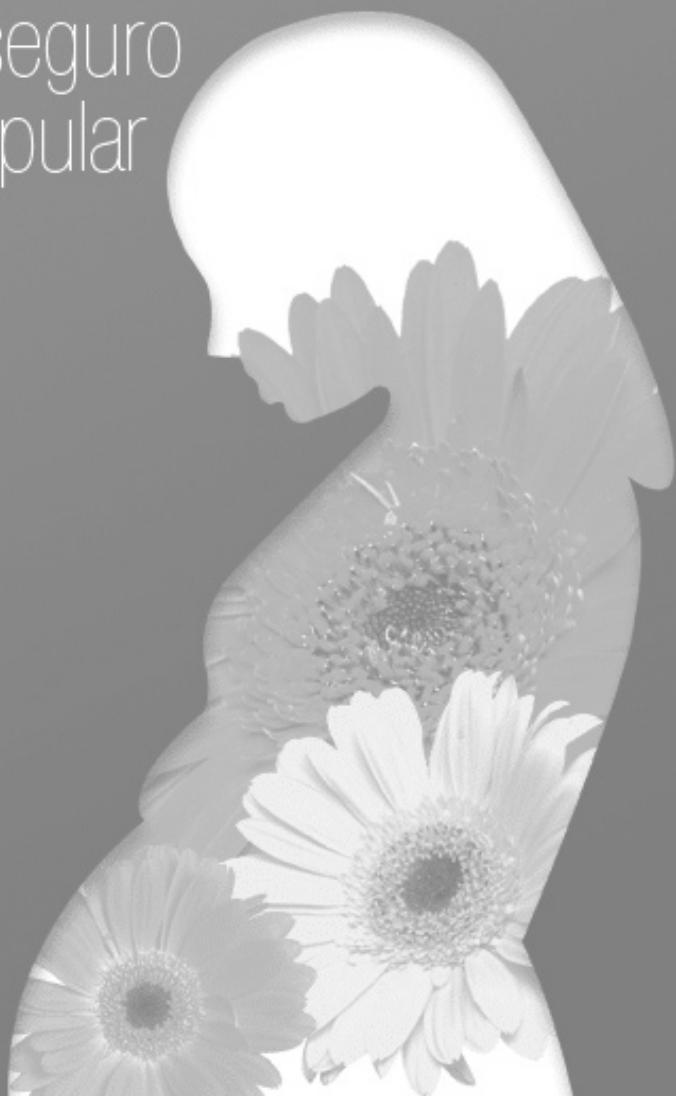


Muerte Materna

y seguro
popular



MUERTE MATERNA y seguro popular

Daniela Díaz Echeverría, coordinadora.
Martha Aída Castañeda Pérez,
David M. Meléndez Navarro,
Sergio Meneses Navarro, autores.
Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A. C.

Esta publicación refleja los hallazgos de investigaciones realizadas a lo largo de 2006 en Chiapas, Guerrero y Oaxaca, con respecto al diseño, la asignación de recursos y la instrumentación del Sistema de Protección Social en Salud en la perspectiva de la atención en salud materna y la mortalidad materna.

Las actividades del proyecto y la publicación contaron con el apoyo de la Fundación John D. and Catherine T. MacArthur.

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

© 2007 Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C.
Popotla 96-5. Col. Tizapán San Ángel. C.P. 01090, México D.F.

ISBN:

Impreso en México.

Fundar, Centro de Análisis e Investigación, es una asociación civil plural, independiente, sin afiliación partidista y horizontal que busca avanzar hacia la democracia sustantiva. Fundar se dedica a la incidencia y monitoreo de políticas e instituciones públicas por medio de la investigación aplicada, la reflexión crítica y propositiva, la experimentación y la vinculación con actores civiles, sociales y gubernamentales.

El trabajo de Fundar parte de una concepción integral de los derechos humanos, del reconocimiento explícito de la necesidad de incorporar y promover la perspectiva de género, la participación ciudadana, la justicia social y la protección del medio ambiente. Estos principios se complementan con un esfuerzo por encontrar soluciones creativas a los problemas que el país enfrenta y formular propuestas caracterizadas por el rigor en la investigación y la interdisciplinariedad.

Fundar se creó en enero de 1999 por un grupo de personas con trayectorias en diferentes disciplinas, con el objetivo de desarrollar mecanismos para la participación ciudadana, identificar modelos de acción que hayan tenido éxito en otros países y experimentar con nuevos modelos que puedan contribuir a resolver problemas sociales específicos.

Actualmente, Fundar trabaja a partir de cuatro grandes programas:

- Transparencia, presupuestos y políticas públicas,
- Instituciones de derechos humanos y seguridad ciudadana,
- Monitoreo y vínculo con el Poder Legislativo y
- Fortalecimiento de capacidades ciudadanas

www.fundar.org.mx

Presentación	
<i>Daniela Díaz Echeverría</i>	7
¿Acceso universal a la atención obstétrica? El Seguro Popular de Salud frente al reto de la muerte materna en Los Altos de Chiapas	
<i>Sergio Meneses Navarro</i>	13
La muerte materna en Guerrero al margen de la respuesta gubernamental. El desafío para el Seguro Popular	
<i>David M. Meléndez Navarro</i>	65
El Seguro Popular en la atención materna en Oaxaca: los pendientes del sexenio	
<i>Martha Aída Castañeda Pérez</i>	105

Presentación

La mortalidad materna en México, tal y cual se ha documentado ampliamente desde distintos sectores, es uno de los grandes pendientes en salud. Por lo cual el cumplimiento de diversos compromisos internacionales y nacionales se vislumbran difíciles de lograr, como fue el caso de las metas fijadas en el programa del sexenio 2000-2006 Arranque Parejo en la Vida. De igual forma en los últimos años, se ha dado cuenta de la suma tardanza en el avance para lograr el objetivo de la Meta del Milenio de reducción de la mortalidad materna al año 2015.¹

Estos atrasos lo que realmente significan es el fallecimiento de mujeres pobres, por causas que con una oportuna y resolutive atención en salud son evitables. Es sólo desde esta perspectiva que se entiende que la muerte materna se sustenta en un profundo problema de injusticia social.

Ciertamente la muerte de una mujer por causas asociadas al embarazo, al parto o al puerperio es multifactorial, de hecho dos de los macro agentes son el género y la pobreza. Pareciera que esta última variable rebasa las posibilidades de acciones inmediatas para abatirla.

Sin embargo, diversas investigaciones y experiencias de trabajo en campo demuestran que es factible tanto identificar claramente las dificultades o vacíos estructurales, como las debilidades y deficiencias de la atención en salud hacia las mujeres durante el proceso de la maternidad y el aborto.

Al mismo tiempo estas tienen como fin poner a disposición de los tomadores de decisión en la política pública, y de las propias comunidades afectadas, insumos primordiales para delinear y aplicar estrategias específicas –de tipo multisectoriales– para mejorar la atención de la salud materna y reducir la mortalidad materna.

El presente documento es una muestra fehaciente de tal posibilidad, con las tres investigaciones de campo desarrolladas por Sergio Meneses en Chiapas, David Meléndez en Guerrero y Martha Aída Castañeda en Oaxaca. Entidades federativas con una importante población indígena, con históricos rezagos en sus situaciones de salud, con servicios de salud para población abierta de alta

¹ En la Cumbre del Milenio, organizada por las Naciones Unidas entre el 6 y el 8 de septiembre de 2000, se determinó como meta al 2015 reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes en relación al año 1990. Información disponible en <http://millenniumindicators.un.org/unsd/mdg/Home.aspx>. Los informes de avance de México están disponibles en: <http://www.objetivosdelmilenio.org.mx/>



precariedad y con aportaciones federales y estatales de gasto en salud que no han logrado revertir tales realidades. Igualmente año tras año, ubicados entre los estados con mayor razón de fallecimientos vinculados a la maternidad.

Durante el año 2006 en dichos estados se efectuó una exploración al Sistema de Protección Social en Salud y a su brazo operativo el Seguro Popular en la perspectiva de la mortalidad materna. Particularmente respondiendo a la pregunta de que si la incorporación del Seguro Popular está constituyendo un cambio significativo y positivo en la atención de la salud de la mujer por eventos obstétricos.

Para responder a esta interrogante se consideraron variantes como el porcentaje y número de población afiliada en relación al total de población abierta, revisando el ritmo de incorporación y las condiciones de marginalidad de los afiliados y municipios. Asimismo se analizó el peso del gasto del Seguro Popular en el gasto total en salud para cada estado y si se registró una mejora en la infraestructura, y en lo pertinente el personal de salud dependiente de las secretarías de salud estatales.

También se abordaron aspectos específicos en torno a la salud materna: atención las 24 horas durante los 365 días del año, aumento o incorporación de personal hablante de lengua indígena, disposición de medicamentos y soluciones, de medios de transporte para mujeres en situaciones de urgencias obstétricas, y gratuidad en la atención de las mismas. En suma el fortalecimiento de una red de servicios para la atención primordialmente de los partos, puerperios y abortos urgentes, implicando el mejoramiento en la atención de la salud materna y en la capacidad resolutive de las emergencias obstétricas y en consecuencia de la capacidad efectiva de disminuir la mortalidad materna.

Un primer marco base empleado en las investigaciones son las disposiciones establecidas en la Ley General de Salud, en relación a: la preferencia de iniciar el registro en el sistema en los dos primeros deciles de la población; el mejoramiento de servicios de salud y protección en salud materna, y el fortalecimiento de la infraestructura y de los recursos humanos en salud.

Es decir, avanzar en la universalidad de la real utilización del derecho a la salud y gratuidad en la atención para los dos primeros deciles de la población asegurada, con surtimiento de cien por ciento de fármacos e insumos médicos. Estos elementos se presentan como herramientas para romper con la inequidad y desigualdad en los servicios de salud de la población abierta, a través de la



puesta en marcha de una arquitectura financiera con un mecanismo creado para tal fin: el Seguro Popular.

Un segundo parámetro son los reglamentos, componentes conceptuales, financieros y operativos, y acuerdos de coordinación del Sistema de Protección Social en Salud.

Un tercer marco es Arranque Parejo en la Vida (APV), estrategia planteada –en el sexenio foxista– para enfrentar la muerte materna.

En el APV se fijaron una serie de acciones en la atención en salud materna (de contacto en los servicios con la mujer) y se propuso un diseño de red de servicios en salud con el objetivo de reducir la mortalidad materna. Este esfuerzo conllevaba fortalecer en la práctica el cumplimiento de las normas y lineamientos fijados para la atención del embarazo, parto y puerperio, y colateralmente el aborto.

Excepto de concretamente lo documentado en la región de Los Altos, en el estado de Chiapas, los tres estudios concuerdan en sus conclusiones:

El proceso de afiliación del Seguro Popular no se ha concentrado en los dos primeros deciles de la población y por tanto los municipios y las zonas de alta o muy alta marginalidad. Situación que rompe con el planteamiento fincado en la Ley General de Salud, de que el Seguro Popular es para avanzar en la igualdad en el efectivo acceso a la salud.

Con base en lo verificado en los mismos trabajos de campo, a las personas pertenecientes a los dos primeros deciles –aunque no tengan ingresos– se les cobran cuotas de recuperación. Si estas personas y los establecimientos de salud, a los cuales llegan a acudir, tampoco disponen de los recursos comprendidos por el Seguro Popular, resulta que las condiciones de rezago en salud para estos grupos o se sostienen o empeoran, pues se profundiza su marginalidad.

Un hecho sumamente preocupante es la constatación del cobro de la atención de urgencias obstétricas a mujeres pobres, aun cuando estén inscritas en el Seguro Popular.

De la misma manera, la afiliación en Chiapas, Guerrero y Oaxaca ha sido sumamente lenta y poco significativa para sus apremiantes necesidades en salud.



En los tres estados del sureste mexicano, se mantiene un problema sustancial: la opacidad en la información del gasto público en salud. Es escasa la información publicada del presupuesto en salud, además son enormes las dificultades para acceder a ésta, un ejemplo claro son las deficiencias en las leyes estatales de acceso a la información pública, que en la práctica o son inoperantes o aun no son aplicables, como es el caso de Oaxaca.

Este contexto de opacidad es reforzado por las estructuras del Presupuesto de Egresos de la Federación y del Sistema de Protección Social en Salud y por los mecanismos de rendición de cuentas al interior del propio poder ejecutivo, hacia el poder legislativo federal y estatal, y hacia la sociedad en su conjunto. Ambos aspectos amparan la falta de transparencia en el uso del gasto público canalizado a través del Seguro Popular a las entidades federativas y los diversos recursos a los cuales finalmente se destina.

Todo este panorama es el corolario de implementar una reforma en el financiamiento en salud para población abierta, que descuida o simplemente no crea un puente de rectoría efectiva que contenga estrategias y acciones impostergables para atender un problema social en salud como es la mortalidad materna.

Por ello es prioritario e inaplazable que en el Presupuesto de Egresos de la Federación y en el Sistema de Protección Social en Salud se explicita de modo absolutamente claro en el ámbito federal y por cada entidad federativa, la atención en salud materna y la mortalidad materna.

Daniela Francisca Díaz Echeverría
Coordinadora



¿Acceso universal a la atención obstétrica? El Seguro Popular de Salud frente al reto de la muerte materna en Los Altos de Chiapas

Sergio Meneses Navarro¹

Chiapas

¹ Agradecemos la buena disposición de las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria II del Instituto de Salud de Chiapas –encabezada por el Dr. Roberto Robles–, a los médicos, enfermeras, técnicos, personal administrativo y de mantenimiento; la colaboración de Sebastiana Pale y Petrona Guzmán en el desarrollo de diferentes fases del trabajo de campo; a Marisol Vega, por su apoyo en la sistematización y elaboración de algunos cuadros; los comentarios de Martha Castañeda, Daniela Díaz y David Meléndez. Todos ellos, de una forma u otra, contribuyeron al logro de este trabajo.



1. Introducción

Cada año ocurren medio millón de defunciones maternas en el mundo y más de mil en nuestro país. No obstante, la mayor parte de estas muertes pueden evitarse bajo los estándares técnicos actuales (WHO, 2000; Fortney, 2001; AMDD, 2003). La alta prevalencia de muertes maternas en una nación es la expresión fatal de profundas injusticias sociales, económicas, étnicas y de género. Al mismo tiempo, su presencia cuestiona la equidad y calidad de un sistema de salud, denuncia sus insuficiencias. La mortalidad materna es, pues, un indicador fundamental del desarrollo social y sanitario de un país (OMS, 2005; SSA, 2006: 138).

Para reducir la muerte materna se debe asegurar que todas las mujeres que presenten una complicación obstétrica reciban tratamiento adecuado y oportuno. Un requisito indispensable es que se encuentren disponibles los recursos y la red de servicios para la atención obstétrica de emergencia (Fortney, 2001; AMDD, 2003), y sean plenamente accesibles para todas las mujeres, en cualquier momento. Además, las propias mujeres, sus familias y comunidades deben contar con la información y conocimientos que les permitan reconocer las complicaciones y actuar en consecuencia sin dilación. Por supuesto, también es necesario disponer de un medio de transporte accesible que garantice el traslado de la mujer al lugar de atención. En resumen, se deben abatir los obstáculos para la accesibilidad en todas sus dimensiones y garantizar que cualquier mujer –sin distinción de ninguna índole– tenga las mismas oportunidades de recibir atención obstétrica de emergencia oportuna y de calidad (WHO, 2000; AMDD, 2003; OMS, 2005; Borghi, et. al., 2006). Es tarea de las sociedades y sus gobiernos desarrollar sistemas de salud que garanticen el acceso a la atención materna.

Sin embargo, todavía hoy la mitad de la población de México –entre ellos los sectores más pobres y con mayores rezagos– carece de acceso efectivo a los servicios de salud –incluyendo los de atención obstétrica–, pues se encuentra excluida de un sistema de protección social en la materia.² Este injusto escenario es contradictorio con la meta de reducir la muerte materna. Con el propósito de garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, el Congreso de la Unión acordó una reforma a la *Ley General de Salud* –en

² La atención a la salud de esta población ha dependido de esquemas conceptualizados como “de asistencia social” –en contraposición a la población “derechohabiente” afiliada a la seguridad social- y del pago directo por los servicios, generalmente en forma de gasto de bolsillo. Cada año más de tres millones de estas familias sin seguridad social, principalmente de entre las más pobres del país, incurrir en gastos excesivos asociados a la atención de la salud (Pérez, 2005; Knaul, 2005).



abril de 2003– para establecer el *Sistema de Protección Social en Salud* (en adelante SPSS) y su instrumento operativo, el *Seguro Popular* (en adelante SP). Su objetivo es proporcionar una alternativa de protección social en la materia mediante un esquema de aseguramiento, para aquellos sectores de la población que no cuentan con acceso a la seguridad social y, de este modo, instituir “un sistema universal de salud” como señaló el lema del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*³ (DOF, 15/05/2003; SSA, 2001; 2004b; Frenk, et. al., 2006: 1524-1534).

Implícitamente el *Seguro Popular* pretende garantizar el acceso a la atención materna para todas las mujeres. Su catálogo de servicios incluye 20 intervenciones de atención materno-infantil,⁴ entre las que se incluye la atención de las principales complicaciones obstétricas.

El propósito del presente documento es analizar los alcances y limitaciones del *Seguro Popular* respecto a la garantía de la accesibilidad a la atención obstétrica para todas las mujeres de Los Altos de Chiapas, a tres años de su puesta en marcha. Intentaremos responder las siguientes preguntas: ¿cuál es la cobertura del *Seguro Popular* en Chiapas y la región de Los Altos?, ¿ha contribuido a mejorar la red de servicios y la disponibilidad de recursos para la atención materna?, ¿ha ayudado a abatir las barreras para la accesibilidad a los servicios de atención materna para las mujeres indígenas de la región?, ¿ha favorecido el aumento en la utilización de servicios obstétricos?

Éste escrito comienza una serie de artículos que discutirán la evolución del *Seguro Popular* y sus implicaciones respecto a la muerte materna en Los Altos de Chiapas, durante los próximos años. Por tratarse de un primer acercamiento al SP en la región, el texto presenta un amplio cuadro descriptivo de los tres primeros años de operación del mismo.

3 La reforma a la Ley General construye una nueva arquitectura financiera del sistema de salud a partir del esquema de aseguramiento propuesto para el SPSS. Éste esquema financiero incluye participación federal, estatal y de las propias familias afiliadas, de acuerdo a su capacidad de pago. Además, el SP define los contenidos de un catálogo explícito de servicios que a la fecha suman 249 intervenciones. Así, se pretende brindar un financiamiento federal semejante entre los derechohabientes de la seguridad social y los afiliados al SP, garantizar la protección de la salud y el acceso a los servicios respectivos a todos los mexicanos (para una explicación detallada del SPSS véase DOF, mayo 15 de 2003; SSA, 2004b; Gómez, 2005; Nigenda, 2005; Frenk, et. al., 2006:1524-1534).

4 Son las siguientes: 1) examen y prueba del embarazo; 2) atención del embarazo normal (atención prenatal); 3) atención del parto normal; 4) atención del puerperio normal; 5) atención del recién nacido normal; 6) atención del parto por cesárea y del puerperio quirúrgico; 7) estimulación temprana del recién nacido normal y del prematuro; 8) diagnóstico y tratamiento de eclampsia; 9) diagnóstico y tratamiento de pre-eclampsia; 10) diagnóstico y tratamiento de pre-eclampsia severa; 11) hemorragia obstétrica puerperal; 12) hemorragia por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinsera; 13) ruptura uterina; 14) enfermedad trofoblástica; 15) embarazo ectópico; 16) endometritis puerperal; 17) infección superficial de episiorrafia o herida quirúrgica obstétrica; 18) pelviperitonitis; 19) choque séptico puerperal; 20) ictericia neonatal. Además, incluye el diagnóstico y tratamiento del aborto incompleto y sus complicaciones (intervención 171) (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2006).



La discusión se sustenta principalmente en los informes de la *Secretaría de Salud* y del *Sistema de Protección Social* (SSA, 2002a; 2003; 2004a; 2005a; 2006a; 2006b, 2006c), el 5° *Informe de Gobierno* y la *Cuenta de la Hacienda Pública Estatal* de Chiapas (Gobierno de Chiapas, 2006a y 2006b), y de los resultados de un cuestionario aplicado en las clínicas del *Instituto de Salud* asentadas en las cabeceras municipales de la región Altos, durante 2004⁵ –antes del *Seguro Popular*– y en 2006 –después de su puesta en marcha.⁶

La intención de dicho cuestionario fue indagar sobre el estado de la infraestructura, las condiciones de accesibilidad y la disponibilidad de los recursos para la atención obstétrica normados por *Arranque Parejo en la Vida* –el programa federal para disminuir la muerte materna–, e incluidas desde el año 2006 entre los beneficios del *Seguro Popular* (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2006).

Primero se exponen breves antecedentes epidemiológicos de la muerte materna y las respectivas respuestas del sistema de salud en Chiapas y la región de Los Altos; posteriormente se comenta el desarrollo de la cobertura y el gasto del *SP* y su impacto sobre la red de servicios, la disponibilidad de recursos, la accesibilidad y la utilización de servicios obstétricos; finalmente se presentan algunas conclusiones respecto a los alcances y limitaciones del *Seguro Popular* frente al reto de la muerte materna en Los Altos de Chiapas.

⁵ Los resultados correspondientes al año 2004 fueron publicados en *Maternidad Peligrosa* (Freyermuth, et. al., 2004). Aquí se presentan algunos resultados comparativos de 2004 y 2006.

⁶ Doce de los 18 municipios de Los Altos tienen unidades de salud del ISECH en su cabecera, son: Aldama, Chanal, Chamula, Chenalhó, Larrainzar, Las Rosas, Mitontic, Oxchuc, Pantelhó, San Cristóbal de Las Casas, Tenejapa y Teopisca. En 2006 no aplicamos el cuestionario en Chanal, pues no hubo quien respondiera nuestra encuesta. Sin embargo, en 2004 y 2006 aplicamos el cuestionario en la unidad de Yabteclum, que aunque no se ubica en cabecera municipal es una unidad relevante –pues supuestamente cuenta con espacio de hospitalización y servicios complementarios como odontología, radiología, laboratorio y quirófano. El presente documento incluye los datos comparativos de las clínicas del Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH) (excepto Chanal) y la información correspondiente a la unidad de Yabteclum. En total se comparan doce centros de salud para 2004 y 2006.



2. Antecedentes

2.1. Muerte materna en el estado de Chiapas y la región de Los Altos

México se ha comprometido a reducir la mortalidad materna en 75% entre 1990 y 2015 (Gobierno de la República, 2005). No obstante, a diez años de concluir dicho plazo el avance del país en la disminución de las defunciones maternas es limitado. Apenas se ha obtenido una reducción menor a 29% desde 1990. A pesar de que la *Secretaría de Salud* señala que “gracias a las diferentes acciones implementadas entre 2001 y 2005, la razón de mortalidad materna se redujo en este periodo 10.5%” (SSA, 2006: 132), las mismas cifras oficiales demuestran que desde hace cuatro años nos encontramos en una etapa de estancamiento, sin disminuir siquiera medio punto de la razón respectiva (cuadro 1; gráfica 1).

La muerte materna en México tiene rostro indígena. Las estadísticas oficiales señalan que las mujeres originarias presentan un riesgo tres veces más alto de morir por causas relacionadas a la maternidad en comparación con sus pares no indígenas (SSA, 2001: 38; Meneses, 2006; Freyermuth, 2006a).⁷ No es casual que los estados con una alta concentración de población indígena –Chiapas, Oaxaca, Guerrero– son los que registran los peores indicadores de desarrollo, los más graves rezagos y las más altas tasas de muerte materna. Sin embargo, en los últimos años la *Secretaría de Salud* ha enfatizado el carácter urbano de la mortalidad materna, tomando en cuenta para ello el número absoluto de muertes y no las relativas. Lo anterior tiene implicaciones importantes respecto a las estrategias para la resolución del problema, la definición de las regiones de alta prioridad y la respectiva asignación de recursos. Una estrategia que ponga mayor énfasis en disminuir la mortalidad materna en las grandes ciudades puede ser menos costosa, pero prolongará el rezago en las regiones indígenas del país.

En los últimos años Chiapas ha disputado los primeros lugares de muerte materna, y si bien para 2005 se registra un descenso importante de la misma (de 14% en relación a 2004), todavía ocurren 25 decesos maternos más en Chiapas, en comparación al promedio anual nacional (cuadros 1 y 2; gráfica 1).

⁷ Los informes anuales Salud, México de la Secretaría de Salud hacen un seguimiento de la muerte materna por los estados de la República. Sin embargo, la pertenencia étnica no se registra sistemáticamente al reportar la muerte materna, por esta razón resulta complicado hacer una comparación cabal de las razones de muerte entre mujeres indígenas y no indígenas a partir de la información disponible. Por otro lado, los problemas de subregistro de defunciones se agudizan en el contexto rural e indígena (véase Freyermuth, 2003; 2006).

La región de Los Altos⁸ muestra uno de los escenarios más desfavorables del estado y del país respecto a la muerte materna (Freyermuth, 2003). Para el año 2005, ésta región concentró 16% de las defunciones maternas del estado (cuadro 3). En 2004 la principal causa de estos decesos fue la hemorragia obstétrica –causando 70% de las defunciones–, seguida de las infecciones puerperales y las complicaciones hipertensivas del embarazo (ISECH, 2004).

El peso de la hemorragia obstétrica como causa de muerte en Los Altos es dos veces superior al estatal (cuadro 4). Éste es un hecho dramático: siete de cada diez mujeres alteñas que fallecen durante la maternidad es por causa de la pérdida sanguínea durante el embarazo, parto o puerperio. Muertes que pudieron evitarse con atención médica oportuna y correcta, pues existen intervenciones mecánicas y farmacológica sencillas para detener las hemorragias obstétricas, y manejo de líquidos y expansores de plasma⁹ para reponer las pérdidas sanguíneas (SSA 2002d).

Entre la población afiliada y no afiliada a la seguridad social en Chiapas existen profundas inequidades en salud. La población sin seguridad social del estado ha registrado hasta quince veces más muertes maternas hospitalarias en comparación con la población derechohabiente (cuadro 5). Esto puede explicarse, por un lado, debido a que la mayoría de las mujeres en edad reproductiva del estado no son derechohabientes de la seguridad social (cuadro 6) y, por otro, a que quienes sí cuentan con seguridad social tienen mayores posibilidades de recibir atención obstétrica adecuada y oportuna, en comparación a sus pares no-derechohabientes. La calidad diferencial de estos dos servicios de salud puede estar determinada por las inequidades en la distribución de recursos económicos entre los afiliados y no afiliados a la seguridad social (el presupuesto *per cápita* para los afiliados a la seguridad social es casi cuatro veces superior al de los no afiliados, si bien la brecha se ha reducido en los últimos años). La mayor cuantía de muertes entre las mujeres que carecen de seguridad social también puede explicarse –parcialmente– por barreras en la accesibilidad a los servicios, que se traducen en retardar la decisión de acudir a un servicio de urgencias, en llegar al mismo o en recibir la atención.

⁸ Los Altos se ubican sobre un área de 4,734 km² en la región montañosa central del estado de Chiapas. Está conformada por 18 municipios predominantemente indígenas, clasificados como de alta y muy alta marginación (Aldama, Altamirano, Amatenango del Valle, Chalchihuitán, Chanal, Chamula, Chenalhó, Huixtan, Larrainzar, Las Rosas, Mitontic, Oxchuc, Pantelhó, San Cristóbal de Las Casas, Santiago el Pinar, Tenejapa, Teopisca y Zinacantán). Cuenta con 560 mil habitantes y más de 60% de ellos son hablantes de alguna lengua indígena (tsotsil o tzeltal).

⁹ Los expansores de plasma, también llamadas soluciones coloides o coloides, aumentan el volumen intravasculares por períodos más prolongados que las soluciones cristaloides (como la fisiológica o de Hartmann). Estos sustitutos de plasma se encuentran indicados en hipovolemia secundaria a shock, principalmente de origen hemorrágico.

En ocasiones, la demora en la toma de decisión se debe a que los familiares de la mujer no identifican las señales de la urgencia obstétrica o a que no tienen contacto con los servicios de salud y, por lo tanto, desconocen la manera de acceder a la atención de manera oportuna (Freyermuth, 2006b); otras veces, los servicios de salud son geográfica o económicamente inaccesibles o se acude a unidades que carecen de capacidad resolutive –ya sea porque los recursos mínimos necesarios no se encuentran disponibles o el personal médico no cuenta con el adiestramiento para resolver éstas complicaciones (Freyermuth, et. al, 2004b). Además, algunas mujeres indígenas prefieren formas tradicionales de atención, sea por su propia cosmovisión o porque anteriormente han soportado tratos discriminatorios y racistas en los servicios públicos de salud (Freyermuth, 2003; Meneses, 2005a). Todo lo anterior ha inhibido el acceso oportuno a la atención obstétrica de emergencia.

Las desfavorables condiciones que se reconocen en Los Altos de Chiapas, han dado lugar a que ésta región sea prioritaria para las intervenciones por una maternidad segura.

2.2. Intervenciones para abatir la muerte materna en Chiapas y Los Altos

Durante los últimos años se han puesto en marcha tres programas en Los Altos de Chiapas, que incluyen el propósito de disminuir la mortalidad materna: el *Programa de Educación, Salud y Alimentación PROGRESA* –hoy *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*–, *Arranque Parejo en la Vida (APV)* y *Vida Mejor para las mujeres, niñas y niños de Chiapas*.

PROGRESA-Oportunidades inició su operación en Chiapas en 1998. Se trata de una intervención federal cuyo objetivo es mejorar las condiciones de educación, salud y alimentación de las familias en situación de pobreza extrema. Entre el paquete de beneficios para las familias afiliadas se cuenta la atención materna y las pláticas de educación para la salud que, entre otros, abordan temas relacionados a la maternidad. Adicionalmente este programa ha estado encaminado a reforzar la oferta y la accesibilidad a los servicios de salud y educación.¹⁰

PROGRESA-Oportunidades tiene presencia en 117 de los 118 municipios del estado, con una cobertura de 541,030 familias –al cierre del primer semestre de 2006– (Sedesol, 2006b: 18). En el marco del programa se brindaron casi

¹⁰ Las acciones de *PROGRESA-Oportunidades* incluyen también la entrega de apoyos monetarios directos.

1 millón 200 mil consultas generales durante 2005; 51 mil 818 correspondieron a mujeres embarazadas (Gobierno de Chiapas, 2006a: 173).

Se han realizado diversas evaluaciones sobre el impacto del programa. Sus principales resultados señalan que *PROGRESA-Oportunidades* ha contribuido a incrementar la utilización de servicios de salud en zonas rurales¹¹ y, más aún, que “para 2003, *Oportunidades* redujo 11% la razón de mortalidad materna y 2% la tasa de mortalidad infantil” (Sedesol, 2006a: 60). Las conclusiones de estas evaluaciones no discuten algunos aspectos importantes. Por un lado, *PROGRESA-Oportunidades* es un programa que condiciona el apoyo económico (de las becas escolares) a la asistencia a los servicios de salud; esta “coerción” es un mecanismo mediante el cual se ha incrementado la utilización de los servicios de salud en las zonas rurales. Por otro lado, si bien es cierto que la razón de muerte materna disminuyó 11% entre 2000 y 2003, atribuir tal reducción a la intervención de *Oportunidades* es una afirmación que genera interrogantes: si el programa ha estado presente desde 1998, ¿por qué entre los años 2002 y 2005 se registra una reducción de muerte materna de apenas medio punto porcentual?; ¿qué significa éste estancamiento en la disminución de la mortalidad materna respecto al impacto de las intervenciones de *PROGRESA-Oportunidades*? Además, es importante resaltar que las evaluaciones de *Oportunidades* solamente reconocen el incremento de las consultas prenatales, sin indagar si las mujeres o las familias son capaces de acudir en los momentos en los que se presenta una urgencia obstétrica.

Arranque Parejo en la Vida (APV) es una estrategia federal. En Chiapas se puso en marcha en el año 2002, primero en la región fronteriza-selva y, posteriormente, en Los Altos. APV tiene entre sus objetivos brindar acceso universal a los servicios de atención materna a todas las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, y de este modo disminuir la muerte materna (SSA, 2002b: 33). El programa se basa en un enfoque de riesgo obstétrico que pretende calificar la mayor o menor probabilidad que tienen las mujeres embarazadas de presentar alguna complicación, de acuerdo a sus antecedentes obstétricos y condiciones físicas. APV tiene como metas para el año 2006 alcanzar cinco consultas de control prenatal en 90% de las mujeres embarazadas, brindar atención profesional en 90% de los partos y disminuir en 35% la tasa de muerte materna en relación al año 2000. APV también ha puesto énfasis en la necesidad de fortalecer una red de servicios para la atención materna,

11 “De 1997 a 2002, en zonas rurales hubo incrementos atribuibles a *Progres-a-Oportunidades* de 57%, 45% y 19% en las consultas totales, las consultas de nutrición para niños menores de 5 años y las consultas de planificación familiar, respectivamente, además de que se incrementó la utilización de servicios de salud preventivos de las familias beneficiarias en zonas rurales en 35% y en zonas urbanas en 17%” (Sedesol, 2006a: 60).

incluyendo una red de apoyo social que incluye transporte y albergue para la mujer y sus acompañantes (SSA, 2002). APV ha quedado lejos de alcanzar sus metas numéricas y de establecer completamente las redes de servicio en Los Altos de Chiapas: baste con señalar que no ha conseguido atender más de 10% de los partos en la región (ISECH, 2002, citado en Freyermuth, et. al. 2004b: 126) ni establecer cabalmente la infraestructura señalada en su red de servicios –particularmente los de apoyo social (Freyermuth, 2004b; Arguello, 2004)–, ni disminuir la muerte materna, por el contrario, en el estado, ésta ha aumentado 23% desde el año 2000 (cuadro 1). Los límites de dicha estrategia se debieron a que los recursos que se le asignaron no fueron destinados a mejorar la infraestructura de las clínicas que atendían a las poblaciones más apartadas; por el contrario, se fortalecieron nuevamente las áreas urbanas y las unidades que contaban ya con más y mejor infraestructura (cfr. Freyermuth, 2004).

Vida Mejor para las mujeres, niñas y niños de Chiapas es un programa del gobierno del estado. Se puso en marcha en mayo de 2003 en la región fronteriza de Comitán, Las Margaritas y La Trinitaria. *Vida Mejor* proyectaba extenderse a 2500 localidades en 270 microregiones del estado; sin embargo, para el año 2005 se focalizó la atención en 154 localidades de 63 municipios para cubrir una población de 103 mil 487 personas. El programa tiene el propósito de mejorar las condiciones de vida de las mujeres, las niñas y los niños mediante acciones integrales de salud, educación, agua, vivienda y promoción de la sustentabilidad alimenticia. *Vida Mejor* incluye acciones que fomentan la participación y corresponsabilidad comunitaria, establece mecanismos de colaboración interinstitucional para un sistema de vigilancia de riesgos reproductivos, y para la identificación y seguimiento continuo de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Instaura, además, un fondo comunitario de 5 mil pesos destinados al apoyo económico de las familias que lo requieran por motivos de salud, particularmente en caso de urgencias obstétricas. De este modo, *Vida Mejor* pretende contribuir a abatir las barreras financieras inmediatas para el acceso a los servicios médicos de urgencia. Éste programa también ha favorecido el equipamiento de unidades de salud y agencias municipales con sistemas de radiocomunicación con el fin de fortalecer la notificación para la atención médica inmediata de las urgencias y referencias de pacientes; en 2005 se instalaron 169 equipos de radiocomunicación en las 154 localidades (Gobierno de Chiapas, 2006a: 174). Asimismo, *Vida Mejor* ha contribuido al fortalecimiento institucional del sector salud mediante la contratación de personal y el abastecimiento de medicamentos y equipo; para 2005 éste programa contrató a 31 médicos generales, 154 técnicas de salud

y 31 nutriólogas (Íbid.: 174). Con todo, *Vida Mejor* ha tenido dos problemas importantes: alcanzar una cobertura acorde con las necesidades regionales y la competencia que tiene frente al programa *Oportunidades* –en el cual las mujeres reciben apoyos monetarios individuales directos, a diferencia de VM en el que las familias deben poner trabajo y dinero para obtener el apoyo alimentario.

Por otro lado, vale la pena señalar que a decir del propio gobierno del estado de Chiapas, éste ha sido el primero del país en elaborar Planes Municipales de Salud en coordinación con todos los presidentes municipales. Las autoridades de salud mencionan que las acciones por una maternidad segura se han encontrado entre los objetivos primordiales de éstos documentos (Op. cit.: 172).

Hasta aquí podemos reconocer que el esfuerzo de los gobiernos tanto estatal como federal se ha dirigido a ampliar la cobertura del sector salud, promover una red de servicios con mejor infraestructura y disminuir las barreras para el acceso; de tal modo se ha pretendido fortalecer los lazos entre las mujeres y los servicios de salud, además de facilitar la referencia en caso de complicaciones obstétricas. Veamos de qué manera han cambiado las condiciones después de la puesta en marcha del *Seguro Popular*.



3. Cobertura y gasto de la seguridad social y del Seguro Popular en Chiapas y Los Altos

El *Seguro Popular* consideró la posibilidad de que en el sexenio 2001-2006 se establecieran los cimientos para disminuir las inequidades financieras y el acceso efectivo a los servicios de salud entre la población derechohabiente de la seguridad social y aquellos que no contaban con ella. El *SP* marcaría el rumbo “hacia un sistema universal de salud”.

Su cobertura empezaría por los grupos más vulnerables. Así, en el 8º artículo transitorio de la reforma a la Ley General de Salud se señala que “la cobertura de los servicios de protección social en salud iniciará dando preferencia a la población de los dos primeros deciles de ingreso en las áreas de mayor marginación, zonas rurales e indígenas” (DOF, 15/05/2003).

No obstante, a tres años de la puesta en marcha del *SP*, la extensión de la protección social poco se ha modificado.

Según datos del *Segundo Censo de Población y Vivienda* (INEGI, 2005), menos de la mitad de la población mexicana –46.9%– se encuentra afiliada a la seguridad social. En el caso de Chiapas, los datos oficiales señalan que, de hecho, hubo un retroceso durante el sexenio: hasta 2005 aún no se alcanzaba el número absoluto de personas afiliadas a la seguridad social que tuvo el estado en el año 2000 (cuadro 6). Hasta septiembre de 2006 permanecían en el estado 511, 999 familias –2,934,437 personas– sin un esquema de protección social (SSA 2006c: cuadro 3.1.).

Por otro lado, las inequidades en la asignación presupuestal entre los afiliados y no afiliados a la seguridad social son profundas. La asignación presupuestal entre población asegurada y población sin seguridad social es un mecanismo que sostiene una desigual distribución del gasto público. A la población que no se encuentra afiliada a la seguridad social –que en 2005 representaba 78.14% de los chiapanecos– se le destinó 51.63% del presupuesto autorizado en el sector, mientras que a la población afiliada a la seguridad social –que representaba 21.86% de la población– se le destinó 48.36% del presupuesto (cuadro 7). De este modo, el presupuesto *per cápita* para los afiliados a la seguridad social es casi cuatro veces superior al de los no afiliados –aunque la brecha se ha reducido en los últimos años, pues llegó a ser hasta nueve veces superior en 2002 (cuadro 8).



A pesar de lo anterior, el ingreso del *Seguro Popular* fue lento y tardío, pues no logró un porcentaje de aseguramiento siquiera similar al promedio nacional (de 33.3% de la población no derechohabiente); en 2005 menos del 6% de la población sin seguridad social en Chiapas se había afiliado al *SP* (cuadro 9); hasta septiembre de 2006, 16.2% de la población no asegurada del estado (566,647 personas o 178,397 familias) habían sido afiliadas al *SP* (cuadros 10 y 11; SSA, 2006c: cuadro 3.1.). Es decir, el avance en la cobertura de protección social en salud –sea a través de la seguridad social o del *Seguro Popular*– es de sólo 31.6% de los chiapanecos.

En los últimos años, antes del *SP*, ya se registraba un incremento gradual y sostenido del gasto en salud en el estado. En 2005, el gobierno de Chiapas destinó 8 mil 92 millones 400 mil pesos al sector, que representa 24.5% del gasto total.¹² Sólo el gasto del *Instituto de Salud* –3 mil 651 millones– constituye 11% del gasto total¹³ (Cuenta Pública, 2005: 436). Ese mismo año, el *Sistema de Protección Social en Salud* gastó más de 303 millones de pesos en el estado, principalmente en atención médica. Esto representa casi 8.3% del presupuesto del *Instituto de Salud*. El *Seguro Popular* ha tenido un incremento presupuestal de 189% en sus primeros tres años de operación (cuadro 17).

En Los Altos la cobertura del *SP* alcanzó a poco más de 10% de quienes no tenían seguridad social (cuadro 9). Se ha privilegiado a los municipios grandes, mejor comunicados y con una red de servicios más consistente: es el caso de San Cristóbal de Las Casas y Oxchuc. Por el contrario, aquellos municipios de mayor marginación, con graves rezagos de infraestructura sanitaria y con los peores indicadores de desarrollo –por ejemplo, Chalchihuitán y San Juan Cancuc– aun no han sido cubiertos por el *SP* (cuadro 12).

En los municipios donde no hay o son muy pocos los afiliados al *Seguro Popular* –Altamirano, Amatenango del Valle, Chalchihuitán, Huixtán, San Juan Cancuc, Santiago el Pinar, Zinacantán (cuadro 12)– tampoco se hallan clínicas del *Instituto de Salud*; lo que, a fin de cuentas, representa un círculo vicioso de menor infraestructura, menor cobertura, menos afiliados al *SP*, menor asignación de recursos, menor atención, etc. ¿En qué sentido contribuye este panorama a disminuir las profundas inequidades en salud? En muy poco. Para garantizar la cobertura se necesita del respaldo de infraestructura que acredite una red de servicios cierta.

¹² El gasto total ejercido por el gobierno de Chiapas en 2005 asciende a 32 mil 969 millones 640 mil 869 pesos.

¹³ Actualmente, el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) a través del Ramo 33 sigue siendo la principal fuente de financiamiento para la salud en Chiapas. Sin embargo, en los últimos años ha aumentado el monto de los ingresos propios del estado destinados a salud; en 2005 representaron 41% del financiamiento (cuadro 19).

El *Seguro Popular* ha avanzado de la mano de *Oportunidades*. Al cierre del primer semestre de 2006, Chiapas contaba con 541,030 familias beneficiarias de *Oportunidades* (Sedesol, 2006b: 18), y 18.4% de ellas ya se encontraban afiliadas al *SP* (cuadro 13). De hecho, más de la mitad de los afiliados totales al *Seguro Popular* en Chiapas son también familias beneficiarias de *Oportunidades*¹⁴ (cuadros 10 y 13). Este dato nos lleva a pensar que, por un lado, se están duplicando intervenciones y presupuestos para extender la protección en salud y, por otro, el *SP* no está ampliando su cobertura preferentemente entre aquellas poblaciones que carecen de cualquier cobijo institucional en salud. Por lo tanto no es de esperar que contribuya a disminuir la mortalidad materna en el corto plazo.

Las familias afiliadas al *SP* en Chiapas se ubican en los dos primeros grupos por decil de ingreso. El monto de las cuotas captadas en el 4° trimestre de 2005 fue de \$31,838 que corresponden al pago de 56 familias que en promedio aportaron \$568.53; durante 2006 (hasta el mes de septiembre), se captaron \$43,264 a través del pago de 88 familias, que aportaron en promedio \$491.64; el resto de los afiliados no pagan cuota alguna (cuadro 15).

Así, si bien la cobertura del *Seguro Popular* en Chiapas ha dado preferencia a la población de los dos primeros deciles de ingreso, **no han sido las áreas de mayor marginación, ni las zonas rurales e indígenas las principalmente beneficiadas, pues hasta septiembre de 2006 solamente 10% de las familias afiliadas se encuentren en localidades con 40% o más de hablantes de lengua indígena y 17% se ubican en áreas rurales** (cuadro 16).

Hasta el cierre de 2006, el *Seguro Popular* contaba con afiliados en 84 de los 118 municipios de Chiapas, distribuidos en 1,645 localidades (SSA, 2006c: cuadro 2.14.).

¿Cómo ha contribuido lo anterior a mejorar la red de servicios y la disponibilidad de recursos para la atención materna? En seguida se discute este asunto.

¹⁴ El hecho de que más de la mitad de las familias afiliadas sean beneficiarias de *Oportunidades* explica por qué la mayoría de las familias del *SP* son encabezadas por mujeres, pues son las madres de familia quienes –como una medida de discriminación positiva– se registran y sujetan al cumplimiento de los requisitos del programa *Oportunidades* y, ahora también, del *Seguro Popular* (cuadro 14).

4. La red de servicios y la disponibilidad de recursos para la atención materna en Los Altos de Chiapas

Algunos recursos para la salud se han incrementado sustancialmente en los últimos años, coincidiendo con la puesta en marcha del *Seguro Popular*. Es el caso del número de médicos; antes del *SP* se contaba con un médico por cada 2,500 a 3,300 habitantes de Chiapas; después del *SP* la relación ha cambiado a un médico por menos de dos mil habitantes (cuadro 20).

El incremento de personal médico se ha reflejado en las unidades de salud ubicadas en las cabeceras municipales de Los Altos. Entre 2004 y 2006, el número de galenos aumentó en 48% y el de enfermeras en 50%. Además, se ha incorporado la presencia de nutriólogas y trabajadoras sociales (cuadro 21). Si bien el aumento de recursos humanos se debe fundamentalmente al impulso del *SP*, no debe subestimarse la influencia de otros programas –como *Vida Mejor* y *Oportunidades*– que posiblemente también han contribuido a fortalecer la disponibilidad de personal en el primer nivel de atención.

No obstante, el incremento de recursos humanos no siempre se basa en una planeación adecuada; el caso de la unidad de salud en el municipio de Pantelhó es ilustrativo. En 2004 ésta clínica contaba con un sólo médico adscrito, quién cubría el puesto de lunes a viernes, con disponibilidad de 24 horas para la atención de urgencias; los fines de semana la unidad se encontraba desprovista de personal clínico. En 2006, con la puesta en marcha del *Seguro Popular*, se contrató a seis médicos más –para sumar un total de siete– cubriendo los diferentes turnos. Pero, en momentos coincide la presencia simultánea de tres o cuatro galenos, siendo que la unidad tiene solamente un consultorio médico. De este modo, los médicos se alternarán algunas horas cada vez para atender a sus respectivos pacientes, mientras que el resto de sus colegas aguardan, desocupados, el momento de ocupar el espacio donde realizar su labor clínica (comunicación personal durante trabajo de campo. Junio-agosto de 2004 y junio-agosto de 2006).

Otro elemento primordial en la red de servicios es contar con un vehículo para el traslado de urgencias. Coincidiendo con el inicio del *SP* el número de ambulancias en Chiapas ha aumentado. El gobierno del estado señaló como prioridad de su gestión, establecer redes de servicios de salud que incluyeran ambulancias, sistemas de radiocomunicación y ciertos mecanismos de previsión como planes de seguridad y fondos comunitarios destinados al apoyo económico de las familias que lo requieran por motivos de salud, particularmente en los casos de urgencias obstétricas. De este modo, para

2005 se contaba con cuatro veces más ambulancias de las que se tenían en el estado en el año 2000 (cuadro 23). Actualmente todas las cabeceras municipales de Los Altos cuentan con ambulancia y ocho (66%) de las doce unidades de salud de ISECH cuentan con vehículo propio. Asimismo, el personal médico de estas clínicas coincide en señalar que las ambulancias son asequibles de manera gratuita; aunque, por otro lado, frecuentemente se topan con barreras burocráticas para el acceso a las mismas, por ejemplo, el arreglo de los trámites que exige el Ayuntamiento antes de entregar el vehículo o localizar al chofer del mismo (que salió a trabajar en su milpa) o acudir con el regidor correspondiente por vales de gasolina (pues la ambulancia se encuentra con el tanque vacío). El beneficio limitado que la población obtiene de estas ambulancias se ha visto reflejado en la destrucción de una de ellas en el municipio de Chamula durante un conflicto intracomunitario. Un uso más adecuado será posible cuando la propia red de servicios de salud tenga el control de éstos vehículos.

Respecto a la infraestructura de atención a la salud, se han incorporado 56 centros de primer nivel y ocho hospitales generales a la red de servicios del *Seguro Popular*, si bien todavía falta agregar más de ochocientas unidades médicas en todo el estado (cuadro 24).¹⁵ Dentro del marco de este proceso de afiliación de centros de salud y hospitales, se ha realizado inversiones para el fortalecimiento, mantenimiento, rehabilitación y equipamiento de las unidades de la red de salud; en 2005 se invirtieron más de 27 millones de pesos en este rubro (cuadro 18).¹⁶

De este modo, a través del SPSS, durante 2005 se realizó inversión en mantenimiento y rehabilitación en los centros de salud ubicados en las de las cabeceras municipales de Los Altos (cuadro 25). Tal inversión ha dado lugar a cambios significativos: actualmente, el propio personal que ahí labora considera que las unidades de salud se encuentran en buenas condiciones

15 Para fortalecer la oferta de servicios del SPSS, la Ley General de Salud ha señalado dos mecanismos: la acreditación y la certificación de unidades de atención médica. Ambos tienen el objetivo de evaluar la capacidad de las unidades para prestar servicios médicos (la diferencia es que la acreditación evalúa la capacidad para brindar los servicios cubiertos por el SPSS, mientras que la certificación evalúa la capacidad para brindar todos los servicios que la unidad ofrece, independientemente de que los servicios estén o no cubiertos por el SPSS). El artículo 77 Bis 9 de la LGS especifica que todas las unidades de atención médica que provean los servicios cubiertos por el SPSS deben aprobar el procedimiento de acreditación como requisito indispensable para ser consideradas parte de la red de prestadores de servicios. La Subsecretaría de Innovación y Calidad de la SSA, establece los criterios para la acreditación de unidades. Entre las características mínimas para la acreditación de un centro de salud debe contar con dos o más unidades funcionales (que consta de un médico, un odontólogo y dos enfermeras), con una cobertura de 500 familias por unidad funcional, ubicadas a menos de 30 minutos de distancia y contar con capacidad de brindar consulta externa de medicina general y familiar. El proceso de acreditación incluye un conjunto de criterios relacionados con la infraestructura, los procesos y los resultados requeridos para la prestación de los servicios cubiertos por el SPSS (SSA, 2005: 74-76).

16 En el cuadro 18, los 27 millones se obtienen de sumar la cantidad, que corresponde a "Fortalecimiento del primer nivel de atención", y la última cifra, que corresponde a "rehabilitación y mantenimiento de centros de salud".



generales –excepto el caso de Oxchuc–; esto significa que mejoró la percepción del personal –en relación a 2004, antes del SP– respecto al estado de la infraestructura en siete de las unidades de salud (cuadro 26).

Igualmente, en cuatro de las doce clínicas se incrementó el número de consultorios médicos generales en relación a los que había en 2004. Pero, sólo en seis de tales unidades se cuenta con sala de expulsión, las seis restantes no cuentan con este espacio, lo que significa una laguna importante para la atención materna, pues 50% de las unidades no dispone de un lugar adecuado para la atención del parto. De hecho, en dos de las unidades que en 2004 contaban con sala de partos –Teopisca y Yabteclum– para el año 2006 dicha área fue suprimida, pues no contaba con los requerimientos mínimos de sala de expulsión según los parámetros para la certificación de centros de salud.

Debe reconocerse que con el inicio del *Seguro Popular* se han presentado avances en la disponibilidad de algunos equipos básicos. Por ejemplo, actualmente los equipos para la atención del parto y de sutura se encuentran disponibles en todas las unidades de salud en las cabeceras municipales de Los Altos. Es una mejora notable, pues en el año 2004 varios de estos establecimientos carecían de dichos equipos primordiales para la correcta atención del parto (cuadro 27).

Con todo, en 2006, tres años después de la puesta en marcha del *Seguro Popular*, persisten serias carencias que ensombrecen los avances logrados. Por ejemplo, en algunas de las unidades de salud de Los Altos no se dispone de los recursos necesarios para la perfusión de líquidos intravenosos: en tres de las doce clínicas examinadas en 2006 no hubo equipo de venoclísis, en otras tres hizo falta soluciones Hartmann y en dos más no hubo solución fisiológica; así, la disponibilidad de tales recursos esenciales fue menor a la que se tenía en 2004, antes del SP (cuadros 28 y 30). Se trata de carencias inadmisibles, pues la hemorragia obstétrica es la principal complicación que conduce a la muerte materna en la región (y una de las principales medidas para atender ésta urgencia es –además de interrumpir la hemorragia– perfundir soluciones intravenosas y expansores de plasma). A pesar de esto, en algunas unidades de salud de Los Altos –aunque el *Seguro Popular* incluya entre sus intervenciones (las 131 y 132) la atención de hemorragia obstétrica–, no es posible brindar los cuidados mínimos para esta complicación eventualmente mortal.

Por otro lado, también se carece de recursos farmacológicos fundamentales para la atención de las principales urgencias obstétricas y que se incluyen en el catálogo de medicamentos del *Seguro Popular*. Por ejemplo, solamente en un



centro de salud (de los doce examinados en la región) se cuenta con hidralazina y sólo otro establecimiento cuenta con alfametildopa, medicamentos de primera elección la atención de trastornos hipertensivos del embarazo (SSA, 2002c: 23-25); el resto de las unidades de salud no cuentan con estos importantes recursos (cuadro 29).

Cuando se presenta eclampsia la mujer experimenta convulsiones que la colocan en riesgo de grave daño neurológico, muerte del feto o, incluso, de ella misma (SSA, 2002c: 31-34). Es necesario brindar atención inmediata para detener la crisis convulsiva, suspender el daño y salvar la vida. Con acierto, el *Seguro Popular* ha incluido esta importante intervención en su catálogo de servicios (es la número 128). Según norma APV, fenitoína y diacepam –en ampollitas– son los medicamentos empleados para interrumpir las convulsiones de eclampsia en el primer nivel de atención¹⁷ (SSA, 2001b; SSA 2002c: 25). Sin embargo, en ninguna de las doce unidades de salud examinadas en las cabeceras municipales de Los Altos de Chiapas durante 2006 hubo fenitoína (en 2004 sólo encontramos el medicamento en dos establecimientos) y únicamente en la mitad de las clínicas se hallaba el diacepam (en 2004 el medicamento estuvo presente en 66% de las unidades) (cuadro 29).

De los tipos de hemorragia obstétrica, la que se presenta en el puerperio inmediato es la más frecuente. El uso de ciertos recursos farmacológicos uterotónicos intravenosos –como la oxitocina y la ergometrina– en el primer nivel de atención contribuyen a evitar o detener el sangrado posparto (SSA, 2002d: 41-43). No obstante, la falta de estos medicamentos es otra de las carencias graves en las unidades de salud de Los Altos de Chiapas. En 2006, 67% de los establecimientos no contaba con oxitocina (en 2004, 75% carecía de éste fármaco) y en 58% de ellos hacía falta ergometrina (en 2004, 83% carecía de ergometrina) (cuadro 29).

La disponibilidad de recursos es una precondition para la accesibilidad a los mismos, por eso, las graves carencias que hemos señalado cancelan el acceso efectivo a la atención de las principales urgencias obstétricas en las unidades de salud de primer nivel de Los Altos de Chiapas. Aunque también identificamos que algunos aspectos de las dimensiones de la accesibilidad a los servicios de salud materna han mejorado en la región después de la puesta en marcha del *Seguro Popular*. El siguiente apartado discute ésta cuestión.

17 En el segundo nivel de atención se utiliza el sulfato de magnesio (SSA, 2002c: 30).



5. Condiciones de accesibilidad a los servicios de atención materna en Los Altos de Chiapas

Actualmente nueve (75%) de las unidades del *Instituto de Salud* en las cabeceras municipales cuentan con personal capacitado para resolver urgencias obstétricas básicas las 24 horas, los 365 días del año; a diferencia de 2004, cuando solamente 25% de las clínicas disponía de personal capacitado las 24 horas.¹⁸ Las tres unidades de salud que no cuentan con personal las 24 horas y los 365 días de año son San Cristóbal de Las Casas, Larrainzar y Aldama. En San Cristóbal se ubican los hospitales públicos que sí cuentan con servicio de urgencias a cualquier horario, por lo que podemos suponer que la falta de servicio 24 horas en el primer nivel no disminuye las oportunidades de acceso a la atención de urgencia. Sin embargo, en el caso de Larrainzar o Aldama, cuyas cabeceras municipales se ubican a más de 30 kilómetros de los hospitales públicos –en San Cristóbal o Bochil–, la falta de servicio de urgencias las 24 horas se erige como una obvia barrera para la accesibilidad a los servicios respectivos. La razón mencionada en ambos casos para justificar la falta de servicio las 24 horas apunta a la ausencia de médicos pasantes.

Una dimensión fundamental de la accesibilidad en el contexto indígena es la cultural. Abatir barreras culturales para la accesibilidad exige el cumplimiento de una condición básica: la comprensión lingüística. A pesar de que la mayoría de la población en la región es hablante de una lengua indígena, los servicios de salud suelen estar faltos de personal que hable los idiomas originarios. En cuatro (33%) de las doce unidades de primer nivel examinadas no se cuenta con personal hablante de lengua indígena que auxilie en la traducción durante la atención. Además, a diferencia del año 2004, cuando ubicamos a dos médicos de adscripción indígena agregados a estas mismas clínicas –cuya lengua materna era tsotsil, en un caso, y tzeltal, en el otro–, en 2006 no hay médicos indígenas laborando en estas unidades. Sólo el director del centro de salud urbano de San Cristóbal de Las Casas dijo hablar tzeltal, pero sin auto adscribirse como indígena, pues aprendió el idioma durante el desempeño de sus actividades clínicas en diversas localidades de la región. Por otro lado, en 2004 sólo una de las 88 enfermeras que laboraban en estas unidades reconoció ser hablante de lengua indígena. En 2006, 19 (14%) enfermeras de las 132 que ahora laboran, reconocieron ser hablantes de lengua indígena. Ninguna de las siete trabajadoras sociales es hablante de lengua indígena (cuadro 21). Aunque un aspecto que posiblemente contribuya a mejorar la dimensión cultural

¹⁸ Nos referimos a la presencia de médicos –con base, contrato o pasantes– que ante nuestra pregunta afirmaron tener la capacidad para resolver las urgencias obstétricas básicas.



de la accesibilidad es que actualmente casi todas las unidades cuentan con personal originario de la misma localidad ocupando algún puesto de trabajo. No obstante, no podemos soslayar que en este sexenio se avanzó muy poco respecto a la competencia cultural de los servicios de salud.

Es encomiable que en muchos casos el propio personal de las clínicas se encarga de conseguir transporte para trasladar a una paciente si fuera necesaria la referencia a segundo nivel de atención; la mayoría de las veces se recurre a la ambulancia que cada ayuntamiento tiene bajo resguardo. En general, se han establecido mecanismos más o menos eficientes para tener acceso al vehículo, aunque en algunos municipios –Oxchuc, por ejemplo– se sigue señalando la existencia de obstáculos burocráticos que retrasan el traslado oportuno.

Según la opinión del propio personal de las clínicas examinadas, en materia de referencia al segundo nivel de atención, los pacientes y sus familiares se topan con barreras financieras para el acceso a los servicios, independientemente de que sean afiliados o no al *Seguro Popular*. Por ejemplo, en repetidas ocasiones señalaron que a los pacientes se les pide que compren algunos medicamentos, materiales, equipos de venoclisis y soluciones intravenosas, pues se argumenta que el hospital carece de tales recursos. También el personal entrevistado mencionó que frecuentemente se cobra por la atención hospitalaria, los estudios de laboratorio y gabinete a las pacientes o sus familiares, inclusive cuando son afiliados al *Seguro Popular*; al mismo tiempo de que las propias usuarias y acompañantes tienen que solventar gastos de alimentación y transporte.

De este modo, a decir de algunos miembros del personal de salud consultado, la desprotección frente a los gastos excesivos que representa la atención hospitalaria de urgencia sigue siendo una importante barrera para la accesibilidad a los servicios, aún para las mujeres indígenas afiliadas al *Seguro Popular*. Así que, si bien se reconoce que han mejorado algunos aspectos de la accesibilidad, al día de hoy todavía no se garantiza la accesibilidad plena de las mujeres indígenas de Los Altos a los servicios de atención materna, especialmente los de urgencia.



5.1. Utilización de servicios obstétricos en Chiapas

La utilización de servicios de salud por motivos obstétricos en la región de Los Altos es muy baja. Dos hechos ilustran lo anterior: por un lado, ni siquiera 10% de los partos esperados en la región son atendidos por el sector salud (ISECH, 2002, citado en Freyermuth, et. al. 2004: 126) y menos de 30% de las personas que fallecieron en el año 2001 en recibieron atención médica antes de morir (Freyermuth, 2006).

A la par del crecimiento en el número de afiliados, en sus dos primeros años de operación, el *SP* ha incrementado notablemente su productividad en número de consultas en todo el estado (cuadro 32). A pesar de ello, es de llamar la atención que la atención de urgencias ha disminuido en poco más de 50%. El dato es llamativo toda vez que las complicaciones obstétricas que ponen en peligro la vida de la madre aparecen como urgencia y como tales son atendidas por las unidades de salud. Sin embargo, con la información disponible en los informes del *SPSS* no podemos conocer qué proporción de estas consultas de urgencia otorgadas en el marco del *SP* son debidas a eventos obstétricos.

Del mismo modo, los egresos hospitalarios han aumentado en forma considerable, aunque tampoco sabemos cuantos de éstos corresponden a eventos obstétricos (cuadro 33). Por su parte, en 2005 el *SP* atendió 916 partos en Chiapas, una cifra minúscula en un estado con aproximadamente un millón de mujeres en edad reproductiva (cuadro 34). No contamos con información detallada sobre la productividad del *SP* en la región de Los Altos y en sus diferentes municipios, por eso no podemos saber si la utilización de los servicios obstétricos se ha incrementado entre las comunidades indígenas de la zona. Sin embargo, ya que las afiliaciones se han realizado preferentemente entre las familias beneficiarias de *Oportunidades* es muy posible que el patrón de utilización de servicios de salud sea el mismo que el de los años anteriores.



6. Conclusiones

Los Altos de Chiapas, inmersa en una configuración multiétnica con profundas desigualdades sociales y económicas, es una de las regiones más complejas del país respecto al desafío que representa superar graves rezagos de salud. Las mujeres indígenas de la región han padecido múltiples inequidades que, en el campo de la salud, se han traducido en la exclusión de sistemas de protección social, barreras para el acceso a los servicios y una elevada incidencia de muerte materna. En el presente documento hemos examinado los alcances y limitaciones del *Seguro Popular* –a tres años de su inicio– respecto a la mejora del acceso a la atención obstétrica en la región.

El *Seguro Popular* tiene el propósito, justamente, de solucionar la inequidad que representa el que amplios sectores se encuentren excluidos de un sistema de protección social en salud. Con todo, a tres años de su inicio en Chiapas poco se ha modificado la extensión de la protección social (realmente durante los últimos seis años hubo un retroceso en el número absoluto de personas afiliadas a la seguridad social). El *Seguro Popular* no consiguió un porcentaje de aseguramiento en el estado por lo menos similar al promedio alcanzado en el ámbito nacional: apenas 16.2% de la población sin seguridad social formal en el estado se había afiliado al *SP* al cierre del año 2006, y la cobertura de la protección en salud –sea a través de la seguridad social o del *Seguro Popular*– es de sólo 31.6% de los chiapanecos. De este modo 511,999 familias –es decir, 2,934,437 personas– continúan sin acceso efectivo a la protección social en salud en todo el estado de Chiapas.

La cobertura del *Seguro Popular* en la región alteña –que alcanza a poco más de 10% de quienes no tenían seguridad social– ha privilegiado a los municipios menos marginados, mejor comunicados y con una red de servicios más sólida. Los municipios de mayor marginación, rezagos de infraestructura sanitaria y peores indicadores de desarrollo aun no han sido cubiertos por el *Seguro*. En este sentido se ha seguido el mismo criterio de cobertura que la estrategia de *Arranque Parejo en la Vida*, lo que posterga la equidad en salud y no contribuye a superar los rezagos.

Por otro lado, lejos de una arquitectura financiera más equitativa –como propone el *Seguro Popular*–, en Chiapas persisten inequidades en la distribución de recursos económicos entre los afiliados y no afiliados a la seguridad social (el presupuesto *per cápita* para los afiliados a la seguridad social es casi cuatro veces superior al de los no afiliados, si bien la brecha se ha reducido en los últimos años).



Al mismo tiempo, con el *Seguro Popular* se han duplicado intervenciones y presupuestos, pues no se está ampliando la cobertura real entre los sectores que carecen de cualquier abrigo institucional para la protección de la salud: más de la mitad de los afiliados totales al *Seguro Popular* en Chiapas son, al mismo tiempo, beneficiarios de *Oportunidades*.

En consecuencia, si bien la cobertura del *Seguro Popular* en el estado ha dado preferencia a la población más pobre (que corresponde a la que ocupa los dos primeros deciles de ingreso), no han sido las áreas de mayor marginación, ni las zonas rurales e indígenas las principalmente beneficiadas (como lo señala el artículo 8° transitorio de la reforma que dio origen al *SP*), pues solamente 10% de las familias afiliadas se encuentren en localidades con 40% o más de hablantes de lengua indígena y 17% en áreas rurales.

No obstante, algunos recursos importantes para la atención materna se han incrementado con la puesta en marcha del *Seguro Popular*: se aumentó el número de recursos humanos y de ambulancias, se dispone de equipos de sutura y para la atención de partos (por lo menos en las unidades ubicadas en las cabeceras municipales de Los Altos) y ha mejorado la infraestructura de primer nivel. Sin embargo, apenas se han incorporado 56 centros de salud y ocho hospitales generales a la red de servicios del *SP*; aún faltan por agregar más de ochocientas unidades médicas en el estado.

A pesar de las mejoras en la disponibilidad de recursos y la red de servicios, persisten serias carencias que ensombrecen los avances: la mitad de las unidades en las cabeceras municipales de Los Altos no disponen de un lugar adecuado para la atención del parto y varias de ellas carecen de los recursos necesarios para la perfusión de líquidos intravenosos y fármacos fundamentales para la atención de las principales urgencias obstétricas (por ejemplo, hidralazina, alfametildopa, fenitoína, diacepam, oxitocina y ergometrina –todos ellos son recursos normados para la atención de urgencias obstétricas en primer nivel por *APV* y que se incluyen en el cuadro de medicamentos del *SP*).

Al mismo tiempo, persisten otras barreras para el acceso a los servicios de atención materna: el desconocimiento por parte de la población de cuándo y a dónde acudir en caso de una urgencia obstétrica, los gastos excesivos que representa la atención hospitalaria de urgencia –aun cuando el usuario se encuentre afiliado al *Seguro Popular*– y el hecho de que en algunas unidades de salud se carece de personal hablante de los idiomas originarios para que auxilien en la traducción entre prestador y usuario.



La productividad de servicios obstétricos en el marco del *Seguro Popular* es muy baja: durante 2005 se atendieron 916 partos que representan apenas 1.5% de los casi 60 mil nacidos vivos registrados en el estado durante el mismo periodo. En Los Altos menos de 10% de los partos esperados en la región son atendidos por el sector salud (aunque no contamos con el dato de cuántos de ellos corresponden a mujeres afiliadas al *SP*).

En resumen, si bien a tres años del inicio del *Seguro Popular* en Los Altos de Chiapas ha mejorado la infraestructura y asegurado el funcionamiento de las clínicas 24 horas 365 días al año, no se ha adelantado mucho en abatir las barreras para la accesibilidad a los servicios de salud en todas sus dimensiones. Al mismo tiempo, persisten graves carencias que cancelan, de hecho, el acceso efectivo para la atención de las principales urgencias obstétricas en las unidades de salud de primer nivel.

El *Seguro Popular* en Los Altos de Chiapas aún no ha logrado garantizar el acceso a la atención obstétrica para todas las mujeres, particularmente para aquellas que siempre se han encontrado más desfavorecidas.



CUADROS

Cuadro 1
Mortalidad materna en Chiapas y México, 2000-2005

Año	Razón de mortalidad materna (RMM)	
	Chiapas ³	Nacional ²
1990	107.4	89.0
1995	90.4	83.2
2000	72 ³	72.6
2001	88 ³	70.8
2002	93.2	63.9
2003	112.1	65.2
2004	103.2	62.6
2005	88.5	63.4
Cambio 01-05¹	0.56%	-10.45%
Cambio 90-05¹	-17.5%	-28.8%

Elaboración propia.

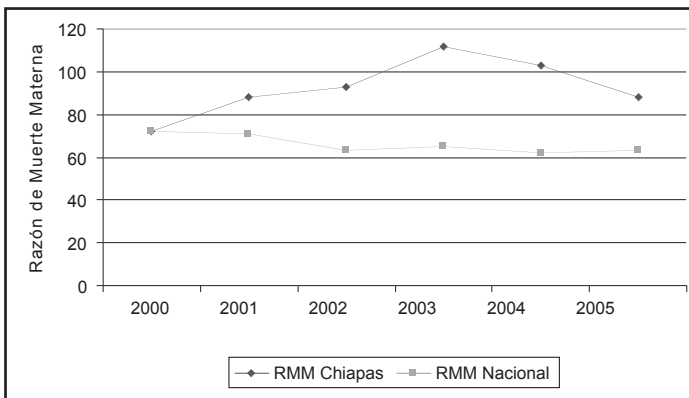
RMM se obtiene de dividir el número de mujeres muertas en un año por complicaciones del embarazo, parto y puerperio entre los nacidos vivos del mismo periodo, multiplicado por cien mil.

¹ El cambio 01-05 toma como denominador la tasa de mortalidad para 2001 y como numerador la tasa de mortalidad de 2005, el resultado se multiplica por cien y, posteriormente, se resta de cien. La fórmula es: $100 * (TM_{2005}/TM_{2001}) - 100$. El signo de menos (-) antes del porcentaje de mejoría indica disminución en la mortalidad; los números positivos indican aumento de la mortalidad. Cambio 90-05, toma como denominador la tasa de mortalidad para 1990; el resto permanece igual.

² Fuente: SSA, Informes *Salud: México* de 2001 a 2005.

³ Fuente: Instituto de Salud de Chiapas (ISECH), Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones 2001 a 2005, en Pablo Salazar Mendiguchía, *5º Informe de Gobierno*, Anexo 1, Chiapas, 2006, pp. 137 - 140.

Gráfica 1
Razón de mortalidad materna en Chiapas y a nivel Nacional, 2000 a 2005



Fuentes: SSA, Informes *Salud: México* de 2001 a 2005; Instituto de Salud de Chiapas (ISECH), Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones 2001 a 2005, en Pablo Salazar Mendiguchía, *5º Informe de Gobierno*, Anexo 1, Chiapas, 2006, pp. 137 - 140.

Cuadro 2
Lugar que ha ocupado Chiapas en muerte materna, respecto a otros estados, 1999-2005

1999	1 ^{er} lugar (empatado con Guerrero)
2000 y 2001	Sin dato
2002	2 ^o lugar (superado por Oaxaca)
2003	2 ^o lugar (superado por Guerrero)
2004	1 ^{er} lugar
2005	5 ^o lugar

Elaboración propia.

Fuente: SSA, *Salud: México 2001*, Secretaría de Salud, México, 2002, p. 152; SSA, *Salud: México 2002*, Secretaría de Salud, México, 2003, p. 188; SSA, *Salud: México 2003*, Secretaría de Salud, México, 2004, p. 215; SSA, *Salud: México 2004*, Secretaría de Salud, México, 2005, p. 201; SSA, *Salud: México 2001 - 2005*, Secretaría de Salud, México, 2006, p. 191.

Cuadro 3
Participación de Los Altos en la muerte materna de Chiapas, 2005

	Población de Chiapas, 2005*	Muertes maternas en Chiapas, 2005**	Población de Los Altos, 2005*	Muertes maternas en Los Altos, 2005**
Absoluto	4, 293, 459	76	560,924	12
Porcentaje	100 %	100 %	13.06%	15.78%

Elaboración propia.

* Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, II Censo de Población y Vivienda, México 2006.

** Fuente: Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH), Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones, 2005.

Cuadro 4
Defunciones maternas en Chiapas por causa, 2004-2005

Causa	2004		2005		Total	
	#	%	#	%	#	%
Aborto	9	9.4	5	6.1	14	7.8
Enfermedad hipertensiva del embarazo	14	14.6	15	18.2	29	16.3
Hemorragia del embarazo, parto y puerperio	36	37.5	27	32.9	63	35.4
Otras complicaciones principales del embarazo	13	13.5	13	15.8	26	14.6
Sepsis y otras infecciones puerperales	4	4.1	7	8.5	11	6.1
Otras complicaciones principales del puerperio	6	6.2	2	2.4	8	4.5
Muerte obstétrica de causa no específica	1	1.0	1	1.2	2	1.1
Causas obstétricas indirectas	13	13.5	12	14.6	25	14.0
Total	96	100	82	100	178	100

Elaboración propia.

Cuadro 5
Egresos hospitalarios por defunción materna e institución en Chiapas,
2000 a 2005

Año	Total	Población no asegurada			Población asegurada			
		Subtotal	SSA	IMSS-Oportunidades	Subtotal	IMSS	ISSSTE	Otros
2000	25	25	17	8	0	0	0	0
2001	29	26	19	7	3	3	0	0
2002	28	28	19	9	0	0	0	0
2003	17	14	14	0	3	3	0	0
2004	11	10	10	0	1	1	0	0
2005	19	18	18	0	1	0	1	0
Total	129	121	97	24	8	7	1	0

Elaboración propia.

Fuente: SSA, *Mortalidad materna hospitalaria por institución, para los años 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 y primer semestre de 2006, nacional y por entidad federativa. Atención a solicitud de información número 0001200108006*, Dirección de Sistemas de Información en Servicios de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, México, septiembre 28 de 2006.

Cuadro 6
Población afiliada y no afiliada a la seguridad social, Chiapas, 2000 a 2005

Años	Población				
	Total	No asegurada	%	Asegurada	%
2000	3,920,892	2,959,934	75.5	969,958	24.5
2001	4,165,798	3,220,162	77.3	945,636	22.7
2002	4,231,931	3,496,920	82.6	735,011	17.4
2003	4,295,692	3,539,650	82.4	756,042	17.6
2004	4,357,301	3,476,698	79.8	880,603	20.2
2005	4,417,084	3,451,698	78.1	965,386	21.9

Elaboración propia.

Fuente: ISECH, INEGI, CONAPO, en Pablo Salazar Mendiguchía, *5º Informe de Gobierno*, Gobierno del Estado, Chiapas, 2006, Anexo I, p. 119.



Cuadro 7
Presupuesto autorizado para la población afiliada y no afiliada a la
seguridad social, por institución, Chiapas, 2005

	Población no afiliada				Población afiliada		
	Total	Subtotal	ISECH	IMSS- Oportunidades	Subtotal	ISSSTECH	Otras de seguridad social
Personas	4,417,084	3,451,698	1,852,756	1,598,933	965,386	766,885	198,501
Presupuesto autorizado	\$8,195.9 millones	\$4,231.7 millones	\$3,516.9 millones	\$714.8 millones	\$3,964.2 millones	\$1,033.7 millones	\$2,930.5 millones

Elaboración propia.

Fuente: Salazar Mendiguchía, Pablo, 5° Informe de Gobierno, Gobierno del Estado, Chiapas, 2006, p. 171.

Cuadro 8
Gasto en salud para población afiliada y no afiliada a la seguridad social,
Chiapas 2000 a 2005

Años	Presupuesto ejercido (en millones de pesos)					
	Instituto de salud		Seguridad Social		Total	Razón Per cápita*
	Subtotal	Per cápita	Subtotal	Per cápita		
2000	1,249.4	\$422.10	3,195.2	\$3,294.16	4,444.6	680.42 %
2001	1,306.4	\$405.69	3,313.7	\$3,504.20	4,620.1	763.76 %
2002	1,690.9	\$483.53	3,622.0	\$4,927.81	5,312.9	919.13 %
2003	2,039.9	\$576.29	4,240.0	\$5,608.15	6,279.9	873.14 %
2004	2,303.0	\$662.41	4,459.3	\$5,063.91	6,762.3	664.46 %
2005	3,413.4	\$988.90	4,679.0	\$4,846.76	8,092.4	390.10 %

Elaboración propia.

Fuente: Informes financieros institucionales, en Pablo Salazar Mendiguchía, 5° Informe de Gobierno, Gobierno del Estado, Chiapas, 2006, Anexo I, p. 120.

* Razón entre el presupuesto *per cápita* ejercido por la Seguridad Social *versus* el Instituto de Salud en Chiapas, 2005. La fórmula es $[(\text{Presupuesto per cápita de la Seguridad Social} / \text{Presupuesto per cápita del Instituto de Salud}) * 100] - 100$, de este modo se indica en que porcentaje es superior el presupuesto *per cápita* de la Seguridad Social en relación al del Instituto de Salud.

Cuadro 9

Personas sin seguridad social formal y con Seguro Popular en México, Chiapas y la región Altos según II Censo de Población y Vivienda, 2005

	Habitantes	Sin seguridad social formal*		Con Seguro Popular	
		Número	Porcentaje	Número	Porcentaje**
Nacional	103, 263,388	58, 723, 814	56.8%	7, 321, 217	12.46%
Chiapas	4,293,459	3,473, 830	80.9%	195, 015	5.61%
Los Altos	560, 924	465,187	82%	47, 406	10.19%

Elaboración propia con datos de INEGI, II Censo de Población y Vivienda 2005,

* Incluye a quienes ahora tienen Seguro Popular.

**En relación a las personas sin seguridad social formal.

Cuadro 10

Familias afiliadas al Seguro Popular en Chiapas y la región Altos según el Sistema de Protección Social en Salud, 2004 a 2006

	Número de familias con SPS		
	2004	2005	2006
Chiapas	60,000	178,397	178,397
Altos	---	29,198	---

Fuente: SSA, 2006b y 2006c.

Cuadro 11

Número de personas afiliadas al Seguro Popular en Chiapas, 2004 a 2006

	Número de personas		
	2004	2005	2006
Chiapas	203,331	555,331	560,647

Fuente: SSA, 2006b y 2006c.



Cuadro 12
Población total por municipio de Los Altos de Chiapas según condición de derechohabencia a los servicios de salud y tipo de institución, 2005

Municipio	Población total /1	Condición de derechohabencia a servicios de salud							No derechohabiente	No especificado
		Derechohabiente					En otra institución /4			
		Total /2	En el IMSS	En el ISSSTE	En PEMEX, SEDENA o SEMAR	Seguro Popular		En institución privada /3		
Nacional	103263388	48452418	32087547	5779620	1085245	7321217	1898109	1050728	51402597	3408373
Chiapas	4293459	861443	398585	168851	28918	195015	27164	48744	3278815	153201
Aldama	4906	496	8	2	1	485	0	0	3629	781
Altamirano	24725	954	261	449	245	2	11	5	20415	3356
Amatenango del Valle	8506	25	5	19	0	0	1	0	6770	1711
Chalchihuitán	13295	98	70	13	1	0	14	0	12918	279
Chamula	67085	1148	370	19	2	544	213	0	64410	1527
Chenal	9050	1978	1	42	1	1931	3	0	6799	273
Chenalhó	31788	9298	102	165	9	8757	269	6	17762	4728
Huixtán	19018	182	61	91	0	6	23	3	17992	844
Larráinzar	17320	4455	1628	56	1	2760	11	0	10859	2006
Las Rosas	24969	6193	1384	634	18	4109	31	31	16107	2669
Mitontic	9042	230	39	18	0	170	3	0	8751	61
Oxchuc	41423	29645	1634	548	11	13701	40	13713	10495	1283

Municipio	Población total /1	Condición de derechohabiente a servicios de salud										No derechohabiente	No especificado
		Derechohabiente											
		Total /2	En el IMSS	En el ISSSTE	En PEMEX, SEDENA o SEMAR	Seguro Popular	En institución privada /3	En otra institución /4					
Pantelhó	19228	198	29	147	6	10	9	0	17168	1862			
San Cristóbal de las Casas	166460	47007	13746	16963	1137	12798	804	1983	106097	13356			
San Juan Cancuc/5	24906	22	4	9	0	0	9	0	23272	1612			
Santiago el Pinar	2854	0	0	0	0	0	0	0	2570	284			
Tenejapa	37826	555	51	207	0	282	13	2	35682	1589			
Teopisca	32368	2649	341	374	15	1851	41	28	29089	630			
Zinacantán	31061	255	186	47	1	0	6	18	30268	538			
Total Altos/5	560924	105366	19916	19794	1448	47406	1492	15789	417781	37777			

/1 Incluye una estimación de población de 120 735 personas que corresponden a 24 426 viviendas sin información de ocupantes. La estimación está distribuida en los renglones de no especificado.

/2 La suma de población derechohabiente en las distintas instituciones de salud puede ser mayor a este total, ya que hay población que tiene derecho a más de una institución de salud.

/3 Comprende a la población que cuenta con un seguro para acceder a los servicios médicos de instituciones privadas.

/4 Comprende a la población que tiene derecho a los servicios médicos que otorgan los gobiernos estatales y otro tipo de instituciones de salud pública.

/5 Según la división política administrativa del estado de Chiapas, San Juan Cancuc pertenece a la Región Selva. Sin embargo, la organización sanitaria que depende del Instituto de Salud en San Juan Cancuc se dirige desde la Jurisdicción Sanitaria II, responsable de la región Altos. Por este motivo se incluye la información relativa a este municipio, pero en las sumas totales de la región Altos se le omite.

Fuente: Modificado de INEGI, II Censo de Población y Vivienda, 2005.

Cuadro 13
Familias beneficiarias de Oportunidades afiliadas al Seguro Popular en Chiapas, 2004 a 2006

	Familias beneficiarias de Oportunidades		
	2004	2005	2006
Chiapas	32,886	91,063	99,826

Fuente: SSA, 2006b y 2006c.

Cuadro 14
Familias encabezadas por mujeres afiliadas al Seguro Popular en Chiapas, 2004 a 2006

	Familias encabezadas por mujeres		
	2004	2005	2006
Chiapas	43,404	151,494	148,126

Fuente: SSA, 2006b y 2006c.

Cuadro 15
Familias afiliadas al Seguro Popular por decil de ingreso en Chiapas, 2004 a 2006

Decil	2004		2005		2006	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
1	51,360	85.6%	143,878	80.65%	148,052	82.99%
2	8,617	14.36%	34,463	19.32%	30,257	16.9%
3	23	0.038%	41	0.02%	75	0.04%
4	0	0	13	0.01%	12	0.01%
5	0	0	1	0	0	-
6 al 10	0	0	1	0	1	-
Total	60,000	100%	178,397	100%	178,397	100%

Fuente: SSA, 2006b y 2006c.

Cuadro 16

Familias afiliadas al Seguro Popular que pertenecen a localidades de 40% o más hablantes de lengua indígena, regiones de alta o muy alta marginación, rurales y urbanas, Chiapas 2005 y 2006

Número de familias	2005		2006	
	Familias totales	Porcentaje de participación	Familias totales	Porcentaje de participación
En localidades de 40% o más de hablantes de lengua indígena	2,034	1.1%	17,790	10.0%
En regiones de alta o muy alta marginación	119,653	67.1%	121,687	68.2%
En localidades rurales	42,601	23.9%	30,329	17.0%
En localidades urbanas	133,551	74.9%	147,952	82.9%
Sin identificar localidad urbana o rural	2,245	1.3%	116	0.1%
Familias totales	178,397	100%	178,397	100%

Fuente: SSA, 2006b y 2006c.

Cuadro 17

Presupuesto transferible al Seguro Popular en Chiapas, 2004 a 2006

	Presupuesto transferible		
	2004	2005	2006
Chiapas	\$171,195,248	\$224,351,899	\$324,230,615

Fuente: SSA, 2006b y 2006c.

Cuadro 18

Gasto funcional: en el fortalecimiento del primer nivel de atención, en programas que incluyen la salud materna como meta específica y en el Sistema de Protección Social en Salud, Chiapas, 2005

Programa especial		Gasto ejercido
Fortalecimiento del primer nivel de atención		\$15,362,371.00
Arranque Parejo en la Vida		\$879,992.00
Promoción de salud reproductiva para grupos de riesgo		\$199,156.00
Sistema de Protección Social en Salud		\$303,769,521.00
Sistema de Protección Social en Salud, detalle del gasto	Atención médica de 1 ^{er} nivel	\$102,519,682.00
	Atención médica de 2 ^o nivel	\$189,071,327.00
	Rehabilitación y mantenimiento de centros de salud	\$11,937,232.00

Elaboración propia.

Fuentes: Salazar Mendiguchía, Pablo, *Cuenta de la Hacienda Pública Estatal 2005*, Planeación y Finanzas, Gobierno de Chiapas, Chiapas, 2006, Tomo II., pp. 555-557.

Cuadro 19

Gasto del Instituto de Salud de Chiapas por fuente de financiamiento, 2005

Fuente	Instituto de Salud
FASSA	\$1,959,106,000.00
PAFEF	\$54,366,000.00
PEMEX	\$5,158,000.00
OayS	\$638,312,000.00
FIES	\$185,371,000.00
IPPI	\$808,807,000.00
Total	\$3,651,120,000.00

Elaboración propia.

Al 31 de diciembre de 2005.

Fuente: Salazar Mendiguchía, Pablo, *Cuenta de la Hacienda Pública Estatal 2005*, Planeación y Finanzas, Gobierno de Chiapas, Chiapas, 2006, Tomo II., p. 436.

Siglas: FASSA = fondo de aportaciones para los servicios de salud; PAFEF = programa de apoyo para el fortalecimiento de las entidades; PEMEX = aportaciones de Petróleos Mexicanos; OayS = otras aportaciones y subsidios; FIES = fideicomiso para la infraestructura en los estados; IPPI = ingresos propios, participaciones e incentivos.

Cuadro 20
Número de habitantes por médicos en el sector salud de Chiapas,
2000 a 2005

Año	Población	Médicos	Habitantes por médico
2000	3,920,892	1,314	2,984
2001	4,165,798	1,263	3,298
2002	4,231,931	1,646	2,571
2003	4,295,692	2,183	1,968
2004	4,357,301	2,251	1,936
2005	4,417,084	2,251	1,962

Elaboración propia.

Fuente: ISECH, INEGI, CONAPO, en Pablo Salazar Mendiguchía, *5º Informe de Gobierno*, Gobierno del Estado, Chiapas, 2006, Anexo I, p. 121.

Cuadro 21
Personal disponible en las unidades de salud encuestadas, por puesto y
condición de habla de lengua indígena, Los Altos de Chiapas,
2004 y 2006

	2004		2006	
	Número	Número de HLI	Número	Número de HLI
Médicos generales	48	2	71	1
MPSS	14	0	14	0
Enfermeras	88	1	132	19
Trabajadora social	1		7	
Nutrióloga	1		7	

Fuente: Encuesta aplicada en las unidades de salud ubicadas en Los Altos de Chiapas, 2004 y 2006.



Cuadro 22
Número de habitantes por cama en el sector salud de Chiapas,
2000 a 2005

Año	Población	Chiapas, No.Camas	Habitantes por cama
2000	3,920,892	1,663	2,358
2001	4,165,798	1,712	2,433
2002	4,231,931	1,719	2,462
2003	4,295,692	1,761	2,439
2004	4,357,301	1,761	2,474
2005	4,417,084	1,838	2,371

Elaboración propia.

Fuente: ISECH, INEGI, CONAPO, en Pablo Salazar Mendiguchía, *5º Informe de Gobierno*, Gobierno del Estado, Chiapas, 2006, Anexo I, pp. 125.

Cuadro 23
Número de ambulancias por habitantes en el sector salud de Chiapas,
2000 a 2005

Año	Población	Ambulancias	Habitantes por ambulancia
2000	3,920,892	109	35,971
2001	4,165,798	109	38,218
2002	4,231,931	109	38,825
2003	4,295,692	129	33,300
2004	4,357,301	129	33,778
2005	4,417,084	439	10,062

Elaboración propia.

Fuente: ISECH, INEGI, CONAPO, en Pablo Salazar Mendiguchía, *5º Informe de Gobierno*, Gobierno del Estado, Chiapas, 2006, Anexo I, p. 126.

Cuadro 24
Número de unidades de salud incorporadas al Seguro Popular, Chiapas,
2004 y 2005

	2004	2005	Programadas para afiliar
Centros de salud	25	31	857
Hospitales Generales	2	6	16
Unidades de Alta Especialidad	0	1	4
Total	27	38	877

Fuente: SSA, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Reporte No. 6. Indicadores de Resultados. Segundo Semestre, 2005. México, 2006.



Cuadro 25

Gasto del Sistema de Protección Social en Salud para la rehabilitación y mantenimiento de unidades de salud en Los Altos de Chiapas, 2005

Unidad de salud	Gasto (en pesos)
Hospital General San Cristóbal de las Casas	\$673,831.00
Centro de Salud de Villa las Rosas	\$154,106.00
Centro de Salud de Oxchuc	\$160,908.00
Centro de Salud de Larrainzar	\$128,780.00
Centro de Salud de Chenalhó	\$86,848.00
Centro de Salud de Yabteclum	\$289,257.00
Centro de salud de Teopisca	\$191,385.00
Centro de Salud de Chamula	\$538,165.00
Centro de Salud de Mitontic	\$131,752.00
Centro de Salud de Pantelhó	\$88,306.00
Centro de Salud de Tenejapa	\$101,414.00
Centro de Salud de Aldama	\$72,803.00
Total	\$2,617,555.00

Elaboración propia.

Fuentes: Salazar Mendiguchía, Pablo, *Cuenta de la Hacienda Pública Estatal 2005*, Planeación y Finanzas, Gobierno de Chiapas, Chiapas, 2006, Tomo II., p. 557.

Cuadro 26

Estado general de la infraestructura de las unidades de salud de Los Altos de Chiapas, 2006

Unidades de Salud	2004	2006	
Aldama	Mal estado	Buen estado	Mejóro
Chamula	Buen estado	Buen estado	Igual
Chenalhó	Buen estado	Buen estado	Igual
Larrainzar	Buen estado	Buen estado	Igual
Las Rosas	Mal estado	Buen estado	Mejóro
Mitontic	Mal estado	Buen estado	Mejóro
Oxchuc	Mal estado	Regular estado	Mejóro
Pantelhó	Buen estado	Buen estado	Igual
San Cristóbal de Las Casas	Mal estado	Buen estado	Mejóro
Tenejapa	Mal estado	Buen estado	Mejóro
Teopisca	Mal estado	Buen estado	Mejóro
Yabteclum	Buen estado	Buen estado	Igual

Fuente: Encuesta aplicada en las unidades de salud ubicadas en Los Altos de Chiapas, 2004 y 2006.



Cuadro 27
Unidades de salud según disponibilidad y estado de equipo básico

Equipo	2004		2006	
	Disponible	No Disponible	Disponible	No disponible
Estetoscopio fetal	10	1	11	
Perilla para aspiración de secreciones del recién nacido	6	5	10	1
Tanques de oxígeno, mangueras, mascarilla facial o cánula nasal	0	11	0	11
Equipo para la atención del parto	8	3	11	
Agujas y material de sutura	10	1	11	

Fuente: Encuesta aplicada en las unidades de salud ubicadas en Los Altos de Chiapas, 2004 y 2006.

Cuadro 28
Unidades de salud según disponibilidad de algunos consumibles básicos

	2004		2006	
	Disponible	No disponible	Disponible	No disponible
Guantes de látex	10	1	9	2
Jeringas y agujas desechables	9	2	8	3
Equipo venoclisis	9	2	8	3
Formatos de partograma	1	10	5	6
Carné para embarazadas	9	2	10	1
Ligaduras umbilicales	9	2	9	2
Gasas estériles	11		9	2

Fuente: Encuesta aplicada en las unidades de salud ubicadas en Los Altos de Chiapas, 2004 y 2006.



Cuadro 29
Unidades de salud según disponibilidad de medicamentos básico para la atención obstétrica

Medicamentos	2004		2006	
	Disponible	No disponible	Disponible	No disponible
Lidocaina	10	1	10	1
Penicilina benzatínica	11	0	7	4
Penicilina procaínica	11	0	9	2
Cefalexina (ampolletas)	4	7	7	4
Gentamicina (ampolletas)	5	6	10	1
Metronidazol	11	0	10	1
Clindamicina (ampolletas)	0	11	2	9
Sulfato o Fumarato Ferroso	11	0	9	2
Ácido fólico	11	0	10	1
Suplementos alimenticios en papilla (Nutrisano)	8	3	10	1
Hidralazina	0	11	1	10
Alfametildopa	0	11	1	10
Nifedipino	3	8	11	0
Fenitoina	2	9	0	11
Diazepam	8	3	6	5
Toxoide tetánico	11	0	11	0
Oxitocina	2	9	3	8
Ergometrina	1	10	4	7

Fuente: Encuesta aplicada en las unidades de salud ubicadas en Los Altos de Chiapas, 2004 y 2006.



Cuadro 30
Unidades de salud según disponibilidad de soluciones intravenosas

Tipo de solución	2004		2006	
	Disponible	No disponible	Disponible	No Disponible
Fisiológica	8	3	9	2
Glucosada con NaCl	8	3	8	3
Glucosada simple	11	0	8	3
Hartmann	10	1	8	3

Fuente: Encuesta aplicada en las unidades de salud ubicadas en Los Altos de Chiapas, 2004 y 2006.

Cuadro 31
Número de unidades de salud* según condiciones de accesibilidad

	2004	2006
Abierto y accesible las 24 horas los 365 días del año, con personal capacitado para resolver urgencias obstétricas básicas.	3	9
Cuenta con personal hablante de la lengua indígena local.	7	8
Cuenta con personal originario de la localidad.	8	11
En caso de referencia, el personal de la unidad de salud consigue transporte.	9	10
En caso de referencia, el personal de la unidad elabora una nota de referencia.	10	11
En caso de referencia, las pacientes no experimentan barreras financieras para el acceso a los servicios de salud de segundo nivel (según la opinión del propio personal de la unidad).	5	5

Elaboración propia.

* Se refiere a las 12 unidades del ISECH ubicadas en igual número de cabeceras municipales de Los Altos de Chiapas.



Cuadro 32
Número de consultas otorgadas por el Seguro Popular, Chiapas
2004 y 2005

	2004	2005	Incremento %
Consulta externa en unidades de salud	110,165	165,767	50.47%
Consulta externa en hospitales	6,850	14,519	111.96%
Consultas de urgencia	16,758	7,329	-56.27%
Total	133,773	187,615	40.25%

Fuente: SSA, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Reporte No. 6. Indicadores de Resultados. Segundo Semestre, 2005. México, 2006.

Cuadro 33
Egresos hospitalarios en el marco del Seguro Popular, Chiapas
2004 y 2005

	2004	2005	Incremento %
Hombres	143	644	350.65%
Mujeres	726	2,983	310.94%
Total	869	3,628	317.47%

Fuente: SSA, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Reporte No. 6. Indicadores de Resultados. Segundo Semestre, 2005. México, 2006.

Cuadro 34
Número de partos atendidos en el marco del Seguro Popular, Chiapas
2004 y 2005

	2004	2005	Incremento %
Partos atendidos	418	916	119.21%

Fuente: SSA, Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Reporte No. 6. Indicadores de Resultados. Segundo Semestre, 2005. México, 2006.



Bibliografía

- AMDD, *Quality improvement for Emergency Obstetric Care, Averting Maternal Death and Disability Program*, Maiman School of Public Health, Columbia, University, New York, U.S.A., 2003.
- Argüello, Hilda, "Servicios de atención gineco-obstétrica hospitalaria: descripción y análisis", en Freyermuth, et. al. *Maternidad Peligrosa. Evaluación de la atención institucional a la urgencia obstétrica en Los Altos de Chiapas*, INDESOL, CIESAS, Chiapas, México, 2004.
- Borghí, Jo, Tim Ensor, Aparnaa Somanathan, Craig Lisner, Anne Mills, *Mobilising financial resources for maternal health*, The Lancet, Vol. 368, October 21, 2006: 1457-1465.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud, *Catálogo universal de servicios de salud*, Secretaría de Salud, México, 2006.
- DOF, Título Tercero Bis, "De La Protección Social en Salud", Reforma y adición a la Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación, México, mayo 15 de 2003.
- Fortney, J. A., "Emergency obstetric care: the keystone in the arch of safe motherhood", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 74, 2001: 95-97.
- Frenk, Julio, Eduardo González Pier, Octavio Gómez Dantés, Miguel A. Lezana, Felicia Knaul, "Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico", The Lancet, Vol. 368, October 28, 2006: 1524-1534.
- Freyermuth., Graciela, *Las Mujeres de Humo. Morir en Chenalhó. Género, étnia y generación, factores constitutivos de riesgo durante la maternidad*, CIESAS-Porrúa, México, D.F., 2003.
- Freyermuth, Graciela, "El programa de Arranque Parejo en la Vida y sus tropiezos con las inequidades de la realidad" en Daniela Díaz (coordinadora), *Muerte Materna y presupuesto público*, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, México, 2004a.
- Freyermuth, Graciela, Sergio Meneses, Hilda Argüello y Rosario Cárdenas, *Maternidad Peligrosa. Evaluación de la atención institucional a la urgencia obstétrica en Los Altos de Chiapas*, INDESOL, CIESAS, Chiapas, México, 2004b.
- Freyermuth, Graciela, *Realidad y disimulo. Complicidad e indiferencia social en Chiapas frente a la muerte femenina*, trabajo presentado en el Seminario Permanente de Antropología Médica en Chiapas, CIESAS-Sureste, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, 28 de enero de 2006a (en prensa).

- Freyermuth, Graciela, Ivonne Villalobos, Hilda Argüello y Cecilia de la Torre, "Urgencia obstétrica y saber popular", México, 2006b (en prensa).
- Gobierno de Chiapas, 5° Informe de Gobierno de Pablo Salazar Mendiguchía, Gobierno de Chiapas, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, 2006a.
- Gobierno de Chiapas, Cuenta de la Hacienda Pública Estatal 2005, dos Tomos, Planeación y Finanzas, Gobierno de Chiapas, Chiapas, 2006b.
- Gobierno de la República, Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: Informe de Avance 2005, Sistema de las Naciones Unidas en México, Gobierno de la República, México, D.F., 2005.
- Gómez-Dantés, Octavio, "Introducción", en *Seguro Popular de Salud. Siete Perspectivas*, Cuadernos de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México, febrero de 2005, p. 9-13.
- INEGI, II Censo de Población y Vivienda, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México 2006.
- ISECH, *Mortalidad Materna. Perfil epidemiológico*, Vida Mejor, Arranque Parejo en la Vida, Instituto de Salud del Estado de Chiapas, 2004.
- Knaut F, Arreola-Ornelas H, Méndez O, Martínez A, "Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: impacto del Seguro Popular de Salud en México", *Salud Pública de México*, 2005, suplemento 1: S54-S65.
- Meneses, Sergio, *Semiótica de la otredad, la diferencia como diagnosis. Etnografía de los encuentros médicos interétnicos en Los Altos de Chiapas*, tesis para obtener el grado de maestro en antropología social, CIESAS, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, 2005.
- Meneses, Sergio, *Monitoreo de la calidad de la atención en las acciones dirigidas a la reducción de la muerte materna en las regiones indígenas de México*, Seminario: Horizontes en la investigación en Sistemas de Salud, Doctorado en Ciencias de la Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, Marzo, 2006.
- Nigenda, Gustavo, *El Seguro Popular de Salud en México. Desarrollo y retos para el futuro*, Nota técnica de salud 2/2005, Banco Interamericano de Desarrollo, México, Abril 2005, p. 6- 7.
- OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2005. ¡Cada madre y cada niño contarán!*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza, 2005.
- Pérez-Rico R, Sesma-Vázquez S, Puentes-Rosas E, "Gastos catastróficos por motivos de salud en México: estudio comparativo por grado de marginación", *Salud Pública de México*, 2005, suplemento 1: S47-S53.

- SEDESOL, Informe de rendición de cuentas de la administración 2000-2006, Etapa I: Informe que comprende del 01 de diciembre de 2000 al 31 de diciembre de 2005, Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de la Función Pública, México, 2006a
(http://www.oportunidades.gob.mx/Informe_Rendicion_Etapa1.pdf consultado el 29 de septiembre de 2006).
- SEDESOL, Informe de rendición de cuentas de la administración 2000-2006, Etapa II: Informe que comprende del 01 de enero al 30 de junio de 2006, Coordinación Nacional del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de la Función Pública, México, 2006b.
(http://www.oportunidades.gob.mx/Informe_Rendicion_Etapa2.pdf consultado el 29 de septiembre de 2006).
- SSA, *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*, Secretaría de Salud, México, 2001.
- SSA, *Urgencias obstétricas en unidades de primer nivel. Manual de atención, Arranque Parejo en la Vida*, Secretaría de Salud, México, 2001b.
- SSA, *Salud: México 2001*, Secretaría de Salud, México, 2002a.
- SSA, *Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida*, Secretaría de Salud, México, 2002b.
- SSA, *Prevención, diagnóstico y manejo de la Preclampsia/Eclampsia. Lineamiento técnico*, Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, México, 2002c.
- SSA, *Prevención, diagnóstico y manejo de la Hemorragia Obstétrica. Lineamiento técnico*, Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, México, 2002d.
- SSA, *Salud: México 2002*, Secretaría de Salud, México, 2003.
- SSA, *Salud: México 2003*, Secretaría de Salud, México, 2004a.
- SSA, *Financiamiento justo y protección social universal. La reforma estructural del sistema de salud en México*, Secretaría de Salud, México, 2004b.
- SSA, *Salud: México 2004*, Secretaría de Salud, México, 2005a.
- SSA, *Sistema de Protección Social en Salud, Elementos conceptuales, financieros y operativos*, Secretaría de Salud, México, 2005b.
- SSA, *Salud: México 2001-2005*, Secretaría de Salud, México, 2006a.
- SSA, *Reporte No. 6. Indicadores de Resultados. Segundo Semestre, 2005*, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud, México, 2006b.

- SSA, *Informe de resultados. Tercer trimestre de 2006*, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud, México, 2006c.
- SSA, *Mortalidad materna hospitalaria por institución, para los años 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 y primer semestre de 2006, nacional y por entidad federativa. Atención a solicitud de información número 0001200108006*, Dirección de Sistemas de Información en Servicios de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, México, septiembre 28 de 2006c.
- World Health Organization, *Managing Complications in Pregnancy and Child Birth*, Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization, 2000.



**La muerte materna en Guerrero al margen
de la respuesta gubernamental.
El desafío para el Seguro Popular**

David M. Meléndez Navarro

Guerrero



1. Introducción

En el transcurso de 2005, en el ámbito estatal, murió una mujer cada 4 días por complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio, con este acumulado de muertes maternas, el estado de Guerrero se ubica en el lamentable primer lugar con mayor razón de muerte materna a nivel nacional. Nada novedoso, desde hace diez años, Guerrero, Chiapas y Oaxaca se han disputado los penosos primeros lugares. La mortalidad materna continúa siendo el principal reto del sistema de salud en el estado.

La reducción de este indicador ha estado presente como uno de los objetivos de diversas conferencias internacionales en los que México ha estado representado. En el año 2000, el gobierno de México y otros 188 Estados miembros de las Naciones Unidas, establecieron un nuevo compromiso que se suma a la lista; los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio,¹ entre los cuales el número 5 establece la meta de mejorar la salud materna y reducir la mortalidad materna en 75% para el año 2015, respecto de los niveles de 1990.²

Los planeadores de la política social del país, y especialmente los responsables de diseñar políticas y programas del sector salud, se enfrentan al desafío de alcanzar los objetivos propuestos en los plazos establecidos.³

La muerte materna, se ubica dentro del grupo de problemas de salud considerados como "rezago epidemiológico" junto con patologías fácilmente evitables que prevalecen en poblaciones vulneradas históricamente. Parte de los determinantes de este problema de salud se encuentra en el bajo desempeño del sistema de salud,⁴ en la inequidad, ineficiencia e insuficiencia del mismo. Precisamente, estos son los elementos que sirven de argumento en América Latina y el Caribe para instrumentar la denominada reforma de los sistemas de salud, planteada como *"un proceso a introducir cambios sustantivos con el propósito de aumentar la equidad de sus prestaciones, la*

1 Tres de los ocho objetivos, 8 de las 18 metas y 18 de los 48 indicadores están relacionados con la salud Organización Mundial de la Salud. La contribución para el logro de las Metas de Desarrollo de la Declaración del Milenio de Naciones Unidas. Informe del Secretariado. Ginebra: OMS; 2003.

2 United Nations Development Program. Human Development Report 2003. Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty. New York: UNDP; 2003.

3 Torres, Cristina, Mujica Oscar J. Health, equity, and the Millennium Development Goals. Rev Panam Salud Pública. [online]. 2004, vol. 15, no. 6, pp.430-439:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892004000600012&Ing=en&nrm=iso

4 Meléndez N. D., "La atención obstétrica de emergencia: una estrategia viable para disminuir la muerte materna ante las insuficiencias, ineficiencias e inequidades del sistema de salud en Guerrero en: mortalidad materna y presupuesto público, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, México, 2005.



*eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y, con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población”.*⁵

Estos procesos de reforma se han “concentrado principalmente en los cambios estructurales, financieros y organizacionales de los sistemas de salud y en los ajustes a la prestación de servicios de atención a las personas”.⁶

En esa lógica, en México, el 15 de mayo de 2003, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto por el que se concreta la reforma y se adiciona a la Ley General de Salud la fracción II BIS creando el Sistema de Protección Social en Salud, gestándose en el sistema de salud mexicano una de las “reformas más profundas”.⁷ En abril de 2004 se celebra el acuerdo de coordinación entre el ejecutivo federal y el ejecutivo del estado de Guerrero, acto inaugural de la ejecución formal del Sistema de Protección Social en Salud⁸ en la entidad.

El propósito general de este trabajo es comprender la operatividad del sistema de protección social en salud e identificar las implicaciones que tiene en la disminución de la mortalidad materna en el estado de Guerrero.

El documento se desarrolla a partir de tres cuestionamientos: ¿cuál ha sido el esfuerzo del sistema de salud estatal por reducir la muerte materna?, ¿han mejorado los servicios de salud para las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio?, y ¿qué retos e implicaciones tiene el diseño y la implementación del Seguro Popular de Salud en la reducción de la mortalidad materna?

Para responder a las dos primeras interrogantes, se realiza un análisis de indicadores de proceso y resultado que se relacionan con la producción de servicios básicos necesarios para evitar una muerte materna, de esta manera, el “esfuerzo” gubernamental será identificado en los cambios registrados en el periodo 2000 a 2005.

En el caso de la tercera pregunta, se presentan las características del diseño y la implementación del Seguro Popular en el estado identificando sus alcances, limitaciones y retos para reducir la muerte materna.

5 Crocco, Pedro, Schroeder, Patricia, Villen, María Teresa et al. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública*, Agosto 2000, vol.8, no.1-2, pp.126-134. ISSN 1020-4989.

6 Muñoz, Fernando Regional de las Américas sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud. *Rev Panam Salud Pública*, jul. 2001, vol.10, no.1, pp.62-68. ISSN 1020-4989.

7 Frenk M. “Seguro Popular de Salud”, Instituto Nacional de Salud Pública, conferencia, 4 de marzo de 2005. Cuernavaca Morelos.

8 Secretaría de Salud. *Acuerdo de coordinación que celebran el ejecutivo federal y estatal, por conducto de la Secretaría de Salud y el ejecutivo del Estado de Guerrero para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud*. Chilpancingo, Guerrero. 6 de abril de 2004.

2. Antecedentes

Resulta pertinente mencionar que en 2005 se presentaron cambios coyunturales en distintos niveles de gobierno y poderes del estado, por un lado, en el ejecutivo estatal se registra por primera vez una alternancia política con el arribo a la administración de un partido de oposición.⁹ En el ámbito municipal se presentan cambios de gobierno local. De igual manera, se eligieron diputados locales iniciando una nueva legislatura.

El nuevo gobierno, en sus diferentes ámbitos, recibió en diversos foros ciudadanos la preocupación y la exigencia por parte de organizaciones sociales, investigadores y la sociedad civil en general de incluir a la muerte materna como un tema prioritario en la agenda gubernamental.¹⁰

No obstante la pertinencia y urgencia social del tema, actualmente, a excepción de la estrategia Arranque Parejo en la Vida¹¹ no existe en el estado ningún programa sustancial dirigido a disminuir la muerte materna.

La ausencia de un programa de iniciativa local resulta todavía más incomprensible cuando en el propio Plan Estatal de Desarrollo de la nueva administración se reconoce que: *“En cuanto a la mortalidad materna, ésta presenta altos índices en torno a un embarazo, parto o puerperio (sic). La mujer indígena no es la excepción (sic), asociada a una falta de control prenatal y a una inadecuada atención del parto, mala alimentación etc. Las principales causas de muerte son: la hemorragia posparto con una tasa de 4.2 de cada 10 mil, las ocasionadas por eclampsia con 1.4 aunque bien se pudieron evitar mediante un adecuado control del embarazo”*.¹²

La actual administración estatal, en sintonía con la pasada ha marginado y olvidado el problema de la mortalidad materna y está ausente en términos presupuestales y programáticos.

⁹ La nueva administración estatal tomó posesión a partir del 1 de abril de 2005.

¹⁰ Foro Estatal “Prevención de muertes maternas en México: ¿y las mujeres indígenas?”, San Luis Acatlán, Guerrero. Mayo 26 y 27 de 2005.

¹¹ Tengo dificultades conceptuales en cómo definir a Arranque Parejo en la Vida, inicialmente se le llamó “programa”, posteriormente, al evidenciarse la ausencia de los rasgos característicos de un programa se le llamó por parte de algunos funcionarios de la Secretaría de Salud “enfoque” y recientemente se elevó a rango de movimiento social: “Arranque Parejo en la Vida es hoy un movimiento social porque conjuga tres elementos, un marco ético muy explícito, su uso para mejorar los servicios de salud a través de la atención de las necesidades y la valiosa participación de la sociedad, lo que garantizan su continuidad”, Secretario de Salud Dr. Julio Frenk Mora, durante la XI Reunión Ordinaria del Comité Arranque Parejo en la Vida. Comunicado de prensa No 693. 15 de noviembre de 2006.

¹² Gobierno del estado de Guerrero. Plan Estatal de Desarrollo. 2005-2011. <http://www.guerrero.gob.mx>

Sin embargo, recientemente, el gobierno estatal presentó en una reunión interinstitucional datos que presentan una disminución de 16% de muertes registradas en 2006 respecto a 2005. En 2005 se presentaron un número absoluto de 91 casos, mientras que en 2006 se registraron 76, de las cuales, 20 se ubicaron en la región Montaña y 13 en Costa Chica.¹³

El caso resulta paradójico, mientras que en los indicadores de desempeño y en evaluaciones al programa Arranque Parejo en la Vida, el sistema de salud estatal presenta los peores indicadores del país, se refiere una disminución dramática de la muerte materna. Recordemos que el registro de los casos puede descender, pero no significa la disminución del evento, siguiendo la evolución de la razón de muerte materna en los últimos 15 años (gráfica 1), podemos identificar abruptos cambios a consecuencia de un deficiente sistema de registro y no precisamente el resultado de mejoras en el acceso a los servicios de salud.¹⁴

Por otro lado, llama la atención que en 2005 el número absoluto de muertes maternas fue de 91, no coincide la razón considerando que como denominador se utiliza como convención desde 2002 los nacidos vivos estimados por el CONAPO. Para 2005, el CONAPO proyecta para el estado, un total de nacimientos esperados de 67,075,¹⁵ siendo así, se tendría una RMM de 135 por cada 100 mil nacidos vivos estimados. Pero, la RMM que se presenta de manera oficial es de 126, este resultado es la consecuencia de haber utilizado un denominador mayor con 72,222 nacimientos. ¿De dónde salieron estos 72,222 nacimientos que usaron para el cálculo de la razón de muerte materna?

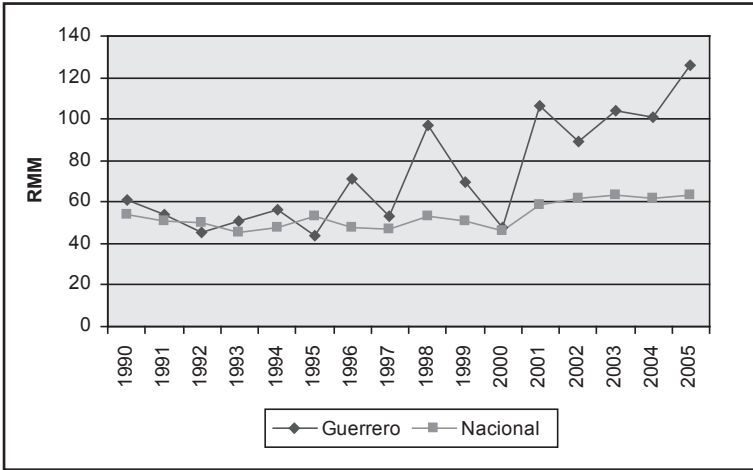
¹³ Gobierno del estado de Guerrero. Dirección General de Comunicación Social. Boletín de prensa No 051-07 24.01.07. <http://www.guerrero.gob.mx/?P=leearticulo&ArtOrder=ReadArt&Article=1208>

¹⁴ Freyermuth Enciso Graciela, "Notas Metodológicas para la Estimación del Subregistro de Mortalidad Materna en Población Indígena y el Estudio Cualitativo de la Muerte Materna". Fundar, Centro de Análisis e Investigación, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población. Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas. ACAS, A.C. 2004. Carpeta p. 39.

¹⁵ Proyecciones del CONAPO para 2000-2010 en www.conapo.gob.mx



Gráfica 1
Razón de Muerte Materna. Guerrero 1990-2005



Fuente: Elaboración propia con información de la SSA/DGEI, Mortalidad 1990-2000 www.conapo.gob.mx/00cifras/00salud/estados/Guerrero/GRO29.xls Salud México 2002, 2003, 2004, indicadores de resultado 2001-2005. www.ssa.gob.mx



3. El Seguro Popular y la mortalidad materna

Es importante identificar a nivel de diseño e implementación, los elementos que plantea el Seguro Popular que tienen relación directa o indirecta con la disminución de la mortalidad materna.

El Sistema de Protección Social en Salud define tres retos: la calidad, la equidad y la protección financiera para disminuir los rezagos en salud (incluida la mortalidad materna) mediante una transformación de la estructura financiera del sector salud. Estos retos los categoriza como los de mayor trascendencia para combatir desigualdades sociales y regionales. Uno de los ejes de la reforma es la “democratización” de la atención a la salud lo que implica que no importa el lugar de residencia, capacidad económica o situación laboral para tener condiciones de acceso a la atención en salud de calidad.¹⁶ En este mismo nivel discursivo se hace mención que debido a las diversas transiciones epidemiológicas, demográficas, económicas y políticas, que se están presentando en la sociedad mexicana y a las características de segmentación del sistema de salud, se pueden visualizar cinco desequilibrios financieros:

- 1.- Insuficiencia en el gasto (bajo porcentaje de los ingresos destinados al gasto en salud).
- 2.- Inequidad e injusticia financiera (financiamiento de los servicios de salud por parte de las familias al momento de solicitar la atención).
- 3.- Desigualdades en la distribución de los recursos públicos (concentración en instituciones que atienden a la economía formal).
- 4.- Problemas en la asignación del presupuesto estatal.
- 5.- En el destino del gasto (la mayor proporción se destina al pago de nómina con un bajo gasto de inversión).

Se reconoce que estos “problemas financieros” determinan un ejercicio desigual del derecho a la protección de la salud.

De esta manera, la reforma tiene como objetivo corregir los desequilibrios financieros, definir corresponsabilidades entre diferentes niveles de gobierno y la ciudadanía, y dar contenido efectivo al ejercicio pleno del derecho a la protección a la salud.

¹⁶ Secretaría de Salud, Sistema de Protección Social en Salud. *Elementos conceptuales, financieros y operativos*. Primera edición 2005. México <http://www.salud.gob.mx/>



Por otro lado, el presupuesto destinado a la estrategia federal Arranque Parejo en la Vida para disminuir la mortalidad materna se incorpora para financiar la atención durante el embarazo, parto y puerperio incluidos en el CAUSES.¹⁷ De esta manera el diseño o etiquetación de presupuesto para acciones puntuales para disminuir la mortalidad materna queda bajo responsabilidad de los Servicios de Salud Estatales.¹⁸ Este hecho resulta crucial, porque el sistema de salud estatal ha marginado el problema y se enfrenta a serios rezagos estructurales como a continuación se presentará.

17 Los servicios que se prestan por parte del Seguro Popular de manera gratuita a las afiliadas son: 1) examen y prueba del embarazo; 2) atención del embarazo normal (atención prenatal); 3) atención del parto normal; 4) atención del puerperio normal; 5) atención del recién nacido normal; 6) atención del parto por cesárea y del puerperio quirúrgico; 7) estimulación temprana del recién nacido normal y del prematuro; 8) diagnóstico y tratamiento de eclampsia; 9) diagnóstico y tratamiento de pre-eclampsia; 10) diagnóstico y tratamiento de pre-eclampsia severa; 11) hemorragia obstétrica puerperal; 12) hemorragia por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinsera; 13) ruptura uterina; 14) enfermedad trofoblástica; 15) embarazo ectópico; 16) endometritis puerperal; 17) infección superficial de episiorrafia o herida quirúrgica obstétrica; 18) pelviperitonitis; 19) choque séptico puerperal; 20) ictericia neonatal. Catálogo Universal de Servicios de Salud. Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2006.

18 "El Sistema de Protección Social en Salud, no tiene financiamiento para programas de acción en salud, únicamente para padecimientos e intervenciones incluidos en el Catálogo Universal de Servicios en Salud (CAUSES). La Comisión Nacional de Protección Social en Salud no tiene responsabilidad directa en la asignación de recursos para intervenciones específicas, cada entidad federativa es responsable de asignar éstos a sus intervenciones". Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, CNPSS/DGGSS/303/06, México, 05 de junio de 2006. Citado en: Díaz E. Daniela Mortalidad Materna una tarea inconclusa. Fundar, Centro de análisis e investigación A.C. Serie avances y retrocesos, una evaluación ciudadana al sexenio 2000-2006. México, 2006, p. 34. <http://www.fundar.org.mx/PDF%20Avances%20y%20Retrocesos/03.pdf>



4. La evolución de la mortalidad materna y los servicios de salud; evidencias del olvido

Guerrero muestra una tendencia a la alza dos veces mayor que el promedio nacional, con una razón que supera mas de 10 veces el estado de Colima que presentó la menor razón de muerte materna a nivel nacional.¹⁹ El comportamiento de este indicador nos permite ver la brecha en relación con el promedio nacional, esta brecha no solamente permanece sino que se incrementa. De acuerdo a este indicador en Guerrero, la meta que se planteaba el programa Arranque Parejo en la Vida (disminuir en 35% la tasa de MM en relación con la registrada en 2000) ha quedado muy lejana de alcanzar.

Como mencionamos anteriormente, la razón de muerte materna²⁰ es un indicador de resultado poco sensible para identificar el “esfuerzo” por mejorar los servicios de salud. Su aumento o disminución puede depender de la calidad del sistema de registro, por tal motivo, presentamos una serie de indicadores que tienen que ver directamente con los servicios indispensables durante el embarazo, parto y puerperio y permite conocer el progreso de los servicios de atención materna en un periodo de tiempo e identificar si a partir de la implementación del Seguro Popular en el año 2004 se registran mejoras.

Por ejemplo, la disponibilidad de médicos generales y familiares²¹ no presenta modificaciones realmente significativas, pese a que la tendencia fue hacia la baja a nivel nacional y Guerrero supera por poco el promedio nacional, la distancia con el primer lugar permanece intacta.

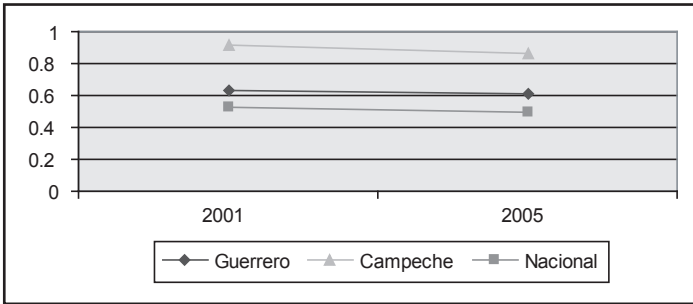
¹⁹ La RMM de Colima para 2005 fue de 9 por 100,000 nacidos vivos estimados. Dirección General de Información en salud. Secretaría de Salud, "Indicadores de salud 2001-2005". Primera edición, México, 2006.

²⁰ La razón de mortalidad materna corresponde a la relación entre las muertes de mujeres debidas a complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio en un año y una población determinada, por cada 100,000 nacidos vivos estimados de ese mismo año y población.

²¹ Incluye información de la SS; IMSS-Oportunidades; IMSS; ISSSTE; PEMEX; SEDENA, y SEMAR. Fuentes: Boletín de Información Estadística (BIE) Num. 21, Vol. I. Recursos y Servicios (2001), e Información preliminar 2005. Dirección General de Información en Salud, SS, y Proyecciones de Población 2000-2050 del CONAPO, 2002.



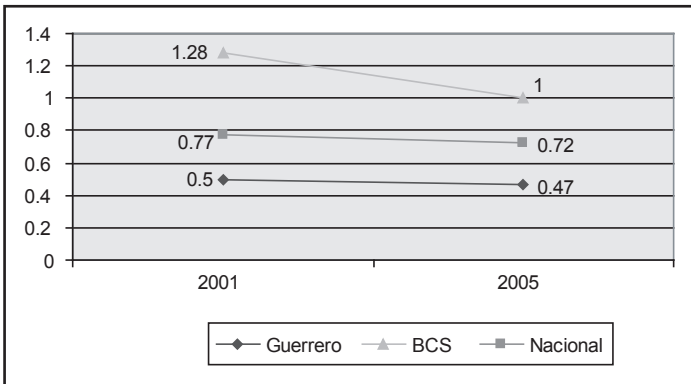
Gráfica 2
Médicos generales y familiares por 1000 habitantes. 2001-2005



Elaboración propia con información de Secretaría de Salud. Indicadores de resultado 2001-2005. www.ssa.gob.mx

En la gráfica 3 podemos percatarnos de la tendencia a la baja del indicador de camas censables,²² aunque la distancia se acortó con el promedio nacional, pero más bien por peores condiciones de otros estados y no por alguna mejoría estatal.

Gráfica 3
Camas censables por 1000 habitantes. 2001-2005



Elaboración propia con información de Secretaría de Salud. Indicadores de resultado 2001-2005. www.ssa.gob.mx

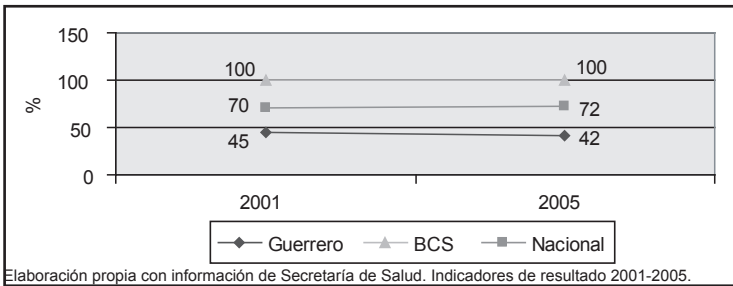
²² Se refiere a las camas instaladas en los establecimientos de salud en el área de hospitalización, debe contar con los recursos indispensables de espacio, materiales y de personal. Es la única que produce egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días de estancia. INEGI. Anuario Estadístico. Edición 2002, p. 604.



Para el año 2005 se esperaban, en el ámbito estatal, 67,074 nacimientos. De estos, se estima que 55,572 corresponderán a la población abierta.²³ Para ese mismo año la Secretaría de Salud estatal reporta que “se atendieron 23,827 nacimientos en centros hospitalarios”,²⁴ lo cuál representa 42% del total. El Seguro Popular reporta que en el primer semestre de 2005 atendió 43 partos y hasta el mismo periodo de 2006 la suma era de 168 partos.²⁵ Sin embargo, no se hace mención del número de partos esperados. Estos datos indican dos deficiencias, por una parte, una baja cobertura en la atención institucional de los partos esperados y, por otro lado, señalan una baja cobertura del Seguro Popular en salud materna, lo cual sugiere que el financiamiento para este apartado están en otras fuentes de financiamiento como las cuotas de recuperación.

En la gráfica 4, se presenta la disminución que presenta la atención del parto en unidades médicas, pasando de 45% en 2001 a 42% en 2005. Es pertinente recordar que como uno de los objetivos del programa Arranque Parejo en la Vida está atender 90% de los partos a través de personal calificado.²⁶ Al igual que la razón de muerte materna, está muy lejos de cumplirse.

Gráfica 4
Porcentaje de partos atendidos en unidades médicas. 2001-2005



²³ Cálculo realizado considerando las proyecciones del CONAPO para 2000-2010.

²⁴ Se debe subrayar que cuando se refieren a partos atendidos en establecimientos de salud por personal profesional hacen mención a “establecimientos hospitalarios” descartando la atención del parto en servicios de primer nivel.

²⁵ Comisión Nacional de Protección en Salud. Informe de resultados. Primer semestre 2006. Julio 2006. Anexo comparativo, p. 17.

²⁶ Secretaría de Salud, *Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida*. Disponible en http://www.generoyaludreproductiva.gob.mx/articulo.php?id_rubrique=11&id_articulo=789



Estos datos, en tanto, promedios estatales no reflejan las desigualdades abismales entre municipios y regiones al interior del estado.

En las regiones indígenas como la Montaña y la Costa Chica el porcentaje de atención es mucho menor. Por ejemplo, en Metlatonoc, para el año 2004 se registraron 2,741 nacimientos de los cuales escasamente 20 se atendieron en establecimientos de salud ya sean públicos o privados, esto representa el ínfimo porcentaje de 0.7 respecto del total. Esta exigua cobertura se concentra en los municipios rurales indígenas, en donde ninguno presenta porcentajes más altos de 20%. A diferencia de municipios predominantemente rurales no indígenas que presentan cifras de hasta de 38% como es el caso de Cocula,²⁷ el mejor indicador lo tiene Acapulco en donde se atienden a 86% de los partos registrados.²⁸ Como veremos más adelante es en estas regiones en donde el Seguro Popular ha estado ausente.

En relación al acceso a los medicamentos, un indicador es el porcentaje de recetas de forma completa, en la gráfica 5 observamos un considerable deterioro en este rubro, la diferencia con otros estados y con la media nacional es evidente. En una evaluación externa al programa Arranque Parejo en la Vida en relación a la disponibilidad de medicamentos para urgencias obstétricas se menciona que Guerrero ocupó la disponibilidad más baja, particularmente en jurisdicciones que atienden población rural e indígena.²⁹

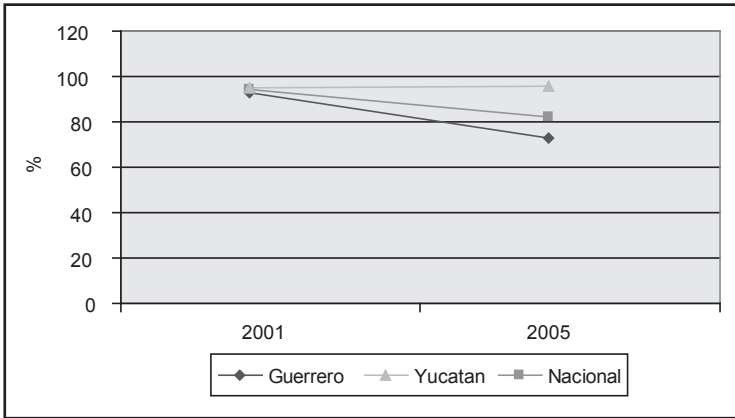
27 Desafortunadamente estos datos se tienen disponibles solo para 2004, se solicitaron para 2005 y 2006 pero no se obtuvo respuesta.

28 INEGI. Dirección General de Estadística. Dirección Regional Centro Sur. Estadísticas Vitales. 2005.

29 Instituto Nacional de Salud Pública. Evaluación Externa al Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida. 2000-2005. Resumen Ejecutivo. Primera edición, 2006, p. 22.



Gráfica 5
Porcentaje de recetas surtidas de forma completa en unidades de
atención ambulatoria. Guerrero 2001-2005

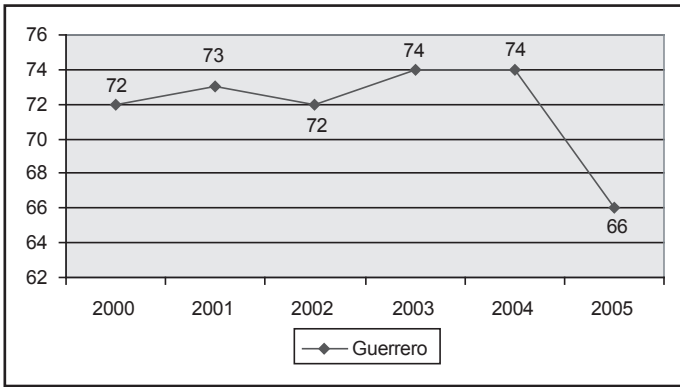


Elaboración propia con información de Secretaría de Salud. Indicadores de resultado 2001-2005. www.ssa.gob.mx

En la gráfica 6, vemos la disminución del número de laboratorios clínicos en el estado. Los laboratorios disminuyeron en el mismo periodo de tiempo, del 2004 a 2005 se precipita. Esta tendencia es también a nivel nacional, pasando de un total de 1,818 a 1,362 en 2005, representando 25% menos.



Gráfica 6
Laboratorios Clínicos. Guerrero. 2000-2005



Fuente: Elaboración propia con datos de Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México 2005. No incluye información del ISSSTE ni del sector privado.
<http://sinais.salud.gob.mx/infraestructura/>

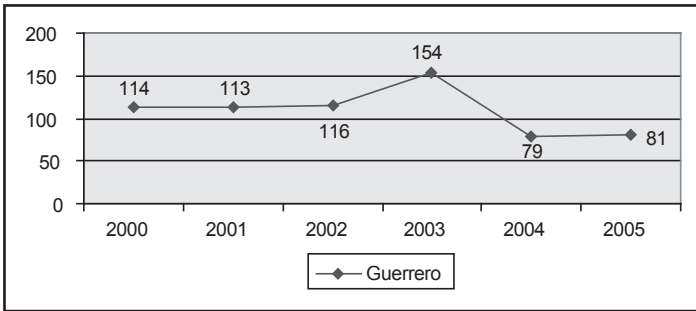
Las incubadoras también presentan un descenso considerable (29%), pasando de 114 a 81. A nivel nacional la reducción es de 7%. Llama la atención que la caída más precipitada es entre el periodo 2003-2004.

En 2005, el estado recibió un total de 154 equipos donados por Fundación TELMEX, 33 ultrasonidos, 32 toco cardiógrafos, 28 cunas térmicas, 31 incubadoras fijas, 19 incubadoras de traslado, 4 ventiladores neonatales, 8 monitores pediátricos y 3 lámparas de fototerapia.³⁰ Aún así, no se alcanza la disponibilidad que se tenía al año 2000.

30 INSP, Evaluación externa al programa Arranque Parejo en la Vida Op. Cit. p. 21.



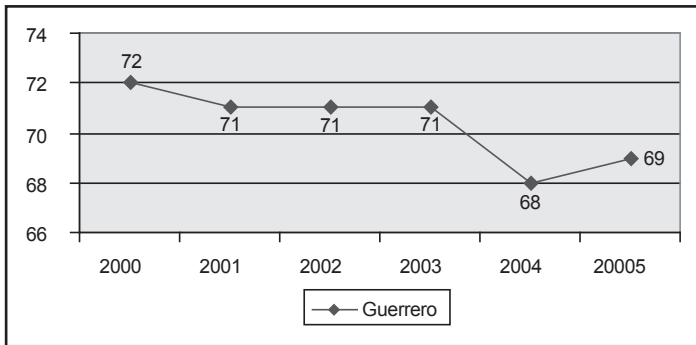
Gráfica 7
Incubadoras. Guerrero 2000-2005



Fuente: Elaboración propia con datos de Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México 2005. No incluye información del ISSSTE ni del sector privado.
<http://sinais.salud.gob.mx/infraestructura/>

En 2005, Guerrero registró tres quirófanos menos en relación al año 2000, de nueva cuenta, resalta que la baja más importante es de 2003 a 2004. A diferencia de los otros indicadores, en el ámbito nacional se registra un aumento, pasando de 2,760 a 2,892.

Gráfica 8
Quirófanos. Guerrero 2000-2005

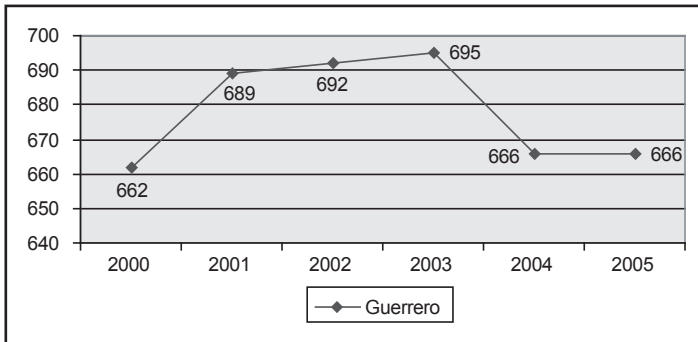


Fuente: Elaboración propia con datos de Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México 2005. No incluye información del ISSSTE ni del sector privado.
<http://sinais.salud.gob.mx/infraestructura/>

En cinco años aumentaron sólo 4 salas de expulsión en todo el estado (gráfica 9). Los datos nacionales llaman la atención debido a la reducción de 26% pasando de un total de 6,945 a 5,107. Algunos estados presentaron bajas considerables; Chiapas presentó una reducción de más de 70%. El dato más alarmante lo registra Quintana Roo que transita de 121 a la ínfima cantidad de 10 salas de expulsión.

Es incomprensible esta tendencia, sobre todo si consideramos que una de las estrategias del sector salud para disminuir la mortalidad materna es aumentar el porcentaje de atención del parto en unidades médicas.

Gráfica 9
Salas de expulsión. Guerrero 2000-2005.

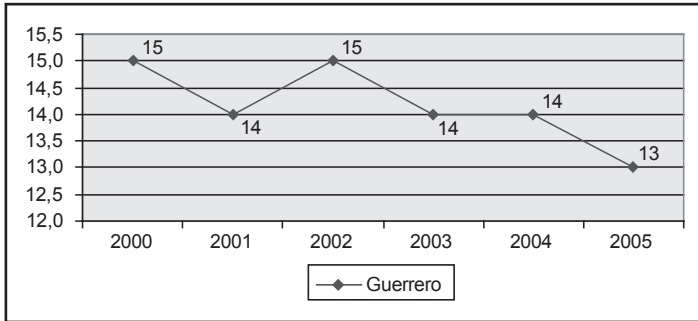


Fuente: Elaboración propia con datos de Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México 2005. No incluye información del ISSSTE ni del sector privado.
<http://sinais.salud.gob.mx/infraestructura/>



Como lo muestra la gráfica 10, al igual que los otros indicadores, la tendencia es a la baja. Coincide con la dinámica nacional en donde de 240 bancos de sangre se terminó en 2005 con 208, 13% en ambos casos. Algunos estados como es el caso de Chiapas se redujeron 50% los bancos de sangre.

Gráfica 10
Bancos de sangre. Guerrero 2000-2005



Fuente: Elaboración propia con datos de Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México 2005. No incluye información del ISSSTE ni del sector privado.
<http://sinais.salud.gob.mx/infraestructura/>

Como se constata a lo largo de la serie de indicadores presentados en el periodo 2000-2005, los servicios de salud no han mejorado, de hecho, en términos generales, denotan una involución considerable en su disponibilidad, incluso a partir de la implementación formal del Seguro Popular de Salud,³¹ no se registran mejoras sustanciales al respecto.

Recordemos que finalmente una parte de la disponibilidad de los servicios es una variable que depende del financiamiento destinado para tal fin, luego entonces nos podemos hacer el siguiente planteamiento ¿se ha mejorado el gasto en salud?

31 Iniciando a partir de abril de 2004. Secretaría de Salud 2004 Op. Cit.

5. El gasto en salud; se perpetúa la insuficiencia, inequidad y la injusticia financiera

En 2005, el presupuesto ejercido para el sector salud fue de 4 mil 565 millones de pesos,³² de los cuales:

- 2 mil 241 millones de pesos a la Secretaría de Salud.
- 2 mil 189 millones de pesos al Instituto Mexicano del Seguro Social.
- 135 millones de pesos al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Esta cantidad representa 19.5% del total del gasto ejercido por el estado en 2005. Esta proporción es casi la misma que la registrada en el año 2000 (9.7).³³ El presupuesto al sector salud permanece sin cambios.

Comparando el gasto total en salud ejercido de 2005 respecto a 2003 (3 mil 916 millones 387 mil pesos)³⁴ equivale a un incremento de apenas 16.5% en total. En 2004, el gasto dirigido a la población no derechohabiente fue de 2 mil 013 millones 341 mil pesos, lo cual corresponde a un aumento aproximado de 11%. En la tabla 1 y en la gráfica 11 podemos observar el mínimo incremento que se registró desde 2002 a 2005.

Tabla 1
Gasto per capita entre población derechohabiente y no derechohabiente.
Guerrero 2002-2005

Año	Población no derechohabiente (SSA)		Población derechohabiente (IMSS, ISSSTE)	
	No. de personas	Gasto per cápita	No. de personas	Gasto per cápita
2002	2,431,939	\$ 711	788,797	\$ 2,332
2003	2,445,207	\$ 755	791,137	\$ 2,613
2004	2,456,704	\$ 819	792,855	\$ 2,631
2005	2,402,848	\$ 932	604,859	\$ 3,842

Fuente: Elaboración propia con información de las comparecencias del Secretario de Salud Estatal, 2002, 2003, 2004, 2005. Informes de gobierno 2002, 2003, 2004, 2005. Proyecciones del CONAPO 2000-2030. Censo de población 2005. INEGI.

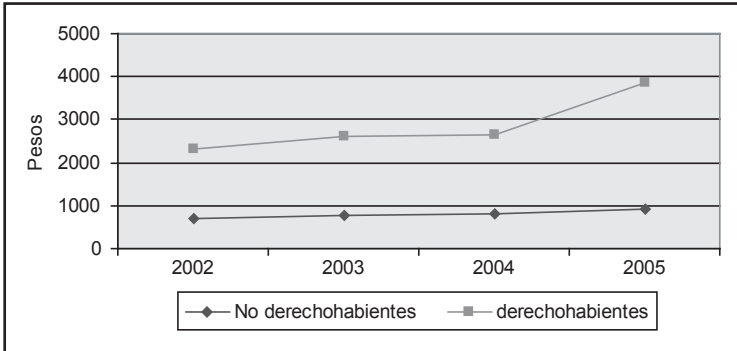
³² Gobierno del Estado de Guerrero. Secretaría de Salud. Comparecencia del Secretario de Salud 2005. Abril 2006.

³³ El cálculo se realizó en base a información presentada en la Cuenta Pública del Estado de Guerrero de 2000 y 2005.

³⁴ Gobierno del Estado de Guerrero. Secretaría de Salud. Comparecencia del Secretario de Salud 2003. Abril 2004.

El gasto per cápita en población no derechohabiente, de 2002 a 2005 escasamente ascendió 31 por ciento. Se observa un incremento insignificante de 2004 a 2005, recordando que el Seguro Popular en el estado entró en vigor en 2004 se podría esperar una ampliación sustancial sobre todo en la población no derechohabiente para 2005. No obstante, para todo dicho año el Seguro Popular obtuvo un financiamiento total de 87 millones 466 mil 215 pesos, del cual 72,766,215 (83%) fueron transferencias de recursos federales,³⁵ 10 millones (11%) fue la inversión estatal directa y 4 millones 700 mil pesos fueron cuotas familiares.³⁶

Gráfica 11
Evolución del gasto per cápita 2002-2005



La brecha en relación al gasto per cápita entre derechohabientes y no derechohabientes continúa, perpetuándose la desigualdad en el financiamiento de los servicios.

La justicia financiera tampoco ha mejorado con el Seguro Popular. En 2005, la inversión estatal directa para diversos programas como el Dengue, VIH-Sida, adicciones, Seguro Popular de Salud y servicio médico forense, fue de 22 millones 500 mil pesos. En contraste, las cuotas de recuperación ascendieron a un total de 100 millones 472 mil 230 pesos, lo cual representa tres veces más la inversión del estado.³⁷

³⁵ Dirección de Protección Social en Salud. Memorándum No 508. Septiembre de 2006.

³⁶ Diario de los debates del H. Congreso del estado de Guerrero año LVIII legislatura, reunión con comisiones de trabajo. Versión estenográfica. Reunión de trabajo con el Dr. Rodrigo Barrera Ríos, Secretario de Salud del Estado de Guerrero. Chilpancingo, Guerrero. 29 y 30 de mayo de 2006.

³⁷ *Ibidem* p. 47.



Las cuotas de recuperación para la población que no tiene Seguro Popular se continúan cobrando cuando se demanda la atención de servicios durante la maternidad; el costo de una cesárea varía entre los 2,000 y 3,000 pesos; un parto entre los 800 y 1,500 pesos.³⁸

Este pago es una fuente importante de financiamiento para solventar insuficiencias de recursos humanos y materiales en los hospitales o centros de salud. En marzo de 2005, la Secretaría de Salud Estatal contaba con 1,368 personas contratadas en forma irregular y pagadas a través de este recurso³⁹ que se les cobra a los pacientes al momento de hacer uso de los servicios.

³⁸ Visita a Hospitales Generales de la Zona Norte, Centro y Costa Chica.

³⁹ Gobierno del Estado de Guerrero. comparecencia 2005 Op. Cit. p. 2.



6. La mortalidad materna excluida del presupuesto

No existe forma de saber cuanto dinero se destinó para acciones dirigidas a disminuir la mortalidad materna, no aparece en ningún documento oficial y cuando se solicitó la información, la respuesta fue "la información solicitada no se encuentra disponible ya que no se procesa como lo solicita el interesado".⁴⁰ A diferencia de otros programas como Dengue, la mortalidad materna para el sistema de salud del estado no es un problema al que se etiquete presupuesto alguno.

6.1. Inconsistencias entre el presupuesto y el gasto

Formalmente, el Seguro Popular entra en vigor a partir del primero de enero de 2004. Para los años 2004 y 2005 las cifras no coinciden considerando tres fuentes de información.

Tabla 2
Comparación de fuentes de información. Presupuesto y gasto del Seguro Popular. Guerrero. 2004-2005

Fuente de información	2004		2005	
	Transferencias	Déficit	Transferencias	Déficit
Informes de la CNPS	40,802, 458		68,383,489	
Secretaría de Salud Estatal	35,336,922	5,465,536 (13%)	72,766,215	
En el gasto reportado por la Secretaría de Salud estatal	35,024,763	5,777,695 (14%)	40,191,764	28,191,725 (41.2%)

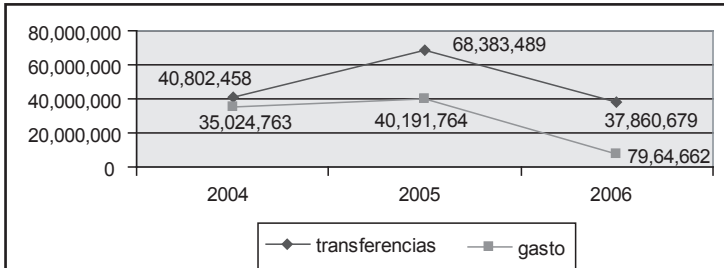
Elaboración propia con información de los informes semestrales de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Segundo Semestre del 2005 tabla comparativa del presupuesto transferible entre los años 2004 y 2005; Dirección de Protección Social en Salud. Memorándum No 508. Septiembre del 2006.

Para el año 2006 se transfirieron hasta el tercer trimestre un total de 75,034,142. Comparado con el tercer trimestre de 2005 cuyas trasferencias fueron de 36,182,362, representa un aumento de 107%. Algunos datos resultan contradictorios, por un lado, en el Informe del tercer trimestre de 2006 se expone que del financiamiento total, existe una participación estatal de 78% con una aportación de 58,801,345, no obstante, en el presupuesto de egresos estatal del mismo año, la inversión estatal al Seguro Popular es de 20

⁴⁰ Dirección de Protección Social en Salud. Memorándum 508, 21 de Septiembre del 2006. Chilpancingo Guerrero.

millones de pesos, incluso, la inversión directa del estado en el sector salud se limita a menos de 28 millones de pesos.

Gráfica 12
Transferencias y gasto realizado Guerrero 2004-2006



Elaboración propia con información de los informes semestrales de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Segundo Semestre del 2005 tabla comparativa del presupuesto transferible entre los años 2004 y 2005; Dirección de Protección Social en Salud. Memorandum No 508. Septiembre del 2006. Los datos del 2006 corresponden a transferencias hasta el 5 de mayo 2006 y el gasto se reporta hasta el 31 de agosto del 2006.

El gasto no coincide con el recurso transferido, lo cual hace suponer un subejercicio del presupuesto.

6.2. ¿Cómo se está ejerciendo el presupuesto?

En la evolución del gasto sobresale que el pago de sueldos va aumentando, pasando de 12% en 2004 a 51% en 2006. Mientras que en gasto de medicamentos paso de 39% en 2004 a 5% en 2006.

En equipo médico en 2004 el gasto significó 29% y en 2006 equivale a 1%. En el rubro de mantenimiento el gasto siempre ha representado alrededor de entre 1 y 3 por ciento. Recordemos que, precisamente este destino de gasto con poco ejercicio en inversión es uno de los desequilibrios financieros que se propone corregir el Seguro Popular.⁴¹

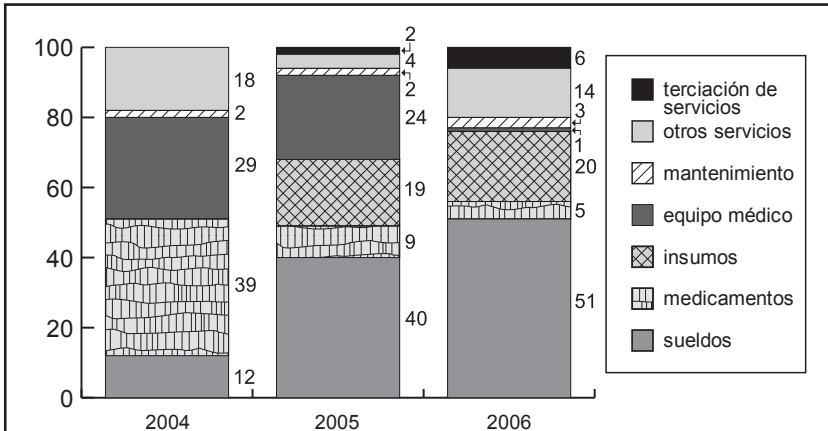
Es relevante destacar que a partir de 2005 aparece un nuevo concepto de gasto;

⁴¹ Véase página 6.



la subcontratación de servicios con terceros, pasando de 2% a 6% en 2006, nótese que es una proporción mayor respecto al gasto en medicamentos. Este hecho, constituye uno de los argumentos que interpretan al Seguro Popular como un vehículo para privatizar la prestación de los servicios, en tanto el pago de servicios incluye forzosamente el pago de ganancias por parte de la empresa prestadora y no exclusivamente el pago por el costo de producir los servicios. Además de ser una lógica de mercado, la prestación de los servicios por terceros podría dificultar el desarrollo de estándares adecuados de calidad.

Gráfica 13
Porcentaje por concepto de gasto respecto al presupuesto del Seguro Popular de Salud



Elaboración propia con información proporcionada por la Unidad Estatal de Protección Social en Salud. Dirección de Protección Social en Salud. Memorandum No 508. Septiembre del 2006. Los datos del 2006 corresponden a transferencias hasta el 5 de mayo 2006 y el gasto se reporta hasta 31 de agosto del 2006.

En 2005 el gasto total por el pago a terceros fue de 818,027 pesos. Solamente el H. ayuntamiento de Acapulco gastó 442 mil 574 pesos, lo cual representa 54% del gasto estatal por ese concepto.

Por lo demás, esta situación, incorpora un elemento de potencial desigualdad en el acceso a los servicios, debido a que en las regiones indígenas no se cuenta con infraestructura suficiente ni siquiera incorporando al sector privado.



6.3. El gasto del Seguro Popular de salud por regiones; la marginación de los marginados

Conocer la distribución del gasto del Seguro Popular por regiones, permite conocer la priorización del gasto y de manera indirecta la distribución de los afiliados debido a que en el esquema del SP “el dinero sigue a la gente”.

En la gráfica 14 vemos que a lo largo del periodo, la Montaña, Costa Chica y Tierra Caliente son las regiones menos favorecidas con los más exigüos porcentajes de participación respecto al total del gasto. A pesar de que en estas regiones es donde se ubica 59% del total de municipios en el estado clasificados como de muy alto grado de marginación (tabla 3).

Tabla 3
Regiones con municipios según grado de marginación. Guerrero, 2005

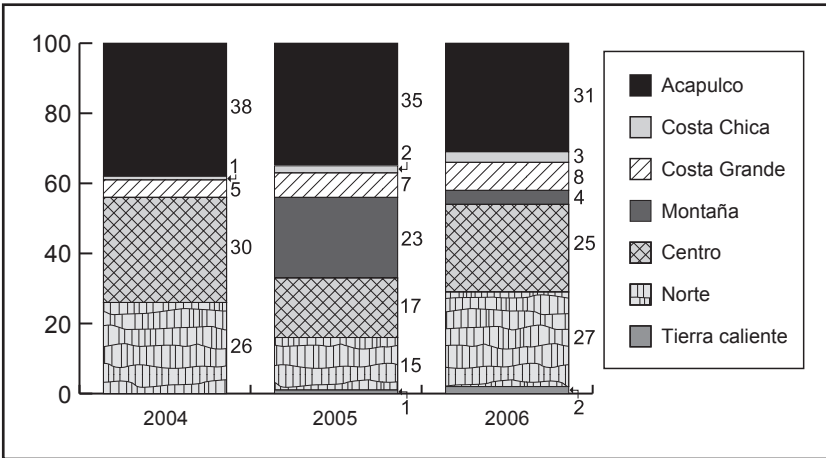
Región	No municipios	Grado de marginación			
		MA	A	M	B
Acapulco	1				1
Costa Grande	8	1	5	1	1
Centro	13	7	5		1
Norte	16	4	9	2	1
Tierra caliente	9	3	5		1
Costa Chica	15	9	6		
Montaña	19	13	6		
Total	81	37	36	3	5
Porcentaje	100%	45,67	44,80	3,70	6,17

Elaboración propia con información de CONAPO. Índices de marginación municipal 2005. www.conapo.gob.mx.
Siglas MA=Muy alto, A=Alto, M=medio B=bajo.

Llama la atención que en 2004 ni siquiera aparecía la región Montaña, mientras que regiones con bajo nivel de marginación se ubican como prioritarias. Este hecho viola, por un lado, lo establecido en el 8° artículo transitorio de reforma a la Ley General de Salud que señala “la cobertura de los servicios de protección social en salud iniciará dando preferencia a la población de los dos primeros deciles de ingreso en las áreas de mayor marginación, zonas

rurales e indígenas⁴² y, por otra parte, no se cumple la sexta cláusula del acuerdo de coordinación entre la Federación y el estado en donde hace mención que "en el proceso de implantación del SPSS, 'El Estado' dará prioridad a la incorporación de grupos vulnerables dentro de su territorio".⁴³

Gráfica 14
Distribución del gasto por regiones. Guerrero. 2004-2006



Elaboración propia con información proporcionada por la Unidad Estatal de Protección Social en Salud. Dirección de Protección Social en Salud. Memorándum No 508. Septiembre de 2006. Los datos del 2006 corresponden a transferencias hasta el 5 de mayo 2006 y el gasto se reporta hasta 31 de agosto de 2006.

42 Título Tercero Bis, "De La Protección Social en Salud", Reforma y adición a la Ley General de Salud, Diario Oficial de la Federación, México, mayo 15 de 2003.

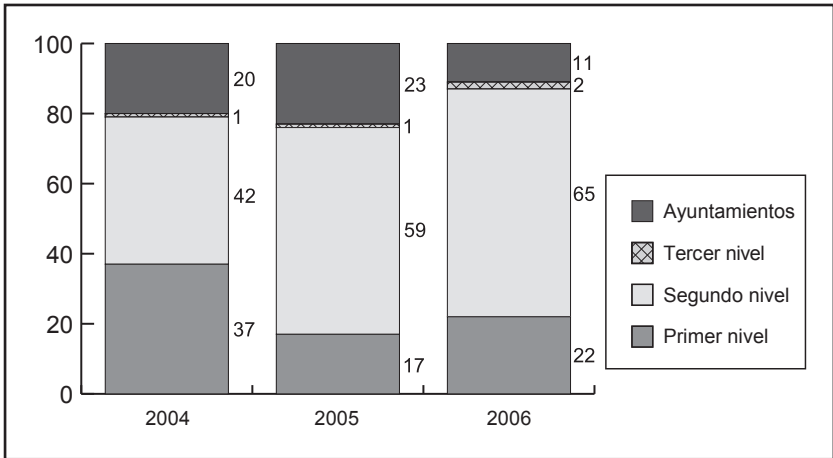
43 Acuerdo de coordinación Op. Cit.



6.4. Distribución del gasto por nivel de atención

En la gráfica 15 podemos ver como el segundo nivel es el que mayor participación en el gasto representa, el primer nivel registra una participación con altibajos. De nueva cuenta llama la atención las transferencias que se hacen a los ayuntamientos, sobre todo que los únicos ayuntamientos a los que se les ha hecho transferencias son a Acapulco e Iguala, el primero obtuvo su mayor monto en 2005 con un total de 9 millones 248 mil 811 pesos, lo cual representó cuatro veces más lo otorgado a la jurisdicción sanitaria de la misma región. ¿Por qué se están realizando transferencias a los ayuntamientos?, ¿no son acaso las transferencias para los establecimientos que prestan los servicios?

Gráfica 15
Distribución del gasto del Seguro Popular por nivel de establecimiento de salud. Guerrero 2004-2006



Es importante mencionar que el mecanismo para la transferencia de recursos es diferente entre primer y segundo nivel, en el caso del primer nivel, el recurso llega hasta las jurisdicciones y en base a su planeación lo distribuyen a los centros de salud. En el caso de lo hospitales, el recurso les llega directamente y lo ejercen de la misma manera.



6.5. Los afiliados y los excluidos

En el estado existen 81 municipios, de estos, 90% se encuentran clasificados como de muy alto y alto grado de marginación, en esas regiones vive la población objetivo del Seguro Popular, en orden de prioridades tendría sentido iniciar la afiliación en los municipios de muy alta marginación, los cuales suman 24. Pese a esto, resulta incomprensible que en 2004, al inicio del programa se incorporaran a 12 mil familias de los municipios de Chilpancingo, Iguala, Acapulco y San Luis Acatlán, Buenavista, Taxco de Alarcón, Chilapa, Atoyac y Azueta. De los cuales, únicamente San Luis Acatlán es un municipio de muy alta marginación, el resto está entre medio y bajo grado. La exclusión de los marginados y de la población indígena resultó evidente en el arranque del programa.

Comparando los acumulados del tercer trimestre de cada año, resulta que en 2005, el número de familias afiliadas fue de 18,552 (63, 324 personas), en 2006 el número de familias fue de 63,777 (213, 192 personas). No obstante que el crecimiento respecto a 2005 fue de más de 200%, en realidad no se alcanzó la meta acumulada de 172,668 familias afiliadas, el avance fue de 36%.⁴⁴

En el año 2005 se contaba con un total de 2,307,777 personas sin seguridad social, 74% del total de la población.⁴⁵ El Seguro Popular para el tercer trimestre de 2006 contaba con un total de 213,192 personas afiliadas si esto se divide entre el total de las personas sin seguridad social tenemos que representa apenas 9%. El programa tiene como meta afiliar en 2010 a 518,800 familias, lo cual resultaría que las 63,777 familias afiliadas hasta el tercer trimestre de 2006, representarían 12% respecto de la meta. ¿Se cumplirá la meta de afiliación?

6.6. ¿El dinero sigue a la gente?

Hasta el primer semestre de 2006⁴⁶ se afiliaron a 55,748 familias; de éstas la mayor proporción lo tenía la Montaña con 31%, como podemos apreciar en la gráfica 16.

⁴⁴ Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Cuadro comparativo 2005-2006. Información trimestral. Cuadro comparativo tercer trimestre. Reportado hasta el 31 de septiembre de 2006.

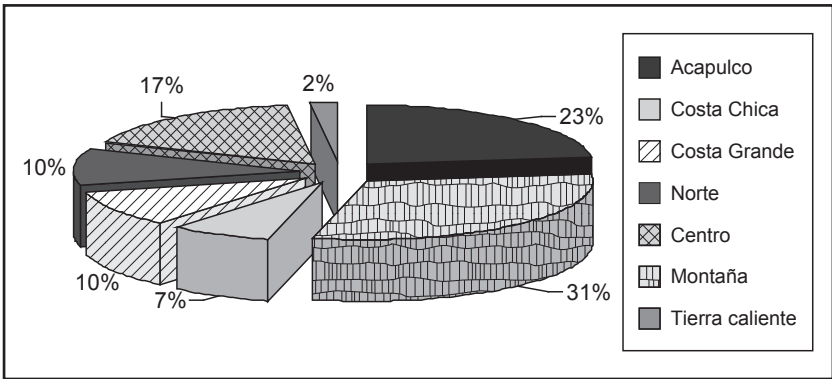
⁴⁵ INEGI. Censo de población 2005.

⁴⁶ Se consideró hasta el primer semestre de 2006 y no hasta el tercer trimestre debido a que en este periodo teníamos información detallada del número de familias afiliadas por municipio.



Esta distribución no es igual a la distribución del gasto, de hecho, como se aprecia en la gráfica 14, para 2006, la Montaña apenas representa un gasto de 4% respecto al total. ¿Por qué el dinero no sigue a la gente en este caso?, ¿es por la baja utilización de los servicios?

Gráfica 16
Distribución de los afiliados por región.
Primer semestre de 2006



Elaboración propia con información proporcionada por la Unidad Estatal de Protección Social en Salud. Dirección de Protección Social en Salud. Memorándum No 508. Septiembre de 2006.



7. Conclusiones a manera de recomendaciones

El drama de la muerte materna en el estado de Guerrero continúa estando al margen de la respuesta del gobierno federal y estatal. La supuesta preocupación por reducir este rezago epidemiológico no se ha traducido en acciones concretas. No existe un solo indicador de proceso y menos de resultado que permita observar un esfuerzo gubernamental en el ámbito estatal en relación al problema. De hecho, los servicios de salud necesarios para brindar atención médica durante la maternidad han estado desde el año 2000 en una marcada disminución en su disponibilidad, sobre todo en regiones indígenas históricamente olvidadas como lo son la Montaña y Costa Chica.

Las metas propuestas del Programa Arranque Parejo en la Vida al año 2006 estuvieron muy lejos de cumplirse y con la puesta en marcha del Seguro Popular se vuelve más difícil su seguimiento presupuestal, tanto para el APV en particular, como para toda la atención del embarazo, parto y puerperio. Pues todo el gasto para dichas intervenciones se canaliza a través de éste, y los documentos presupuestales federales y estatales informan de manera agregada, es decir, no se desglosa ni por acciones en salud ni por programas, menos aún por poblaciones específicas.

Con la puesta en marcha del Seguro Popular, la Federación exime su responsabilidad ante el problema y se conforma como ente financiador y regulador, trasladando la responsabilidad de implementar iniciativas operativas a los servicios estatales del estado. Dentro de estas iniciativas operativas que quedan como responsabilidad de la secretaría de salud estatal, se encontraría precisamente un programa expresamente dirigido a instrumentar acciones para disminuir la mortalidad materna. Este hecho resulta preocupante considerando que no ha existido una iniciativa estatal⁴⁷ en toda la historia de los servicios de salud que se dirija a disminuir este problema.

Por otro lado, el Seguro Popular –aunque en el catálogo de servicios contiene los servicios indispensables para brindar una atención médica durante la maternidad–, no puede estar pensándose como una propuesta para disminuir la Mortalidad materna, porque estos servicios se van produciendo en función del progreso en la afiliación de las mujeres, es decir, los servicios mejoran para las mujeres afiliadas, no para todas las mujeres. De esta manera, el Seguro Popular es para todos pero en el grado que se vayan afiliando.

⁴⁷ Por iniciativa estatal entendamos un programa con presupuesto propio y acciones dirigidas a producir servicios que disminuyan la muerte materna.



Igualmente la afiliación se implementa bajo los criterios de los servicios estatales de salud, pasando por alto las recomendaciones en los lineamientos y acuerdos y priorizando en su inicio las zonas con menor índice de marginación, de esta manera los criterios de operación han sido ajenos a las necesidades de salud de la población.

Además, el número de afiliados es una proporción muy pequeña respecto al total de la población objetivo y el ritmo del proceso de afiliación no ha sido el esperado. En tres años, desde 2004 y hasta el tercer trimestre de 2006 se afiliaron con mucho 12% de las familias que no tienen seguridad social, esto representa un progreso de 4% por año. Si se continúa con el mismo ritmo de afiliación la meta de 100% se obtendrá en un lapso de 25 años.

De las 63,777 familias afiliadas hasta el tercer trimestre de 2006 solamente 23% correspondían a familias indígenas (13,946 familias indígenas afiliadas). según el conteo 2005, el número total de habitantes indígenas en la entidad se encuentra en alrededor de 526,791, lo cual en familias es aproximadamente 157,721, por lo tanto, el avance para este sector de la población es de un reducido 9%.

Este bajo porcentaje de avance de afiliación también es evidente en la incorporación de unidades de salud. De un total de 931 centros de salud solamente 47 están afiliados, lo que representa apenas 5%. En el segundo nivel, 8 (57%) de 14 hospitales generales se encuentran incorporados al SP. Pese a que el porcentaje de unidades afiliadas es muy bajo, además, dichos establecimientos no cumplen con los estándares mínimos para lograr su acreditación, resultando que de los 47 centros de salud 17 (36%) están acreditados. En el caso del segundo nivel, de los 8 Hospitales Generales 5 han logrado la acreditación.

Ante este panorama, se puede afirmar que la sola implementación del Seguro Popular de Salud no permite imaginar a mediano plazo una reducción del número de muertes maternas ocurridas en Guerrero. Es urgente que los gobernantes en sus diferentes niveles y espacios incorporen este problema de salud en su agenda de trabajo. Desde el Congreso Local se puede etiquetar y reformular el gasto social dentro del cual se ubica el gasto en salud, la preocupación por disminuir la mortalidad materna exige reflejarse a nivel presupuestal. Por su parte, los Servicios de Salud Estatales son responsables de diseñar e implementar acciones basadas en evidencias sobre todo en las regiones más olvidadas del estado y garantizar al menos la atención de urgencias obstétricas



en los centros de salud instalados en las cabeceras municipales. Al mismo tiempo se deben promover estrategias reales de traslado por parte de los ayuntamientos municipales para apoyar a las mujeres que requieran la atención durante la maternidad. Es urgente, garantizar que al menos los servicios brindados por el segundo nivel a mujeres durante la maternidad incluyendo el parto, cesárea y las urgencias obstétricas no se cobren. Independientemente de la condición de aseguramiento de las mujeres, los servicios que garanticen el derecho a la maternidad segura deben ser financiados, y prestados por el Estado. Esta responsabilidad no puede dilatar mas, no hay pretexto financiero ni operativo para soslayar este derecho.

Si nuestros gobernantes no actúan de manera decidida, con evidencias y enérgicamente en este tema que hasta ahora está olvidado y marginado, la muerte de cada mujer durante la maternidad tendrá que continuarse contando como responsabilidad de Estado.

Bibliografía

- Crocco, Pedro, Schroeder, Patricia, Villen, María Teresa et al. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*, agosto 2000, vol.8, no.1-2, p.126-134. ISBN 1020-4989.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Catálogo Universal de Servicios de Salud, 2006.
- Comisión Nacional de Protección en Salud. Informe de resultados. Primer semestre 2006. Julio 2006. Anexo comparativo.
- Comisión Nacional de Protección en Salud. Informe de resultados. Segundo semestre 2004.
- Comisión Nacional de Protección en Salud. Informe de resultados. Primer semestre 2005.
- Comisión Nacional de Protección en Salud. Informe de resultados. Segundo semestre 2005.
- Comisión Nacional de Protección en Salud. Informe de resultados. Tercer trimestre. 2006.
- Declaratoria del Foro Estatal "Prevención de muertes maternas en México: ¿y las mujeres indígenas?", San Luis Acatlán, Guerrero. Mayo 26 y 27 de 2005.
- Díaz E. Daniela "Mortalidad Materna una tarea inconclusa". Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C., Serie *Avances y retrocesos, una evaluación del sexenio 2000-2006*. México 2006, p. 34.
<http://www.fundar.org.mx/PDF%20Avances%20y%20Retrocesos/03.pdf>
- Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud "Indicadores de salud 2001-2005". Primera edición, 2006.
- Dirección de Protección Social en Salud. Memorándum No 508. Septiembre de 2006.
- Diario de los debates del H. Congreso del Estado de Guerrero año LVIII legislatura reunión con comisiones de trabajo. Versión estenográfica, Reunión de trabajo con el Dr. Rodrigo Barrera Ríos, Secretario de Salud del Estado de Guerrero. Chilpancingo, Guerrero, 29 y 30 de mayo de 2006.
- Diario Oficial de la Federación. Reforma y adición a la Ley General de Salud. Título Tercero Bis, "De La Protección Social en Salud", México, mayo 15 de 2003.
- Frenk M. "Seguro Popular de Salud". Instituto Nacional de Salud Pública, conferencia. 4 de marzo de 2005. Cuernavaca, Morelos.

- Freyermuth Enciso Graciela. "Notas Metodológicas para la Estimación del Subregistro de Mortalidad Materna en Población Indígena y el Estudio Cualitativo de la Muerte Materna". Fundar, Centro de Análisis e Investigación, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población. Comité Por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas. ACAS, A.C. 2004. Carpeta, p. 39.
- Gobierno del Estado de Guerrero. Plan Estatal de Desarrollo. 2005-2011. <http://www.guerrero.gob.mx>
- Gobierno del Estado de Guerrero. Dirección General de Comunicación Social. Boletín de prensa No. 051-07 24.01.07. <http://www.guerrero.gob.mx/?P=leearticulo&ArtOrder=ReadArt&Article=1208>
- Gobierno del Estado de Guerrero. Secretaría de Salud. Comparecencia del Secretario de Salud 2005. Abril 2006.
- Gobierno del Estado de Guerrero. Secretaría de Salud. Comparecencia del Secretario de Salud 2003. Abril 2004.
- Gobierno del Estado de Guerrero. Cuenta Pública Estatal 2002.
- Gobierno del Estado de Guerrero. Cuenta Pública Estatal 2003.
- Gobierno del Estado de Guerrero. Cuenta Pública Estatal 2004.
- Gobierno del Estado de Guerrero. Cuenta Pública Estatal 2005.
- Gobierno del Estado de Guerrero. Presupuesto de Egresos Estatal 2006.
- INEGI. Dirección General de Estadística. Dirección Regional Centro Sur. Estadísticas Vitales, 2005. www.inegi.gob.mx
- Instituto Nacional de Salud Pública. Evaluación Externa al Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida. 2000-2005. Resumen Ejecutivo. Primera edición, 2006, p. 22.
- INEGI. Anuario Estadístico. Edición 2002, p. 604.
- Meléndez N. David, "La atención obstétrica de emergencia: una estrategia viable para disminuir la muerte materna ante las insuficiencias, ineficiencias e inequidades del sistema de salud en Guerrero en: *Mortalidad materna y presupuesto público*, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, México, 2005. Documento de difusión.
- Muñoz, Fernando, Regional de las Américas sobre la Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud. *Rev Panam Salud Pública*, jul. 2001, vol.10, no.1, pp. 62-68. ISBN 1020-4989.
- Organización Mundial de la Salud Declaración del Milenio de Naciones Unidas. Informe del Secretariado. Ginebra, 2003.
- United Nations Development Program. Human Development Report 2003. Millennium Development Goals: A compact among nations to end human poverty. New York: UNDP; 2003.



- Torres, Cristina, Mujica Óscar J. Health, Equity, and the Millennium Development Goals. *Rev Panam Salud Pública*. [online]. 2004, vol. 15, no. 6, pp. 430-439: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892004000600012&lng=en&nrm=iso
- Secretaría de Salud. *Acuerdo de coordinación que celebran el ejecutivo federal, por conducto de la Secretaría de Salud y el ejecutivo del Estado de Guerrero para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud*. Chilpancingo, Guerrero, 6 de abril de 2004.
- Secretario de Salud Dr. Julio Frenk Mora, durante la XI Reunión Ordinaria del Comité Arranque Parejo en la Vida. Comunicado de prensa No 693. 15 de noviembre de 2006.
- Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. *Elementos conceptuales, financieros y operativos*. Primera edición 2005. México. www.salud.gob.mx
- Secretaría de Salud, *Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida*. http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/articulo.php?id_rubrique=11&id_article=789



El Seguro Popular en la atención materna en Oaxaca: los pendientes del sexenio

Martha Castañeda Pérez
Centro para los Derechos de la Mujer Nääxwiin, A.C.

Oaxaca



1. Introducción

El cuidado de la salud materna ha sido un tema que, en los últimos años, ha ocupado la atención de quienes diseñan las políticas de gobierno a nivel nacional e internacional. La razón es que la salud materna no es cosa menor, está directamente asociada al lugar en que la sociedad coloca su propia reproducción.

El que las mujeres sufran de enfermedades, discapacidades o muerte prematura a causa de un embarazo, parto o postparto, cuando existen los conocimientos y técnicas para evitarlo, es inaceptable; por ello, el cuidado de la salud materna también está directamente asociado a la atención que la sociedad les brinda a las mujeres. Ellas tienen derecho a una vida larga y saludable y a un nivel de vida digno.

Los indicadores que el sector salud usa para medir el cuidado de la salud materna son: el porcentaje de mujeres embarazadas que recibe cuidados médicos prenatales, el porcentaje de partos atendidos por personal capacitado y el número de muertes maternas. En México la muerte materna se distribuye de manera desigual concentrándose en las regiones rurales e indígenas, lo que indica la existencia de profundas desigualdades estructurales que son el resultado de políticas públicas incapaces de distribuir la riqueza del país de una manera más equitativa.

Por todo ello, en el año 2000 el gobierno de México asumió la responsabilidad de reducir en 35 por ciento la tasa de mortalidad materna entre los años 2000 y 2006, y continuar con este ritmo hasta el año 2015 para alcanzar la meta comprometida en la Cumbre de Desarrollo del Milenio.

Uno de los retos que se propuso enfrentar la administración de Vicente Fox a través del Programa Nacional de Salud 2001-2006 fue el de la equidad; esto significa repartir la riqueza, los bienes y los servicios de una manera más equitativa, es decir que no exista una diferencia tan extrema entre la porción de población que tiene más bienes y servicios y la que tiene menos. En materia de salud el reto era lograr que población pobre del país tuviera acceso a servicios de prevención y atención de las enfermedades emergentes, como la diabetes y los trastornos de la presión arterial; pero a un nivel más elemental se trataba de disminuir las enfermedades y problemas para los cuales existen soluciones probadas y de bajo costo como son: las enfermedades infecciosas, problemas de la desnutrición y problemas de salud maternos e infantiles, entre la población pobre del país.

Para prevenir enfermedades y evitar discapacidades y muertes maternas, dos aspectos clave son: 1) políticas de equidad de género que incluyan acciones afirmativas a favor de las mujeres y empoderamiento de las mujeres y 2) que las instituciones de salud tengan la capacidad de brindar, con rapidez, servicios médicos para atender complicaciones que se presenten en el embarazo, durante el trabajo de parto, en el parto o después de dar a luz; lo que supone la existencia de unidades médicas distribuidas de tal manera que todas las mujeres con complicaciones en el parto o por aborto puedan llegar oportunamente. No es en vano señalar que estas unidades médicas deben tener el equipo, los materiales e insumos necesarios para atender las urgencias obstétricas y el personal médico y de salud capaz de hacerlo.

Desde finales de los años 90, diversos organismos nacionales, internacionales y organizaciones civiles comenzamos a colocar en la discusión sobre la mortalidad materna en México la necesidad apremiante de tener estrategias claras y eficaces para atender a las mujeres con complicaciones obstétricas que han derivado en un estado crítico de su salud y, por lo tanto, requieren atención médica inmediata para salvar su vida y generalmente también la de su bebé. La atención de urgencias obstétricas fue colocada en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 como una de las actividades fundamentales para la salud de las mujeres y el Programa Arranque Parejo en la Vida editó, publicó, distribuyó y colocó en Internet excelentes manuales para su atención de acuerdo a las normas oficiales.¹

Sin embargo, cuatro años después los avances en la atención de urgencias obstétricas eran pocos: los Comités de Estudio de la Mortalidad Materna documentaron que alrededor de 75% de las muertes maternas fue producto de las complicaciones que se manifiestan en embarazos a término y que estas vidas no se pudieron salvar porque existen, entre otras: deficiencias en la tecnología médica y equipamiento, desabasto de sangre segura, atención obstétrica no apegada a los protocolos y lineamientos técnicos, carencia de insumos básicos para atender las hemorragias, mala valoración en la consulta médica y falta de transporte para las mujeres que están en trabajo de parto (INSP, 2006 y SS/CNEG 2005). El cuello de botella seguía estando en las deficiencias de la red de servicios de salud para atender con oportunidad, calidad técnica y calidez humana las urgencias obstétricas.

1 Secretaría de Salud. Urgencias obstétricas en unidades de primer nivel. Manual de Atención. México 2001.



Al inicio del año 2006, el último año de la administración del presidente Vicente Fox, era importante que la Secretaría de Salud presentara buenos resultados en los tres retos que se propuso enfrentar: equidad, calidad y protección financiera. El balance del periodo 2001-2005 mostró que:

- En materia de protección financiera, el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y el Seguro Popular, tenían gran aceptación a nivel nacional e internacional, pues resultaba un modelo novedoso que, a mediano plazo, financiando la demanda de servicios y no la estructura, podía garantizar mayor sustentabilidad del sistema de salud, bajo un régimen de aseguramiento universal en salud que, además, garantizaría el acceso integral a los servicios públicos de salud a toda la población.
- En cuanto a la calidad de los servicios, hubo avances significativos con la certificación de los hospitales y la medición del grado de satisfacción de las y los usuarios de los servicios de salud.
- En materia de equidad las cuentas no resultaban buenas. Si bien en algunos indicadores importantes, tales como la mortalidad infantil y las muertes por enfermedades infecciosas, los promedios nacionales presentan tendencias a la baja, su distribución al interior del país refleja graves inequidades, por ejemplo: la probabilidad de que un niño que nace en Chiapas, Oaxaca o Guerrero muera antes de cumplir un año de vida es 80 por ciento más alta que la probabilidad correspondiente al Distrito Federal o Nuevo León; así mismo el riesgo de muerte neonatal es 2.3 veces más alto en Chiapas y en Oaxaca que en Nuevo León (Salud México 2001-2005, pp. 32 y 34).
- En relación al cuidado de la reproducción humana y de la salud materna definitivamente los resultados no alcanzaban las metas deseadas. El Informe de la Secretaría de Salud 2001-2005 señala que "de acuerdo con el comportamiento observado en la tasa de mortalidad materna, a menos que se incremente sustancialmente el ritmo de descenso, la meta planteada por los Objetivos de Desarrollo del Milenio no será alcanzada", (*ibidem*).

Para avanzar en la equidad, durante el año 2006 se centró la acción en los 50 municipios de menor índice de desarrollo humano del país a través del Programa Emergente de Municipios con Menor Índice de Desarrollo Humano, revisando tres aspectos fundamentales que permitieran aumentar

la sobrevivencia infantil y disminuir la mortalidad materna: la infraestructura sanitaria; los programas para hacer llegar servicios de salud con medicamentos, personal capacitado y calidad; y la gratuidad de los servicios. Los programas que se evaluaron y fortalecieron fueron principalmente: Arranque Parejo en la Vida, el Seguro Popular y el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud. De estos 50 municipios, 21 se ubican en el estado de Oaxaca.



2. Panorama general de la mortalidad materna en Oaxaca y su contexto

En los años 2000 a 2005 el estado de Oaxaca se mantuvo siempre entre las entidades federativas con mayores tasas de mortalidad materna; de acuerdo a los datos de la Secretaría de Salud de Oaxaca la tasa de mortalidad en 2005 fue igual a la registrada en 1999: 95 por cien mil nacidos vivos esperados (SSO/DSR 1999 a 2005).

Las principales causas de muerte materna en Oaxaca por orden de importancia son:

- 1) hemorragia: la más frecuente es la hemorragia posparto que es de gran riesgo debido a la cantidad y rapidez con la que se pierde sangre, por lo que la paciente debe ser atendida de inmediato con soluciones parenterales, sangre y sus derivados, y trasladada a un hospital;
- 2) pre-eclampsia/eclampsia: algunos casos de este trastorno pueden identificarse tempranamente, su tratamiento generalmente requiere atención de especialistas, los casos de su manifestación severa requieren atención hospitalaria; y
- 3) sepsis, que es una infección originada en el tracto genital y que es resultado de descuido en la atención del embarazo, del parto, de la cesárea y del aborto y asociado a factores predisponentes como el estado nutricional y la respuesta inmunológica.

El lugar en el que ocurre la muerte materna es significativo, pues nos indica la cobertura de los servicios de salud y la posibilidad de acceder a servicios médicos para la atención de urgencias obstétricas. En los años 1999 a 2003, 48.6 por ciento de las muertes maternas ocurrieron en el hogar y 7.6 por ciento en un centro de salud de primer nivel o en el trayecto a un hospital (56 por ciento que no recibieron atención especializada y oportuna); en el año 2005, 38.2 por ciento ocurrieron en el hogar y 11.7 por ciento durante el traslado (49 por ciento que no recibieron atención especializada y oportuna). Es claro que estas muertes son de mujeres que vivían en regiones rurales (*Ibidem*).

En los años 2000 a 2005, 50.5 por ciento de las mujeres que murieron por maternidad vivían en municipios con más de 70 por ciento de población indígena. Dado que este tipo de municipios concentra 34 por ciento de la



población total del estado, el rezago en el que se mantiene a las comunidades indígenas es evidente, más aún si consideramos que los municipios con más de 90 por ciento de población indígena, que concentra 22 por ciento de la población total del estado, eran la residencia habitual de 75 por ciento de estas difuntas.²

Es usual presentar el argumento de que en los pueblos indígenas la mortalidad materna es alta porque las y los indígenas son ignorantes; no obstante es necesario distinguir la ignorancia de la escolaridad y señalar que, en esta población, es el grado de escolaridad el que es inferior al resto del país y que el problema de la inequidad en el acceso a los servicios de salud es una responsabilidad de los gobiernos y de la eficacia –o ineficacia– de las políticas públicas; no es una responsabilidad de las personas. El acceso geográfico, económico y cultural a los servicios médicos son factores directamente asociados con la muerte materna.

Con la administración de Vicente Fox se inició el Programa Arranque Parejo en la Vida (APV) cuyos objetivos son lograr un embarazo saludable, un parto y puerperio seguros y recién nacidos sanos. Para ello debía garantizar personal médico y de salud debidamente capacitado especialmente para detectar a tiempo complicaciones en el embarazo y parto y para atender urgencias obstétricas (SS, 2004). Así mismo, el programa APV diseñó indicadores para evaluar el grado en que las unidades médicas de primer y segundo nivel cuentan con recursos humanos y físicos específicos, con instrumental y con equipo e insumos necesarios y suficientes; estos indicadores son el instrumento para acreditar a las unidades médicas (SS, 2002, pp. 44-49).

Pero la realidad es más dura que las intenciones. En 2004 sólo un hospital estaba en proceso de certificación y otros 10 hospitales de la SSO se certificarían no como tales, sino como clínicas capaces de resolver patologías de mediano riesgo del embarazo, parto y puerperio, pues no cumplían con los requisitos de recursos humanos, ni de equipo, material, insumos y espacios físicos (Castañeda, Martha, 2005, p. 75).

En 2005, ya con el Seguro Popular operando, sólo estaban acreditados 56 centros de salud rurales y 16 urbanos de los 735 de todo el estado y 6 hospitales de los 11 generales y 3 de especialidades.³

² Fuente: Secretaría de Salud de Oaxaca, Dirección de Planeación y Desarrollo, Departamento de estadística y evaluación. Muertes maternas por municipio según institución de responsabilidad 2000-2006; INI, UNDP-México y CONAPO: Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México 2002.

³ Oficio remitido por el Dr. Víctor Manuel Guerra Ortiz, Director General de Tecnologías de la Información y Titular de la Unidad de Enlace de la Secretaría de Salud, respuesta a Solicitud de Información No. 0001200066506 realizada por Fundar, Centro de Análisis e Investigación A.C.



Como hemos visto, el acceso a servicios hospitalarios es muy importante, pero los hospitales en Oaxaca tienen graves deficiencias en su capacidad para resolver urgencias obstétricas, adicionalmente, de acuerdo a la información disponible en 2004, 40 por ciento de la población no asegurada tenía que viajar más de dos horas y hasta 16 para llegar a un hospital (Castañeda, Martha, 2005, p. 85).

En cuanto a la capacitación del personal médico y de salud, el análisis de los procesos de atención a la salud de las mujeres que murieron por maternidad en 2005 en Oaxaca encontró, entre otras, las siguientes debilidades: no se cumplen las normas y lineamientos particularmente en el control prenatal; se refieren neonatos en condiciones inestables; en algunas unidades médicas no hay guías de procedimientos para el manejo de emergencias obstétricas ni de reanimación neonatal; falta capacitación en el programa Arranque Parejo en la Vida; falta capacitación para identificar de las debilidades funcionales en los servicios de salud; falta capacitación para identificar los errores médicos –para corregirlos– en los procesos de atención a la salud materna; y expedientes médicos incompletos. Igualmente se encontraron debilidades funcionales del sistema de salud: no están establecidas las redes de atención, falta de recursos humanos, faltan antihipertensivos para atender emergencias obstétricas y tiras reactivas para detección temprana de trastornos hipertensivos; se cobra por la consulta en los hospitales (SS/APV, febrero 2006).

El programa Arranque Parejo en la Vida promovió también la identificación de los municipios que presentan mayor número de muertes maternas o que año tras año registran muertes maternas, con el propósito de conformar “redes rojas” que son un conjunto de unidades médicas de primer nivel vinculadas a la población local, que se articulan al hospital más cercano. Las redes deben tener mecanismos claros para enviar a las mujeres graves al hospital cumpliendo con los cuidados médicos y los protocolos para trasladarlas en caso de que sufran de pre-eclampsia, eclampsia o hemorragia obstétrica; además deben asegurar transporte de emergencia, chofer y gasolina las 24 horas del día.

La SSO insistió al principio que no era adecuado focalizar a los municipios y que todo el estado era objeto de atención con estas estrategias.⁴ En efecto, la metodología para identificar los municipios prioritarios no estaba clara, en un ejercicio realizado independientemente por la coordinación nacional del programa APV, una investigadora del Centro de Investigaciones Estudios

⁴ Entrevista a la Dra. Rosa Lilia García, jefa del departamento de salud reproductiva de la SSO. Abril de 2003.



Superiores en Antropología Social y el área de planeación de la Jurisdicción Sanitaria no. 1 (JS1) de Oaxaca se identificaron respectivamente 6, 7 y 58 municipios en el área de influencia de la JS1, los tres estudios coincidieron en 3 municipios (Castañeda Martha, 2005, p. 69). Por otro lado, la percepción de que todo el estado es prioritario no está muy alejada de la realidad, en los últimos siete años se han registrado muertes maternas en 210 municipios del estado (SSO/DPD 2006).

Sin embargo, aún cuando desde 2002 se planteaba que las estrategias serían para todo el estado, no fue sino hasta el año 2006 que se integraron 4 redes rojas en el mismo número de microrregiones del estado (CIMAC, enero 4 de 2007). Este avance está relacionado con el Programa de atención a los municipios de menor índice de desarrollo humano en el que el Seguro Popular tiene una función importante.



3. El Seguro Popular

Hemos visto el problema de la calidad técnica de la atención, la disponibilidad de servicios y la barrera geográfica para el acceso a los servicios, sin embargo la barrera económica es muy importante y los gobiernos federal y estatal plantean eliminarla a través del Seguro Popular.

Uno de los principales objetivos del Sistema de Protección Social en Salud es lograr que todas las personas que, por su situación laboral, no están aseguradas por las instituciones públicas de salud o que no tienen un seguro privado de gastos médicos, puedan tener acceso a toda la gama de servicios médicos, sin que éstos estén condicionados a su capacidad de pago. En el ámbito nacional la población no asegurada es alrededor de 50 por ciento, en Oaxaca es 78 por ciento y está conformada por ejidatarios, comuneros, campesinos, artesanos, trabajadores por cuenta propia de la ciudad y del campo, por personas que están fuera del mercado laboral y por la prole menor de edad de todos ellos y ellas. El acceso a servicios médicos se da a través de un Seguro Popular en Salud que afilia a las familias mediante un prepago de acuerdo al nivel de ingresos de cada familia en donde la población que se ubica en los dos deciles de ingresos más bajos están exentas de pago.

El Sistema de Protección Social en Salud fue ampliando el número y tipo de intervenciones médicas cubiertas por el Seguro Popular en Salud. En materia de salud materna en 2006 –gracias a las sugerencias de organizaciones civiles que trabajamos en el tema y a la intervención del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva– incluyó intervenciones para atender urgencias obstétricas y el diagnóstico y tratamiento de las principales complicaciones obstétricas.⁵

Con la eliminación de la barrera económica para el acceso a los servicios médicos y con la incorporación de la atención de las complicaciones obstétricas en el catálogo de servicios del Seguro Popular, se asegura –al menos teóricamente– que el incremento en salud materna registrado a nivel nacional llegue también a las mujeres indígenas. Uno de los retos está en la capacidad de la red de servicios de salud para absorber el incremento de la demanda.

⁵ Las intervenciones que se incluyeron en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) fueron: hemorragia obstétrica puerperal, por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinsera; ruptura uterina, diagnóstico y tratamiento del aborto incompleto y sus complicaciones (hemorragia e infección); diagnóstico y tratamiento de eclampsia, pre-eclampsia y pre-eclampsia severa; endometritis puerperal, infección superficial de episiorrafia o herida quirúrgica obstétrica, pelviperitonitis, choque séptico puerperal; así como la enfermedad trofoblástica y el embarazo ectópico.



Como parte del Programa Emergente de Municipios con Menor Índice de Desarrollo Humano, la Secretaría de Salud de Oaxaca se propuso afiliar en 2006 al Seguro Popular a 19,137 familias de los 21 municipios de más bajo índice de desarrollo humano; de estos municipios se habían afiliado a 112 familias en 2005 y en 2006 apenas se afilió 37 por ciento de la meta programada, se aseguró también sólo a 22 por ciento de las mujeres en edad fértil.⁶

Cuadro 1
Familias afiliadas al Seguro Popular en los municipios con menor índice de desarrollo humano en el estado de Oaxaca en los años 2005 y 2006

Municipio	% de población indígena	Familias afiliadas al S. P. en 2005	Familias a afiliar al S. P. en 2006	Familias afiliadas al S. P. en 2006
Coicoyán de las Flores	98.1		1,031	540
Eloxochitlán de Flores Magón	99.8		774	60
Huautepec	99.7		1,131	592
San Andrés Paxtlán	95.4		651	12
San José Tenango	99.8	112	2,389	829
San Lorenzo Texmelúcan	99.7		1,248	53
San Martín Itunyoso	99.5		485	308
San Miguel Santa Flor	87.0		203	2
San Pedro Ocopetatlillo	100.0		195	222
San Simón Zahuatlán	99.6		245	12
Santa Ana Ateixtlahuaca	100.0		173	2
Santa Cruz Zenzontepec	71.7		3,441	1,650
Santa Lucía Miahuatlán	99.7		531	8
Santa María la Asunción	99.5		605	307
Santa María Temaxcaltepec	95.4		320	331
Santa María Tepantlali	99.8		611	34
Santiago Amoltepec	93.3		2,059	1,510
Santiago Ixtayutla	82.8		1,164	90
Santo Domingo de Morelos	96.0		1,151	445
Santo Domingo Tepuxtepec	99.4		618	58
Santos Reyes Yucuná	99.1		141	3
Subtotal		112	19,166	7,068
Otros municipios		114,918		270,995
Total		115,030		278,063

Fuente: Gobierno del Estado de Oaxaca, CDI, Secretaría de Salud. Plan de Fortalecimiento de las redes estatales de servicios de salud de los 21 municipios con menor idh; Régimen Estatal de Protección Social en Salud. Reporte de familias afiliadas por municipio, inicio de vigencia y decil de ingreso 2006 e INI, UNPD-México y CONAPO. Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México, 2002.

⁶ La proporción de mujeres en edad fértil se obtuvo del Reporte de mujeres en edad reproductiva afiliadas al Seguro Popular por municipio, inicio de vigencia y decil de ingreso y las proyecciones municipales de población de CONAPO.



La población de estos municipios se distribuye en 520 localidades y cuenta con 48 unidades médicas de primer nivel y 5 brigadas móviles (CDI, Gob. Edo. Oaxaca, 2006). La institución que brinda los servicios médicos a las familias afiliadas es SSO, sin embargo en estos municipios, 62 por ciento de la población recibe servicios del IMSS-Oportunidades. Esto representa un obstáculo pues el Sistema de Protección Social en Salud no ha establecido un convenio para la prestación de servicios con el IMSS.⁷

El SPSS aporta al Régimen Estatal de Protección Social en Salud alrededor de 1,900 pesos por familia afiliada al año, para la gestión y administración de los recursos financieros y para la coordinación de la prestación de los servicios de atención médica, el resto del recurso federal se canaliza a los diferentes programas de la Secretaría a través de los Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud (FASSA - Ramo 33) para que en efecto se puedan dar los servicios comprometidos. El IMSS está solicitando que se le aporte además de la parte de gestión y administración del Seguro Popular, también la parte correspondiente a sus programas sustantivos para los cuales ya tiene recursos propios y exige 5000 pesos por familia al año.⁸ En consecuencia más de la mitad de la población beneficiada tiene que desplazarse a una localidad más lejana para poder recibir atención básica; la barrera económica para el acceso a servicios no se ha podido superar pues la barrera geográfica no ha sido superada.

Adicionalmente los servicios de segundo nivel están lejanos a las comunidades, situación que es semejante en los otros 225 municipios con más de 70 por ciento de población indígena y que concentran a 34 por ciento de la población total del estado, por lo que es necesario un reordenamiento de la infraestructura de los Servicios Estatales de Salud, de lo contrario, el círculo vicioso seguirá reproduciéndose: 1) la recomendación es que todas las mujeres atiendan su parto en instituciones de salud y con personal capacitado, 2) en Oaxaca, del total de partos que atiende la SSO sólo 20% es atendido en clínicas de primer nivel (Castañeda Martha, 2006, p. 93), 3) los hospitales están muy alejados de las localidades, 4) el costo del viaje a los hospitales puede ser un obstáculo

⁷ La Ley General de Salud señala que las familias atendidas por el Programa IMSS-Oportunidades podrán incluirse el SPSS. El artículo 17 transitorio del reglamento de la Ley General de Salud en materia de protección social en salud señala que cada entidad federativa realizará, por conducto del Régimen Estatal correspondiente, directamente al IMSS en términos de la Ley, la compensación económica por los servicios prestados por el Programa, una vez descontada la asignación presupuestaria por familia correspondiente al apoyo que el Gobierno Federal otorga al Programa en cada entidad federativa. Como precedente existe un Convenio General de Colaboración Interinstitucional entre la Secretaría de Salud, el IMSS y el ISSSTE suscrito en marzo de 2003, en el que se acuerdan las bases para suscribir convenios específicos de prestación de servicios públicos e incluye mecanismos para la fijación de precios.

⁸ Entrevista realizada al Director General del Régimen de Protección Social en Salud, Servicios de Salud de Oaxaca. Enero 2007.



económico para la población más pobre y, 5) el círculo vuelve a iniciar: el acceso a servicios para la atención de urgencias obstétrica y evitar muertes prematuras de mujeres sigue siendo un problema sin resolver.

La inversión en capital humano a través del SPSS se vincula a la inversión en un Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud que considera la construcción y fortalecimiento de hospitales de alta especialidad, de unidades médicas de especialidades y de otro tipo de unidades que atiendan a las prioridades estatales para hacer frente a las necesidades de la población (SS/SIC, 2003). En un trabajo anterior comenté la importancia de aprovechar este Plan para ubicar en lugares estratégicos unidades médicas, que puedan brindar una atención obstétrica de emergencia y lograr así una mayor cobertura (Castañeda, Martha, 2005 p. 78). Fue en 2006 cuando se programó obra nueva y equipo para fortalecer la red de servicios en las regiones más marginadas del estado: 6 hospitales básicos comunitarios, 6 CAAPS, 7 centros de salud y 3 unidades básicas de salud, equipo para telemedicina, bancos de sangre, ambulancias, rehabilitación de centros de salud, maletines médicos y reposición del equipo de unidades médicas con un presupuesto de \$422,465,514 (Gobierno Estado de Oaxaca, 2006). Para darle un seguimiento a estos recursos y saber cuánto se aplicó en las obras programadas, es necesario que esté vigente una Ley de Transparencia en el estado; la ley que fue aprobada por la LIX Legislatura del estado de Oaxaca en septiembre de 2006, además de sus deficiencias,⁹ entrará en vigor hasta mayo de 2008.

La serie de rezagos de la red de servicios de salud que se traducen en obstáculos para que la población rural e indígena pueda acceder a servicios médicos me lleva a plantear que, sin duda, *el problema más grave que el Seguro Popular tiene que resolver es la reproducción de la inequidad y de la exclusión*. Si el gobierno destina una cantidad de dinero para atender la salud y proveer de servicios médicos a las familias indígenas, pero éstas no pueden hacer uso de estos servicios por barreras geográficas, económicas y culturales, aparecerán en las estadísticas como beneficiarias del Seguro Popular, pero en realidad estarán transfiriendo los recursos destinados a ellas a otros sectores de la población.

⁹ Diversos analistas han expresado que la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública para el Estado de Oaxaca solo valida mecanismos para no permitir que haya acceso a la información pública; se puede consultar el análisis del Dr. Ernesto Villanueva "La Ley de Transparencia en Oaxaca", en nuestra realidad, nuestras soluciones. Universidad Anáhuac. Oaxaca, 2007 (en prensa).

Finalmente, el Sistema de Protección Social en Salud tiene un mecanismo para que los gobiernos estatales se comprometan más en invertir en la salud de la población. Los estados aportan el equivalente a la mitad de la cuota social que aporta la federación, esta cuota se define por familia al año. En Oaxaca el decreto de Creación del Régimen Estatal de Protección Social en Salud fue aprobado por la Legislatura Local el 28 de octubre de 2006, nuevamente es importante la existencia de una Ley de Transparencia vigente para que las y los ciudadanos puedan estar pendientes de cuales son las prioridades del gobierno en el gasto y poder garantizar la continuidad del Seguro Popular.



4. No todo es dinero para mejorar la atención a la salud materna

Es comúnmente aceptado que la mayor riqueza de un país es su gente, la mayor riqueza de Oaxaca es la cultura indígena de su gente que incluso es la que atrae al turismo, una de las principales fuentes de ingreso del estado.

Hasta aquí se han documentado las barreras económicas y geográficas para que la población indígena tenga acceso a servicios médicos y a la atención de urgencias obstétricas, sin embargo la barrera cultural es muy importante: la SSO y el IMSS-Oportunidades no han logrado atraer a las mujeres indígenas tanto como sus metas lo requieren, los datos son elocuentes: entre 1994 y 1997, 64 por ciento de los partos de mujeres indígenas no fue atendido por médicos o enfermeras; la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 reporta que en Oaxaca 30.7 por ciento de los partos no son atendidos por médicos o enfermeras.

En este sentido cabe recordar que la calidad de la atención médica tiene dos dimensiones: la técnica y la interpersonal; en relación a esta última existen numerosos testimonios sobre obstáculos culturales que impiden que muchas mujeres, sobre todo las de zonas rurales e indígenas, no lleguen a los servicios de salud y los utilicen. Las mujeres se sienten maltratadas en los centros de salud: no se les trata con dignidad, no se les escucha, no se les explica o bien ellas no entienden, se violan sus derechos reproductivos, se hacen procedimientos que las avergüenza, se les regaña, se les obliga a asistir a consulta para poder tener acceso a programas para la reducción de la pobreza, se les discrimina y además no se les resuelven sus problemas de salud; de lo que no hay duda es que estas mujeres no sienten confianza para tener su parto en estos centros de salud, además, pueden tener acceso a sus recursos propios: las parteras tradicionales que las tratan con dignidad y son culturalmente aceptadas por ellas.

Son muy pocos los programas que atienden esta problemática y se encuentran marginados en el organigrama institucional y del presupuesto, no obstante lo que se requiere es asumir que México es un país pluriétnico, sustrato de su riqueza cultural y patrimonial, y que la vida y la dignidad de las mujeres indígenas valen lo mismo que las del resto de las y los humanos. Se trata entonces de un asunto ético que permea tanto a las instituciones de salud, como a la política de desarrollo, pues el estado de salud de la población indígena y sus problemas de inequidad y rezago son el resultado de las políticas de desarrollo y de la política social en su conjunto y no solamente del desempeño del sector salud.

Las instituciones educativas podrían aportar a una distribución más equitativa de la salud, si lograran desarrollar grupos de profesionales altamente competentes que puedan comprender la dimensión intercultural de su quehacer para atender a las mujeres rurales e indígenas en sus procesos reproductivos. Las instituciones públicas de salud podrían aportar más si en lugar de culpar a las parteras de las muertes maternas de mujeres indígenas¹⁰ intentaran documentar cuántas vidas han salvado y cuántas vidas han ayudado a nacer, y procurando complementar los recursos propios de las comunidades indígenas y los recursos institucionales y no subordinar a los primeros o desaparecerlos.

¹⁰ La amenaza sobre las parteras tradicionales ha ocasionado que algunas ya no quieran atender el parto por el miedo de que se pueda presentar una complicación y "llevarlas a la cárcel" como dijo una partera chatina.

5. Conclusiones

En los últimos seis años de gobierno federal y de gobiernos estatales, la política de salud no logró disminuir la mortalidad materna entre las mujeres indígenas del estado de Oaxaca. Aún cuando en el ámbito federal se diseñaron políticas, programas y planes para avanzar hacia la equidad y disminuir el rezago en salud (como el Sistema de Protección Social en Salud, el Seguro Popular, el programa Arranque Parejo en la Vida y el Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud), las mujeres que viven en las regiones indígenas del estado mejoraron muy poco sus condiciones de salud.

En materia de salud materna en el periodo 2000-2005, 50 por ciento de las muertas por maternidad en Oaxaca fueron mujeres indígenas que vivían en municipios que concentran 34 por ciento de la población total del estado y cuya población indígena es superior a 70 por ciento, por lo que el rezago en el que se mantiene a las comunidades indígenas es evidente.

El programa Arranque Parejo en la Vida comenzó tardíamente en el estado. Fue hasta el año 2006 cuando se integraron –en algunas regiones que concentran mayor número de muertes maternas– las redes de servicios de salud que garantizarían la atención oportuna a las mujeres en riesgo de perder la vida por alguna complicación obstétrica. En 2005, el análisis de cada una de las muertes maternas destacó la falta de capacitación del personal médico, el no cumplimiento de las normas y protocolos, así como la falta de medicamentos e insumos. La distribución de las unidades médicas con capacidad resolutive de urgencias obstétricas sigue abonando a la barrera geográfica de acceso a los servicios, por lo que resultaría importante hacer una evaluación de la inversión en obra física y equipamiento con miras a reducir la inequidad en salud y facilitar el acceso a los servicios especializados a la población más pobre.

En relación a la eliminación de la barrera económica el Seguro Popular avanzó enormemente al incluir intervenciones para la atención de urgencias obstétricas; sin embargo fue hasta el año 2006 cuando esto ocurrió y en Oaxaca fue también hasta este año cuando se comenzaron a afiliar a las familias de los municipios con índice de desarrollo humano más bajo.

Uno de los retos del Sistema de Protección Social en Salud en estas regiones es poder absorber la demanda con calidad y oportunidad, pues además de enfrentarse a las debilidades de la red de los Servicios de Salud de Oaxaca, se enfrenta a que no existe un convenio con el IMSS-Oportunidades, siendo

esta institución quien atiende a más de la mitad de la población en algunas regiones. Tal vez el IMSS no ha comprendido que se trata de financiar la demanda de los servicios y no de solucionar los problemas económicos de la institución, o también es posible que, como señalan algunos críticos, el Seguro Popular ofrezca servicios de segunda para familias pobres.

El fortalecimiento de la red de servicios de salud es asunto crucial y por ello es importante que el gobierno de Oaxaca se comprometa a financiar obras que atiendan las necesidades de la población que hasta ahora ha estado excluida de los beneficios técnicos y científicos de la medicina. También es importante que se comprometa a ser constante en su aportación al Seguro Popular para garantizar su continuidad y éxito. Una Ley de Transparencia que realmente garantice el acceso a la información pública y que esté vigente es de fundamental importancia para que las y los ciudadanos puedan monitorear el gasto y participar en la definición de prioridades.

La inequidad, la marginalidad, el nivel bajo de desarrollo humano y las tasas altas de mortalidad materna en una buena porción de la población oaxaqueña es el resultado de las políticas de desarrollo social, no sólo del sector salud, por lo que es importante revisar las políticas en su conjunto, sobre todo las dirigidas a la población indígena.

En estados como Oaxaca, con una gran diversidad cultural y un alto porcentaje de población indígena, el dinero es muy importante, pero no es todo, hacen falta principios éticos en las políticas que respeten y potencien las culturas indígenas de nuestro país, pero que además se traduzcan en acciones concretas en cada una de las políticas educativas, de salud y de desarrollo social.

Si no se invierte en infraestructura sanitaria en el lugar en el que se necesita para dar respuesta a las demandas de salud de la población rural e indígena del estado de Oaxaca, si no se diseñan intervenciones respetuosas de la cultura indígena y de la dignidad de las mujeres, uno de los resultados del Seguro Popular será justo lo contrario a los principios de los que partió: estará reproduciendo la inequidad en la distribución de los recursos y la exclusión. Serán las comunidades rurales y los pueblos indígenas quienes sigan concentrando los mayores problemas de rezago, de inequidad y de muertes maternas.



Bibliografía

- Castañeda Pérez Martha A. *Atención de urgencias obstétricas en clínicas rurales: una propuesta factible*, en Daniela Díaz coordinadora Muerte Materna y Presupuesto Público. Fundar, Centro de Análisis e Investigación. México, 2006.
- Castañeda Pérez Martha A., *Seguridad de las mujeres para dar vida: infraestructura sanitaria, presupuesto y cuentas claras. Monitoreo al Programa Arranque Parejo en la Vida en Oaxaca*, en Daniela Díaz (coordinadora) *Muerte Materna y Presupuesto Público*. Fundar, Centro de Análisis e Investigación. México, 2006.
- CDI, Gobierno del Estado de Oaxaca. *Programa Emergente de Municipios con Menor Índice de Desarrollo Humano*. Oaxaca, febrero de 2006.
- CIMAC. Nota del 4 de enero de 2007 de Soledad Jarquín Edgar, corresponsal en Oaxaca.
- CONAPO. *Cuadernos de Salud reproductiva*. Oaxaca. México, 2000.
- CONAPO. *Proyecciones de la población de México*. México, 2002.
- Gobierno del Estado de Oaxaca, CDI, Secretaría de Salud. *Plan de Fortalecimiento de las redes estatales de servicios de salud de los 21 municipios con menor idh*. Oaxaca, febrero de 2006.
- INI, UNDP-México y CONAPO: *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México 2002*.
- INEGI. *Conteos 2005*.
- INSP. *Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida 2000-2005. Evaluación externa. Resumen Ejecutivo*, México, 2006, en: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/resumenes_ejecutivos.pdf
- ONU. *Cumbre del Milenio*, en <http://millenniumindicators.un.org/unsd/mdg/OPS/OMS>. *Protección Social en Salud para la población materno-infantil. Lecciones aprendidas en la Región de América Latina. Borrador para la discusión*. Washington, D.C., agosto de 2005.
- OPS, Grupo de Trabajo Inter Agencial para la Reducción de la Mortalidad Materna. *Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Maternas. Consenso Estratégico para América Latina y el Caribe*. Washington D.C., PAHO, 2003.
- Periódico Oficial del Estado de Oaxaca, 16 de septiembre de 2006. *Ley de Transparencia de Acceso a la Información Pública para el Estado de Oaxaca*.
- Secretaría de Salud. *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México, 2001.
- Secretaría de Salud. *Salud México 2002. Información para la rendición de cuentas*. México, 2003.

- Secretaría de Salud. *Salud México 2003. Información para la rendición de cuentas.* México, 2004
- Secretaría de Salud. *Salud México 2004. Información para la rendición de cuentas.* México, 2005.
- Secretaría de Salud. *Salud México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas.* México, 2006.
- Secretaría de Salud. *Urgencias obstétricas en unidades de primer nivel. Manual de Atención.* México, 2001.
- Secretaría de Salud. *Catálogo de Servicios Esenciales de Salud, Catálogo Universal de Servicios de Salud,* en <http://www.salud.gob.mx>
- Secretaría de Salud /Arranque Parejo en la Vida / Cruzada Nacional por la Calidad. *Mortalidad Materna 2005. Situación actual de Procesos críticos Asociados.* Estado de Oaxaca. Febrero, 2006.
- Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *Intervenciones y retos para la reducción de las muertes maternas y neonatales.* Ponencia presentada al Comité por una Maternidad sin Riesgos. México, junio de 2005.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. *Organización y procedimientos de la red de servicios de salud. Manual.* México, 2002.
- Secretaría de Salud, UNAM. *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003.*
- Secretaría de Salud. *Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida. Contenidos.* Julio de 2004. Disponible en www.salud.gob.mx
- Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos.* México, 2005.
- Secretaría de Salud, Subdirección de Innovación y Calidad. *Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud, Red de Atención a la Salud.* México, septiembre de 2003.
- Secretaría de Salud de Oaxaca, Departamento de Salud reproductiva. *Mortalidad materna registrada y comparada 1999 a 2003.*
- Secretaría de Salud de Oaxaca, Departamento de Salud reproductiva. *Mortalidad materna registrada y comparada 2005.*
- Secretaría de Salud de Oaxaca, Departamento de Salud reproductiva. *Mortalidad materna registrada y comparada 2006.*
- Secretaría de Salud de Oaxaca, Dirección de Planeación y Desarrollo, Departamento de estadística y evaluación. *Muertes maternas por municipio según institución de responsabilidad 2000-2006.*
- Secretaría de Salud de Oaxaca, Régimen Estatal de Protección Social en Salud. *Reporte de familias afiliadas por municipio, inicio de vigencia y decil de ingreso.* Oaxaca, enero de 2007.



Secretaría de Salud de Oaxaca, Régimen Estatal de Protección Social en Salud.
Reporte de mujeres en edad reproductiva afiliadas por municipio, inicio de vigencia y decil de ingreso. Oaxaca, enero de 2007.
Villanueva, Ernesto, "La Ley de Transparencia en Oaxaca", en *Nuestra Realidad, Nuestras Soluciones*. Universidad Anáhuac. Oaxaca, 2007 (en prensa).



