los cuales brinden seguridad, habilidad y manejo de la complicación obstétrica.
- ✓ El profesional de Enfermería ante la problemática de Mortalidad Materna debe tomar un papel proactivo apoyado en la herramienta científica llamada investigación para resolver o avanzar en dar respuesta a los problemas de salud de la población, tal el caso: Autopsia verbal, Revisión confidencial, Encuestas de morbilidad y Auditoria clínica.



- ✓ Ante los casos de mortalidad sesionar y evaluar las debilidades y fortalezas del equipo de salud, para emprender acciones que mejore las intervenciones del personal de salud como oportunidad de mejorar la condición de la población. Aprovechar las bases de información que generan las instituciones para proponer un plan de intervención y que el personal de Salud incluido Enfermería participen en modificar las condiciones del binomio.

- ✓ Toda mujer embarazada deberá atender toda infección del tracto urogenital, puerperal, o cualquier otro tipo de infección que ponga en peligro la seguridad del embarazo, con la recomendación de acudir al médico y cumplir el tratamiento completo.

- ✓ El cumplimiento cabal del Control Prenatal cuyo objetivo es la prevención y control del embarazo para evitar las complicaciones o muerte materna.



BIBLIOGRAFÍA.

1. UAM Xochimilco, Mex.2004. M.Catañedead, et al, "La Mortalidad Materna en México", Cuatro visiones críticas
2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
3. <http://www.who.int/bulletin/volumes/89/11/11-097220/es/>
4. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/
5. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/maternal_mortality_20100915/es/
6. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8514%3Apaho-praises-innovative-maternity-care-model-in-mexico-state&catid=740%3Anews-press-releases&itemid=1926&lang=es
7. <http://www.omm.org.mx/index.php/numeralia/176.html>
8. <http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/33-2013.pdf>
9. http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/especiales/revista-inter/revista_5/RDE_05_3m.html
10. Manual de maniobras y procedimientos en obstetricia.
Dr. Carlos Armando Félix Báez.
Ed. Mc Graw Hill.
11. Urgencias en Obstetricia.
Rodrigo Cifuentes Borrero, MD, PhD.
Ed. GIGyO Grupo Internacional de Ginecología y Obstetricia.
12. Cuidados Intensivos en Obstetricia.
Michael R. Foley y Thoms H. Strong
Ed. Panamericana



- 13 Manual de Ginecología y Obstetricia.
Stanley G. Clayton y John R. Newtor.
Ed. Manual Moderno.
- 14 Williams Obstetricia.
F. Gary Cunningham. MD, Kenneth J. Leveno. MD, Steven L. Blomm. MD
Ed. 23^a edición Mc Graw Hill
Ecografía en Obstetricia y Ginecología.
Peter W. Callen, MD
Ed. 4ta Panamericana.
Búsqueda Intencionada y reclasificación de muertes maternas en México.
- 15 Informe 2011
Secretaria de Salud.

Estrategia Integral para acelerar la reducción de Mortalidad Materna en
16 México.
Centro Nacional de Equidad de Genero y Salud Reproductiva.
Gobierno Federal-Secretaria de Salud
http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integ
17 [racion/especiales/revist-inter/revista_5/RDE_05_3z.html](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integ)